



Konsernrevisjonen Rapport 11/2017

Revisjon av TSB Phoenix Haga

Avbrudd og utskrivning til kommune

Revisjonsperiode: September - desember 2017

Konsernrevisjonen, 13. desember 2017



Introduksjon

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. Å forebygge avbrudd i behandlingen og å få til sammenhengende og gode pasientforløp ved overføring til kommune er en kjent utfordring.

Målet med revisjonen har vært å undersøke om Phoenix Haga (PH) sikrer at avbrudd i behandlingen og utskrivning til kommune håndteres i tråd med krav og føringer.

PH er en privat institusjon som har avtale med Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) om leveranse av TSB.

To problemstillinger er blitt belyst i revisjonen:

- I hvilken grad sikrer PH at planlagt avslutning og utskrivning til kommune gjennomføres i tråd med krav og føringer?
- I hvilken grad sikrer PH at avbrudd i behandlingen forebygges og håndteres i tråd med krav og føringer?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet september - desember 2017.



INNHold

1. Konklusjoner og anbefalinger	4
1.1 Konklusjoner	
1.2 Anbefalinger	
2. Kontekst	6
2.1 Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser	
2.2 Avbrudd og utskrivning til kommune	
2.3 Phoenix Haga	
3. Tilnærming	8
3.1 Metodisk tilnærming	
3.2 Omfang og avgrensning	
3.3 Revisjonskriterier	
4. Observasjoner og vurderinger	10
4.1 Observasjoner av etablert internkontroll	
4.2 Oppsummering fra journalgjennomgangen	
4.3 Vurdering av internkontrollen	
Vedlegg	16
Journalgjennomgang	
Informasjonsgrunnlag	
Gjennomførte samtaler	

1. Konklusjoner og anbefalinger



1.1 Phoenix Haga bør styrke arbeidet med avbrudd og utskrivning

Forebygging og håndtering av avbrudd fra behandling, samt å sikre gode overganger til kommunene er kjente utfordringer i TSB. Det er derfor viktig at TSB-institusjonene sikrer at krav og føringer for dette arbeidet etterleveres.

«Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten og til å skape gode pasientforløp. Pasientrettigheter knyttet til utarbeidelse av individuell plan og utnevning av koordinator og kontaktlege har tilsvarende intensjon. Føringer for forebygging og håndtering av avbrudd fremkommer blant annet i nasjonale faglige retningslinjer.

Revisjonen har vist at Phoenix Haga (PH) har fokus på disse temaene. Det er etablert tiltak for å sikre god praksis, og det planlegges videre forbedringsarbeid. Samtidig fremkom det at feil og mangler oppstår i prosessene, og at dette kan skyldes svakheter i internkontrollen.

Basert på dette er det konsernrevisjonens overordnede vurdering at PH ikke i tilstrekkelig grad sikrer at krav og føringer knyttet til avbrudd og utskrivning til kommune etterleveres. Det er behov for å styrke arbeidet med å sikre god forebygging og håndtering av avbrudd. Samhandlingen med kommunene ved planlagte utskrivninger bør systematiseres.

Vurderingen begrunnes med følgende:

- Ikke tilstrekkelig strukturert samhandling med kommunene.
- Svakheter ved håndtering og forebygging av avbrudd.
- Mangelfullt grunnlag for å etablere og evaluere tiltak.

Ikke tilstrekkelig strukturert samhandling med kommunene

«Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» er ikke innarbeidet hos PH. Kravene til systematisk samhandling med kommunene er dermed ikke etterlevd. Videre er ikke epikrisene av god nok kvalitet, og de sendes kun unntaksvis til fastlegen. Dette kan medføre at aktørene som skal gi pasientene forsvarlig oppfølging etter endt behandling ikke har tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å planlegge og gjennomføre dette.

Svakheter ved håndtering og forebygging av avbrudd

Det gjennomføres ikke systematisk vurdering av avbruddsrisiko for den enkelte pasient. Dersom fare for avbrudd fanges opp underveis i behandlingsforløp dokumenteres det i liten grad hvilke tiltak som iverksettes. Når avbrudd oppstår kan det gå flere dager før pasienten skrives ut, og det fremgår i ulik grad av journal hvilke aktiviteter som er gjennomført i perioden mellom avbrudd og utskrivning. Konsekvensen av dette kan være at avbrudd ikke forebygges godt nok, og at det er uklart hvordan PH ivaretar sitt ansvar i perioden mellom avbrudd og utskrivning.

Mangelfullt grunnlag for å etablere og evaluere tiltak

Det er ikke etablert oversikt over risiko for at det oppstår svikt eller mangel på etterlevelse av krav og føringer i arbeidet med avbrudd og utskrivning. Avvikssystemet benyttes ikke aktivt. Oppfølgingen av praksis har fokus på å sikre at aktiviteter er gjennomført, men fanger ikke i tilstrekkelig grad opp om kvaliteten er god. Dette kan medføre at grunnlaget for å vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å sikre god praksis blir mangelfullt.



1.2 Anbefalinger

Konsernrevisjonens vurdering er at hovedfokuset i forbedringsarbeidet etter revisjonen bør være å styrke internkontrollen. Konsernrevisjonen anbefaler at PH gjennomfører følgende tiltak:

- Innarbeide krav fra «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» i rutinene for å sikre tilstrekkelig systematikk i planlagte utskrivinger til kommune.
- Forsterke arbeidet med å sørge for tilstrekkelig journalføring slik at det sikres at følgende fremgår av journal:
 - Psykologens bidrag i behandlingen.
 - Vurdering av selvmords- og avbruddsrisiko, samt hvordan denne eventuelt følges opp ved behov.
 - PHs bidrag til å etablere individuell plan for pasienten.
 - Eventuelle tiltak som gjennomføres i tiden mellom pasient avbryter behandlingen og utskrivningstidspunkt.
- Definere praksis for når pasienter skal utskrives ved avbrudd slik at ansvaret for pasienten overføres til rett instans til rett tid.
- Utvikle og styrke praksis for epikrise slik at det sikres at tilstrekkelig informasjon tilfaller de som skal følge opp pasienten til rett tid. For eksempel:
 - Lege eller psykolog kontrasierer epikriser og er journalansvarlig.
 - Justere mal slik at status ved innkomst, effekt av gjennomførte tiltak, tidspunkt for eventuelt avbrudd og anbefalinger for videre behandling fremkommer tydelig.
 - Sende epikrise til fastlege.
- Etablere oversikt over risiko for at det oppstår svikt og mangler i prosessene med avbrudd og utskrivning for å kunne vurdere om de riktige tiltakene er iverksatt. For eksempel ved å:
 - Ta aktivt i bruk avvikssystemet for å få opp oversikt over oppståtte avvik fra etablerte prosedyrer.
 - Gjøre en vurdering av hvor i prosessene det er størst risiko for at svikt og mangler oppstår.
- Utvide den systematiske oppfølgingen med mer kvalitative aspekter for å sikre god og enhetlig praksis. Dette kan både være at det følges løpende med på utvalgte områder, og at det gjennomføres kvalitetsgjennomganger/stikkprøver.

2. Kontekst



2.1 Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

Det er helseforetakenes ansvar å tilby undersøkelse og behandling av personer med rus- og avhengighetslidelser. Behandlingen foregår både i helseforetakene og i private institusjoner. HSØ RHF anskaffer tjenester for i overkant av én milliard kroner fra 22 private ideelle leverandører innen TSB.

Private leverandører av TSB forplikter seg gjennom avtalene med HSØ RHF til en del formalkrav som følger av å være definert som spesialisthelsetjeneste, blant annet:

- Utføre oppdraget i samsvar med de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter og offentlige vedtak, samt HSØ RHF sine krav og kvalitetsmål.
- Følge aktivt med på eventuelle endrende signaler fra sentrale myndigheter og hvilke faglige føringer som til enhver tid er gjeldende.
- Etablere et internkontrollsystem, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Kvalifisert personell skal utføre behandlingen iht. faglige retningslinjer, veiledere og kunnskapsbasert praksis.
- Samarbeide med henviser og vurderingsinstans.
- Samarbeide med pasientens hjemkommune og relevant spesialisthelsetjeneste både før, under og i etterkant av behandlingen for å sikre helhetlige og gode pasientforløp.
- Sikre faglig forsvarlighet ved eventuelle avbrudd i behandlingen.

2.2 Avbrudd og utskrivning til kommune

Den optimale avslutningen av en behandling er planlagt i enighet mellom pasient, behandler og samarbeidspartnere. To av de største utfordringene innen TSB er å forebygge avbrudd i behandlingen og å få til sammenhengende og gode pasientforløp ved overføring til kommune.

Pasienter i TSB-døgnbehandling vil som hovedregel ha behov for langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester. Dette utløser rett til å få utnevnt kontaktlege/kontaktpsykolog og koordinator, samt å få opprettet en individuell plan (IP). Intensjonen med ordningene er å bidra til gode pasientforløp internt i institusjonen og til samhandling med andre instanser.

2.2.1 Avbrudd

For at en behandling skal være effektiv er det viktig at den gjennomføres. Internasjonal forskning viser at omtrent halvparten av pasientene i rusbehandling avslutter behandlingen før planlagt tidspunkt.

Faktorer som gir økt risiko for avbrudd i rusbehandlingen er at behandlingen oppleves som uvirksom, dårlig allianse med behandler, redusert kognitiv funksjon og personlighetsproblemer. Unge pasienter er spesielt sårbare for disse risikofaktorene.

«Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» peker på viktige elementer for å forebygge og håndtere avbrudd i behandlingen. Eksempler på dette er kartlegging av rusmiddelbrukens omfang og funksjon, vurdering av risiko for behandlingsavbrudd og selvmord tidlig i behandlingsforløpet, samt at pasienten får anledning til å bytte behandler dersom behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig.

2.2.2 Utskrivning

For en god overgang til andre tjenester, for eksempel til kommune eller kriminalomsorg, må forankring og kontinuitet ivaretas. Pasienter med rusproblem kan oppleve at tilbud om bolig eller oppfølging i det kommunale hjelpeapparatet svikter etter innleggelse i spesialistinstitution.



«Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» skal blant annet bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten og til å skape gode pasientforløp. Den ble gjort gjeldende for TSB fra 1.1.2017. Det fremkommer blant annet krav om ved innleggelse å vurdere sannsynlig behov for kommunale tjenester etter utskrivning og varsle kommunen om eventuelle behov.

2.3 Phoenix Haga

Phoenix Haga (PH) har løpende avtale med HSØ RHF om leveranse av døgnbehandling i TSB med behandlingsvarighet inntil 12 måneder. PH er en ideell stiftelse med behandlingstilbud til rusavhengige i alderen 18 til 35 år.

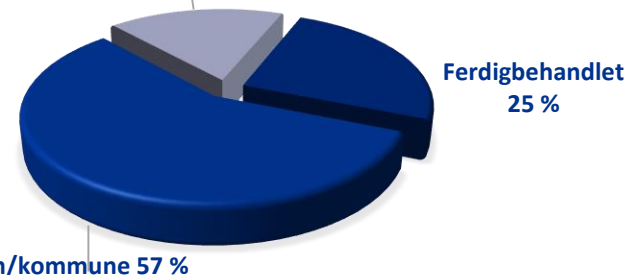
PH beskriver at formålet med virksomheten er å rehabilitere rusmiddelmisbrukere etter de metoder som benyttes i modellen «Det terapeutiske samfunn». Arbeid beskrives som et viktig element i behandlingsmodellen, og blir organisert gjennom det som kalles struktur. I møte med strukturen opplever pasienten utfordringer som blir diskutert, belyst og bearbeidet i terapigrupper, samtaler og behandlingsplan. Her blir målsetninger satt, og tiltak vurdert og iverksatt.

Det er fire hovedkategorier av arbeidsroller for pasientene; ansvarshavende, arbeidsledere, assistenter og mannskap. Nivåene i rollene krever økende kunnskap, ansvar og autoritet i fellesskapet.

Behandlingen er inndelt i faser, hvor fase én igjen er inndelt i tre underfaser; «motivasjonsfasen», «utvikling og vekst» og «orientering ut». De tre neste fasene foregår i PHs ettervernstilbud. Dette er ikke en del av leveranser til HSØ RHF, men tilbys kommunene som et alternativ til oppfølging i hjemkommunen.

Avbruddsprosenten i PH har over tid vært høyere enn ønskelig. I tidsrommet 1.1.17 – 12.9.17 ble 7 av 28 pasienter utskrevet som ferdigbehandlet og fortsatte i ettervernstilbudet på PH. 21 pasienter avsluttet behandlingen som avbrudd, hvorav fem pasienter ble tilbakeført til soning i fengsel, se figur 1.

Avbrudd -Kriminalomsorgen 18 %



Figur 1: Fordeling av avsluttede pasienter i PH 1.1.17 – 12.9.17.

2.3.1 Pågående arbeid i PH

Institusjonen opplyser om at de har igangsatt et arbeid for å forebygge avbrudd i større grad. Første steg i arbeidet er å kartlegge gode tiltak basert på tidligere erfaringer. Videre opplyser PH om at de har utfordringer knyttet til å dokumentere tilstrekkelig i journal, og at det pågår forbedringsarbeid knyttet til dette.

3. Tilnærming



3.1 Metodisk tilnærming

For å kartlegge intern styring og kontroll i PH har konsernrevisjonen gjennomført dokumentundersøkelser og intervjuer. Videre ble det utført en gjennomgang av elektronisk pasientjournal (SOMA) for å teste etterlevelse av krav og føringer, samt om interne rutiner følges. Avklaringer er gjort per epost.

Oversikt over intervjuer og dokumentasjon fremgår av vedlegg 2 og 3.

3.2 Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet følgende områder:

- PHs arbeid med pasienter som behandles etter avtale med HSØ RHF.
- Pasientforløpet fra det er besluttet inntak på PH til pasienten er skrevet ut fra institusjonen.
- Epikrise og eventuelle samarbeidsmøter med andre instanser i etterkant av utskrivning.

Revisjonen har ikke omfattet følgende:

- HSØ RHF oppfølging og styring av de private leverandørene.
- Vurdering av i hvilken grad avdekkende avvik fra krav og føringer påvirker forsvarligheten i tjenestene som gis.
- Kommunenes opplevelse av samarbeidet med institusjonen.

3.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er utledet fra relevante lover, forskrifter og nasjonale faglig retningslinjer:

- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

- Lov om spesialisthelsetjenester
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Forskrift habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Journalforskriften
- Forskrift om ledelse og forbedring
- Kontrakt mellom PH og HSØ RHF

3.3.1 Intern styring og kontroll

God intern styring og kontroll skal gi rimelig sikkerhet for at driften er effektiv og utføres i tråd med føringer og krav. Begrepene internkontrollsystem eller styringssystem benyttes ofte om de aktivitetene, prosessene og systemene som etableres for å sikre dette.

Intern styring og kontroll skal inngå som et element i den daglige driften i virksomhetene. Det skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig.

Det er daglig leder som har det utøvende ansvaret for at tilstrekkelig intern styring og kontroll er etablert. Imidlertid kan ansvaret for å utforme internkontrollen delegeres, og det vil være de ansatte i virksomheten som utfører de aktivitetene som inngår i prosessene.

For å sikre god håndtering av avbrudd og utskrivning må det være etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll gjennom behandlingsforløpene. Manglende etterlevelse av føringer og krav vil ofte kunne skyldes svakheter i internkontrollen.



Konsernrevisjonen har kartlagt og vurdert den etablerte internkontrollen i PH basert på følgende kriterier:

Ansvar og myndighet for sentrale oppgaver

- Ansvar og myndighet for sentrale oppgaver og aktiviteter i behandlingsforløpet og internkontrollen er definert og kjent.

Kompetanse

- PH sikrer at ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utøve sitt ansvar og sine oppgaver.

Vurderinger av risiko

- PH gjennomfører vurderinger av risiko for at feil og mangler oppstår knyttet til avbrudd og utskrivning.

Tiltak for å sikre god praksis

- PH utvikler og iverksetter hensiktsmessige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å sikre god håndtering av avbrudd og utskrivning, i tråd med krav og føringer.

Oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere

- PH holder oversikt over aktuelle krav og føringer. Dette gjøres kjent i virksomheten og er lett tilgjengelig for ansatte.

Styringsinformasjon

- PH sørger for at informasjon om hvorvidt avbrudd og utskrivning håndteres i tråd med krav og føringer er tilgjengelig. Dette kan for eksempel være målinger på prioriterte områder, intern rapportering og systematiske gjennomganger som interne revisjoner.

Oppfølging

- PH følger systematisk med på om avbrudd og utskrivning håndteres i tråd med krav og føringer. PH vurderer og gjennomfører korrigerende tiltak ved behov.

4. Observasjoner og vurderinger



4.1 Observasjoner av etablert internkontroll

I kapittel 4.1 fremkommer observasjoner av internkontrollen knyttet til avbrudd og utskrivning i PH.

4.1.1 Ansvar og myndighet for sentrale oppgaver

PH har definert ansvar og myndighet både på overordnet nivå og på behandlernivå i prosedyrer og stillingsbeskrivelser. Ansvar og oppgaver knyttet til avbrudd og utskrivning er kun delvis beskrevet:

- Daglig leder har delegert det utøvende ansvaret for internkontrollen til faglig leder.
- Faglig leder er journalansvarlig og har ansvar for å godkjenne epikriser.
- Forsknings- og utviklingskonsulent (FoU-konsulent) og veileder i stab bidrar i arbeidet med å utvikle og følge opp internkontrollen.
- Ansvar og oppgaver knyttet til rollene som lege, psykiater, psykolog og primærkontakt er beskrevet i stillingsinstrukser eller prosedyrer.
- Ansvar og oppgaver knyttet til å håndtere ulike avbruddscenarier fremgår av egen prosedyre.
- Ansvar og oppgaver knyttet til planlagt utskrivning til kommune og å forebygge avbrudd er ikke beskrevet i egne dokument, men fremkommer delvis i andre prosedyrer/rutiner.

4.1.2 Kompetanse

PH har etablert opplæring av nyansatte og har oversikt over medarbeidernes kompetanse. Det gjennomføres ikke egen opplæring knyttet til avbrudd/utskrivning:

- FoU-konsulent har i samarbeid med faglig leder ansvar for å utarbeide og følge opp årsplaner for intern fagutvikling.
- PH har etablert opplæringsplan for nyansatte miljøterapeuter som dekker generelle tema. Gjennomføring skal signeres av nyansatt og faglig leder.
- Det er ikke utformet særskilte kompetansekrav eller etablert opplæring knyttet til avbrudd og utskrivning.
- Ansatte deltar på intern undervisning/seminarer og på eksterne kurs. Enkelte følger også grunnutdanning på høgskolenivå, eller etter- og videreutdanninger.
- PH har etablert oversikt over formell kompetanse og kurs/konferanser som er gjennomført av den enkelte. Det er laget plan for deltakelse på kurs/konferanser i 2017.

4.1.3 Vurderinger av risiko

PH har ikke etablert oversikt over risiko for at svikt eller mangler kan forekomme knyttet til avbrudd og utskrivning. Det fremkommer i intervjuer at flere vurderer at det er risiko for mangler knyttet til journalføring og opplæring.

Avvik skal benyttes til å skaffe oversikt over risikoområder og risikovurdering. Det er ikke meldt avvik knyttet til avbrudd eller utskrivning i 2017.



4.1.4 Tiltak for å sikre god praksis

PH har prosedyrer/rutiner som kan bidra til å sikre at planlagt utskrivning til kommune og forebygging/håndtering av avbrudd skjer i tråd med krav, som:

- Prosedyre for håndtering av avbrudd.
- Prosedyre for IP.
- Mal for epikrise.
- Prosedyre for inntaksprosessen, kartleggingsarbeid i motivasjonsfase, og samarbeid med eksternt nettverk.
- Prosedyre overgang til ettervern.

Det mangler prosedyrer for enkelte sentrale aktiviteter, som:

- «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» er ikke innarbeidet i prosedyrene.
- Det er ikke prosedyre for hvordan eventuelle signaler på selvmordsrisiko skal følges opp.
- Rutine og mal for kriseplan er utviklet, men foreløpig ikke tatt i bruk.

Det er etablert tiltak for å forebygge avbrudd, som ikke er formalisert skriftlig, men som PH opplyser at er en del av praksis:

- Det foreligger en liste i resepsjonen der pasientene til en hver tid må signere for hvor på institusjonen de befinner seg.
- Pasienter som vurderer avbrudd kan sette seg på «benken». Her skal pasienten reflekterer over hva som er utfordrende, hvordan fellesskapet kan hjelpe og planer videre dersom vedkommende velger å reise.

En pasient som har vært lenge i behandling skal sitte sammen med vedkommende og ansatte skal informeres. Det skal dokumenteres hva som har skjedd.

- Ved vaktskifter gis det rapport om pasientene og sentrale opplysninger noteres i en bok på vaktrommet.
- Beboere må søke om eventuell permisjon, og oppgi en detaljert tidsplan for permisjonen.
- Det er etablert en bakvaksordning der faglig/daglig leder kan kontaktes dersom noe oppstår utenfor vanlig arbeidstid.
- Selve behandlingsmetodikken oppgis å være viktig for å forebygge avbrudd.
- Behov for tiltak ovenfor den enkelte pasient skal vurderes i alle relevante møter, i målgrupper og ved oppfølging av behandlingsplan.

4.1.5 Oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere

Faglig leder har ansvar for å holde seg oppdatert på lover, forskrifter, regler og avtaleverk som gjelder for den faglige driften av Phoenix Haga, og følger med i utviklingen innenfor fagområdet.

Kilde til informasjon er hovedsakelig HSØ RHF gjennom epost, møter og samlinger. Ny informasjon gjøres kjent i virksomheten gjennom epost, møter, og fagsamlinger.



4.1.6 Styringsinformasjon

Kilder til informasjon er avviksmeldinger, oversikt over journalføring, møter og brukerundersøkelse:

- Avviksmeldinger skal gi ledelsen informasjon om feil og mangler som oppstår. Det er ikke meldt avvik knyttet til avbrudd/utskrivning i 2017.
- Faglig leder mottar månedlig en tabell der status på journalføring på utvalgte elementer i pasientenes journal fremkommer.
- Ledelse og stab er tett involvert i pasientbehandlingen, og deltar i møter med både pasienter og behandlere. Dette oppgis som en viktig kilde til informasjon.
- Det gjennomføres en årlig brukerundersøkelse om pasienttilfredshet.

4.1.7 Oppfølging

PH gjennomfører flere aktiviteter der behandlingsforløpene følges med på som grunnlag for å vurdere behov for tiltak. Det er hovedsakelig faglig leders ansvar å følge opp prosessene:

- Faglig leder vurderer behovet for å iverksette tiltak ovenfor enkeltbehandlere på bakgrunn av tabell med oversikt over journalføring.
- I behandlingsmøter kan ledere ta opp observerte utfordringer med behandlergruppen.
- Ved avvik er det daglig leder/faglig leders ansvar å vurdere om eksisterende tiltak er tilstrekkelige og eventuelt behov for nye tiltak.
- I det daglige arbeidet foregår kontinuerlig, uformell evaluering av modell og metode.



4.2 Oppsummering fra journalgjennomgangen

Konsernrevisjonen har gjennomført en journalgjennomgang for å vurdere om PH etterlever eksterne krav og føringer, samt interne prosedyrer.

Journalen til 9 av 28 pasienter utskrevet fra PH i 2017 ble gjennomgått:

- I syv av tilfellene ble det avbrudd i behandlingen. To av disse gikk tilbake til kriminalomsorgen, mens de øvrige fem ble overført til kommune.
- To av pasientene gjennomførte behandlingen som planlagt, og ble overført til PHs ettervernstilbud, se figur 2.



■ Ikke testet ■ Ferdigbehandlet ■ Avbrudd - hjem/kommune ■ Avbrudd- fengsel

Figur 2: Beskrivelse av utvalget for testingen.

Oppsummert viste journalgjennomgangen at PH til en viss grad etterlevde krav og føringer, men at det var potensiale til forbedring:

Mangelfull journalføring

Generelt var det mangelfull journalføring. Det var i liten grad journalføring fra psykolog/lege. I flere av pasientjournalene var det lengre perioder uten journalføring. Det var ikke systematisk journalført hvilke tiltak som ble igangsatt og hvilken effekt disse hadde.

Konsekvensene kan det være at ved lange behandlingsforløp kan være utfordrende å ha oversikt over hvordan behandlingen har vært tilpasset pasienten og hvilken effekt tiltak har gitt. Det kan også være krevende å ha vesentlig informasjon tilgjengelig ved samarbeid med eksterne aktører og sammenstilling av epikriser.

Oppfølging av selvmordsrisikokartlegging var i liten grad gjort

Det var gjort kartlegging av risiko for selvmord ved inntak, men det var i liten grad fulgt opp med en utvidet vurdering, selv om det kunne fremkomme indikasjon på at dette ville være relevant. Dette kan medføre at potensiell selvmordsrisiko ikke fanges opp og håndteres.

Variasjon i utskrivningsdato for pasienter som avbrøt behandlingen

Det varierte hvor lang tid det tok fra pasient avbrøt behandlingen til vedkommende ble skrevet ut. Det fremgikk i varierende grad av journal hvilke tiltak som ble gjennomført i dette tidsrommet. Dette kan medføre at det blir uklare ansvarsforhold ved avbrudd, og at det ikke fremgår om PH har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å forebygge alvorlige hendelser.



Mangelfulle epikriser

Epikrisene ble ikke godkjent av lege/psykolog og innhold var mangelfullt, og de ble unntaksvis sendt til fastlege. Dette kan gi risiko for at helsepersonell som skal gi pasienten forsvarlig oppfølging etter utskrivning ikke får tilstrekkelige opplysninger.

Ikke tilstrekkelig tilrettelagt for samhandling med kommunene

Det fremgikk i varierende grad hvordan PH samarbeidet med kommunene om IP og å planlegge utskrivning. Kravene i «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» var i liten grad etterlevd. Manglende systematikk i samarbeidet med kommunene underveis i forløpet kan gi risiko for at kommunene ikke er forberedt på å ivareta pasienten etter utskrivning.

Vurdering av risiko for avbrudd var i varierende grad dokumentert

Det fremkom ikke at det var gjort en systematisk kartlegging av avbruddsrisiko ved oppstart. For enkelte pasienter var det journalført at slik risiko var fanget opp underveis i forløpet. Kriseplan var ikke utarbeidet. Dette kan medføre at forebyggingen av avbrudd ikke blir optimal.

Stor variasjon i innholdet i behandlingsplanene

Behandlingsplan var utarbeidet for de fleste pasientene der det var aktuelt. Det var stor variasjon i antall mål, hvor ofte planen ble oppdatert, samt beskrivelse av tiltak som ble vurdert/iverksatt. Dette kan gi risiko for at pasientforløpene ikke tilpasses og styres tilstrekkelig ut fra enkeltpasientens behov.

Se vedlegg 1 for utfyllende beskrivelse av journalgjennomgangen.





4.3 Vurdering av internkontrollen

Målet med revisjonen har vært å undersøke om PH sikrer at avbrudd i behandlingen og utskrivning til kommune håndteres i tråd med krav og føringer.

Avbrudd og utskrivning er utfordrende områder, og revisjonen har vist at PH har fokus på å forebygge avbrudd samt å sikre gode overganger. Samtidig fremkommer det ved testing av journaler at det er et forbedringspotensiale knyttet til å etterleve krav og føringer for området.

Basert på dette er det konsernrevisjonens overordnede vurdering at PH ikke i tilstrekkelig grad sikrer at krav og føringer knyttet til avbrudd og utskrivning til kommune etterleves.

4.3.1 Feil og mangler kan skyldes svakheter i internkontrollen

Manglende etterlevelse av krav og føringer skyldes vanligvis at den etablerte internkontrollen har svakheter eller at interne rutiner ikke følges av de som utfører oppgavene. PH har etablert internkontroll der ansvar og oppgaver i hovedsak fremstår som fordelt og kjent. Det sikres opplæring av nyansatte og kompetanseutvikling for øvrige ansatte. Det er likevel konsernrevisjonens vurdering at hovedfokus i forbedringsarbeidet etter revisjonen bør være å styrke internkontrollen.

Ikke tilstrekkelig oversikt over risiko for svikt og manglende etterlevelse

Det er ikke etablert oversikt over risiko for at svikt eller mangler kan forekomme og det meldes ikke avvik knyttet til avbrudd og utskrivning. Dette kan medføre at grunnlaget for å vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å sikre god praksis kan være mangelfullt. Det fremkom at det er bevissthet om at det er risiko, for eksempel at journalføring kan være mangelfull. Test av journaler bekreftet at dette forekommer.

Utforming og etterlevelse av enkelte tiltak kan forbedres

PH har utviklet flere prosedyrer og tiltak som skal bidra til å sikre god håndtering av avbrudd og utskrivning. Kravene fra «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» er imidlertid ikke innarbeidet. Forskriften er dermed ikke kjent blant de ansatte, og det er ikke tilrettelagt for at kravene til for eksempel å definere pasienten som utskrivningsklar og samhandle med kommunen etterleves. Videre mangler føringer for noen sentrale aktiviteter som vurdering av risiko for selvmord og føringer for hvor raskt pasienter skal skrives ut etter avbrudd. Interne føringer ble ikke etterlevd fullt ut. Det ble for eksempel ikke utnevnt kontaktpsykolog /kontaktlege.

Det er ikke etablert tilstrekkelige tiltak i form av maler, prosedyrer og liknende for å sikre tilstrekkelig og enhetlig journalføring. Konsekvensen er at den tette oppfølgingen av pasientene ikke fremkommer i journal og at det kan fremstå som om interne rutiner og eksterne krav etterleves i mindre grad enn de faktisk gjør.

Det er utarbeidet mal for epikriser, men innholdet i gjennomgåtte epikriser ble likevel vurdert som mangelfullt. Dette kan skyldes at det ikke er etablert gode nok prosesser for sammenstilling og godkjenning av epikrise, at journalføring er mangelfull og at epikrisemalen ikke gir nok støtte.

Ikke tilstrekkelig oppfølging

Faglig leder og stab følger systematisk opp at enkelte aktiviteter som er relevante for avbrudd og utskrivning gjennomføres. Styringsinformasjonen som legges til grunn for oppfølgingen viser hovedsakelig hvorvidt oppgaver er utført eller ei. Oppfølgingen synes ikke i tilstrekkelig grad å fange opp om kvaliteten på aktivitetene som utføres er god nok.

Vedlegg 1 - Journalgjennomgang

Gjennomføring

Konsernrevisjon har gjennomgått et utvalg av journaler for å vurdere i hvilken grad PH etterlever krav og føringer som fremkommer i lov, forskrift og faglige retningslinjer. Etterlevelse av utvalgte interne føringer definert av PH ble også inkludert.

Populasjonen var 28 pasienter som var utskrevet fra PH i 2017. Utvalget var 9 journaler.

- Syv av pasientene avbrøt behandlingen. To av pasientene gikk tilbake til kriminalomsorgen, de øvrige fem ble overført til kommune.
- To av pasientene gjennomførte behandlingen som planlagt, og ble overført til PHs ettervernstilbud.

Resultater

Resultatet av journalgjennomgangen fremkommer i tabellene på de neste sidene.

Det er én tabell for hver av de tre fasene «Inntak/oppstart», «Behandling» og «Avslutning/utskrivning». I tabellene fremkommer hva som er undersøkt, kilde til kravet og hvordan status i journal er vurdert.

Forklaringer til tabellene:

	I hovedsak etterlevd
	Delvis etterlevd
	Ikke etterlevd
	Ikke mulig å vurdere

Kilde til undersøkelsesmål:

1. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
2. Nasjonal faglig retningslinje for TSB
3. Øvrig lovverk relevant for spesialisthelsetjenesten
4. Interne føringer i PH

Inntak/oppstart

Tabell 1 Inntak/oppstart

Kilde	Undersøkt	Vurdering
1	Det skal ved innleggelse gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra døgnoppholdet	Det fremgikk ikke av journal at det gjennomføres en slik vurdering.
1	Kommunen skal varsles så snart det lar seg gjøre om eventuelle behov.	Det ble ikke sendt eget varsel om dette, men det kunne fremkomme i dialogen med kommunen og i ansvarsgruppemøter. Det var stor variasjon i første tidspunktet for ansvarsgruppemøte. Representant fra kommunen var ofte tilstede ved innleggelse.
2	Rusmiddelbrukens omfang og funksjon kartlegges ved inntak og danner grunnlag for videre utredning.	Tidligere rusmiddelbruk ble kartlagt ved inntak og journalført, men det fremgikk ikke hvordan dette ble fulgt opp videre i behandlingen.
2	Risiko for behandlingsavbrudd og tiltak for å forebygge kartlegges.	Det fremkom ikke at det gjøres en systematisk kartlegging av dette, men for enkelte pasienter var det journalført at slik risiko var fanget opp. Det fremkom i liten grad hvilke tiltak som da ble igangsatt.
2	Alle pasienter bør kartlegges for selvmordsrisiko. Hvis det foreligger en slik risiko, bør det gjøres en selvmordsrisikovurdering tidlig og underveis i behandlingsforløpet.	Selvopplevd psykisk helse og selvmordstanker ble kartlagt ved inntak. Det fremkom i liten grad hvordan dette ble fulgt opp. Kun ved ett tilfelle var det dokumentert vurdering av psykolog.
3,4	Det opprettes kontaktlege/kontaktpsykolog	Det var ikke utnevnt kontaktlege/psykolog.
3,4	Det utnevnes koordinator	Begrepet koordinator brukes ikke, men det ble utnevnt primærkontakt og helseansvarlig som i samarbeid vurderes å dekke koordinatorrollen.
3,4	Det vurderes behov for IP. Kommunen varsles så snart det avdekkes behov for IP som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det medvirkes i arbeidet med IP.	Det ble innhentet samtykke til IP fra åtte av ni pasienter i gjennomgangen, men det fremkom kun én utarbeidet IP. Det fremkom ikke hvorfor IP ikke var utarbeidet for de øvrige pasientene.

Behandling

Tabell 2 Behandling

Kilde	Undersøkt		Vurdering
2,4	Behandlingsplan utarbeides.		Behandlingsplan var laget for de fleste pasientene der det var aktuelt. Det var stor variasjon i antall mål, og hvor ofte den ble oppdatert.
2,4	Kriseplan utarbeides.		Kriseplan var ikke utarbeidet.
2	Det vurderes å endre behandlingsplanen og tiltak ved fare for brudd i behandlingsforløpet.		Det fremkom i flere av journalene at det var vurdert å være økt avbruddsfare. Det var i varierende grad journalført hvilke tiltak som da ble vurdert/iverksatt. Behandlingsplan ble justert i forbindelse med målmøter.
2	Dersom pasienten vurderer at behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig, gis det anledning til å bytte behandler.		Det fremkom ikke at dette hadde vært aktuelt, derfor ikke vurdert.
2	Det gjennomføres systematisk og kontinuerlig tilbakemelding/evaluering av behandlingen fra pasient		De fleste pasientene hadde gjennomført «Beboervurderinger». Det var stor variasjon i hyppighet. Det ble i liten grad journalført hvordan pasientene evaluerte behandlingen.
1	For pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal institusjonen ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging.		Det ble gjennomført ansvarsgruppemøter der videre oppfølging kunne være tema. Det var ikke gjennomgående dokumentert innhold og konklusjoner fra møtene.
1	For pasienter med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten skal det før pasienten er utskrivningsklar etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.		Ikke vurdert. Det fremkom ikke at dette hadde vært tema for noen av pasientene som ble planmessig utskrevet.

Utskrivning

Tabell 3 Utskrivning

Kilde	Undersøkt	Vurdering
4	Ved avbrudd i behandlingen varsles relevante personer og instanser.	Personer på pasientens kontaktliste ble varslet raskt ved avbrudd, også fengsel/politi der det er aktuelt. Fastlege ble sjeldent varslet.
4	Pasienten og andre aktuelle personer og instanser informeres om eventuell risiko for overdose, selvmord med mer ved avbrudd.	Det var ikke journalført at slik informasjon er gitt.
4	Avsluttende samarbeidsmøte med relevante instanser gjennomføres etter avbrudd	I to tilfeller var det journalført telefonkontakt med ruskonsulent i kommune etter avbrudd, ellers fremkom ikke at et slikt møte var gjennomført der det var aktuelt.
1	Før utskrivning skal lege eller psykolog ha dokumentert at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og være dokumentert i pasientjournalen.	Det var ikke dokumentert slik vurdering på de to pasientene som ble utskrevet som ferdigbehandlet.
2	Ved avslutning av behandling uten pasientens/brukerens medvirkning eller enighet skal pasienten/brukeren informeres om mulighet for å klage og tilbys bistand til å påklage avgjørelsen.	Ikke vurdert, da det ikke fremgikk av journal at noen avslutninger var av en slik art.
1	Ved utskrivning skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.	Epikrise ble sendt for samtlige pasienter, men kun én til fastlege. Det fremgikk ikke av epikrisene tydelig status ved innkomst, effekt av gjennomførte tiltak og anbefalinger for videre behandling. Det fremkom ikke at epikrise var godkjent av lege eller psykolog eller at helsepersonell hadde kvalitetssikret helseopplysninger og medisinerer. Ved avbrudd gikk det i flere tilfeller én til to uker før pasienten ble utskrevet og ytterligere inntil ni dager før epikrise ble sendt. Tidspunkt for avbrudd fremkom ikke i epikrisene.

Vedlegg 2

Tabell 4 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Beboerundersøkelse Sluttrapport 2016	Registreringsskjema August 2017, Registreringsskjema September 2017, Registreringsskjema
Behandlingsavtale	Vurderingsskjemaer; Beboervurdering - oppsummering (BVO), Beboervurdering (BV), Medbeboervurdering - oppsummering (MVO), Stabsvurdering - oppsummering (SVO)
Bruk av individuelle behandlingsplaner og faste målgrupper som behandlingsverktøy i et Terapeutisk Samfunn	Referat fra behandlingsmøter (070617, 240517, 230817)
Innhold Epikrise	Rutine for avviksbehandling, DokumentID: P-HELSE- 011
Kriseplan - skjema	Skjematisk oversikt over behandlingsprogram
Kurs og konferanser 2017	Stillingsbeskrivelse Faglig leder
Mål og Oppfølging av disse	Stillingsbeskrivelse FoU-konsulent
Opplæringsplan for nyansatte miljøterapeuter	Stillingsbeskrivelse Psykolog
Permisjonssøknad med reise og oppholdsplan	Diverse eposter med svar på oppfølgingsspørsmål
Arbeidsoppgaver for primærkontakt	Prosedyre for inntaksprosessen, kartleggingsarbeid i motivasjonsfase, og samarbeid med eksternt nettverk, DokumentID: P-HELSE- 007
Prosedyre for aktivitet ved behandlingsavbrudd og utskrivning, DokumentID: P-HELSE- 001	Prosedyre for legemiddelhåndtering, DokumentID: P-HELSE- 009
Prosedyre for arbeid med kriseplan, DokumentID: P-HELSE- 008	Prosedyre for oppfølging av beboernes helsetilstand, DokumentID: P-HELSE- 010
Prosedyre for individuell plan, DokumentID: P-HELSE- 016	Prosedyre overgang til ettervern, DokumentID: P-HELSE- 020

Vedlegg 3

Tabell 5 Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og tittel/rolle
28.09.17	Terje Turøy, Daglig leder Rune Hafstad, Faglig leder Sylvia Koffeld-Hamidane, FoU-konsulent
28.09.17	Marianne Aandstad, Miljøterapeut og sykepleier Tommy Nilssen, Miljøterapeut og pedagog Kasia Szostak-Grobelny, Psykolog



Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Om konsernrevisjonen 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: September – november 2017

Leverandør: Phoenix Haga

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst

Revisorer:

- Espen Anderssen (Oppdragseier)
- Anders Nordlund (Oppdragsleder)
- Liv Lüdemann (Internrevisor)
- Peter Krajci (Innleid fagrevisor. MD. PhD. Klinikk Psykisk helse og avhengighet OUS)

Rapporten er oversendt til:

- Daglig leder i Phoenix Haga
- Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF