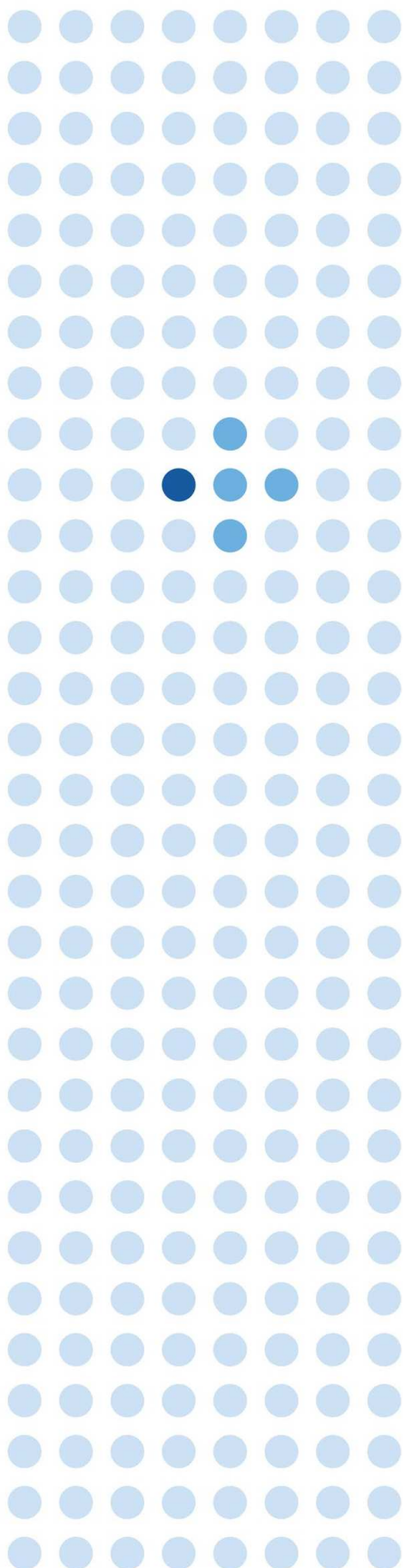




Internrevisjon
Helse Vest RHF

Måloppnåing og styring i
psykisk helsevern for barn og
unge

Helse Bergen 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	5
1.8	Revisjonskriteria.....	5
2	Data.....	6
2.1	Organisering og ansvarsfordeling	6
2.2	Dekningsgrad og tilgjenge.....	7
2.2.1	Ventetider	10
2.3	Produktivitet	11
2.3.1	Produktiviteten ved BUP-ane, og relevansen av desse indikatorane	13
2.3.2	Datakvalitet og styringsinformasjon	15
2.4	Samarbeid og forholdet til førstelinetenesta.....	16
2.5	Prioritering og vekst	19
3	Vurderingar og tilrådingar.....	20

Rapporttittel: Måloppnåing og styring i psykisk helsevern for barn og unge
i Helse Bergen

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 i alle dei fire sjukehusføretaka.

Prosjektet er gjennomført i perioden juni – november 2008, og resultatane er presentert i rapportar 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. Føremålet med undersøkinga er å sjå nærare på måloppnåinga og etterlevinga av desse måla i helseføretaka. 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).

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

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 tråtte i kraft 01.09.08.

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.

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

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:**
 - o Dekningsgrad

- prosentdel av befolkninga under 18 år ein har hatt kontakt med 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 av 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 prosedyrar, 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 stork og ein i periferien. Det kan og vera ein mindre døgnavdeling knytt til desse einingane.

1.5 Metode

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

1.6 Dokumentanalyse

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

1.7 Intervju

For å innhenta informasjonsgrunnlag vart det gjennomført intervjuar med i alt 11 personar i Helse Bergen HF. Klinikkdirktør, ass. klinikkdirktør, rådgjevar, avdelingssjef for poliklinikkane, for sengepostane, leiar for ambulant team, leiarane for to utvalde BUP-ar, eit par tilsette ved desse einingane. Alle 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 Styringsdokument 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 mellom føretaka, 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 hente 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 .”

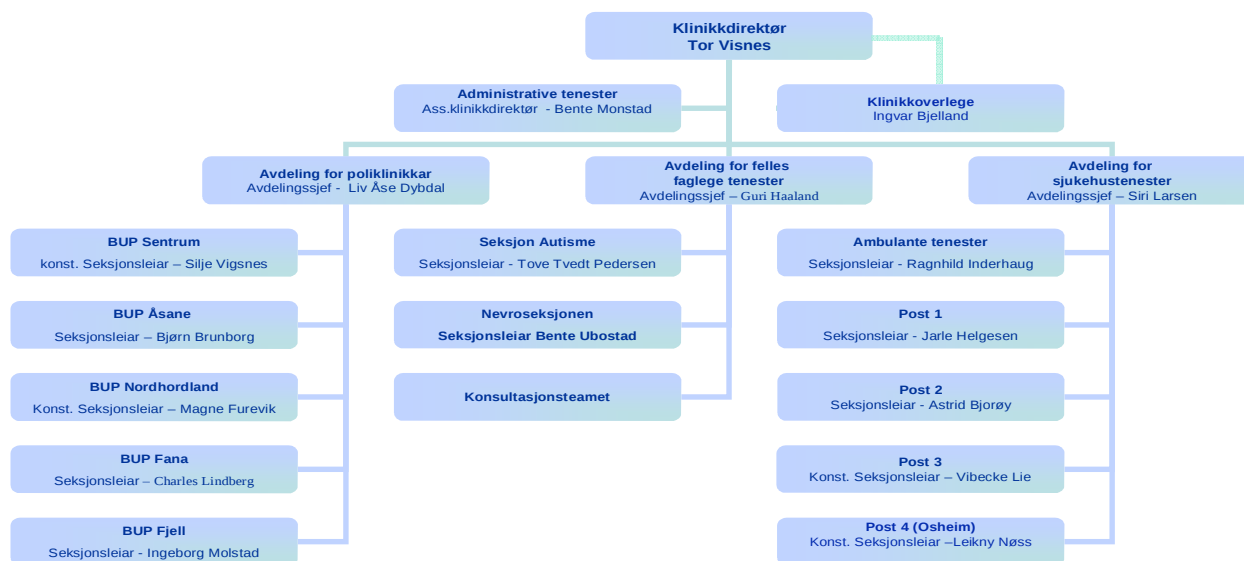
2 Data

2.1 Organisering og ansvarsfordeling

Psykisk Helsevern for barn og unge er ein klinikk i psykiatrisk divisjon. Klinikken blir leiar av ein klinikkdirektør, og er organisert slik figuren viser.

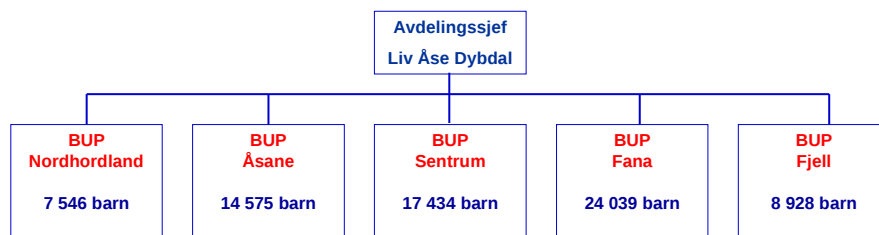


Organisasjonskart for Klinikkk Psykisk helsevern for barn og unge 2009



Det er fem poliklinikkar eller BUPar innanfor klinikken. Leiarane for desse BUPane rapporterer til avdelingssjef for poliklinikkane. Det er etablert ein avdeling for felles faglege tenester, her er det ein seksjon for autisme, ein nevroseksjon og eit konsultasjonsteam. Seksjon for ambulante tenester er organisatorisk knytt til avdeling for sjukehusstenester, (der det elles er sengepostar). Desse seksjonane/funksjonane er i andre føretak nærare knytt til BUPane. Når NPR reknar ut personellinnsats og produktivitetsmål brukar dei å ta med tilsette i slike funksjonar.

Avdeling poliklinikker 2008



Grafisk figur ovanfor seier noko om storleik på dei ulike poliklinikkane. Nedanfor vil vi kome nærare tilbake til bemanning, dekningsgrad og produktiviteten i dei ulike BUPane.

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 ¹	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. Helse Bergen ligg nest lågast i regionen. Dersom ein ser på landsoversikt er dette den nest nedste plasseringa også for heile landet. Det er fleire føretak på landsplan som har denne posisjonen.

I sak til føretaksstyre (sak 44/07 B: Tiltakspakke 2007 – styrking av klinikk psykisk helsevern for barn og unge, datert 30.05.07) blir klinikken styrka med 4 mill kr eller 12 nye stillingar, noko som inneber ein vekt på 15%. I saka skriv administrerande direktør at føretaket har som ambisjon om å innfri målet om 5 % dekningsgrad i løpet av 2008, og at han trur dei vil klara dette. Klinikkdirktøren erkjenner nå at det ikkje lar seg gjera. Klinikkleinga er fast bestemt på å få dette til innan utgangen av 2009.

Dekningsgraden for BUPane i Bergen varierar ein god del både mellom BUPane og frå år til år. Den lågaste var BUP Sentrum på vel 2,5 %, mens den høgaste var BUP Nordhordland på over 5 % i 2007. Ansvar for barnebefolkninga i Askøy blei gradvis overført frå BUP Fjell til BUP Sentrum i 2006. Oversikten og utviklinga i dekningsgrad på BUP-nivå blir dermed bare delvis interessant.

¹ Samdata

I avsnittet nedanfor vil internrevisor gjera sine vurderingar om forskjellane i dekningsgrad, personellinnsats og produktivitet, - og kvifor ein ikkje klarer å nå målet i 2008.

Eit anna mål for tilgjenge, tilgang og dekning er tal på årsverk pr 10.000 innbyggjarar. Tabellen nedanfor viser at endringa i Bergen frå 2006 til 2007 var negativ med – 3,5 %. På den andre sida har veksten frå 2002, då helsereforma starta, vore rimeleg stor.

Årsverk per 10 000 innb. ²	2002	2006	2007	Endring i % 02 – 07	Endring i % 06 - 07
Helse Førde	7,4	33,2	33,4	351 %	-0,2
Helse Bergen	7,8	25,9	24,7	217 %	-3,5
Helse Fonna	9,3	23,9	26,8	188 %	11,9
Helse Stavanger	11,8	25,9	28,7	143 %	9,3
Helse Vest RHF	8,6	26,3	27,4	219 %	3,6
Landet totalt	9,8	32,0	33,5	242 %	5,0

Jamfør også kommentarane ovanfor om sak til styret for føretaket om styrking av psykisk helse for barn og unge.

I Bergen har ein valt å organisera ein del fellesfaglege tenester sentralt og ikkje knytt til BUPane, sjå avsnitt ovanfor. Ambulante tenester er til dømes lagt til ei avdeling som elles har ansvar for sengepostane. Det inneber at samanlikningar med andre BUP-ar i regionen om ein del styringsindikatorane til dømes fagstillingar sett i forhold til barnebefolkninga blir meir problematiske.

Det er ein viss auke i talet på nytilviste pasientar, elles viser tabellen nedanfor relativ størrelse mellom desse einingane.

Tal på tilvisingar ³	2006	2007	Pr 01.07.08
Nordhordland	184	139	76
Åsane	209	205	133
Sentrum	211	268	161
Fana	295	307	172
Fjell	188	204	124
Voss	147	168	96

Tabellen under viser at totaltalet på pasientar har om lag same tendens som på tilvisingane, nemleg ein viss vekst frå 2006 til 2007.

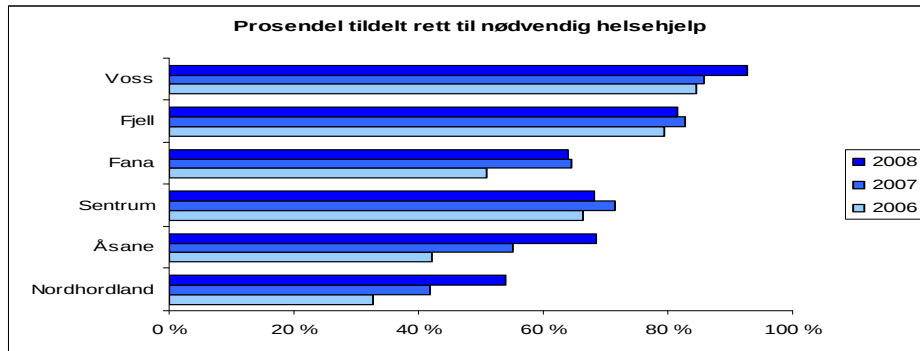
Tal pasientar ⁴	2006	2007
Nordhordland	322	344
Åsane	440	484
Sentrum	338	354
Fana	597	607
Fjell	363	382
Voss	338	366
BUPA	424	467

² Samdata

³ NPR

⁴ NPR

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



Figur 1 Oversikt over prosentdel tildelt rett til nødvendig helsehjelp (2008 – tilsvarende 01.07.08). Kjelde Helse Bergen HF

Som figuren viser er det store forskjellar mellom BUPane og frå år til anna.

I intervju med både leiarar og tilsette blir det konstatert at det store variasjonar med omsyn til kvaliteten på tilvisingane. Slik sett er det nok grunn til å tru at det er variasjonar og med omsyn til pasientgrunnlaget ein vurderer og om desse skal tildelast rett til nødvendig helsehjelp. Nært samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og tilvisande instans i førstelinjetenesta kan bidra til å gjera tilvisingane betre, betre avklara forventningar om vurderingspraksis og liknande. I eige avsnitt nedanfor vil vi kome nærare inn på samarbeidstilhøva mellom BUPane og førstelinjetenesta.

Fjell var for ei tid sidan i ei krise, det gjorde at dei fekk få tilvisingar. Leiaren i BUP Fjell tok derfor i si tid kontakt med ein av kommunane (Sund kommune) fordi dei meinte dei fekk for få tilvisingar. Dette for å sikra god oppdagingsprosent, behandling og oppfølging av pasientane.

BUP Nordhordland har den lågaste prosentdel og avviser dermed flest. Dette trass i at klinikkleiinga meiner det er denne BUPen som har best samarbeidsrelasjonar med førstelinjetenesta. Avdelingssjefen for poliklinikkane seier følgjande om denne situasjonen:

I Nordhordlandsregionen var det frem til og med 2006 et interkommunalt PPT kontor og et interkommunalt barnevernsteam. Begge disse interkommunale hjelpetjenestene ble nedlagt 31.12.2006. Fra 2007 ble det etablert PPT kontor i hver av kommunene, når disse ble bemannet var ulikt i de ulike kommunene. I praksis betydde det at disse hjelpetjenestene ikke fungerte store deler av året 2006. Blant annet brukte PPT de siste 6 månedene av 2006 bare til å rydde. Etablering av nye PPT kontor tok tid og preget store deler av 2007.

Konsekvensene for BUP var at det ble henvist barn og unge som skulle vært utredet mer og bedre av 1. linje før henvisning.

I Bergen har dei mellom anna utvikla ein "Veileder for praktisering av pasientrettighetslovens prioriteringsforskrift innen fagfeltet barne- og ungdomspsykiatri i Helse Bergen HF" Som

utgjør en av delane i kvalitetshandboka i Psykiatrisk divisjon PBU. Denne rettleiaren blir også brukt av andre føretak i regionen.

2.2.1 Ventetider

Tabell 1 Ventetid til poliklinisk utredning/behandling (Kjelde: Samdata⁵ 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 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 omsyn til at det er her dekningsgrad og tilgang er lågast.

Tabell 2 Gjennomsnittleg ventetid etter bustadområde/dekningsområde (Kjelde: Samdata)

Gjennomsnitt etter bustadområde ⁶	dagar	Tal for ventande
Bergen	116	355
Fonna	108	167
Førde	84	136
Stavanger	121	348

I Bergen er ventetida den nest høgaste blant føretaka.

Tabell 3 Oversikt over ventande og ventetid på BUPane, tal frå føretaket

Ventelistene - med rett	VENTANDE		DAGAR	
	2007	Pr 01.07.08	2007	Pr 01.07.08
Nordhordland	19	14	39	51
Åsane	28	58	66	76
Sentrum	54	41	74	61
Fana	51	40	60	60
Fjell	32	67	74	87
Voss	28	31	64	67
BUPA	14	10	52	45
SUM	226	261	64	70

Av BUPane er det spesielt Nordhordland som kjem bra ut i både 2007 og første halvår 2008: dette er elles den BUPen som blir karakterisert som ekstra god på samarbeid med førstelinjetenesta og som har lågaste prosentdel tildeling av rett til nødvendig helsehjelp.

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.

⁵ Samdata Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08.

⁶ NPR

Fristbrot i prosent ⁷	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.

Åsane har svært høg prosentdel brot på begge garantiane i begge periodane. I tillegg ligg også Sentrum spesielt høgt når det gjeld behandlingsgarantien for begge periodane. Fana og Voss har tilsynelatande fått kontroll med fristbrota i andre tertial. Mens Fjell har svært høgt tal bare i siste periode.

NPR har også publisert gjennomsnittleg fristtid for første tertial 2008. Alle BUP-ane i Bergen ligg på mellom 95 til 119 dagar i snitt.

I intervjuet kjem det fram at ein del av fristbrota skuldast at pasienten eller foreldre ønskjer å utsetja behandlinga, og at dette likevel blir registrert som fristbrot. Klinikkleiinga meiner derfor at kvaliteten og relevansen av denne styringsindikatoren derfor kan diskuterast. Dei ønskjer derfor ein indikator som ikkje har brukarstyrt utsetting med i talet for fristbrot.

Ønskje om utsett vurdering og behandling er nok eit generelt fenomen og skulle ein tru, fordelar seg nokolunde likt for alle BUPane, mens prosentvis fristbrot er svært ulikt. Ein må nok derfor konstatere at nokre av poliklinikkane har eit betydeleg problem.

2.3 Produktivitet

I opptrappingsplanen (stortingsmeldinga) blir det lagt opp til ein produktivitetsvekst på 50 % fram til 2006. I regional opptrappingsplan og i styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til

⁷ NPR

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 lengre 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 ⁸	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 Bergen i 2007 var det 26 pasientar per fagårsverk eller behandlar, dette talet har vore mest heilt stabilt frå 2001. Dette er det nest lågaste i regionen

Det kjem fram ulike syn på styringsvariabelen pasientar per fagårsverk. Fastsett norm i den regionale opptrappingsplanen er 40 pasientar per fagårsverk, mens ein i sentrale statlege skriv (td opptrappingsplan og Agledal-rapporten) blir fastsett eit mål på 36.

Klinikkleiinga meiner at produktivitetsindikatorane er viktige og legg til grunn at ein må auka produktiviteten om ein skal klara å nå målet om 5 % dekningsgrad. Utgangspunktet deira er at dersom kvar behandlar til ei kvar tid har 20 pasientar vil ein oppnå målet om 36 pasientar per behandlar på årsbasis.

Dei trur at den styrkinga som blei gjennomført i 2007 og 2008 ved å auka personellinnsatsen i stor grad blei brukt til å auka talet på tiltak per pasient og ikkje til auka talet på pasientar og dermed betra dekningsgrad.

Leiarane og andre tilsette i BUP-ane 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.

⁸ Kjelde: Samdata

Tiltak pr fagårsverk ⁹	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 små forskjellar mellom føretaka. Bergen er det føretaket som har hatt den høgaste veksten sidan helsereforma. Bergen hadde det lågaste utgangspunktet og har slik sett tatt igjen dei andre, og oppnådd ein vekst som om lag tilsvarar det målet ein sette seg for perioden fram til utgangen av 2003.

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.

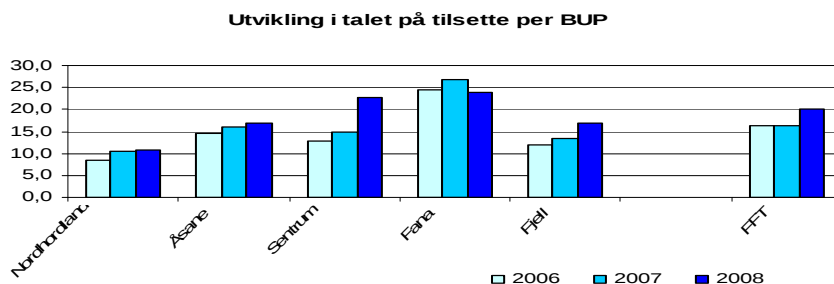
2.3.1 Produktiviteten ved BUPane, og relevansen av desse indikatorane

Tala i dette avsnittet er ikkje konsistente med NPR og Samdata, dvs tabellane ovanfor av to årsaker:

- Tal på tilsette er dette summen av alle månadsverka delt på 12. Mens NPR/Samdata bare tar utgangspunkt i tala på eit bestemt tidspunkt
- NPR tar med alle tilsette også dei som er i Fellesfaglege tenester, organisert utanom BUP-ane.

Det er verd å minna om at tal for 2008 – er første halvår.

Grafisk figur nedanfor viser utviklinga i talet på fagtilsette per BUP. Dette er faktiske tal per år etter eit gjennomsnitt for kvar måned.¹⁰

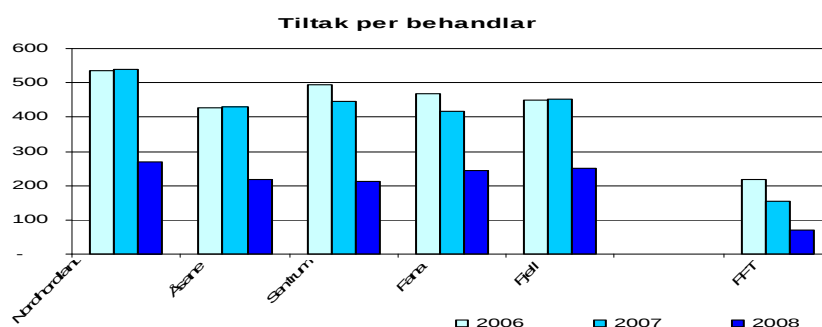


Figur 2 Utvikling i talet på tilsette per BUP. Kjelde Helse Bergen HF

⁹ Kjelde: Samdata

¹⁰ BUP Voss er ligg organisatorisk under sjukehuset i Voss. Dei gjev følgjande tal: BUP Voss har i dag 10 fagstillingar, dvs. 1000%. Pr. 31.12.06 var stillingane samla besett tilsvarande 760%. Pr. 31.12.07 var tilsvarande tal 910%. Desse tala er ikkje nødvendigvis dekkande for heile året. Pr. nov. 08 er situasjonen at kun ein arbeidstakar går i redusert stilling.

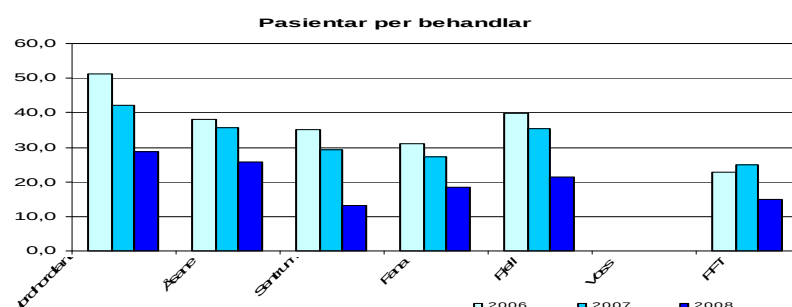
Figuren viser at alle hadde ein positiv vekst alle tre åra, utanom Fana som har ein svak nedgang i 2008. Den største auken har Sentrum, noko som nok har samanheng med at dei overtok ansvaret for Askøy kommune (som blei overført frå BUP Fjell).



Figur 3 Oversikt over tiltak per behandlar¹¹. Tal for 2008 gjeld første halvår. Kjelde Helse Bergen HF

Figuren viser at det er ein del variasjon mellom BUP-ane. Når det gjeld utviklinga frå 2006 til 2007 er den om lag stabil for Nordhordland, Åsane og Fjell, mens det er signifikant nedgang for Sentrum og Fana. Tala for første halvår 2008 gir ikkje indikasjonar på store endringar trenden.

Tilsvarande oppstilling for indikatoren pasientar per behandlar viser endå tydelegare både variasjonen mellom BUPane og at utviklinga har vore negativ frå 2006 til 2007.

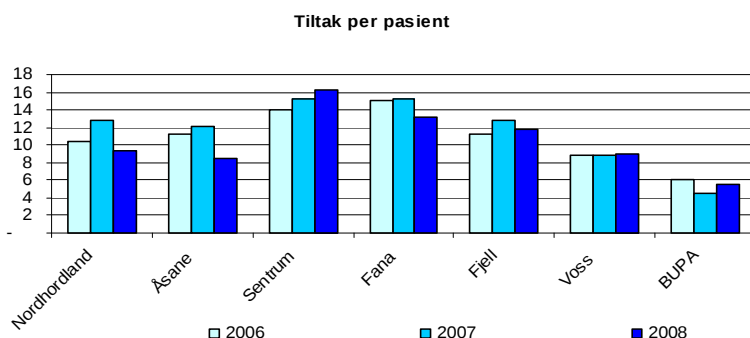


Figur 4: Oversikt over pasient per behandlar/fagårsverk. Tal for 2008 gjeld første halvår. Kjelde Helse Bergen HF

Denne figuren viser endå tydelegare forskjellane mellom BUPane. BUP Nordhordland ligg høgast, mens Sentrum og Fana ligg lågast. Tal for første halvår 2008 indikerer at desse ulikskapane forsterkar seg. Faktisk klarar BUP Nordhordland like mange pasientar per behandlar første halvår 2008 som BUP Sentrum og Fana klarar heile 2007.

Leiar og tilsette på BUP Sentrum meiner at dei har eit tyngre pasientgrunnlag. Klinikkleiinga som driv ein viss overvaking av poliklinikkane sine pasientar, diagnoser, o l ved hjelp av inntaks- og diagnoseverktøyet (DAWBA), meiner på den andre sida at det ikkje er indikasjonar på systematiske forskjellar i pasienttyngde mellom BUPane.

¹¹ Frå Voss er motteke følgjande opplysningar: 2006: 3064 tiltak. 375 pasientar. Gjennomsnittleg tal tiltak pr. pasient: 8,17. 2007: 3095 tiltak. 416 pasientar. Gjennomsnittleg tal tiltak pr. pasient: 7,43. Dette er reine gjennomsnitttal. I desse tala ligg det stor variasjon.



Figur 5 Oversikt over tiltak per pasient. Kjelde Helse Bergen HF

Som figuren viser er det store forskjellar mellom BUPane også når det gjeld tiltak per pasient. Det er nemnt ovanfor at BUPane blei tilførte fleire nye stillingar, i tillegg var det i enkelte BUPar ein del utskiftingar/nye tilsettingar. Dette gjer nok at produksjon og produktivitet går ned. Leiar for Sentrum fortel at dei rekrutterte 12 nye medarbeidarar våren 2008.

Leiar for (og tilsette i) Sentrum meiner at produktivitetsindikatorane ikkje er eller bør vera så viktige. Dei fokuserer meir på at kvar sak er viktig, samt det å lage gode behandlingsplanar, der dei ulike instansane er godt integrerte. Leiar på Fjell fokuserer ikkje så mykje på produktivitetsindikatorane, men det skuldast meir at ho reknar med og trur at dei er der dei skal vera.

2.3.2 Datakvalitet og styringsinformasjon

Ovanfor kjem det fram ein del synspunkt om dei enkelte styringsindikatorane og relevansen av dei i styringa 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 BUPdata.

	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR
Tal pasientar	2006	2006	2007	2007	2008	2008
Nordhordland	436	322	442	344	314	
Åsane	558	440	571	484	438	
Sentrum	446	338	435	354	295	
Fana	761	597	733	607	444	
Fjell	478	363	479	382	360	
Voss	374	338	404	366	301	
BUPA	593	424	553	467	253	

	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR
Tal på tiltak	2006	2006	2007	2007	2008	2008
Nordhordland	4 551	4 532	5 670	5 615	2 928	
Åsane	6 288	6 208	6 885	6 854	3 730	
Sentrum	6 265	6 094	6 599	6 569	4 776	

Fana	11 470	11 378	11 174	11 079	5 842	
Fjell	5 396	5 380	6 115	6 087	4 229	
Voss	3 325	3 296	3 573	3 538	2 729	
BUPA	3 595	3 534	2 489	6 481	1 420	

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 arbeida 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.

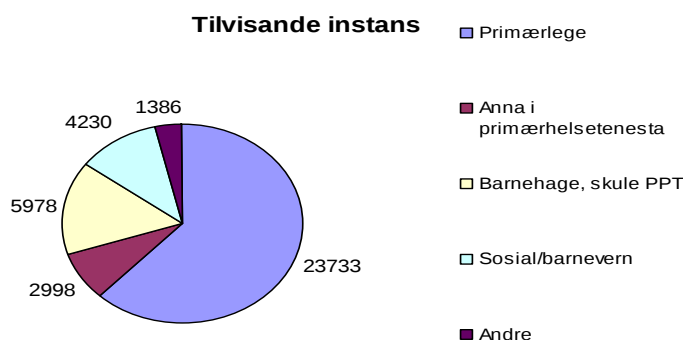
Klinikkdirektøren ser gjerne at det blir sett i gang eit regionalt prosjekt for å sikra meir felles registreringsrutinar og betre styringsinformasjon. Noko som kan gje grunnlag for betre samanlikningsgrunnlag mellom BUPar og mellom føretaka i regionen.

2.4 Samarbeid og forholdet til førstelinjetenesta

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 mestring, samt for å unngå at pasienten blir ein kasteball mellom funksjonsnivå og einingar som følgjer opp pasienten.

Samarbeidet er også viktig for dei ulike ansvarsnivåa og behandlingsinstansane. 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.



Figur 6 Oversikt over tilvisande instansar og omfanget. Kjelde: NPR

Figuren viser at det 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).

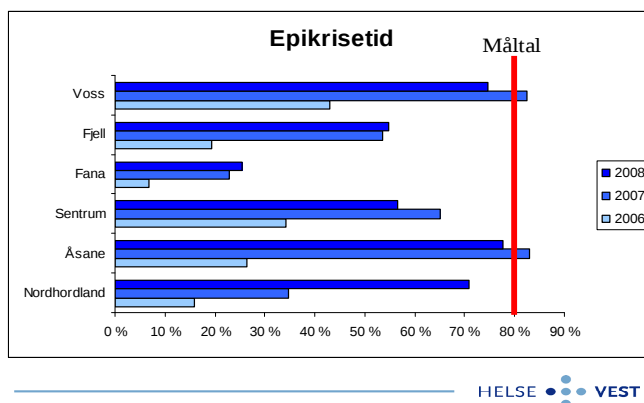
Helse Bergen har inngått ein generell samarbeidsavtale med kommunane. I tillegg blei det sendt ut før sommaren utkast til underavtale med alle kommunane for barne og ungdomspsykiatrien, kalla SAMKOM – barn og unge. Underskrivne avtalar kjem nå for tida tilbake til føretaket. Alle intervjuobjekta ser positivt på dette. Avdelingssjefen for poliklinikkane seier det slik:

Samkom og avtalane med kommunane vil kunne legge til rette for – og faktisk betre samhandlinga med kommunane. Noko som er heilt nødvendig for vellukka resultat

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.

Det er ulike oppfatningar av styringsindikatoren epikrisetid. Det blir hevda at alle samarbeidspartnar i alle fall vil vera informert om behandlinga av vedkommande pasient, om avslutning av saka, samt poliklinikkens syn på korleis vedkommande bør følgjast opp frå ansvarsgruppemøtet. Dersom samarbeidet og ansvarsgruppene fungerer er det jo der slike avgjerder skal fattast.

Nokre intervjuobjekt har vanskeleg for å forstå korfor det akkurat skal vera sju dagar ein skal målast på. Det viktigaste må vel vera, blir det hevda, at epikriser blir utarbeida og sendt i ”rimeleg tid”.



Figur 7 Oversikt over epikrisetid per BUP for 2006, 2007 og per 01.07.08. Kjelde: Helse Bergen

Som figuren viser er det svært store ulikskapar mellom dei ulike BUP-ane sin skåre frå år til år.

Det er ulike måtar å betre resultata eller pynte på statistikken når det gjeld epikrisetid. Ein kan setja dato for avslutning av behandlinga i fagsystemet BUPdata så langt fram i tid at ein har fått ferdig epikrisa.

Mens andre meiner at avslutning av saker og – med det overlevering til neste instans er avgjerande for å få eit godt resultat. Epikrisetida kan vera ein god indikator på dette. Dersom

ikkje samarbeidet og ansvarsgruppene fungerer akseptabelt, og dersom ein ikkje er god på avslutning og overlevering av pasientansvaret, vil pasienten få eit kvalitetsmessig dårleg tilbod.

Individuell plan (IP) er ein lovheimla rett for dei som har trong 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. I ei undersøking TNS Gallup¹² gjorde på oppdrag for Helsedirektoratet svarar 87 % av respondentane i kommunar og spesialisthelsetenesta at individuell plan fremjar samarbeidet

Nettstaden www.frittsykehusvalg.no legg ut den enkelte poliklinikken sine resultat når det gjeld indikatoren prosentdel ADHD-pasientar med eigen IP. Tradisjonelt har det vore slik at pasientar med diagnosar som ADHD, ulike former for autisme, Asberger eller liknande har vore krevjande, kanskje spesielt for kommunane, derfor er nok samhandling mellom instansane ekstra viktig. Styringsvariabelen prosentdel ADHD-pasientar med IP *kan* dermed vera relevant, - også som mål og indikator på samarbeidet.

Prosentdel ADHD-pasientar med IP	
Nordhordland	0 %
Åsane	9 %
Sentrum	33 %
Fana	30 %
Fjell	40 %
Voss	3 %

Det er svært store forskjellar mellom dei ulike BUPane. Når ein ser på alle landets poliklinikkar varierer dette også svært mykje, - og i mange tilfelle synest det som om kvaliteten på data er rimeleg låg.

Det kjem fram delte synspunkt på om denne indikatoren er relevant og interessant å måle. Nokon 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 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 ¹³	Behandlarar	Informasjon/ Medbestemming	Utbytte
Fana	73 %	57 %	67 %
Fjell	70 %	53 %	67 %
Nordhordland	73 %	59 %	70 %
Sentrum	73 %	62 %	72 %
Åsane	74 %	62 %	71 %

¹² www.helserevyn.no

¹³ Vitskapeleg artikkel, publ tidsskrift for den norske legeforening, samt på www.kunnskapssenteret.no

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 ¹⁴			
Betanien	79 %	63 %	74 %
Landsgjennomsnitt	75 %	59 %	72 %

Det går fram av tabellen at alle poliklinikkane i Helse Bergen skårar ulikt på denne undersøkinga. BUPane Nordhordland, Sentrum, Åsane og Voss er på eller over landsgjennomsnittet når det gjeld informasjon og medbestemming. Bare Sentrum er på dette nivået når det utbytte elles skårar BUPane i Helse Bergen under landsgjennomsnittet.

2.5 Prioritering og vekst

Korrigert for gjestepasientoppgjør 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 (VOP)

Årsverk ¹⁵	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 støttar ikkje opp om konklusjonen ovanfor. Som det går fram, er det store forskjellar mellom føretaka. I Bergen har ein tilbakegang både i BUP og VOP, og størst innanfor den førstnemnte.

¹⁴ BUP Sola starta opp i 2006, talet på respondentar er så lågt at resultatet ikkje blei publisert.

¹⁵ Kjelde: Samdata

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

	Personellinnsats pr 10.000 ¹⁶		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

Bergen har her den nest høgaste personellinnsatsen i BUP, vidare har dei rimeleg god innsats for vaksne, mens dei har den lågaste dekninga når det gjeld døgnplassar for barne og ungdomspsykiatrien. Dei har nest høgaste sengetal for vaksne, som og ligg godt over landsgjennomsnittet.

Klinikkdirektøren meiner at klinikken i rimeleg grad har blitt skjerma i dei ulike ”budsjettkrisene” og dei reduksjonane i drifta som har blitt gjennomført i føretaket.

3 Vurderingar og tilrådingar

Dekningsgraden for Bergen var i 2007 på 3,5 %, og det er nest lågaste i regionen. Auken frå 2006 til 2007 var på bare ein promille. Ventetida er også nest høgast i regionen. Prosentdel fristbrot på behandlingsgarantien er høg for mest alle BUP-ane. Prosentdel fristbrot på vurderingsgarantien har auka sterkt for mange av einingane i 2. tertial. Det er grunn til å tru at dette skuldast mellom anna at vurderingsgarantien nå etter 01.09.08 er på 10 dagar.

Personellinnsatsen innanfor heile barne- og ungdomspsykiatrien i Bergen har gått ned frå 2006 til 2007¹⁷. Føretaket har tilført BUPane ein god del nye stillingar 2007 og 2008, men som ein vil koma tilbake til nedanfor, trengst det meir for at dette skal gje seg utslag i auka dekningsgrad. Dette betyr at Helse Bergen ikkje vil kunne klara å nå målet om 5 % dekningsgrad innan utgangen av 2008. Dersom dei skal ha eit visst håp om å nå målet i løpet av 2009, må ein setja inn betydelege ressursar for å klara det. Det må ein nok også for i rimeleg grad greia handtera dei nye garantiane og.

Produktivitet.

¹⁶ Tala for BUP gjeld poliklinikkane, mens det for vaksne gjeld heile tenesta; psykisk helsevern for vaksne. Kjelde Samdata.

¹⁷ Personellinnsats er talet på stillingar i faktisk bruk sett i forhold til befolkninga. Gjennomtrekk og vakansar i stillingane vil bety lågare faktisk bruk av stillingane

Klinikkleiinga meiner at produktivitetsindikatorane er viktige styringsindikatorar. Det er variabelt med omsyn til i kva grad dette synet gjer seg gjeldande blant leiarar og dei tilsette i BUP-ane.

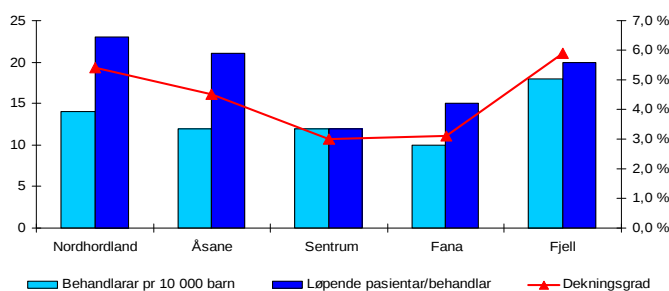
Bergen ligg lågt særleg når det gjeld pasientar per behandlar. Dersom ein tar utgangspunkt i tal frå NPR, har dette talet låge stabilt sidan før helsereforma. Når ein ser på eigen statistikk frå Bergen fordelt på poliklinikkane har det frå 2006 til 2007 vore ein nedgang for alle einingane.

Bergen ligg om lag på same nivået som dei andre føretaka i regionen med omsyn til talet på tiltak per behandlar, og eit stykke under landsgjennomsnittet

Bergen vil neppe kunne klara å nå målet for dekningsgrad med det første om ein ikkje aukar talet på pasientar per behandlar. Jamfør styrkinga som blei gjort i eiga styresak i 2007. Klinikkleiinga skreiv og trudde at dei med dette grepet ville klara å nå målet om 5 % dekningsgrad.

Tilsette og BUPleiarar meiner at ventelister og fristbrot er viktige styringsvariablar, tilsvarende tal for produktivitet har ikkje same legitimitet. Internrevisor har nokre kommentarar til dette:

- Trass i fokus på ventelister og fristbrot er talet på ventetider, ventande og prosentdel fristbrot likevel høgt i føretaket. Klinikkleiinga meiner dei overvaker situasjonen, og det gjer dei tydelegvis. Det er ikkje store forskjellar mellom BUPane når det gjeld talet på ventande og ventetider.
- Det er ein tydeleg forskjell mellom føretaka når det gjeld produktivitet og dekningsgrad slik grafisk figur nedanfor viser:



Figur 8 Oversikt over personellinnsats, dekningsgrad og talet på pasientar per behandlar. Tal frå føretaket per oktober 2008.

Personellinnsatsen, målt i talet på behandlarar per 10.000 barn varierer ikkje så veldig mykje. Fjell ligg over dei andre og over norm. Dette skuldast ein overkompensering frå den tida BUPen var i krise. Produktiviteten, målt med pasientar per behandlar er høgast i Nordhordland, Åsane og Fjell. Særleg i dei to førstnemnde gir personellinnsatsen stor utteljing, noko som viser tydeleg igjen på dekningsgraden.

Sentrum og Fana har lågast dekningsgrad fordi dei tar ut meir kapasitet i form av høgare tal på tiltak per pasient (jfr grafisk figur i avsnitt 2.3.1). Til ein viss grad gjeld dette og Fjell, men dei har over norm i personellinnsats og kjem derfor rimeleg greitt ut

når det gjeld dekningsgrad. Nordhordland, Åsane og Fjell (saman med BUPar i andre føretak) viser at det lar seg gjera å ha over 20 pasientar per behandlar over tid, noko som tilseier vel 36 på årsbasis.

For internrevisor synest det opplagt at manglande dekningsgrad i hovudsak skuldast manglande produktivitet. Svak produktivitet kan på si side ha ulike årsaker, og dei to viktigaste synest å vera stor gjennomtrekk og mange nytilsette, og samarbeidstilhøve og manglande fokus på produksjon særleg hos leiarar, men og blant tilsette.

- BUPane sine dekningsområde vil rimelegvis variera med sosioøkonomiske forhold. Ein viss variasjon i styringsvariablane på BUPnivå kan derfor vera rimeleg. Det er på den andre sida så store forskjellar i prosentvis tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, prosentvis fristbrot og dekningsgrad at det er grunn til uro når det gjeld likebehandling, rettstryggleik og likeverdige helsetenester, - og det innafor same føretaket.

Internrevisor har stor sans for føretaket si tilnærming med at kvar behandlar skal ha 20 løpande saker eller aktive pasientsaker til ei kvar tid. Dette vil gje eit årstal på 36. Det kan likevel vera verd å minna om den regionale norma er 40.

Samarbeid

I Bergen har ein sendt ut utkast til samarbeidsavtalar med kommunane. Det blir truleg ei stor opplæring av tilsette i poliklinikkane med omsyn til korleis samarbeidet med kommunane skal vera.

Prosentdelen ADHD-pasientar med ip blir ikkje vurdert til å ha særleg styringsmessig relevans, korkje som indikator på kvalitet eller samarbeidsforhold. BUPane har svært ulike resultat på denne indikatoren, frå null til 40 %. Som styringsvariabel har den så låg legitimitet at den bør vurderast avvikla.

Det at det er ulike oppfatningar om styringsvariablane, betyr eigentleg at ein ikkje har fått til ei avklaring om kva som er viktig styringsinformasjon. Det bør arbeidast meir med avklaring av og forankring av sentrale styringssignal.

BUPane er sårbare einingar. BUP Fjell gjekk gjennom ei krise i 2006. Dette resulterte i ny leining og mest full utskifting av dei tilsette. BUP Sentrum har i løpet av våren 2008 rekruttert 12 nye medarbeidarar, og det er over halvparten av alle tilsette ved denne eininga. Barne og ungdomspsykiatrien generelt inneheld så mange døme på at einingar går gjennom slike forhold at ein kanskje kunne kalla det ei "ambulerande krise". Overordna må ha system for å overvaka og monitorera verksemdene, samt å gjennomføra tiltak for å unngå kriser.

Internrevisor ser klare indikasjonar på overvaking, styring og at ein går inn med tiltak frå klinikkleiinga si side når dei meiner det er grunn til det. Talet på ventande og ventetid, styrking av Fjell når BUPen var i krise, justering av inntaksområde, - og at ein i budsjettet legg opp til meir utjamning mellom BUPane. Det er nå likevel så store forskjellar i dekningsgrad, produktivitet, fristbrot, epikrisetid og trend for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp at ein kan spørje om føretaket har gjort nok på dette området.

Internrevisjonen vil rå til at ein fortsett held sterkt fokus på epikrisetid. I kva grad prosentdel ADHD-pasientar blir tildelt individuell plan er den beste styringsindikatoren, kan truleg diskuterast, men det synest å vera liten usemje om at individuell plan er viktig for dei som har

krav på det. Vidare vil vi tilrå at det blir vurdert om andre styringsindikatorar knytt til avslutning/overlevering av saker bør tas i bruk.

Helse Bergen har ei relativt omfattande kvalitetshandbok der mange rutinar og prosedyrar er dokumenterte.

Med utgangspunkt i nye rettleiarar vil klinikkleiinga i Bergen starta ein prosess for å etablera standardar for utgreiing/vurdering, behandling og tidsbruk. Internrevisjonen vil tilrå dette.

Styringsinformasjon og variabelnes relevans

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

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 at gjer desse spørsmåla uviktige og at styring i den rette retninga blir endå vanskelegare. Etter internrevisors meining gir 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 visse indikasjonar

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

Helse Vest RHF har saman med føretaka eit program kalla Heilskapeleg styringsinformasjon. Programmet har hatt aktivitetar som val av applikasjonar, etablering av kodeverk, datavarehus og datakub, samt å leggja ein standard for styrerapporteringa. Det er planar om eit prosjekt for heilskapeleg styringsinformasjon innanfor helsefag nå 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.

Internrevisor konstaterer at det innanfor spesialisthelsetenesta er det ei mengd av ulike applikasjonar, det er svært mange tilsette som skal registrera opplysingar og det er ulike tolkingsmåtar både kva ein skal leggja inn og 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 når det gjeld psykisk helsevern for barn og unge. Det blir lagt opp til at både psykiatri og somatikken skal ha felles EPJ. Internrevisor registrerer ulike syn på BUPdata, men har ikkje tilstrekkeleg 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 tilsvarande 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.

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

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

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

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.

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).