



## STYRESAK

Styresak:	86/2021
Møtedato:	10.11.2021
Arkivsak:	2021/4-8
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Orienteringssaker til styremøte 10.11.2021

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Klinikkpresentasjon – Medisinsk klinikk
3. Kvalitet- og pasientsikkerhet – pasienthistorie
4. Nye hovedindikatorer 2022 - *mundlig*
5. Løypemelding fra Kontinuerlig forbedring - *skriftlig*
6. Orientering om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse for psykisk helsevern voksne fra Internrevisjonen i Helse Nord RHF – *skriftlig og muntlig*
7. Resultater fra Kreftregisterets nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2020 - *skriftlig og muntlig (vedlegg 2 til saken i egen forsendelse)*
8. Status i arbeidet med Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging – *skriftlig*
9. Hvordan jobber UNN med pasientsikkerhet og arbeidsmiljø – *skriftlig*
10. Status ombygginger i UNN – *skriftlig*

--- Slutt på innstilling. Ikke fjern denne linjen. ---

Tromsø, 04.11.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.11.2021
Arkivsak:	2021/6764-1
Saksbehandler:	Hege Andersen

## Løypemelding fra Kontinuerlig forbedring

### Bakgrunn

Kontinuerlig forbedring er en strategisk langsiktig satsning der målet er at dette skal være måten vi gjør ting på, ikke noe som kommer i tillegg, og da må vi utvikle gjennomgående system og kultur for kontinuerlig forbedring. Gjennom kompetanseutvikling og trening i team og i partnerskap med pasienter og brukere skal vi bygge kultur for kontinuerlig, varig og virkningsfull forbedring av våre arbeidsprosesser. Satsningen ble vedtatt i styresak [61/16](#), [5/17](#) og [9/18](#), og styret ba da om å bli orientert om status ved jevne mellomrom. Direktørens ledergruppe har også bedt om halvårlig rapportering og evaluering (sak [171/19](#)).

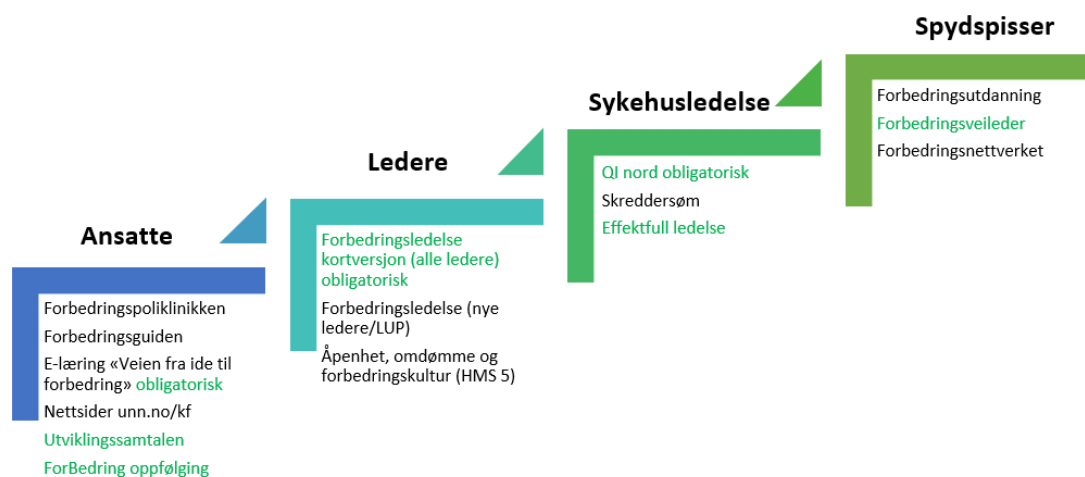
### Formål

Statusrapport for UNN sin satsning på Kontinuerlig forbedring.

### Saksutredning

Direktørens ledergruppe vedtok 05.10.2021 en revidert utrullingsplan for kontinuerlig forbedring ved UNN i den hensikt at dette skal skje med større kraft og i et høyere tempo enn i dag. De viktigste driverne for å lykkes er ledelse og kompetanse, og tiltakene er derfor satt inn på disse områdene.

Figur 1: Forbedringskompetansetrappa – nyheter i grønt





Av endringer i kompetansetrappa nevnes særskilt: E-læring «veien fra ide til forbedring» gjøres obligatorisk for alle. 80 pst av ansatte skal ha fått tilbud om og gjennomført utviklingssamtale «Hva er viktig for deg» innen ett år. Medarbeiderundersøkelsen Forbedring følges opp med forbedringsmetodikk i ny handlingsplan. Kurset Forbedringsledelse gjøres obligatorisk for alle ledere. QI nord, den regionale forbedringsutdanningen gjøres obligatorisk for klinikk- og sentersejere ved UNN. Forbedringsveilederutdanning tilbys alle spyspissene.

Andre tiltak for å ta i bruk kontinuerlig forbedring med større kraft og i et høyere tempo:

- Læringsnettverk gjennomføres gjennomgående som et tilbud og en arbeidsform for felles problemløsning ved hele UNN
- Ressurser tilsvarende 100 pst brukes til kvalitets- og forbedringsarbeid i alle klinikker/sentra
- Ny saksmal, basert på forbedringsmodellen, tas i bruk ved UNNs ledermøter
- Gjennomgående tavlemøter med sykehusledelsen brukes systematisk og permanent til å følge opp forbedringsarbeidet i klinikkene.

## Annen aktivitet og satsingsområder

Aktiviteten siste år er dokumentert og illustrert i vedlegg og på [unn.no/kf](http://unn.no/kf)

For 2022 har vi foreløpig meislet ut følgende andre aktiviteter og satsingsområder:

- Brukerbanken «bestill en bruker» i full drift
- Kreativt verksted «grønt sykehus» sammen med våre samarbeidspartnere og omgivelser
- Lær av de beste seminar med helseledere fra Skottland

## Vurdering og konklusjon

UNN HF ved styret og direktørens ledergruppe har gitt sin tilslutning til at det ved UNN skal innføres et organisasjonsomfattende system for kontinuerlig forbedring. Dette er nødvendig for å gjøre organisasjonen i stand til å møte dagens og fremtidens utfordringer. Utrulling av planen går for sent med referanse til kritisk masse og studier på suksesskriterier for varig forbedring i sykehus. Vi har derfor revidert tidligere vedtatte plan i den hensikt at vi raskere når våre mål.

Tromsø, 29.10.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Kontinuerlig forbedring 2020

Forside > Kontinuerlig forbedring

# Kontinuerlig forbedring

Dette er ikke noe som kommer i tillegg - dette er måten vi jobber på



## Kontinuerlig forbedring 2020 – fikk vi til å...

- Bidra til å bygge gjennomgående systemer og kultur for kontinuerlig forbedring
- Samle, koordinere og utvikle forbedringskompetansen ved UNN i tett samarbeid med kolleger i klinikk og i stab
- Samarbeide med og hente kunnskap fra regionale, nasjonale og internasjonale miljøer?

# Internettsiden

- «Den gode historie» til inspirasjon
- Viktig kanal for kompetanseheving
- Enkel tilgang til verktøy
- Blir sett også utenfor UNN
- Besøkt 5033 ganger i 2020

The screenshot shows the website for 'Kontinuerlig forbedring' (Continuous Improvement) at UNN. The header includes the UNN logo and navigation links for 'SØK' and 'MENY'. The main heading is 'Kontinuerlig forbedring' with a sub-heading 'Dette er ikke noe som kommer i tillegg - dette er måten vi jobber på'. Below this is a call to action: 'Forbedringspoliklinikken: Vi kan bidra på veien fra idé til forbedring'. A paragraph describes continuous improvement as UNN's long-term development work. The 'FORBEDRINGSKOMPETANSE' section features four articles: 'E-læring Veien fra idé til forbedring', 'Forbedringsutdanning for leger i spesialisering ved UNN 2020', 'Regional forbedringsutdanning - bli en forbedringsagent i 2021', and 'Bli en forbedringsveileder'. A 'SE FLERE ARTIKLER (8)' button is present. At the bottom, there is a section 'Kom i gang med forbedringsarbeid' and the UNN logo.

# Forbedringspoliklinikken

- Sykepleier, spesialsykepleiere, Organisasjonspsykolog, erfaringskonsulent og statsviter klar til å hjelpe.
- Opplæring og veiledning i forbedringsarbeid
- Fasilliterer kreative verksted
- 50 talls saker i 2020 til tross for Covid-19 pandemien



# Undersøkelse om organisasjonsendringer under gul beredskap mars-mai, Covid-19

- Nesten 2000 ansatte deltok
- Resultatene brukt i systematisk forbedringsarbeid i UNN-ledelsen, styret, bruker-, arbeidsmiljøutvalg
- Grunnlag for artikkel i Dagens medisin 24.10.20

## Hva har koronapandemien lært oss?

Hvor godt forberedt var vi på å stå i en langvarig krise vi ikke kjente endepunktet på – og hvor står vi i dag?

**ETTER EVALUERING** av noen måneder i koronaberedskap deler Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) våre erfaringer. Hver for oss har vi evaluert måten vi har jobbet på de første månedene etter at covid-19-pandemien ble en realitet.

Vi sitter igjen med mange nyttige bevaringspunkter, men også en del forbedringspunkter. Kort oppsummert viser evalueringene samlet noen tydelige erfaringer på fem områder:

- Det er viktig å være godt forberedt før en krise, å ha beredskapsplaner som er øvd på.
- Det er sentralt å få på plass en beredskapsorganisasjon tidlig.
- Det å sikre felles situasjonsforståelse, informasjonsdeling, samordning og koordinering er avgjørende for å unngå for mange feiltrinn i starten.
- Det må erkjennes at en slik beredskapsorganisasjon påvirker hele organisasjonen, også utenfor beredskapsledelsen, for å få effekt av tiltak så raskt som mulig.
- De ansatte er organisasjonens viktigste, utøvende ressurs. Ansatte må få god og oppdatert informasjon, og en krise krever ekstra ivaretagelse av medarbeiderne. Dette for å gi befolkning, pasienter og pårørende så god helsetjeneste som mulig, også i en pandemi-situasjon.

**ANNERLEDES PRIORITERING.** Sykehusene har vært nødt til å prioritere annerledes under koronapandemien,

### Kronikk



Cecilie Daae, administrerende direktør i Helse Nord



Anita Schumacher, administrerende direktør i UNN

UNN har derfor gjennom en intern evaluering rettet mot egne medarbeidere, og en undersøkelse blant pasienter, høstet kunnskap om hva som er gjort bra og hva som må forbedres.

Mange utsatte operasjoner, polikliniske konsultasjoner og andre planlagte pasientkontakter har berørt våre pasienter. Brukere, pasienter og pårørende har delt sine erfaringer gjennom en spørreundersøkelse som, kort oppsummert, viser at de som har vært innenfor veggene til UNN, har følt seg trygge og vel ivarett, mens de som har stått «utenfor», deriblant fått utsatt sin behandling, har følt det mindre trygt.

**FORBEDRINGER.** Fire av fem UNN-ansatte var berørt av endringer som ble gjennomført i forbindelse med gul beredskap.

I en medarbeiderundersøkelse angir av tyv til at en rekke av endringene ble sett på som forbedringer. Dette gjelder endringer innen smittevern og renhold, bruk av ny teknologi og fornyet maskinpark, effektive møter og økt gjennomføringskraft, hjemmekontor og bedre fysisk arbeidsmiljø, riktig prioritering av pasienter, bedre samarbeid på tvers og mer teamarbeid samt effektiv opplæring og simulering.

**KREVENDE KRYSSPRESS.** Men undersøkelsen viser også at mange ansatte ved UNN har stått i et krevende krysspress som er utfordrende over tid. En av tre ansatte mener at arbeidsmiljøet er forverret i perioden. Det har vært stor arbeidsbelastning og store endringer for mange, krevende og annerledes ledelse, bekymring for tilslidende pasienter og pårørende

Samtidig sier mange at de har hatt en situasjonsbetenget følelse av å være i samme båt.

**PLANVERKET MÅ VÆRE OPPDATERT.** Å være forberedt, betyr å ha et oppdatert planverk, klargjøre roller og ansvar, fullmakter og arbeidsoppgaver. Evalueringen i Helse Nord RHF viser at regionale og interne beredskapsplaner må oppdateres, spesielt med tanke på en langvarig beredskapsituasjon. Øvelser og kompetanseheving er heller ikke gjennomført i tilstrekkelig grad.

Bevareingspunkter er at vi må sikre identifiserte kritiske innsatsområder som det å sikre nok opplyst personell, innkjøp av smittevernustyr som respiratorer og dialysemaskiner for å sikre tilstrekkelig intensivkapasitet, og annet avgjørende utstyr for å håndtere covid-19-pasienter regionalt i Helse Nord. Og ikke minst, det å etablere et samarbeid i foretaksgruppen om intensivbehandling.

**EFFEKTIVT LAGSPILL.** Helse Nord RHF fikk raskt opp en fast mætestruktur med relevante aktører som helseforetakene våre inkludert Helse Nord IKT og Sykehusapoteke Nord, fylkesmennene og Forsvaret. Det gode interregionale samarbeidet mellom RHF-ene, og samspillet opp mot nasjonale myndigheter og departement, må også fremheves. Det å stå i langvarig beredskap er i høyeste grad et lagspill.

Det er særdeles viktig å ivareta de ansatte i en slik situasjon. Folk ønsker å bidra, og de er engasjert i å hjelpe til med å løse krisen. Ledere må være tett på, tilgjengelige, og på ulike måter se og oppmuntre sine medarbeidere, spesielt i en krevende bered-

**SJONGLERING.** Vi må være forberedt på å oppskalere covid-19-funksjonene på kort varsel. Balanseskiltet mellom beredskap, ø-hjelp og planlagt aktivitet, omtales som «det nye normalens» og ansås for en varighet på minst ett år til.

Behovet for at vi må lære oss å leve med usikkerhet og sjonglering mellom beredskap og normal drift, er med denne pandemien mer aktualisert. Kanskje vil videre evalueringer vise at dette ikke handler om helseberedskap knyttet til covid-19, men om et behov for en generell økt beredskap for å kunne møte også andre krevende utfordringer.

**EVALUERING GJØR MESTER.** Organisasjonene må ta vare på, og forsterke, de forbedringer som er gjort. Eksempelvis er økt bruk av teknologi og videokonsultasjoner en klar forbedring, også for pasientene. Vi skal også følge opp påviste forbedringspunkter som sikrer at sykehusene og foretakene blir robuste og bærekraftige i møte med nye pandemibelegger, eller andre større kriser.

Det heter seg at «øvelser gjør mest», og evalueringer er viktige på veien mot bedre mestring. ■

Ingen oppgitte interessekonflikter



*Ledere må se – og oppmuntre – sine medarbeidere, spesielt i en krevende beredskapsituasjon*

# Tilbakemeldinger og forbedringsforslag fra pasienter, brukere og pårørende i en krevende tid

- Et 40 talls innspill og tilbakemeldinger
- En viktig kilde til bruker- og pårøndererfaringer og gode forbedringsforslag
- Erfaringskonsulent utviklet og følger opp undersøkelsen sammen med sykehusledelsen

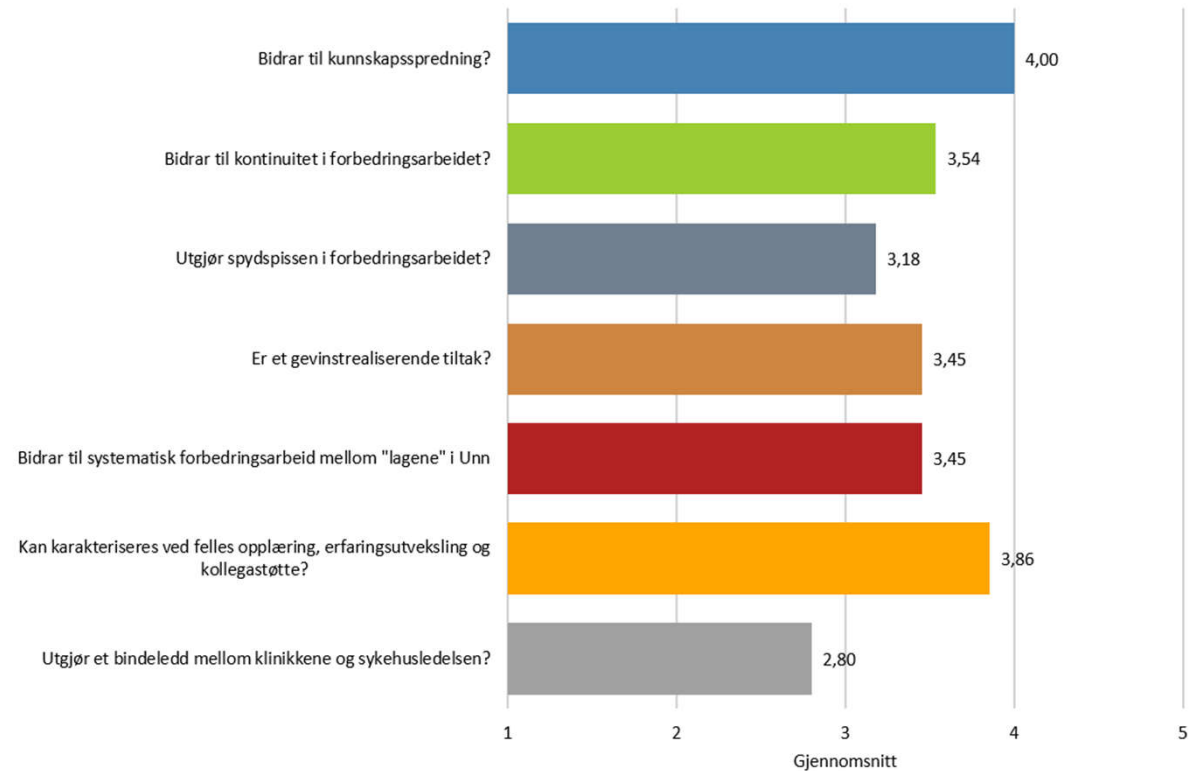


Siri Engstad er forbedringskonsulent ved UNN. Foto: Per-Christian Johansen



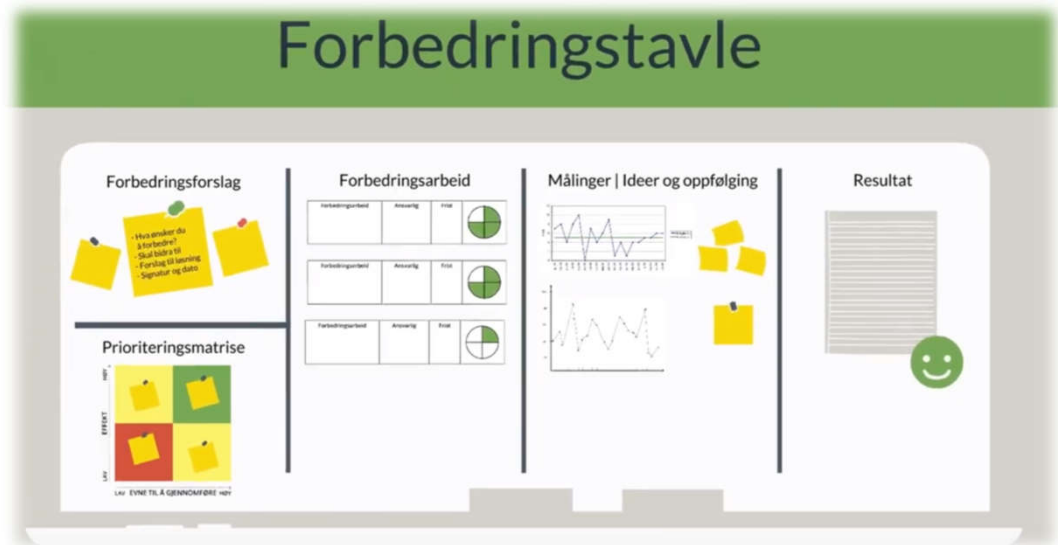
# Forbedringsnettverket

- Vel 100 ansatte med forbedringskompetanse inngår i nettverket
- Skal bidra til kunnskapsspredning og kontinuitet i forbedringsarbeidet, og læring på tvers av klinikkene.
- Om lag 10 møter i året. 25-30 deltakere på hvert møte.
- Evaluering: i hvilken grad vi du si at nettverket...



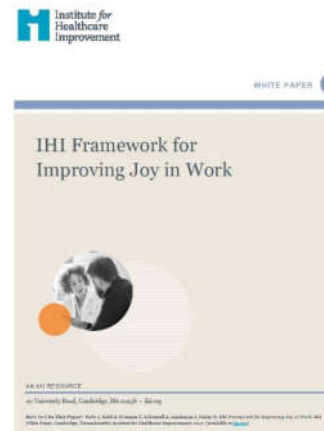
# Tavlemøter i sykehusledelse

- KF bistår sykehusledelsen med testing av gjennomgående forbedringstavler.
- Felles fokusområde på alle nivå.



# Mitt UNN - Arbeidsglede

- Utviklet og testet ut fem konkrete tjenester med tilhørende verktøy:
  - Arbeidsglede
  - Utviklingssamtalen
  - ForBedring – Ny handlingsplan
  - Forbedringsledelse
  - Motivasjon og endring
- Initiert og deltatt i arbeidsgruppe med kultur og vernetjenesten
- Gjennomført «Vennlighet redder liv» kampanje etter inspirasjon fra Civilitysaveslives.com i samarbeid med Kulturavdelingen og vernetjenesten
- Julekalender med fokus på positivitet



# Kreativt verksted

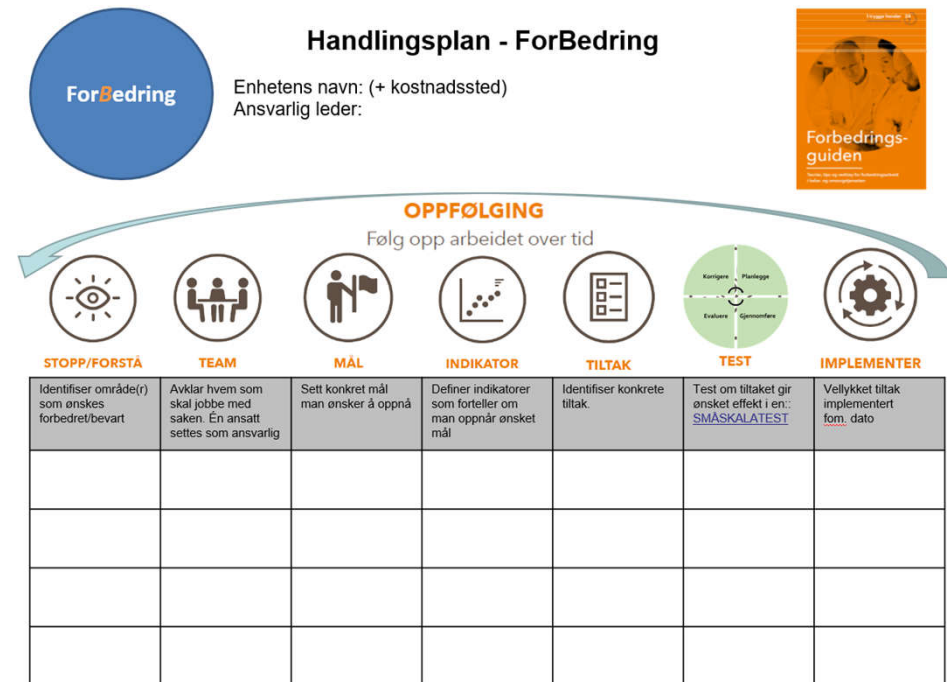
## Nye arealer psykisk helsevern og rusbehandling

- Samlet 50 deltakere fra ledelse, klinikker, kommune, andra helseforetak, bruker- og pårørenderepresentanter, og pasient- og brukerombud.
- Skulle bidra til å sikre engasjement, forankring og eierskapsfølelse som gir grunnlag for vellykket organisasjonsutvikling og drift
- Skulle bidra til at framtidig bygg understøtter pasientens og framtidens helsetjeneste med å få fram funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger.



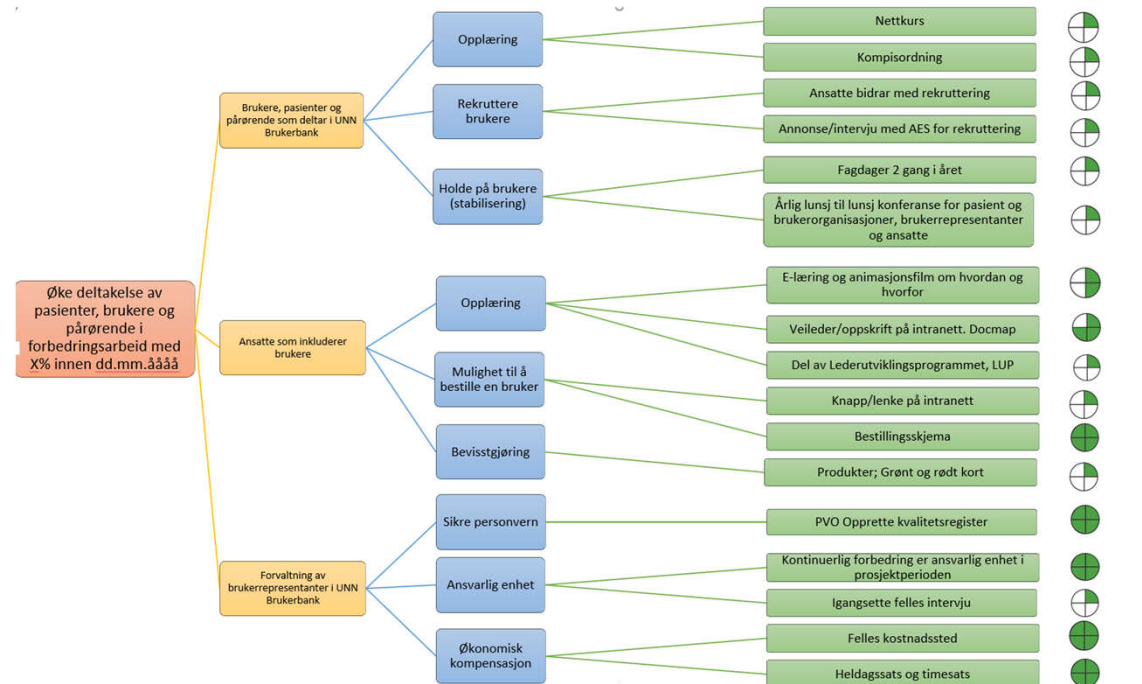
# Medarbeiderundersøkelsen ForBedring

- Forbedringsmetodikk brukt i utviklingen og testing av ny handlingsplan for oppfølging av medarbeiderundersøkelsen ForBedring
- Testet i PHRK, DES, OPIN og AKUTT.
- Tilbys i hele organisasjonen ila 2021



# Involvert - UNN brukerbank

- Veileder i Docmap om brukermedvirkning på tjenestenivå
- Etablere brukerbank
- Mulighet for å «bestille en bruker»
- E-læring under produksjon
- Samarbeid med Brukerutvalg og Ungdomsråd
- Samarbeid på regionalt nivå
- Bruk av forbedringsmetodikk i selve arbeidet



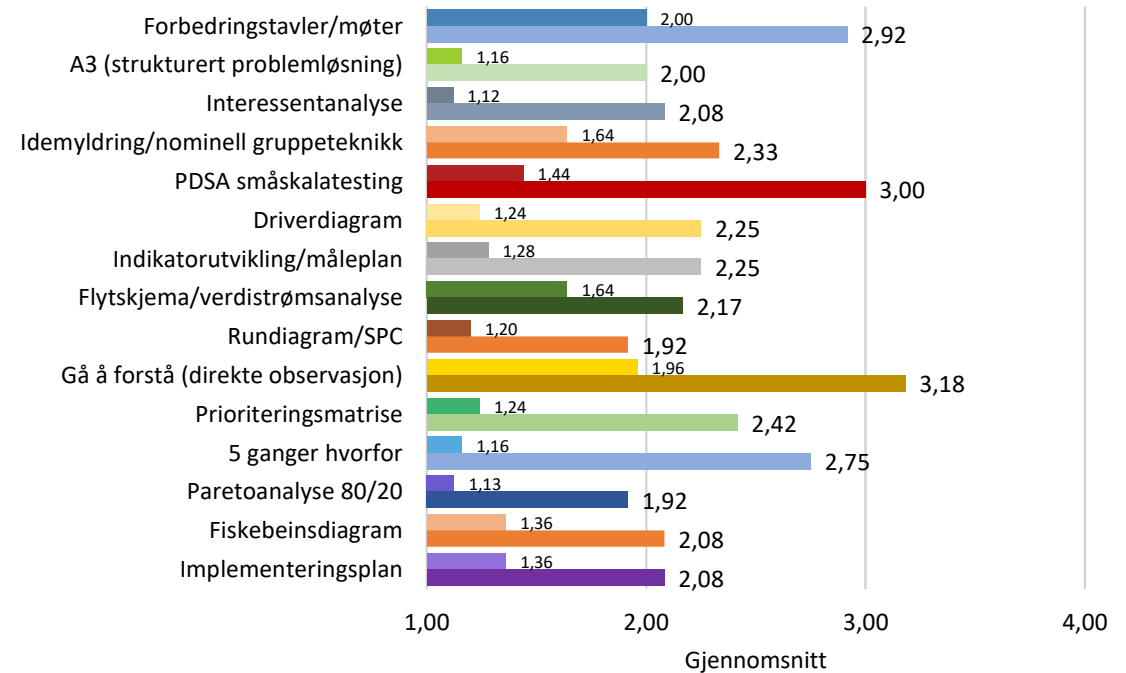
# Kompetansehevingstiltak

## Forbedringsutdanning for leger i spesialisering



23 gjennomførte forbedringsutdanning i 2020.

### Målbart kompetanseheving

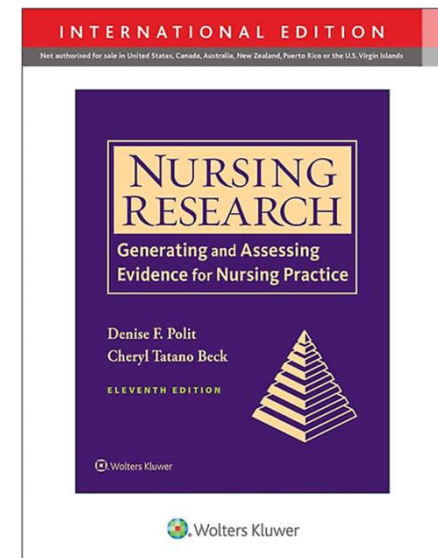


# Forbedringsutdanning for master i klinisk sykepleie Anestesi-, Barne-, Intensiv-, Kreft-, og Operasjonssykepleie



UiT Norges arktiske universitet

100 studenter på ABIKO får 8 timer undervisning i forbedringsmetodikk.





# Lederutvikling

- Lederutviklingsprogrammet (LUP) 25% av programmet knyttet til forbedringsledelse.
- Undervisning i forbedringsmetodikk, forbedringsguiden og andre verktøy for ledere og ansatte.
- HMS kurs modul 5 – kultur for forbedring. Kontinuerlig forbedring bidrar med bevisstgjøring omkring hvordan skape en kultur for forbedringsarbeid. 35 tillitsvalgte, verneombud og ledere deltok i 2020



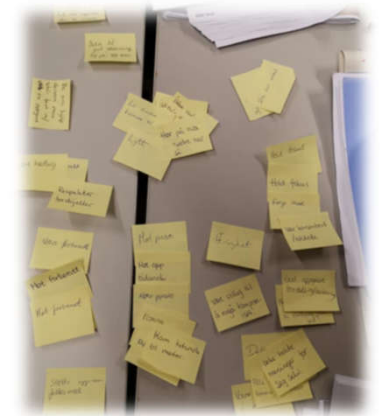
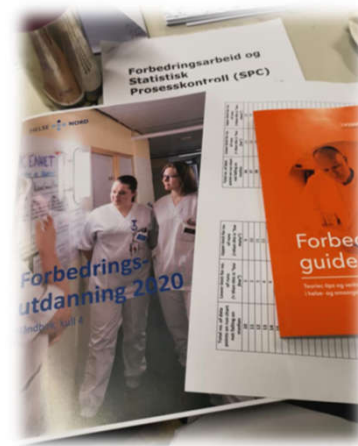
# Kreativt verksted – Ny strategi ved UNN

Omkring 250 deltakere fra:  
Brukerutvalg  
Ungdomsråd  
Pasient- og brukerombud  
Tillitsvalgs tjenesten  
Samisk høgskole  
Medisinstudentenes forbedringsgruppe  
Ledergruppene  
Ansatte



# Forbedringsutdanning sammen med den regionale enheten for klinisk pasientsikkerhet

- Felles regional forbedrings- og veilederutdanning, med midler fra Helse Nord.
- 29 nye forbedringsagenter i år
- Utviklet regional forbedringsveilederutdanning som implementeres i 2021



# Pasientsikkerhetskonferanser regionalt og nasjonalt

- KF underviser sammen med den regionale enheten for pasientsikkerhet i parallellsesjon «Forbedring for alle» på den regionale pasientsikkerhetskonferansen.
- UNN med direktøren bidro på den nasjonale konferansen med «ingenting kommer av seg selv».



# Starten på fremtidig lederrekruttering

Vi vil fremstå mer synlig og attraktiv for fremtidige lederkandidater.

Partner i «Lederjakten» i regi av Start UiT der årets ledertalent ved UiT kåres



Hege Andersen, leder for Kontinuerlig forbedring ved UNN, følger med i bakgrunnen når studentene diskuterer en aktuell UNN-case i forbindelse med "Lederjakten 2020". Studentene på bildet er Erik Andre Daleng Natås (til venstre) og Martin Danland. Med ryggen til sitter Amanda Therese Jørgensen. Foto: Per-Christian Johansen

# Samarbeid med andre

- Studiebesøk Helse Bergen, Vestre Viken og sykehuset Sørlandet om kopling mellom lederutvikling og kontinuerlig forbedring.
- Medisinstudentene ved UiTø sin egen gruppe som jobber med forbedringsmetodikk invitert til Direktøren. Planlegger felles undervisning



UiT Norges arktiske universitet



# Samarbeid med andre

- KF inviterte til Pitchingseminar med Norinnova med deltakere fra Kontinuerlig forbedring og samvalgsavdelingen
- Mentor og praksisplass for 3 studenter i statsvitenskap ved Universitetet i Tromsø i 2020.
- Kontinuerlig forbedring hos Helsedirektoratet i intervju om implementering og spredning.



Foto: Torbein Kvil Gamst, UiT

# Lær av de beste

- Studiebesøk South Eastern Belfast Hospital. Kontinuerlig forbedring var med for å lære av sykehus som lykkes i forbedringsarbeid
- Jason Leitch i «Lær av de beste» seminar med Direktørens ledergruppe i februar

Ulster Hospital







## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.11.2021
Arkivsak:	2021/3208-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv og Eirik Stellander

## Orientering om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse for psykisk helsevern voksne fra Internrevisjonen i Helse Nord RHF

### Bakgrunn

Internrevisjonen i Helse Nord RHF skal på vegne av styret i Helse Nord RHF evaluere og bidra til forbedringer i foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

Internrevisjonen publiserte 12.02.2021 rapporten *Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) (vedlegg 1)*. Internrevisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter og indikatorresultater, intervjuer, journalgjennomganger, dataanalyser og spørreundersøkelse i perioden september 2020 til januar 2021.

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne.

### Formål

Orientere styret ved UNN om funnene i internrevisjonsrapporten og tiltaksplanen for å følge opp internrevisjonens anbefalinger.

### Saksutredning

Internrevisjonen konstaterer at ventetidene innen psykisk helsevern for voksne i UNN er betydelig lengre enn måltall, og at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Det er ikke etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret er mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak.

Internrevisjonen anbefaler Universitetssykehuset Nord-Norge å:

## Sak 86/2021 - orienteringssak 6

1. Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord.
2. Sørge for at underliggende målsettinger for psykisk helsevern for voksne inngår i foretakets risikostyringsprosess.
3. Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.
4. Basert på gjennomførte risikovurderinger, utarbeide en samlet tiltaksplan for arbeidet med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.
5. Øke bruken av styringsindikatorer og dataanalyser i forbedringsarbeidet knyttet til ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.
6. Systematisere og styrke lederoppfølgingen av at besluttede tiltak gjennomføres og evalueres.
7. Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.

### **Internrevisjonens anbefalinger vedrørende psykisk helse- og rusklinikken**

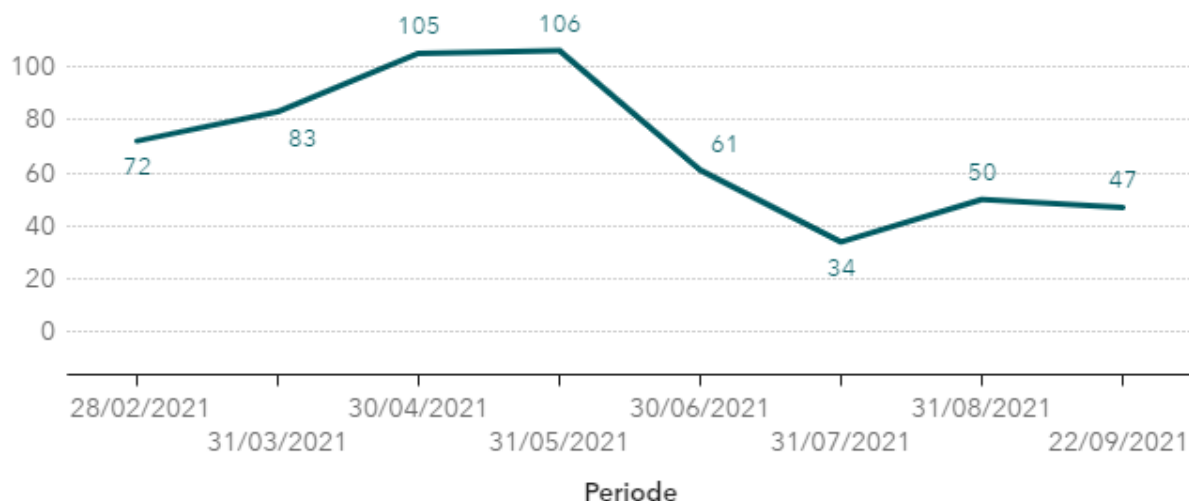
Flere av internrevisjonens anbefalinger omhandler forhold i Psykisk helse- og rusklinikken.

Psykisk helse- og rusklinikken risikovurderte og utviklet en tiltaksplan for å følge opp internrevisjonen, se vedlegg 2. Tiltaksarbeidet startet mars 2021 med småskalatesting ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø. Disse tiltakene vil bli presentert muntlig i møtet.

Effekten av tiltaksplanen for voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø har ikke vært tilstrekkelig for å nå kravene for tilgjengelighet. Det er positivt at antall fristbrudd har falt fra 72 per 28.02.2021 til 47 per 22.09.2021 (Figur 1). I samme periode har gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende økt fra 60 dager i 28.02.2021 til 70 dager 22.09.2021 (Figur 2). Det bemerkes at antall henvisninger i perioden mars til august var uendret fra 480 henviste pasienter i 2019 til 453 henviste pasienter i 2021. Antall konsultasjoner i nevnte periode var 7 704 konsultasjoner i 2019 og 8 181 konsultasjoner i 2021, mens antall unike pasienter i behandling var 1 239 unike pasienter i 2019 og 1324 unike pasienter i 2021.

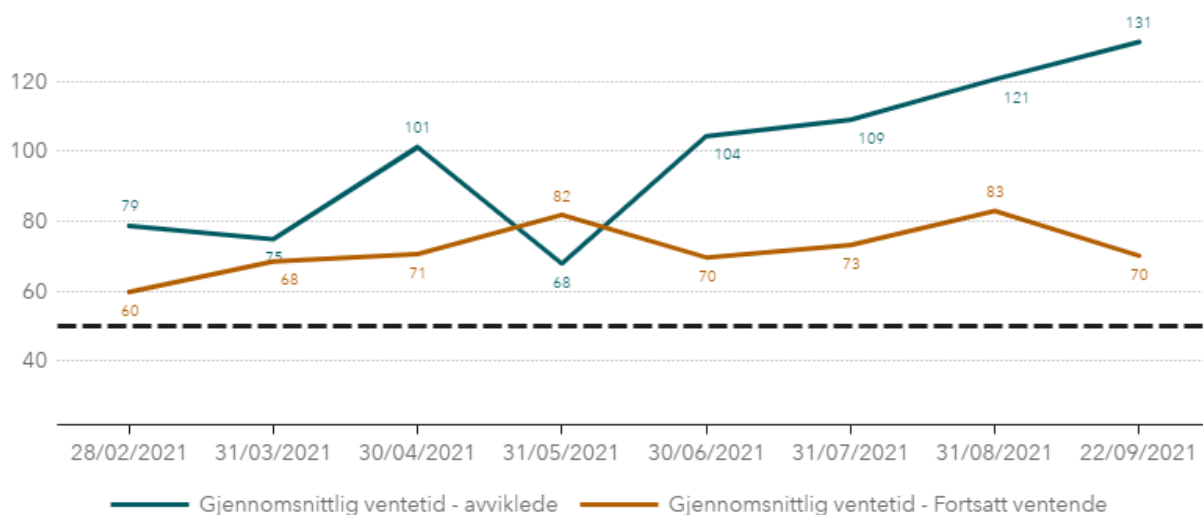
## Utvikling fristbrudd

Fristbrudd som fortsatt venter - antall



Figur 2 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende (oransje linje) og avviklede (mørkeblå linje) pasienter ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø 28.2 til 22.9.21

## Gjennomsnittlig ventetid



For klinikken som helhet har det ikke vært iverksatt egne tiltak som oppfølging av internrevisjonsrapporten, men arbeidet med tilgjengelighet har vært tett fulgt opp i lederlinjen. Antall fristbrudd økte fra 100 per 28.02.2021 til 127 per 31.08.2021. Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende økte fra 54 dager per 28.02.2021 til 75 dager per 31.08.2021. Antall henvisninger januar til august 2021 var uendret sammenlignet med samme periode 2019 (4080 versus 4036 henvisninger).

### Anbefalinger på foretaksnivå

Flere anbefalinger i internrevisjonen omhandler forhold ved UNN på foretaksnivå og involverer styret. Dette gjelder anbefalingene om å iverksette en helhetlig risikostyringsprosess i samsvar med retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, samt å gi styret informasjon om resultater fra disse risikovurderinger og status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.

Det vises i denne sammenheng til vedtak i foretaksmøtet 05.02.2020 mellom Helse Nord RHF og UNN (foretaksmøtesak 5-2020):

*«Foretaksmøtet vedtar nye retningslinjer for risikostyring, jf. styresak 124-2019 i Helse Nord RHF, som gjeldende for alle helseforetak i Helse Nord.»*

*«Foretaksmøtet forutsetter at styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF påser at nye retningslinjer blir implementert i eget helseforetak»*

Helse Nord RHF reviderte i 2020 retningslinjene for risikostyring i Helse Nord, se vedlegg 3. Retningslinjene tar utgangspunkt i et rammeverk fra *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)*, en internasjonal organisasjon som arbeider for å bedre interne kontrollsystemer. Retningslinjene tar også utgangspunkt i ISO 31000:2018, en internasjonal standard for risikostyring.

Helhetlig risikostyring handler om å integrere risikostyring med UNNs virksomhetsstyring og strategi. De nye retningslinjene fra Helse Nord beskriver hvordan risikostyringen foregår på et strategisk nivå, integrert i virksomhetsstyringen og at foretakets til enhver tid gjeldende strategi tilpasses utfra dette. Overordnede styringsmål skal risikovurdert og det er graden av måloppnåelse som er gjenstand for vurdering. Retningslinjene stiller krav om at:

- Mål og «drivere» for måloppnåelse skal konkretiseres og operasjonaliseres.
- Alle målsettinger må ikke nødvendigvis risikovurderes årlig, men det må vurderes hvor foretaket har størst risiko og disse områdene skal risikovurderes
- Foretaket skal dokumentere hvordan risikostyringen organiseres og gjennomføres i samsvar med retningslinjene
- Styret skal vurdere foretakets strategiske risiko, ha en sentral rolle i beslutninger på strategisk miljø, behandle strategisk risikostyring minimum en gang årlig og rapportere til eier om risikostyringsarbeidet i foretaket.
- Foretaket skal dokumentere hvordan risikostyringen organiseres og gjennomføres, herunder at ansvaret for risikostyringen ivaretas på høyt nivå i organisasjonen og hos en person som i liten grad har ansvar for daglige driftsoppgaver (ivareta prinsippet om «armlengdes ansvar»)

UNN har i dag ikke en formalisert helhetlig og strategisk risikostyring på nasjonale og regionale styringsmål. Risikostyring i UNN foregår i hovedsak på det operasjonelle nivået innen blant annet økonomi, beredskap, informasjonssikkerhet, arbeidsmiljø/HMS, ytre miljø, pasientbehandling og ulike prosjekter. Her benyttes risikomatriser.

Styret diskuterte etablering av helhetlig risikostyring på styreseminar juni 2021. Etablering av helhetlig risikostyring er krevende og var forsinket på grunn av pandemien. Arbeidet vil bli ytterligere forsinket som følge av at foretakscontroller i UNN, som innehadde viktig kompetanse på helhetlig risikostyring, fratrer stillingen i løpet av høsten 2021. Prosessen for etablering av helhetlig risikostyring forutsetter sterk involvering av styret og vil beskrives i en egen styresak i løpet av våren 2022.

## Vurdering

Internrevisjonen konstaterer at ventetidene innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord-Norge er betydelig lengre enn måltall, at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes, og at det ikke er etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret er mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak både i Psykisk helse- og rusklinikken og på foretaksnivå.

I etterkant av internrevisjonen er det utarbeidet en tiltaksplan som er småskalatestet ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø. Tiltaksplanen har etter seks måneder hatt effekt på antall fristbrudd, men ikke bedret gjennomsnittlig ventetid. Tiltaksplanen er under revisjon for å sikre bedre måloppnåelse. Det er viktig at vi kan dokumentere effekt av tiltak gjennom småskalatesting før det bres ut i hele klinikken. Det bemerkes at arbeidet med å bedre kapasitet og ventetidsutnyttelse innebærer et langsiktig kulturarbeid. Det utfordrer lange tradisjoner i psykisk helsevern der behandler har hatt stor autonomi til å fastsette antall pasienter vedkommende har i behandling og hvor lenge behandlingen skal foregå. Utfordringen med arbeidet på tilgjengelighet forsterkes av at det er krevende å rekruttere og stabilisere behandlere, spesielt ved de distriktpspsykiatriske enhetene.

På foretaksnivå anbefaler internrevisjonen at det etableres helhetlig risikostyring i UNN, jf Helse Nords retningslinjer for risikostyring og foretaksmøtesak 5-2020. Arbeidet med dette forutsetter sterk involvering av styret, men er sterkt forsinket fordi en sentral medarbeider slutter i sin stilling. Implementering av helhetlig risikostyring vil forelegges styret i egen styresak i løpet av våren 2022.

Tromsø, 29.10.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

### Vedlegg:

- Vedlegg 1: Rapport fra Internrevisjonen i Helse Nord RHF: Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse for psykisk helsevern voksne fra Internrevisjonen i Helse Nord RHF
- Vedlegg 2: Handlingsplan for oppfølging av anbefalingene fra Psykisk helse og rusklinikken
- Vedlegg 3: Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord

## **Internrevisjonsrapport 01/2021**

# **Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 12.02.2021**

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
2 Formål og omfang.....	5
2.1 Formål med revisjonen.....	5
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Regelverk og føringer.....	5
2.4 Revisjonskriterier.....	6
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	8
4.1 Mål og risikovurderinger.....	8
4.1.1 Observasjoner.....	8
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger av mål og risikovurderinger.....	16
4.2 Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak.....	16
4.2.1 Observasjoner.....	16
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av tiltaksplaner og tiltaksgjennomføring...	21
4.3 Rapportering og oppfølging.....	23
4.3.1 Observasjoner.....	23
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av rapportering og oppfølging.....	24
5 Konklusjon og anbefalinger.....	24
5.1 Konklusjon.....	24
5.2 Anbefalinger.....	24

### Vedlegg:

1. Dokumentoversikt
2. Måleresultater psykisk helsevern for voksne
3. Journalgjennomgang
4. Utførte analyser

## Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Universitetssykehuset Nord-Norge i perioden september 2020 – januar 2021.

### Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne (PHV).

### Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter og indikatorresultater, intervjuer, journalgjennomganger, dataanalyser og spørreundersøkelse.

### Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at ventetidene innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord-Norge er betydelig lengre enn måltall, og at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Det er ikke etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret er mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak.

### Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Universitetssykehuset Nord-Norge å:

1. Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*.
2. Sørge for at underliggende målsettinger for psykisk helsevern for voksne inngår i foretakets risikostyringsprosess.
3. Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.
4. Basert på gjennomførte risikovurderinger, utarbeide en samlet tiltaksplan for arbeidet med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.
5. Øke bruken av styringsindikatorer og dataanalyser i forbedringsarbeidet knyttet til ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.
6. Systematisere og styrke lederoppfølgingen av at besluttede tiltak gjennomføres og evalueres.
7. Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.

I tillegg er det innarbeidet forslag til andre forbedringstiltak i internrevisjonens vurderinger i rapportens kapittel 4.1.2 og 4.2.2.



# 1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i perioden september 2020 – januar 2021. Internrevisor Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Janny Helene Aasen har hatt det overordnede ansvaret. Tilsvarende revisjon skal gjennomføres i de øvrige sykehusforetakene i regionen.

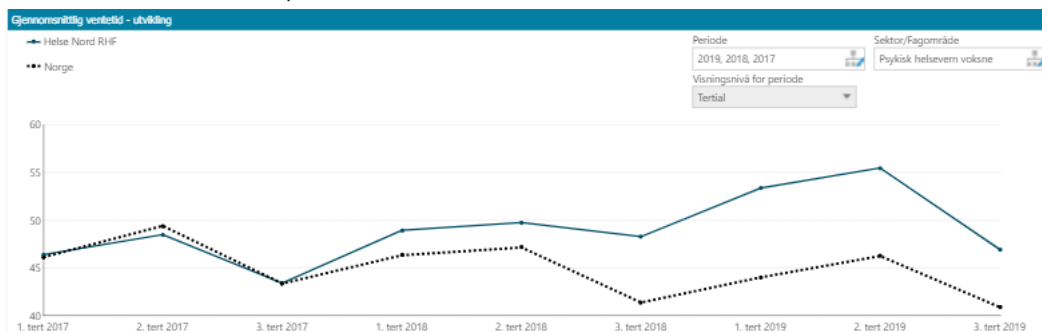
Revisjonen har bestått av:

- Melding om internrevisjon sendt 09.09.2020
- Dokumentgjennomgang av innhentede dokumenter
- Intervjuer og journalgjennomgang gjennomført digitalt
- Gjennomgang av resultater fra Helsedirektoratet.no og fra Helse Nord LIS
- Analyser basert på data fra DIPS-rapporter
- Spørreundersøkelse blant enhetsledere for polikliniske enheter
- Oppsummeringsmøte 17.12.2020
- Rapportutkast sendt 20.01.2021, og tilbakemelding mottatt 10.02.2021

## 1.1 Bakgrunn

Det er et nasjonalt og regionalt styringsmål å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Etter 2017 har gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, ligget høyere enn landsgjennomsnittet, jf. Figur 1.

**Figur 1.** Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne, 2017-2019.



Kilde: Helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter-tertiar

Både rapporten *Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge, 2015-2017* (SKDE, nov. 2019) og *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling, for årene 2014-2018* (Helse Førde HF, juni 2020) viser at det er store geografiske forskjeller i helsehjelpen til pasienter. SKDE påpeker i sin rapport at «Forskjeller i faglig praksis er en viktig årsak til geografisk variasjon i bruk av tjenester» (2019, pkt. 6.2.3). I rapportens oppsummering sies det:

*Vi fant stor og uberettiget variasjon innad i Helse Nord, både når det gjelder bruk av polikliniske kontakter, institusjonsopphold og oppholdsdøgn innen PHV og TSB. Hvor stor del av variasjonen som skyldes tilfeldigheter, variasjon i sykelighet eller ulik arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og hvor stor del som skyldes ulik faglig praksis i spesialisthelsetjenesten, er ukjent.*

Styret i Helse Nord RHF ba i sak 45-2020, *Årlig melding 2019*, om fortsatt betydelig oppmerksomhet på arbeidet med å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Styret har også bedt om, og fått, en rekke orienteringer om situasjonen innen psykisk helse og rus, blant annet i styresak 94-2020. Her ble det orientert om at alle helseforetakene hadde utarbeidet tiltaksplaner tilpasset lokale utfordringer for å bedre måloppnåelsen i 2020. Dette var før covid-19-pandemien inntraff.

## **2 Formål og omfang**

### **2.1 Formål med revisjonen**

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at foretaket har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne (PHV).

### **2.2 Omfang og avgrensninger**

Revisjonen har omfattet foretakets arbeid med sikte på å redusere unødvendig ventetid til helsehjelp og unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.

Revisjonen har hatt hovedvekt på poliklinisk virksomhet.

Følgende er ikke omfattet av denne revisjonen:

- vurderinger av om rettighetsvurderingen var riktig
- ivaretagelse av informasjonsplikten til pasienter og pårørende
- måloppnåelse knyttet til pakkeforløp
- gjennomføringen av rekrutteringstiltak

### **2.3 Regelverk og føringer**

Følgende regelverk og nasjonale føringer er særlig aktuelle i denne revisjonen:

- Lov om pasient- og brukerrettigheter, §§ 2-1b og 2-2
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd
- Prioriteringsveileder, Psykisk helsevern for voksne, Helsedirektoratet, nov. 2015
- Forskrift om ventelisteregistrering

- Lov om spesialisthelsen m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), § 2-1
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (ledelsesforskriften)
- Rundskriv IS-2331, Ventelisterapportering til Norsk pasientregister, Helsedirektoratet (utgitt 10/2015, revidert 01/2019)

Regionale føringer:

- Oppdragsdokumentene fra Helse Nord RHF til foretakene for 2019 og 2020
- RL1602, Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord
- MS0295, Risikostyring 2020 i foretaksgruppen – overordnede mål
- Dokumentsamling i Docmap, DS8332, Ventelister, kontinuerlig kvalitetssikring og oppfølging fristbrudd EPJ DIPS
- DS8484, Henvisningsprosedyrer EPJ DIPS

## 2.4 Revisjonskriterier

Følgende fokusområder og kriterier er lagt til grunn for internrevisjonens arbeid og vurderinger:

1. Mål og risikovurderinger
  - a. Ledere er kjent med resultatutviklingen for relevante indikatorer for ventetid og kapasitetsutnyttelse innenfor eget ansvarsområde.
  - b. Det overordnede styringsmålet om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, inngår i foretakets risikostyring for 2020.
  - c. Det overordnede styringsmålet er brutt ned, og to-fem underliggende målsettinger for psykisk helsevern er prioritert og risikovurdert.
2. Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak
  - a. Det er besluttet tiltak som er egnet til å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
  - b. Tiltakene er klart definert med hensyn på innhold, frist og ansvarlig.
  - c. Tiltakene er egnet til å nå målene om økt bruk av digitale skjemaer, video- og telefonkonsultasjoner og digital hjemmeoppfølging.
  - d. Tiltakene gjennomføres som planlagt.
3. Rapportering og oppfølging
  - a. Gjennomføring av besluttede tiltak følges opp i lederlinjen.
  - b. Det evalueres om gjennomførte tiltak har ønsket effekt på resultatoppnåelsen og risikobildet, og iverksettes eventuelt korrigerende tiltak.
  - c. Styret får pålitelig informasjon om: måloppnåelse, risiko for manglende måloppnåelse, samt tiltak for å øke måloppnåelsen.

### 3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

#### Dokumentgjennomgang:

Dokumenter mottatt fra UNN, eller innhentet fra foretakets websider, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Se *Vedlegg 1 – Dokumentoversikt*.

#### Gjennomgang av måleresultater, utvalgte indikatorer:

Resultater for utvalgte indikatorer, publisert på Helsedirektoratet.no eller i Helse Nord LIS, er benyttet i planlegging av revisjonen og vurdert opp mot revisjonskriteriene. Se *Vedlegg 2 – Måleresultater*.

#### Intervjuer:

Det er gjennomført intervjuer med seksjonsledere, enhetsledere, behandlere og kontorpersoneell ved voksenpsykiatrisk poliklinikk, Tromsø og Harstad, samt med klinikkledelse (gruppeintervju) og rådgivere i Psykisk helse- og rusklinikken. I tillegg er det gjennomført et gruppeintervju med senterleder og ansatte i Fag- og kvalitetssenteret, samt intervju med administrerende direktør. Til sammen har 22 personer deltatt i intervjuer. Bare intervjuet med Fag- og kvalitetssenteret ble gjennomført med fysisk tilstedeværelse i UNN, de øvrige digitalt.

#### Journalgjennomgang:

Et utvalg av journaler er gjennomgått med sikte på å bekrefte:

- a) dokumentasjon av begrunnelse for avvisning av henvisninger
- b) dokumentasjon av vurderinger ved fristfastsettelse
- c) utarbeidelse av behandlingsplan

Se *Vedlegg 3 – Journalgjennomgang*.

#### Analyser for å belyse risiko:

Det er gjennomført følgende analyser basert på data fra DIPS-rapporter, for å belyse risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse og risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene:

1. Antall pasienter pr. ansatt behandler
2. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. dag pr. behandler
3. Hyppighet av konsultasjoner for utvalgte diagnosegrupper
4. Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp for utvalgte diagnosegrupper

Se *Vedlegg 4 – Utførte analyser*.

#### Spørreundersøkelse:

De fem enhetslederne for polikliniske enheter innen voksenpsykiatri i UNN som ikke er intervjuet, ble bedt om å besvare en spørreundersøkelse som hadde til hensikt å

kartlegge situasjonen knyttet til temaene: vurdering av henvisninger, timeplanlegging, pågående utrednings- og behandlingsforløp, målsettinger og forbedringsarbeid, samt vurdering av måloppnåelse. Vi mottok fire svar.

På grunn av revisjonens metodevalg, har internrevisjonen gjennomført en personvernkonsekvensvurdering, og denne er gjennomgått av personvernombudet i Helse Nord RHF.

## 4 Observasjoner og vurderinger

### 4.1 Mål og risikovurderinger

#### 4.1.1 Observasjoner

##### 4.1.1.1 Kjennskap til mål og resultatutvikling

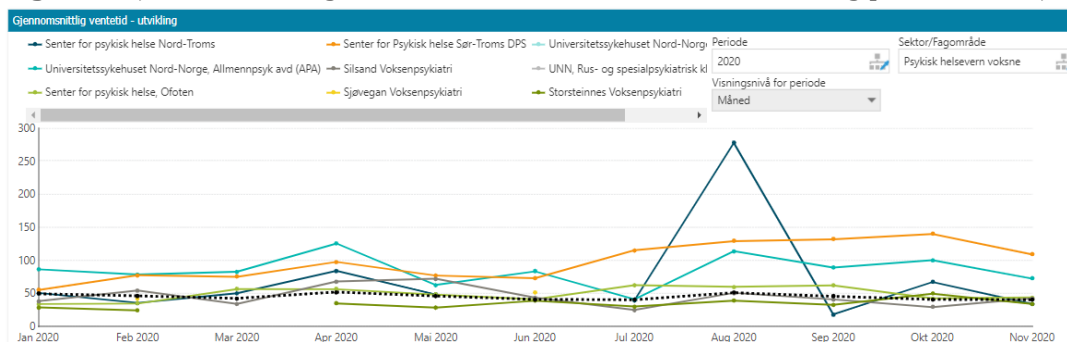
Klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken har gitt uttrykk for at det er godt kjent blant klinikkens ledere hvilke mål som gjelder i tilknytning til pasientbehandlingen.

Målene gjøres kjent gjennom tavlemøter og andre ledermøter, samt bruk av «Dialogavtalen» mellom kliniksjeff og avdelingsleder. Likevel framkommer det at følgende mål fra *Oppdragsdokument 2020*<sup>1</sup> er lite kjent for seksjons- og enhetslederne:

- Overholde minst 95 % av pasientavtalene innen utgangen av 2021.
- Bruke video- eller telefonkonsultasjon for minst 30 % av alle polikliniske konsultasjoner i 3. tertial 2020.
- Øke andelen planlagte konsultasjoner med tildelt time de neste 6 måneder i andre halvår 2020 sammenliknet med andre halvår 2019.

Resultater på nasjonale indikatorer for ventetid og kapasitetsutnyttelse publiseres på Helsedirektoratet.no, jf. Vedlegg 2. Her inngår indikatoren «gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede», som viser at UNN har hatt ventetid innen PHV betydelig over landsgjennomsnittet i 2020. Den interne fordelingen i UNN er illustrert i Figur 2.

**Figur 2.** Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i UNN

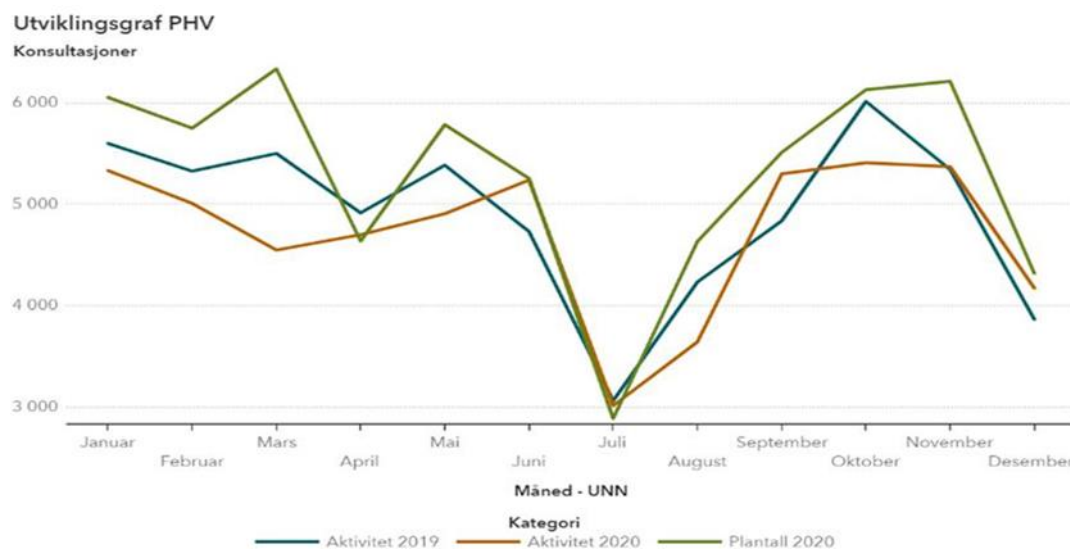


Kilde: Helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter

<sup>1</sup> Oppdragsdokument 2020 fra Helse Nord RHF til helseforetakene i regionen, revidert juni 2020

I tillegg kan resultatene finnes via UNNs portal i Helse Nord LIS. Her er det ofte mulig å framstille resultatene mer detaljert, blant annet spesifisert på virksomhets- og omsorgsnivå, samtidig som utviklingen over tid er tilgjengelig. Her finnes også oversikt over utviklingen i samlet antall polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne i UNN, jf. Figur 3. Antall konsultasjoner er redusert fra 58 796 (2019) til 56 624 (2020), tilsvarende 3,8 %.

**Figur 3.** Antall konsultasjoner innen PHV



Kilde: Helse Nord LIS

I intervjuer har imidlertid seksjons- og enhetslederne opplyst at de i hovedsak forholder seg til resultater de kan se direkte i DIPS, eksempelvis antall ventende for øyeblikket og antall ventende fristbrudd, og resultater som blir presentert i møter eller sendt dem direkte. Noen har uttalt at de søker sporadisk opp resultater selv på helsedirektoratets nettsider. Ingen har vist til Helse Nord LIS som kilde for kunnskap om egne resultater.

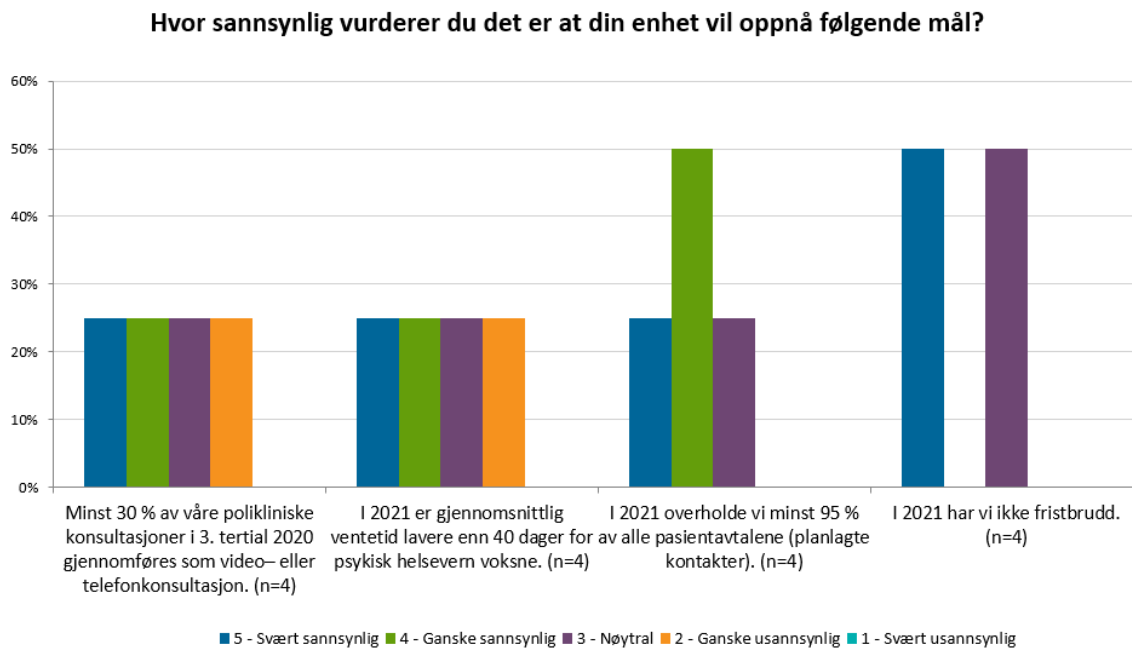
#### **4.1.1.2 Risikostyring og oppfatninger om risiko**

UNN har ikke gjennomført dokumenterte risikostyringsprosesser for 2020, og på tidspunktet for revisjonens oppsummeringsmøte var det heller ikke besluttet hvordan risikostyringsprosessen for 2021 skulle gjennomføres. Administrerende direktør har imidlertid uttalt at det er en klar ambisjon om forbedring på dette området. Klinikker for psykisk helsevern og rusbehandling har ikke gjennomført risikovurderinger knyttet til mål om å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse, verken for 2019 eller for 2020.

Internrevisjonen har, både i intervjuer og i spørreundersøkelsen, spurt om hvor sannsynlig man anser oppnåelse av utvalgte mål. Klinikkenes ledergruppe ga uttrykk for ganske stor sannsynlighet for gjennomsnittlig ventetid under 40 dager i 2021 og en situasjon uten fristbrudd i klinikken. Usikkerhetsmomentene som ble trukket fram, var økonomi, bemanning og covid-19-pandemien. Øvrige ledere og behandlere hadde mer varierende oppfatninger om sannsynligheten for måloppnåelse, og noen mente det ville

kreve økt kompetanse og/eller flere ressurser. Bemannings- og rekrutteringsutfordringer ble trukket fram som risikofaktor i hele lederlinjen, fra enhetsledere til administrerende direktør. Oppfatninger om sannsynligheten for måloppnåelse i egen enhet, slik dette framkom i spørreundersøkelsen, er illustrert i Figur 4 nedenfor.

**Figur 4.** Utdrag av resultater fra spørreundersøkelsen – sannsynlighet for måloppnåelse



Både enhetsledere og spesialister uten lederansvar ga i stor grad uttrykk for at «Vi har en god balanse mellom å ta inn nyhenviste og å gi god oppfølging i pågående forløp». Noen opplyste at de oppfatter denne balansen som krevende og slitsom over tid, men at de likevel anser situasjonen som faglig forsvarlig.

#### 4.1.1.3 Internrevisjonens undersøkelser for å belyse risiko

I rapporten *Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge, 2015-2017* (SKDE, 2019) ble det oppgitt at forskjeller i faglig praksis er en viktig årsak til den påviste variasjonen, jf. kap. 1.1. Internrevisjonen har derfor valgt å se nærmere på risikoen for unødvendig variasjon i praksisen ved å belyse:

- Risiko for at vurderingspraksis er ulik eller avviker fra nasjonale retningslinjer
- Risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse
- Risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene

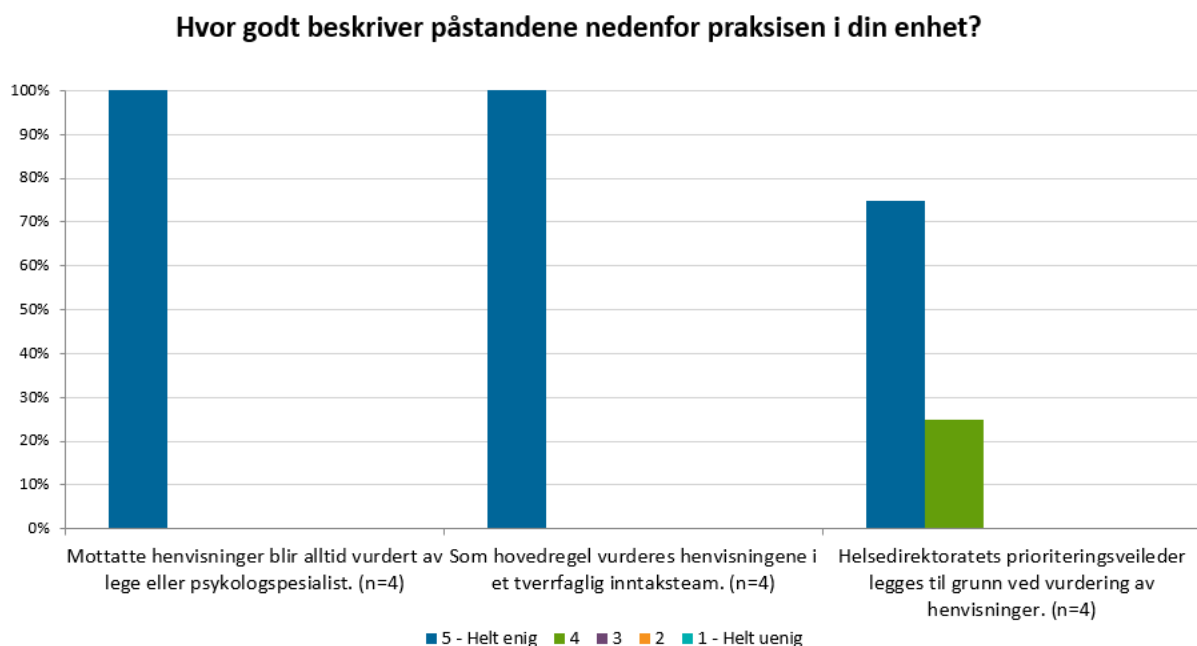
##### 4.1.1.3.1 Risiko for ulik vurderingspraksis

Helsedirektoratets *Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne* skal være en beslutningsstøtte for dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Veilederen gir råd om tildeling av rettighetsstatus og om maksimumsfrist for start av helsehjelp for de pasientene som tildeles «rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten». Anbefalingene om rettigheter gjelder på gruppenivå, og

veilederen beskriver at «ved vurdering av den enkelte henvisning skal spesialisten vurdere om noen av de individuelle forholdene som er nevnt i prioriteringsveilederne gjelder den aktuelle pasienten. Det skal også vurderes om det er andre forhold ved pasienten som skulle tilsi en annen rettighetsvurdering og eventuell frist enn det som er anbefalingen for tilstandsgruppen som pasienten tilhører». Klinikken har tidligere gjennomført opplæring om rettighetsvurdering som en del av sin interne «inntaksskole», men ikke de to siste årene.

Det finnes ikke prosesskart eller prosedyrer som beskriver henvisningsflyten fra mottak av henvisning til oppstart av helsehjelp for poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern for voksne i UNN. Internrevisjonen har fått opplyst at prosessen som praktiseres i Tromsø og Harstad ofte omfatter vurderinger i både inntaksmøte og fordelingsmøte, før pasientens første oppmøtedato fastsettes. Se også kapittel 4.2.1.3 om planleggingshorisont. I intervjuer har vi videre fått opplyst at de fleste henvisninger vurderes i et tverrfaglig inntaksteam, at det alltid er en spesialist som er ansvarlig for vurderingen, og at den nasjonale prioriteringsveilederen legges til grunn for vurderingen. Dette samsvarer godt med svarene som ble gitt i spørreundersøkelsen, jf. Figur 5.

**Figur 5.** Utdrag av resultater fra spørreundersøkelsen – vurderingspraksis



Vår journalgjennomgang i Harstad viste at vurderingsnotatet i noen tilfeller inneholdt informasjon om hvilke individuelle hensyn som er vektlagt ved fristfastsettelse. I Tromsø fikk vi opplyst at dette ikke praktiseres, da man anser at slik dokumentasjon vil bli for tidskrevende.

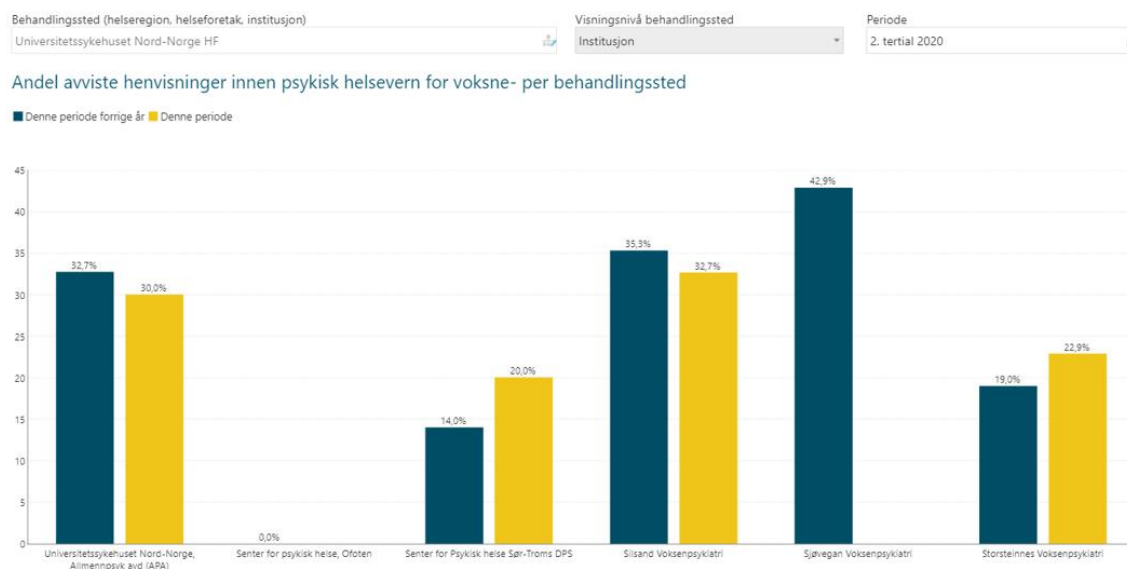
Det foreligger heller ikke skriftlige rutiner for håndtering av henvisninger som inneholder for lite informasjon til en reell rettighetsvurdering. Basert på opplysninger i



intervjuer, konstaterer vi at praksisen varierer. Noen slike henvisninger blir avvist. Andre blir registrert som rett til helsehjelp, og pasienten settes opp til time for nærmere vurdering. I enkelte tilfeller etterspørres mer informasjon fra henviser før man fullfører rettighetsvurderingen. Videre er det opplyst om nye tiltak under implementering, som kan ha betydning for håndteringen av slike henvisninger, uten at det er gitt noen klare føringer om dette. Tiltakene gjelder innføring av ny funksjonalitet i DIPS mellom sykehus og fastleger, som blant annet forenkler muligheten for å etterspørre tilleggsinformasjon, samt etablering av et eget vurderingsteam i Tromsø.

En av de nasjonale styringsindikatorene er «Andel avviste i psykisk helsevern for voksne». Avviste henvisninger er henvisninger der pasienten er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Indikatoren viser at det er stor variasjon i andel avviste henvisninger, og at denne andelen ved noen enheter har vært betydelig høyere enn landsgjennomsnittet. Figur 6 viser de ferskeste indikatorresultatene.

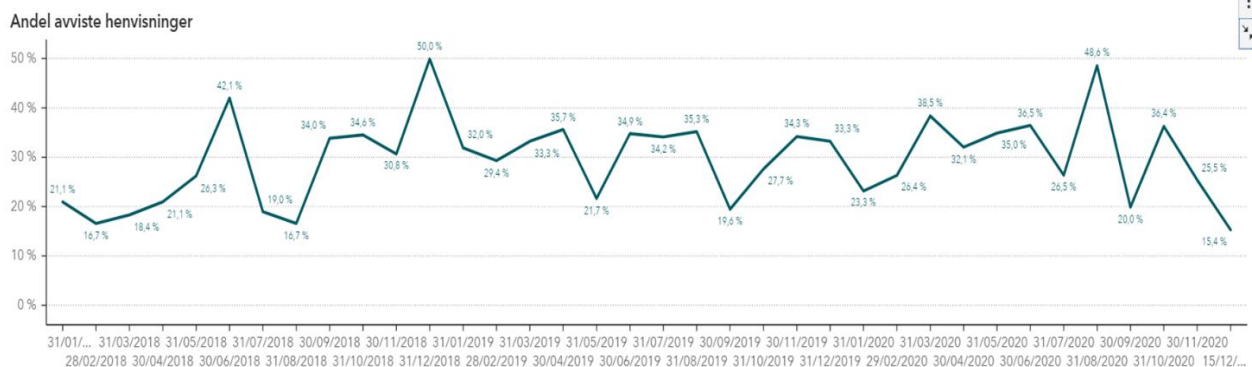
**Figur 6.** Andel avviste henvisninger innen PHV i UNN 2. tertial 2020



Kilde: [Helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten](https://helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten)

Senter for psykisk helse Ofoten har over tid vært registrert med 0 % avviste henvisninger i den nasjonale indikatoren, selv om det i Helse Nord LIS framkommer at de det siste året har hatt ca. 30 % avvisinger, jf. Figur 7 nedenfor. Et tilsvarende avvik har oppstått for Sjøvegan voksenpsykiatri 2. tertial 2020. Årsaken til denne forskjellen var ikke kjent for deltakerne i revisjonens oppsummeringsmøte. I tilbakemeldingen på rapportutkastet har foretaket opplyst at det i disse enhetene har vært praksis å bruke koden «ordinært avsluttet» ved avviste saker. Videre er det opplyst at registreringspraksisen nå er endret, og at registreringer fra 01.01.2021 vil bli korrigert.

**Figur 7.** Andel avviste henvisninger innen PHV i Senter for psykisk helse Ofoten



Kilde: Helse Nord LIS

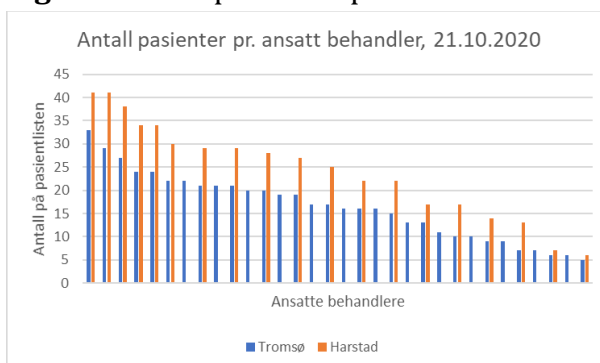
I vår journalgjennomgang undersøkte vi om begrunnelse for avvising var dokumentert for et utvalg av 27 avviste henvisninger. Se oversikt i *Vedlegg 3*. Gjennomgangen viste at:

- avvisinger som hovedregel er begrunnet i pasientjournalen (notat og/eller brev).
- noen av disse var begrunnet med «manglende informasjon».
- den tekstlige begrunnelsen i noen tilfeller ikke samsvarte med registrert avvisingkode.
- enkelte av de avviste henvisningene samtidig var registrert med «rett til helsehjelp». Internrevisjonen fant ingen forklaring på dette, og har ikke undersøkt om dette kan utgjøre en feilkilde i rapporteringer.

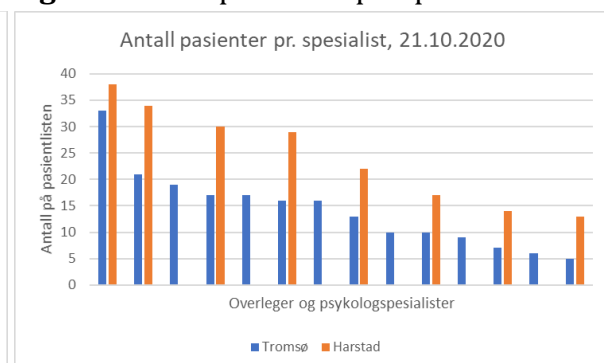
#### 4.1.1.3.2 Risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse

I intervjuene og spørreundersøkelsen har vi fått opplyst at den enkelte behandler normalt forventes å ha omtrent 20-30 pasienter på sin behandlingsliste, men at dette varierer ut fra behandlerens erfaring og spesialitet, og ut fra kompleksitet i de aktuelle pasientforløpene. Figur 8 viser variasjonen i antall pasienter per behandler både innad i og mellom poliklinikkene i Harstad og Tromsø. Harstad har høyere antall pasienter per behandler enn Tromsø. Figur 9 viser at det er omtrent samme variasjon ved avgrensning til spesialister.

**Figur 8.** Antall pasienter pr. behandler



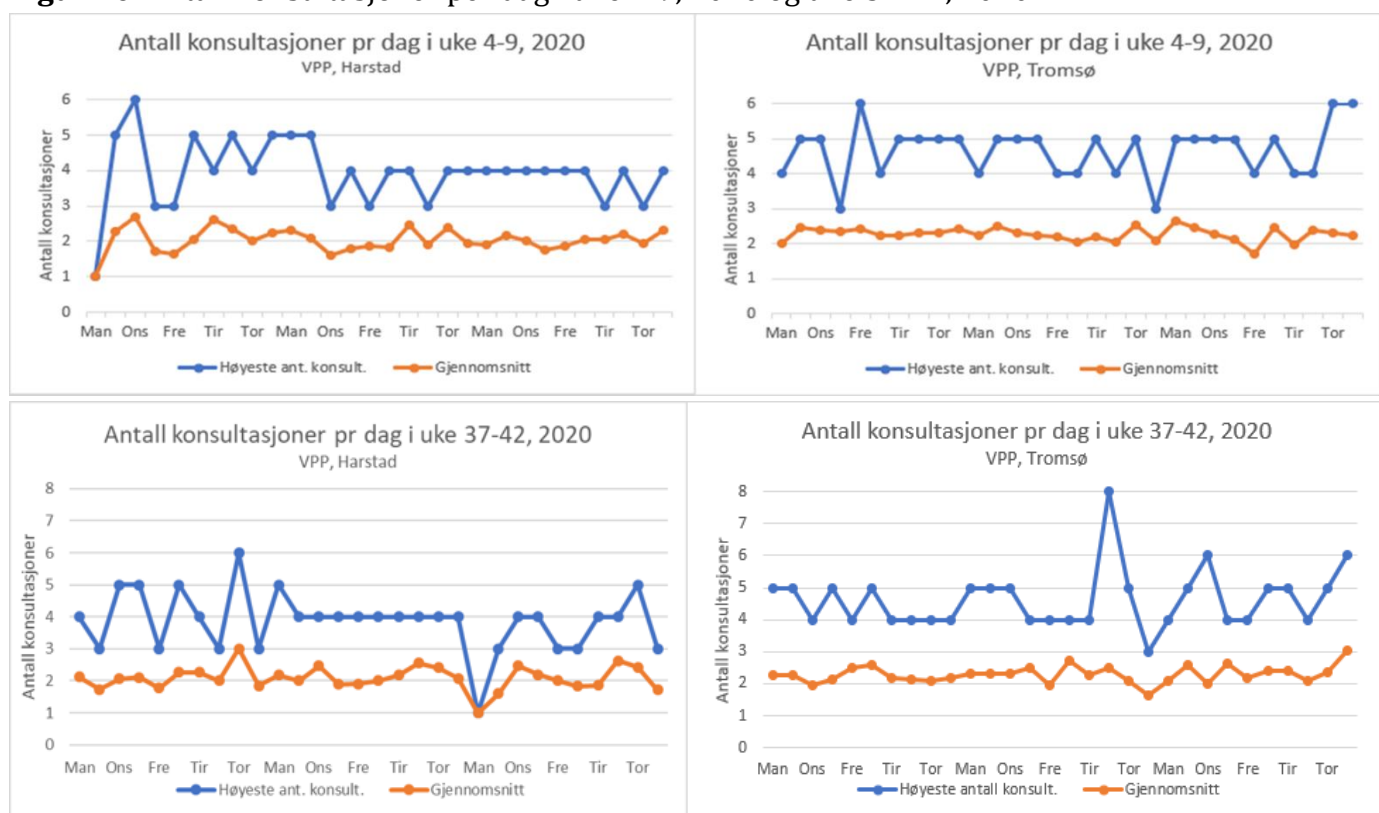
**Figur 9.** Antall pasienter pr. spesialist



Kilder: D-1117, Pasienter pr. behandler pr. uttrekksdato (21.10.2020) og Oversikt over ansatte, Nov2020. Ekskl. enhetsledere og fysioterapeuter.

Seksjons- og enhetsledere har opplyst at de forventer at den enkelte behandler i gjennomsnitt skal ha minst tre konsultasjoner per dag, og at dette er kommunisert tydelig ut i enhetene. Enkelte spesialister trakk fram at møtevirkosomhet og andre oppgaver reduserer muligheten for å innfri denne forventningen. Figur 10 viser at det interne målet om gjennomsnittlig tre konsultasjoner per behandler per dag, ikke ble oppnådd verken i ukene 4-9 eller i ukene 37-42, 2020. Dette gjelder både ved poliklinikken i Tromsø og i Harstad. I analysene er det ikke tatt hensyn til behandlerens stillingsstørrelse eller tilsettingsforhold, men behandlere med < 10 konsultasjoner i 6-ukersperioden er ekskludert. Foretaket har gitt tilbakemelding om at oversikten inkluderer studenter og behandlere fra øvrige enheter som bidrar i de polikliniske forløpene.

**Figur 10.** Antall konsultasjoner per dag i uke 4-9, 2020 og uke 37-42, 2020



Kilde: D-6817, Oversikt polikliniske besøk i periode.

Bare direkte pasientkontakt er inkludert. Gjennomsnitt per dag er beregnet ut fra alle som har hatt minst 1 konsultasjon den enkelte dag. Dette inkluderer behandlere som ikke er tilsatt ved enheten.

Hver gruppebehandling er i denne analysen telt som 1 konsultasjon.

Behandlere med < 10 konsultasjoner i 6-ukersperioden er ekskludert. Linjeledere er ekskludert.

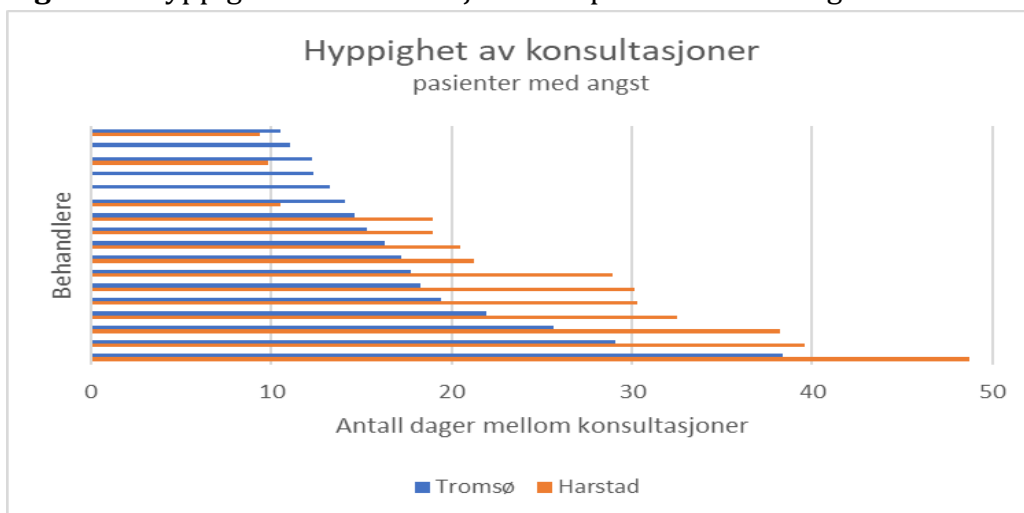
#### 4.1.1.3.3 Risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene

Internrevisjonen har gjort uttrekk fra DIPS for å belyse om det er variasjon i hyppigheten på konsultasjonene, hvor lenge pasientene får behandling og antallet konsultasjoner innenfor utvalgte diagnosegrupper.

Figur 11 viser at det er stor variasjon mellom behandlerne internt i den enkelte poliklinikk, spesielt i Harstad, når det gjelder hyppighet av konsultasjoner for pasienter med angst. Figuren viser også at behandlerne i Tromsø har hyppigere konsultasjoner med denne pasientgruppen, enn behandlerne i Harstad.

Analysen viser en tilsvarende variasjon for pasienter med moderat depresjon, jf. Vedlegg 4.

**Figur 11.** Hyppighet av konsultasjoner for pasienter med angst

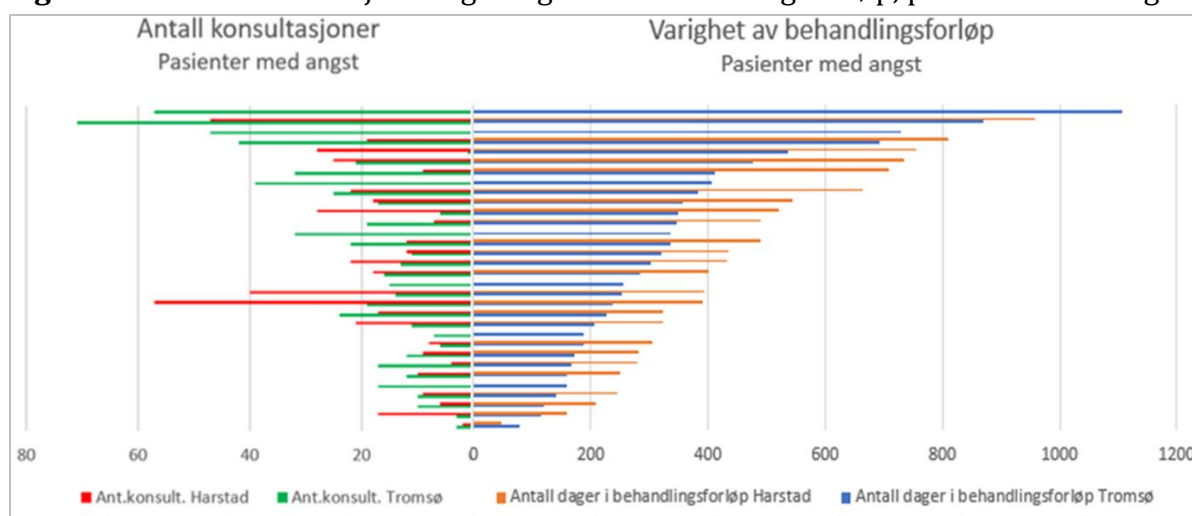


Kilde: D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode 01.01.2020-21.10.2020

Følgende ICD-10 diagnosekoder er inkludert: F4000, F40001, F400, F401, F410, F411, F418 og F419.

Figur 12 viser stor variasjon i pasientforløpene for de enkelte pasientene med angst, både når det gjelder antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp. Det framkommer også at behandlingsforløpene for denne pasientgruppen er lengre i Harstad enn i Tromsø, uten at dette innebærer flere konsultasjoner.

**Figur 12.** Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp, pasienter med angst



Kilde: D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode 01.01.2020-21.10.2020.

Følgende ICD-10 diagnosekoder er inkludert: F4000, F40001, F400, F401, F410, F411, F418 og F419.

Det er gjort en tilsvarende analyse for pasienter med moderat depresjon, og denne viser de samme resultatene som for pasienter med angst, jf. *Vedlegg 4*.

Oppsummert viser internrevisjonens analyser store variasjoner i forløpene for de undersøkte pasientgruppene.

#### **4.1.2 Internrevisjonens vurderinger av mål og risikovurderinger**

Etter internrevisjonens vurdering er det uheldig at foretaket ikke har gjennomført en dokumentert risikostyringsprosess for 2020, og at det innen psykisk helsevern for voksne ikke er gjennomført risikovurderinger knyttet til mål om å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse, verken for 2019 eller for 2020. Dermed mangler styret og lederlinjen et viktig grunnlag for sine prioriteringer og beslutninger. Vi anser det som viktig at en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til foretakets overordnede mål for 2021 iverksettes så raskt som mulig og viser til tidligere krav i oppdragsdokumenter og til *RL1602, Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*. Risikoområdene knyttet til variasjon i praksis, som internrevisjonen har belyst i kap. 4.1.1.3, bør innarbeides i klinikkens risikovurderinger.

Internrevisjonen vurderer videre at UNN, gjennom sine dialogavtaler, har et system som legger godt til rette for forankring, forpliktelse og oppfølging av besluttede mål og tiltak. Vi anser det imidlertid som en svakhet at noen av målene relatert til pasientbehandling fra *Oppdragsdokument 2020*, som inngår i klinikkens og avdelingsledernes dialogavtaler, er lite kjent for seksjons- og enhetslederne. Det synes derfor hensiktsmessig å inngå dialogavtaler også med disse ledernivåene. Videre anser vi det som en svakhet at linjelederne i liten grad benytter helsedirektoratets nettsider og Helse Nord LIS som kilde til kunnskap om resultatutviklingen innen eget ansvarsområde og om variasjonen mellom enheter.

Økt bruk av styringsindikatorer og dataanalyser framstår som nyttig i arbeidet med å redusere unødvendig ventetid til helsehjelp og unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Ikke minst gjelder dette analyser som kan belyse sammenhenger mellom ulike styringsindikatorer. I indikatorbeskrivelsen for «andel avviste» påpeker Helsedirektoratet at «Indikatoren er viktig ved undersøkelse av forskjeller i variasjon innen ventetider og fristbrudd». Vi har i dette kapitlet også vist eksempler på andre analyser som kan bidra til faktabaserte diskusjoner i forbedringsprosesser.

## **4.2 Tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak**

### **4.2.1 Observasjoner**

#### **4.2.1.1 Overordnede tiltaksplaner**

I *Årlig melding 2019, Universitetssykehuset i Nord-Norge*, ble det opplyst at «det settes inn flere tiltak i Psykisk helse- og rusklinikken for å nå målene, blant annet intensivering av arbeidet med å øke rekruttering til ledige stillinger, arbeid med gode og riktige

pasientforløp mm.». I denne revisjonen har vi imidlertid valgt å ikke gå inn på gjennomføringen av rekrutteringstiltak, men fokusere på tiltak som omhandler pasientforløpene og hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes.

Internrevisjonen har konstatert at det ikke foreligger en samlet, aktiv tiltaksplan for et koordinert og langsiktig arbeid med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen PHV i UNN. Vinteren 2019/2020 fikk klinikken tilbud om bistand fra et innsatsteam, ledet av Kvalitets- og utviklingscenteret, i arbeidet med reduksjon av ventetid. Innledende samtaler mellom aktørene resulterte imidlertid i at arbeidet ble stoppet.

Det pågår likevel langsiktige prosesser i klinikken som er viktige for framtidig måloppnåelse innen revisjonens tema. Særlig gjelder dette implementering av pakkeforløp, der de overordnede målene er oppgitt å være blant annet:

- Unngå unødvendig ventetid for utredning, behandling og oppfølging.
- Likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengige av bosted.

Internrevisjonen konstaterer at det pågår utarbeidelse av en strategisk plan for pakkeforløp på klinikknivå, (utkast datert 05.10.20) som inkluderer:

- Milepælsplan (kap. 8). Siste milepæl her var satt til 21.12.2020, og lyder: «Det forventes at alle enheter er godt i gang med implementering».
- Tiltaksplan (kap. 9). Alle tidsfrister var passert i løpet av høsten 2020, de fleste 1. halvår 2020. Status for gjennomføring av tiltakene var ikke angitt i utkastet.

Det ble opplyst at man har en intensjon om videre bearbeidelse av strategidokumentet, slik at strategi og tiltaksplan skilles fra hverandre. Planen bygger på tidligere gjennomført implementeringsarbeid i henhold til *Plan for implementering av pakkeforløp i PHRK*. Denne planen ble avsluttet 31.12.2019, og det er angitt status for det enkelte tiltak. Ikke alle tiltakene var fullført på dette tidspunktet. Det framkommer av strategiutkastet og av intervjuer at det fortsatt er sentrale punkter som ikke er ferdig implementert, blant annet evaluering av behandlingsplaner, praktisering av felles rutiner for når og hvordan spesialistinvolvering bør skje og koding av pakkeforløpene slik at gjennomføringen kan måles.

Internrevisjonen konstaterer også at klinikken har igangsatt et arbeid med utarbeidelse av en utviklingsplan for poliklinisk virksomhet for perioden 2021-2023, og vi har merket oss at:

- Poliklinikknettverket har fått oppdraget med å utarbeide et planutkast.
- Mandat for arbeidet ble godkjent i klinikkledermøte 15.10.2020.
- Det er angitt i mandatet hvilke områder det er ønskelig å få dekket. Innholdet skal avgrenses til å peke på utviklingsområder.
- Det framkommer i mandatets bakgrunnsbeskrivelse at «Målet er ikke å lage nye tiltak på alle områder, men få en oversikt over allerede igangsatte prosjekter og derigjennom

*se hvilke områder det er ønskelig med ytterligere utviklingsarbeid. En oversikt over det arbeidet som allerede er igangsatt, vil også bidra til at vi lettere kan koordinere den samlede innsatsen i klinikken og lære på tvers av poliklinikkene».*

- Konkret tiltaksutforming og framdriftsplan for tiltaksgjennomføring inngår ikke som del av mandatet.
- Framdriftsplanen for arbeidet legger opp til endelig godkjenning av klinikkledelsen i uke 10-2021.

Vi har fått opplyst at rapporten fra SKDE (2019), omtalt i kap. 1.1., er gjennomgått og ble presentert av SKDE i klinikkledelsens møte i desember 2019. Rapporten er kjent ut til seksjonsnivå og inngår i grunnlaget for pågående prosesser i klinikken.

#### **4.2.1.2 Tiltak på seksjons- og enhetsnivå**

*I Årlig melding 2019 ble det opplyst at «seksjonslederne i klinikken er gitt et særlig ansvar for oppfølging av ventetider, og at det gjøres særskilt innsats for å redusere etterslep på kritiske fagområder».*

Internrevisjonen har blitt informert om at det er iverksatt en rekke tiltak i den enkelte seksjon eller enhet for å redusere unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Dette omfatter blant annet:

- Tromsø: midlertidig ekstra bemanning, etablering av vurderingsteam og gjennomgang av ventelister.
- Harstad: kveldspoliklinikk, gruppebehandling, halvdagsutredninger og fordeling av ekstra pasient.
- Tromsø og Harstad: innføring av predefinert timebok og oppmerksomhet på avslutningsrutiner.

Ingen av de vi intervjuet nevnte økt bruk av digitale konsultasjoner og skjemaer som et tiltak for reduksjon av ventetid.

For noen av de nevnte tiltakene har vi mottatt dokumentasjon for at tiltaket er diskutert i enhetene og godkjent i lederlinjen. Det finnes ingen samlet oversikt over tiltakene, med angivelse av ansvar, frist og status for gjennomføringen.

#### **4.2.1.3 Internrevisjonens undersøkelser av tiltaksgjennomføring**

Internrevisjonen har innhentet følgende statusinformasjon om utvalgte tiltak:

- Etablering av eget vurderingsteam (Tromsø): Iverksettelse er bekreftet i intervju. Det finnes ingen prosedyrer som beskriver teamets rolle i vurderingsprosessen.
- Gjennomføre kveldspoliklinikk, halvdagsutredninger og gruppebehandlinger høsten 2020 (Harstad): Gjennomføring er bekreftet i intervju og ved oppslag i DIPS-uttrekk.
- Innføre predefinert timebok (Tromsø og Harstad): Varierende informasjon i intervjuer om i hvilken grad kontortjenesten har anledning til å legge inn timer i den enkelte behandler timebok, uten spesifikk avtale med behandler i hvert enkelt

tilfelle. I oppsummeringsmøtet ble det opplyst at enhetene er kommet videre i implementeringen av nye rutiner på dette området.

I tillegg har vi valgt å se nærmere på gjennomføringen av tiltak knyttet til følgende tre nasjonale/regionale krav:

- Økt planleggingshorisont for poliklinisk virksomhet
- Utarbeidelse av behandlingsplan for alle pasienter
- Overholdelse av planlagt tid

### Planleggingshorisont

Det er tidligere stilt et nasjonalt krav om planleggingshorisont for bemanning og timetildelingshorisont ved poliklinikkene fra 2016<sup>2</sup> på minimum seks måneder. Fra 2020 ble det også innført en nasjonal styringsindikator for planleggingshorisont. I *Revidert oppdragsdokument for 2020 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, ble det stilt krav om å øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i andre halvår 2020, sammenliknet med andre halvår 2019, samtidig med en påminnelse om at tidligere krav fortsatt er gyldig. Figur 13 illustrerer at planleggingshorisonten innen PHV i UNN ved inngangen til oktober 2020 avvek betydelig fra gjeldende krav, og at det kun var et fåtall pasienter med fastsatt oppmøtetid mer enn én måned fram i tid.

**Figur 13.** Planleggingshorisont for poliklinisk virksomhet, PHV i UNN, fra OKT 2020.



Kilde: [Helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten](https://helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten)

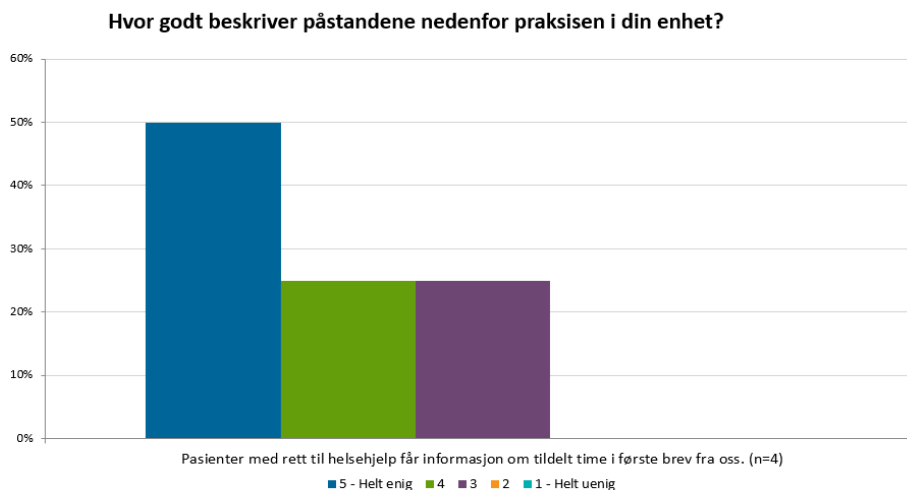
I intervjuene framkom det at denne indikatoren ikke var kjent i klinikken, og det var derfor ikke vurdert tiltak for å øke planleggingshorisonten.

<sup>2</sup> Jf. foretaksmøte mellom foretaket og Helse Nord RHF 04.09.2015.



Vi har fått opplyst at verken VPP Harstad eller VPP Tromsø oppgir time i første pasientbrev, slik det er stilt krav om i pasient- og brukerrettighetsloven, men at dette gjøres i større grad i de øvrige poliklinikkene, jf. Figur 14.

**Figur 14.** Utdrag av resultater fra spørreundersøkelsen – tildelt time i første brev?

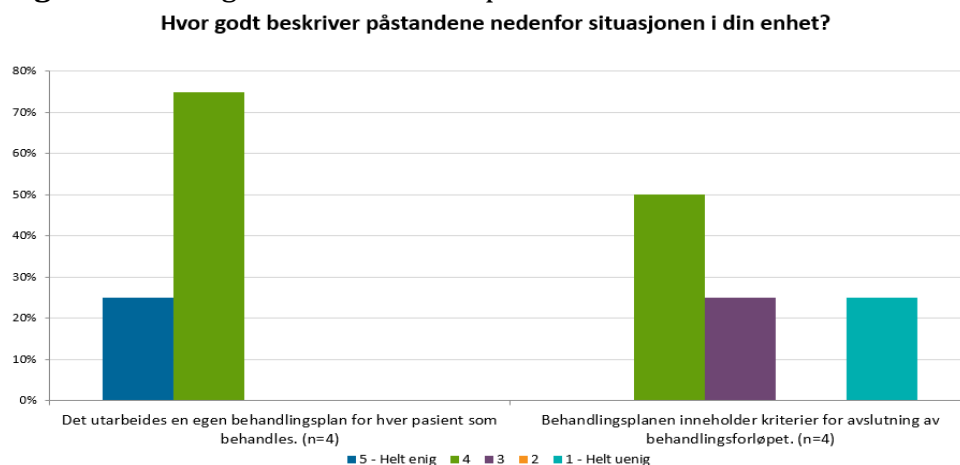


### Behandlingsplan

Kravet om at det skal utarbeides en behandlingsplan for den enkelte pasient er ikke nytt, men kravet er tydeliggjort og mer spesifisert i forbindelse med innføring av pakkeforløp. Vi innhentet følgende informasjon om gjennomføringen av dette kravet:

- Egen mal i DIPS er utarbeidet og skal benyttes. Malen inkluderer feltet «kriterier for avslutning».
- Både i intervjuer og i spørreundersøkelsen, jf. Figur 15, er det gitt uttrykk for at behandlingsplaner i stor grad utarbeides.
- Vår journalgjennomgang kan ikke bekrefte at det utarbeides behandlingsplaner. Vi undersøkte 12 journaler der vi anså at dette var relevant, og fant behandlingsplan i bare 1 av disse journalene, jf. *Vedlegg 3*.
- Foretaket har gitt tilbakemelding om at eget kvalitetsarbeid har vist at behandlingsplaner ikke alltid opprettes ved bruk av riktig journaldokument i DIPS.

**Figur 15.** Utdrag av resultater fra spørreundersøkelsen – utarbeides behandlingsplan?



### Overholdelse av planlagt tid

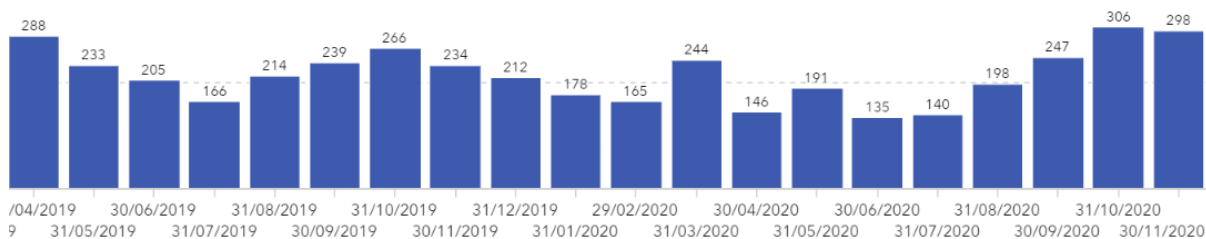
«Passert planlagt tid» er en av de nasjonale styringsindikatorene, og kravet om å overholde minst 95 pst. av pasientavtalene innen utgangen av 2021 ble første gang formidlet i *Oppdragsdokumentet for 2018 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*. Helsedirektorat publiserer tertialvise indikatorresultater som kan brytes ned til fagområde på foretaksnivå. Mer detaljerte rapporter er tilgjengelige i Helse Nord LIS.

I juni 2019 ble det i UNN iverksatt en prosess for forbedring av resultatene for indikatoren «Passert planlagt tid», og kvalitetsutvalget vedtok i sak 30/19 å be klinikksjefene sikre at det innen 31.10.2019:

- igangsettes rydding av oppmøtelisten.
- etableres systematisk oppfølging av oppmøtelista for å hindre at den øker.

Innen PHV var det 233 passerte pasientavtaler (kontakter) på oppmøtelisten i mai 2019. Utvikling siden den gang framkommer av Figur 16 og pr. 30.11.2020 var det 298 passerte kontakter på oppmøtelisten, og i tillegg var det 151 på ventelisten, totalt 449 passerte kontakter. Listen inneholdt kontakter med planlagt oppmøtetid helt tilbake til 2008. Dette til tross for at internrevisjonen har fått informasjon om at kontortjenesten kontrollerer og korrigerer oppmøtelisten løpende.

**Figur 16.** Status pr. 30.11.2020, Passert planlagt tid (intern venteliste), PHRK, oppmøteliste



Kilde: Helse Nord LIS

#### **4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av tiltaksplaner og tiltaksgjennomføring**

Internrevisjonen vurderer det som uheldig at det ikke foreligger en samlet, aktiv tiltaksplan for et koordinert og langsiktig arbeid med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen PHV i UNN.

Ventetidene er langt fra målet for 2021, og det er stor variasjon i kapasitetsutnyttelsen, jf. kap. 4.1.1. Etter vår vurdering vil en tilnærming som i hovedsak baseres på tiltak i den enkelte seksjonen, neppe være tilstrekkelig for å nå målene. Flere av utfordringene krever koordinerte tiltak. Reduksjon av variasjon mellom enheter krever også systemer for, og vilje til, å bruke andres erfaringer i eget forbedringsarbeid. En samlet tiltaksplan bør utarbeides på bakgrunn av gjennomførte risikovurderinger, som vi har anbefalt i kap. 4.1.2. Svakheterne som internrevisjonen har synliggjort i kap. 4.2.1 bør tas hensyn til i tiltaksplanen.

Internrevisjonen gir her en nærmere vurdering av forholdene vi har omtalt som risikoområder og svakheter:

- Det er uheldig at det ikke finnes en samlet beskrivelse av prosessen fra mottak av henvisning til oppstart av helsehjelp innen psykisk helsevern for voksne i UNN, eksempelvis i form av et prosesskart. Ved utarbeidelse av et slikt kart, synes det hensiktsmessig å vurdere prosessendringer som muliggjør lengre planleggingshorisont og tildeling av time i første brev, slik pasient- og brukerrettighetsloven § 2.2 krever. Samtidig er det viktig å videreføre praksisen med at rettighetsvurderinger utføres i et tverrfaglig team som inkluderer spesialistkompetanse.
- Individuelle forhold kan tilsi at juridisk frist for oppstart av helsehjelp bør være annerledes enn det som er anbefalt i prioriteringsveilederen på gruppenivå for den aktuelle tilstandsgruppen. Våre undersøkelser viser at vurderinger av individuelle forhold i varierende grad blir dokumentert, noe som gjør det vanskelig å vite om det er gjort en vurdering. Her kan det være risiko for ulik vurderingspraksis.
- Den store variasjonen mellom enheter i klinikken i andel avviste henvisninger kan representere ulik faglig vurderingspraksis. Dette omtaler også Helsedirektoratet i sin beskrivelse av indikatoren andel avviste innen psykisk helsevern for voksne: *«indikatoren identifiserer om det er geografisk variasjon i utbredelsen av avviste henvisninger, og at det kan stilles spørsmål om henvisninger vurderes forskjellig»*. Systematisk opplæring, oppfølging og sammenligning av prioriteringspraksis i klinikken er egnede tiltak for å redusere risikoen for uønsket variasjon i vurderingspraksis. Slike sammenligninger kan eksempelvis gjøres som interne fagrevisjoner, eller ved jevnlig utveksling av et utvalg henvisninger mellom enhetene for en «second opinion» på rettighetsvurderingen.
- Sett i sammenheng med at det fortsatt gjenstår å implementere sentrale forhold knyttet til pakkeforløp, er det risiko for at noe av den observerte variasjonen i gjennomføringen av pasientforløpene, er unødvendig. Samtidig påpeker vi at de fastsatte diagnosene ikke reflekterer hele kompleksiteten i pasientenes problematikk, og at noe av den påviste variasjonen kan være nødvendig. Variasjonen har uansett stor betydning for poliklinikkenes kapasitet.
- Når det gjelder kapasitetsutnyttelse har vi konstatert at det er variasjoner både når det gjelder antall pasienter per behandler og antall konsultasjoner den enkelte behandler har per dag. Også dette kan ha ulike forklaringer, herunder utfordringer knyttet til intern ressursstyring. Arbeidet med innføring av predefinert timebok er et egnet tiltak i denne forbindelse. Vi viser også til behovet for prosessforbedring som er omtalt i første kulepunkt.
- Oppmøtelistene gir inntrykk av at oppryddings- og vedlikeholdstiltakene knyttet til kontakter som har passert planlagt tid, ikke er gjennomført slik kvalitetsutvalget har bedt om.

Tiltaksplaner bør konkretiseres slik at det framkommer klart hva som skal utføres, hvem som har ansvar for det enkelte tiltaket og hvilke frister som gjelder, og det bør gjøres tydelige lederbeslutninger om disse planene.

## 4.3 Rapportering og oppfølging

### 4.3.1 Observasjoner

#### 4.3.1.1 Oppfølging av måloppnåelse i lederlinjen

Internrevisjonen har fått opplyst at flere indikatorer innen poliklinisk virksomhet følges løpende opp gjennom ukentlige tavlemøter og månedlige gjennomganger av virksomhetsrapporter på klinikk, avdeling- og seksjonsnivå. Vi har merket oss følgende utdypende informasjon om oppfølgingen:

- Månedlige statusrapporter for poliklinisk virksomhet har fokus på aktivitetstall og utvalgte indikatorresultater. Disse er vedlegg til klinikkens virksomhetsrapporter, som diskuteres i møte mellom klinikkledelsen og representant fra Økonomi- og analysesenteret.
- Fristbrudd, ventetider og andel passert planlagt tid tematiseres gjennom ukentlige tavlemøter i klinikkens ledergruppe, hvor måleresultat og tiltak diskuteres.
- Både seksjonsledere og enhetsledere har bekreftet at de deltar i regelmessige møter med sin leder, og at forbedringstavler med utvalgte indikatorer benyttes.

#### 4.3.1.2 Tiltaksoppfølging i lederlinjen

Vi anser følgende informasjon om tiltaksoppfølging i lederlinjen som relevant for denne revisjonens formål:

- Status for tiltak etterspørres når Dialogavtalen gjennomgås på ledernivå 2 (klinikkleder) og 3 (avdelingsleder).
- Status for implementering av pakkeforløp ble i 2019 fulgt aktivt opp i hele lederlinjen, helt til adm. direktør. I 2020 har det ikke vært en tilsvarende systematisk rapportering, til tross for at det fortsatt er mange uløste utfordringer.
- I 2019 ble det innhentet tilbakemeldinger om ansattes erfaringer med gjennomføring av kveldspoliklinikk i Harstad. Dette har enheten hatt nytte av ved gjennomføring av tilsvarende tiltak i 2020.

Ut over det som er nevnt her, finnes lite dokumentasjon for at status for gjennomføring av konkrete tiltak rapporteres, vurderes og følges opp.

#### 4.3.1.3 Informasjon til styret

Internrevisjonen har gjennomgått informasjonen som er gitt til styret som del av de skriftlige saksdokumentene, jf. Vedlegg 1. Vi har merket oss følgende:

- Det framkommer ingen skriftlig informasjon om risiko for manglende måloppnåelse.
- Virksomhets- og tertialrapporter viser utvikling i måloppnåelse, bl.a. for ventetid, fristbrudd og andel passert planlagt tid.
- Tiltak for å øke måloppnåelsen er gjerne omtalt ved igangsettelse, uten angivelse av planlagt tidsaspekt. Det framkommer ingen eksempler i styresakene vi har gjennomgått, på at styret på et senere tidspunkt har fått informasjon om status i tiltaksgjennomføringen og om tiltakenes effekt.

### **4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av rapportering og oppfølging**

Internrevisjonen vurderer lederlinjens oppfølging av måloppnåelse og tiltaks-gjennomføring som noe mangelfull. Spesielt savner vi dokumentasjon for at status i pågående tiltak følges opp, og at ledere aktivt vurderer hvorvidt pågående og gjennomførte tiltak har ønsket effekt på resultatoppnåelsen og risikobildet.

Vi anser informasjonen til styret som mangelfull, all den tid det ikke mottar rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet. At styret nesten utelukkende mottar oppdaterte måle-resultater, kombinert med en kort informasjon om eventuelle nye tiltak som igangsettes, gir styret begrenset grunnlag for å vurdere om den interne styringen er tilstrekkelig.

## **5 Konklusjon og anbefalinger**

### **5.1 Konklusjon**

Internrevisjonen konstaterer at ventetidene innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset Nord-Norge er betydelig lengre enn måltall, og at det er stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes. Det er ikke etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen og kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen og informasjonen til styret er mangelfull. Internrevisjonen anbefaler at det iverksettes en rekke forbedringstiltak.

### **5.2 Anbefalinger**

Internrevisjonen anbefaler Universitetssykehuset Nord-Norge å:

1. Iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*.
2. Sørge for at underliggende målsettinger for psykisk helsevern for voksne inngår i foretakets risikostyringsprosess.
3. Innarbeide de belyste risikoområdene knyttet til variasjon i praksis som denne rapporten viser, i klinikkens risikovurderinger.
4. Basert på gjennomførte risikovurderinger, utarbeide en samlet tiltaksplan for arbeidet med reduksjon av unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne.
5. Øke bruken av styringsindikatorer og dataanalyser i forbedringsarbeidet knyttet til ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.
6. Systematisere og styrke lederoppfølgingen av at besluttede tiltak gjennomføres og evalueres.
7. Gi styret rettidig informasjon om resultater fra gjennomførte risikovurderinger og om status i tiltaksgjennomføring knyttet til risikobildet.

I tillegg er det innarbeidet forslag til andre forbedringstiltak i internrevisjonens vurderinger i rapportens kapittel 4.1.2 og 4.2.2.

## Vedlegg 1 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Dokumenter utarbeidet til internrevisjonen:

- Brev datert 19.10.2020, Oversendelse av dokumentasjon – internrevisjon ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse psykisk helsevern voksne
- Dokumentasjon av beslutninger og oppfølging av tiltak Nord og Sør, notat datert 14.12.2020
- Oversikt over ansatte i SPHR Sør-Troms, VOP Harstad, pr. 04.11.2020
- Oversikt over ansatte i Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø, pr. 27.11.2020

Styresaker i Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

- Styresak 27-2019, Oppdragsdokument 2019
- Styresak 42-2019, Tertialrapport 1-2019, med Kvalitets- og virksomhetsrapport
- Styresak 64-2019, Ledelsens gjennomgang 2018
- Styresak 71-2019, Tertialrapport 2-2019, med Kvalitets- og virksomhetsrapport
- Styresak 19-2020, Årlig melding 2019
- Styresak 22-2020, Oppdragsdokument 2020
- Styresak 51-2020, Tertialrapport 1-2020
- Styresak 52-2020, Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2020
- Styresak 63-2020, Kvalitets- og virksomhetsrapport juni og juli 2020
- Styresak 70-2020, Tertialrapport 2-2020
- Styresak 71-2020, Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2020
- Styresak 80-2020, Ledelsens gjennomgang 2019
- Styresak 78-2020, Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2020
- Styresak 88-2020, Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2020
  
- Brev fra UNN til Helse Nord RHF datert 07.08.2020, Krav i justert OD 2020 - handtere fristbrudd

Interne dokumenter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

- PR17327, Organisasjonskart for UNN HF, versjon 1.51
- RL3406, Helhetlig risikostyring i UNN HF, versjon 2.1
- Saksnotat til Kvalitetsutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), sak 30/19, Prosess for forbedring av indikatoren «Passert planlagt tid», møtedato 18.06.2019

Interne dokumenter vedrørende Psykisk helse- og rusklubben:

- PB0593, Organisasjonskart Psykisk helse- og rusklubben, versjon 2.23
- Saksnotat til møte i direktørens ledergruppe 09.04.19, Driftsutfordringer i poliklinikker psykisk helsevern
- Budsjettnotat 2020, Psykisk helse- og Rus, 01.11.2019
- Tilleggsnotat til budsjettnotat 2020, 28.11.2019
- Økonomi- og virksomhetsrapport Psykisk helse- og rusklubben, pr. 30.09.2020
- Statusrapporter for poliklinisk virksomhet i Psykisk helse- og rusklubben, datert 07.03.2019, 10.03.2020, 15.04.2020 og 04.10.2020
- Dialogavtale, Psykisk helse- og rusklubben, pr. 16.10.2020
- Dialogavtale Avdeling Nord, pr. 11.11.2020
- Dialogavtale Avdeling Sør, pr. 11.11.2020
- Prosjektrapport fra Poliklinikkprosjektet 2012, Allmennpsykiatrisk klinikk UNN
- Brev til klinikkjef: Bekymring vedrørende drift på voksenpsykiatriske poliklinikker i UNN, datert 20.12.2018
- Notat fra avdelingsleder Avdeling Nord til klinikkjef, datert 19.08.2019, Organisering av poliklinisk seksjon ved SPHR Tromsø
- Intranett UNN, Pingvinavisa 15.10.2019, UNN HF Svikter psykisk helsevern
- Mandat: Utviklingsplan poliklinisk virksomhet i Psykisk helse og rusklubben, UNN HF, 2021-2023, 15.10.2020
- Plan for implementering av pakkeforløp i PHRK med status pr 31.12.2019
- Strategisk plan pakkeforløp, utkast versjon 05.10.2020
- Program og presentasjoner fra fagdag 05.10.2020 om avslutninger i SPHR Sør-Troms, VOP Harstad
- Framdriftsplan pr. 17.12.2020 for ventelisteprojekt i VOP Tromsø

Faglige retningslinjer og maler i Psykisk helse- og rusklubben:

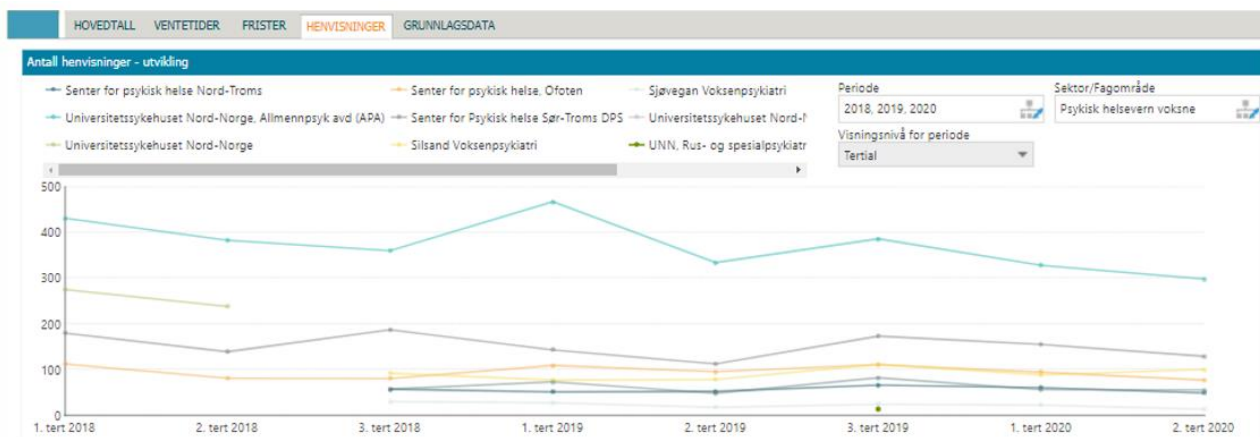
- RL6928, Oppgavebeskrivelse for forløpskoordinator psykisk helsevern og TSB, versjon 1, 17.12.2018
- DS11554, Faglige føringer poliklinikker, Psykisk helse- og rusklubben, herunder:
- RL3835, Retningslinje behandlingsplan voksenpsykiatriske poliklinikker UNN HF, versjon 1, 26.06.2013
- RL8692, Rutine ved forventet og inntruffet fristbrudd i Psykisk helse og rusklubben, versjon 1, 16.10.2020
- Mal for inntaksnotat i SPHR Sør-Troms, Harstad, mottatt 04.11.2020
- Mal for behandlingsplan PHV



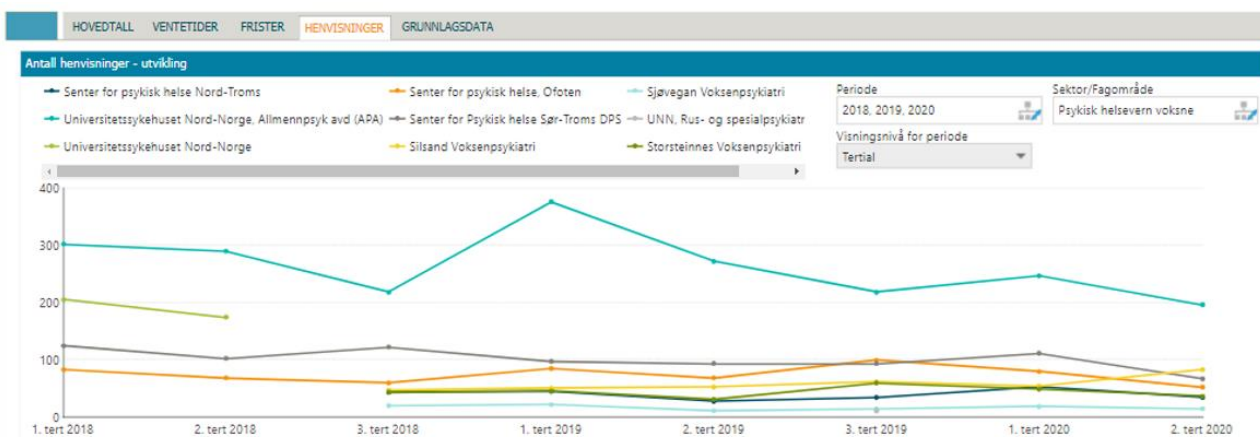
## Vedlegg 2 – Måleresultater psykisk helsevern for voksne

Måleresultater fra [www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter](http://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter):

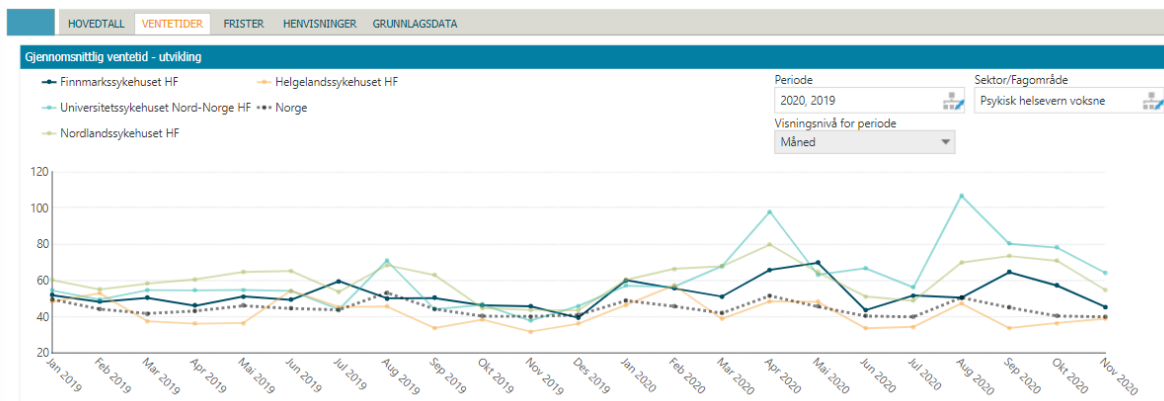
Antall nyhenviste, utvikling per «institusjon» i UNN



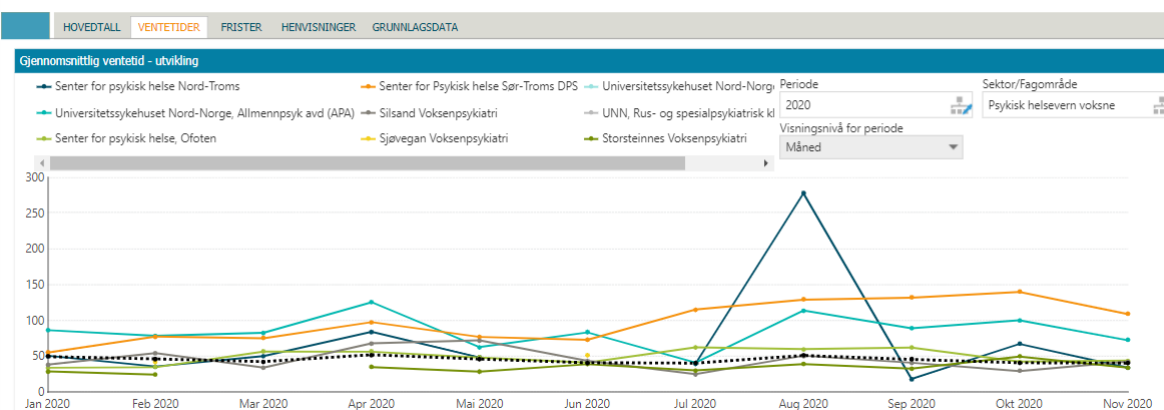
Antall ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i UNN



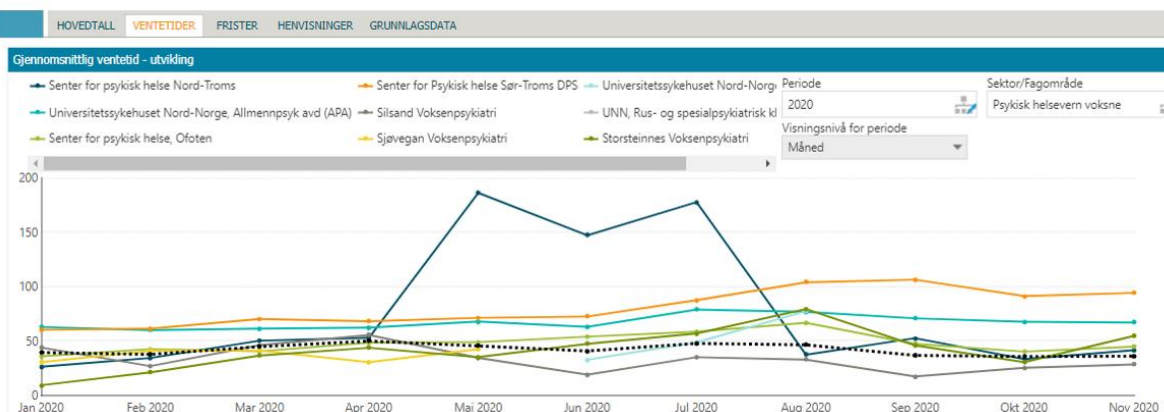
### Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per HF



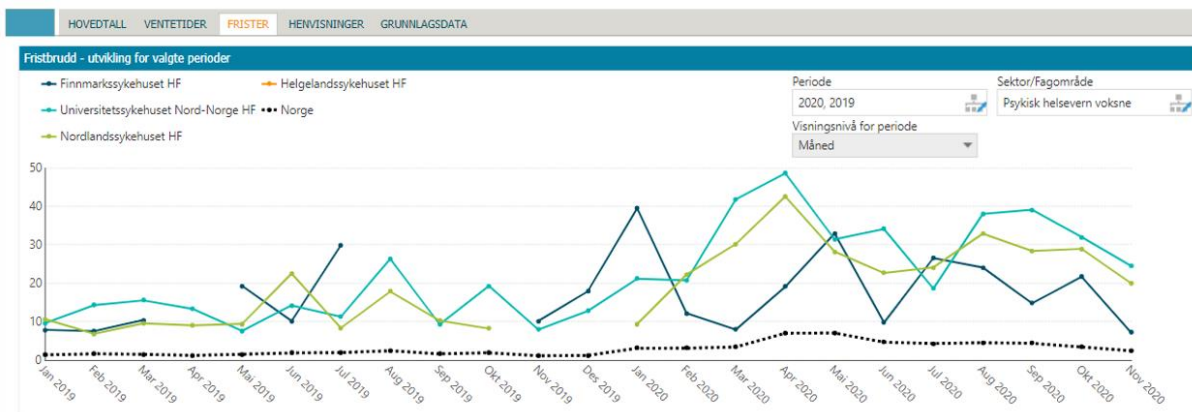
### Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i UNN



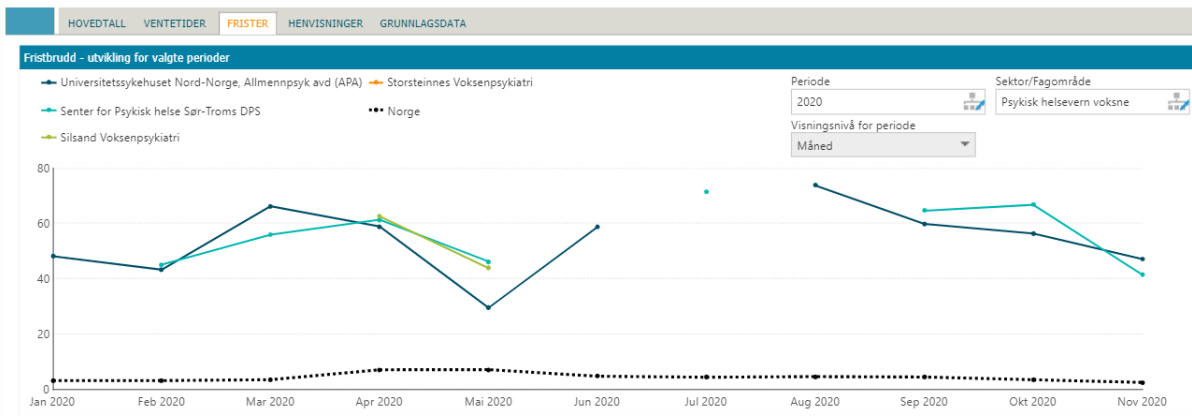
### Gjennomsnittlig ventetid ventende, utvikling per «institusjon» i UNN



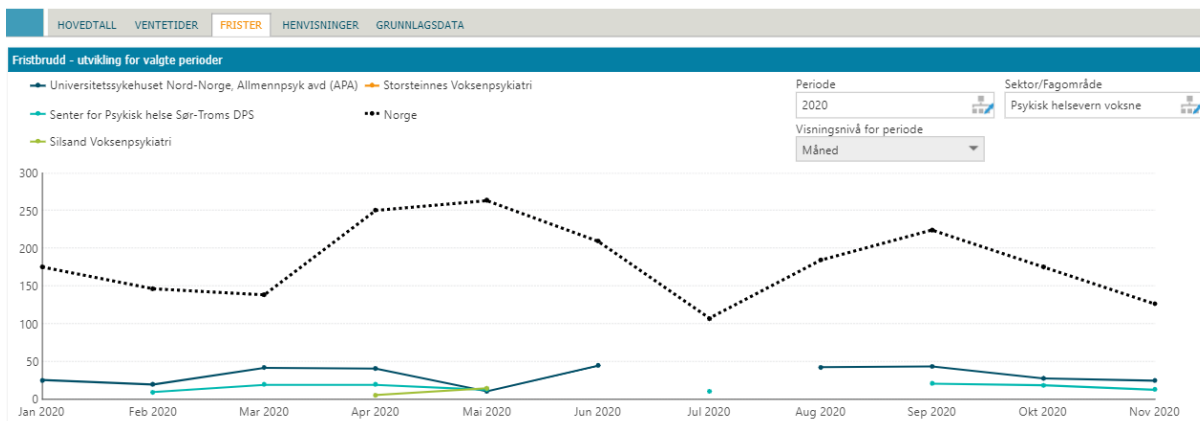
## Andel fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per HF



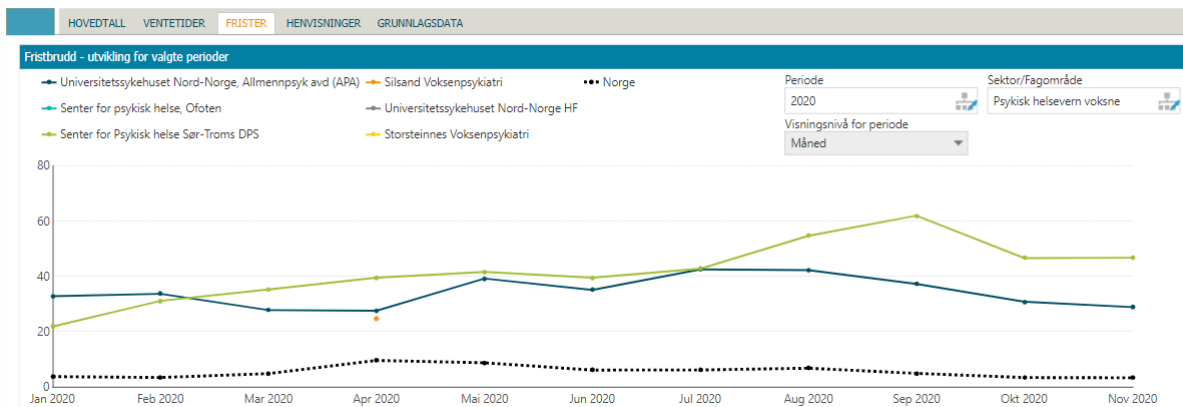
## Andel fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i UNN



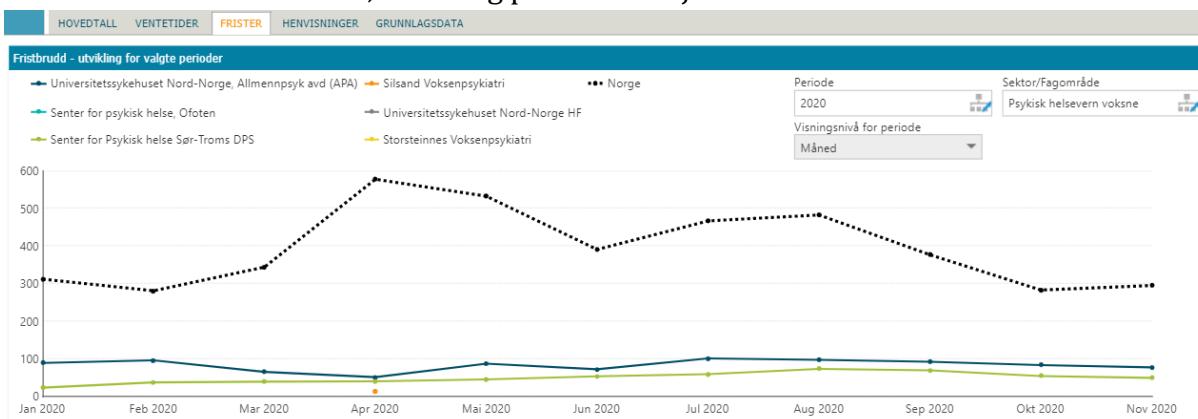
## Antall fristbrudd ordinært avviklede, utvikling per «institusjon» i UNN



## Andel fristbrudd ventende, utvikling per «institusjon» i UNN

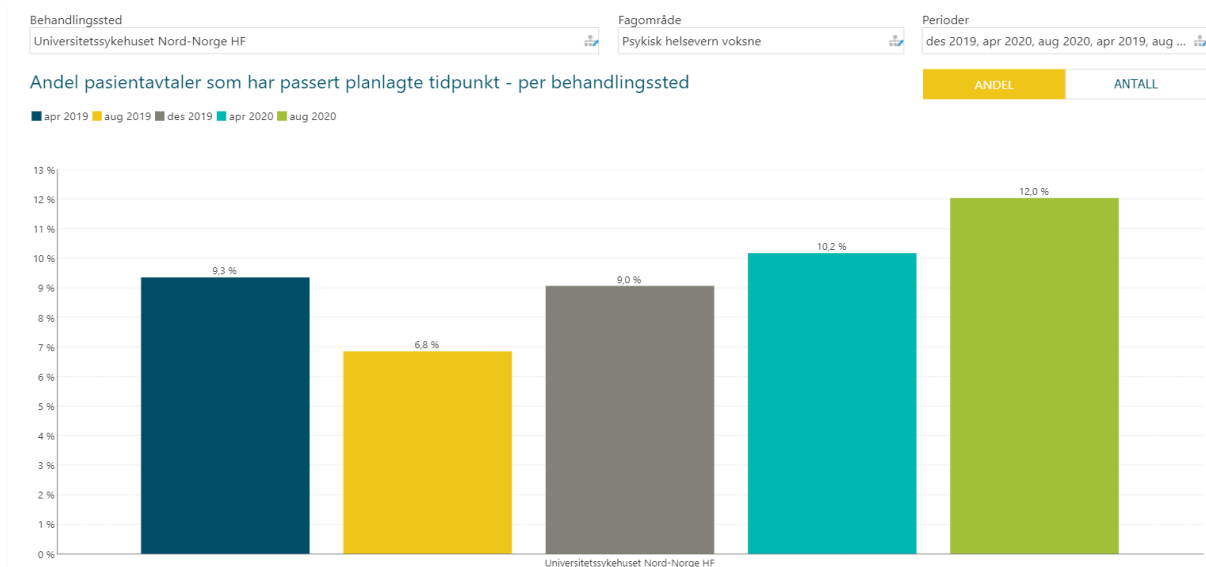


## Antall fristbrudd ventende, utvikling per «institusjon» i UNN

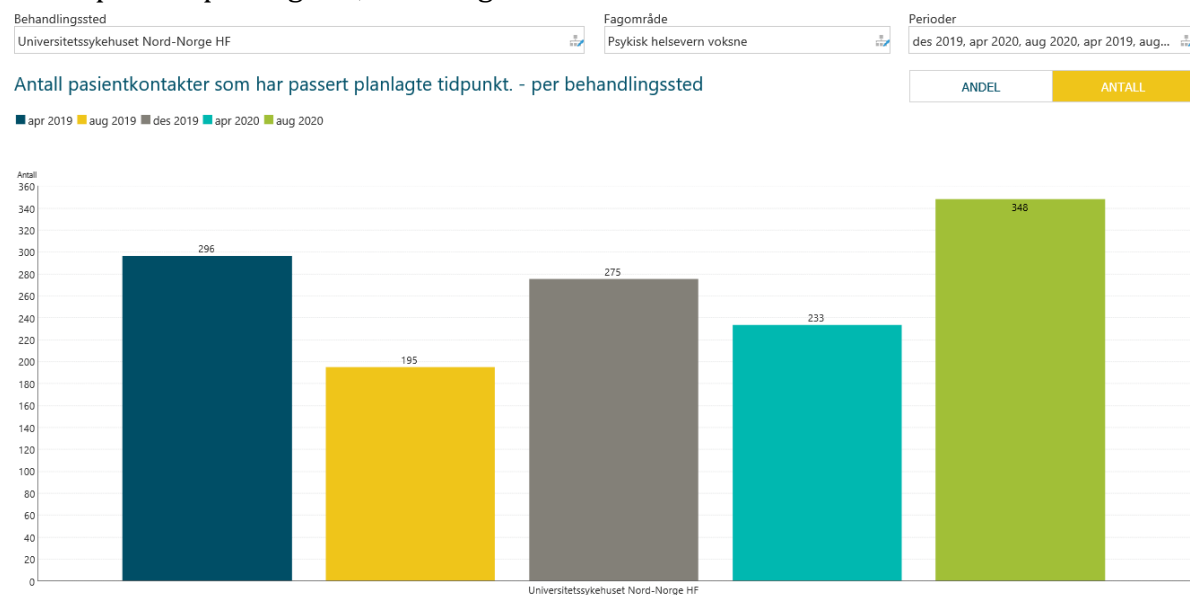


## Måleresultater fra [www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten](http://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten):

### Andel passert planlagt tid, utvikling for UNN



### Antall passert planlagt tid, utvikling for UNN



### Vedlegg 3 – Journalgjennomgang

#### Hensikt:

Et utvalg av journaler ble gjennomgått med sikte på å bekrefte:

- a) dokumentasjon av begrunnelse for avvisning
- b) dokumentasjon av individuelle vurderinger ved fristfastsettelse
- c) utarbeidelse av behandlingsplan

#### Kilde:

DIPS-rapport, D-6813: Oversikt henvisninger mottatt i valgt periode, ble brukt som grunnlag for utvelgelsen av journaler.

Valgt periode: 01.01.2020-21.10.2020.

Rapporten ble kjørt adskilt for henholdsvis DPS Harstad og DPS Tromsø, og kopiert til Excelfil. Kolonner med andre pasientidentifiserende opplysninger enn NPR-nummer, ble utelatt ved kopieringen.

#### Utvelgelse og resultater:

Bekreftelse	Filter	Utvelgelse til gjennomgang	Antall gj.gått Harstad	Ant. begrunnet Harstad	Antall gj.gått Tromsø	Ant. begrunnet Tromsø
a	Avvist=1	Sortert etter synkende vurderingsdato og gruppert på avvistkode. Utvelgelse basert på spredning i tid og aktuelle avvistkoder.	13	11	14	14
b	Behandles=1 Ventetid sluttdato=utfylt	Utvelgelse basert på spredning i ventetid sluttdato.	10	2	0 Basert på informasjon i intervju	Ikke aktuelt
c	Behandles=1 Ventetid sluttdato=utfylt	Harstad: Minst 1 gjennomført kontakt etter registrert klinisk beslutning. Tromsø: Minst 5 gjennomførte kontakter.	5	1	7	0 Tom mal registrert hos 1 pasient.

*Oppsummering av resultater fra journalgjennomgang:*

- a) Avvisningsårsak er dokumentert for 25 av de 27 avviste henvisningene som ble kontrollert.
- b) Individuelle vurderinger som er vektlagt ved fristfastsettelse er dokumentert i 2 av de 10 kontrollerte henvisningene i Harstad. Fra Tromsø er det opplyst i intervjuer at man ikke dokumenterer slike vurderinger, og dette er derfor ikke kontrollert.
- c) Utarbeidet behandlingsplan i form av eget dokument med tittel «Behandlingsplan.PS», er registret i 1 av de 12 pasientjournalene som ble gjennomgått med sikte på dette.

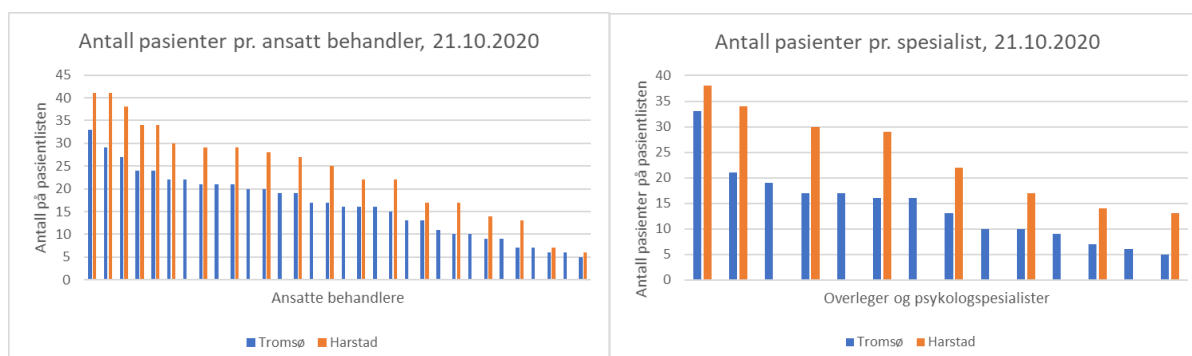
## Vedlegg 4 – Utførte analyser

Oversikt over analyser som er gjennomført som del av internrevisjonen med utgangspunkt i data fra DIPS-rapporter, for å belyse risiko for unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelse og risiko for unødvendig variasjon i pasientforløpene.

### Analyse 1, Antall pasienter pr. ansatt behandler

Kilde	Spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-1117, Pasienter pr. behandler pr. uttrekksdato  Mottatte oversikter over ansatte per november 2020	Pr. 21.10.2020 Enhet: Harstad + Tromsø	Avd.: poliklinikk Sortere pr. behandler. Ekskludere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• behandlere som ikke står på ansattlisten.</li> <li>• enhetsleder</li> <li>• fysioterapeuter.</li> </ul> Summere antall pasienter pr. behandler

Resultater:

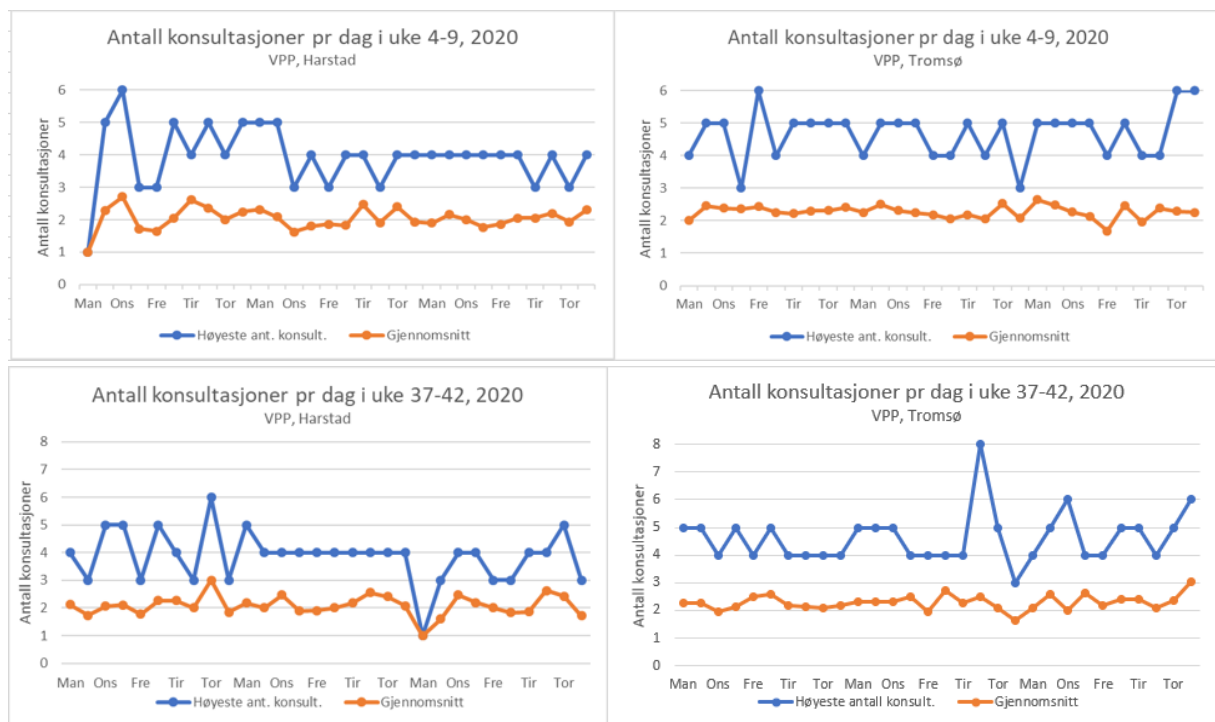




## Analyse 2, Gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. dag pr. behandler

Kilde	Spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-6817, Oversikt polikliniske besøk i periode	<p>Periode 1: 20.01-28.2.2020</p> <p>Periode 2: 07.09.-16.10.2020</p> <p>Enhet: Harstad + Tromsø</p>	<p>Seksjon: aktuell poliklinikk</p> <p>Ekskludere konsultasjonstype "Indirekte pasientkontakt".</p> <p>Sorteres på "Starttid" (tidspunkt for konsultasjonen)</p> <p>Summere antall konsultasjoner pr. dag for hver behandler.</p> <p>Behandlingstype: hver gruppe er talt 1 gang.</p> <p>Behandlere inkluderer evt. studenter og tilsatte ved andre enheter som utfører behandlinger i de polikliniske forløpene.</p> <p>Behandlere som (etter korreksjon for gruppebehandling) har &lt; 10 konsultasjoner i løpet av 6-ukersperioden, ekskluderes.</p> <p>Linjeledere ekskluderes.</p> <p>Gjennomsnitt beregnes ut fra antall behandlere som har hatt minst 1 konsultasjon den aktuelle dato.</p> <p>Det er ikke tatt hensyn til stillingsstørrelse.</p>

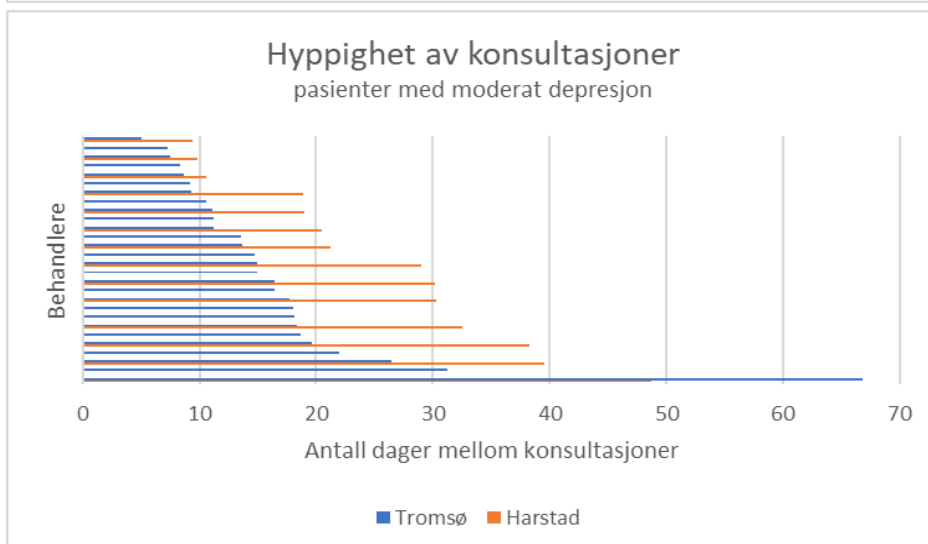
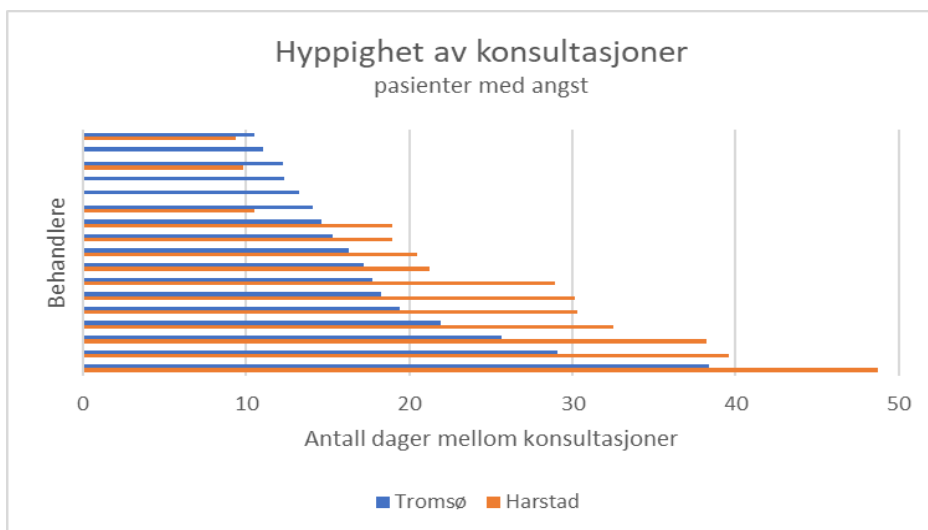
### Resultater:



### Analyse 3, Hyppighet av konsultasjoner for utvalgte diagnosegrupper

Kilde	Spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode	Periode: 01.01.2020-21.10.2020  Enhet: Harstad + Tromsø	Seksjon: aktuell poliklinikk Beregne tid: sluttid minus starttid. Beregne gjennomsnittlig ant. dager mellom konsultasjoner pr. behandler: tid/ant. konsultasjoner. Ant. episoder ≥ 2.  ICD-10 diagnoser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderat depresjon: F321 og F331</li> <li>• Angst: F4000, F40001, F400, F401, F410, F411, F418 og F419</li> </ul>

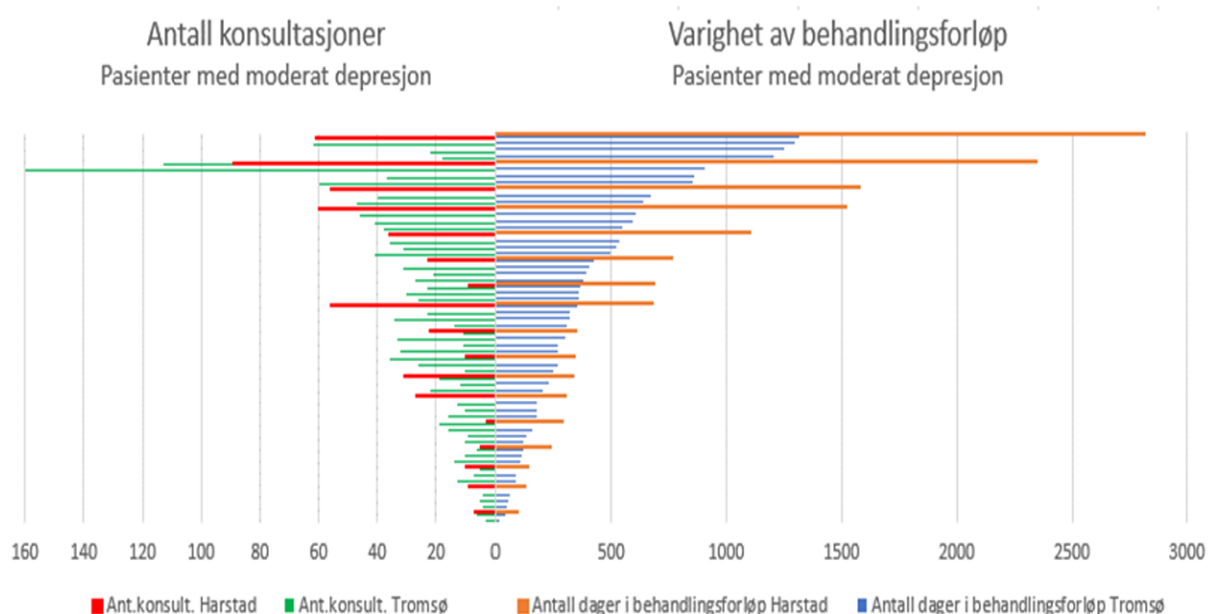
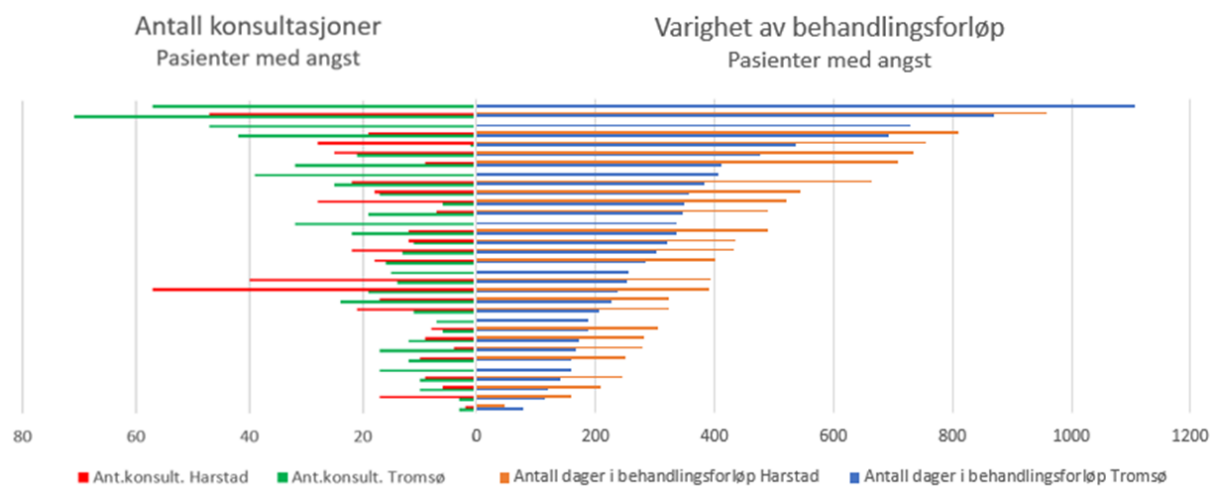
#### Resultater:



### Analyse 4, Antall konsultasjoner og varighet av behandlingsforløp for utvalgte diagnosegrupper

Kilde	Spesifikasjon for uttrekket	Filtrering og bearbeiding
D-2028, Avsluttede konsultasjonsserier i periode	Periode: 01.01.2020-21.10.2020  Enhet: Harstad + Tromsø	Seksjon: aktuell poliklinikk Beregne varighet pr. pasient: sluttid minus starttid.  ICD-10 diagnoser: <ul style="list-style-type: none"> <li>Moderat depresjon: F321 og F331</li> <li>Angst: F4000, F40001, F400, F401, F410, F411, F418, F419</li> </ul>

Resultater:



# Handlingsplan Psykisk helse -og rusklinikken

## Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse for psykisk helsevern voksne

Planen er behandlet og vedtatt av klinikkledelsen i møte 11.03.21.

### Bakgrunn

Helse Nord gjennomførte i desember 2020 en internrevisjon i Psykisk helse -og rusklinikken, UNN, relatert til ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innenfor psykisk helsevern for voksne med særlig henblikk på poliklinisk virksomhet. Rapport vedlagt.

### Internrevisjonens hovedkonklusjon var:

- *Manglende styring og kontroll med ventetidsutviklingen*
  - o *ventetider mye lengre enn måltall*
- *Manglende styring og kontroll med kapasitetsutnyttelsen*
  - o *stor variasjon i hvordan tilgjengelig kapasitet benyttes (herunder pasienter pr behandler, konsultasjoner pr dag) og/eller variasjon i pasientforløpene (pr diagnose)*
  - o *geografisk variasjon i bruk av tjenesten*
  - o *forskjeller i faglig praksis, herunder vurderingspraksis, (herunder flyt, avvisninger, dokumentasjon)*
- *Risikovurderinger er ikke gjennomført og Tiltaksplaner mangelfulle og fragmenterte*

### Risikovurdering

Det ble gitt et oppdrag til Kontinuerlig Forbedring (KF) fra direktøren om å bistå klinikken i å gjennomføre risikovurdering som skulle bidra i utarbeidelsen av en samlet tiltaksplan (handlingsplan) for reduksjon i ventetid/variasjon i kapasitetsutnyttelsen innen psykisk helsevern for voksne. PHRK skal levere Handlingsplan innen 28. februar. Fristen er seinere utsatt til 14.3.21.

Det ble gjennomført risikovurdering 16.02.21 og prioritering av tiltak 26.02.21.

Klinikkjef utpekte deltakerne på hhv. risikovurdering 16.02.21 og prioritering av tiltak 26.02.21. Kontinuerlig Forbedring ved Hege Andersen, Tonje Drecker og Arne M Elvegård har bistått klinikkledelsen i arbeidet. Med bakgrunn i internrevisjonens hovedkonklusjoner ble risikovurderingen gjennomført.

Deltakerne var på forhånd godt kjent med internrevisjonen, og målsettinger/krav til tjeneste fra Oppdragsdokument mv. I tillegg vises til Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge, 2015-2017 (SKDE, nov. 2019) og Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling, for årene 2014-2018 (Helse Førde HF, juni 2020) som også nevnes i internrevisjonsrapporten.

### **Deltakere fra Psykisk helse -og ruslinikken:**

- Tordis Sørensen Høifødt, klinikkssjef PHRK
- Vemund Myrbakk, avd. leder Avdeling Nord
- Tone Bergheim, seksjonsleder poliklinisk seksjon, Senter for psykisk helse og rus, Tromsø
- Ludmila Amundsen, enh. leder VPP, Senter for psykisk helse og rus, Tromsø
- Annie Thomassen, kontor avd. Nord, Senter for psykisk helse og rus, Tromsø
- Bjørnar Olaussen, teamleder VPP, Senter for psykisk helse og rus, Tromsø
- Kjersti Fredheim, teamleder VPP, Senter for psykisk helse og rus, Tromsø
- Heidi Magnussen, forløpskoordinator (dag 1), VPP, Senter for psykisk helse og rus, Tromsø
- Igor Jakobsen, tillitsvalgt vara, VPP, Senter for psykisk helse og rus, Tromsø
- Eivind Solem, verneombud, VPP, Senter for psykisk helse og rus, Tromsø
- Beate Fridfeldt, avd leder Sør (bare dag 1)
- Heidi Vik, enhetsleder VPP, Senter for psykisk helse og rus, Sør-Troms, Harstad
- Audun Eskeland, Seksjonsleder, Senter for psykisk helse og rus, Sør-Troms, Harstad

### **Tema for risikovurderingen**

- Hva er risikoen for at vi ikke når målene våre på områdene ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse?
- Risikovurderingen skal bidra med å identifisere tiltak som øker sjansen for å nå målene over som planlegges, gjennomføres, korrigeres og evalueres i kjølvannet av handlingsplanen.
- Tiltak skal være innen det definerte området, og mulig å iverksettes innen eksisterende rammer.

### **Metodikk for de to arbeidsdagene**

- Vurdere hva som er risikoen for at vi ikke når de overordnede målene (jfr. oppdragsdokumentet og dialogavtalen)
- Identifisere risikofaktorer tilknyttet disse målområdene
- Vurdere sannsynlighet og konsekvens for at dette skjer
- Fokuserer på områder som identifiseres som **røde**, dvs. der risikoen er størst
- Jobbe som gruppe, dvs. at alle skal høres, men samles om «minste felles multiplum»
- KF fasiliterer risikovurderingen, men klinikken selv bidrar med kunnskap om allerede vedtatte mål og tiltak

### **Overordnede mål fra Oppdragsdokumentet 2021**

- Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne
- Å overholde minst 95 prosent av avtalene ila 2021 (passert planlagt tid). Ingen fristbrudd.

- Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, fra andre halvår 2020 (planleggingshorisont)
- Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent og økes fra 2020.

## Risikovurdering – plassering av de 4 målene utfra risiko for IKKE å nå målet i 2021

sannsynlighet	Svært stor					
	Stor				Ventetid <40 dager	Fristbrudd (pass pl. tid) overholde 95 pst avtaler
	Middels			Tildelt time (planl. Horisont)		
	Lav		Video/telekonsult			
	Svært lav					
	Konsekvens	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig

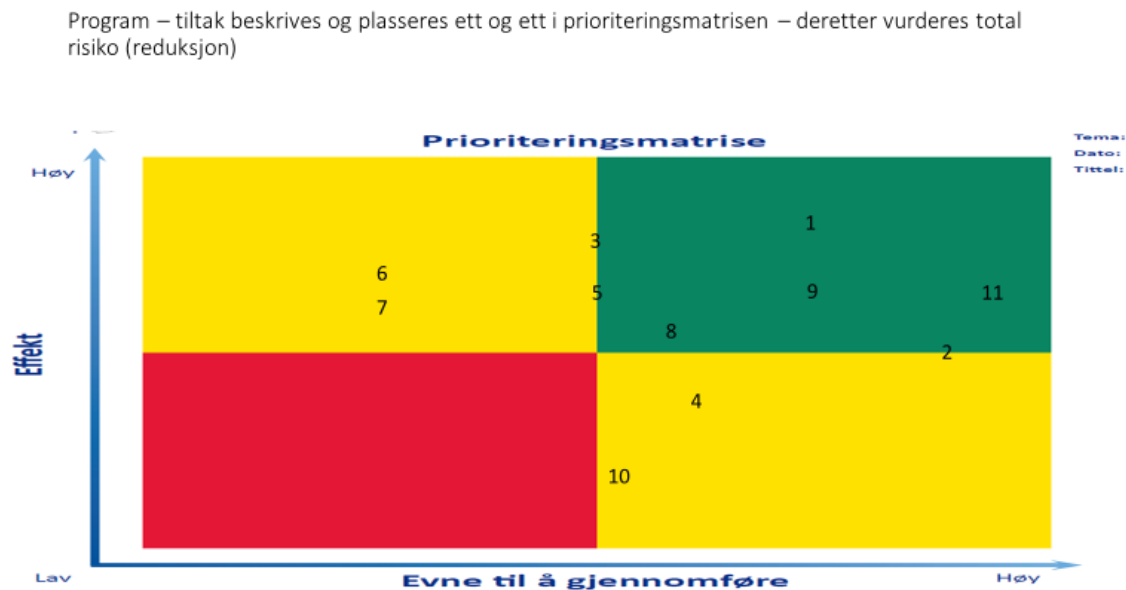
### På de to overordnede målene

- Å overholde minst 95 prosent av avtalene ila 2021 (passert planlagt tid). Ingen fristbrudd.
- Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne viste risikovurderingen at målene med stor sannsynlighet ikke ville innfris i 2021 og at konsekvensene ville være svært alvorlig.

### Prioriterte tiltak som kan bidra til å redusere risiko:

1. Stillingshjempler
2. Behandlingsplan til alle
3. Gruppeterapi (utvikle tilbud)
4. Pakkeforløp (styrke koordinatorfunksjonen)
5. OCD-team – større satsing fra regionen
6. Vurderingssamtale/førstegangssamtale «rett til utredning» møter spesialist/erfaren behandler
7. Vurderings-team, videreutvikle (jfr. Harstad)
8. Predefinert timebok, implementere
9. Faglige strukturer kompetanse (mikroteam)
10. Rekruttering/stabilisering etablere introduksjonsopplegg nyansatte
11. Ressursplanlegg: Kapasitet- (behandler) og behov (henvisning) «jobbplanning» delta på workshop sammen m BUPA

Foreslåtte tiltak ble prioritert (se matrise under) ut fra forventet effekt (for å redusere risiko) og gjennomføringsevne.



Tiltak som vil gi høy effekt og høy evne til gjennomføring vil gis høyest prioritet i 2021. Disse tiltakene vil bidra til å flytte målene fra rødt til gult (fra høy risiko til moderat/lav). Dersom tiltakene ikke gjennomføres vil målene med stor sannsynlighet ikke ville innfris i 2021 og konsekvensene av det ville være svært alvorlig og alvorlig (se nedenfor):

Tiltak 1. Stillingshjemler. Øke antall faste stillingshjemler for behandlere med 4

UNN området ligger vesentlig under landsgjennomsnittet i forhold til antall pasienter pr. 10 000 innbyggere som mottar poliklinisk behandling innenfor psykisk helsevern (Helseatlas). Innad i UNN er raten lavest for Tromsø området (SKDE rapport, Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge 2019). Det har fra 2016 vært synliggjort en manglende behandlerkapasitet i forhold til å kunne løse oppgavene med å gi et behandlingstilbud innenfor frist og med ventetid i forhold til kravene.

Dette er et hovedproblem i Tromsø hvor en har brukt betydelige polikliniske ressurser til å omstille fra døgn til dag, dette i form av egenfinansiering av FACT-Team/ACT-team, og dagtilbud til pasienter med alvorlig personlighetsproblematikk som tidligere hadde en betydelig andel innleggelser innen akuttpsykiatri. Denne dreiningen fra døgn til dag har primært vært håndtert gjennom omdisponering av polikliniske stillinger, og har kommet som en tilleggsoppgave til annen elektiv poliklinisk aktivitet.

Nedleggelse av døgnenheter har primært dekt innsparingskrav, og ikke representert en omstilling fra døgn til dag.

I de andre poliklinikkene i sentra for psykisk helse og rusbehandling i UNN er ikke mangelen på stillinger problemet, men tilgangen på kvalifisert personell. I dag er det i Tromsø satt inn 3 midlertidige hjemler for ½ -1 år. Dette gir en viss initial effekt, men gir refordeling av for mange saker etter kort tid, siden de som er i kortvarige engasjementer går ut av stilling, men også selv søker seg bort hvis stilling med lengre varighet oppstår. Det er uønsket for pasientene, sikrer ikke kontinuitet, oppbygging av nødvendig kompetanse og stabilitet i arbeidsmiljøet. Tiltaket må settes inn raskt, utlysning og tilsetting vil kreve 3-6 mnd. Gitt at man rekrutterer kvalifiserte folk, vil effekten komme i løpet av høsten 2021.

Mange av de andre tiltakene vurderes å være avhengig av dette tiltaket. Tiltaket fordrer tilførsel av økonomiske ressurser. Tiltaket må besluttet omgående innen 15.4.21. Ansvar for oppfølging: Klinikkleidelse/sykehusleidelse.

**Vedtaket tiltak 1: Under forutsetning av rammeoverføring opprettes det 4 behandlerstillinger innen 15.4.21. Stillingene vil medføre en økt kostnadsramme på kr 3,5 mill. Klinikken kan bidra med 800 000 fra tilførte midler til finansiering av pakkeforløp. Utover dette forutsettes en økt rammeoverføring på kr 2,7 mill.**

#### Tiltak 8. Predefinert timebok (implementere)

Dette tiltaket er allerede påbegynt, men ikke tilstrekkelig gjennomført. I Senter for psykisk helse og rus i Sør-Troms har man i større grad satt dette i system, men det i Tromsø et stykke igjen før det er implementert. Innføring av predefinert timebok gir en bedre styring av og oversikt over aktiviteten i virksomheten, men vil i seg selv ikke direkte bidra til å få ventetider og fristbrudd ned. Det vurderes allikevel å bidra til vesentlig bedre styring av kapasiteten og økt ressursutnyttelse. Ingen kostnader. Tiltaket må følges opp med gjennomføringsgrad og evaluering av nytteverdi i forhold til kapasitetsutnyttelse sett i sammenheng med tiltak 11.

**Vedtaket tiltak 8: Predefinert timebok innføres for alle medarbeidere ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene i Harstad og Tromsø innen 30.06.21, og de øvrige poliklinikkene innen 31.12.21. Ansvar: Enhetsledere/ seksjonsledere og avdelingsledere.**

#### Tiltak 9. Faglige strukturer kompetanse (mikroteam)

Etablering av tverrfaglige «mikroteam» med spesialist, er en måte å organisere arbeidet på i en poliklinikk. Det vil sikre en tettere dialog mellom nyutdannede behandlere og spesialister, der planer for behandling og avslutning av forløp vil kvalitetssikres. Ved poliklinikken i Harstad er dette under implementering. En kan også velge en modell der mikroteamene har spisset faglig kompetanse.

Tiltaket vil kunne bidra til nødvendig kvalitetssikring av pasientforløp og avslutninger i tillegg til at det vil sikre veiledning av mindre erfarne behandlere som igjen er positivt for stabilisering og arbeidsmiljø.



**Vedtak tiltak 9: Mikroteam etableres for å sikre faglige strukturer og kompetanseoverføring ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene i Harstad og Tromsø innen 30.06.21, og de øvrige poliklinikkene innen 31.12.21. Ansvar ligger hos enhetsledere/ seksjonsledere og avdelingsledere.**

#### Tiltak 11. Ressursplanlegging i samarbeid med BUPA

Dette tiltaket vil sammen med tiltak 8 bidra vesentlig til å sikre en bedre planleggingshorisont og kapasitetsutnyttelse. Tiltaket innebærer og delta i et felles arbeid med BUPA om arbeidsplanlegging i psykiatriske poliklinikker etter internasjonale modeller. Arbeidet er initiert fra BUPA og starter i mars 2021 med workshop. Det er grunn til å tro at dette vil gi kunnskap om nye modeller for drift og arbeidsplanlegging. Representanter for lederteamet i Tromsø (2 teamledere, enhets og seksjonsleder), poliklinisk seksjon og fra seksjonslederteamet i Harstad deltar i arbeidet sammen med BUPA. Tiltaket vil bidra til bedre utnyttelse av kapasiteten og bedre styring og gjennom dette påvirke hovedmålene positivt.

**Vedtak tiltak 11: SPHR Tromsø poliklinikk og SPHR Sør-Troms deltar i workshops ressursplanlegging i samarbeid med BUPA. Periode: Ut året 2021. Ingen kostnad. Tiltaket følges opp gjennom aktiv lederstøtte.**

Tiltak som vil ha mer begrenset effekt og evne til gjennomføring til å flytte hovedmålene i 2021, men som kan ha positive og viktige effekter i forhold til virksomheten videre:

#### Tiltak 2. Behandlingsplan til alle

Poliklinikken i Tromsø har bestemt at alle pasienter skal ha behandlingsplan i tråd med pakkeforløpene. Behandlingsplan er ønsket av pasientene. Det vil gi en retning og bedre struktur på behandlingsforløpet, noe som igjen kan bidra til avslutning av behandling til rett tid. Tiltaket er etablert som et forbedringsarbeid og følges allerede opp med målinger. Det er usikkert om tiltaket direkte påvirker de to hovedmålene.

**Vedtak tiltak 2: Mål om at alle pasientene skal ha behandlingsplan innen 01.10.21. Enhetsledere følger opp med målinger gjennom ukentlige stikkprøver fra pasienter som har gjennomført 6 timer.**

#### Tiltak 3. Gruppeterapi (utvikle tilbud)

Utvikling av differensierte gruppetilbud vil gi pasientene en større valgmulighet i tilbudet og lettere å skreddersy et best mulig tilbud for pasientene. Utvikling av gruppetilbud krever planlegging med tanke på ulike typer gruppetilbud, og videre ledelsesforankret kompetanseoppbygging. Gruppetilbud vil utover det å være et faglig godt tilbud, kunne representere en mer effektiv bruk av behandlingsressursene.

Arbeidet er allerede godt i gang i Harstad (9 grupper etablert) og startet i Tromsø. Tiltaket vil gi begrenset effekt på ventetider i 2021, men vil fra 2022 ha positiv innvirkning på ventetider og kapasitetsutnyttelse. I Tromsø vil leder følge opp den planlagte etableringen av grupper. Småskaltesting må vurderes.

**Vedtak tiltak 3: I løpet av 2021 etableres det fem ulike gruppetilbud ved VPP Tromsø.**

#### Tiltak 4. Pakkeforløp styrke koordinatorkapasitet

Det er tilsatt forløpskoordinatorer for pakkeforløp i poliklinikkene. Koordinatorere representerer viktige kontaktpunkter for pasientene i dialog med behandlerne. Det er behov for en ytterligere koordinator ved poliklinikken i Tromsø. Enhetsleder/seksjonsleder vil følge opp forløpskoordinator kapasiteten i VPP Tromsø. Det er usikkert om tiltaket direkte påvirker de to hovedmålene.

**Vedtak tiltak 4: Det opprettes en ny stilling for pakkeforløpskoordinator ved VPP Tromsø innen 30.06.21. Tiltaket forutsetter økt ramme-finansiering med kr 800 000.**

#### Tiltak 5. OCD-team – større satsing fra regionen må til

OCD temaet er et regionalt tilbud. Det ble gitt midler til initialt 2 stillinger da tilbudet startet opp i 2014. Det var antatt behov for 5 stillinger ved oppstart, men en beslutning om å starte med 2 stillinger. En ser i dag at det brukes minst 5 stillinger i dette arbeidet ved VPP i Tromsø. Dette er tatt opp med medisinsk fagsjef i UNN og Helse Nord at det er behov for å styrke teamet i forhold til regional funksjon. Ventelister har i perioder gitt klager fra andre HF i regionen. Det har så langt ikke vært vilje til å prioritere dette tilbudet økonomisk i Helse Nord. Utgifter for de 3 stillingene: kr 2,83 mill.

**Vedtak tiltak 5: Behov for styrking av regionalt OCD-team tas opp på nytt med Helse nord. Det var vurdert behov for 5 stillinger ved oppstart, men det ble tildelt 2 stillinger. For å dekke dagens behov forutsetter det 5 stillinger. Klinikken bidrar noe utover tilførte midler og OCD-teamet har ventetid langt utover anbefalinger. En drøfting av den regionale funksjonen bør vurderes dersom det ikke gis midler til styrking av OCD-teamet. Saken fremmes for fagsjef/direktør i UNN. Tidsramme: Innen 30.06.21.**

#### Tiltak 6. Vurderingssamtale/førstegangssamtale «rett til utredning» møter spesialist/erfaren behandler

Ved uklare henvisninger bør pasienten få mulighet for en førstegangssamtale med spesialist/erfaren behandler, dette for å raskt avklare om det er behov for videre utredning eller behandling innen spesialisthelsetjenesten, eventuelt sikre at pasient blir fulgt opp av andre instanser i henhold til LEON prinsippet. Utprøving av nye modeller for å gi pasientene en grundig vurdering tidlig i forløpet skal småskalatestes.

Ansvar ligger hos enhetsledere/seksjonsledere og avd. ledere. Erfaringer og tiltak videre skal oppsummeres innen 31.12.21.

**Vedtak tiltak 6: Systematisk utprøving av vurderingssamtale gjennomføres systematisk ved et av teamene i Tromsø innen 30.6.21. Kriterier for tildeling av vurderingssamtale utarbeides og mål i småskalatestingen innen 31.5.21. Ansvar: Teamleder/Enhetsleder.**

Tiltak 7. Vurderingsteam videreutvikle (jfr. Harstad)

Alle pasienter blir møtt av et vurderingsteam som sammen med pasient tar stilling til videre oppfølging basert på en kartlegging av psykisk helse og aktuelle tilgjengelige behandlingstilbud. Det utarbeides relevante måleparametre for vurdering av nytteverdi av tiltaket gjennom småskalatesting.

**Vedtak tiltak 7: Alle pasienter blir møtt av vurderingsteam innen 30.10.21 i Harstad. Det utarbeides relevante måleparametre for tiltaket innen 31.05.21. Ansvar: Enhetsleder/seksjonsleder.**

#### **Rekruttering/stabilisering etablere introduksjonsopplegg nyansatte**

Tiltakene ovenfor er rettet inn mot å sikre kapasitet i tjenestene for å løse oppgavene, tiltak 1 og 5. Tiltak 8 og 11 vil bidra til en mer hensiktsmessig organisering av arbeidet og utnytting av kapasitet mer optimalt. Tiltak 9, 2,3,4, 5, 6, 7 og 10 er rettet mot god faglig organisering, kvalitetssikring av pasientforløp og ivaretagelse av veiledning og faglig utvikling. Dette er tiltak som vil kunne bidra positivt til positiv effekt på nærvær i jobb, rekruttering og stabilisering av fagfolk i tjenesten.

#### **Effekt**

Med de angitte tiltak 1,8, 9 og 11, der tiltak 1 er en forutsetning, vil risikoen kunne flyttes fra rødt til gult.

#### **Evaluering og korrigerende/ledelsesoppfølging**

KF vil bidra med kompetansehevende tiltak på forbedringsområdet for deler og/eller hele virksomheten 1. januar 2021. Lederstøtte er nødvendig og må skje i linja. Det vil bli utarbeidet en sjekkliste for tiltaksoppfølgingen.

***Tiltak på dette området: Systematisere og styrke lederoppfølgingen av at besluttede tiltak gjennomføres og evalueres.***

## Risikovurdering etter tiltak – er risikoen lavere? Eller: har vi flyttet oss fra rødt?

sannsynlighet	Svært stor					
	Stor					
	Middels					
	Lav					
	Svært lav					
	Konsekvens	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig

Annotations for the risk matrix:

- Fristbrudd (pass pl.l. tid) overholde 95 pst avtaler** (Yellow box, top-right quadrant)
- Tildelt time (planl. Horisont)** (Black box, middle-left quadrant)
- Ventetid <40 dager** (Black box, middle-right quadrant)
- Video/telekonsult** (Black box, bottom-left quadrant)

**Øke bruken av styringsindikatorer og dataanalyser i forbedringsarbeidet knyttet til ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.**

### Oppsummering

Tiltak som vil gi høy effekt og høy evne til gjennomføring vil gis høyest prioritet i 2021. Disse tiltakene vil bidra til å flytte målene fra rødt til gult (fra høy risiko til moderat/lav). Dersom tiltakene ikke gjennomføres vil målene med stor sannsynlighet ikke ville innfris i 2021 og konsekvensene av det ville være svært alvorlig og alvorlig. Følgende tiltak må besluttes:

#### **Tiltak 1. Stillingshjemler. Øke antall faste stillingshjemler for behandlere med 4**

Vedtak: Det opprettes 4 behandlerstillinger innen 15.4.21. Finansiering av stillingen vil medføre en økt kostnadsramme på kr 3,5 mill. Tilførte midler til finansiering av pakkeforløp vil gi en inndekning på kr 800 000. Utover dette forutsettes en økt ramme-overføring på kr. 2,7 mill.

#### **Tiltak 8. Predefinert timebok (implementere)**

Vedtak: Predefinert timebok innføres for alle medarbeidere ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene i Harstad og Tromsø innen 30.06.21, og de øvrige poliklinikkene innen 31.12.21. Ansvar: Enhetsledere/ seksjonsledere og avdelingsledere.

#### **Tiltak 9. Faglige strukturer kompetanse (mikroteam):**

Vedtak: Mikroteam etableres for å sikre faglige strukturer og kompetanseoverføring ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene i Harstad og Tromsø innen 30.06.21, og de øvrige poliklinikkene innen 31.12.21. Ansvar ligger hos enhetsledere/ seksjonsledere og avdelingsledere.

### **Tiltak 11. Ressursplanlegging i samarbeid med BUPA**

Vedtak: SPHR Tromsø poliklinikk og SPHR Sør-Troms deltar i workshops ressursplanlegging i samarbeid med BUPA. Periode: Ut året 2021. Ingen kostnad. Tiltaket følges opp gjennom aktiv lederstøtte.

Tiltak som vil ha mer begrenset effekt og evne til gjennomføring til å flytte hovedmålene i 2021, men som kan ha positive og viktige effekter i forhold til virksomheten videre

### **Tiltak 2. Behandlingsplan til alle**

Vedtak: Mål om at alle pasientene skal ha behandlingsplan innen 01.10.21. Enhetsledere følger opp med målinger gjennom ukentlige stikkprøver fra pasienter som har gjennomført 6 timer.

### **Tiltak 3. Gruppeterapi (utvikle tilbud)**

Vedtak: I løpet av 2021 etableres det fem ulike gruppetilbud ved VPP Tromsø.

### **Tiltak 4. Pakkeforløp styrke koordinatorkapasitet**

Vedtak: Det opprettes en ny stilling for pakkeforløpskoordinator ved VPP Tromsø innen 30.06.21. Tiltaket forutsetter økt ramme-finansiering med kr 800 000.

### **Tiltak 5. OCD-team – styrking med 3 stillinger**

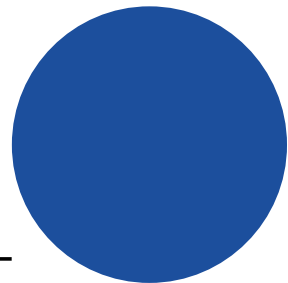
Vedtak: Behov for styrking av regionalt OCD-team tas opp på nytt med Helse nord. Det var vurdert behov for 5 stillinger ved oppstart, men det ble tildelt 2 stillinger. For å dekke dagens behov forutsetter det 5 stillinger. Klinikken bidrar noe utover tilførte midler og OCD-teamet har ventetid langt utover anbefalinger. En drøfting av den regionale funksjonen bør vurderes dersom det ikke gis midler til styrking av OCD-teamet. Saken fremmes for fagsjef/ direktør i UNN. Tidsramme: Innen 30.06.21.

### **Tiltak 6. Vurderingssamtale/førstegangssamtale «rett til utredning» møter spesialist/ erfaren behandler**

Vedtak: Systematisk utprøving av vurderingssamtale gjennomføres systematisk ved et av teamene i Tromsø innen 30.06.21. Kriterier for tildeling av vurderingssamtale utarbeides og mål i småskalatestingen innen 31.05.21. Ansvar: Team og enhetsleder.

### **Tiltak 7. Vurderingsteam videreutvikle (jfr. Harstad):**

Vedtak: Alle pasienter blir møtt av vurderingsteam innen 30.10.21 i Harstad. Det utarbeides relevante måleparametre for tiltaket innen 31.05.21. Ansvar: Enhetsleder/seksjonsleder.



## REVIDERTE RETNINGSLINJER FOR RISIKOSTYRING I HELSE NORD –

### 1. Innledning

Dokumentet erstatter *Retningslinjer for risikostyring Versjon 2.0* av 20. januar 2015, og gir overordnede retningslinjer for organisering og gjennomføre risikostyringen i Helse Nord.

Formålet med aktiv risikostyring er å forbedre organisasjonens evne til å oppnå fastsatte mål.

Retningslinjene tar utgangspunkt i rammeverket utgitt av COSO<sup>1</sup> i 2017, *Helhetlig Risikostyring – Integrering med strategi og måloppnåelse (Enterprise Risk Management – Aligning Risk with Strategy and Performance)*, men henter også inspirasjon fra andre dokumenter og rammeverk, særlig *ISO 31000:2018 Risikostyring Retningslinjer*.

### 2. Nærmere om risikostyring

#### 2.1 Definisjon av risikostyring

COSO definerer risikostyring som:

*«Den kultur, evne og praksis/anvendelse, integrert med fastsetting av strategi og måloppnåelse, som organisasjoner baserer seg på for å styre risiko når verdier skapes, opprettholdes og realiseres.»*

ISO 31000:2018 definerer risikostyring som:

*«Koordinerte aktiviteter for å rettlede og kontrollere en organisasjon med hensyn til risiko.»*

Fellestrekket er *hensikten*; å rettlede og kontrollere mht. risiko.

COSOs definisjon tar også med elementer/egenskaper som må være på plass og hva de må integreres med, for at risikostyringen skal bidra til å skape og realisere verdier.

#### 2.2 Definisjon av risiko

COSO definerer risiko som *«en hendelse kan inntreffe og påvirke oppnåelse av strategiske og forretningsmessige mål.»*

ISO definerer risiko slik: *Usikkerhetens innvirkning på mål.*

---

<sup>1</sup> Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

ISO tilføyer at: «En virkning er et avvik fra det forventede. Den kan være positiv, negativ eller begge deler og kan ta for seg, skape eller resultere i muligheter og trusler.»

COSO knytter risikoen opp mot hendelser, ISO mot usikkerhet generelt. Begge lar begrepet risiko fange opp så vel positive som negative effekter på måloppnåelsen, dvs. «oppside-risikoen» er også med.

### 3. Prosess/Grunnleggende modeller

COSO-rammeverket kan illustreres slik figur 1 viser: 5 trinn på veien fra formål, visjon og kjerneverdier via strategiutvikling, formulering av virksomhetsmål, gjennomføring, og fram til forbedret måloppnåelse.

5 komponenter med 20 elementer som bør være tilstende, utgjør en god helhet rundt virksomhetsstyring. Det vises til vedlegg A for beskrivelse av de 20 elementene.



Figur 1: Rammeverk for helhetlig risikostyring – Kilde: COSO

ISO har tilsvarende budskap og presiserer bl.a. at «risikostyringsprosessen bør være en integrert del av ledelse og beslutningstaking og være integrert i organisasjonens struktur, drift og prosesser. Den kan anvendes på strategisk nivå, operasjonelt nivå, programnivå eller prosjektnivå.»

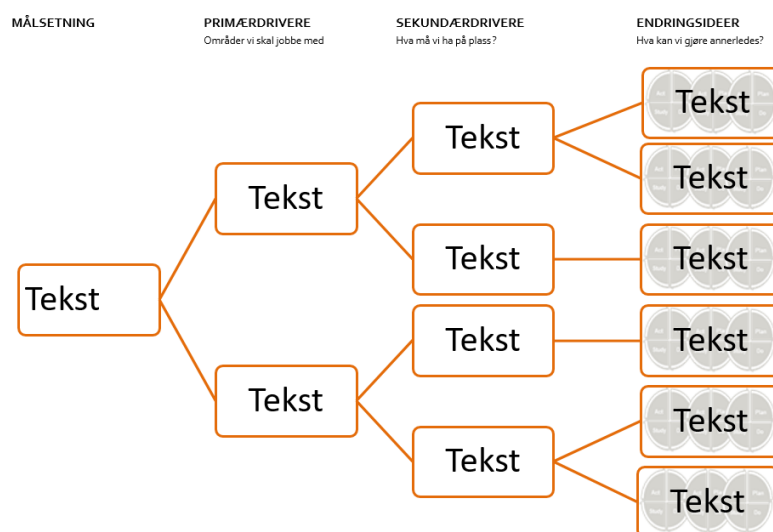
## 4. Risikostyring i Helse Nord

Risikostyring tar utgangspunkt i definerte strategier og mål.

Styringsmålene fra eier, gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll, er overordnet i målhierarkiet.

Helse Nord's «*Regional Utviklingsplan 2035*» er et annet utgangspunkt for å vurdere risiko. Oppdragsdokument til helseforetakene er inndelt etter samme logikk som Regional Utviklingsplan.

I tråd med metodikken for forbedringsarbeid oppfordres det til å utarbeide «driverdiagram<sup>2</sup>», se figur 2. Driverdiagram visualiserer sammenhengen mellom forbedringsarbeidets mål og de endringer og tiltak en tror vil ha effekt på målet.



Figur 2: Driverdiagram – Kilde Pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge Hender

Primære og sekundære drivere kan sammenliknes med kritiske suksess-faktorer, og er et naturlig utgangspunkt for overordnet risikovurdering i helseforetakene.

Risikovurdering skal også gjøres i forkant av vesentlige endringer i drift, organisering eller gjennomføring av prosjekt.

<sup>2</sup> Driverdiagram: visualiserer sammenheng mellom forbedringsarbeidets mål og endringer og tiltak en tror kan ha effekt på målet. Referanser: Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender»: *Forbedringsguiden*. Institute for Healthcare Improvement. *QI Essentials Toolkit: Driver Diagram*.



Risikostyringen skal gjennomføres i samsvar med COSO-rammeverket og omfatte følgende:

### **Styrets ansvar**

Styret har en sentral rolle i beslutninger på strategisk nivå, og må vurdere foretakets strategiske risiko.

Ansvarer innebærer bl.a. å ta stilling til om foretakets mål og prioriteringer er i samsvar med, og dekkende for lovkrav og målene eier har fastsatt, og om de er egnet til å bidra til å skape, opprettholde og realisere foretaksgruppens verdier.

Styret bør også ha siste ord i spørsmål om foretakets risikotoleranse, inklusive prioriteringene mellom målsettinger, se punktet *Konkrete målsettinger*.

Temaene skal behandles av styret minimum én gang per år.

Styrets rapportering til eier skal orientere om risikostyrings-arbeidet i foretaket. Rapportene skal særlig gjøre rede for de risikoene som er viktigst å håndtere akkurat nå, og som derfor har sterkest fokus («Topp 5 risiko» e.l.).

### **Konkrete mål**

Mål og «drivere» for måloppnåelse må konkretiseres og operasjonaliseres nærmere. Tiltakene som er listet opp under målområdene i Regional Utviklingsplan er relevante å se til for å identifisere sekundære drivere og indikatorer for måloppnåelse.

### **Prioritere målene**

Det er ikke nødvendigvis slik at alle målsettingene må risikovurderes hvert år. Det viktigste er en vurdering av hvor foretaket har størst risiko. Normalt er 2-5 målsettinger per målområde tilstrekkelig å risikovurdere og følge opp.

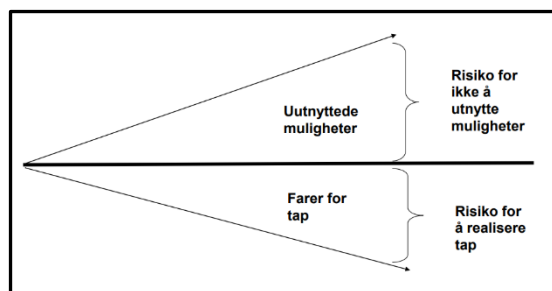
Tidsperspektivene som angis i Regional Utviklingsplan 2035 og prioriteringene som fremgår av øvrige plandokumenter som økonomisk langtidsplan og årlig oppdragsdokument, gir viktig input til den årlige prioriteringen.

Slik prioritering er reelt sett å beslutte hvilken risikotoleranse/risikovillighet foretaket skal ha. Å nedprioritere en målsetting er et valg om å leve med situasjonen slik den er. Å sette fokus på en målsetting/prioritere den, er et valg om å ville avklare om risikoen er akseptabel og/eller om tiltak må settes i verk.

### **Organisering av risikostyringsarbeidet**

Foretaket skal dokumentere hvordan risikostyringen organiseres og gjennomføres, i samsvar med retningslinjene. Her skal bl.a. følgende fremgå:

- A. *Hvem som har det daglige ansvaret for risikostyringen i foretaket*  
Ansvaret bør være på høyt nivå i organisasjonen, og helst hos en person som i liten grad har ansvar for daglige driftsoppgaver. Dette for å ivareta prinsippet om «armlengdes avstand».
- B. *Hvordan målsettinger som inngår i risikostyringen velges ut og prioriteres*
- C. *Hvem som skal delta i vurderingene, og hvordan vurderingen skal gjennomføres*  
Medarbeiderne som kjenner aktivitetene best og som skal iverksette eventuelle oppfølgingstiltak i etterkant må involveres. For mange involverte kan gå på bekostning av effektiviteten.
- D. *Oppfølging etter risikovurdering*  
Foretaket skal ha klare rutiner for hvordan man beslutter å iverksette tiltak, hvordan ansvar fordeles og hvordan foretaket følger opp at tiltakene blir iverksatt og har ønsket effekt. Herunder involvering av ledergruppe o.a.
- E. *Oppside-risiko*  
Tradisjonelt har risikostyringsarbeidet vært mest opptatt av å unngå at noe går galt. Risikostyring har i mindre grad vært vurdering av å ta i bruk åpenbare muligheter for betydelig gevinst og forbedring. Foretaket bør derfor beskrive hva som kan gjøres for å bidra til holdninger som sikrer at risikostyringen legger til rette for å «gripe mulighetene». Oppside- og nedsiderisiko kan illustreres jf fig. 3:



Figur 3: Illustrasjon oppside- og nedsiderisiko

- F. *Verktøy, maler og matriser*  
Foretakene har oppfordres til å ta i bruk felles risikovurderingsverktøy, distribuert fra Helse Nord RHF. Andre verktøy kan også benyttes.
- G. *Rapportering*  
Helseforetakene skal beskrive rutinene for rapportering til eget styre og andre interne organ. Risikovurderingen skal være en del av tertialrapporteringen til Helse Nord RHF. I særskilte tilfeller vil det være naturlig at styret i helseforetak løfter risikorapporteringen til Helse Nord RHF hyppigere enn dette.

H. *Årshjul/fremdriftsplan for risikostyringen*

Foretaket skal utarbeide en forklarende oversikt over hva som skal gjøres, når og hvem som har ansvaret.

## Vedlegg A: Komponenter og prinsipper

### Virksomhetsstyring og kultur

1. **Styret fører tilsyn med risiko** – Styret fører tilsyn med strategien og utøver sine virksomhetsstyringsforpliktelser som støtte for ledelsen i arbeidet med å gjennomføre strategien og nå virksomhetens mål.
2. **Etablerer driftsstrukturer** – Organisasjonen etablerer driftsstrukturer i arbeidet med å gjennomføre strategien og nå virksomhetens mål.
3. **Definerer ønsket kultur** – Organisasjonen definerer den atferd som karakteriserer enhetens ønskede kultur.
4. **Er opptatt av og viser forpliktelse til kjerneverdier** – Organisasjonen er opptatt av og viser forpliktelse til enhetens kjerneverdier.
5. **Rekrutterer, utvikler og beholder medarbeidere med ønskede egenskaper** – Organisasjonen er opptatt av å bygge menneskelig kapital som er i samsvar med strategien og virksomhetens mål.

### Fastsettelse av strategi og mål

6. **Analyserer omgivelsene virksomheten opererer i** – Organisasjonen vurderer potensielle virkninger omgivelsene kan ha på risikoprofilen.
7. **Definerer risikoappetitten** – Organisasjonen definerer risikoappetitten som en del av prosessen med å skape, bevare og realisere verdi.
8. **Evaluerer alternative strategier** – Organisasjonen evaluerer alternative strategier og den potensielle innvirkning disse kan ha på risikoprofilen.
9. **Formulerer virksomhetens mål** – Organisasjonen vurderer risiko når den på ulike nivåer etablerer virksomhetens mål, som er i samsvar med strategien og støtter opp om den.

### Gjennomføring

10. **Identifiserer risiko** – Organisasjonen identifiserer risiko som påvirker gjennomføringen av strategien og oppnåelse av virksomhetens mål.
11. **Vurderer alvorligheten av risiko** – Organisasjonen vurderer hvor alvorlig risikoen er.
12. **Prioriterer risikoer** – Organisasjonen prioriterer risikoer som grunnlag for beslutninger om hvordan disse skal håndteres.
13. **Iverksetter risikohåndtering** – Organisasjonen identifiserer og velger hvordan risikoen skal håndteres.
14. **Utvikler porteføljesyn** – Organisasjonen utvikler og evaluerer et porteføljesyn på risiko.

### Gjennomgang og revurdering

15. **Evaluerer vesentlige endringer** – Organisasjonen identifiserer og evaluerer endringer som i vesentlig grad kan påvirke strategien og virksomhetens mål.
16. **Gjennomgår risiko og måloppnåelse** – Organisasjon gjennomgår enhetens måloppnåelse og vurderer risiko.
17. **Tilstreber forbedring av den helhetlige risikostyringen** – Organisasjonen tilstreber kontinuerlig forbedring av den helhetlige risikostyringen.

### Informasjon, kommunikasjon og rapportering

18. **Drar nytte av informasjonssystemer** – Organisasjonen drar nytte av enhetens informasjons- og teknologisystemer for å understøtte den helhetlige risikostyringen.
19. **Kommuniserer risikorelatert informasjon** – Organisasjonen bruker kommunikasjonskanaler til å understøtte den helhetlige risikostyringen.
20. **Informerer om risiko, kultur og måloppnåelse** – Organisasjonen informerer om risiko, kultur og måloppnåelse på flere nivåer og på tvers av enheten.



## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.11.2021
Arkivsak:	2020/11231-3
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

## Resultater fra Kreftregisterets nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2020

### Bakgrunn

Kreftregisterets nasjonale medisinske kvalitetsregistre publiserte 23.09.2021 resultater for 2020. Formålet med saken er å orientere styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN) om resultatene fra Kreftregisterets nasjonale medisinske kvalitetsindikatorer.

### Saksutredning

Hovedfunnene vil bli presentert muntlig i møtet. Et sammendrag av årsrapportene er vedlagt.

Femårsoverlevelsen i UNN sammenlignet med landsgjennomsnittet og nasjonale mål er vist i *Tabell*.

*Tabell. Femårsoverlevelse for kreftformer som er omtalt i de aktuelle registrene*

	UNN	Norge	Mål
Barnekreft	92%	87%	≥80%
Brystkreft	92%	91%	≥88%
Eggstokkreft	53%	51%	≥50%
Lungekreft	27%	28%	≥25%
Lymfom	87%	80%	≥75%
Lymfoide leukemier	88%	87%	≥80%
Myelomatose	54,8%	58,8%	≥60%
Føflekkreft	83%	80%	≥75%
Prostatakreft	88%	87%	-
Endetarmskreft	76%	73%	≥68%
Tykkarmskreft	75%	72%	≥68%

Kreftregisteret vurderer at: «UNN generelt har gode resultater og god rapportering til kvalitetsregistrene, men det er grunn til å gjennomgå følgende:

- *Lungekreft: noe nedgang i andelen pasienter som blir undersøkt med PET-CT i 2020 sammenlignet med 2019*
- *Lymfoide maligniteter: flere pasienter med myelomatose bør ha biopsi som basis for diagnosen. Det bør bli utført FISH på flere pasienter med myelomatose.*

- *Tykketarmskreft: andelen pasienter operert med laparoskopi ligger ved UNN, Harstad lavere enn det anbefalte målet.»*

Det er igangsatt forbedringstiltak for å følge opp overnevnte tre områder.

## **Vurdering**

UNN har generelt gode resultater og god rapportering til Kreftregisterets nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Resultatene brukes til forbedring av behandlingen.

Tromsø, 29.10.2021

Anita Schumacher (s.)  
Administrerende direktør

## **Vedlegg**

- 1 Sammendrag av resultater fra kvalitetsregistrene UNN 2020
- 2 Samtlige årsrapporter

## Tilbakemelding til Universitetssykehuset i Nord-Norge

I september 2021 offentliggjør Kreftregisteret årsrapporter fra de åtte nasjonale kvalitetsregistrene på kreftområdet; kvalitetsregister for barnekreft, brystkreft, gynekologisk kreft, lungekreft, lymfoide maligniteter, melanom, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. Fagrådene tilknyttet kvalitetsregistrene har de siste årene etablert kvalitetsindikatorer, både prosessindikatorer og resultatindikatorer. Det er satt mål for indikatorene slik at det skal være mulig å vurdere den kliniske praksisen. Resultatene som presenteres i rapportene skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid nasjonalt, i forbindelse med arbeid med nasjonale handlingsprogram, men også lokalt i helseforetakene.

Vi ønsker å gjøre resultatene fra kvalitetsregistrene lettere tilgjengelig for helseforetakene og har derfor utarbeidet en sammenstilling av resultatene for de ulike helseforetakene.

Dette dokumentet gir en oppsummering av resultatene fra kvalitetsregistrene på kreftområdet for Universitetssykehuset Nord-Norge. Helseforetaket vil få presentert en samlet oversikt over utvalgte resultater med bakgrunn i kvalitetsindikatorer som er etablert for de ulike kreftformene. Helseforetakets resultater vil bli sammenliknet med resultatet i Helse Nord og nasjonalt. Resultatene er fargekodet:

- Grønt: høy grad av måloppnåelse
- Gult: moderat grad av måloppnåelse
- Rødt: lav grad av måloppnåelse

Resultatene vises for UNN HF og i denne oppsummeringen tilsvarer dette UNN, Tromsø. Årsaken til denne tilnærmingen er at UNN, Tromsø enten er behandlende sykehus eller fordi kvalitetsindikatoren vises på opptaksområdet (UNN HF).

Resultater for tykktarmskreft vises i tillegg i en egen figur for sykehusene og ikke bare for UNN, Tromsø. Årsaken er at registeret viser utvalgte resultater på behandlende sykehus, og både Harstad og Tromsø behandler tykktarmskreft.

Det er viktig for fagrådene at resultatene fra kvalitetsregistrene blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeid. Vi ber om tilbakemelding fra helseforetaket på om det er utvalgte kvalitetsindikatorer som vil bli evaluert spesielt i 2021/2022.

Fagrådenes vurderinger av resultatene finner dere i de ulike årsrapportene. Rapportene er tilgjengelige på Kreftregisterets nettsider: [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no).

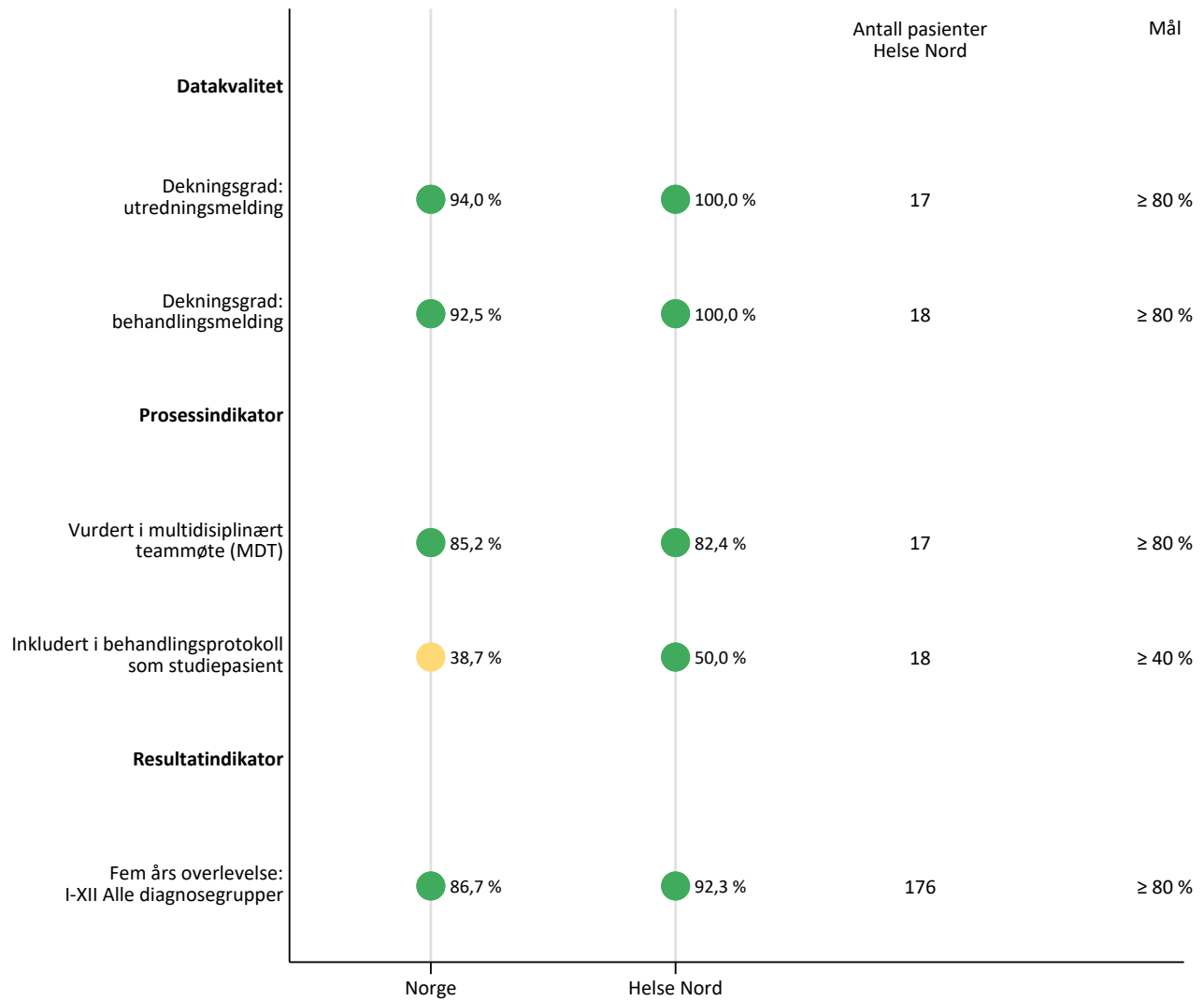
## Oppsummering av resultater

Årsrapportene fra kvalitetsregistrene for kreft viser at helseforetaket generelt har gode resultater, og dere har god rapportering til kvalitetsregistrene. Fagrådene ber helseforetaket om å gå spesielt gjennom følgende resultater fra årsrapportene for 2020:

- Lungekreft: noe nedgang i andelen pasienter som blir undersøkt med PET-CT
- Lymfoide maligniteter: flere pasienter med myelomatose bør ha biopsi som basis for diagnosen. Det bør bli utført FISH på flere pasienter med myelomatose.
- Tykktarmskreft: andelen pasienter operert med laparoskopi ligger ved UNN, Harstad lavere enn det anbefalte målet.

Universitetssykehuset Nord-Norge har generelt gode rutiner for rapportering til kvalitetsregistrene. Rapporteringen til kvalitetsregister for lymfoide maligniteter ligger noe lavt.

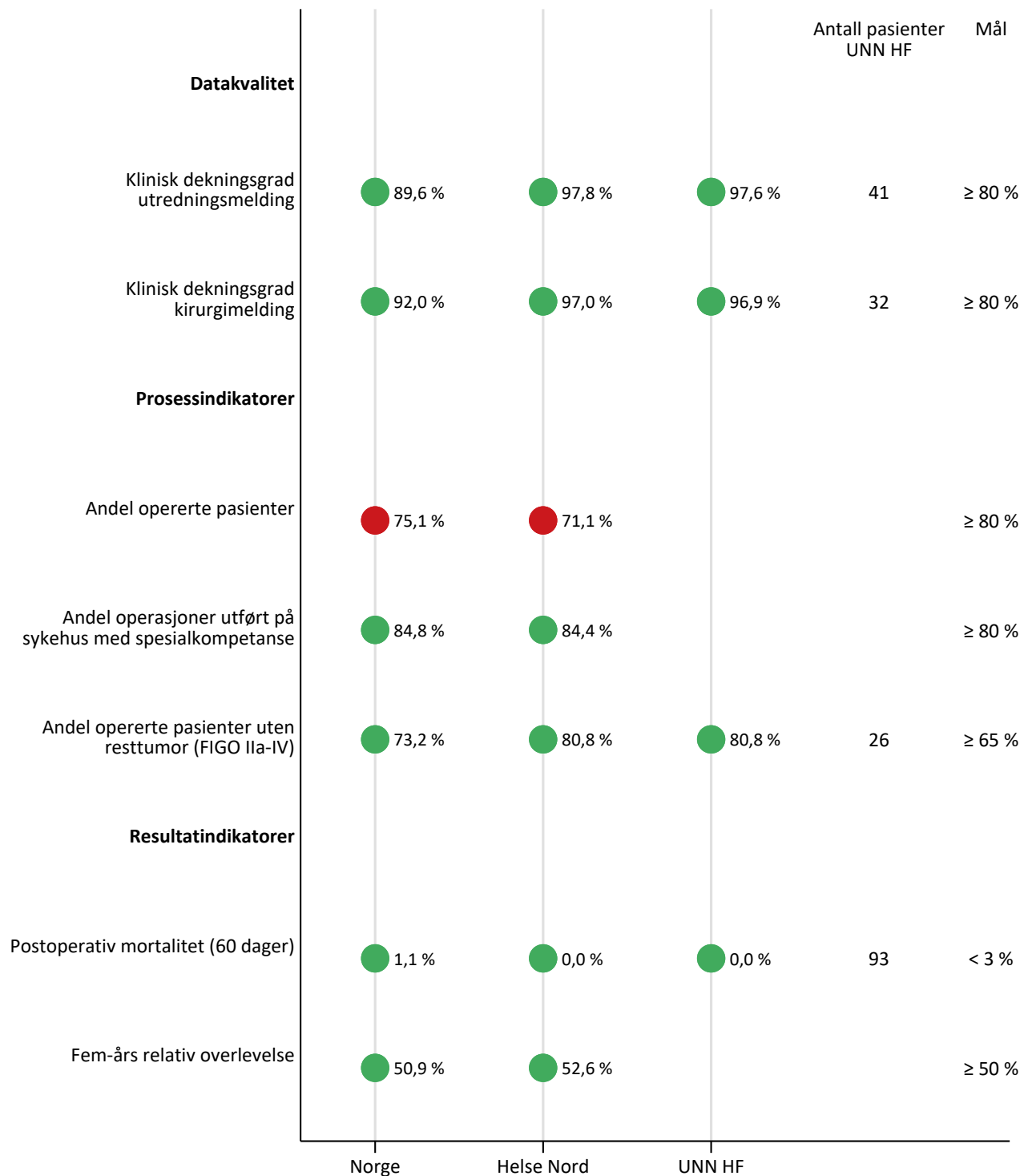




Figur 1. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekraft



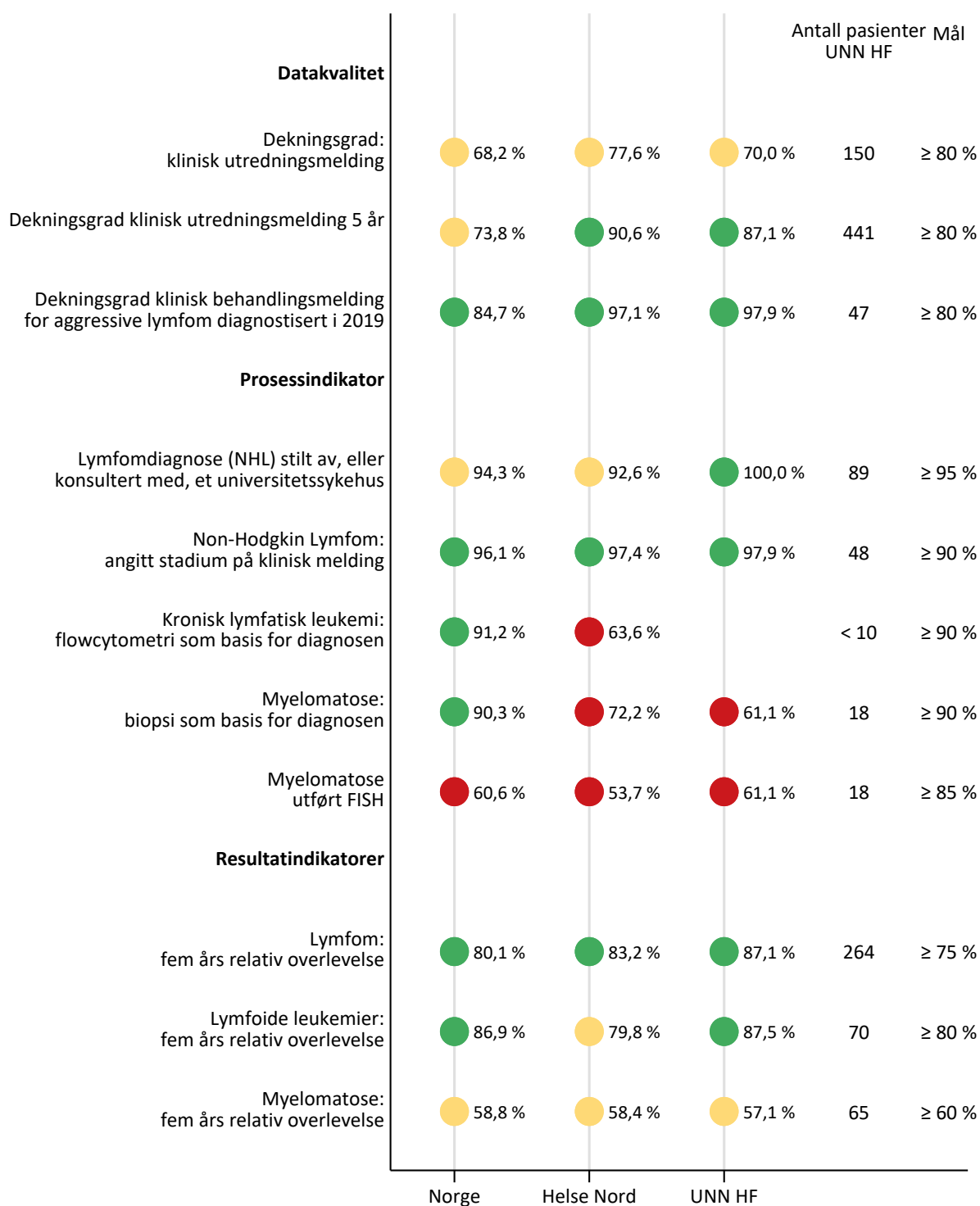
Figur 2. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft



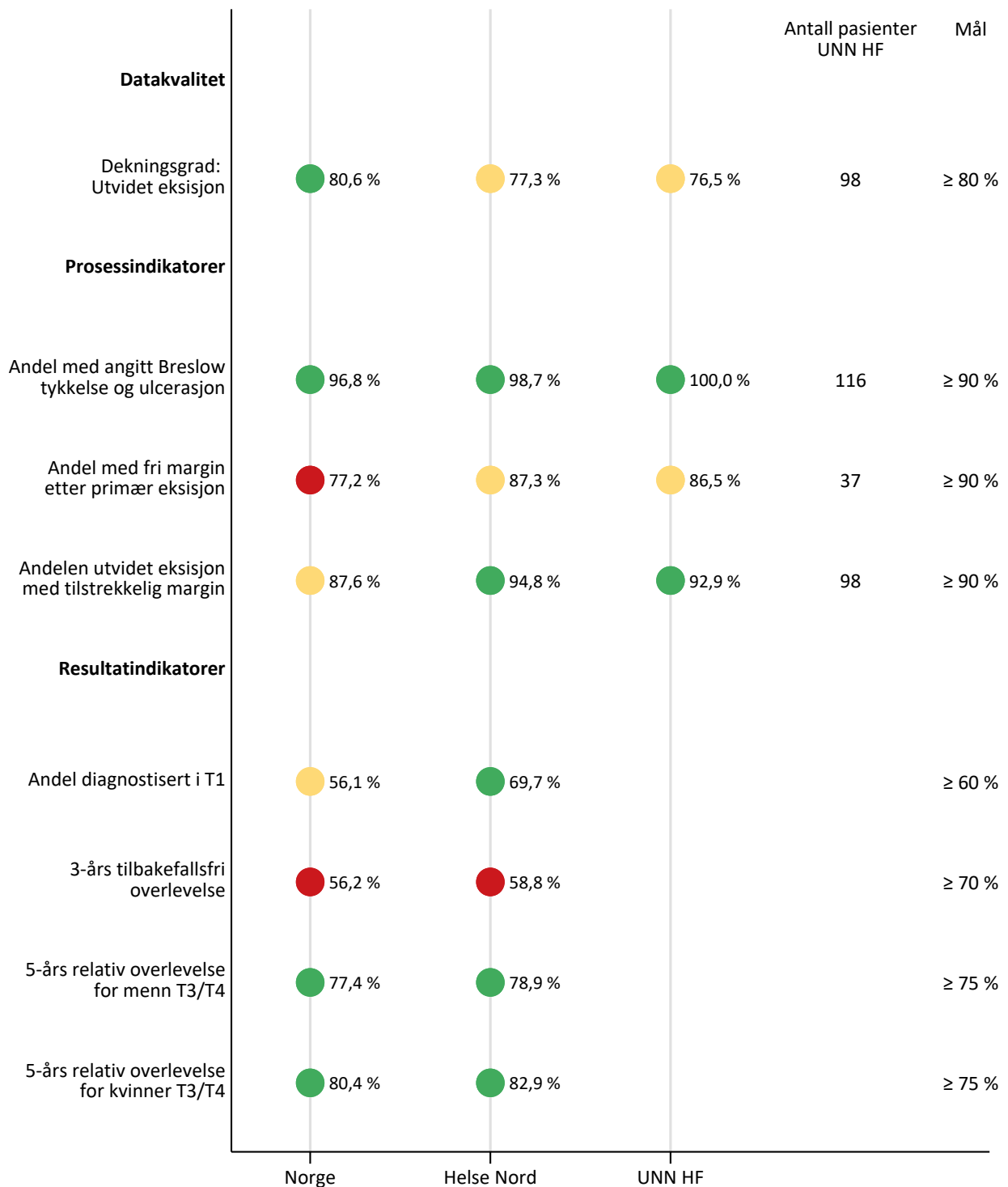
Figur 3. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, ovarialkreft



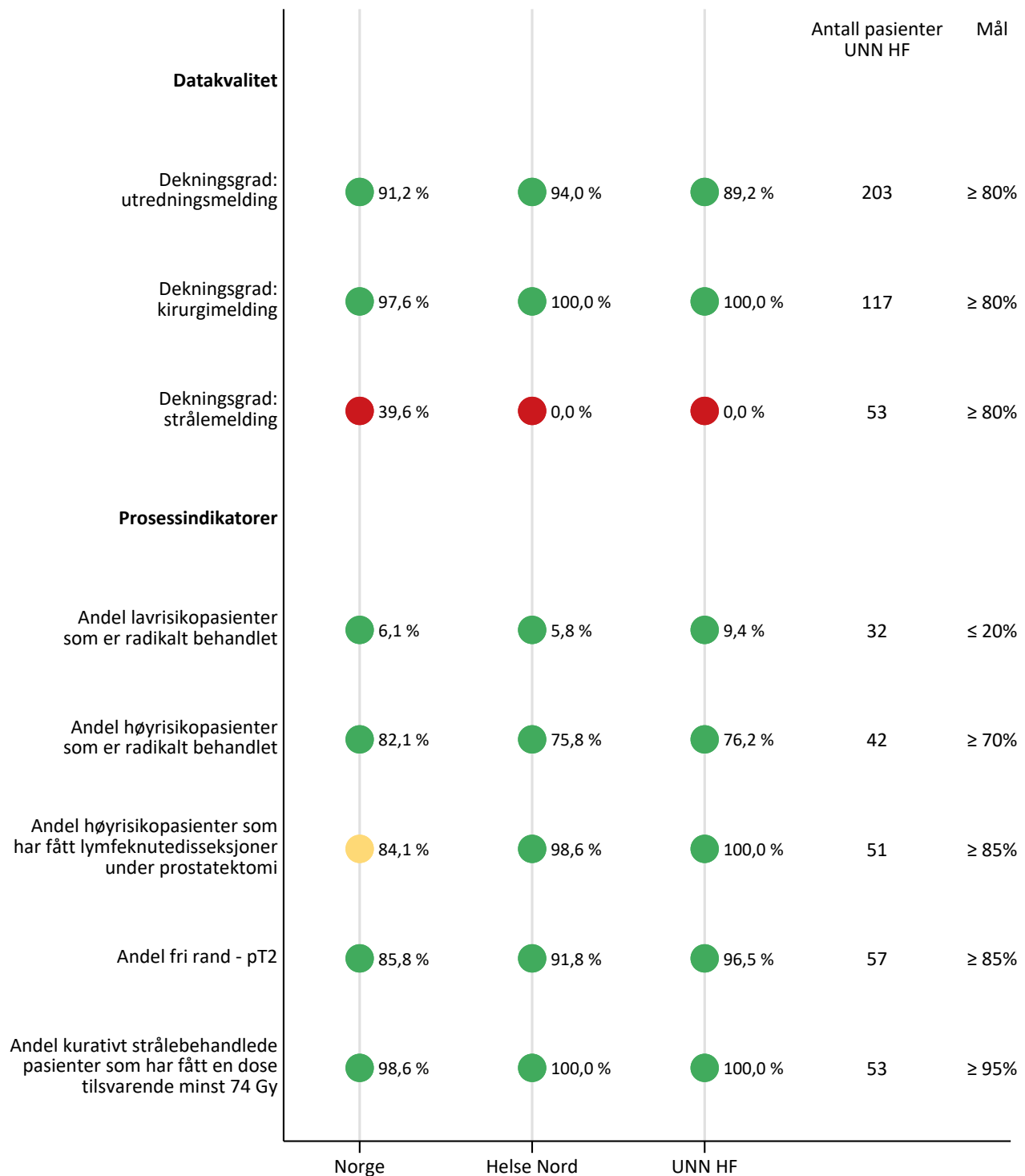
Figur 4. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft



Figur 5. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter



Figur 6. Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for melanom



**Figur 7.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft

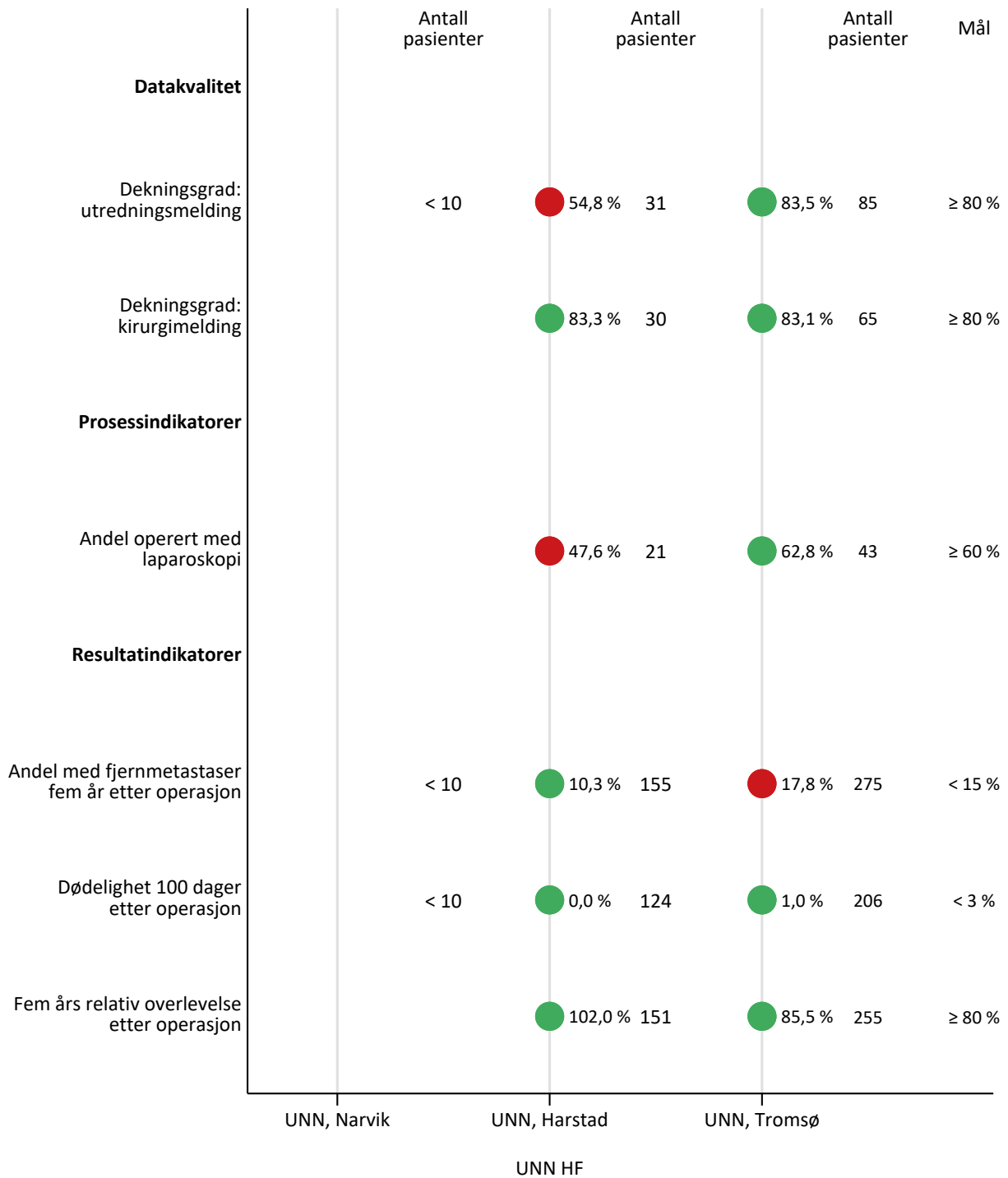


**Figur 8.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for endetarmskreft





**Figur 9.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for tykktarmskreft



**Figur 9a.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for tykktarmskreft, sykehus



## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.11.2021
Arkivsak:	2021/7-14
Saksbehandler:	Gøril Bertheussen

## Status i arbeidet med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF

### Bakgrunn

I 2013 besluttet direktørens ledergruppe at UNN skulle innføre aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP), etter idé og forskning fra Myrna Palmgren med Ph.D Operations Research.

Palmgren ble invitert til en ledersamling i UNN, hvor hun gjennom å vise til optimering av arbeidsprosesser og bemanningsplanlegging, kunne bryte ned bl.a. helsepersonells opplevelse av at «behovet er uendelig» til håndterbare elementer, koordinering og pakking av pasientforløp, oppgaveglidning, bruk av rom og utstyr som stikkord for ressursutnyttelse og arbeidsplanlegging.

### Formål

Formålet med saken er å orientere styret om status i arbeidet med ABP i UNN.

### Saksutredning

Under utvikling av ABP i UNN ble det lagt vekt på samarbeid med foretaks- og hovedtillitsvalgte for felles håndtering av utfordringer knyttet til forståelse og bruk av ABP.

I prosessen med å utvikle og implementere aktivitetsbasert bemanningsplanlegging i UNN er følgende tiltak iverksatt:

- Det er utarbeidet prosedyrer og retningslinjer for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging i UNN.
- Det er forhandlet frem nødvendige særavtaler.
- Det er utarbeidet retningslinjer for bruk av lengre planperioder.
- Det er utarbeidet verktøy for arbeidstidsplanlegging.
- Det er utarbeidet retningslinjer for bruk av kalenderplanmetodikk.
- Det er gitt bistand fra Personal og organisasjonssenteret (PO) til klinikkene ved utrulling av ABP-metodikk i UNN.

Implementeringen av ABP i UNN startet senhøsten 2013. Som et resultat av ABP, ble de første kalenderplanene satt i drift desember 2013. Arbeidet startet med legegruppen i hver klinikk, først ut var Barne- og ungdomsklinikken (BUK) og Hjerte og lungeklinikken (HLK). Opplæringen tok for seg overenskomstenes betydning i planlegging av aktivitet og arbeidstid, og bemanningsplanlegging etter aktivitet og pasientstrøm i de ulike behandlingsskjeder. Det ble pekt på ressursutnyttelse for alle yrkesgrupper i behandlingsskjeden også gjennom nødvendig



jobb- og oppgaveglidning når tilgangen til spesialutdannet personell blir vanskelig. Stikkord var «rett ressurs til rett tid på rett plass» sett i et utviklings- og fremtidsperspektiv. Under utrulling var hovedfokus på døgnenhetene, og man forventet at tankesettet lettere skulle kunne ruller ut på dagenheter når de mer vanskelige døgnenhetene var på plass.

Når det gjelder legeplanlegging støtte man på noen hindringer i tolkningen av overenskomsten mellom Spekter og Legeforeningen (2016). Her kan man spesielt nevne at legene i sentral overenskomst har en avtale hvor de skal ha en arbeidsplan som skal rullere i et fast mønster over like mange uker som det er antall leger i planen. Denne måten å organisere arbeidet på, har fra legeforeningens side vært en forutsetning for avtalene om de vide unntak fra arbeidsmiljøloven. Uansett arbeidsplan for leger, er det likevel mulig å ta inn ABPs prinsipper i planleggingen. Rutiner for legeplanlegging ble i et partssammensatt utvalg i UNN utarbeidet og implementert som et verktøy i 2017. Vi har i dag noen få arbeidsplaner for leger lagt som kalenderplaner. Der hvor man i partssamarbeidet har klart å etablere kalenderplaner for leger lokalt, viser det seg at de i stor grad er fornøyde med resultatet.

De fleste arbeidsplaner for turnusansatte i UNN er kalenderplaner. Med utgangspunkt i inngått rammeavtale og definert årshjul med tilhørende protokoll, etablerer den enkelte enhet primært 3-4 kalenderplaner pr år. Selve ressursplanleggingen kan likevel ivaretas med lengre varighet, men konkret vakt plassering anbefales ikke overstige mer enn 3-4 måneder. Der man har bundet seg til kalenderplaner med lengre varighet, kan det observeres uforholdsmessig bruk av variable kostnader knyttet mot vakanser, turnover og langvarig sykefravær (graviditet), da man bindes av de lokale avtaler for kalenderplan og endring underveis blir vanskelig. En nylig rapport fra Bemanningskoordinator (BK) i UNN, viser at enkelte avdelinger har hatt usedvanlig høy turnover på over 40 % i 2020.

Det er PO-senteret som forvalter prinsipper, verktøy og metodikk knyttet til ABP, mens ansvaret for at metodikken brukes ligger hos klinikkjefene. Det er en klar forventning om at prinsippene for ABP er kjent og implementert i organisasjonen. Det forventes at alle arbeidsplaner i UNN utarbeides basert på ABP-prinsipper og ikke tradisjonell tilnærming, hvor man mer antar at behovet er konstant og statisk/liket hele tiden. Utgangspunktet skal være aktivitet, behov og ressurs, og at de utarbeidede verktøyene «min drift», «mitt personell» og «mitt helge behov» skal brukes aktivt i planlegging.

All saksbehandling, lederstøtte, veiledning og bistand som gis fra PO-senteret har fokus på ABP-prinsippene. Både i forhold til virksomhetsplanlegging, planlegging av personellbehov, utarbeidelse av arbeidsplaner/turnuser og daglig drift. PO-senteret har ansvar for å vedlikeholde rammeverktøyene i personalhåndboken, og har gjennom arbeidet med ABP utviklet et godt samarbeid med de tillitsvalgte i forhold til problemstillinger som formidles til dem knyttet til ABP, og kanskje spesielt kalenderplanlegging.

Gat-support ved Økonomi og analysesenteret (ØAS) avholder jevnlig kurs med fokus på bruk av arbeidsplansystemet Gat, og praktisk gjennomføring i forhold til utarbeidelse av arbeidsplaner, deriblant egne kurs i bruk av kalenderplanmodulen i Gat. Rådgiverne i økonomiavdelingen har jevnlig møter med klinikkene og deres avdelinger. ABP er en naturlig del av de råd som gis til klinikkene i økonomistyringen. I 2018/2019 ble ABP-tankesettet revitalisert gjennom «sengepostprosjektet», hvor aktivitet på sengepostene ble koblet opp mot bemanning i egne analyser, slik at lederne på sengepostene fikk et bedre grunnlag for vurdering av bemanningsplanene.



## Vurdering

Det er en klar forventning om at prinsippene for ABP er kjent og implementert i organisasjonen. Det vil være hensiktsmessig med lokal revitalisering av ABP hvor ledelsen må rette særskilt fokus på å ta i bruk ABP-prinsipper der hvor man ser store variable kostnader og avvik i planlagt drift.

Dette kan gjøres gjennom å;

- Ha en gjennomgang av arbeidsplanleggingen i enheter som ikke oppnår effekt av ABP-tiltak
- Styrke lederstøtten innenfor arbeidstid og ressursstyring i klinikken
- Iverksette ny opplæring i utarbeiding av arbeidsplaner

Videre kan det være hensiktsmessig å etablere nettverksgrupper på tvers av klinikkene og PO-senteret for å vurdere rekrutteringssituasjonen, mulighet for oppgaveglidning og gjennomgang av arbeidsprosessene knyttet til arbeidstidsplanlegging i de aktuelle enhetene. Direktøren har bedt Personal- og organisasjonssenteret om å lage en struktur for dette.

Tromsø, 29.10.2021

Anita Schumacher (s.)  
Administrerende direktør



## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.11.2021
Arkivsak:	2021/8515-1
Saksbehandler:	Gøril Bertheussen og Haakon Lindekleiv

## Hvordan jobber UNN med pasientsikkerhet og arbeidsmiljø?

### Bakgrunn

Det er en økende erkjennelse av at UNN har potensiale til å jobbe bedre samlet med arbeidsmiljø og kvalitet/pasientsikkerhet, herunder hvordan vi kan styrke psykologisk trygghet. Direktøren har bedt personal- og organisasjonscenteret (POS) og Fag- og kvalitetssenteret (FKS) om å komme med forslag til hvordan vi kan styrke dette arbeidet.

### Formål

Formålet med saken er å informere styret om status.

### Saksutredning

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra de to sentrene (POS og FKS) har vurdert hvordan vi kan styrke koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, og foreslått 3 arbeidspakker. Videre er det utviklet flere tiltak som styrker opp under arbeidet. Direktøren støtter de foreslåtte arbeidspakkene og tiltakene som presenteres under. Noe er allerede godt igangsatt, mens andre er under planlegging. De foreslåtte arbeidspakkene og tiltakene vil bli innarbeidet som en del av en helhetlig handlingsplan.

#### *Arbeidspakke 1: Redusere turnover*

Høy turnover av helsepersonell medfører at den kollektive hukommelsen forsvinner, at ansatte blir usikre på kolleger og blir utrygge på egne oppgaver. Dette skaper psykologisk utrygghet og øker risikoen for alvorlige pasienthendelser. Funnet har vært gjentakende i pasientsikkerhetsvisitter, og er kjent fra tilsynssaker.

- Det pågår en prosess med å hente inn erfaringer fra andre sykehus.
- Det er etablert en arbeidsgruppe fra POS i samarbeid med NSF for å følge opp protokoll fra tariffoppgjøret hvor rekruttering og stabilisering av sykepleiere er tema.
- Bemanningsmodellen, som er et verktøy for å vurdere utvikling av behov for bemanning i fremtiden, er kommet i ny versjon og oppdaterte scenarier skal utarbeides.

#### *Arbeidspakke 2: Hvordan snakker vi med og om hverandre – kommunikasjon*

UNN har et pågående arbeid på klinisk kommunikasjon, men avgrenset til kommunikasjon med pasient og rapportering mellom helsepersonell. Ved andre sykehus inkluderer dette arbeidet fokus på hvordan vi snakker med og om hverandre. Foretakstillitsvalgte forteller at UNN har



potensiale til å snakke bedre med og om hverandre, samt fokusere på at vi er samarbeidende helsepersonell som jobber sammen for det beste for pasienten.

- 4 gode vaner er etablert som kurs til gruppa *leger i spesialisering* (LIS). Det bør vurderes om dette tilbudet bør rulles ut og favne flere ansatte. Dette vil kunne styrke kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, og også gi en positiv effekt inn i arbeidsmiljøet.
- Utviklingssamtalen i ny form er også et tiltak og verktøy som legger til rette til bedring av kommunikasjon og kunnskap om hverandre.
- Lederopplæringen (LUP) gir ledere kunnskap om mekanismene i kommunikasjon når det er utfordrende, koblet opp mot arbeidslivets spilleregler, og også sett fra et HMS perspektiv. Dette er et viktig tiltak i forhold til bevisstgjøring av kommunikasjon.
- Årets tema på KVAM-dagen er psykologisk trygghet. Her vil KVAM-utvalg og grupper få kunnskap med oppfordringer og tips til eget arbeid for å kunne oppnå psykologisk trygghet på egen arbeidsplass.
- Tiltak knyttet til å sette ledere, tillitsvalgte og verneombud i bedre stand til å håndtere konflikter omhandler også kommunikasjonsferdigheter. Det har det siste året vært satset på kursing av ledere, tillitsvalgte og verneombud i konflikthåndtering, gjennom ressurser fra NAV Arbeidslivssenter som holder kursene. Videre er det gitt særskilt kompetanseheving til noen foretakstillitsvalgte, foretaksverneombud og rådgivere fra POS i konflikthåndtering.
- HMS opplæring for ledere og verneombud er under revisjon, og det vil knyttes en opplæringsarena til dette når det er klart.
- Større fokus på å forsterke det vi gjør bra. Et eksempel på dette er #råbra.

### *Arbeidspakke 3: Styrke KVAM-strukturen i UNN*

Mye av arbeidet med HMS og kvalitet/pasientsikkerhet skal foregå i KVAM-strukturen i UNN. Det har vært flere tilbakemeldinger om at dette ikke fungerer tilstrekkelig helhetlig. Kvalitetsutvalget ba Fag- og kvalitetssenteret om å kartlegge aktiviteten i KVAM-strukturen. Dette arbeidet har pågått det siste året, og vil forelegges Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget (AMU) i løpet av høsten 2021. Det vil danne utgangspunkt for diskusjon rundt hvordan KVAM-strukturen skal styrkes.

Andre tiltak:

### *Opprette hms-nettverk*

I Ledelsens gjennomgang for 2019 ble det anbefalt å opprette et nettverk innenfor hms, for å sikre at det helhetlige hms-ansvaret i UNN ivaretas. Det er i dag flere sentra som ivaretar sine deler av hms-området, og en samordning vil styrke organisasjonens kraft på dette området. Direktøren foreslår at det etableres et nettverk bestående av alle fagområdene med delansvar innenfor hms-området.

Det foreslås at POS har ansvaret for nettverket, og at det ledes av hms-rådgiver. Nettverket kan internt organisere mindre arbeidsgrupper i forhold til saker som skal vurderes.



*Rutiner for håndtering av trusler fra 3. part (pårørende) innarbeides i eksisterende rutiner for håndtering av vold og trusler:*

Arbeidet med utarbeidelse av prosedyre for dette har skjedd i samarbeid med de som meldte problemstillingen (Ungdomspsykiatrisk seksjon) og POS. Prosedyreforslaget er nå til høring i barneavdelingen før den legges frem for AMU.

### *Kollegastøtte*

En arbeidsgruppe har utarbeidet et forslag til struktur for kollegastøtteordning i UNN. Forslaget legges frem for AMU i desember 2021. Forslaget baserer seg på informasjon innhentet fra andre sykehus, erfaringer med telefonordninger og arbeidsgruppens erfaringer.

Direktøren anbefaler at UNN støtter seg til følgende tiltak:

- 1) Lokal kollegastøtter i de ulike avdelinger/ seksjoner/enheter skal opprettes og implementeres i daglig drift. Kollegastøtte er en ordning som ikke erstatter lederansvaret for ivaretagelse av ansatte, men et supplement. For å sette ledere og potensielle kollegastøttere i stand til videre arbeid skal det tilbys grunnkurs med opplæring i hva kollegastøtte er, og grunnprinsipper for hvordan arbeide med kollegastøtte lokalt i eget arbeidsmiljø. Leder og aktuelle kollegastøttekandidater melder seg på kurs, og det anbefales at de deltar på kurs sammen.
- 2) Telefonordning: Det foreslås å opprette en kollegastøtteordning på telefon for alle i UNN, likt det man har på Nordlandssykehuset. Dette er et lavterskeltilbud for ansatte, som fritt kan kontakte den kollegastøtter man ønsker. Kollegastøtter i dette tilbudet står til disposisjon for alle i UNN HF å bli ringt til. Det er derfor viktig at det er kollegastøtter med ulik faglig bakgrunn som innehar gode medmenneskelige egenskaper og kommunikasjonsferdigheter.

### *Styrke arbeidet med psykologisk trygghet*

Psykologisk trygghet var tema på årets KVAM dag (21. oktober 2021). I etterkant av dagen er det viktig å ha fokus på oppfølging av ForBedringsundersøkelsen, og tiltakene som ble utarbeidet der. Det er effekten av disse tiltakene som kan gi psykologisk trygghet på den enkelte arbeidsplass. Kollegastøtteordningen og utviklingssamtalen er andre tiltak som vil bidra til å styrke den psykologiske tryggheten på arbeidsplassen.

Styrking av KVAM struktur vil også kunne være med å styrke nevnte område. Det å sikre gode arbeidsprosesser, tydelig ledelse og gode kollegiale forhold er grunnlaget som kan gi våre medarbeidere økt psykologisk trygghet på jobb.

### *Bransjeprogram IA i sykehus*

Bransjeprogrammet er et nasjonalt bransjespesifikt tiltak basert på IA-avtalen. Innsatsområdene er forebyggende arbeidsmiljøarbeid, og lange/hyppige/gjentagende fravær og prosjekter/tiltak som gjøres i sykehusene i dag som kan videreutvikles. Førstnevnte innsatsområde har resultert i prosjektet «Der skoen trykker»: et arbeidsmiljø- og





forbedringsarbeid som skal sette leder i stand til å jobbe med de riktige tingene over tid – systematisk, målrettet og langvarig arbeid med et fokus på sammenhengen mellom sykefravær, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og ledelse. «Der skoen trykker» er så langt i gang i fire enheter/seksjoner, pluss tre seksjoner som gjennomfører felles prosess på UNN. «Der skoen trykker» er organisatorisk lagt til PO-senteret, med prosessveiledere fra PO og NAV Arbeidslivssenter. Prosjektperioden nasjonalt og lokalt på UNN er forlenget til ut 2022. For mer informasjon, se [www.derskoentrykker.no](http://www.derskoentrykker.no).

#### *Når det går galt – ivaretagelse av pasienter, pårørende og helsepersonell*

Tiltaket er et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet. Prosjektet er i startfasen. Satsingen er hentet fra Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, og prosjektet omhandler "kurs i å gjennomføre den vanskelige samtalen etter uønskede hendelser". Dette tiltaket er basert på nasjonal satsing på å videreutvikle og styrke nasjonale satsninger på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Resultatet og kursopplegg som utarbeides i prosjektgruppen vil være viktig å implementere på sikt også i UNN. Prosjekttiden er frem til høsten 2022. UNN har med representant i prosjektet fra Kvalitetsavdelingen og Personal- og organisasjonssenteret.

### **Vurdering**

Arbeidet er godt i gang på noen områder, og vil bli fulgt opp videre. Direktøren har gjennomført pasientsikkerhetsvisitter, og disse følges systematisk opp gjennom behandling i Kvalitetsutvalget. Fra disse visittene kommer det tydelig frem hvor stor betydning arbeidsmiljøet har for pasientsikkerheten, og hvorfor det er viktig at vi forstår og styrker denne koblingen.

### **Konklusjon**

Arbeidet med å utarbeide og få besluttet en helhetlig plan på dette området er fremdeles under arbeid, men det er likevel iverksatt flere ulike tiltak som styrker området.

Tromsø, 29.10.2021

Anita Schumacher (s.)  
Administrerende direktør



## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	10.11.2021
Arkivsak:	2021/7-15
Saksbehandler:	Lars Øverås

## Status mindre ombygginger i UNN

### Bakgrunn

Utbyggingen i UNN bruker av likviditeten som er til rådighet. Alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner kan lånefinansieres med inntil 80 % av totalrammen. Minimum 20 % av totalrammen i disse prosjektene går dermed på egen likviditet. Hvert år settes det av 200 mill. kroner + et eventuelt overskudd fra forrige år til investeringer i Medisinteknisk utstyr (MTU) med mer. I dette tallet ligger relativt sett mindre ombygginger som nytt kjøkken Breivika, Nyfødt intensiv, Hybridstuer (del av investeringen som overstiger 55 mill. kroner) og andre mindre ombygginger. Om sluttresultatet er innenfor investeringsrammen vil likviditeten i utgangspunktet holde seg tilstrekkelig. Om sluttresultatet er overinvesteringer eller driften av UNN går med underskudd vil likviditeten få en negativ utvikling.

### Formål

Formålet med saken er å informere styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF om den likvide situasjonen og de begrensninger den medfører for fremtidige prosjekter.

### Vurdering

Likviditeten er historisk sett god i UNN. Den siste tiden har det vært gjennomført flere store byggeprosjekter, noe som tærer på likviditeten. Slik utviklingen ser ut nå vil likviditeten være negativ i løpet av tre år. Arbeidet med å unngå dette må derfor starte nå. Det har vært høy prisvekst på materialer i bygge bransjen. På grunn av dette har vi sett overforbruk på flere av våre planlagte ombygginger. For å sikre likviditet også i årene fremover er det gjort en gjennomgang av pågående prosjekter. Prosjektet med Nye UNN Narvik er godt i gang, og kontrakter er inngått med entreprenør. Kjøkkenet i Breivika har flere myndighetspålagte krav som må utbedres, mens hybridstuene er godt i gang med planlegging og størsteparten av prosjektet er finansiert. Det vil være kostnadsdrivende å stoppe prosjektene, prosjektene er svært godt begrunnet og viktige for UNN. Direktøren anbefaler derfor at disse gjennomføres som planlagt. Disse prosjektene vil ta opp mesteparten av de tilgjengelige midlene i de nærmeste to til tre årene, slik at det er svært lite midler til nye/ikke oppstartede prosjekter. Konsekvensen av dette er at det er lite investeringsmidler til andre investeringsbehov som er etterlengtet.

### Konklusjon

For å kunne beholde investeringsevnen som ønsket må resultatene i årene fremover være i tråd med budsjetterte overskudd. Dette vil skape helt nødvendig handlingsrom for å erstatte og



investere i nytt medisinteknisk utstyr, og flere mindre ombygginger som det er behov for å prioritere i tiden fremover. En utvikling med prosjekter som blir vesentlig dyrere enn budsjettet vil medføre at disse ombyggingene må forskyves i tid.

Tromsø, 03.11.2021

Anita Schumacher (s.)  
Administrerende direktør