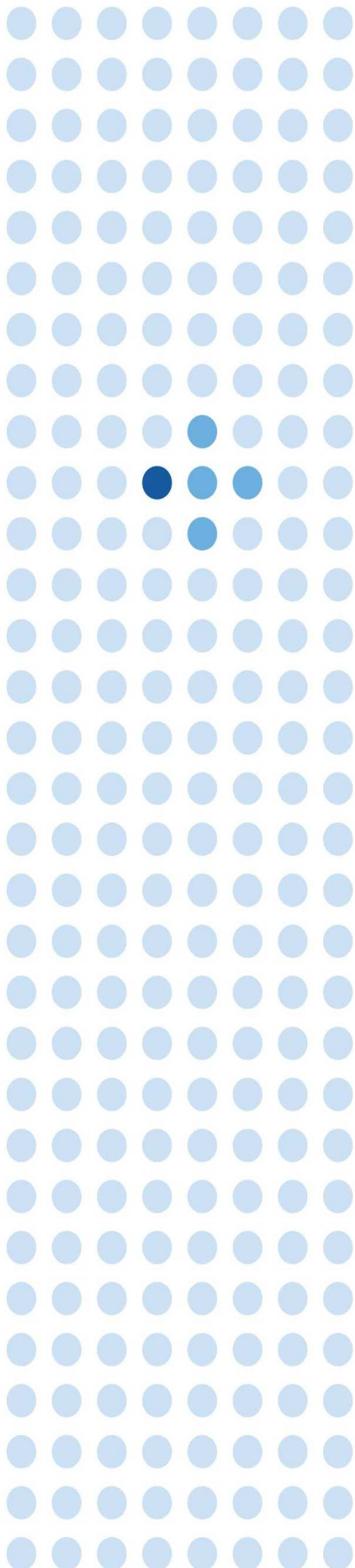




Internrevisjon
Helse Vest RHF

Måloppnåing og styring innan
psykisk helsevern for barn og
unge

Helse Fonna HF

Innhald

1. Innleiing	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Innleiing.....	3
1.3 Føremål og problemstillingar	3
1.4 Avgrensing	4
1.5 Metode.....	4
1.6 Dokumentanalyse	4
1.7 Intervju	4
1.8 Revisjonskriteria.....	5
2 Faktagrunnlag.....	6
2.1 Organisering og ansvarsfordeling	6
2.2 Dekningsgrad og tilgjenge.....	7
2.2.1 Ventetider	9
2.3 Produktivitet	11
2.3.1 Datakvalitet og styringsinformasjon	13
2.4 Samarbeid og forholdet til førstelinetenesta.....	14
2.5 Prioritering og vekst	16
3 Vurderingar og tilrådingar.....	17

Rapporttittel:	Måloppnåing og styring innan psykisk helsevern for barn og unge
i Helse Fonna HF	
Dato:	november 2008
Oppdragsgjevar:	Helse Vest v/revisjonskomiteen
Forfattar:	Internrevisor Bjørn Tungland

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn

Internrevisjonen har på oppdrag frå revisjonskomiteen i Helse Vest RHF, gjennomført eit revisjonsprosjekt som omfattar barne og ungdomspsykiatrien med særleg vekt på poliklinikkane i alle dei fire sjukehusføretaka.

Prosjektet er gjennomført i perioden juni – september 2008, og resultata er presentert i ein rapport for kvart av dei fire helseføretaka, samt ein samlerapport for Helse Vest.

1.2 Innleiing

Opptrappingsplanen for psykisk helse går ut i løpet av inneverande år. Den nasjonale opptrappingsplanen blei presentert i St.prp. nr 63 (1996-97), og var planlagt å vare ut 2006. Seinare blei den utvida med to år i St.prp. nr 1 (2003-2004).

Regional opptrappingsplan for psykisk helse blei lagt fram for og vedtatt av styret i Helse Vest RHF i mars 2004.

I desember 2005 oppnemnte Helse og omsorgsministeren ei arbeidsgruppe som skulle utgreie korleis retten til helsehjelp for barn og unge med psykiske lidingar kunne styrkast. Gruppa kom med si utgreiing i juni 2006. Utgreiinga blir heretter kalla Agledalsrapporten, - etter leiar av denne arbeidsgruppa. Gruppa kom og med ei rekke forslag mellom anna nye behandlingssgarantiar for barn og unge. Vidare fokuserte også rapporten på auka produktivitet og leiarkulturen innanfor barne og ungdomspsykiatrien. Rapporten kan betraktast som eit av forarbeida for forskriftsendringa om ny vurderings og behandlingssgaranti. Endringa vil venteleg tre i kraft 01.09.08.

Regjeringas strategiplan for barn og unges psykiske helse har og vore med å danna føringar og grunnlag for styringssignal.

Helse- og omsorgsdepartementet har i sitt oppdragsdokument til Helse Vest RHF stilt krav om at ulike kvalitetsindikatorar skal brukast som styringsvariablar for å sikre heilskapelege og samanhengande tenester. Dette kravet blir vidareformidla i RHF'et sine styringsdokument til dei ulike helseføretaka.

1.3 Føremål og problemstillingar

Føremålet med undersøkinga er å sjå nærare på måloppnåing i høve til dei måla som er sett i opptrappingsplanen, og i oppdrags- og styringsdokument, og om føretaka har etablert styringssystem som sikrar måloppnåing.

Vi har konkretisert måla i følgjande styringsvariablar:

- **Tilgang og tilgjenge:**
 - Dekningsgrad
 - prosentdel av befolkninga under 18 år ein har hatt kontakt med

- o fagpersonell pr 10.000 innbyggjarar.
 - o Ventetider og tal på ventande
 - o Fristbrot
- **Produktivitet**
 - o talet på pasientar per behandlarar
 - o talet på tiltak per behandlarar
 - o talet på tiltak per pasient.
- **Samarbeid med førstelinjetenesta.**
 - o Vert grensesnittet opplevd som klart nok
 - o I kva grad er det inngått samarbeidsavtalar med kommunane.
 - o Målt i epikrisetid
 - o Prosentdel ADHD-pasientar med individuell plan
- **Prioritering**
 - o relativ vekst i barne- og ungdomspsykiatrien i forhold til PHV totalt sett

Når det gjeld kva styringssystem som er etablert for å nå måla, har vi konkretisert følgjande problemstillingar:

- I kva grad har BUPane
 - o Ei tenleg organisering og administrative ressursar
 - o Etablert og kommunisert grunnleggjande styringsprinsipp i eininga
 - o Dokumenterte rutinar og prosedyrer, mellom anna for rapportering og oppfølging
 - o Naudsynte fullmakter og instruksar
 - o Tenlege administrative system og fagsystem
 - o Tilgang på påliteleg styringsinformasjon

1.4 Avgrensing

Ettersom 98 % av all behandling av barn og unge innanfor psykisk helse skjer poliklinisk er det denne delen som er av størst interesse. Vi har vald å sjå nærare på to poliklinikkar for kvart føretak, ein i sentrale strok og ein i periferien.

1.5 Metode

Kartlegginga er basert på data som er samla inn gjennom dokumentanalyse, intervju, offentleg statistikk som Samdata, Norsk Pasientregister (NPR), nettstaden www.frittsykehusvalg.no, samt eigne data frå helseføretaka.

1.6 Dokumentanalyse

Internrevisjonen har gjennomført analyser av innhenta dokumentasjon, mellom anna styrande dokument frå Helse Vest, styresaker, rutinar, instruksar, rapportering og møtereferat frå helseføretaka.

1.7 Intervju

Det er gjennomført intervjuar med i alt 7 personar i Helse Fonna HF. Klinikkdirektør, vikarierende direktør, leiarane for begge BUPane, samt eit par tilsette ved desse einingane. Intervjureferata blei verifisert i etterkant.

1.8 Revisjonskriteria

I oppdragsdokument frå HOD og i føretaksprotokoll til Helse Vest RHF, samt styringsdokument frå Helse Vest RHF finn vi mål og krav til helseføretaka si styring og internkontroll

I føretaksprotokoll pkt 4.3.1 til Helse Vest for 2008 heiter det

”Styret skal sjå til at Helse Vest RHF har god intern kontroll og at det er etablert system for risikostyring for å førebyggje, hindre og avdekkje avvik

I styringsdokumentet for 2008 under pkt 3.1.3 heiter det mellom anna:

Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å jamne ut skilnader mellom helseføretaka når det gjeld kor mange som blir tildelte rett til nødvendig helsehjelp i dei ulike pasientgruppene.

Einsarta praksis ikkje bare mellom føretaka, men og mellom ulike einingar (BUP-ar) handlar både om pasientane sin rettstryggleik og god oppfølging av prioriteringsforskrifta.

I styringsdokumentet for 2008 vert det påpeika:

”... Det er ei målsetjing at dei regionale helseføretaka har gode system for levering av data”

Helse Vest RHF har følgjer opp krav frå HOD ved å ta dei inn i styringsdokumenta til føretaka. Når det gjeld krav om styring og internkontroll heiter det mellom anna:

”Sentrale element i styringa for 2008 vil vere tydelege krav til resultat, krav om tydeleg formell struktur og framleis satsing på internkontroll.”

Innanfor kapittel 3.1.2 Kvalitet kan ein henta blant anna følgjande sitat:

”Ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidningar eller rusmisbruk skal vente meir enn ti dagar på vurdering (lengre frist ved vurderingssamtale) av rett til nødvendig helsehjelp, eller meir enn 90 dagar (65 virkedagar) før behandling seinast blir sett i verk, der det ligg føre rett til nødvendig helsehjelp, jf. ny ventetidsgaranti som trer i kraft i 2008.”

”Det skal vere eit system for å overhalde behandlingsfristar og dermed unngå fristbrot.”

”Det er difor viktig at helseføretaka har fokus på samhandling, og ... samarbeider med kommunane for å sikre at pasientar med psykiske lidningar og rusmiddelmissbruk som har store og samansette behov, får god oppfølging på riktig omsorgsnivå”

”Kvalitetssikre talgrunnlaget for aktivitetsdata, ventelistedata og nasjonale og regionale indikatorar innanfor somatikk, BUP, VOP og rusfeltet.”

”Opptrappingsplanen for psykisk helse blir avslutta i 2008. Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptrappingsplanen skal likevel leggjast til grunn for utforming og organisering av tenestetilbodet. ...

Helse Vest RHF vil i 2008 ha særleg fokus på dekningsgraden og ventetider innanfor barne- og ungdomspsykiatrien .”

2 Faktagrunnlag

2.1 Organisering og ansvarsfordeling

Klinikkane vert leia av klinikkdirektør. Under klinikkane finn vi avdelingar og avdelingssjefane som utgjer leiarnivå 3. Under nivå 3 finn vi sengepostar, poliklinikkar for barn og unge (BUP), distriktpsykiatriske sentra (DPS) og liknande som utgjer nivå 4.

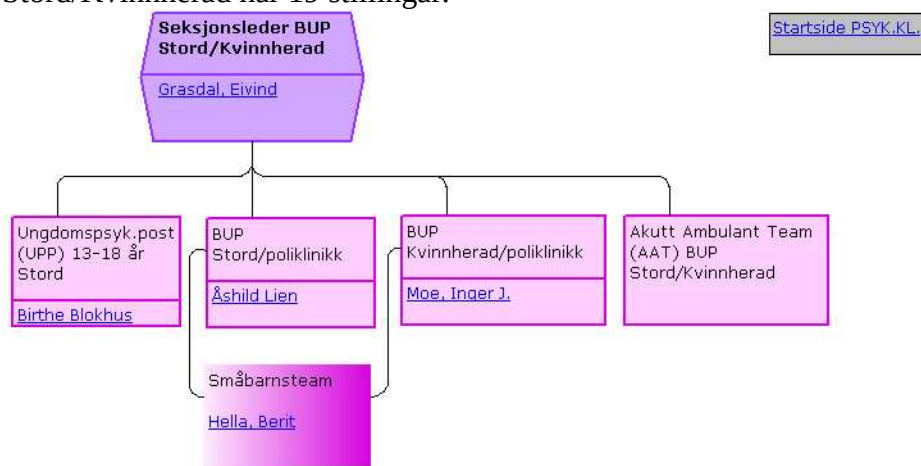
Ansvar Psykiatrisk klinikk	Systemansvarlig	Stedfortreder, systemansvarlig	Medisinsk faglig rådgiver
Org. kart Psykiatrisk klinikk	Anne Lise Kvalevaag		
Karmøy DPS	Lauknes, Svein Ø		
Haugaland DPS	Lauknes, Svein Ø		Jostein Jektnes
Stord DPS	Gunn S. Scheen		Leif Heradstveit
Folgefonn DPS	Hege Lægreid Røssland		Hagbart Lunde
Seksjon sikkerhet og langtid - Valen	Marianne Lund Anderssen		Karl Heinz Escher
Seksjon akutt/korttid/dobbeldiagnoser - Valen	Petterteig, Gunn Tove		Jostein Jektnes
Seksjon for spesialisert behandling	Kenneth Eikeseth		
Alderspsykiatrisk seksjon	Marit Børresen		Arvid Rongve
BUP Haugesund	Lura, Arnhild	Lloyd Varne	Nezla Duric
BUP Stord/Kvinnherad	Grasdahl, Eivind		Olsson, Gunilla

Som det går fram av den grafiske figuren er det to BUPar i Fonna, Haugesund og Stord/Kvinnherad.

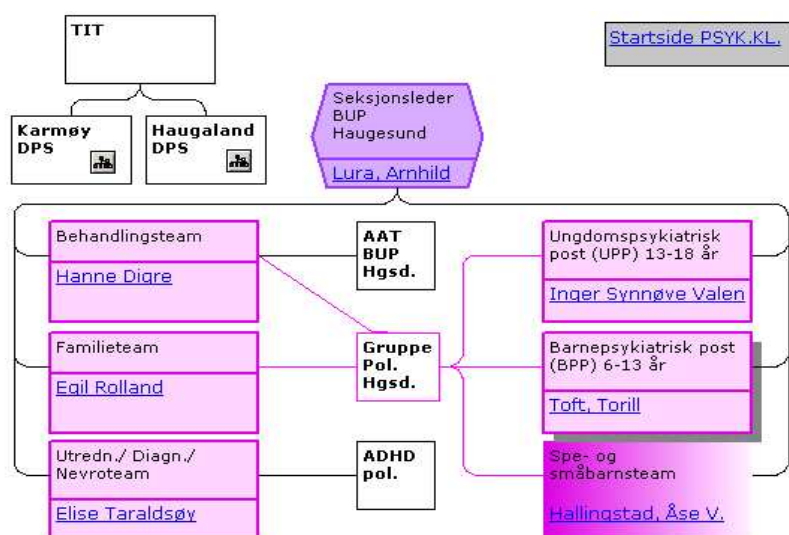
Begge BUPane har sengepostar. I Haugesund er det ein post på 6 plassar for dei over 12 år og ein på 4 plassar for dei under 12 år. På Stord er det er ein post på 4 plassar for ungdom, som er open bare 5 dagar i veka, men med beredskap i helgene.

Stord/Kvinnherad har nyleg etablert eit eige team for ADHD-pasientar.

Stord/Kvinnherad har 19 stillingar.



I BUP Haugesund er bemanninga inndelt i fagteam, sjå figur nedanfor. I tillegg er det eigne sengepostar for både ungdom og barn. Det er etablert eit eige Akutt ambulant team (AAT) samt eit for ADHD. Vidare er det i samarbeid med DPS for Karmøy og Haugaland etablert eit tidleg intervensjonsteam (TIT).



2.2 Dekningsgrad og tilgjenge

Dekningsgrad uttrykt i form av talet på pasientar eller barn og ungdom i kontakt med spesialisthelsetenesta i forhold til barne- og ungdomsbefolkninga i området totalt, har nok vore blant dei viktigaste indikatorane og måla i opptrappingsplanar og styringssignal innanfor dette området

Dekningsgrad	2006	2007
Helse Førde	4,7	4,8
Helse Bergen	3,4	3,5
Helse Fonna	3,6	3,8
Helse Stavanger	3,0	2,9
Helseregion vest	3,5	3,5
Landet totalt	4,3	4,5

Tabellen ovanfor viser at Helse Vest neppe vil klare å nå dette målet i løpet av inneverande år. Fonna ligg over gjennomsnittet innanfor Helse Vest, men deira dekningsgrad på 3,8 % viser at det er relativt langt igjen til målet. I intervju kjem det fram at dei meiner at dei likevel skal klare å nå målet på 5 %.

Både leiinga av psykiatrisk klinikk i Fonna og leiarane av begge dei to BUPane har god tru på at dei vil klare dette i løpet av året.

Dekningsgraden for BUP Stord/Kvinnherad ved utgangen av 2007 er 4 % og ca 3,6 % ved utgangen av første halvår.

I intervju kjem det fram at dekningsgrad blir oppfatta som ein relativt viktig styringsvariabel på overordna nivå, men misser mykje utsegnskraft når ein måler for mindre geografiske områder

Tabellen nedanfor viser dekningsgraden for kvar kommune innanfor BUP Haugesund sitt området. Det er ikkje uvanleg at vertskommunen er ein storforbrukar av tenester innanfor spesialisthelsetenesta. I tabellen kjem det fram at det er i dei minste kommunane at tendens til å nytte spesialisthelsetenesta er størst. Både i BUP Haugesund og BUP Stord/Kvinnherad blir

det framheva at grensesnitt ikkje er eintydig og klar og at poliklinikkane i stor grad må kompensera for manglande tilbod og oppfølging i kommunane og førstelinjetenesta.

	Befolkning	Dekningsgrad ¹
Karmøy	38 349	2,9 %
Haugesund	32 303	3,5 %
Tysvær	9 513	3,7 %
Bokn	793	6,3 %
Vindafjord	8 111	2,0 %
Etne	3 858	2,8 %
Suldal	3 874	2,4 %
Sauda	4 732	3,1 %
Sveio	4 764	4,1 %
Utsira	214	7,0 %

Eit anna mål for tilgjenge, tilgang og dekning er tal på behandlarar eller fagstillingar pr 10.000 innbyggjarar. Tabellen nedanfor viser at veksten i Fonna frå 2006 til 2007 har vore nær 12 % og størst innanfor heile helseregionen. Ein slik auke kan ha si årsak i at fleire stillingar er oppretta eller også at dei har klart å fylla stillingane med tilsette. I intervju blir det nemnt at ein i Fonna har hatt rimeleg store problem med rekruttering av fagpersonell.

Årsverk per 10 000 innb.	2002	2006	2007	Endring i % 06 – 07
Helse Førde	7,4	33,2	33,4	-0,2
Helse Bergen	7,8	25,9	24,7	-3,5
Helse Fonna	9,3	23,9	26,8	11,9
Helse Stavanger	11,8	25,9	28,7	9,3
Helse Vest RHF	8,6	26,3	27,4	3,6
Landet totalt	9,8	32,0	33,5	5,0

I den regionale opptrappingsplanen blei norma for fagstillingar på poliklinikkane fastsett med utgangspunkt i ei barnebefolkning på 700 per behandlarstilling. Tabellen nedanfor viser at BUPane i Fonna ligg relativt langt frå det nivået.

Fagstillingar pr innbyggjarar.

Barnebefolkning i forhold per behandlar ¹	2006	2007	2008
Stord/Kvinnherad	1 101	953	1 048
Haugesund	1 140	1 140	1 083

Dette utgjer ca 10,1 fagstilling per 10.000. Og som det går fram av tabellen er det små forskjellar mellom desse einingane. Begge ligg lågt i forhold til norm, og begge har både nye og vakante stillingar som skal fyllast med tilsette. I intervju blir det opplyst at spesielt den delen som dekker Kvinnherad har hatt problem med rekrutteringa og slit med å halda på tilsette.

Begge BUP-ane har etablert eigne ADHD-team, Akutt ambulante team (AAT)² og tidleg intervensjonsteam (TIT) som tiltak for å redusera ventetider og talet på fristbrot. Dei to siste

¹ Eigne tal frå BUPane

teama representerer nok også ein kanal for rekruttering av nye pasientar, - ein møter og avdekkar behov i samband med det arbeidet desse teama sitt arbeid. Begge einingane er bevisste på prioritering av dei akutte behov, mens andre mindre akutte behov må vente noko lenger.

Talet på nytilviste pasientar viser ikkje ein eintydig tendens. I Haugesund ser dette talet ut til å auke frå 2006 til og med første halvår 2008. Elles viser også tabellen relativ størrelse mellom desse einingane.

Tal på tilvisinger ³	2006	2007	2008 (1.halvår)
Stord/Kvinnherad	300	283	123
Haugesund	454	496	283

Tal pasientar	2006	2007	2008 (1.halvår)
Stord/Kvinnherad	663	647	592
Haugesund	1 040	1 083	937

I andre samanhengar har ein dokumentert at prosentdelen av nytilviste pasientar som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp variert betydeleg. I Riksrevisjonens rapport frå i fjor blir dette problematisert betydeleg.

Prosentdel tildelt nødvendig helsehjelp	2006	2007	2008 (1.halvår)
Stord/Kvinnherad	69 %	81 %	68 %
Haugesund	69 %	79 %	73 %

I Fonna er det, slik tabellen indikerer, ikkje grunnlag for stor uro med omsyn til ulik praksis når det gjeld tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Riktig nok varierer denne prosentdelen mellom ca 70 til 80 %, men med så pass små tal for heile universet kan kanskje dette ligge innanfor det som er normale variasjonar.

2.2.1 Ventetider

Tabell Ventetid til poliklinisk utredning/behandling (Samdata s. 159)

	< 1 mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	6-12 mnd	> 1 år	Sum
Helse Sør-Øst	39,3	30,9	24,0	5,8	0,0	100 %
Helse Vest	19,6	31,2	29,7	18,8	0,8	100 %
Helse Midt-Norge	21,2	28,1	33,7	16,5	0,6	100 %
Helse Nord	27,0	33,3	24,7	14,1	0,9	100 %
Landet totalt	30,9	30,9	26,7	11,2	0,4	100 %

Tabellen viser at Helse Vest har lågast prosentdel som ventar mindre enn ein månad, vidare er Helse Vest nest høgast for dei som ventar inntil eit kvartal eller og inntil eit halvt år, - og igjen

² Alle føretaka har ambulant team eller noko tilsvarande. Det synest likevel bare å vera Fonna som har AAT. Det vil seia med vaktordning for heile døgnet.

³ Eigne tal frå BUPane

høgast for dei som ventar inntil eit heilt år. Slik sett er det rimeleg å meina at pasientar innanfor Helse Vest RHF sitt området er dei som ventar lengst. Dette er vel heller ikkje så urimeleg når ein tar i betraktning at det er her dekningsgrad og tilgang er lågast.

Gjennomsnitt etter bustadområde	dagar	Tal for ventande
Bergen	116	355
Fonna	108	167
Førde	84	136
Stavanger	121	348

I Fonna er ventetida nest lågast blant føretaka.

I Fonna og begge poliklinikkane er ein opptekne av å gjera prioriteringar blant dei ventande, slik at ein tar pasientar med meir akutte behov først.

Tabellen nedanfor viser prosentdel fristbrot både når det gjeld vurdering og behandling, for både første og andre tertial i 2008. Tala er henta frå NPR. Ein gjer merksam på at garantiane blei innført 01.09.08, og då kjem med i tala for 2. tertial.

Fristbrot i prosent ⁴	Vurderingsgaranti		Behandlingsgarantien	
	1. tertial	2. tertial	1. tertial	2. tertial
Bergen				
Fana	3,0 %	24,0 %	27,0 %	7,0 %
Fjell	1,0 %	2,0 %	19,0 %	56,0 %
Nordhordland	3,0 %	3,0 %	32,0 %	0,0 %
Sentrum	2,0 %	16,0 %	35,0 %	30,0 %
Åsane	32,0 %	45,0 %	39,0 %	38,0 %
Voss	0,0 %	9,0 %	8,0 %	2,0 %
Fonna				
Haugesund	11,0 %	16,0 %	16,0 %	10,0 %
Stord/Kvinnherad	13,0 %	50,0 %	39,0 %	41,0 %
Førde				
Førde	1,0 %	24,0 %	31,0 %	32,0 %
Nordfjord	0,0 %	3,0 %	6,0 %	9,0 %
Sogndal	2,0 %	0,0 %	5,0 %	4,0 %
Stavanger	2,0 %	19,0 %	31,0 %	35,0 %

Tabellen viser store forskjellar mellom BUPane, og frå første til andre tertial for nokre av desse BUPane. Det er ein markert auke i prosentvis brot i vurderingsgarantien frå første til andre tertial for mange av BUPane. Ein må rekna med at noko av dette skuldast ny garanti for vurdering på 10 dagar, sjølv om det bare er ein månad som her kjem med. Prosent brot på behandlingsgarantien har ikkje noko eintydig tendens, men varierer mykje.

I BUP Stord/Kvinnherad har ein hatt rekrutteringsproblem for spesielt Kvinnherad. For å unngå fristbrot og lange ventelister, har pasientar blitt overført til behandlarar tilordna Stord. Ventetid og relativ kapasitet er nokolunde lik for BUP Stord/Kvinnherad og BUP Haugesund.

⁴ NPR

NPR har også publisert gjennomsnittleg fristtid for første tertial 2008. Av alle BUP-ane i regionen er det berre Sogndal og Nordfjord som då ligg under kravet på 90 dagar. Dei andre ligg på mellom 95 til 119 dagar i snitt. BUP Haugesund er på 111, og Stord/Kvinnherad på 102

I intervju kjem det fram at ein del av fristbrota skuldast at pasienten eller foreldra ønskjer å utsetja behandlinga. Likevel blir dette registrert som fristbrot. Begge leiarane er svært opptekne av å halda ventetidene nede og unngå fristbrot. Dette blir også bekrefta av andre tilsette.

I Fonna er både klinikkleinga og leiarane av BUPane opptekne av at dei skal ha som fast ordning ein samtale med tilvist pasient før vurderinga og vedtak om ev tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Dette tar nok ein del ressursar, og kan vera med å forklara relativt mykje fristbrot. Klinikkdirektøren peikar på at følgjande forhold er viktige forklaringar på desse fristbrota:

- Ungdom/familiar sjølv som utsetter vurderingssamtalen eller tidspunkt for behandlingsstart
- Skilte foreldre som ikkje samarbeider og er einige om behandlingsbehov. Får ikkje inn nødvendig samtykkeerklæringar for oppstart.

Ingen av dei andre føretaka vil innføra ein slik ordning med fast vurderingssamtale. I intervju kjem det fram at enkelte andre BUPar så langt som råd er forsøker å unngå samtalar før inntaksvurderinga. Grunnar som blir gitt er at det tar mykje kapasitet og kan skapa urealistiske forventningar om snarleg behandlingsstart.

I Fonna legg dei vekt på at ein slik samtale inneber at ein etablerer kontakt med pasient, pårørende og ev tilvisar. Dette kan letta situasjonen og gje pasient og føresette håp for framtida. Dessutan vil det betra vurderingsgrunnlag og samhandlinga med førstelinjetenesta. Fonna meiner også dei har effektive inntaksrutinar, eksempelvis er det ein senior psykologspesialist som tar seg av inntaksvurderingane på Stord/Kvinnherad.

2.3 Produktivitet

I opptrappingsplanen (stortingsmeldinga) blir det lagt opp til en produktivitetsvekst på 50 % fram til 2006. I styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til føretaka er det lagt til grunn ein produktivitetsvekst på 30 % frå 01.01.02 til 31.12.03, (altså i løpet av to år).

Her vil vi sjå på perioden frå 2001 til dei nyaste tala som er tilgjengelege, dvs 2007. Det vil seia frå helsereforma og Helse Vest RHF blei etablert og fram til i dag. Perioden er altså kortare enn stortingsmeldinga la til grunn, og kortare enn det som blei lagt til grunn for Helse Vest RHF si eiga målsetting.

Det blei ut frå status også fastsett normtal for kapasitetsutnyttinga eller produktiviteten i den polikliniske verksemda i den regionale planen, nemlig følgjande:

- Forholdstal pasientar pr behandlar pr år: 40
- Forholdstal direkte og indirekte tiltak pr behandlar pr år: 450

Pasientar /årsverk	2001	2006	2007	01-07	06-07
Bergen	25	25	26	4,0 %	4,0 %
Fonna	32	37	36	12,5 %	-2,7 %
Førde	24	31	30	25,0 %	-3,2 %
Stavanger	29	24	21	-27,6 %	-12,5 %
Helse Vest	28	27	26	7,1 %	-3,7 %
Landsgjennomsnitt	29	30	30	-3 %	0 %

I Fonna er det 36 pasientar pr fagårsverk. Sjølv om veksten har vore rimeleg høg sidan helsereforma, er den betydeleg lågare enn fastsett mål. Fonna hadde på den andre sida det høgaste forholdstalet av alle helseføretaka både i 2001 og i fjor. Fonna har ein relativt låg personellinnsats, men på grunn av at behandlarane har relativt mange pasientar, er det relativt høg dekningsgrad i Fonna.

Både leiarane og andre tilsette i BUPane meiner styringsvariabelen tiltak per behandlar er meir relevant og viktig å styre etter enn pasientar pr behandlar.

Direkte tiltak er konsultasjonar, eksempelvis direkte samtale med pasient, mens indirekte tiltak kan vera møter, telefonsamtaler eller annen kommunikasjon med samarbeidande instansar, tilvisande instans eksempelvis PPT for å skaffa meir informasjon og betre behandling av pasienten.

Ein auke i indirekte tiltak inneber altså ikkje nødvendigvis auka dekningsgrad eller også fleire pasientar per behandlar.

Tiltak pr fagårsverk ⁵	2001	2006	2007	Endring 01-07	Endring 06-07
Bergen	289	362	385	33,2 %	6,4 %
Fonna	347	377	396	14,1 %	5,0 %
Førde	294	383	379	28,9 %	-1,0 %
Stavanger	330	392	383	16,1 %	-2,3 %
Helse Vest	302	380	386	27,8 %	1,6 %
Landsgjennomsnitt	305	426	448	46,9 %	5,2 %

Som tabellen viser, er det Fonna som ligg best an, men er betydeleg under norm og under landsgjennomsnittet likevel. Det er ikkje så store variasjonar mellom føretaka i Helse Vest RHF. Dersom ein ser på alle føretaka i landet kjem det fram at variasjonane på landsplan er større og at føretaka i Helse Vest ligg relativt lågt. Helse Sør-Øst har den sterkaste variasjonen, og har eit gjennomsnitt som ligg på 505. Helse Nord har eit snitt på 413, mens Helse Midt ligg lågast med eit snitt på 360. Det føretaket i landet som har lågaste er HF Nord-Trøndelag med 318, mens høgast skåre er HF Telemark med 893 tiltak per behandlar.

Veksten i talet på tiltak pr behandlar for Fonna ligg også langt under fastset mål både i sentral og regional opptrappingsplan.

Tiltak pr fagårsverk	2006	2007	1.halvår 2008	Endring 06-07
BUP Stord/Kvinnherad	339	398	204	+59
BUP Haugesund	332	315	183	+17

⁵ Kjelde: Samdata

Pasientar pr fagårsverk	2006	2007	1.halvår 2008	Endring 06-07
BUP Stord/Kvinnherad	47	40	33	-7,3
BUP Haugesund	41	42	32	+1

Desse tala er ikkje konsistente og samanliknbare med NPR/Samdata. Meir om dette i avsnittet nedanfor. Det er ein viss forskjell mellom BUPane når det gjeld produktivitet.

Klinikkleiinga er opptatt av ein skal bruka desse tala med klokskap overfor tilsette. Dei har krav på å få vite kva forventningar arbeidsgivar og leiinga har og om dei innfrir desse. Klinikkdirektøren har elles stor tru på aktivitetsbasert budsjettering, der ein og legg inn tal for komande periode og kva ressursar som følgjer med. Evalueringa vil då visa om ein klarer å oppnå målet for perioden.

2.3.1 Datakvalitet og styringsinformasjon

Ovanfor kjem det fram ein del synspunkt om dei enkelte styringsindikatorane og relevansen av dei i styring av verksemdene. Det er vidare nemnt noko om kvaliteten på data.

Alvoret i dette problemet blir understreka når ein går inn i statistikkgrunnlaget, - og ein treng heller ikkje gå spesielt djupt for å finna indikasjonar på dette problemet.

Tabellane nedanfor viser tal for pasientar og tiltak etter BUP frå to kjelder, nemleg frå NPR og tal dei sjølv hentar ut frå BUP-data.

Det kan også opplysast om at talet på pasientar ikkje er konsistent mellom kva BUP-ane sjølv oppgir og dei tala ein finn i Norsk pasientregister (NPR).

	Eigne tal ⁶	NPR	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR
Tal pasientar	2006	2006	2007	2007	2008	2008
Stord/Kvinnherad	636	566	621	576	534	
Haugesund	955	869	991	901	872	

Tabellane viser at det betydelege avvik i desse tala. Korkje klinikkleiing eller leiinga i BUP-ane har forklaring på desse avvika. Det har i mange år blitt arbeidd mykje for å forbetra kvaliteten på data, mellom anna ved å endra rapporteringsopplegg til NPR. Ei elektronisk filoverføring på XML-format blir utprøvt, i tillegg er det også oversending av cd basert på rapport frå BUPdata, samt gamlemåten med utskrift som føreset ny innlegging.

Det er vanskeleg å ha noko oppfatning av om kvaliteten er betre på lågare nivå, dvs BUP-nivå enn på høgare nivå på føretaksnivå. Intervjuobjekta meiner at NPR og SINTEF "vaskar" dei data dei får overført, men kan ikkje opplysa om kva dette inneber.

Helse Vest RHF har saman med føretaka hatt eit program kalla Heilskapeleg styringsinformasjon. Programmet har hatt aktivitetar som val av applikasjonar, etablering av kodeverk, datavarehus og datakube, samt å leggja ein standard for styrerapporteringa. Det er no planar om eit prosjekt for heilskapeleg styringsinformasjon innanfor helsefag i samband med innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ). Slik sett er det eit sideordna og parallelt prosjekt å få til ei helsefagleg kube med relevant og kvalitetsmessig god styringsinformasjon

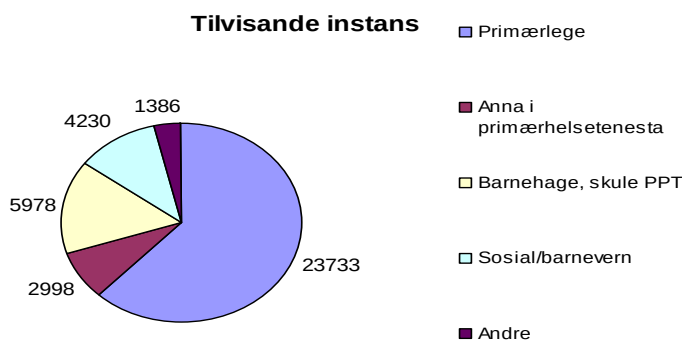
⁶ Eigne tal som blir definert slik: Dette er pasientar/saker som det har skjedd noe i/hatt tiltak på i løpet av året.

2.4 Samarbeid og forholdet til førstelinetenesta

Det er nemnt ovanfor at det er viktig med eit godt samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og førstelinjetenesta generelt, og spesielt innafor barne- og ungdomspsykiatrien.

For pasientens del vil samarbeidet kunne betre effekten på behandlinga og styrke pasientens meistring, samt for å unngå at pasienten blir ein kateball mellom funksjonsnivå og einingar som følgjer opp pasienten.

Samarbeidet er også viktig for dei ulike instansane. For poliklinikkane sin del vil fagleg gode og fullstendige tilvisningar letta inntaksvurderingane. Vidare vil samarbeid kunne bidra til kompetanseheving i førstelinja slik at spesialisthelsetenesta i mindre grad treng fungera som kompenserande instans når det gjeld manglande oppfølging i kommunane. Betre behandling og mindre tilbakefall vil redusera presset på sjukehusa.



Figuren viser at dei viktigaste samarbeidspartnarane er primærlege, PPT (skule og barnehage), samt sosial og barnevern. For kommunane representerer psykisk sjuke barn og unge ei stor utfordring både når det gjeld fungering i det daglege i skule og barnehage og når det gjeld omsorga, fordi det psykiske helsevernet i kommunane er av relativt ny dato, det er i utgangspunktet krevjande oppgåver der mange instansar er involverte og det kan vera at det er omsorgssvikt i heimen (barnevernet).

Helse Fonna har i samarbeid med dei to største kommunane Karmøy og Haugesund utvikla eit standardopplegg for avtaler mellom føretaket og kommunane, i prosjektet kalla FHK. Dette opplegget vil med små endringar/tilpassingar bli til avtalar med alle.

BUP Stord/Kvinnherad har i fleire år hatt eigne meir individuelle avtalar med kommunane. Desse vil nå bli erstatta av FHK-opplegget.

Begge BUP-ane er opptekne av å få til gode samarbeidsforhold med kommunane, BUFetat og primærlegane. Særleg Stord/Kvinnherad erkjenner ei betydeleg eigeninteresse i å få til godt samarbeid for å betra tilvisingane og dermed forenkla inntaksvurderingane. Likeeins er begge opptekne av å bidra til kompetanseheving i kommunane for å betra behandlinga og redusera gråsoneproblematikk. Begge er involverte i mange fellesprosjekt med kommunane og BUFetat.

Generell målsetting om at 80 % av epikrisene skal vera sendt innan ei veke gjeld også innanfor dette området. Ettersom gråsoneproblematikken er eit rimeleg stort problem innanfor barne og ungdomspsykiatrien er det ekstra viktig at samhandling mellom første og andrelinjetenesta fungerer godt. Epikrisetid er derfor ein viktig styringsindikator, - noko som leiarar og andre tilsette også bekreftar.

Epikrisetid	2006	2007	2008 1.halvår
Stord/Kvinnherad	83,6	83,8	82,8
Haugesund	78,0	78,0	83,0

Som tabellen viser skårar begge einingane i Fonna høgt på epikrisetid og ligg om lag på målsettinga.

Individuell plan (IP) er ein lovheimla rett for dei som har behov for det. IP kan og betraktast som eit verktøy for å samordna og regulera samarbeidet mellom fleire instansar som har ansvar for behandling, omsorg eller oppfølging. Særleg når det gjeld pasientar med diagnoser som ADHD, ulike former for autisme, Asberger el er samhandling mellom instansane viktig. Styringsvariabelen prosentdel ADHD-pasientar med IP *kan* dermed vera relevant, - også som mål og indikator på samarbeidet.

Det er ikkje fastsett eksakt måltal for prosentdel som har fått individuell plan, men det blir gitt signal om at dette er viktig.

Prosentdel ADHD-pasientar med IP	2006	2007	2008
Stord/Kvinnherad	19,5	21,3	26,3
Haugesund	14,0	11,0	12,0

Når ein ser på alle landets poliklinikkar varierer prosentdelen svært mykje, - og i mange tilfelle synest det som om kvaliteten på data er rimeleg låg.

Det er ikkje grunnlag for å meina at datakvaliteten skulle vera dårleg i Fonna, heller tvert om. Det er likevel ikkje spesielt høg skåre for noen av poliklinikkane. I Stord/Kvinnherad har det skjedd ein auke etter ei bevisst satsing på dette.

Det kjem fram delte synspunkt i intervjuet på om denne indikatoren er relevant og interessant å måle. Nokre hevdar at den knapt har utsegnskraft når det gjeld kvalitet på behandlinga. Det blir og vist til at det kan vera andre pasientgrupper der det er meir på sin plass med IP enn ADHD-pasientane. Intervjuobjekta meiner likevel at arbeidet med å laga individuelle planar er viktig og at dei bør bli betre på dette.

Tabellen nedanfor viser føresette sine vurderingar av poliklinikkane langs tre dimensjonar, nemleg behandlarane, i kva grad ein får informasjon og opplever medbestemming, samt kva utbytte pasienten har. Det er gjennomsnitt av svar på ulike spørsmål om desse elementa.

Føresettes vurderingar av poliklinikkar ⁷	Behandlarar	Informasjon/ Medbestemming	Utbytte
Fana	73 %	57 %	67 %
Fjell	70 %	53 %	67 %
Nordhordland	73 %	59 %	70 %
Sentrum	73 %	62 %	72 %
Åsane	74 %	62 %	71 %
Voss	74 %	59 %	69 %
Haugesund	70 %	54 %	67 %
Stord/Kvinnherad	70 %	56 %	71 %
Førde	76 %	60 %	74 %
Nordfjord	74 %	63 %	78 %
Sogndal	76 %	63 %	77 %
Stavanger barn og ungdom	73 %	57 %	66 %
Bryne	77 %	64 %	74 %
Egersund	75 %	67 %	73 %
Sandnes	77 %	61 %	71 %
Sola ⁸			
Betanien	79 %	63 %	74 %
Landsgjennomsnitt	75 %	59 %	72 %

Det går fram av tabellen at begge poliklinikkane i Helse Fonna skårar litt under landsgjennomsnittet på denne undersøkinga.

2.5 Prioritering og vekst

Korrigert for gjestepasientoppgjjer og eksklusiv avskrivningar er det positiv realvekst i dei totale driftskostnadene i helseregion Vest. Realveksten for driftskostnadene i psykisk helsevern for barn og unge er i Helse Vest på 1,2 %, mens tilsvarende for vaksne er på 5,1 %. Det skulle tilsei den prioriteringa ein faktisk ser er at vaksenpsykiatrien blir prioritert framfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Talet på årsverk er ein annan indikator på ressursinnsats, som vi har vore inne på ovanfor. Dette fordi så mykje av driftskostnadene er knytt til stillingar og talet på faktisk tilsette, særleg innanfor dette området. Samdata er derfor og tydeleg på at det ein god og relevant indikator i så måte. Veksten i faktisk årsverkbruk vil dermed kunne seia noko om den faktiske prioriteringa av barne- og ungdomspsykiatrien, her målt mot vaksenpsykiatrien

Årsverk	BUP			VOP		
	2006	2007	06-07	2006	2007	06-07
Bergen	233	224	-3,9 %	1 099	1 059	-3,6 %
Fonna	88	98	11,4 %	569	578	1,6 %
Førde	88	88	0,0 %	353	353	0,0 %
Stavanger	211	231	9,5 %	778	889	14,3 %
Helse Vest	640	663	3,6 %	3 232	3 302	2,2 %

For heile helseregionen er veksten noko større for BUP enn for VOP. Det vil seia desse tala

⁷ Vitskapeleg artikkel, publ tidsskrift for den norske legeförening, samt på www.kunnskapssenteret.no

⁸ BUP Sola starta opp i 2006, talet på respondentar er så lågt at resultatet ikkje blei publisert.

støttar ikkje opp om konklusjonen ovanfor.

Det er store forskjellar mellom føretaka her. Fonna har ein høg vekst på BUP og ein liten positiv endring for VOP.

Tabellen nedanfor presenterer personellinnsatsen per 10.000 innbyggjarar i poliklinikkane innanfor psykisk helse for barn og unge samanlikna med vaksne, og talet for sengeplassar tilsvarande. Talet er henta frå Samdata, og er i frå 2006.

Personellinnsats i pr 10.000 i poliklinikkar			Tal på døgnplassar	
	BUP	Vaksne	BUP	Vaksne
Fonna HF	12,3	43,1	3,6	14,9
Stavanger HF	15,0	42,0	2,2	16,2
Bergen HF	16,1	48,4	2,1	15,0
Førde HF	17,1	45,1	3,3	12,6
Helse Vest	15,1	45,0	2,6	15,1
Helse Midt	15,8	41,4	2,5	12,9
Helse Sør	15,9	39,3	2,1	12,0
Helse Øst	17,0	51,4	4,1	14,9
Helse Nord	22,4	48,6	3,2	12,9
Landet totalt	16,7	46,1	3,1	13,9

Det låge talet for personellinnsatsen i BUP Fonna skuldast at det er tal frå 2006. Den auken som skjer for 2007 og 2008 er altså ikkje med. Elles er det eit relativt høgt tal sengeplassar for vaksne i Fonna, noko som skuldast forsterka avdeling på Valen. Ser ein bort frå dette indikerer tabellen at føretak med mange sengeplassar for vaksne er dei same som har låg dekningsgrad for barn og unge.

I intervju blei det reist tvil om talet på døgnplassar for barn og unge kanskje er i det høgaste laget. Døgnplassar krev store ressursar og dessutan held desse plassane stengd i helger. Det kan derfor vera ei meir effektiv bruk av ressursane ved ei omprioritering til poliklinisk verksemd.

3 Vurderingar og tilrådingar

Tilgang og tilgjenge

Dekningsgraden målt i prosentdel av befolkninga under 18 år ein har hatt kontakt med, er ved utgangen av 2007 på 3,8 % i Fonna. Det er nest høgast av alle føretaka. Leiinga trur sjølv at dei skal klara å nå målet på 5% innan utgangen av 2008. Dersom dei skal klara det, må pasienttalet aukast med om lag 550 og:

- med same produktivitet må talet på netto månadsverk på behandlarar aukast med ca 15
- med same netto månadsverk som i 2007, må kvar behandlar ta ca 10 pasientar fleire i snitt

Helse Fonna har hatt problem med rekruttering av fagpersonell. Det kan derfor bli vanskeleg å klara å fylla alle dei stillingane som er oppretta. Ein viss auke i produktivitet må nok derfor påreknast om målet skal kunna nås. Internrevisor har ikkje grunnlag for å meina at Fonna ikkje gjer nok for å rekruttera relevante fagfolk.

Helse Fonna er det føretaket som har nest lågast gjennomsnittleg ventetid. Dei har relativt høg prosentdel fristbrot med omsyn til vurderingsgarantien. Ein av årsakene til dette er nok at ein

legg opp til ein vurderingssamtale før endeleg vedtak om inntak og rett til nødvendig helsehjelp ev blir gjort. Internrevisor trur nok og at det vil vera fleire pasientar og pårørande som ønskjer å utsetja ein samtale/konsultasjon innanfor denne 10-dagarsfristen. Ingen av dei andre føretaka legg opp til dette, mykje fordi det vil skapa kapasitetsproblem. Fonna synest å ha effektive inntaksrutinar i utgangspunktet. Etter internrevisor si meining er dette derfor eit svært interessant forsøk, som heile regionen bør følgje med på.

Prosentdel fristbrot for behandlingssgarantien for BUP Stord/Kvinnherad gjev grunn til uro. Vi fekk opplyst at dei har problem med rekruttering av fagfolk/behandlarar særleg i eininga som dekker Kvinnherad. Slik sett er det grunn til å tru at fristbrot kan bli eit større problem etter innføring av dei nye garantiane, dersom dei ikkje maktar å gjera noko med behandlingsskapasiteten og bemanningssituasjonen på BUPen.

Fonna har relativt mange døgnplassar for barn og unge (høgast i regionen og over landsgjennomsnittet). Internrevisor tvilar på om dette er optimal bruk av ressursane, også sidan nokre av plassane er stengt i helgene. Ei omdisponering av ressursar til meir poliklinisk verksemd ville truleg vore betre, det ville bidra til å auka dekningsgraden, samt medverka til færre fristbrot.

Dersom ein ikkje gjer slike meir grunnleggande endringar, vil internrevisor tru at Fonna neppe vil klare å nå målet på 5 % dekningsgrad i løpet av den næraste framtida.

Produktivitet

Helse Fonna klarer ikkje å innfri målet om ein produktivitet på 40 pasientar per behandlar per år (den regionale opptrappingsplanen). Føretaket klarer heller ikkje innfri mål om ein vekst i produktiviteten på 50 % i planperioden (den nasjonale opptrappingsplanen). Likevel er dei det føretaket som klart ligg høgast i talet på pasientar per behandlar, og dei klarer å innfri det nasjonale målet på 36.

Fastsett mål for talet på pasientar per behandlar er 40 i den regionale opptrappingsplanen. Den nasjonale målsettinga er tilsvarande tal 36 (etter ei omrekning av norm for bemanning og dekningsgrad). Internrevisjonen vil tilrå Helse Vest å vurdere sitt mål og ev heller leggje seg på sentral målsetting på 36.

Føretaka i Helse Vest ligg om lag på same nivå når det gjeld talet på tiltak per behandlar. Helse Fonna har hatt den lågaste veksten sidan helsereforma og innfrir då heller ikkje her målet på 50 % produktivitetsvekst. På den andre sidan låg Fonna høgast før reforma og gjer det fortsett, men likevel etter norm. (450 per behandlar).

Internrevisjonen meiner nok at også Fonna bør klara ein viss auke når det gjeld talet på tiltak per behandlar.

Samarbeid med førstelinjetenesta

Både leiinga og tilsette i Fonna er opptekne av å få til eit godt og føremålsteneleg samarbeid med både kommunar og BUFetat. BUPane opplever ikkje at det er uklære grenser med omsyn til kva ansvar og oppgåver som ligg til dei ulike tenestenivåa. Rettleiing, kompetansehevande tiltak og andre samarbeidsordningar vil kunna betra pasientbehandlinga og redusere presset på BUP-ane, men vil og innebera tidsbruk og redusere skåren på produktivitetsindikatorane. I Fonna er ein i ferd med å få på plass fullverdige samarbeidsavtalar med kommunane. Det er internrevisors inntrykk at samarbeidet med førstelinjetenesta er godt.

BUPane i Fonna får tilbakemeldingar frå foreldre/føresette noko under landsgjennomsnittet. Internrevisor registrerer at prosentdelen ADHD-pasientar med individuell plan i varierende grad blir vurdert å ha styringsmessig relevans, både som indikator på kvalitet i behandlinga og på gode samarbeidsrelasjonar. Dei skårar høgt på styringsindikatoren epikrisetid, og det blir framheva at dette er viktig. Likeeins er avslutning og overlevering av saker til neste instans avgjerande for både god pasientbehandling og produktivitet.

Vi vil tilrå at det blir vurdert om andre styringsindikatorar knytt til avslutning/overlevering av saker bør tas i bruk. Likeeins vil vi tilrå at prosedyrane knytt til avslutning/overlevering blir dokumentert.

I kva grad prosentdel ADHD-pasientar blir tildelt individuell plan er den beste styringsindikatoren, kan truleg diskuteras, men det synest å vera liten usemje om at individuell plan er viktig for dei som har krav på det.

Det synest ikkje å vera grunnlag for å tru at praksis varierar mykje med omsyn til å tildela rett til nødvendig helsehjelp. Kommunane i dekningsområdet er små og mange, kompetanse og kapasitet på dette området kunne nok vore betre, men det kan tenkast at føretaket kompenserer vel mykje for manglande tiltak i førstelinja, samstundes som ein ikkje når alle dei som har behov for behandling i spesialisthelsetenesta.

Prioritering

Realveksten for driftskostnadene i psykisk helsevern for barn og unge er i Helse Vest på 1,2 %, mens tilsvarende for vaksne er på 5,1 %.

Talet på årsverk er ein annan indikator på ressursinnsats, som vi har vore inne på ovanfor. Dette fordi ei så stor del av driftskostnadene er knytt til stillingar og talet på faktisk tilsette, særleg innanfor dette området. For heile helseregionen er veksten noko større for BUP enn for PHV. Det vil seia desse tala støttar ikkje opp om konklusjonen ovanfor. Som det går fram, er det store forskjellar mellom føretaka.

Internrevisor registrerer at indikatorane knytt til prioritering ikkje gjev grunnlag for ein sikker konklusjon med omsyn til den relative prioriteringa av BUP i forhold til den samla PHV innsatsen. Dette er eit døme på at kvaliteten på styringsinformasjonen ikkje er tilstrekkelig god, noko som er omtala nærare nedanfor.

Styring

BUPane generelt er relativt små, noko som kan ha sine fordelar og ulemper: Ein har gjerne betre høve til å utvikle gode og stabile samarbeidsrelasjonar med dei andre instansane. På den andre sida vil ein kunne vera meir sårbare. Ei eining skal gjerne vera av ein viss storleik for å kunne utvikla eit godt fagmiljø. Helse Fonna slit med rekrutteringsproblem når det gjeld fagfolk, spesielt når det gjeld den eininga som dekkjer Kvinnherad.

I Fonna er det bare etablert to BUPar, for at einingane og fagmiljøa ikkje skal bli for små og sårbare. Det inneber på den andre sida lange avstandar og mykje reisetid, både for tilsette og pasientar. Det blir nå etablert eit avdelingskontor i Odda. Her blir det integrert og samlokalisert med DPS-delen for same området. Internrevisor sluttar seg til dei vurderingane som føretaket her har gjort.

Leiinga i føretaket må sjå til at verksemda ved BUPane er under forsvarleg styring, og leiinga ved BUPane må ta ansvar for å analysera utfordringane, og prioritera kva som skal gjerast og

korleis på poliklinikken. Det er internrevisor sitt inntrykk at dette blir gjort i relativt stort mon i Fonna.

I den grad det blir utøvd risikostyring er det knytt til det som blir vurdert til å vera viktigaste mål, nemleg ventetider og fristbrot. I Fonna er det også relativt lite dokumentasjon og beskrivne rutinar og prosedyrar. Internrevisor vil tilrå at alle vesentlege rutinar og prosedyrar blir dokumentert, og at det blir etablert eit breiare fokus og ei meir systematisk tilnærming til risikostyring.

BUPane har fokus på dei viktigaste måla for verksemda, og desse vert følgt opp i møte mellom klinikkleinga og BUP-leiarane anna kvar veke. Det kunne vera naturleg at ein del av desse variablane inngjekk i rapporteringa til føretaksstyret. Fonna bruker fast mal for regionen, og der er desse styringsindikatorane heller ikkje er med. Internrevisor vil tilrå overfor Helse Vest at denne malen for heilscapeleg styringsinformasjon og rapportering til styret blir vurdert på ny.

Kvaliteten på styringsdata er ikkje god nok. Datadiskrepansen mellom Helse Fonna sine egne data og dei som blir publisert av NPR/Sintef er for stor, sjølv om den nok er større i andre føretak.

Det har vore kjent i fleire år at kvaliteten på styringsdata er for dårleg. Dette skuldast mellom anna ulike tolkingar av kodeverk, ulike registreringsrutinar og truleg ulike taktiske vurderingar knytt til desse forholda. I tillegg er det fleire som hevdar at BUPdata ikkje er noko godt styringsverktøy.

Det er, som nemnt, ulike syn på styringsindikatorane sin relevans. Dette gjeld både dekningsgrad og tilgjenge, samt indikatorar på produktivitet (tiltak per behandlar og pasientar per behandlar) og samarbeid (epikrisetid, om ein har samarbeidsavtalar, prosentdel ADHD-pasientar med ip). Ventetid og fristbrot er det mindre usemje om. Ein fagleg diskusjon om kvaliteten på data og indikatorane sin relevans, kan innebera ein fare for å gjere desse spørsmåla uviktige og at styring i den rette retninga blir endå vanskelegare. Etter internrevisors meining gir fleire av indikatorane meining på eit tilstrekkeleg aggregeringsnivå. På same vis som at dekningsgrad på kommunenivå kan vera problematisk, bør ein også vera varsam med å legge for mykje i produktivitetstal for den enkelte medarbeidar, mens det for eininga gir indikasjonar.

Prosentdel med individuell plan enten det er ADHD-pasientar eller schizofrene har så liten legitimitet i sektoren at internrevisor vil tilrå at denne variabelen blir kutta ut/tona ned. På den andre sida bør ein prøva å finna fram til gode og relevante styringsindikatorar knytt til avslutning av saker og om samarbeidsrelasjonar til førstelinjetenesta. Forhold som alle intervjuobjekt meiner er avgjerande for gode resultat.

Internrevisor konstaterer at det innanfor spesialisthelsetenesta blir nytta ei mengd av ulike applikasjonar, at det er svært mange tilsette som skal registrera opplysingar og at det er ulike tolkingsmåtar både kva ein skal leggja inn og kva rapportar ein tar ut. Dette aukar risikoen for feil i styringsinformasjonen og bruken av denne.

Internrevisor vil på bakgrunn av funn og vurderingar i rapporten tilrå at det blir gjort ei grundig utgreiing av styringsinformasjonen innanfor psykisk helsevern for barn og unge

Internrevisor registrerer ulike syn på BUPdata, men har ikkje grunnlag for å meina at det evt bør erstattast av ny EPJ. Forhold som talar for ei utskifting er at ein då fekk høve til å gjera tilsvarende prosessar for BUP som for somatikken.

Litteraturliste

Agledal-rapporten (2006). Tidlig hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og Omsorgsministeren, datert 15. juni 2006.

Ragnild Bremnes, Anne Mette Bjerkan, Vidar Halsteinli (2007)
SINTEF A6800, RAPPORT: Fra henvisning til avslutning: En analyse av forskjeller i poliklinisk praksis i psykisk helsevern for barn og unge basert på nasjonale pasientdata for 2006

Bjertnæs ØA, Garratt A, Helgeland J, Holmboe O, Dahle K, Hanssen-Bauer K, Røttingen J
Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Vitenskapelig artikkel 2008. Tidsskr Nor Legeforen 2008;128(9):1041-5.

Halsteinli, Vidar (2008) SINTEF A6587: Produktivitetsutvikling i BUP poliklinikker 1998 – 2006: Betydningen av endret pasientsammensetning.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) kapittel 6: Nasjonal helseplan (2007 – 2010).

Pedersen P (red) (2007). SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006. Rapport 2/07. Trondheim: SINTEF Helse.

Regjeringas strategiplan for barn og unges psykiske helse.

Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problem, Dokument nr. 3:7 (2006-2007).