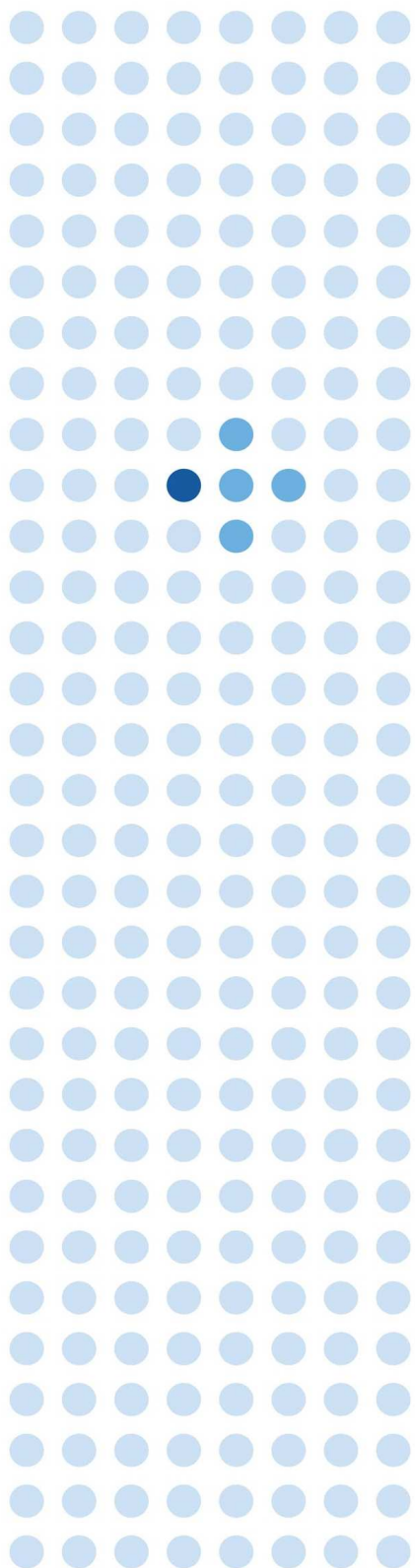




Internrevisjon  
Helse Vest RHF

Måloppnåing og styring i  
psykisk helsevern for barn og  
unge

Helse Stavanger HF



# Innhald

|          |                                                                        |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innleiing .....</b>                                                 | <b>3</b>  |
| 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         |
| <b>2</b> | <b>Data.....</b>                                                       | <b>6</b>  |
| 2.1      | Organisering og ansvarsfordeling .....                                 | 6         |
| 2.2      | Dekningsgrad og tilgjenge.....                                         | 7         |
| 2.2.1    | Ventetider .....                                                       | 9         |
| 2.3      | Produktivitet .....                                                    | 11        |
| 2.3.1    | Produktiviteten ved BUP-ane, og relevansen på desse indikatorane?..... | 12        |
| 2.3.2    | Datakvalitet og styringsinformasjon .....                              | 14        |
| 2.4      | Samarbeid og forholdet til førstelinetenesta.....                      | 15        |
| 2.5      | Prioritering og vekst .....                                            | 17        |
| <b>3</b> | <b>Vurderingar og tilrådingar.....</b>                                 | <b>18</b> |
| 3.1      | Måloppnåing.....                                                       | 18        |

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

Helse Stavanger 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 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.

## 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 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 de 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:**
  - Dekningsgrad
    - prosentdel av befolkninga under 18 år ein har hatt kontakt med

- fagpersonell pr 10.000 innbyggjarar.
  - Ventetider og tal på ventande
  - Fristbrot
- **Produktivitet**
  - talet på pasientar per behandlarar
  - talet på tiltak per behandlarar
  - talet på tiltak per pasient.
- **Samarbeid med førstelinjetenesta.**
  - Vert grensesnittet opplevd som klart nok
  - I kva grad er det inngått samarbeidsavtalar med kommunane.
  - Målt i epikrisetid
  - Prosentdel ADHD-pasientar med individuell plan
- **Prioritering**
  - 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
  - Ei tenleg organisering og administrative ressursar
  - Etablert og kommunisert grunnleggjande styringsprinsipp i eininga
  - Dokumenterte rutinar og prosedyrar, mellom anna for rapportering og oppfølging
  - Naudsynte fullmakter og instruksar
  - Tenlege administrative system og fagsystem
  - 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 byområde og ein i mindre sentrale stork.

## 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](http://www.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 intervju med i alt 9 personar i Helse Stavanger HF. Divisjonsdirektør, avdelingssjef barne og ungdomspsykiatrisk avdeling, leiarane for BUP Stavanger, både barn og ungdom, samt BUP Bryne og til saman 5 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 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 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 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 lidingar 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 lidingar 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. ...

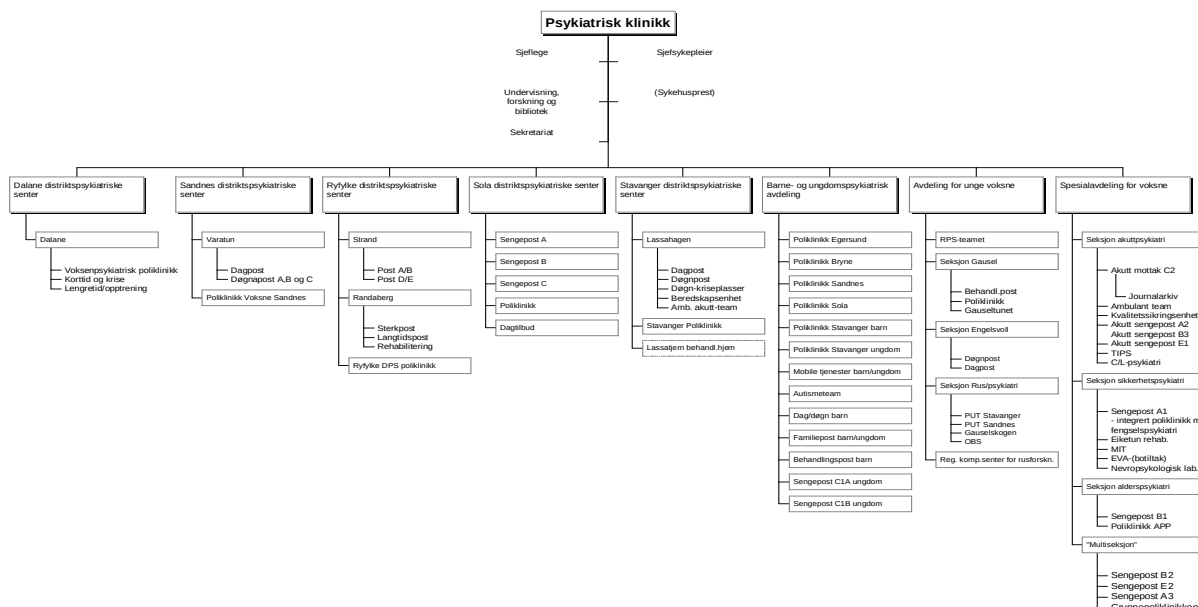
Helse Vest RHF vil i 2008 ha særleg fokus på dekningsgraden og ventetider innanfor barne- og ungdomspsykiatrien .”

## 2 Data

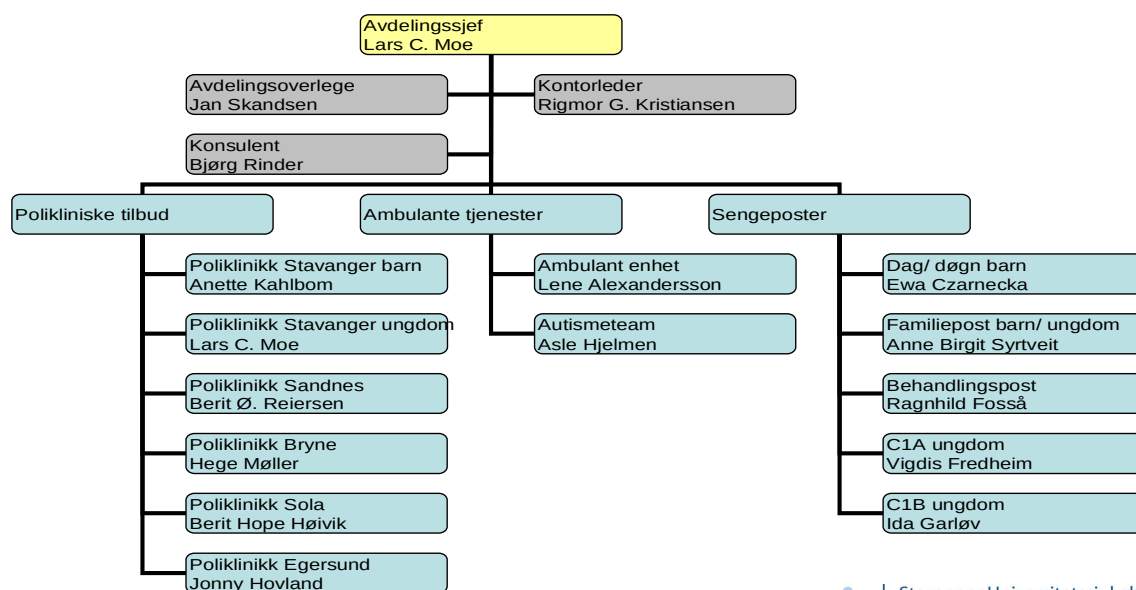
### 2.1 Organisering og ansvarsfordeling

Psykisk Helsevern for barn og unge er ein klinikk i psykiatrisk divisjon.

## Organisasjonskart Psykiatrisk klinikk 2008



## Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling 2008



Det er nyleg gjennomført ei omorganisering i Helse Stavanger. Tidlegare psykiatrisk klinikk er nå omgjort til divisjon. Barne og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) er ein av fleire avdelingar i denne divisjonen. Leiaren for BUPA rapporterar til divisjonsdirektør, er nytilsett, men har vore lenge i sektoren og er også konstituert som leiar av BUP Stavanger Ungdom.

I Stavanger er det 6 poliklinikkar (BUPar), der det for Stavanger er ei deling mellom barn og unge. Begge einingane held til i same lokalitetar. Det er etablert ambulant team og autismeteam. Desse er organisatorisk skilt ut frå 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

**Tabell 1 Dekningsgrad på føretaksnivå**

| 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. Helse Stavanger ligg lågast av alle føretaka i regionen og betydeleg lågare enn dei andre. Faktisk har Stavanger den lågaste dekningsgraden i heile landet<sup>1</sup>.

Vidare viser tabellen at dekningsgraden for Helse Stavanger faktisk gjekk ned frå 2006 til 2007, nå mot slutten av opptrappingsplanen.

Det blir ikkje publisert tal for dekningsgrad per BUP for Helse Stavanger, fordi føretaket bare rapporterer til NPR for heile føretaket samla.

Eit anna mål for tilgjengelegheit, tilgang og dekning er tal på årsverk pr 10.000 innbyggjarar, eller personellinnsats. Tabellen nedanfor viser at Stavanger hadde det høgaste utgangspunktet ved etablering av føretaket. Dei har hatt den lågaste veksten av alle føretaka i regionen for heile perioden fram til 2007, mens det siste året (frå 2006 til 2007) har det vore stor vekst. Og likevel er det altså nedgang i dekningsgraden, sjå ovanfor.

**Tabell 2 Personellinnsats (Kjelde: NPR)**

| Årsverk per 10 000 innb. | 2002 | 2006 | 2007 | Endring i %<br>02 – 07 | Endring i<br>% 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                    |

<sup>1</sup> Det er fleire føretak som har nest lågaste nivå i landet på 3,4 %, slik Bergen har.

I den regionale opptrappingsplanen blei norma for fagstillingar på poliklinikkane fastsett til å vera ei barnebefolkning på 700 per behandlarstilling. Tabellen nedanfor viser at ein av BUPane i 2008 har nådd ein slik standard, nemleg Egersund. Vanleg utrekningssmåte (NPR og Sintef) er å ta med tilsette i fellesfaglege tenester som ambulant team og liknande. Dersom ein gjer det her, ville tala bli relativt mykje betre. Det er store forskjellar mellom klinikkane, men det ser ut til at desse forskjellane er i ferd med å bli noko utjamna.

**Tabell 3 Barnebefolkning per behandlar (tal frå HF)**

| Barnebefolkning per behandlar | 2006 | 2007 | 2008<br>(1.halvår) |
|-------------------------------|------|------|--------------------|
| Stavanger Barn                | 1036 | 1082 | 896                |
| Stavanger Ungdom              | 870  | 803  | 863                |
| Bryne                         | 968  | 943  | 886                |
| Egersund                      | 809  | 949  | 694                |
| Sandnes                       | 1179 | 1026 | 1093               |
| Sola                          | 1675 | 1352 | 975                |

Tabellen nedanfor viser føretaket sine tal på nytilviste pasientar for kvar av BUPane. Desse tala viser ikkje ein eintydig tendens. Det har vore ein viss auke frå 2006 til 2007 samla sett, men elles har alle BUP-ane enten nokolunde stabil utvikling eller ein svak vekst. BUP Sola blei etablert og starta opp i 2006. Elles viser også tabellen relativ størrelse mellom desse einingane.

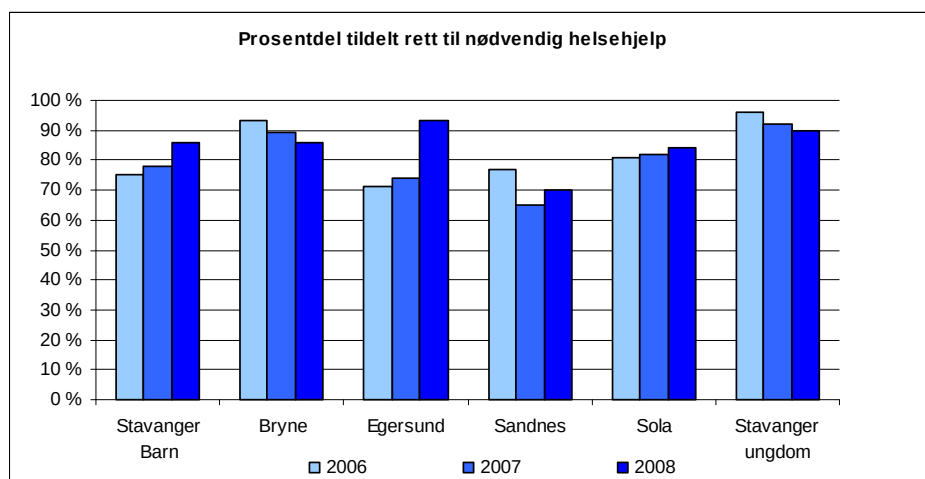
| Tal på tilvisingar | 2006  | 2007  | Pr 01.08.08 |
|--------------------|-------|-------|-------------|
| Stavanger Barn     | 297   | 312   | 223         |
| Bryne              | 239   | 236   | 172         |
| Egersund           | 160   | 150   | 124         |
| Sandnes            | 332   | 315   | 189         |
| Sola               |       | 93    | 66          |
| Stavanger ungdom   | 267   | 290   | 143         |
| SUM                | 1 295 | 1 396 | 917         |

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.

I enkelte andre føretak 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 svaret frå klinikkleiinga i Helse Stavanger får internrevisjonen opplyst at prosentdelen som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp er 100 % i alle BUPane for åra 2006 til og med første halvdel av 2008. Etter nærare drøftingar har internrevisjonen fått desse tala, som for 2008 gjeld for perioden fram til 30.09.08.





Det er, som tabellen viser, relativt store forskjellar mellom BUPane og over tid. Det kan likevel sjå ut som om dette er i ferd med å jamne seg ut, - og at ein konvergerer mot 80 – 90 %. Sandnes ligg noko lågare enn dei andre. Som ein vil kome tilbake til nedanfor, er Sandnes er den poliklinikken med høgast tal på fristbrot.

I intervju blir det opplyst at ein i poliklinikkforum drøftar policy i forhold til inntak ved at ein tar utgangspunkt i - og vurderar ulike case. Dette for å oppnå større likskap i inntaksvurderingane.

## 2.2.1 Ventetider

**Tabell 4 Ventetid til poliklinisk utredning/behandling (Kjelde: Samdata<sup>2</sup> s. 159)**

|                         | < 1 mnd     | 1-3 mnd     | 3-6 mnd     | 6-12 mnd    | > 1 år     | Sum          |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| <b>Helse Sør-Øst</b>    | 39,3        | 30,9        | 24,0        | 5,8         | 0,0        | 100 %        |
| <b>Helse Vest</b>       | <b>19,6</b> | <b>31,2</b> | <b>29,7</b> | <b>18,8</b> | <b>0,8</b> | <b>100 %</b> |
| <b>Helse Midt-Norge</b> | 21,2        | 28,1        | 33,7        | 16,5        | 0,6        | 100 %        |
| <b>Helse Nord</b>       | 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 5 Gjennomsnittleg ventetid etter bustadområde/dekningsområde (Kjelde: Samdata)**

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

I Stavanger er gjennomsnittleg ventetid den høgaste blant føretaka i regionen. Det er bare eit føretak i landet som har høgare ventetid enn Stavanger (nemleg Nordmøre og Roms HF).

<sup>2</sup> Samdata Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08.

Internrevisjonen har fått oversendt rapportar<sup>3</sup> frå dei enkelte poliklinikkane, som viser ventetid, ventande og fristbrot.

| Gjennomsnittleg ventetid | 2006 | 2007 | Pr 01.08.08 |
|--------------------------|------|------|-------------|
| Stavanger Barn           | 120  | 77   | 83          |
| Bryne                    | 80   | 88   | 86          |
| Egersund                 | 82   | 76   | 47          |
| Sandnes                  | 182  | 137  | 123         |
| Sola                     |      | 62   | 45          |
| Stavanger ungdom         | 80   | 71   | 71          |

| Ventande         | 2006  | 2007  | Pr 01.08.08 |
|------------------|-------|-------|-------------|
| Stavanger Barn   | 770   | 565   | 432         |
| Bryne            | 579   | 823   | 449         |
| Egersund         | 265   | 307   | 208         |
| Sandnes          | 1 969 | 1 324 | 691         |
| Sola             |       | 173   | 81          |
| Stavanger ungdom | 677   | 539   | 351         |

Begge tabellane, både tal for ventande og for gjennomsnittleg ventetid varierar mykje. Sandnes har mykje høgare ventetid enn dei andre, og det er også mange fleire som ventar der enn elles. Ventetid og talet på ventande er lågt spesielt lågt i Sola, samt Egersund. Det går fram av tabell ovanfor at bemanning (uttrykt ved barnebefolkning per behandlar/fagårsverk) er dårlegast i Sandnes og deretter kjem Sola. Egersund har lågast tal for befolkning per fagårsverk, og altså relativt høgaste bemanninga.

NPR har også publisert gjennomsnittleg fristtid for første tertial 2008. For Stavanger samla er talet 98. Noko som ikkje er så spesielt, - gjennomsnitt for heile regionen er 104 dagar.

Tabellen nedanfor (henta frå NPR) viser prosentdel fristbrot både når det gjeld vurdering og behandling.

| Fristbrot i prosent <sup>4</sup> | Vurderingsgaranti |            | Behandlingsgarantien |            |
|----------------------------------|-------------------|------------|----------------------|------------|
|                                  | 1. tertial        | 2. tertial | 1. tertial           | 2. tertial |
| <b>Bergen</b>                    |                   |            |                      |            |
| 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 %      |
| <b>Fonna</b>                     |                   |            |                      |            |
| Haugesund                        | 11,0 %            | 16,0 %     | 16,0 %               | 10,0 %     |
| Stord/Kvinnherad                 | 13,0 %            | 50,0 %     | 39,0 %               | 41,0 %     |
| <b>Førde</b>                     |                   |            |                      |            |
| Førde                            | 1,0 %             | 24,0 %     | 31,0 %               | 32,0 %     |
| Nordfjord                        | 0,0 %             | 3,0 %      | 6,0 %                | 9,0 %      |

<sup>3</sup> Basert på rapportar frå kvar BUP, frå kvart av åra - etter månad. Det inneber at tal for gjennomsnittleg ventetid er summert og dividert for faktisk månadstal som er registrert,- tal for ventande er summert, og fristbrot er summert.

<sup>4</sup> NPR

|                  |       |        |        |        |
|------------------|-------|--------|--------|--------|
| Sogndal          | 2,0 % | 0,0 %  | 5,0 %  | 4,0 %  |
| <b>Stavanger</b> | 2,0 % | 19,0 % | 31,0 % | 35,0 % |

Det er nemnt tidlegare at Stavanger bare rapporterer samla til NPR. Tala for Stavanger er dermed å forstå som eit gjennomsnitt for alle BUP-ane. Dette gjennomsnittet er høgt både i landssamanheng og i forhold til resten av regionen.

| Fristbrot <sup>5</sup> | 2006  | 2007 | Pr 01.08.08 |
|------------------------|-------|------|-------------|
| Stavanger Barn         | 142   | 92   | 47          |
| Bryne                  | 19    | 53   | 18          |
| Egersund               | 12    | 5    | 2           |
| Sandnes                | 909   | 497  | 255         |
| Sola                   | 0     | 6    | 1           |
| Stavanger ungdom       | 58    | 96   | 103         |
| SUM                    | 1 140 | 749  | 426         |

Tabellen viser svært store forskjellar mellom BUP-ane og år om anna. Frå over 900 fristbrot (Sandnes i 2006) i året til nesten ingen (Sola og Egersund). Ein prosentdel fristbrot på behandlingssgaranti på 31 % av 666 tilfeller for første tertial, kan stemme så nokolunde med talet for 2008 i tabellen ovanfor som viser dei sju første månadane.

Ein del av fristbrota kan og skuldast at pasienten eller foreldra ønskjer å utsetja behandlinga. Likevel blir dette registrert som fristbrot. Sidan variasjonen her er så stor, kan dette indikera at det ikkje er ein veldig viktig forklaringsvariabel i dette tilfellet.

Det er BUP Sandnes som har mest fristbrot. Det er også denne BUPen som har suverent høgast tal for ventetider og tal på ventande, samstundes som dei har den lågaste personelldekninga. I intervju kjem det fram at både Bryne og Stavanger i 2007 blei pålagt å ta imot pasientar frå Sandnes som hjelp, og at denne situasjonen og behovet for hjelp i Sandnes har vart lenge.

## 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 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

<sup>5</sup> Basert på rapportar frå kvar BUP, frå kvart av åra - etter månad. Det inneber at tal for gjennomsnittleg ventetid er summert og dividert for faktisk månadstal som er registrerte, - tal for ventande er summert, og fristbrot er summert.

| Pasientar /årsverk <sup>6</sup> | 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 Stavanger i 2007 var det 21 pasientar per fagårsverk eller behandlar, og er det klart lågaste i regionen. Utviklinga sidan helsereforma har vore klart negativ.

Fastsett norm i den regionale opptrappingsplanen er, som nemnt 40 pasientar per fagårsverk, mens ein i sentrale statlege skriv (td opptrappingsplan og Agledal-rapporten) blir fastsett eit mål på 36. Dette inneber at Stavanger er langt unna måloppnåinga både med omsyn til mål og normtal og for mål for veksten.

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 <sup>7</sup> | 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. Stavanger har hatt den nest lågaste veksten sidan helsereforma, og har ein nedgang frå 2006 til 2007.

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.

Heller ikkje på denne produktivitetsindikatoren når Stavanger fastsett mål.

### 2.3.1 Produktiviteten ved BUP-ane, og relevansen på desse indikatorane?

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

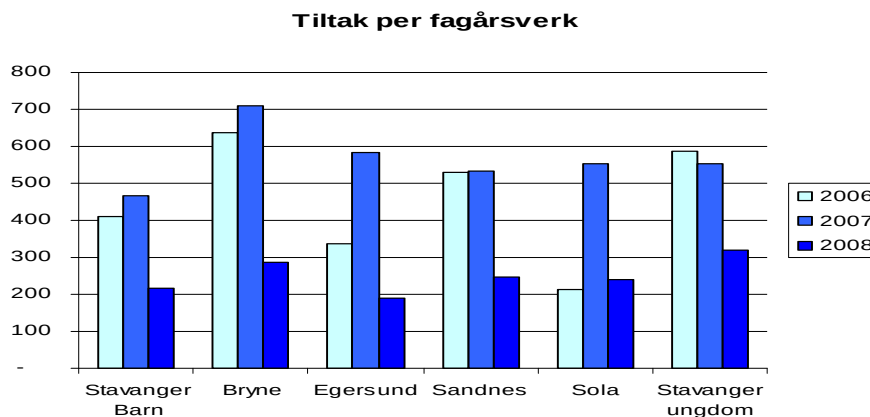
<sup>6</sup> Kjelde: Samdata

<sup>7</sup> Kjelde: Samdata

- Tal på tilsette er her summen av alle månadsverka delt på 12 eller aktuelt månadstal. Mens NPR/Samdata bare tar på eit tidspunkt
- NPR tar med alle tilsette også dei som er organisert utanom poliklinikkane, dvs ambulant team og liknande. Dette fordi i mange føretak er dette gjerne ein del av BUPane.

Det er verd å nemna at tal for 2008 – er for perioden ut juli.

Figuren nedanfor viser talet på tiltak (eigne data) per behandlar eller fagårsverk for kvar BUP. Desse tala kan ikkje samanliknast med tilsvarande tal for heile føretaket.



Det går fram av figuren at det er store forskjellar mellom BUP-ane. Bryne skårar høgast for både 2006 og 2007. Egersund har sterk vekst og hamnar dermed på andreplass i 2007. Stavanger ungdom har nedgang frå 2006 til 2007.

Alle intervjuobjekta (både leiarar og tilsette) synest å vera spesielt opptekne av dei styringsvariablane som gjeld produktivitet. Dei påpeikar alle svakheiter ved indikatorane, - at det er muleg å pynta på statistikken, - at det er store forskjellar på pasienttyngde, og på tiltak og tidbruk. Vidare blir det vist til at det er eit dilemma at god samhandling med førstelinjetenesta er nødvendig av omsyn til god pasientbehandling og for å redusera presset på BUPen, men inneber mykje tidsbruk som ikkje viser igjen i produktivitetsindikatorane.

I Helse Stavanger er det likevel stor forskjell i dei tilsette si oppleving av leiingas fokus på produksjon og produktivitet. På BUPen på Bryne følgjer leiinga med på desse indikatorane, men er varsame i bruken av desse i møte med dei tilsette. Dei tilsette på si side meiner at leiinga gjer dette på ein klok måte. På poliklinikken i Stavanger kjem det fram mellom anna følgjande i intervju:

*Det er ikkje systematiske tilbakemeldingar, om korleis den enkelte utfører jobben sin. Men det blir heller uttrykt direkte eller indirekte misnøye med produksjonen på eit generelt grunnlag, uavhengig av korleis den enkelte sjølv opplever dette.*

*Leiarar som fokuserar på tiltak/behandlar kan opplevast som stressa og usikre leiarar.*

Vidare blir det påpeika at dette skapar eit så negativt arbeidsmiljø at tilsette ønskjer seg bort. Nytilsette vil ha behov for opplæring, spesialisering med meir noko som skapar lågare produksjon og produktivitet, dermed kjem ein inn i ein negativ spiral når det gjeld produksjon og produktivitet.

På begge BUPane viser dei til betydelege problem med rekruttering. Arbeidsmarknaden for desse profesjonane har blitt merkbar betre i den seinare tid og fagfolk er dermed vanskelegare å rekruttera. BUPane meiner at føretaket kunne gjort meir og lagt betre til rette for effektive tilsettingsprosessar, ved mellom anna ved å gje rask tilbakemeldingar på lønnskrav og liknande.

### 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.

I tillegg til ulike synspunkt på relevansen av styringsvariabelen, har det i mange år vore eit generelt problem med datakvaliteten. Internrevisjonen har fått oversendt to ulike datasett. Ein samleoversikt for heile den polikliniske verksemda innanfor barne- og ungdomspsykiatrien og ei samling med enkeltrapportar for kvar BUP. Ut i frå dette har vi berekna totalsummen for tiltak. Tabellen nedanfor viser resultatet etter desse ulike kjeldene.

| Totalt tal på tiltak | 2006   | 2007   |
|----------------------|--------|--------|
| Samlerapport         | 38 122 | 44 380 |
| Enkeltrapportane     | 42 612 | 49 597 |
| NPR                  | 46 114 | 37 777 |

Som tabellen viser er det ikkje muleg å seia om det har vore sterk vekst eller sterk nedgang i talet på tiltak for føretaket. Avvika er så store at det vanskeleg å seia noko om nivået på aktiviteten.

Tilsvarande er gjort med omsyn til pasientar per fagårsverk/behandlar. Tabellen nedanfor viser tilsvarande: Det er vanskeleg å ha noko oppfatning av om det har vore vekst eller nedgang. Det kan synast som om det er store forskjellar mellom BUPane. Den einaste rimelege konklusjonen er at datakvaliteten er så dårleg at ein ikkje bør trekka andre konklusjonar.

| Pasient per årsverk | Enkeltrapport | Samlerapport | Enkeltrapport | Samlerapport | Enkeltrapport | Samlerapport |
|---------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                     | 2006          | 2006         | 2007          | 2007         | Pr 01.08.08   | Pr 01.08.08  |
| Stavanger Barn      | 21,7          | 24,7         | 32,8          | 24,4         | 22,4          | 18,9         |
| Bryne               | 30,2          | 34,3         | 46,7          | 38,8         | 29,1          | 31,5         |
| Egersund            | 38,5          | 39,3         | 59,3          | 46,5         | 19,1          | 24,4         |
| Sandnes             | 38,7          | 45,2         | 40,7          | 35,0         | 23,4          | 30,1         |
| Sola                |               | 17,5         | 9,3           | 32,2         | 18,1          | 23,3         |
| Stavanger ungdom    | 19,8          | 44,9         | 38,7          | 40,8         | 30,3          | 34,0         |

| Tal pasientar    | Enkeltrapport | Samlerapport | Enkeltrapport | Samlerapport | Enkeltrapport | Samlerapport |
|------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                  | 2006          | 2006         | 2007          | 2007         | Pr. 01.08.08  | Pr 01.08.08  |
| Stavanger Barn   | 800           | 640          | 1 004         | 605          | 586           | 565          |
| Bryne            | 423           | 470          | 655           | 543          | 495           | 469          |
| Egersund         | 232           | 283          | 417           | 265          | 121           | 205          |
| Sandnes          | 667           | 741          | 768           | 662          | 441           | 533          |
| Sola             |               | 63           | 41            | 142          | 111           | 142          |
| Stavanger ungdom | 236           | 525          | 445           | 514          | 361           | 400          |
| SUM              | 2 358         | 2 722        | 3 330         | 2 731        | 2 115         | 2 314        |
| NPR              | 2 439         |              | 2 414         |              |               |              |

Alle tabellane viser at det betydelege avvik i tala frå dei ulike kjeldene. 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 kan opplysast om at det er slik datadiskrepans i alle føretaka, men ingen andre har så stor som Stavanger. Det er heller ikkje slik at ein får ulike tal frå same kjelde.

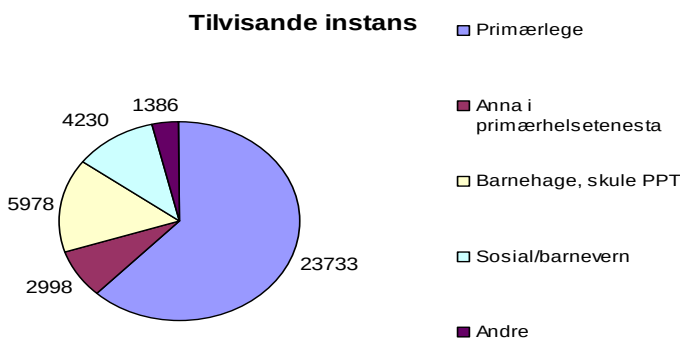
Internrevisor registrerer også at administrerende direktør i styresak (027/07 *OPPTRAPNING VED BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK AVDELING*, datert 22.03.07) opplyste om at dekningsgrad var 3,9 %, mens den i NPR ved utgangen av året blei oppgitt å vera 2,9 %, - altså bare 2/3 så høg.

## 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 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 kompensierende instans når det gjeld manglande oppfølging i kommunane. Bete behandling og mindre tilbakefall vil redusera presset på sjukehusa.



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).

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.

På internrevisjonen sin førespurnad om epikrisetid for kvar BUP, får vi opplyst frå klinikkleiinga at ein ikkje har data for dette, og viser til NPR som har publisert 85,7 % for 2006 og 84,9 % for 2007. Internrevisjonen forstår dette slik at ein ikkje har så tett oppfølging av BUPane på dette punktet. Divisjonsdirektøren meiner at dei følgjer opp også dette.

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 Gallup<sup>8</sup> gjorde på oppdrag for Helsedirektoratet svarar 87 % av respondentane i kommunar og spesialisthelsetenesta at individuell plan fremjar samarbeidet

Nettstaden [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no) legg ut den enkelte poliklinikken sine resultat når det gjeld indikatoren prosentdel ADHD-pasientar med eigen IP. I enkelte føretak er dette ein av dei indikatorane ein rapporterer til styret om. Tradisjonelt har det vore slik at pasientar med diagnoser 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.

I Stavanger er det ikkje fastsett måltal for prosentdel som bør få individuell plan. Det er ingen oppfølging av variabelen, - fordi dei ikkje ser på han som noko relevant styringsindikator. På aktuell nettstad er prosentdelen ADHD-pasientar med IP 7 % for alle. Mens ventetid for første konsultasjon **med** rett oppgitt å vera 113 dagar, mens tilsvarande for dei **utan** rett til 40 dagar.

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 <sup>9</sup> | Behandlarar | Informasjon/<br>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 %    |

<sup>8</sup> [www.helserevyn.no](http://www.helserevyn.no)

<sup>9</sup> Vitskapeleg artikkel, publ tidsskrift for den norske legeforening, samt på [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)



|                    |      |      |      |
|--------------------|------|------|------|
| Egersund           | 75 % | 67 % | 73 % |
| Sandnes            | 77 % | 61 % | 71 % |
| Sola <sup>10</sup> |      |      |      |
| Betanien           | 79 % | 63 % | 74 % |
| Landsgjennomsnitt  | 75 % | 59 % | 72 % |

Poliklinikkane i Stavanger er her slått saman til ein, - og denne ligg under landsgjennomsnittet. Dei andre poliklinikkane i føretaket ligg på eller over dette gjennomsnittet.

## 2.5 Prioritering og vekst

Korrigert for gjestepasientoppgjør og eksklusiv avskrivingar 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 tilseie 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 støttar ikkje opp om konklusjonen ovanfor. Som det går fram, er det store forskjellar mellom føretaka. I Stavanger er veksten innanfor BUP relativt sterk, men endå sterkare innanfor vaksenpsykiatrien.

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 <sup>11</sup> |        | 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   |

<sup>10</sup> BUP Sola starta opp i 2006, talet på respondentar er så lågt at resultatet ikkje blei publisert.

<sup>11</sup> Tala for BUP gjeld poliklinikkane, mens det for vaksne gjeld heile tenesta; psykisk helsevern for vaksne

|               |      |      |     |      |
|---------------|------|------|-----|------|
| 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 |

Stavanger, har som nemnt, ein betydeleg auke i personellinnsatsen frå 2006 til 2007, som ikkje kjem med her. Dei ligg ikkje spesielt høgt i personellinnsatsen når det gjeld psykisk helsevern for vaksne. Talet på døgnplassar for vaksne er likevel svært høgt, - høgast i regionen og godt over landsgjennomsnittet. Klinikkdirktøren seier at tala i Samdata er feil og at det har skjedd mykje dei siste åra som ikkje har kome med her.

## 3 Vurderingar og tilrådingar

### 3.1 Måloppnåing

#### Tilgang og tilgjenge

Dekningsgraden målt i prosentdel av befolkninga under 18 år ein har hatt kontakt med, er svært låg i Stavanger, - faktisk suverent lågast i landet. Dekningsgraden har i tillegg gått ned frå 2006 til 2007. Etter internrevisor si vurdering er det usannsynleg at føretaket klarar å nå målet om dekningsgrad i den næraste framtida. Helse Stavanger er også det føretaket i regionen som har lågast vekst i talet på tilsette (personellinnsats) innanfor dette området frå reforma og fram til 2008. Det er betydeleg variasjon i personellinnsats mellom BUPane, frå ca 700 barn og unge i befolkninga per behandlar (i Egersund) til ca 1100 (i Sandnes).

Helse Stavanger er det føretaket som har høgaste gjennomsnittleg ventetid. Dei har gjennomsnittleg høg prosentdel fristbrot med omsyn til behandlingssgarantien. Det er store forskjellar mellom BUPane når det gjeld ventetid, talet på ventande, samt omfanget av fristbrot. Særleg ein BUP, Sandnes peikar seg ut med høge tal.

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 på BUPane.

#### Produktivitet

Helse Stavanger er det føretaket som har lågaste talet på pasientar per behandlar, og ligg dermed langt unna den regionale norma om 40 pasientar per behandlar. Dei ligg kanskje endå lengre frå den nasjonale målsettinga om 50 % vekst i produktiviteten i planperioden, sidan dei har ein reduksjon på mest 30%.

Føretaka i Helse Vest ligg om lag på same nivå når det gjeld talet på tiltak per behandlar. Helse Stavanger er blant dei to som har lågast vekst (16 %) frå 2001 fram til utgangen av fjoråret.

Låg produktivitet kan ha fleire årsaker, ein av dei viktigaste er dersom gjennomtrekken blant tilsette er stor. Nye tilsette inneber tid og ressursar til opplæring og spesialisering.

Sett i forhold til dekningsområdet sin geografi med reisetider og liknande burde Helse Stavanger ha eit godt utgangspunkt. Etter internrevisor si meining burde dette føretaket ha den høgaste produktiviteten i regionen.

#### Samarbeid med førstelinjetenesta

Det er ikkje inngått samarbeidsavtalar mellom føretaket og kommunane, med unntak av Stavanger kommune. Dei BUPane som blei undersøkte, meiner sjølv dei er gode på samarbeid både i forhold til kommunane og andre.

Føretaket rapporterer bare samla tal når det gjeld epikrisetid og prosentdel ADHD-pasientar med IP, variablar som kan gje indikasjonar på samarbeidstilhøve med førstelinja. Prosentdel av tilviste pasientar som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp varierar relativt mykje mellom BUPane. Også for denne indikatoren fekk internrevisjonen tilbakemeldt frå klinikkleinga at talet var 100 % for alle, og at individuelle tal for kvar poliklinikk var dermed uinteressante. Internrevisor tolkar dette som uttrykk for at det er lite overordna og styringsmessige fokus på dette og at klinikkleinga overlet desse spørsmåla til den enkelte BUPen<sup>12</sup>.

Poliklinikkforum (alle leiarane for desse) har likevel vurderingar av case for å avstemma eigne vurderingar.

BUP Stavanger Barn og Ungdom er den einaste som skårar lågare enn landsgjennomsnittet i føretaket, når det gjeld føresettes si vurdering av poliklinikkane. Dei andre ligg på eller over dette snittet.

### 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. For Helse Stavanger er det ein betydeleg auke frå 2006 til 2007 i personellinnsatsen både i BUP (9,5 %) og VOP (14,3 %), men altså mest i sistnemnde. Helse Stavanger har det høgast sengetalet innanfor VOP i heile regionen og godt over landsgjennomsnittet. Internrevisor sluttar av dette at årsaka til manglande målrealisering når det gjeld tilgjenge, ventetider, fristbrot er mellom anna manglande prioritering av barne og ungdomspsykiatrien.

### Styring

Talet frå føretaket på tilvisingar viser ein auke frå 2006 til 2007 på ca 10 %, tilsvarende tal for ventande har gått betydeleg ned. Det er ein viss variasjon mellom BUPane når det gjeld i kva grad ein tildeler nye pasientar rett til nødvendig helsehjelp, men trenden er ikkje at denne prosentdelen går ned. Samstundes viser tal frå NPR at pasienttalet har ein svak nedgang, og at produktiviteten (målt med pasientar per behandlar) og dekningsgrad har gått ned. Desse tala gir ulike indikasjonar på utviklingsretning eller også at datakvaliteten er tvilsam. Og som vi vil kome tilbake til nedanfor, er det datakvaliteten som er for dårleg.

Leiinga i føretaket må sjå til at verksemda ved BUPane er under forsvarleg styring, og leiinga ved BUPane må ta ansvar for å analysa utfordringane, og prioritera kva som skal gjerast og korleis på poliklinikken. Det er viktig at det vert skapt legitimitet og rom for dette i føretaket. Slik internrevisor tolkar utsegner er det store forskjellar i føretaket i så måte, og føretaket må seiast å ha store utfordringar på dette området.

BUP Sandnes har hatt store problem med ventetider og fristbrot i lengre tid. Sjølv om andre BUPar i 2007 blei pålagt å avhjelpa med å ta over pasientar, blir det, etter internrevisor si meining, ikkje gjort nok for å retta opp forholda ved denne BUPen.

---

<sup>12</sup> Rundskriv I-16/2005 Ventelisterapportering til NPR fra 01.01.2006 har et avsnitt med overskrift "Hva skal registreres og rapporteres?" Det viser til § 3 i [forskrift om ventelisterregistrering](#).

§ 3 slår fast at institusjonene skal føre ventelister over pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling. Dersom den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen ytes på flere, geografisk atskilte, behandlingssteder i institusjonen, skal det føres venteliste for hvert behandlingssted." Rundskriv I-16/2005 side 4

Kvaliteten på styringsdata er ikkje god nok. Datadiskrepansen mellom Helse Stavanger sine egne data og dei som blir publisert av NPR/Sintef er svært stor. I tillegg er det og slik at tal frå same kjelde, nemleg føretaket varierar betydeleg. Det er openbart ikkje system og opplegg for kvalitetssikring av styringsdata og rapportuttak. I dette føretaket er denne datadiskrepansen så stor at ein ikkje kan seia om til dømes pasienttalet er aukande eller minkande frå år til anna.

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 til desse forholda. I tillegg er det fleire som hevdar at BUPdata ikkje er godt korkje som styringsverktøy eller som journalsystem

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. Det blir lagt opp til at både psykiatri og somatikken skal ha felles EPJ. Internrevisor registrerer ulike syn på BUPdata. Sjølv om det blir hevda at det er eit dårleg styringssystem, dårleg journalsystem og i tillegg er svært ustabil drift, har ikkje internrevisor tilstrekkeleg grunnlag for å meina at det ev 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.

### Oppsummering

Helse Stavanger har landets dårlegaste dekningsgrad, noko som også skuldast manglande prioritering. Når tilbod og tilgangen er såpass liten skapar det lange ventelister og mange fristbrot. Tilvisande instansar og samarbeidspartane tilpassar seg nok og denne situasjonen. Det inneber at BUPane får færre tilvisingar enn i andre føretak. Sjølv om ein tok unna alle tilvisingane ville ikkje føretaket nå opp i fastsett mål for dekningsgrad.

Det er mange indikasjonar på at klinikkleiinga styring og oppfølging av BUPane er svak eller fråverande. Dette inneber følgjande:

- Styringsdata er av dårleg kvalitet. Dette er riktig nok eit generelt fenomen innanfor dette feltet, men problemet er større i Stavanger enn elles i regionen. Det skuldast blant anna ulike registreringsrutinar og faktisk liten bruk og oppfølging av styringsdata.
- Rutinar og prosedyrar er i liten grad dokumenterte og skriftleggjorte. På førespurnad om skriftlege interne prosedyrar har internrevisjonen har fått oversendt styresak (027/07 *OPPTRAPNING VED BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK AVDELING*, datert 22.03.07), samt årleg melding 2007
- BUPane framstår som svært ulike og sårbare. Produktiviteten er låg, talet på ventelister, fristbrot er høgt og prosentdel tildelt rett varierer betydeleg. Særleg ein av BUPane synest å ha vore i betydelege problem i relativt lang tid.
- BUPane kjenner seg aleine og utan støtte. Det kjem også fram at leiarkultur og arbeidsmiljø varierar mellom einingane. Og at det er utfordringar når det gjeld personellstabilitet og rekruttering. Stor gjennomtrekk i stillingane er med og bidrar til lågare produktivitet, færre pasientar per behandlar og lågare dekningsgrad. Det blir etterlyst betre støtte og raskare tilbakemeldingar i samband med rekruttering.

# Litteraturliste

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).