



Konsernrevisjonen

Rapport 13/2017

**Revisjon av tverrfaglig spesialisert
rusbehandling - rettighetsvurderinger**

Private leverandører av TSB

Revisjonsperiode: Oktober – desember 2017

Konsernrevisjonen 28.2.2018



Introduksjon



Revisjonen er forankret i konsernrevisjonens revisjonsplan for 2017, vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF).

Målet for revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om private leverandører av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har etablert tilfredsstillende styring og kontroll for hele henvisningsprosessen, inkludert kvaliteten på rettighetsvurderingene.

Revisjonen har hatt følgende tre problemstillinger:

1. Er inntak av pasienter i tråd med gjeldende avtale med HSØ RHF?
2. Er det etablert internkontroll som skal sikre at rettighetsvurderinger gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav?
3. Vurderes henvisninger i tråd med prioriteringsveileder for TSB og andre relevante veiledere?

HSØ RHF har ytelsesavtaler med 21 private leverandører av TSB. Fire av disse er delegert myndighet til å utføre rettighetsvurderinger, og alle er omfattet av denne revisjonen.

Følgende leverandører er revidert:

- Incognito klinikk
- Blå Kors poliklinikk
- A-senteret
- Trasoppklinikken

Rapporten er bygd opp med konklusjoner og anbefalinger som er felles for alle fire leverandørene. Dette presenteres i kapittel en. Kontekst og tilnærming til revisjonen er beskrevet i kapittel to og tre. Observasjoner og vurderinger for den enkelte leverandør er beskrevet i kapittel fire, fem, seks og syv.

INNHold

1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Konklusjon	4
1.2 Anbefalinger	7

2. Kontekst

2.1 Avtaler med private leverandører innenfor TSB	8
2.2 Pasient- og brukerrettighetsloven	8
2.3 Prioriteringsveileder for TSB	9
2.4 Henvisningsprosessen	9
2.5 Vurderinger av henvisninger	10

3. Tilnærming

3.1 Metode	11
3.2 Revisjonsgrunnlag	12
3.3 Revisjonskriterier	12
3.4 Omfang og avgrensning	12
3.5 Gjennomføring av revisjonen	12

4. Incognito

4.1 Innledning	14
4.2 Observasjoner - inntak av pasienter	15
4.3 Observasjoner - internkontroll for henvisningsprosessen	16
4.4 Observasjoner - gjennomgang av rettighetsvurderingene	17
4.5 Vurderinger	19

5. Blå Kors poliklinikk

5.1 Innledning	22
5.2 Observasjoner - inntak av pasienter	23
5.3 Observasjoner - internkontroll for henvisningsprosessen	23
5.4 Observasjoner - gjennomgang av rettighetsvurderingene	25
5.5 Vurderinger	27

6. A-senteret

6.1 Innledning	30
6.2 Observasjoner - inntak av pasienter	31
6.3 Observasjoner - internkontroll for henvisningsprosessen	32
6.4 Observasjoner - gjennomgang av rettighetsvurderingene	33
6.5 Vurderinger	36

7. Trasopp

7.1 Innledning	39
7.2 Observasjoner - inntak av pasienter	40
7.3 Observasjoner - internkontroll for henvisningsprosessen	41
7.4 Observasjoner - gjennomgang av rettighetsvurderingene	42
7.5 Vurderinger	44

1. Konklusjoner og anbefalinger



1.1 Rettighetsvurderingene bør styrkes slik at de utføres i tråd med prioriteringsveilederne

For at pasientene skal få oppfylt sin rett til helsehjelp er det viktig at rettighetsvurderinger gjøres i tråd med nasjonale føringer og god faglig praksis. Resultatene fra revisjonen viser at det er et betydelig forbedringspotensial i leverandørenes praksis ved vurdering av henvisningene.

Revisjonen viser at de fire private leverandørene har prosedyrer, maler og standardbrev som skal sikre at rettighetsvurderingene gjennomføres i tråd med prioriteringsveileder for TSB. De administrative rutinene er gjennomgående gode, og svarbrev sendes til pasient og henviser innen ti dager. Likevel er det svakheter i etterlevelsen av føringene knyttet til både dokumentasjon og vurdering av henvisningene. Disse er gjennomgående for alle leverandørene, og er knyttet til følgende forhold:

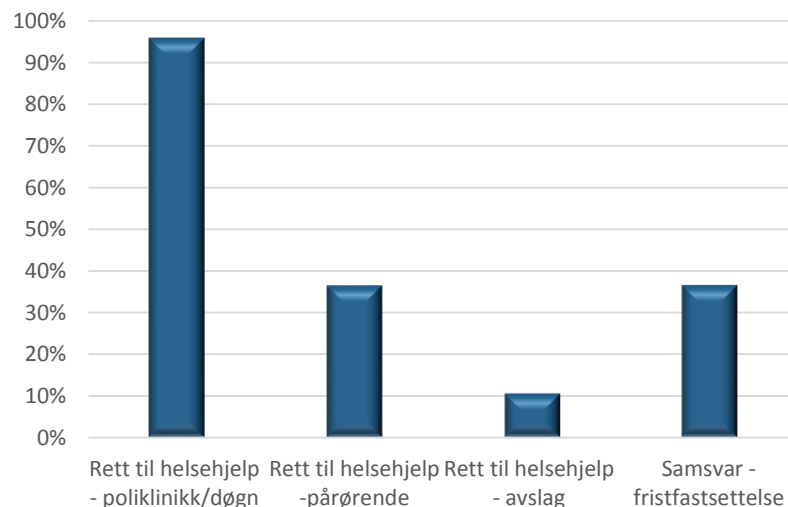
- Manglende dokumentasjon av rettighetsvurderingene
- Manglende vurdering av individuelle forhold ved fastsetting av faglig forsvarlig frist
- Pårørende gis rett til helsehjelp uten at det er dokumentert et selvstendig behov for helsehjelp
- Pasienter med alvorlige tilstander vurderes til ikke å ha rett til helsehjelp

Revisjonen viser også at ytelsesavtalene for tre av leverandørene ikke er presise i beskrivelsen av pasientgruppen som også er pårørende. Felles for alle avtalene er at de fremstår noe foreddet.

Konsernrevisjonen har totalt undersøkt 149 henvisninger. Utfallet av vurderingene er beskrevet som samsvar/ikke samsvar mellom konsernrevisjonen og vurderingsteamene.

I de store pasientgruppene på poliklinikk og døgn er det i all hovedsak samsvar om pasienter som har fått rett til helsehjelp. For pasientgruppene pårørende og pasienter som har fått avslag er det imidlertid store forskjeller i vurderingene.

Figuren under beskriver resultater fra vår journalgjennomgang, og viser grad av samsvar for vurdering av rett til helsehjelp i ulike kategorier og samsvar ved vurdering av fristfastsettelse.



Figur 1: Andel samsvar av rettighetsvurdering og fristfastsettelse



Manglende dokumentasjon av rettighetsvurderingene

Helsepersonelloven § 40 sier at pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. En godt dokumentert rettighetsvurdering gir retning for videre behandling av pasienten, og vil være nyttig informasjon for de som mottar pasienten til utredning eller behandling. Den vil også være nyttig hvis pasienten blir henvist på nytt.

Revisjonen viser svakheter knyttet til dokumentasjon av vurderinger og vedtak som fattes i vurderingsmøtene for alle leverandørene. Begrunnelse om avslag for rett til helsehjelp gis i svarbrev, men dokumenteres i liten grad i løpende journal. I enkelte tilfeller krysses det av for at kost-nytte er vurdert, men vurderingen begrunnes ikke. Individuelle forhold og alvorlighetsgrad er i svært liten grad dokumentert.

Manglende dokumentasjon av begrunnelse for forventet nytte og kostnadseffektivitet gjør det vanskelig å vite hva rettighetsvurderingene bygger på. Av de gjennomgåtte henvisningene er det utfordrende å se indikasjoner for valg av behandlingsnivå for flere av sakene.

Manglende dokumentasjon vil redusere sporbarheten for hvilke vurderinger som er lagt til grunn. Når denne mangler kan det være en risiko for at vesentlig informasjon ikke blir tatt hensyn til i planlegging av behandlingen. Manglende dokumentasjon av begrunnelse ved avslag om rett til helsehjelp er også en risiko for leverandørene ved eventuelle klage- og erstatningssaker.

Manglende vurdering av individuelle forhold ved fastsetting av faglig forsvarlig frist

For pasienter som ble innvilget rett til helsehjelp viser journalgjennomgangen at konsernrevisjonen vurderer kortere frist i 61 av 95 henvisninger.

Prioriteringsveilederen for TSB gir oversikt over individuelle forhold som skal vurderes før faglig forsvarlig frist fastsettes for den enkelte pasient. Individuelle forhold kan tilsi at frist blir annerledes enn det som er anbefalt på gruppenivå for den tilstandsgruppen pasienten tilhører.

Revisjonen viser at leverandørene i stor grad benytter veiledende frister for den enkelte tilstandsgruppe som pasienten vurderes å tilhøre, og at det i liten grad har blitt tatt hensyn til individuelle forhold ved vurdering av alvorlighetsgrad og fastsettelse av faglig forsvarlig frist.

Revisjonen viser at pasienter ofte tas raskere inn til utredning eller behandling enn fastsatt frist. Dersom det er slik at dette reflekterer pasientens behov for rask behandling, burde dette fremgå i fristfastsettelsen under vurderingsmøtet.

Konsekvensene av manglende vurdering av individuelle forhold kan være at pasientene får startet helsehjelp senere enn hva behovet tilsier. Flere henvisninger ga opplysninger om reaktivert av tidligere tilstander. Vi ser også at pasientens psykisk lidelse er underkjent i enkelte saker, og settes som et sekundært problem i forhold til pasientens ruslidelse. Dette gjelder også for pasientenes somatiske tilleggsproblematikk. Felles er at det er risiko for forverring av pasientens helsetilstand.



Pårørende gis rett til helsehjelp uten at det er dokumentert et selvstendig behov for helsehjelp

Konsernrevisjonens vurderinger er ikke i samsvar med vurderingsteamene om rett til helsehjelp i 21 av 33 undersøkte henvisninger. I perioden for journaluttrekk har de fire leverandørene totalt gitt rett til helsehjelp til 150 pårørende.

Å gi pårørende uten selvstendig behov for helsehjelp pasientstatus innebærer også at virksomhetene får økonomisk kompensasjon for oppgaver som spesialisthelsetjenesten i utgangspunktet har plikt til å yte uten særskilt vederlag.

Revisjonen har vist at leverandørene i stor grad gir rett til helsehjelp til pårørende uten at henvisningene inneholder helseopplysninger som gir tilstrekkelig grunnlag for å gjøre en rettighetsvurdering.

Noen henvisninger av pårørende inneholder opplysninger om mulige alvorlige psykiske symptomer. Vurderinger av dette er i liten grad dokumentert. Det har også i liten grad påvirket fristfastsettelsen. Konsekvensene kan da være at pasientene ikke får en vurdering ut fra eget behov for helsehjelp, og at det dermed ikke iverksettes tiltak for utredning og behandling. I motsatt fall er det risiko for at personer som ikke har et selvstendig behandlingsbehov får pasientstatus, når det i utgangspunktet er råd og veiledning den pårørende har behov for.

Pasienter med alvorlige tilstander vurderes til ikke å ha rett til helsehjelp

Konsernrevisjonens vurderinger er ikke i samsvar med vurderingsteamene i 34 av 38 undersøkte henvisninger. I perioden for journaluttrekk har de fire leverandørene totalt gitt avslag om rett til helsehjelp til 71 pasienter.

Henvisningene omhandlet i stor grad pasienter med langvarig rusmiddelavhengighet, og for flere var det fare for reaktivering av rusmiddelavhengighet. Flere hadde i tillegg somatiske og psykiske lidelser som tilsa rask behandling. Å avslå en henvisning på feil grunnlag kan medføre at pasienter ikke får behandling på det nivå lidelsen tilsier, eller at pasienten ikke får behandling i det hele tatt.

Konsernrevisjonens vurdering er at flere av pasientene burde vært viderehenvist eller videresendt til rett instans. I flere tilfeller returneres henvisningene til henviser med anmodning om at disse bør sendes annen instans. Denne praksisen kan medføre risiko for brudd i pasientforløpet da leverandørene ikke får informasjon om videre forløp for pasienten. De kan dermed miste kontrollen med om pasienten blir ivaretatt eller ikke.

Leverandørene har en avslagsprosent på 4,9 % i vår uttrekksperiode. Selv om avslagsprosenten kan synes lav, kan det være risiko for at personer med alvorlige tilstander ikke får den helsehjelp de har behov for.



1. 2 Anbefalinger

Revisjonen viser at det er behov for å styrke arbeidet med å sikre at rettighetsvurderingene gjennomføres i tråd med prioriteringsveileder for TSB. Anbefalingene gjelder for alle de fire leverandørene.

Konsernrevisjonen anbefaler at hovedfokuset i forbedringsarbeidet etter revisjonen bør være følgende:

- Etablere oversikt over risiko for hvor det kan oppstå svikt og mangler i henvisningsprosessen
- Rettighetsvurderingene bør omfatte hele TSB-feltet slik at man sikrer gode rutiner for pasienter som skal henvises videre
- Forsterke arbeidet med å sørge for tilstrekkelig journalføring av rettighetsvurderingene
- Sikre at rettighetsvurderingene gjenspeiler individuelle forhold ved fastsetting av faglig forsvarlig frist
- Sikre at pårørende blir vurdert ut fra helseopplysninger som tilsier et selvstendig behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

2. Kontekst

2.1 Avtaler med private leverandører innenfor TSB

Samarbeidet med de private leverandørene er regulert gjennom rammeavtale og årlige ytelsesavtaler.

Rammeavtalene er en kontrakt mellom HSØ RHF og de private leverandørene av TSB. Rammeavtalen har som formål å utvikle en samhandling preget av forutsigbarhet, effektivitet, god ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestene til beste for pasienten. Avtalene inneholder bestemmelser om pris og betaling. Rammeavtalene beskriver at kontraktssummen blir avkortet dersom gjennomsnittlig belegg er lavere enn 95 %. Det foretas avregning hvert år etter utløpet av kalenderåret. Det ytes ikke overføringer for leveranser over 100 %.

Ytelsesavtalene mellom HSØ RHF og de private leverandørene er en del av rammeavtalen og beskriver fagområder, fordeling av konsultasjonstyper, pasientgrupper og behandlingstilbud. Ytelsesavtalen inngås for et år av gangen. Avtalene definerer omfang for de tjenestene som skal leveres og konkretiserer disse i volum for antall kliniske konsultasjoner og behandlingsdøgn.

De private leverandørene leverer månedlige aktivitetsrapporter til HSØ RHF. Aktivitetsrapporteringen skal være basert på faktisk produserte tjenester og at resultatene av disse er i tråd med ytelsesavtalen for den enkelte virksomhet.

2.2 Pasient og brukerrettighetsloven

Pasient og brukerrettighetslovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Med dette menes at befolkningen skal sikres helse og omsorgstjenester uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status.

Fra 1. november 2015 ble det gjort endringer i pasient og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften som medførte blant annet:

- Vurderingsfristen reduseres fra 30 til 10 virkedager
- Alle pasienter med behov for spesialisert helsehjelp blir rettighetspasienter, og skal ha juridisk frist for oppstart av helsehjelpen
- Pasienter som skal ha helsehjelp skal gis et tidspunkt for oppmøte i svarbrevet på henvisningen
- Helseforetakene skal på eget initiativ kontakte Helfo pasientformidling ved fristbrudd





2.3 Prioriteringsveileder for TSB

Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få en faglig vurdering av sin helsetilstand, og prioriteringsveilederne skal legges til grunn ved vurdering av henvisningene.

TSB har en egen prioriteringsveileder. Denne ble revidert høsten 2015 som følge av lovendringene. Prioriteringsveilederen har status som faglig veileder og er, som direktoratets øvrige veiledere, ikke bindende for tjenesteyteren. Prioriteringsveilederen beskriver imidlertid nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverk. Prioriteringsveilederen gir også uttrykk for den felles oppfatningen som Helse direktoratet og de regionale helseforetakene har om god faglig praksis i prioriteringsarbeidet. Dersom tjenesten velger en annen praksis enn den som foreslås i prioriteringsveilederen, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

Prioriteringsveilederen for TSB gir råd om tildelinger av rettighetsstatus og maksimumsfrist for start helsehjelp for ulike tilstandsgrupper innen TSB. I prioriteringsveilederen gis det anbefalinger om rettigheter på gruppenivå. Prioriteringsveilederen gir også oversikt over individuelle forhold som skal vurderes før faglig forsvarlig frist blir bestemt for den enkelte pasient. Individuelle forhold kan tilsi at rettighet og frist blir annerledes enn det som er anbefalt på gruppenivå for den tilstandsgruppen pasienten tilhører.

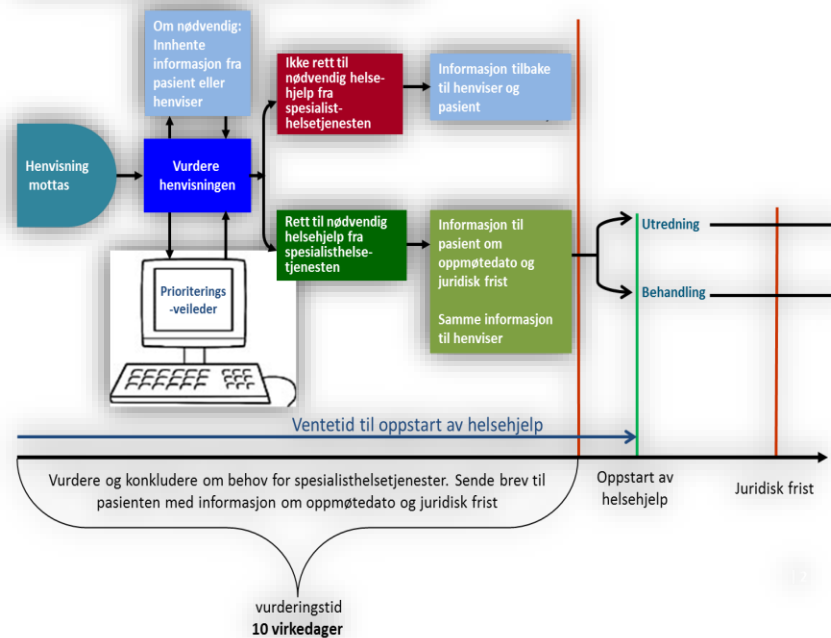
2.4 Henvisningsprosessen

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven stiller krav til god organisering av alle ledd i henvisningsprosessen: Registrere mottatt henvisning, beslutte tilbud om helsehjelp, fastsette juridisk bindende frist og starte helsehjelp.

Ansiennitetsdato er dato for første mottak av en henvisning til spesialisthelsetjenesten og ventetid måles som antall dager fra mottak av henvisningen fram til oppstart av helsehjelp.

Helse direktoratet har utarbeidet følgende figur som viser henvisningsforløpet etter endringene i pasient- og brukerrettighetsloven 2015.

Henvisningsforløp – etter endringer



Figur 2: Henvisningsforløpet



2.5 Vurdering av henvisninger

Henvisninger til TSB skal vurderes av et tverrfaglig spesialisert team som skal være sammensatt slik at sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig kompetanse er ivaretatt, hvorav lege eller psykolog må være spesialist. Vurderingsteamet skal vurdere henvisningen og vurdere om pasienten har rett til behandling eller utredning, hvilken tilstandsgruppe pasienten tilhører, gjøre en kost – nyttevurdering, samt vurdere individuelle forhold og alvorlighetsgrad. Hvis den totale vurderingen tilsier dette, har pasienten rett til helsehjelp, enten i poliklinikk eller i døgnavdeling.

Når henvisningen av en pasient med sammensatte problemer mottas, må det raskt foretas en første vurdering av om TSB skal vurdere pasientens totale tilstand eller om enkelte deler av henvisningen skal videreformidles til andre deler av spesialisthelsetjenesten. Hovedregelen bør være at TSB selv foretar denne videreformidlingen eller innhenter annen kompetanse i vurderingen.

Etter endringene i prioriteringsveilederen for TSB i 2015 ble pårørende tatt ut som egen tilstandsgruppe og erstattet med følgende tre kriterier:

- Pårørende som en aktiv del av pasientens behandlingsnettverk
- Pårørende med belastninger, plager og bekymringer knyttet til pasient med rusmiddelproblemer/avhengighetstilstand. De kan selv ha behov for råd/veiledning eller behov for pårørendeopplæring
- Pårørende med egne behandlingsbehov som følge av eller parallelt med belastninger knyttet til et familiemedlem med problematisk rusmiddelbruk eller en avhengighetstilstand

Det er høyere forekomst av psykiske og fysiske plager hos pårørende, og de må vurderes med tanke på behandlingsbehov som alle andre som henvises til spesialisthelsetjenesten. Denne hjelpen kan ytes i TSB som har erfaring med å gi hjelp til pårørende til personer med rusmiddelproblemer.

Når pårørende har egne behandlingsbehov, kan det være aktuelt å benytte prioriteringsveileder for psykisk helse. Dette for å definere tilstand, vurdere alvorlighetsgrad og fastsette frist.

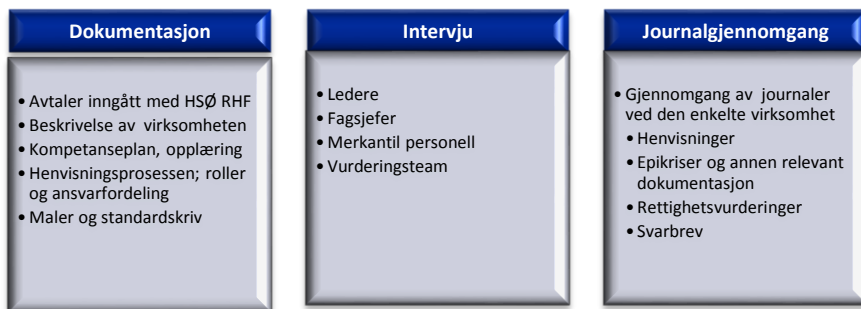
Hvis det ikke foreligger opplysninger om helsetilstanden i henvisningen som tilsier utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten, og den som vurderer henvisningen ikke har mistanke om at henvisningen er mangelfull, vil utfallet av rettighetsvurderingen bli at pasienten ikke har behov for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det må da gå informasjon tilbake til pasient og henviser om dette. Der det er naturlig må den som har henvist få veiledende faglig tilbakemelding.

3. Tilnærming



3.1 Metode

Revisjonen er gjennomført ved dokumentgjennomgang, intervjuer og testing av rettighetsvurderingene gjennom journalgjennomgang. Dette for å belyse hvordan leverandørene har sikret at henvisningsprosessen er i henhold til lover og forskrifter:



Figur 3: Metoder i revisjonen

Oversikt over intervjuer og dokumentasjon fremgår under den enkelte virksomhet.

Vi har bedt om et uttrekk fra pasientlistene i Rusdata for perioden 1. november 2017 og fortløpende bakover i tid til 1. november 2016, fordelt på kategoriene videreformidlet, poliklinikk/døgn, pårørende og avslag/ikke rett til helsehjelp.

Fra hver virksomhet ba vi om fem henvisninger som var videresendt, og ti henvisninger for hver av de øvrige kategoriene. Der virksomhetene ikke kunne frembringe det antallet vi ba om, testet vi de henvisningene som var mottatt i perioden.

Journalgjennomgangen ble gjennomført med spesialistkompetanse i revisjonsteamet, og er gjennomført med utgangspunkt i henvisninger, epikriser og annen relevant journalført informasjon om pasienten.

Utfallet av konsernrevisjonens vurderinger er beskrevet som samsvar/ikke samsvar om rett/ikke rett til helsehjelp og ved fastsettelse av faglig forsvarlig frist.

Resultater fra journalgjennomgangen er beskrevet i delkapitlene for den enkelte virksomhet. Totalt ble 1454 pasienter henvist til de fire institusjonene, og 1122 pasienter ble rettighetsvurdert i virksomhetene. Revisjonen har undersøkt 149 av disse.

Tabellen under viser oversikt over det samlede antall henvisninger virksomhetene mottok i uttrekksperioden, fordelt på de ulike kategoriene som er undersøkt. Kategoriene poliklinikk/døgn og pårørende omfatter pasienter som har fått rett til helsehjelp.

	Samlet antall	Testet
Viderehenvist	10	8
Pårørende	150	33
Poliklinikk/døgn	891	70
Ikke rett til helsehjelp	71	38

Tabell 2: Antall mottatte henvisninger



3.2 Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget er utledet fra krav og føringer som er angitt i lover, forskrifter og gjennom spesifikke krav gitt til leverandørene:

- Pasient – og brukerrettighetsloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Helsepersonelloven
- Prioriteringsforskriften
- Journalforskriften
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten
- Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten
- Avtaler inngått med leverandørene
- Interne administrative og faglige retningslinjer

3.3 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn:

- Internkontrollen inkluderer planlegging, rapportering, evaluering og oppfølging av henvisningsprosessen
- Styrende dokumenter beskriver krav til rett kompetanse for å sikre at rettighetsvurderinger gjøres i henhold til lov og forskrift
- Leveransen skal være i henhold til definert belegg, målgruppe og behandlingstilbud som beskrevet i ytelsesavtalene med HSØ
- Rettighetsvurderingene utføres i tråd med prioriteringsveileder for TSB.
- Virksomheten gir tilstrekkelig informasjon til pasienten

3.4 Omfang og avgrensning

Revisjonen er begrenset til kun å undersøke henvisningsprosessen og har ikke undersøkt andre deler av pasientforløpet.

Revisjonen har omfattet:

- Henvisningsprosessen fra henvisning er mottatt til svar er sendt pasient og henviser
- Vurdering av i hvilken grad avdekkende svakheter fra krav og føringer påvirker forsvarligheten i tjenestene som gis

Revisjonen har ikke omfattet:

- Registreringspraksis
- Ventelistehåndtering
- HSØ RHF sin oppfølging og styring av de private leverandørene

3.5 Gjennomføring av revisjonen

Revisjonen ble gjennomført i perioden oktober – desember 2017. Det ble avholdt innledende møter med virksomhetene for å planlegge gjennomføringen av revisjonen og å innhente relevant informasjon. Etter at dokumentgjennomgang, intervjuer og journalgjennomgang var gjennomført, ble det avholdt møter med den enkelte leverandør for å gjennomgå konsernrevisjonens funn og verifisere fakta.

For å tilrettelegge for læring- og forbedring ble det for en leverandør gjennomført et ekstra møte for å utdype resultater fra journalgjennomgangen. I forbindelse med verifiseringen ble vi informert om at det allerede har blitt tatt initiativ til å iverksette forbedringstiltak hos leverandørene.



4. Incognito



4.1 Innledning



Kort om Incognito

Stiftelsen Incognito klinikk er en korttidsinstitusjon og poliklinikk for rusmiddelavhengige kvinner og menn. Klinikken er selveid og livssynsnytral, og er en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Klinikken er ISO 9001 sertifisert etter standarden for god kvalitetsstyring. Incognito tilbyr poliklinisk behandling og har 21 døgnplasser.

Klinikkens primære målgruppe er kvinner og menn med alkohol- og medikamentproblemer. Pasienter som bruker illegale rusmidler får også behandling ved klinikken. Det er et eget tilbud for pårørende.

I 2016 hadde klinikken 23,11 årsverk fordelt på 29 ansatte.

Virksomheten har Rusdata som sitt pasientadministrative system.

Metode

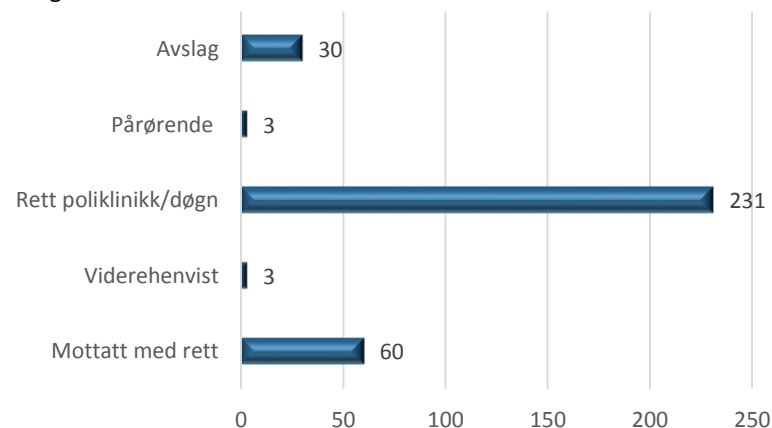
Revisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter, intervjuer og testing av rettighetsvurderingene gjennom journalgjennomgang.

Revisjonen har gått gjennom klinikkens styrende dokumenter, prosedyrer, aktivitetsrapporter og standardskriv/maler som er relevante for denne revisjonen.

Revisjonen har intervjuet institusjonssjef, fagsjef, kontorleder og tverrfaglig vurderingsteam.

Revisjonen har gått gjennom henvisninger fra perioden 1. oktober 2016 til 1. oktober 2017 fordelt på kategoriene videreformidlet, poliklinikk/døgn, pårørende og avslag/ikke rett til helsehjelp.

I uttrekksperioden mottok Incognito 324 henvisninger totalt. Figuren under viser fordelingen av henvisningene i perioden fordelt på de ulike kategoriene.



Figur 4: Antall henvisninger i uttrekksperioden

264 pasienter ble rettighetsvurdert i perioden, og vi har vurdert 36 av disse: 20 henvisninger døgn/poliklinikk og ti henvisninger der det ble gitt avslag på rett til helsehjelp. For viderehenviste og pårørende har vi vurdert tre henvisninger i hver kategori.

4.2 Observasjoner - inntak av pasienter



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Er inntak av pasienter i tråd med gjeldende avtale med HSØ RHF?

Pasientgrupper

Ytelsesavtalen og klinikkens kvalitets- og internkontrollhåndbok beskriver begge hvilke pasientgrupper som skal tilbys behandling ved Incognito, og hvilken behandling den enkelte pasientgruppe skal tilbys.

Pasientgruppene deles inn i fire, hvor av tre omfatter pasienter som har et avhengighetsproblem av ulike typer rusmidler eller tableter. Den siste pasientgruppen omhandler pårørende som skal tilbys råd og veiledning for bedre å mestre sin livssituasjon som pårørende til en rusmiddelavhengig.

Ytelsesavtalen beskriver at pasienter som misbruker illegale rusmidler er en målgruppe, men dette er ikke beskrevet i kvalitets- og internkontrollhåndboken.

Belegg

For 2017 er det inngått avtale med HSØ RHF om å levere 7 665 behandlingsdøgn, som tilsvarer 21 døgnplasser. På grunn av at innsatsstyrt finansiering (ISF) skal innføres i 2018 spesifiserer ikke ytelsesavtalene for 2017 leveransekrav for gruppe- og familiebehandling, men virksomhetene har fått en rammeoverføring basert på oppnådde resultater i 2016.

I 2017 var antall polikliniske konsultasjoner 17 % lavere enn avtalt leveranse med HSØ RHF. Rammeavtalene beskriver at kontraktssummen blir avkortet dersom gjennomsnittlig belegg er lavere enn 95 %. Klinikken fikk også en avkortning av kontraktssummen i 2016 på grunn av dette.

Aktivitetsrapporten for 2017 viser at det gjenstår 274 behandlingsdøgn for å oppnå forventet volum for året og at det mangler 782 konsultasjoner for poliklinikk.

Tabellen under sammenfatter tall fra ytelsesavtalen, og status fra aktivitetsrapporteringen til HSØ i 2016 og 2017.

	Døgn	Poliklinikk
Avtale 2017	7665	3640
Resultat 2017	96,4 %	83,0 %
Resultat 2016	102 %	87,2 %

Tabell 3: Resultater Incognito 2016 og 2017

4.3 Observasjoner - internkontroll for henvisningsprosessen



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Er det etablert internkontroll som skal sikre at rettighetsvurderingene gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav?

Styring og oppfølging

I kvalitetssystemet har klinikken en kvalitet - og internkontrollhåndbok som beskriver styringsstrukturen ved Incognito. Gjennom rapportering følger klinikken opp flere indikatorer, blant annet belegg, fristbrudd og ventetider. Status for disse indikatorene tas opp regelmessig i klinikkens ledermøter.

I kvalitetshåndboken beskrives det at klinikken gjennomfører og oppdaterer risiko - og sårbarhetsanalyser, og at det utarbeides årlig en internrevisjonsplan som godkjennes av styret. Det har ikke blitt gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse for henvisningsprosessen, og det har heller ikke blitt utført interne revisjoner eller evalueringer på dette området.

Kompetanse

Incognito har prosedyren «Kompetanse» der det legges til rette for at medarbeidere skal tilegne og utvikle kompetanse slik at de kan utøve sine oppgaver på en tilfredsstillende måte. Både kontorleder og vurderingsteam bekrefter at opplæring gis, og at det er en forventning om deltagelse på interne og eksterne kurs som er relevante for dette området.

Klinikken deltar i regelmessige møter med de andre A-klinikkene i Oslo-området med mål om å utveksle erfaringer om praksis. De deltar også på kurs i regi av nasjonal kompetansetjeneste for TSB ved OUS med mål om kompetanseheving for blant annet å redusere uønsket variasjon av rettighetsvurderingene.

Henvisningsprosessen

I «Prosedyre for vurderingsteam» beskrives roller, oppgaver og ansvar for henvisningsprosessen. Merkantil personell har ansvar for å registrere mottatte henvisninger i postjournal og pasientopplysninger i Rusdata. De skal også sende svarbrev til pasient og henviser når pasienter har fått rett til helsehjelp. Leder av vurderingsteamet sender avlagsbrevene med begrunnelse for avslag og informasjon om klagerett. For å sikre riktige opplysninger i svarbrev benyttes standard maler.

Psykologspesialist og leder av vurderingsteamet kontrollerer fortløpende henvisningene for vurdering av hastegrad, og det avholdes vurderingsmøter to ganger i uken.

Klinikken har en mal som skal benyttes i den enkelte rettighetsvurdering. Oppsettet legger til rette for at resultatet av rettighetsvurderingene skal dokumenteres og begrunnes i tråd med prioriteringsveileder for TSB.

Revisjonen viser at det ikke er føringer for at det skal dokumenteres i journal hvem som har deltatt i den enkelte vurdering. Videre fremkommer det at klinikken mangler beskrivelse av indikasjoner for valg av behandlingsnivå.

4.4 Observasjoner - gjennomgang av rettighetsvurderingene

I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Vurderes henvisninger i tråd med veileder for TSB og andre relevante veiledere?

Gjennomgående observasjoner for alle rettighetsvurderingene

Konsernrevisjonen har gjennomgått 36 henvisninger. Gjennomgangen viser at det ikke er samsvar om rett/ikke rett til helsehjelp i 20 av sakene.

Av totalt 26 saker i utvalget der Incognito har gitt rett til helsehjelp, har konsernrevisjonen ulik vurdering av frist i 16 av sakene. Incognito benytter i hovedsak veiledende frister med utgangspunkt i prioriteringsveileder for start helsehjelp. Fristen er forkortet av konsernrevisjonen i samtlige saker.

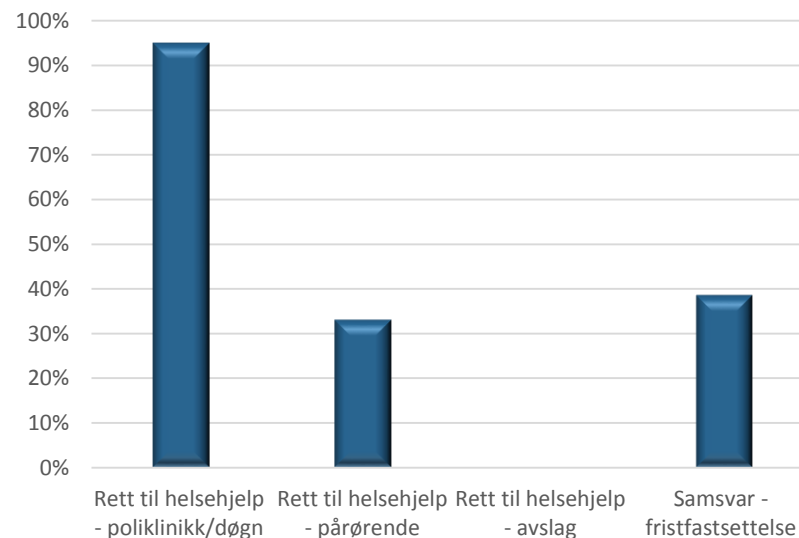
For pasienter som har fått rett til helsehjelp er det opprettet journalnotat med utgangspunkt i mal for rettighetsvurdering. Alle svarbrev er sendt innen fristen på ti dager.

Gjennomgåtte journalnotater manglet i hovedsak dokumentasjon på vurderinger av følgende forhold:

- Kost/nytte er krysset av, uten at det er dokumentert begrunnelse
- Individuelle forhold ved vurdering av alvorlighetsgrad og fastsettelse av faglig forsvarlig frist

Det er ikke dokumentert hvem som deltok i rettighetsvurderingene.

Figuren under beskriver resultater fra vår journalgjennomgang, og viser grad av samsvar for vurdering av rett til helsehjelp i ulike kategorier og samsvar ved vurdering av fristfastsettelse.



Figur 5: Andel samsvar av rettighetsvurdering og fristfastsettelse



Viderehenviste

Konsernrevisjonen har gått gjennomgått tre saker i denne kategorien. For disse tre pasientene er det samsvar om rett til helsehjelp. Imidlertid vurderes to saker til ikke å være i denne kategorien, da viderehenvisningen skjedde etter at rettighetsvurderingen var gjennomført.

En pasient ble viderehenvist for LAR behandling. Konsernrevisjonen vurderer at pasienten burde fått substitusjonsbehandling ved Incognito. For to av pasientene vurderte konsernrevisjonen en hastegrad som tilsa to uker der vurderingsteamet kom frem til 12 uker.

Poliklinikk/døgn

Revisjonsteamet har gått gjennom 20 rettighetsvurderinger i denne kategorien. Det er ikke samsvar om rett til helsehjelp for en av disse.

Det er ikke samsvar mellom konsernrevisjonen og vurderingsteamet om vurdering av faglig forsvarlig frist for oppstart av helsehjelp for 13 pasienter. Seks av pasientene ble av konsernrevisjonen vurdert til å ha en alvorlighetsgrad som tilsier to ukers frist.

Pårørende

Konsernrevisjonen har vurdert tre henvisninger i denne gruppen. Det er ikke samsvar om rett til helsehjelp for to av disse.

For pasienten der det var samsvar, var konsernrevisjonens vurdering at det burde bli gitt fire uker frist med utgangspunkt i prioriteringsveileder for psykisk helse. Vurderingsteamet vurderte fristen til 12 uker.

For de to øvrige henvisningene var det ikke opplysninger i henvisningene som underbygget et behov for selvstendig helsehjelp. De pårørende burde fått tilbud om informasjon, veiledning og eventuelt pårørendekurs.

Avslag - ikke rett til helsehjelp

Konsernrevisjonen har gått gjennom ti saker i denne kategorien, og vurderer at ingen av pasientene burde fått avslag om rett til helsehjelp.

Konsernrevisjonen la til grunn følgende i sin vurdering:

- For seks av henvisningene burde pasientene fått rett til helsehjelp ved Incognito. For fem av disse var tilstanden alvorlig, og de burde fått helsehjelp innen to uker
- To pasienter var ikke i målgruppen. Disse burde ikke blitt rettighetsvurdert ved Incognito, og henvisningene skulle vært videresendt
- En pasient hadde rett til helsehjelp i psykisk helsevern og skulle vært viderehenvist
- En pasient ble vurdert til ha en kombinert alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, og var således ikke i målgruppen. Pasienten burde blitt videresendt psykisk helsevern

For åtte pasienter finnes begrunnelse for avslag i svarbrev, men dette er ikke dokumentert i løpende journal.

4.5 Vurderinger



Inntak av pasienter

Konsernrevisjonen vurdering er at inntak av pasienter i all hovedsak er i tråd med ytelsesavtalen for gruppen døgnet og poliklinikk. Imidlertid har Incognito i uttrekksperioden gitt avslag på 30 henvisninger. Konsernrevisjonen vurderte ti av disse og konkluderte med at alle burde fått rett til helsehjelp.

Incognito leverte lavere volum av polikliniske konsultasjoner enn avtalesfestet for 2016, og fikk en avkorting på grunn av dette. Aktivitetsrapporten for desember 2017 viser tilnærmet samme resultat. Hvis vi ser dette i sammenheng med blant annet virksomhetens håndtering av pasienter som får avslag, er det mulig Incognito vil kunne ha et større potensiale for å kunne oppnå noe høyere volum ved å tydeliggjøre avslagskriterier for denne gruppen. Konsernrevisjonen vurderer også at det vil være hensiktsmessig å finne årsaken til at beleggsprosenten ikke er innfridd, for videre å ta stilling til om krav til leveranse er i tråd med behovet.

Ytelsesavtalen beskriver pårørende som pasientgruppe i tråd med tidligere prioriteringsveileder, der pårørende var definert som egen tilstandsgruppe. Dette kan innebære en risiko for at det kan bli utydelig hvordan denne gruppen skal forstås og håndteres.

Incognito mottok kun tre henvisninger for pårørende i uttrekksperioden. Antallet er ikke tilstrekkelig for at konsernrevisjonen kan gjøre en fullstendig vurdering av Incognitos praksis for å håndtere pårørende som også har et selvstendig behov for helsehjelp.

Internkontroll for henvisningsprosessen

Incognito har i all hovedsak etablert internkontrolltiltak som skal sikre at rettighetsvurderinger gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav. Det er prosedyrer, maler og standardbrev som på en tilfredsstillende måte legger til rette for hvordan henvisningsprosessen skal gjennomføres.

Konsernrevisjonen vurdering er imidlertid at det er betydelige svakheter ved Incognitos praksis med rettighetsvurderinger, og dette indikerer et behov for å styrke internkontrollen på flere områder.

Incognito har tilrettelagt for at medarbeidere kan tilegne seg relevant kunnskap om rettighetsvurderinger, men når det er svakheter i vurderingen av henvisningene er det grunn til å stille spørsmål om kompetansen knyttet til rettighetsvurderinger bør styrkes. Manglende kompetanse medfører risiko for feil, eksempelvis rett/avslag og vurderinger av alvorlighetsgrad for fristfastsettelse.

Selv om Incognito har føringer for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser er det ikke blitt utført evalueringer eller interne revisjoner av henvisningsprosessen. Konsekvensen av manglende oversikt kan være at ledere og annet fagpersonell ikke får tilstrekkelig innsikt i områder der det er fare for svikt. Ved å gjennomføre evalueringer på området vil svakheter oppdages og tiltak kan iverksettes slik at uheldig praksis kan rettes opp.



Gjennomgang av rettighetsvurderinger

Revisjonen viser at Incognito har et betydelig forbedringspotensial for å vurdere henvisninger i tråd med veileder for TSB og andre relevante veiledere.

Som beskrevet i hovedkonklusjonen viser revisjonen i all hovedsak gjennomgående svakheter ved rettighetsvurderingene for de fire virksomhetene som er revidert. Det er derfor utarbeidet felles vurderinger og beskrivelse av risiko som er beskrevet i kapittel en.

Vurderingene er begrunnet med følgende:

- Manglende dokumentasjon av rettighetsvurderingene
- Manglende vurdering av individuelle forhold ved fastsetting av faglig forsvarlig frist
- Pårørende gis rett til helsehjelp uten at det er dokumentert et selvstendig behov for helsehjelp.
- Pasienter med alvorlige tilstander vurderes til ikke å ha rett til helsehjelp

Tabellen oppsummerer resultatene etter journalgjennomgangen ved de fire private leverandørene. Grønn farge indikerer god praksis, gul farge at det er et forbedringspotensial, og rødt at praksis ikke er tilfredsstillende.

Undersøkt	Vurdering
Rett til helsehjelp - poliklinikk/døgn	Manglende samsvar i 1 av 20 saker
Rett til helsehjelp-pårørende	Manglende samsvar i 2 av 3 saker
Rett til helsehjelp - avslag	Manglende samsvar i 10 av 10 saker
Avslag begrunnet i journal	Mangler i 10 av 10 saker
Kost - nyttevurdering	Vurdering dokumenteres ikke
Individuelle forhold	Vurdering dokumenteres ikke
Fristfastsettelse	Manglende samsvar i 16 av 26 saker
Svarbrev sendt innen 10 dager	Alle svarbrev sendt innen frist
Svarbrevets innhold	I henhold til gitte krav i samtlige brev

Tabell 4: Oppsummering Incognito - journalgjennomgang



5. Blå Kors poliklinikk



5.1 Innledning



Kort om Blå Kors poliklinikk

Blå Kors Øst AS består av døgneklinikkene Eina og Slemdal samt Poliklinikk Oslo. Klinikken har hver for seg selvstendige driftsavtaler med HSØ RHF. Poliklinikken er en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Behandling ved Blå Kors poliklinikk skjer individuelt, i grupper og i par- og familierterapi. Poliklinikken har i tillegg et forsterket poliklinisk tilbud for pasienter som har behov for mer støtte i sitt endringsarbeid enn det pasienter kan få ved senterets øvrige behandlingstilbud. Poliklinikken opplyser om at de primære målgruppene er personer som har utfordringer i forhold til alkohol, andre rusmidler og/eller penge-/dataspill samt pårørende.

I 2016 hadde poliklinikken 15,85 årsverk.

Virksomheten har Rusdata som sitt pasientadministrative system.

Metode

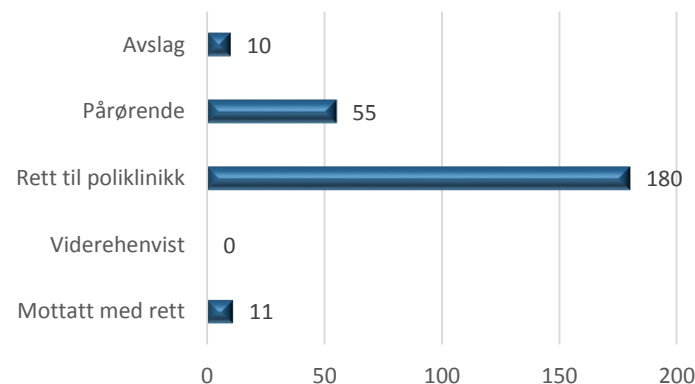
Revisjonen er gjennomført ved dokumentinnhenting, intervjuer og testing av rettighetsvurderingene gjennom journalgjennomgang.

Revisjonen har gått gjennom klinikkens styrende dokumenter, prosedyrer, aktivitetsrapporter og standardskriv/maler som er relevante for denne revisjonen.

Følgende personer er intervjuet: Direktør, fagsjef, leder av Blå Kors poliklinikk, leder av tverrfaglig vurderingsteam og vurderingsteamet.

Revisjonen har gått gjennom henvisninger fra perioden 1. oktober 2016 til 1. oktober 2017 fordelt på kategoriene poliklinikk, pårørende, avslag/ikke rett til helsehjelp og allerede rettighetsvurdert.

I uttrekksperioden mottok Blå Kors poliklinikk totalt 256 henvisninger. Tabellen under viser fordelingen av henvisningene i perioden fordelt på de ulike kategoriene:



Figur 6: Antall henvisninger i uttrekksperioden

245 pasienter ble rettighetsvurdert i perioden, og vi har vurdert 30 av disse: 10 henvisninger i pasientgruppene poliklinikk, pårørende og avslag/ikke rett til helsehjelp.

5.2 Observasjoner - inntak av pasienter



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Er inntak av pasienter i tråd med gjeldende avtale med HSØ RHF?

Pasientgrupper

Ytelsesavtalen og poliklinikkens kvalitetshåndbok beskriver begge hvilke pasientgrupper som skal tilbys behandling, og hvilke behandling den enkelte pasientgruppe skal tilbys.

Ytelsesavtalen definerer at Blå Kors poliklinikk skal gi tilbud til følgende fire pasientgrupper: Pasienter med alkohol og/eller medikamentrelaterte problemer (legale og illegale rusmidler), pasienter med pengespillproblemer, pasienter knyttet til nettbaserte spill og familiemedlemmer til personer i de tre forannevnte gruppene.

Ytelsesavtalen beskriver at Blå Kors poliklinikk skal gi et tilbud til «familiemedlemmer til personer i de tre forannevnte gruppene», men avtalen spesifiserer ikke nærmere hvilke kriterier som skal ligge til grunn for inntak i denne gruppen.

Belegg

For 2017 er det inngått avtale med HSØ RHF om å levere 5160 konsultasjoner fordelt på ordinære konsultasjoner, telefonkonsultasjoner, førstegangskonsultasjoner og oppfølging i 1. linjen.

På grunn av at innsatsstyrt finansiering (ISF) skal innføres i 2018 spesifiserer ikke ytelsesavtalen for 2017 leveransekrav for gruppe- og familiebehandling, men virksomheten har fått en rammeoverføring basert på oppnådde resultater i 2016. I 2017 har virksomheten rapportert aktivitet for disse gruppene, og dette vil danne grunnlag for kravspesifikasjonene i ytelsesavtalen for 2018.

Rammeavtalen beskriver at kontraktssummen blir avkortet dersom gjennomsnittlig belegg er lavere enn 95 %. Årsrapport 2016 Blå Kors Øst AS viser at produksjonskravet ble innfridd i 2016.

Aktivitetsrapporten for 2017 viser at Blå Kors poliklinikk er over forventet leveranse, men i samsvar med rammeavtalen får de ytelser i henhold til 100 % belegg.

Tabellen under sammenfatter tall fra ytelsesavtalen, og status fra aktivitetsrapporteringen til HSØ i 2016 og 2017.

	Poliklinikk
Avtale	5160 konsultasjoner
Resultat 2017	104,7 %
Resultat 2016	105,16 %

Tabell 5: Resultater Blå Kors poliklinikk 2016 og 2017

5.3 Observasjoner - internkontroll for henvisningsprosessen



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Er det etablert internkontroll som skal sikre at rettighetsvurderingene gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav?

Styring og oppfølging

Poliklinikken har en kvalitetshåndbok i kvalitetssystemet som gir føringer for hele pasientforløpet, inkludert henvisningsprosessen.

Gjennom månedlig rapportering følger poliklinikken opp flere indikatorer, blant annet belegg, fristbrudd og ventetider. Status for disse tas opp i poliklinikkens ledermøter.

Revisjonen finner imidlertid at kvalitetshåndboken ikke har føringer for at det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyse av henvisningsprosessen, og det er ikke blitt gjennomført en slik analyse. Det er heller ikke utført interne revisjoner eller evalueringer av dette området.

Kompetanse

Poliklinikken legger til rette for at medarbeidere skal tilegne seg nødvendig kompetanse vedrørende henvisningsprosessen. Gjennom intervjuer bekreftes det at opplæring gis, og at det er en forventning om deltagelse på interne og eksterne kurs som er relevante for dette området.

Klinikken deltar i regelmessige møter med de andre A-klinikkene i Oslo-området med mål om å utveksle erfaringer om praksis. De deltar også på kurs i regi av nasjonal kompetansetjeneste for TSB ved OUS med mål om kompetanseheving for blant annet å redusere uønsket variasjon av rettighetsvurderingene.

Henvisningsprosessen

Kvalitetshåndboken beskriver roller, oppgaver og ansvar for vurderingsteamet. Sekretær har ansvar for å registrere mottatte henvisninger i postjournal og pasientopplysninger i Rusdata. De skal også sende svarbrev til pasient og henviser når pasientene har fått innvilget rett til helsehjelp. Poliklinikken bruker en fast mal.

Leder av vurderingsteamet kontrollerer fortløpende henvisningene for vurdering av hastegrad, og det avholdes vurderingsmøter to ganger i uken.

Revisjonen viser flere svakheter i henvisningsprosessen:

- Kvalitetshåndboken beskriver at poliklinikken kan hente inn nødvendig lege eller psykiaterkompetanse fra Blå Kors behandlingssenter Slemdal ved behov, men i intervjuene fremkommer det at vurderingsmøter gjennomføres uten lege til stede ved sykdom eller annet fravær
- Det er ikke føringer for at det skal dokumenteres i journal hvilke personer som har deltatt i den enkelte vurdering

5.4 Observasjoner - gjennomgang av rettighetsvurderingene



I dette kapitlet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Vurderes henvisninger i tråd med veileder for TSB og andre relevante veiledere?

Gjennomgående observasjoner for alle rettighetsvurderingene

Revisjonen har totalt gått gjennom 30 henvisninger. Revisjonen viser at det ikke er samsvar om rett/ikke rett til helsehjelp i 14 saker.

Av totalt 15 saker i utvalget der poliklinikken har gitt rett til helsehjelp, har konsernrevisjonen ulik vurdering av frist i 13 av sakene.

Alle pasienter har fått opprettet journalnotat fra rettighetsvurderingen der det dokumenteres at pasienten har fått rett til helsehjelp, frist og oppstartdato.

Samtlige gjennomgåtte journalnotater manglet dokumentasjon på vurderinger av følgende forhold:

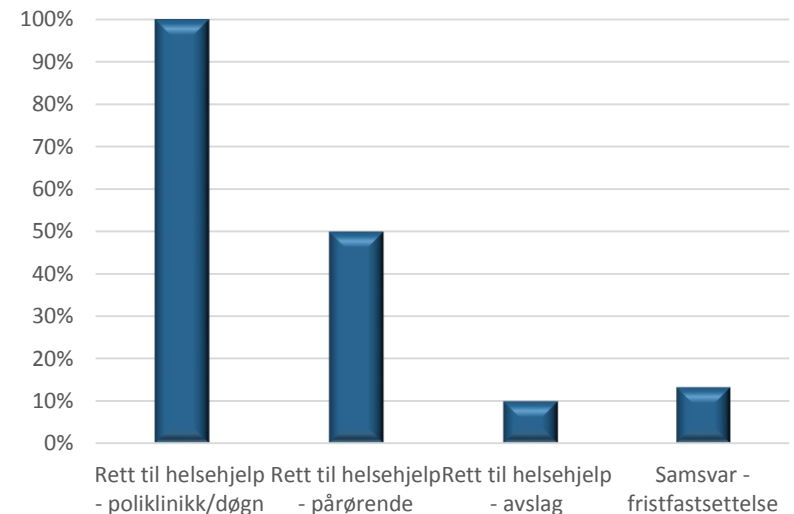
- Vurdering av kost – nytte
- Om pasienten får rett til utredning eller behandling
- Det dokumenteres ikke vurdering av individuelle forhold for vurdering av alvorlighetsgrad og fastsettelse av faglig forsvarlig frist. Det benyttes i all hovedsak veiledende frister i prioriteringsveilederen for start helsehjelp

Det er ikke dokumentert hvem som har vært til stede og utført rettighetsvurderingen.

Av intervjuer fremkommer det at vurderingsteamet nedtegner opplysninger, vurderinger og vedtak i en håndskrevet bok. Denne informasjonen fremkommer ikke i pasientens elektroniske journal.

Svarbrevene er sendt innen frist, og angir om pasienten skal få behandling eller utredning og tidspunkt for time er satt opp.

Figuren under beskriver resultater fra vår journalgjennomgang, og viser grad av samsvar for vurdering av rett til helsehjelp i ulike kategorier og samsvar ved vurdering av fristfastsettelse.



Figur 7: Andel samsvar av rettighetsvurdering og fristfastsettelse



Viderehenviste

Blå Kors poliklinikk opplyser om at de ikke har viderehenviste pasienter i uttrekksperioden.

Poliklinikk

Revisjonen har vurdert ti saker i denne kategorien. Det er samsvar mellom vurderingsteam og konsernrevisjonen om rett til helsehjelp i alle sakene.

Konsernrevisjonen har vurdert kortere frist for ni av ti pasienter.

Revisjonen viser at det fremkommer informasjon i henvisningene som tilser høy alvorlighetsgrad for flere pasienter:

- To pasienter ble vurdert til å ha en alvorlighetsgrad som tilsa to ukers frist.
- En pasient hadde kombinert rus- og suicidproblematikk. Det fremkom ikke hvordan poliklinikken vurderte alvorlighetsgraden for denne pasienten. Poliklinikken satte en frist på ti uker, der konsernrevisjonen vurderte frist to - tre uker.

En pasient var allerede rettighetsvurdert, og vurderingsteamet burde kun sette forsvarlig ventetid for videre behandling.

Pårørende

Revisjonen har vurdert ti saker i denne kategorien. Vurderingsteamet har gitt rett til helsehjelp med frist 12 uker for alle ti. Konsernrevisjonen vurderer at kun fem av pasientene burde fått rett til helsehjelp. For fire av disse vurderer konsernrevisjonen at fristen burde være henholdsvis to uker og seks uker med bakgrunn i vurdering av alvorlighetsgrad.

For de fem pasientene der det ikke er samsvar, var en pasient allerede rettighetsvurdert. I de fire andre henvisningene var det ikke helseopplysninger som tilsa behov for selvstendig helsehjelp. De pårørende burde blitt tilbudt informasjon, veiledning eller eventuelt pårørendekurs.

Avslag

Revisjonen har vurdert ti saker i denne kategorien. Konsernrevisjonen er ikke samstemt om rett til helsehjelp med vurderingsteamet i ni av sakene. Tre pasienter er av konsernrevisjonen vurdert til å ha en hastegrad med frist to uker.

Konsernrevisjonen la til grunn følgende i sin vurdering:

- En pasient var allerede rettighetsvurdert og henvisningen burde vært avvist med begrunnelse av at pasienten ikke var i målgruppe for TSB
- To pasienter ble gitt rett til helsehjelp av konsernrevisjonen og burde ikke fått avslag
- En henvisning burde vært avvist og sendt i retur, isteden for at det ble gitt avslag. Pasienten burde fått opprettholdt sin behandling der den var startet opp
- En pasient burde vært tatt inn til utredningssamtale og eventuelt deretter viderehenvist til psykisk helsevern
- To pasienter burde vært tatt inn til utredningssamtale for vurdering av fare for reaktivering av tidligere lidelse
- To pasienter med alvorlige tilstander fikk avslag uten at henvisningen ga opplysninger om at pasienten hadde fått et høyere fungeringsnivå enn tidligere

5.5 Vurderinger



Inntak av pasienter

Konsernrevisjonens vurdering er at inntak av pasienter i all hovedsak er i tråd med ytelsesavtalen for gruppen poliklinikk, men at det er utfordringer i håndtering av pårørende som gruppe.

Ytelsesavtalen beskriver pårørende som pasientgruppe i tråd med tidligere prioriteringsveileder der pårørende var beskrevet som egen tilstandsgruppe. Dette innebærer risiko for at det kan bli utydelig hvordan denne gruppen skal forstås og håndteres.

Internkontroll for henvisningsprosessen

Blå Kors poliklinikk har i all hovedsak iverksatt internkontrolltiltak som skal sikre at rettighetsvurderinger gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav. Poliklinikken har maler for svarbrev til pasient og henviser. Revisjonen viser imidlertid at det er betydelige svakheter ved klinikkens praksis med rettighetsvurderinger, og dette indikerer et behov for å styrke internkontrollen på flere områder.

For å sikre bedre vurderingspraksis er det viktig med systematisk oppfølging. Blå Kors poliklinikk mangler føringer for at det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser, og det er ikke blitt utført evalueringer eller interne revisjoner på området. Konsekvensen av manglende oversikt kan være at ledere og annet fagpersonell ikke får tilstrekkelig innsikt i områder der det er fare for svikt. Ved å gjennomføre evalueringer på området vil svakheter oppdages og tiltak kan iverksettes slik at uheldig praksis kan rettes opp.

Blå Kors poliklinikk har tilrettelagt for at medarbeidere kan tilegne seg relevant kunnskap om rettighetsvurderinger, men når det er svakheter i vurderingen av henvisningene er det grunn til å stille spørsmål om kompetansen knyttet til rettighetsvurderinger er tilstrekkelig. Manglende kompetanse medfører risiko for feil, eksempelvis rett/avslag og vurderinger av alvorlighetsgrad for fristfastsettelse.

Poliklinikkens føringer beskriver at ved mangel av lege i vurderingsteamet, kan lege ved annen avdeling kontaktes ved behov. Lege deltar telefonisk hvis resterende vurderingsteam mener dette er nødvendig. Revisjonen har vist at rettighetsvurderinger gjennomføres uten lege til stede i enkelte tilfeller. Denne praksisen er i strid med prioriteringsveileder for TSB, og kan medføre risiko for at vesentlige forhold knyttet til pasientens problematikk blir tillagt for liten vekt eller blir oversett.

Revisjonen viser at Blå Kors poliklinikk nedtegner opplysninger, vurderinger og vedtak i en håndskrevet bok. Helsepersonelloven § 40 sier at pasientjournalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen.

Journalforskriften § 5 åpner for delt journal i tilfeller hvor det ikke er hensiktsmessig med en samlet journal, men da skal det fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal, og hvilken dokumentasjon den inneholder. Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det på samme måte klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres hvor.



Gjennomgang av rettighetsvurderinger

Revisjonen viser at Blå Kors poliklinikk har et betydelig forbedringspotensial for å vurdere henvisninger i tråd med veileder for TSB og andre relevante veiledere.

Som beskrevet i hovedkonklusjonen viser revisjonen i all hovedsak gjennomgående svakheter ved rettighetsvurderingene for de fire virksomhetene som er revidert. Det er derfor utarbeidet felles vurderinger og beskrivelse av risiko som er beskrevet i kapittel en.

Vurderingene er knyttet til følgende områder:

- Manglende dokumentasjon av rettighetsvurderingene
- Manglende vurdering av individuelle forhold ved fastsetting av faglig forsvarlig frist
- Pårørende gis rett til helsehjelp uten at det er dokumentert et selvstendig behov for helsehjelp
- Pasienter med alvorlige tilstander vurderes til ikke å ha rett til helsehjelp

Tabellen oppsummerer de samlede resultatene etter journalgjennomgangen ved de fire private leverandørene. Grønn farge indikerer god praksis, gul farge at det er et forbedringspotensial, og rødt at praksis ikke er tilfredsstillende.

Undersøkt	Vurdering
Rett til helsehjelp - poliklinikk	Samsvar i 10 av 10 saker
Rett til helsehjelp - pårørende	Manglende samsvar i 5 av 10 saker
Rett til helsehjelp - avslag	Manglende samsvar i 9 av 10 saker
Fristfastsettelse	Manglende samsvar i 13 av 15
Kost - nyttevurdering	Vurdering dokumenteres ikke
Individuelle forhold	Vurdering dokumenteres ikke
Svarbrev sendt innen 10 dager	Alle svarbrev sendt innen frist
Svarbrevets innhold	I henhold til gitte krav i samtlige brev

Tabell 6: Oppsummering Blå Kors poliklinikk - journalgjennomgang



6. A-senteret



6.1 Innledning



Kort om A-senteret

Kirkens Bymisjon Oslo er en diakonal stiftelse med ca. 1300 ansatte og 2000 frivillige medarbeidere. Arbeidsfeltet omfatter ulike tiltak innen sosial- og helsesektoren.

A-senteret er en del av Kirkens Bymisjon, og tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Virksomhetene består av en korttids- og en langtids døgnavdeling samt en poliklinikk. Korttidsavdelingen tilbyr døgnbehandling inntil seks måneder fordelt på 21 plasser, og langtidsavdelingen tilbyr døgnbehandling inntil 12 måneder fordelt på 11 plasser.

I 2017 hadde A-senteret 50,3 årsverk fordelt på 73 personer.

Virksomheten har Rusdata som sitt pasientadministrative system.

Metode

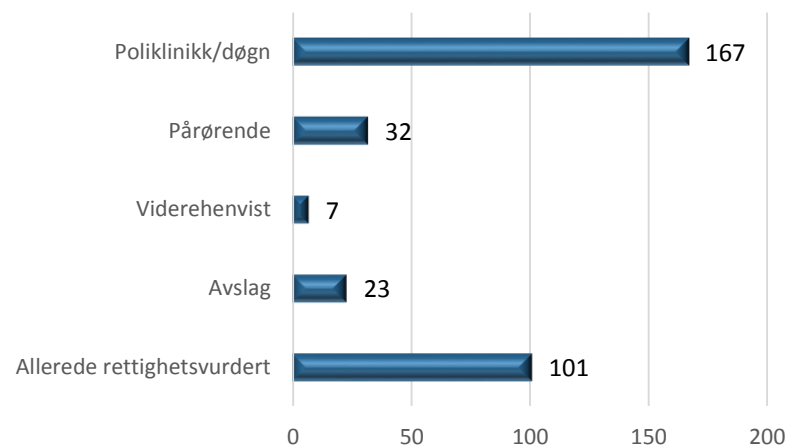
Revisjonen er gjennomført ved dokumentinnhenting, intervjuer og testing av rettighetsvurderingene gjennom journalgjennomgang.

Revisjonen har gått gjennom virksomhetens styrende dokumenter, prosedyrer, aktivitetsrapporter og standardskriv/maler som er relevante for denne revisjonen.

Følgende er intervjuet: Institusjonsleder, administrasjonsleder, fagsjef, tverrfaglig vurderingsteam for poliklinikk og for døgn.

Revisjonen har gått gjennom henvisninger fra perioden 1. oktober 2016 til 1. oktober 2017 fordelt på kategoriene videreformidlet, poliklinikk/døgn, pårørende og avslag.

I perioden mottok A-senteret totalt 330 henvisninger. Figuren under viser fordelingen av henvisningene i perioden fordelt på de ulike kategoriene:



Figur 8: Antall henvisninger i uttrekksperioden

229 pasienter ble rettighetsvurdert i perioden, og vi har undersøkt 45 av disse. For gruppene poliklinikk, døgn, pårørende og avslag har vi vurdert ti henvisninger i hver gruppe og frem henvisninger i gruppen viderehenviste.

6.2 Observasjoner - inntak av pasienter



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Er inntak av pasienter i tråd med gjeldende avtale med HSØ RHF?

Pasientgrupper

Ytelsesavtalen og kompetanseplan 2017 definerer hvilke pasientgrupper som skal tilbys behandling ved A-senteret. Pasientgruppene omfatter kvinner og menn med rusmiddelproblemer som også kan ha lett til moderat angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser og som vil ha ulik sosial marginalisering.

A-senteret har også et poliklinisk tilbud til pårørende, uavhengig av om den pasienten man er pårørende til er i behandling ved A-senteret eller ikke. Avtalen spesifiserer ikke nærmere hvilke kriterier som skal ligge til grunn for inntak i denne gruppen.

Belegg

For 2017 er det inngått avtale med HSØ RHF om å levere 11 680 behandlingsdøgn; 4015 behandlingsdøgn for langtidsbehandling, 7665 behandlingsdøgn for korttidsbehandling og 6224 konsultasjoner.

På grunn av at innsatsstyrt finansiering (ISF) skal innføres i 2018 spesifiserer ikke ytelsesavtalene for 2017 leveransekrav for gruppe- og familiebehandling, men virksomhetene har fått en rammeoverføring basert på oppnådde resultater i 2016.

Rammeavtalene beskriver at kontraktssummen blir avkortet dersom gjennomsnittlig belegg er lavere enn 95 %. Årsmelding 2016 for A-senteret viser at produksjonskravet ble innfridd i poliklinikk i 2016 og nådde minstekravet for korttids døgnavdeling. A-senteret hadde imidlertid utfordringer knyttet til belegg på langtids døgnavdeling.

I henhold til ytelsesavtalen for 2017 skal poliklinikken levere 6735 konsultasjoner. Dette tallet skal være 6224. Aktivitetsrapportene tar utgangspunkt i riktig tall.

Aktivitetsrapporten for 2017 viser at A-senteret ligger under estimert prognose på lang tids døgn. I henhold til rammeavtalen vil dermed A-senteret få en avkortning i kontraktssummen. For korttids døgn og poliklinikk er leveransen i henhold til avtale. Poliklinikken er for øvrig over forventet leveranse, men i samsvar med rammeavtalen får de ytelses i henhold til 100 % belegg.

Tabellen under sammenfatter tall fra ytelsesavtalen og status fra aktivitetsrapporteringen til HSØ i 2016 og 2017.

	Langtids døgn	Korttids døgn	Poliklinikk
Avtale 2017	4015	7665	6224
Resultat 2017	88,4 %	96 %	108,7 %
Resultat 2016	83 %	96,8 %	115 %

Tabell 7: Resultater A-senteret 2016 og 2017

6.3 Observasjoner - internkontroll for henvisningsprosessen



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Er det etablert internkontroll som skal sikre at rettighetsvurderingene gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav?

Styring og oppfølging

Kvalitetshåndboken beskriver styringsstrukturen ved klinikken. Klinikken følger regelmessig opp kvalitetsindikatorer gjennom rapportering og i ledermøter. Dette omfatter blant annet belegg, fristbrudd og ventetider.

Kvalitetshåndboken har en mal som skal benyttes for risikoanalyse av vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, men det er ikke gjennomført en slik analyse siden 2009. Det er heller ikke utført andre evalueringer av dette området, eller av henvisningsprosessen i sin helhet.

Kompetanse

A-senteret legger til rette for at medarbeidere skal tilegne seg nødvendig kompetanse om henvisningsprosessen. Gjennom intervjuer bekrefter klinikken at det opplæring gis, og at det er en forventning om deltagelse på interne og eksterne kurs som er relevante for området.

Klinikken deltar i regelmessige møter med de andre A-klinikkene i Oslo-området med mål om å utveksle erfaringer om praksis. De deltar også på kurs i regi av nasjonal kompetansetjeneste for TSB ved OUS med mål om kompetanseheving for blant annet å redusere uønsket variasjon av rettighetsvurderingene.

Henvisningsprosessen

A-senteret har føringer som beskriver ansvar og oppgaver i henvisningsprosessen. A-senteret har to vurderingsteam, ett for poliklinikk og ett for døgntil behandling. Prosedyren beskriver at fagsjefen er delegert ansvar for å påse at vurderingsarbeidet utføres på en forsvarlig måte. Virksomheten har også føringer for hvordan journalføringen skal være.

A-senterets serviceavdeling er delegert oppgaven med å registrere mottatte henvisninger i postjournal og pasientopplysninger i Rusdata. De er også tildelt oppgaven med å fordele henvisningene henholdsvis til vurderingsteam poliklinikk og døgntil behandling.

Psykologspesialist og leder av vurderingsteamene går fortløpende gjennom mottatte henvisninger for vurdering av hastegrad.

Virksomheten har maler/standardskriv for svarbrev for de ulike utfall for rettighetsvurderingen.

Revisjonen finner følgende svakheter i føringene for henvisningsprosessen:

- Ved fravær av faste medlemmer i vurderingsteamene er det ikke beskrevet et system som sikrer at stedfortredere skal møte i vurderingsteamet
- Virksomheten mangler beskrivelse av indikasjoner for valg av behandlingsnivå

6.4 Observasjoner - gjennomgang av rettighetsvurderingene



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Vurderes henvisninger i tråd med veileder for TSB og andre relevante veiledere?

Gjennomgående observasjoner for alle rettighetsvurderingene

Konsernrevisjonen har gjennomgått 45 henvisninger. Revisjonen viser at det ikke er samsvar om rett til helsehjelp i 14 saker.

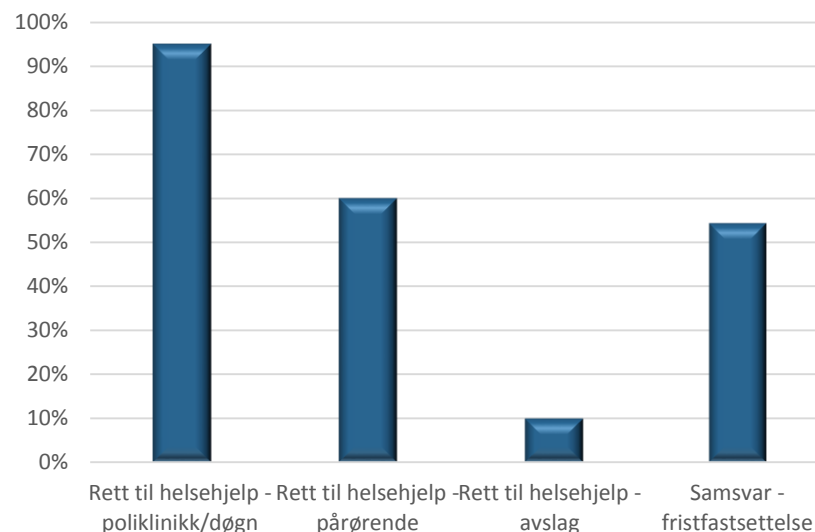
For 35 saker hvor A-senteret har gitt rett til helsehjelp, er det ulik vurdering av frist i 16 saker. Det benyttes i all hovedsak veiledende frister i prioriteringsveileder for start av helsehjelp. Fristen er forkortet av konsernrevisjonen i de fleste sakene.

Alle pasienter har fått opprettet journalnotat for dokumentasjon av rettighetsvurderingen der det dokumenteres om pasienten har fått rett til helsehjelp, frist og oppstartdato. Det dokumenteres også hvem som har utført rettighetsvurderingen. Journalnotatene manglet imidlertid i all hovedsak dokumentasjon på vurderinger av:

- Kost – nytte ved helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Individuelle forhold for vurdering av alvorlighetsgrad og fastsettelse av faglig forsvarlig frist

De fleste svarbrev er sendt innen ti dager og innholdet er i henhold til føringene.

Figuren under beskriver resultater fra vår journalgjennomgang, og viser grad av samsvar for vurdering av rett til helsehjelp i ulike kategorier og samsvar ved vurdering av fristfastsettelse.



Figur 9: Andel samsvar av rettighetsvurdering og fristfastsettelse



Viderehenviste

Vi har gått gjennom fem henvisninger i denne gruppen, og er samstemt i vurderingen om å viderehenvise pasientene i tre av sakene.

Konsernrevisjonen vurderer at to pasienter burde fått tilbud om behandling ved A-senteret.

Pårørende

Konsernrevisjonen har gått gjennom ti henvisninger i denne kategorien, og vår vurdering om rett til helsehjelp var ikke samstemt med vurderingsteamet i fire av ti vurderinger. Det er ulik fristfastsettelse i fire av sakene, hvor av den ene er vurdert av konsernrevisjonen en hastegrad på to uker. For de øvrige seks der det er samstemt om rett til helsehjelp dokumenterer ikke A-senteret bruk av prioriteringsveileder for psykisk helsevern.

Der konsernrevisjonen ikke er samstemt med vurderingsteamet om rett til helsehjelp, er det ikke opplysninger i henvisningene som underbygger et behov for selvstendig helsehjelp. Pårørende burde fått tilbud om involvering i pasientbehandlingen, informasjon, veiledning og eventuelt pårørendekurs.

Poliklinikk

Revisjonen har gått gjennom ti rettighetsvurderinger i denne kategorien, og konsernrevisjonens vurdering om rett til helsehjelp samsvarer med vurderingsteamet i alle sakene.

Fristen er forkortet av konsernrevisjonen i fem av sakene:

- En pasient hadde en alvorlig somatisk tilstand og ble vurdert til å ha behov for rask utredning med frist på to uker
- En annen pasient var allerede rettighetsvurdert, og vurderingsteamet burde kun sette forsvarlig ventetid for videre behandling

Døgn

Konsernrevisjonen har gjennomgått ti henvisninger i denne gruppen. Det er ikke samsvar om rett til helsehjelp mellom konsernrevisjonen og vurderingsteamet i en sak. Tre av pasientene som fikk tilbud om døgnbehandling, burde imidlertid fått tilbud om poliklinisk utredning/behandling.

Fristen er forkortet av konsernrevisjonen i ni saker:

- Seks pasienter ble vurdert til å ha en alvorlighetsgrad som tilsa to ukers frist
- For en pasient var fristen i svarbrevet forlenget med tre uker sammenlignet med rettighetsvurderingen. Fristen ble to uker over veiledende frist

To pasienter var allerede rettighetsvurdert, og vurderingsteamet burde kun sette forsvarlig ventetid for videre behandling.

En pasient var ikke i målgruppen, og burde vært videreført psykisk helsevern.



Avslag - ikke rett til helsehjelp

Revisjonen har gått gjennom ti henvisninger i denne gruppen. Det er ikke samsvar om avslag på rett til helsehjelp i ni saker. En pasient fikk rett til helsehjelp etter klage på avslag tidligere.

For de fleste sakene gir henvisningene sammen med øvrig journaldokumentasjon opplysninger om alvorlige tilstander som tilsier relativt korte frister for oppstart utredning/behandling.

Konsernrevisjonen la følgende vurdering til grunn:

- Tre pasienter ble vurdert til å ha rett til behandling ved A-senteret og det forelå en alvorlighetsgrad som tilsier to ukers frist
- To pasienter har fått avslag med begrunnelse om at pasienten ikke trenger døgnbehandling. Konsernrevisjonen vurderer at pasienten burde fått rett til poliklinisk behandling
- To pasienter vurderes til ikke å være i målgruppen for TSB, og burde vært videresendt psykisk helsevern
- En pasient har fått avslag med begrunnelse om at A-senteret ikke er materielt utrustet for å håndtere pasienter med MRSA-smitte. Pasienten er vurdert av konsernrevisjonen til å ha rett til helsehjelp i TSB, og burde blitt videresendt til egnet institusjon
- En pasient var allerede rettighetsvurdert og vurderingsteamet burde kun sette forsvarlig ventetid for videre behandling. Dette var en alvorlig tilstand som tilsier døgnbehandling

6.5 Vurderinger



Inntak av pasienter

Konsernrevisjonens vurdering er at inntak av pasienter i all hovedsak er i tråd med ytelsesavtalen for gruppen døgn og poliklinikk, men at det er utfordringer i håndtering av pårørende som gruppe.

Ytelsesavtalen beskriver pårørende som pasientgruppe i tråd med tidligere prioriteringsveileder, der pårørende var beskrevet som egen tilstandsgruppe. Dette innebærer risiko for at det kan bli utydelig hvordan denne gruppen skal forstås og håndteres.

Revisjonen viser at A-senteret ikke nådde kravet fra HSØ RHF for 2017 for langtids døgn. Dette forklares med at avdelingen åpnet i 2016 og derfor enda ikke har nådd forventet volum. Konsernrevisjonen vurderer at det vil være hensiktsmessig å ta stilling til om krav til leveranse er i tråd med behovet i regionen.

A-senteret har i uttrekksperioden gitt avslag på 23 henvisninger. Det er mulig at A-senteret kan ha et potensiale for å kunne oppnå noe høyere volum ved å tydeliggjøre avslagskriterier for denne gruppen.

Internkontroll for henvisningsprosessen

A-senteret har i all hovedsak internkontrolltiltak som skal sikre at rettighetsvurderinger gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav. Poliklinikken har maler for svarbrev til pasient og henviser. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at det er betydelige svakheter ved klinikkens praksis med rettighetsvurderinger, og dette indikerer et behov for å styrke internkontrollen på flere områder.

A-senteret har føringer for at det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser, men dette er ikke gjennomført siden 2009. Det er heller ikke blitt utført evalueringer eller interne revisjoner på området. Konsekvensen av manglende oversikt kan være at ledere og annet fagpersonell ikke får tilstrekkelig innsikt i områder der det er fare for svikt. Ved å gjennomføre evalueringer på området vil svakheter oppdages og tiltak kan iverksettes slik at uheldig praksis kan rettes opp.

A-senteret har tilrettelagt for at medarbeidere kan tilegne seg relevant kunnskap om rettighetsvurderinger, men når det er svakheter i vurderingen av henvisningene er det grunn til å stille spørsmål om kompetansen knyttet til rettighetsvurderinger er tilstrekkelig. Manglende kompetanse medfører risiko for feil, eksempelvis rett/avslag og vurderinger av alvorlighetsgrad for fristfastsettelse.

Klinikken har to vurderingsteam, ett for poliklinikk og ett for døgnopphold. Merkantil personell fordeler henvisningene til det vurderingsteam som vurderes som rett behandlingsnivå for den enkelte pasient. Revisjonen viser at for noen pasienter som fikk døgnopphold, ville det vært mer hensiktsmessig med poliklinisk behandling. Behandling på for høyt omsorgsnivå kan medføre risiko for å falle ut av arbeidsliv og sosiale relasjoner. Det kan også være risiko for at det blir vanskeligere å opprettholde rusfrihet etter utskrivelse fra et beskyttet miljø. To av pasientene fikk avslag med begrunnelse om at de ikke trengte døgnbehandling. Disse ble ikke vurdert til poliklinisk behandling. Konsernrevisjonens vurdering er at ordningen med to vurderingsteam kan være uheldig, og at dette kan innebære risiko for at rettighetsvurderingene ikke blir korrekte.



Gjennomgang av rettighetsvurderinger

Revisjonen viser at A-senteret har et betydelig forbedringspotensial for å vurdere henvisninger i tråd med veileder for TSB og andre relevante veiledere.

Som beskrevet i hovedkonklusjonen viser revisjonen i all hovedsak gjennomgående svakheter ved rettighetsvurderingene for de fire virksomhetene som er revidert. Det er derfor utarbeidet felles vurderinger og beskrivelse av risiko for problemstilling tre som er beskrevet i kapittel en.

Vurderingene er knyttet til følgende områder:

- Manglende dokumentasjon av rettighetsvurderingene
- Manglende vurdering av individuelle forhold ved fastsetting av faglig forsvarlig frist
- Pårørende gis rett til helsehjelp uten at det er dokumentert et selvstendig behov for helsehjelp.
- Pasienter med alvorlige tilstander vurderes til ikke å ha rett til helsehjelp

Tabellen oppsummerer resultatene etter journalgjennomgangen. Grønn farge indikerer god praksis, gul farge at det er et forbedringspotensial, og rødt at praksis ikke er tilfredsstillende.

Undersøkt	Vurdering
Rett til helsehjelp - poliklinikk/døgn	Ikke samsvar 1 av 20 saker
Rett til helsehjelp - pårørende	Manglende samsvar i 4 av 10 saker
Fristfastsettelse	Manglende samsvarer i 16 av 35 saker
Rett til helsehjelp - avslag	Manglende samsvar i 9 av 10 saker
Avslag begrunnet i journalnotat	Vurdering dokumenteres
Kost - nyttevurdering	Vurdering dokumenteres ikke
Individuelle forhold	Vurdering dokumenteres ikke
Svarbrev sendt innen 10 dager	Alle svarbrev er sendt innen frist
Svarbrevets innhold	I henhold til gitte krav i samtlige brev

Tabell 8: Oppsummering A-senteret - journalgjennomgang



7. Trasoppklinikken



7.1 Innledning



Kort om Trasopp

Stiftelsen Trasoppklinikken er en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Formål er å behandle alkoholavhengige, medikamentavhengige, blandingsmisbrukere og pårørende i tråd med AA's ideologi. Klinikken er ISO 9001 sertifisert etter standarden for god kvalitetsstyring.

Klinikken tilbyr poliklinisk avrusning, individual- og gruppebehandling, dagbehandling for ruslidelser og familiebehandling, og døgnklinikk med tilbud om avrusning. Det er plass til 29 pasienter på døgn. I tillegg har klinikken seks plasser for avrusning.

I 2016 hadde klinikken 48,9 årsverk fordelt på 53 ansatte.

Virksomheten har Rusdata som sitt pasientadministrative system.

Metode

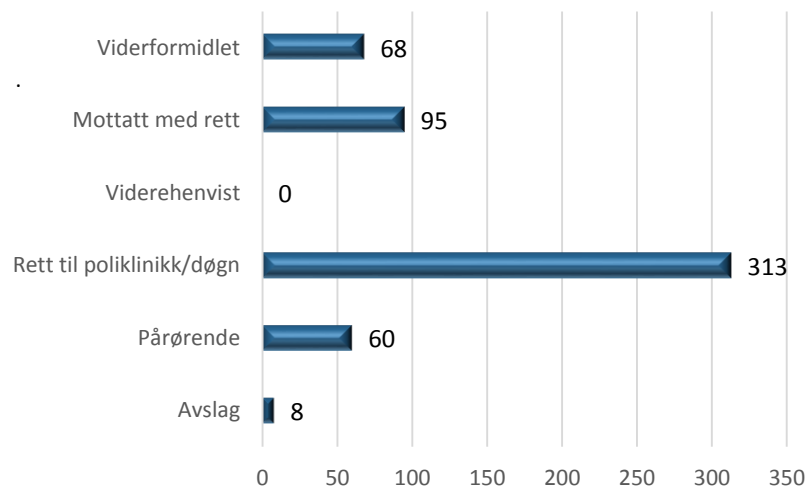
Revisjonen er gjennomført ved dokumentinnhenting, intervjuer og testing av rettighetsvurderingene gjennom journalgjennomgang.

Revisjonen har gått gjennom klinikkens styrende dokumenter, prosedyrer, aktivitetsrapporter og standardskriv/maler som er relevante for denne revisjonen.

Følgende er intervjuet: klinikkleder, medisinskfaglig rådgiver, administrasjonsleder og tverrfaglig vurderingsteam.

Revisjonen har gått gjennom henvisninger fra perioden 1. oktober 2016 til 1. oktober 2017 fordelt på kategoriene poliklinikk, døgn, pårørende, videreformidlet og avslag.

I uttrekksperioden mottok Trasopp totalt 545 henvisninger. Figuren under viser fordelingen av henvisningene fordelt på de ulike kategoriene:



Figur 10: Antall henvisninger i uttrekksperioden (Trasopp rapporterer at 68 pasienter ikke var aktuelle for rettighetsvurdering og ble videreformidlet. Det er ikke tatt uttrekk fra disse henvisningene).

382 pasienter ble rettighetsvurdert i perioden. For gruppene døgn, poliklinikk og pårørende har vi vurdert ti henvisninger i hver gruppe. Trasopp hadde ingen viderehenviste i den aktuelle perioden. For gruppen avslag har vi undersøkt åtte henvisninger.

7.2 Observasjoner - inntak av pasienter



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Er inntak av pasienter i tråd med gjeldende avtale med HSØ RHF?

Pasientgrupper

Ytelsesavtalen og klinikkens kvalitetshåndbok beskriver begge hvilke pasientgrupper som skal tilbys behandling ved Trasopp.

Ytelsesavtalen definerer at Trasopp skal gi tilbud til fem pasientgrupper. Fire av dem omfatter pasienter som har et avhengighetsproblem av ulike typer rusmidler eller tabletter.

Den siste gruppen i ytelsesavtalen omhandler pårørende som mottar behandling for egne helseproblemer og svekket sosial funksjonsevne jamfør ICD-10 diagnose som følge av relasjonen med rusmisbrukere. Familiemedlemmer kan få helsehjelp for egen del uavhengig om deres pårørende selv er i behandling.

Belegg

På grunn av at innsatsstyrt finansiering (ISF) skal innføres i 2018 spesifiserer ikke ytelsesavtalene for 2017 leveransekrav for gruppe- og familiebehandling, men virksomhetene har fått en rammeoverføring basert på oppnådde resultater i 2016.

I 2017 har virksomhetene rapportert aktivitet for disse gruppene, og dette vil danne grunnlag for kravspesifikasjonene i ytelsesavtalene for 2018.

Rammeavtalene beskriver at kontraktssummen blir avkortet dersom gjennomsnittlig belegg er lavere enn 95 %. For 2017 er det inngått avtale med HSØ RHF om å levere 10 585 behandlingdøgn, tilsvarende 29 døgnplasser, 2190 avgiftningsdøgn tilsvarende seks plasser, 1344 oppholdsdager dagbehandling og 3060 polikliniske konsultasjoner.

Aktivitetsrapporten for 2017 viser at Trasopp nådde kravet fra HSØ RHF for poliklinisk behandling, men at de lå under for de øvrige. I henhold til rammeavtalen vil dermed Trasopp vil få en avkortning i kontraktssummen.

Tabellen under sammenfatter tall fra ytelsesavtalen, og status fra aktivitetsrapporteringen til HSØ 2016 og 2017.

	Døgn	Avgiftning	Dag	Poliklinikk
Avtale 2017	10 585	2190	1344	3060
Resultat 2017	93,7 %	90,8 %	81,6 %	110,5 %
Resultat 2016	94,9 %	103,3 %	105,5 %	104,2 %

Tabell 9: Resultater Trasopp 2016 og 2017

7.3 Observasjoner - internkontroll for henvisningsprosessen



I dette kapittelet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Er det etablert internkontroll som skal sikre at rettighetsvurderingene gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav?

Styring og oppfølging

Kvalitetshåndboken i kvalitetssystemet beskriver styringsstrukturen ved klinikken. Klinikken følger regelmessig opp kvalitetsindikatorer gjennom rapportering og i ledermøter. Dette omfatter blant annet belegg, fristbrudd og ventetider. Det utarbeides et årlig internrevisjonsprogram i henhold til ISO-standard.

Revisjonen finner imidlertid at kvalitetshåndboken mangler føringer for at det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser av henvisningsprosessen, og det er ikke blitt gjennomført en slik analyse. Det er heller ikke utført interne revisjoner eller evalueringer av dette området.

Henvisningsprosessen

Trasopp har føringer som beskriver roller, oppgaver og ansvar for henvisningsprosessen. Avdelingsleder fag- og kvalitet er leder av vurderingsteamet, og skal i henhold til føringene sikre forsvarlig tverrfaglig vurdering av henvisningene og fortløpende kontrollere henvisningene for vurdering av hastegrad. Det avholdes vurderingsmøter to ganger i uka.

Merkantilt personell har ansvar for å registrere mottatte henvisninger i postjournal og pasientopplysninger Rusdata. De skal også sende svarbrev til pasient og henviser når pasientene har fått innvilget rett til helsehjelp.

Ved avslag er det leder av vurderingsteamet som sender avslagsbrev og informasjon om klagerett. Det er forskjellige maler for svarbrev for ulike utfall for rettighetsvurderingen.

Revisjonen finner følgende svakheter i henvisningsprosessen:

- Det er ikke føringer for at det skal dokumenteres i journal hvem som har deltatt i den enkelte vurdering
- Ved fravær er det ikke et system som sikrer at stedfortreder møter i vurderingsteamet
- Føringerne sikrer ikke at henvisningene kontrolleres fortløpende av spesialist
- Klinikken mangler beskrivelse av indikasjoner for valg av behandlingsnivå

Kompetanse

Trasoppklinikken legger til rette for at medarbeidere skal tilegne seg nødvendig kompetanse vedrørende henvisningsprosessen. Gjennom intervjuer bekreftes det at opplæring gis, og at det er en forventning om deltagelse på interne og eksterne kurs som er relevante for dette området.

Klinikken deltar i regelmessige møter med de andre A-klinikkene i Oslo-området med mål om å utveksle erfaringer om praksis. De deltar også på kurs i regi av nasjonal kompetansetjeneste for TSB ved OUS med mål om kompetanseheving for blant annet å redusere uønsket variasjon av rettighetsvurderingene.

7.4 Observasjoner - gjennomgang av rettighetsvurderingene



I dette kapitlet beskriver vi observasjoner knyttet til følgende problemstilling: Vurderes henvisninger i tråd med veileder for TSB og andre relevante veiledere?

Gjennomgående observasjoner for alle rettighetsvurderingene

Revisjonen har totalt gått gjennom 38 henvisninger. Revisjonen viser at det ikke er samsvar om rett til/ikke rett til helsehjelp i 17 av 38 saker.

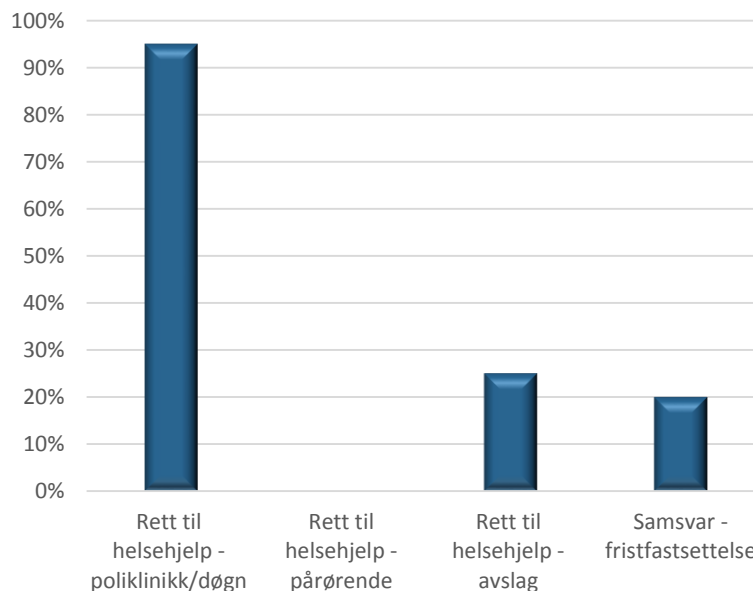
Alle pasienter har fått opprettet journalnotat fra rettighetsvurderingen der det dokumenteres at pasienten har fått rett til helsehjelp, og frist oppstartdato. Alle svarbrev er sendt innen 10 dager og tidspunkt for time er satt opp.

Samtlige gjennomgåtte journalnotater manglet dokumentasjon på vurderinger av følgende forhold:

- Vurdering av kost/nytte
- Det benyttes i all hovedsak veiledende frister i prioriteringsveileder for start av helsehjelp med utgangspunkt i vurderingsdato
- Det dokumenteres ikke vurdering av individuelle forhold ved vurdering av alvorlighetsgrad og fastsettelse av faglig forsvarlig frist

Det er ikke dokumentert hvem som deltok i rettighetsvurderingen.

Figuren under beskriver resultater fra vår journalgjennomgang, og viser grad av samsvar for vurdering av rett til helsehjelp i ulike kategorier og samsvar ved vurdering av fristfastsettelse.



Figur 11: Andel samsvar av rettighetsvurdering og fristfastsettelse



Poliklinikk/døgn

Revisjonen har gått gjennom 20 rettighetsvurderinger i disse kategoriene. Det er ikke samsvar mellom konsernrevisjonen og vurderingsteamet om rett til helsehjelp i en sak.

Fristen er forkortet av konsernrevisjonen i 16 saker, hvorav seks pasienter er vurdert til å ha en alvorlighetsgrad som tilsier 2 ukers frist. Revisjonen viser at alvorlighetsgrad ikke er hensyntatt i flere av vurderingene.

Det er manglende samsvar om behandlingsnivå for fem av ti pasienter som har fått rett til døgnbehandling.

Pårørende

Revisjonen har vurdert ti henvisninger i denne kategorien. Det er ikke samsvar om rett til helsehjelp for ti av ti vurderinger. Felles for alle er at det ikke er opplysninger i henvisningene som tilsier behov av selvstendig helsehjelp. De pårørende burde blitt tilbudt om informasjon, veiledning og eventuelt pårørendekurs.

Viderehenviste

Trasopp opplyser om at de ikke har viderehenviste pasienter i uttrekksperioden.

Avslag – ikke rett til helsehjelp

Revisjonen har gått gjennom åtte henvisninger i denne kategorien. Konsernrevisjonen er ikke samstemt med vurderingsteamet om avslag for seks av henvisningene.

Alle pasienter har fått svarbrev med begrunnelse for avslag. Dokumentasjon med begrunnelse for avslag er dokumentert i løpende journal i tre av åtte saker.

Konsernrevisjonen la følgende til grunn i sin vurdering:

- To pasienter burde fått tilbud ved Trasopp. Konsernrevisjonen vurderte begge til å ha hastegrad med frist to til tre uker
- En pasient var ikke i målgruppe, og burde vært videresendt OUS for avrusning
- To pasienter var allerede rettighetsvurdert, og henvisningene burde vært videresendt til rett behandlingssted
- En pasient burde ikke vært rettighetsvurdert da pasienten ikke var informert om henvisningen til Trasopp, og således ikke hadde gitt samtykke om at helseopplysninger ble sendt

7.5 Vurderinger



Inntak av pasienter

Konsernrevisjonens vurdering er at inntak av pasienter i all hovedsak er i tråd med ytelsesavtalen for gruppen døgn og poliklinikk, men at det er utfordringer i håndtering av pårørende som gruppe.

Ytelsesavtalen til Trasopp gir en beskrivelse av pårørende som pasientgruppe som er i tråd med prioriteringsveileder for TSB. Konsernrevisjonen vurderer imidlertid at Trasopp har en praksis for å gi helsehjelp til pårørende uten at henvisningene inneholder opplysninger som kan gi et vurderingsgrunnlag for om pasientene hadde behov for selvstendig helsehjelp.

Aktivitetsrapporten for 2017 viser at Trasopp nådde kravet fra HSØ RHF for poliklinisk behandling, men at de lå under for de øvrige. Det vil være hensiktsmessig å finne årsaken til at beleggsprosenten på dag-døgnavdelingene ikke ble innfridd i 2017, for videre å ta stilling til om krav til leveranse er i tråd med behovet i regionen.

Internkontroll for henvisningsprosessen

Trasopp har i all hovedsak iverksatt internkontrolltiltak som skal sikre at rettighetsvurderinger gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav. Konsernrevisjonens vurdering er imidlertid at det er betydelige svakheter ved Trasopp sin praksis med rettighetsvurderinger, og dette kan indikere et behov for å styrke internkontrollen på flere områder.

Revisjonen viser at Trasopp ikke har gjennomført tiltak for å vurdere om det er forhold i henvisningsprosessen som kan medføre risiko for manglende etterlevelse av krav.

Konsekvensen av manglende oversikt, kan være at ledere og annet fagpersonell ikke får tilstrekkelig innsikt i områder der det er fare for svikt. Ved å styrke internkontrollen på dette området kan svakheter oppdages og tiltak kan iverksettes slik at uheldig praksis kan rettes opp.

Trasopp mangler et system for å sikre at nødvendig kompetanse deltar på vurderingsmøtene ved fravær. Leder av vurderingsteamet, som er sykepleier, går gjennom mottatte henvisninger fortløpende for å vurdere alvorlighet- og hastegrad. Begge disse forholdene kan medføre risiko for at vesentlige forhold knyttet til pasientens problematikk blir tillagt for liten vekt eller oversett, og praksis er ikke i tråd med kompetansekravene i prioriteringsveilederen.

Revisjonen viser at for fem av ti pasienter som fikk døgnopphold, ville det etter konsernrevisjonens vurdering, vært mest hensiktsmessig med poliklinisk behandling. Behandling på for høyt omsorgsnivå kan for den enkelte pasient medføre risiko for å falle ut av for eksempel arbeidsliv og sosiale relasjoner. Behandling i et beskyttet miljø kan også for noen medføre risiko for at det blir vanskeligere for den rusavhengige å opprettholde resultatene av behandlingen etter utskrivelse.

Trasopp har tilrettelagt for at medarbeidere kan tilegne seg relevant kunnskap om rettighetsvurderinger, men når det er svakheter i vurderingen av henvisningene er det grunn til å stille spørsmål om kompetansen knyttet til rettighetsvurderinger tilstrekkelig. Manglende kompetanse medfører risiko for feil, eksempelvis rett/avslag og vurderinger av alvorlighetsgrad for fristfastsettelse.



Gjennomgang av rettighetsvurderinger

Revisjonen viser at Trasopp poliklinikk har et betydelig forbedringspotensial for å vurdere henvisninger i tråd med veileder for TSB og andre relevante veiledere.

Som beskrevet i hovedkonklusjonen viser revisjonen i all hovedsak gjennomgående svakheter ved rettighetsvurderingene for de fire virksomhetene som er revidert. Det er derfor utarbeidet felles vurderinger og beskrivelse av risiko som er beskrevet i kapittel en.

Vurderingene er knyttet til følgende områder:

- Manglende dokumentasjon av rettighetsvurderingene
- Manglende vurdering av individuelle forhold ved fastsetting av faglig forsvarlig frist
- Pårørende gis rett til helsehjelp uten at det er dokumentert et selvstendig behov for helsehjelp
- Pasienter med alvorlige tilstander vurderes til ikke å ha rett til helsehjelp

Tabellen oppsummerer resultatene etter journalgjennomgangen ved de fire private leverandørene. Grønn farge indikerer god praksis, gul farge at det er et forbedringspotensial, og rødt at praksis ikke er tilfredsstillende.

Undersøkt	Vurdering
Rett til helsehjelp - poliklinikk/døgn	Manglende samsvar i 1 av 20 saker
Rett til helsehjelp – pårørende	Manglende samsvar i 10 av 10 saker
Fristfastsettelse	Manglende samsvarer i 16 og 20 saker
Rett til helsehjelp - avslag	Manglende samsvar i 6 av 8 saker
Avslag begrunnet i journal	Mangler i 3 av 8 saker
Kost - nyttevurdering	Begrunnelse dokumenteres ikke
individuelle forhold	Begrunnelse dokumenteres ikke
Svarbrev sendt innen 10 dager	Alle svarbrev sendt innen frist
Svarbrevets innhold	I henhold til gitte krav i samtlige brev

Tabell 10: Oppsummering Trasopp -journalgjennomgang



Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1.1.2013 hjemlet i helseforetaksloven § 37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Konsernrevisjonen utfører revisjoner i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene»

Om revisjonsprosjektet:

Revisjonsperiode: Oktober – desember 2017

- Virksomhet: Incognito klinikk, Blå Kors poliklinikk, A-senteret,, Trasopp klinikk
- Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Andersen, konsernrevisor (oppdragseier)
- Torun Vedal, internrevisor (oppdragsleder)
- Sissel Korshavn, internrevisor, (teammedlem)
- Rune Tore Strøm, spesialist i rus – og avhengighetsmedisin og psykiatri, OUS (fagrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Leder av virksomheten
- Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF