

## Rapport konsernrevisjon av BUPA - pasientforløp

Administrerende direktørs forelegg til:

Utvalg:

Foretaksstyret

møtedato:

25.03.09

sak nr:

18/09

Trykt vedlegg: Rapport Revisjon av BUP –pasientforløp PiV HF, Konsernrevisjonen HSØ 13.03.09

Saksbehandler: kst. adm. direktør Finn Hall

### Administrerende direktørs innstilling:

1. Styret tar saken med rapport om konsernrevisjons av pasientforløp ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling til etterretning.
2. Styret forutsetter at forbedringstiltak gjennomføres slik de fremgår av foreliggende handlingsplan inntatt i pkt. 3 i saken.
3. Saken oversendes Helse Sør-Øst RHF til videre behandling.

Tønsberg, 19.mars 2009

Finn Hall  
Kst. adm. direktør

## **Sak 1/09 Rapport konsernrevisjon av BUPA - pasientforløp**

### **1. Innledning:**

Konsernrevisjonen er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for intern revisjon i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret for Helse Sør-Øst RHF og rapporterer til styrets revisjonskomite (faglig) og administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF (administrativt).

Konsernrevisjonen skal i perioden 2009-2011 bygges ut gjennom etablering av avdelinger ute ved helseforetakene. I 2009 skal det etableres en avdeling som skal dekke sykehusområdene Oslo og Vestre Viken. Avdelingen skal lokaliseres i Oslo og rapportere til Konsernrevisjonen v/revisjonsdirektør.

Konsernrevisjonens rolle er på vegne av styret, å "se etter at" det er etablert god internkontroll i foretaksgruppen som gir rimelig sikkerhet for at foretaksgruppen når fastsatte målsettinger, har pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlever lov- og regelverk. Konsernrevisjonen skal dessuten gjennom dialog og samhandling med administrerende direktør, "bidra til forbedring" i helseforetakets interne styring og kontroll. Dette skal skje ved at kunnskap om årsaker og konsekvenser av feil, svakheter og mangler i internkontrollen, omsettes til systematiske forbedringstiltak

Direktør konsernrevisjon Liv Todnem vil være tilstede i styremøte 25. mars og redegjøre nærmere for konsernrevisjonens funksjon og oppgaver. Videre om forholdet til styrets ansvar for internkontroll innenfor dette området og foretakets ansvar som utøver.

### **2. Revisjons av pasientforløp ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)**

Helse Sør-Øst sin konsernrevisjon har i perioden september - desember 2008 foretatt revisjon av pasientforløp ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdelingens (BUPA) fire poliklinikker i Holmestrand, Horten, Larvik og Tønsberg.

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte om foretaket har en tilfredsstillende internkontroll i pasientforløp som bidrar til å sikre tilgjengelig og god behandling. Revisjonen har fokusert på de ulike faser i pasientforløpet, fra mottak av henvisning til avslutning av behandling. Dette for å kunne bekrefte om pasientforløp er underlagt tilstrekkelig styring og kontroll som sikrer måloppnåelse.

Anbefalingene i revisjonsrapporten har følgende styrke:

Tiltak anbefales:	Benyttes når det er eksplisitte krav eller mål nedfelt i styrende dokumenter, samt eksterne og interne regelverk.
Tiltak vurderes:	Benyttes når enheten selv har iverksatt ulike tiltak og fortsatt jobber med forbedringer og/eller hvor vi mener det kan være aktuelt å vurdere tiltak.
Tiltak ikke nødvendig:	Benyttes når vi har vurdert at de allerede har iverksatt aktiviteter som vil bidra til å sikre god internkontroll.

Revisjonsdirektøren vil i møte redegjøre nærmere for revisjonsarbeidet, funn og anbefalinger. Kopi av konsernrevisjonsrapport av 13.03.09 om pasientforløp ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling følger vedlagt, og det vises til denne for nærmere detaljer.

### 3. Handlingsplan forbedring av pasientforløp

Avdelingssjef ved BUPA har med utgangspunkt i foreløpig rapport av 01.03.09. fra konsernrevisjon Helse Sør-Øst, utarbeidet handlingsplan for de områder hvor revisjonen anbefaler og vurderer tiltak.

Avdelingssjef Inger M. Buene skriver sin redegjørelse av 13.03.09 bl.a. følgende:

*”Rapporten har i seg flere tiltak som anbefales eller vurderes nødvendig. Med forbehold om at den endelige rapporten ikke vil fravike i nevneverdig grad fra det vi er blitt gjort kjent med, vil vi i det nedenstående kort gjøre rede for avdelingens handlingsplan for å svare opp de nevnte forholdene.*

*Avdelingens ledelse vil sterkt ønske at revisjonens tilbakemelding skal bidra til at avdelingen oppnår sine overordnede mål, og at de enkelte tiltakene blir holdt opp mot en større sammenheng for å utvikle*

- *virksomme barne- og ungdomspsykiatriske tjenester til barn, unge og deres familier i Vestfold,*
- *en kultur med kontinuerlig fokus på kvalitetsutvikling og god ressursutnyttelse av personell og materiell*
- *en kultur for faglige nysgjerrige medarbeidere som bidrar til kontinuerlig fagutvikling og forskning*
- *et godt og attraktivt arbeidsmiljø med lavt sykefravær, hvor fagfolk trives og ønsker å bli*

*Det er et ønske at arbeidet videre vil forbedre oppfølgingsrutinene for å kvalitetssikre det ordinære pasientarbeidet. Dette bør også sikre at klinikernes hverdag blir lettere og at deres ressurser utnyttes på en best mulig måte i det direkte pasientarbeidet.*

*Den nedenstående handlingsplan har prioritert tiltak som anbefales. Deretter nevnes også tiltak på områder som revisjonen mener bør vurderes. Nr i parentes henviser til spørsmål som er belyst i rapporten.”*

#### **Handlingsplan:**

<b>A: Tiltak anbefales:</b>			
<b>Spørsmål som er belyst</b>	<b>Handlingsplan</b>	<b>Frist</b>	<b>Ansvar</b>
1. Selvmordskartlegging gjøres i vurderingsfasen – dokumentasjon (3.1.5)	Revidere mal for inntakssamtale	1.7.09	TR/EB
2. Kommunikasjon henviser/fastlege (3.1.7)	Oppdatere retningslinjer for å sikre rutinemessig tilbakemelding til fastlege.	1.7.09	MV
3. Behandlingsplaner utarbeides og dokumenteres etter utredning (3.2.1)	Revidere gjeldende mal. Fornyet informasjon til medarbeidere	1.6.09	RG
4. Pasienter behandles iht riktig diagnose – dokumentasjon av kvalitetssikring (3.2.3.) Det foretas evaluering av diagnose og behandling, og denne dokumenteres i journal (3.2.4)	Oppdatere gjeldende retningslinjer. Jevnlig gjennomgang med enhetsleder og i team.	1.7.09	EB/TR
5. Pasienttilgang og ressurser – planmessig avslutning? (3.3.1)	Oppdatere retningslinjer over pasientforløp. Revidere styringsoppfølgingen.	1.9.09	Poli- klinikk lederne

<b>A: Tiltak anbefales forts.:</b>			
<b>Spørsmål som er belyst</b>	<b>Handlingsplan</b>	<b>Frist</b>	<b>Ansvar</b>
6. Pasientene får nødvendig informasjon om IP? (3.3.2)	Info-brosjyre til pas. Info til nye behandlere. Oppdatere gjeldende rutiner.	1.7.09	MV
7. Interne avviksmeldinger er et fast tema og brukes i forbedringsarbeidet (3.4.7)	Undervisning i den enkelte poliklinikk. Samarbeide med kval.råd BUPA og kval rådgiver i PiV	1.1.20 10	Poliklinikk lederne / Avd sjef
8. Foretas det oppfølging i forhold til den enkelte medarbeider? (3.4.9)	Oppdatere retningslinjer: Min en gang pr 6 mnd pasientforløpssamtale enhetsleder - medarbeider ( status pasientene til den enkelte behandler, diagnose revidere, evaluering av tiltakseffekten). En gang årlig utviklingssamtale jf MUSIK	1.7.09	EB/TR

<b>B: Tiltak bør vurderes:</b>			
<b>Spørsmål som er belyst</b>	<b>Handlingsplan</b>	<b>Frist</b>	<b>Ansvar</b>
1. Tiltak for å hindre fristbrudd – Bedre bruk av styringsdata (3.1.4)	Tilstrebe at beskjed om time sendes ut i første brev til pas.	1.9.09	Poliklinikk Lederne
2. Innhenting ytterligere informasjon (3.1.8)	Samtykkeskjema for innhenting av informasjon gjennomgås rutinemessig ved oppstart.	1.7.09	Poliklinikk Lederne
3. Alle pasienter diagnostiseres etter retningslinjene – innen 6 tiltak (3.1.6)	Utarbeide styringssystem for automatisk varsling i PAPS innen 6 tiltak. Alternativt forbedre andre administrative tiltak.	1.10.0 9	Avd sjef /PAPS ansvarlig
4. Legemiddel forskrivning gjøres på en forsvarlig måte – dokumentasjon og prosedyre (3.2.2.)	Gjennomgang og evaluering av gjeldende rutiner i legegruppa for vurdering av evt behov for nye prosedyrer.	1.9.09	IMB
5. Det skrives epikrise innen 7 dager (3.3.3)	Revidere epikrisemal. Tilstrebe at epikrisen gjennomgås med pas i siste treff.	1.8.09	TR
6. Er du kjent med enhetens mål i forhold til ventetider, aktivitet og kvalitet? (3.4.1)	Evaluere aktuell informasjonsflyt for evt endringer.	1.10.0 9	Poliklinikk lederne/ Avd sjef
7. Er det satt spesifikke mål for deg i ditt arbeid? (3.4.2)	Revidere stillingsbeskrivelser	1.10.0 9	Avd sjef
8. Er du kjent med retningslinjer og prosedyrer for de ulike fasene i pasientforløpet? (3.4.3)	Tydeliggjøre og informere om gjeldende prosedyre.	1.10.0 9	Poliklinikk Lederne

<b>B: Tiltak bør vurderes forts.:</b>			
<b>Spørsmål som er belyst</b>	<b>Handlingsplan</b>	<b>Frist</b>	<b>Ansvar</b>
9. Er disse lett tilgjengelig? (3.4.4)	Opplæring i EQS	1.10.09	Avd sjef
10. Det var etablert faste møtefora for evaluering og oppfølging av oppnådd resultat i den poliklinikken du arbeider ved? (3.4.5) De nasjonale og regionale kvalitetsindikatorerne er et fast tema (3.4.6)	Dette vurderes å være ivaretatt i nåværende møtefora i poliklinikkene. I tillegg vektlegge enhetsleders oppfølging av den enkelte medarbeider.	-----	-----
11. Utnyttes ressursene hensiktsmessig? (3.4.8)	Jevnlig tema og høy bevissthet omkring dette blant lederne og i poliklinikkene. Månedlig gjennomgang for justeringer og tilpasninger. Grunnlaget for å avdekke ikke-hensiktsmessig ressursutnyttelse synes ivaretatt.	-----	----- -

Avdelingssjef Inger M. Buene vil være til stede i styremøte og redegjøre nærmere for handlingsplanen og arbeidet med gjennomføringen.

#### **4. Adm. direktørs bemerkninger**

Innretningen på denne type revisjonsarbeid er positiv og fungerer etter hensikten. Det gir foretaket en god sjekk og målvurdering på det arbeidet som utføres og hvor det er nødvendig å sette inn forbedringstiltak.

Det har under hele prosessen vært en god, åpen og tillitsfull dialog mellom direktøren for konsernrevisjon m/korps og avdelingsledelsen ved BUPA. Adm. direktør har også deltatt i et par møter og har vært holdt orientert under veis.

Fra BUPAs avd.sjef med lederteam har det også vært jobbet konstruktivt og aktivt i hele prosessen. Dette synliggjøres godt ved at det allerede før styret blir forelagt revisjonsrapporten foreligger det handlingsplan med forslag til tiltak.