




Rapport
Revisjon av BUP – pasientforløp
Psykiatrien i Vestfold HF



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
13. mars 2009

Rapport nr.	4/2009
Revisjonsperiode	September-desember 2008
Virksomhet	Psykiatrien i Vestfold HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Psykiatrien i Vestfold HF
Kopi (av endelig rapport)	Styreleder Psykiatrien i Vestfold HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Hege Elisabeth Vigger, Blefjell sykehus HF Torhild Liverud, Sykehuset Innlandet HF Lars Hegrenes, Ernst & Young Odd Erik Grøttum, Ernst & Young Liv Todnem, konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Innhold

1	OPPSUMMERING	3
2	INNLEDNING	5
1.1	BAKGRUNN OG FORMÅL MED GJENNOMGANGEN	5
1.2	METODE OG HVA SER VI ETTER	5
1.3	DIALOG OG SAMHANDLING I FORBEDRINGSARBEIDET	8
3	PASIENTFORLØPET – KARTLEGGING OG VURDERING	8
3.1	INNTAK OG VURDERING	8
3.2	UTREDNING OG BEHANDLING	12
3.3	AVSLUTNING BEHANDLING	14
3.4	PASIENTFORLØPET I ET HELHETLIG INTERNKONTROLLPERSPEKTIV	16
3.5	ANBEFALINGER OG HANDLINGSPLAN	19
4	VEDLEGG	20
4.1	INFORMASJONSGRUNNLAG	20
4.2	GJENNOMFØRTE SAMTALER	21
4.3	SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING	21

1 Oppsummering

Formålet med revisjonen ved Psykiatrien i Vestfold HF (heretter benevnt PiV) har vært å bekrefte om foretaket har en tilfredsstillende internkontroll i pasientforløpet som bidrar til å sikre tilgjengelig og god behandling.

For å oppnå formålet har det vært særlig fokus på de ulike fasene i pasientforløpet, fra mottak av henvisning til avslutning av behandlingen for å kunne bekrefte om pasientforløpet er underlagt tilstrekkelig styring og kontroll som sikrer måloppnåelse.

Ved gjennomgangen er det tatt utgangspunkt i foretaksprotokollen fra 4.2.2008, hvor kravet om internkontroll og risikostyring fremkommer, og driftsavtalen mellom PiV og Helse Sør-Øst RHF når det gjelder krav til kvalitet i leveranse av pasientbehandling og oppfyllelse av konkrete mål. Revisjonen har omfattet de fire barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene (BUP) Holmestrand, Horten, Larvik og Tønsberg innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling BUPA.

I relasjon til kravet i foretaksprotokollen om internkontroll og risikostyring har vi denne revisjonen sett på ulike deler av pasientforløpet når det gjelder poliklinikkens internkontroll som skal bidra til å ivareta både måloppnåelse og effektiv drift, etterlevelse av eksternt og internt regelverk, samt korrekt rapportering av styringsinformasjon.

Konsernrevisjonen har drøftet de ulike funn under revisjonen med reviderte enheter og foretatt en vurdering av hvilke forhold det bør foretas forbedringer på. Anbefalingene har følgende styrke:

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

Måloppnåelse og effektiv drift

Når det gjelder tilgjengelighet, har revisjonen vist at Psykiatrien i Vestfold HF gjennomgående leverer polikliniske helsetjenester innen barne- og ungdomspsykiatrien som i all hovedsak tilfredsstillende de mål som er satt i driftsavtalen. Tallene for måloppnåelse som rapporteres viser at kravene til ventetid var oppfylt i perioden. Dekningsgraden var noe lavere enn det generelle måltallet, men har vært økende i siste del av 2008 for alle poliklinikkene og er nå mye nærmere måltallet.

Når det gjelder effektiv drift, har vi hovedsakelig konsentrert oss om å se på om pasientforløpet ved enhetene er innrettet slik at de klarer å håndtere stadig økning i antall henvisninger. Ressursmessig kan vi konstatere at 3 av 4 enheter har en bemanning som er i tråd med estimert behov, mens 1 poliklinikk er i en oppbemanningsfase. Imidlertid er den ene av de øvrige poliklinikkene rammet av en del sykefravær som bidrar til redusert kapasitet og derved større arbeidsbelastning for de andre medarbeidere. For å sikre at det er mulig for alle poliklinikkene å ivareta mål om ventetid og dekningsgrad har BUPA iverksatt avlastningstiltak.

Ved hjelp av gode styringsdata fra BUPA har vi hatt mulighet til å analysere om det er ulikheter mellom poliklinikkene i forhold til antall henviste kontra antall avsluttede pasientforløp

(når antall inn er lik antall avsluttede benevnes det med 100 %). Det ble også analysert andre data; antall pasienter pr behandler, antall tiltak pr behandler og pr pasient, antall ikke avsluttede pasienter, tidsperiode og aktivitetsnivå, antall henviste og antall avsluttede samt dekningsgrad.

I prinsippet innebærer måloppnåelse at antall pasienter hvor behandling avsluttes må ligge på samme nivå som antall henviste ved forventet dekningsgrad og ventetid. Konklusjonen er at totalt sett har BUPA god oversikt over hvordan tilstanden er og iverksetter tiltak for å sikre effektiv drift. Den detaljerte gjennomgangen viste imidlertid at det var ulikheter mellom poliklinikkene, fra å ha 100 % gjennomstrømning og god leveranse i forhold til alle mål til ca 50 % gjennomstrømning.

Etterlevelse eksternt og internt regelverk

Når det gjelder måloppnåelse i forhold til etterlevelse av relevant eksternt og internt regelverk, har vi vurdert etterlevelse av journalforskriften når det gjelder dokumentasjon av ulike deler av pasientforløpet. Det er også kartlagt om foretaket har implementert ulike deler av anbefalingene i Veilederen for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, samt foretakets interne prosedyrer.

Vi har hatt spesielt fokus på å se om følgende deler innenfor utredning, behandling og avslutning er dokumentert gjennomført i forhold til de krav som skal etterleves; inntaksvurdering og prioritering, kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, diagnosesetting og evaluering av diagnose og behandling, kommunikasjon, behandlingsplan, legemiddelhåndtering, individuell plan, avslutning og evaluering, samt epikrise.

I de ulike fasene i pasientforløpet er det spesielt for følgende områder at vi anbefaler iverksettelse av tiltak:

- Dokumentasjon av selvmordskartlegging og vurdering
- Enhetlige rutiner for kommunikasjon til henviser/fastlege
- Dokumentere kvalitetssikring av diagnosesetting der behandler selv ikke kan sette diagnose
- Enhetlig rutine for evaluering av diagnosesetting og behandling, samt dokumentasjon av vurdering
- Utarbeide og benytte behandlingsplaner
- Planmessig avslutning av pasientforløp
- Dokumentere at pasienten får informasjon om individuell plan

For å sikre god internkontroll i virksomheten anbefales tiltak i forhold til:

- Opplæring i bruk av avviksmeldinger i forbedringsarbeidet
- Oppfølging i forhold til den enkelte leder og medarbeider når det gjelder etterlevelse av mål og resultatkrav, etterlevelse av eksternt og internt regelverk, samt bruk av avvikssystemet som rapporteringsverktøy ved behov

Rapportering av korrekt styringsinformasjon

Revisjonen har ikke vært innrettet i forhold til å foreta spesifikk kontroll av datagrunnlaget, men har basert seg på de etablerte prosedyrene for fremskaffelse av tilgjengelige styringsdata.

Detaljer knyttet til grunnlaget for vurderingene fremgår av del 3.

Vurderingene er foretatt på bakgrunn av spørreundersøkelse, intervjuer, dokumentanalyse, dataanalyse og journaltest. Resultatet er avstemt med de reviderte enhetene.

2 Innledning

I kapittel 2 gjøres det rede for revisjonens bakgrunn, formål og problemstillinger (kap 2.1), metodebruk (kap 2.2) og dialogen/samhandlingen med PiV (kap 2.3).

1.1 Bakgrunn og formål med gjennomgangen

Det vises til varselbrev for revisjon av BUP datert 23.09.2008. Det fremgår av brevet at internrevisjonen (nå konsernrevisjonen Helse Sør-Øst) har fått i oppdrag av revisjonskomiteen å foreta en intern revisjon innenfor BUP med fokus på pasientforløpet og tilgjengelighet.

Psykiatrien i Vestfold HF (PiV) ble valgt som pilot i første revisjon innenfor BUP med fokus på pasientforløpet i et internkontrollperspektiv.

Formålet med revisjonen ved PiV var å bekrefte om foretaket har en tilfredsstillende internkontroll i pasientforløpet som bidrar til å sikre tilgjengelig og god behandling.

For å oppnå formålet har konsernrevisjonen hatt særlig fokus på de ulike fasene i pasientforløpet, fra mottak av henvisning til avslutning av behandlingen. Det var et mål å bekrefte om pasientforløpet var underlagt tilstrekkelig styring og kontroll som sikrer måloppnåelse.

1.2 Metode og hva ser vi etter

Revisjonen ble gjennomført etter en kvalitativ og kvantitativ metode basert på analyse av data fra PiV's styringssystem, spørreundersøkelse, test av journaler, dokumentgjennomgang og intervjuer med ledere, behandlere og sekretærer (til sammen 22 personer fra de fire poliklinikkene, Tønsberg, Horten, Larvik og Holmestrand). I tillegg har ledelsen ved BUPA fremskaffet alle opplysninger som har vært etterspurt og lagt til rette for gjennomføringen av revisjonen på en forbilledlig måte.

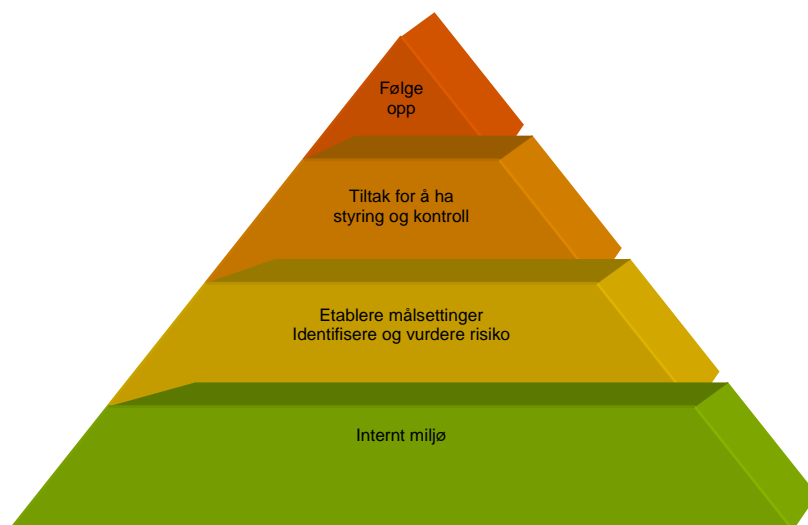
Revisjonen ble metodisk innrettet for å undersøke og vurdere om utvalgte deler av pasientforløpet i fasene henvisning, inntak, utredning, behandling og avslutning var underlagt tilfredsstillende internkontroll.

Ved gjennomgangen ble det tatt utgangspunkt i foretaksprotokollen fra 4.2.2008 hvor kravet om internkontroll og risikostyring fremkommer, driftsavtalen mellom PiV og Helse Sør-Øst RHF når det gjelder krav til kvalitet i leveranse av pasientbehandling og oppfyllelse av konkrete mål (indikatorer).

God internkontroll skal bidra til måloppnåelse i foretaket, både i forhold til pasientbehandlingen, tilgjengelighet og kvalitet, etterlevelse av relevante lover, forskrifter og interne prosedyrer, effektiv bruk av ressurser, samt korrekt rapportering. Målbildet var overensstemmende med både styrende dokumenter og årsrapport 2007 for BUPA.

Hva ser vi etter?

For å finne ut om foretaket innenfor dette området er i stand til å kunne nå sine målsettinger er det utledet en del problemstillinger som er belyst gjennom systematisk kartlegging og vurdering opp mot relevante kriterier for god styring og kontroll.

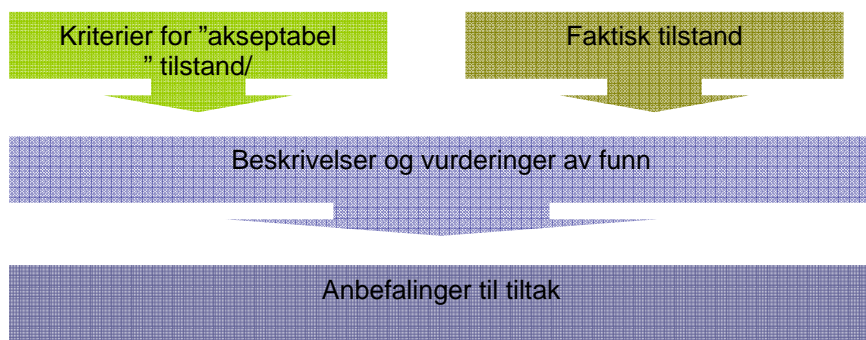


- Et effektivt internt miljø (også omtalt som styrings- og kontrollmiljø)
 - Etablering av målsettinger og risikostyring
 - Tiltak for å ha styring og kontroll, herunder tiltak for god informasjon og kommunikasjon
 - Oppfølging, evaluering og korrigerende avvik
- Et effektivt internt miljø (kontrollmiljø)
Et effektivt internt miljø kjennetegnes ved at ledere og ansatte har risikobevisthet og at det er fastsatt og kommunisert etiske retningslinjer som beskriver krav/forventninger til atferd hos foretakets ansatte som arbeider innenfor BUPA. Videre kjennetegnes det ved at organiseringen av oppgavene er hensiktsmessig og at ansvars- og myndighetsfordeling innenfor poliklinikkene og i forhold til andre enheter i BUPA er tydelig definert og kommunisert. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge danner grunnlag for hvordan pasientforløpet legges opp.
 - Mål og risikovurderinger
Kjennetegnes ved at det er fastsatt tydelige målsettinger på lang/mellomlang og årlig basis som er dekkende i forhold til pasientbehandlingen, tilgjengelighet og kvalitet, etterlevelse av relevante lover, forskrifter og interne prosedyrer, samt effektiv bruk av ressurser. Det gjennomføres prosesser for å kartlegge, vurdere og håndtere risikoforhold som kan hindre foretaket å nå målsettingene.
 - Tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak for å ha styring og kontroll
Kjennetegnes ved at det er utformet og satt i verk tilstrekkelige tiltak som på en hensiktsmessig og effektiv måte bidrar til å forebygge, forhindre og avdekke situasjoner/hendelser som truer målsettingene som er satt for poliklinikkene.
 - Retningslinjer og prosedyrer
 - Systemer for journalføring og avtalehåndtering
 - Systemer som gir pålitelig styringsinformasjon
 - Avvikssystem
 - Informasjon og kommunikasjon
Kjennetegnes ved at informasjon om mål og virkemidler løpende kommuniseres på tvers av organisasjonen slik at ledere og nøkkelpersoner til enhver tid har grunnlag for å kunne utføre de arbeidsoppgavene de har ansvar for i poliklinikkene

- Systematisk og løpende oppfølging
Kjennetegnes ved løpende og periodisk oppfølging mellom leder av BUPA og enhetslederne i poliklinikkene (BUP'ene) og mellom enhetslederne i BUP og ansatte i enheten i forhold til måloppnåelse og eventuelle utfordringer i forhold til det, herunder tiltak for forbedringer. Oppfølgingen fokuserer på at tiltak som er planlagt iverksatt blir gjennomført og at de mål som er satt nås. Bruk av avvikssystem i forbedringsarbeidet, eventuell uønsket praksis avdekkes og korrigeres. Styringsinformasjonen hentes ut og nyttes som del av styring og oppfølging av området

Nærmere detaljering gjennomgang følger av kapittel 3.

Analysemodellen er illustrert i figuren under.



Figur 1 Analysemodell

Analysemodellen gjenspeiles i kapitell 3, som er bygget opp med en innledende beskrivelse av faktisk situasjon, dernest en redegjørelse for kriteriene som situasjonen er vurdert opp mot og til slutt en beskrivelse og vurdering av funn fra gjennomgangen.

Nærmere om undersøkte forhold og vurderingskriterier

Konsernrevisjonen har gjennomgått og vurdert spørsmål knyttet til mottak av henvisninger, vurdering og inntak, behandling og avslutning. I tillegg er det foretatt en analyse av data både knyttet til indikatorer, men også andre styringsdata, test av journaler og intervjuer. Hver av disse er etter vurdering tilordnet en av tre følgende kategorier:

- Det er ikke identifisert vesentlige svakheter, og tiltak er ikke nødvendig.
- Det er identifisert visse svakheter som kan svekke effektiv gjennomføring av aktiviteter/prosesser, og som innebærer moderat risiko for at fastsatte målsettinger ikke oppnås som forutsatt. Det tilrådes en nærmere vurdering av tiltaksbehov.
- Det er identifisert svakheter som vurderes som vesentlige i forhold til effektiv gjennomføring av aktiviteter/prosesser, samtidig som de svekker muligheten for at fastsatte målsettinger oppnås som forutsatt. Det anbefales at tiltak utarbeides og iverksettes.

Kategoriseringen skal være et bidrag inn i forhold til prioritering av tiltak i forhold til hva som er viktigst, og gi muligheten til å tenke på hva som bør gjøres på kort sikt og hva som tar lengre tid. Oversikt over problemstillingene og hvilken kategori de er vurdert å falle inn i fremgår av tabellen under hvert punkt. I oppsummering av rapporten konkretiseres styrken i anbefalingene.

1.3 Dialog og samhandling i forbedringsarbeidet

PiV's ledelse og alle personer som konsernrevisjonen har hatt kontakt med under revisjonen, har gjennom god og åpen kommunikasjon bidratt til å belyse den faktiske situasjon i forhold til området. Konsernrevisjonens kontaktpersoner har bidratt vesentlig til effektiv gjennomføring gjennom koordinering av informasjonsinnsamling og møteplanlegging.

Resultatet av revisjonen har vært presentert i møte med foretaksledelse og BUPA ledelsen 22.12.2008 og for alle medarbeiderne i poliklinikkene den 4. og 5.2.2009.

3 Pasientforløpet – kartlegging og vurdering

I kapittel 3 beskrives hvordan PiV ivaretar internkontroll i de ulike fasene i pasientforløpet med basis i styrende dokumenter: Mottak henvisning og inntak (kap 3.1), utredning og behandling (kap 3.2), avslutning av pasientforløpet (kap. 3.3) og vurdering av internkontroll (kap 3.4).

3.1 Inntak og vurdering

3.1.1 Bakgrunn

Som grunnlag for oppbyggingen av revisjonen har vi for denne delen benyttet oss av de prosedyrer og retningslinjer for BUPA som vi forutsetter sikrer ivaretagelse av relevante paragrafer i lover og forskrifter, samt veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (heretter benevnt Veileder).

I den grad det er etablert indikatorer som det skal rapporteres på, ser vi på hvordan hver enkelt BUP leverer i forhold til disse. I tillegg har BUPA andre styringsdata som vi har innhentet og benytter for å se etter om det er likheter/ulikheter som kan bidra til å gi et bilde av flere deler av pasientforløpet.

3.1.2 Hva har vi undersøkt og hva har vi sett?

1. At vurdering av BUP pasienter sikrer et riktig tilbud i forhold til rett eller ikke rett til prioritert helsehjelp, samt hvordan eventuelle avslag håndteres.

Behandling på riktig nivå er grunntanken i foretaket. I revisjonen vektlegges organisering, roller og ansvar i forhold til etterlevelse av dette prinsippet, samt hvilke retningslinjer som skal gjelde for vurderingene. Dessuten er det stillet krav til at man foretar en prioritering.

I revisjonen har vi også fokusert på hvorvidt det gis opplæring i forhold til bruk av prioriteringskriteriene og hvorvidt det gjennomføres oppfølging fra overordnet leder i forhold til at kriteriene gjennomgående brukes på en enhetlig måte og sikrer likeverd.

Hva har vi sett?

For BUPA var det utarbeidet en beskrivelse av hvordan sikre at vurdering av henvisningen til avdelingen skjer i henhold til krav i lov, forskrifter og gjeldende prioriteringskriterier i fagfeltet. De gjeldende prioriteringskriteriene var utarbeidet av faggruppe BUP i tidligere Helse Sør RHF og benyttes fortsatt i påvente av den nasjonale veilederen.

Poliklinikkene har i hovedsak organisert inntaksarbeidet ganske likt, det er enhetsleder som har hovedansvaret og setter sammen team for å vurdere henvisningene.

Dataanalysen som ble foretatt viste at poliklinikkene for perioden 1.1.2008 frem til 2. tertial 2008 gir fra 77,08 % til 87,27 % av henviste pasienter "rett til prioritert helsehjelp". Tallet var beregnet ut fra antall mottatte henvisninger i perioden. Kun et fåtall henviste pasienter var gitt kun rett til helsehjelp. Når det gjaldt avslag på rett til helsehjelp eller til prioritert helsehjelp, var prosentandelen for poliklinikkene i intervallet 11 % til 17 %. Avslagene ble gitt når pasienten ikke ønsket et tilbud, at henvisningen manglet sentrale opplysninger, eller at pasienten trengte annet tilbud.

I beskrivelsen av hvordan BUPA sikret at vurdering av henvisningene til avdelingen skjedde i henhold til krav i lov og forskrift mv. beskrives følgende: "Ved rett til annen helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal det tildeles dato for når helsehjelpen forventes gitt. Denne er ikke bindende som ved rett til nødvendig helsehjelp. Brev sendes pasient og henvisende lege om dette."

Dersom avslag ble gitt på bakgrunn av papirvurderingen, var det beskrevet hva som skulle gjøres når det ikke forelå tilstrekkelige opplysninger til å kunne foreta vurdering. I disse tilfellene skulle man tilstrebe og oppnå kontakt med henviser for supplerende opplysninger før avslag ble sendt. Avslaget skulle begrunnes i brev.

- 2. Vurdering av henvisning skjer innen 10 virkedager/14 kalenderdager**
- 3. Første utredning/ behandling skjer innen 65 virkedager/90 kalenderdager**
- 4. Tiltak for å hindre fristbrudd**

I henhold til eierkrav skal foretaket rapportere på indikatorene for vurdering og behandlingsstart. PiV benytter i sin beregning av ventetid ikke virkedager, men 10 kalenderdager til vurdering og 65 kalenderdager i måling av behandlingsstart og har derved i realiteten kortere ventetid enn måltallet. Vi konstaterte at foretaket hadde nådd de mål om ventetid som var satt og derved hadde forventet tilgjengelighet i forhold til oppstart behandling.

I revisjonen så vi på hvorvidt ventetiden i hver enkelt poliklinikk var på samme nivå, slik at det var likhet innenfor foretaket og hvis ikke, om det var spesielle forhold som forårsaket dette.

I retningslinjene for "Pasientforløp på BUPA" stod det; "Pasientansvarlig behandler blir oppnevnt i hver enkelt sak og har ansvar for å gi tilbud innen frist for oppstart." Poliklinikkene mottok ventelistedata for benyttelse i arbeidet med å unngå fristbrudd.

Hva har vi sett?

Samlet sett oppfylte Psykiatrien i Vestfold HF målene om ventetid til vurdering og ventetid til behandling. Målingene ble i 2008 også foretatt strengere (ut fra virkedager og ikke kalenderdager). Det var denne beregningsmåten som dannet grunnlag for videre sammenligninger i revisjonsrapporten.

I dataanalysen basert på tall pr 2 tertial så vi at poliklinikkene hadde vurdert fra 94,2 % til 98,80 % av henvisningene (andel av antall mottatte) innenfor 10 kalenderdager.

Når det gjelder gjennomsnittlig ventetid til behandlingsstart, viste dataanalysen at den gjennomsnittlige ventetiden varierte fra 31 til 70 kalenderdager i poliklinikkene.

Dekningsgraden varierte noe mellom poliklinikkene i den måleperioden vi la til grunn i revisjonen. Tallene totalt for 2008 mottatt i ettertid, viste imidlertid både en økning og at det var større likhet mellom poliklinikkene.

I tillegg til dataanalysen ble det foretatt test av pasientjournaler, 5 journaler pr BUP. Testen viser at vurderingsfristen er overholdt for alle testede journaler og samsvarer godt med de data som rapporteres.

Når det gjaldt fristbrudd i forhold til behandlingsoppstart, hadde BUPA en tett oppfølging av ventetider for å forebygge at det skjer fristbrudd. Totalt for året hadde foretaket 17 fristbrudd innenfor BUPA.

5. Selvmordskartlegging gjøres i vurderingsfasen

I henhold til BUPA's Prosedyre ved utredning skal vurdering av suicidalitet journalføres. I veilederen står det følgende: *Alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør kartlegges for selvmordsrisiko. Dette er en av anbefalingene i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Dette innebærer at pasienter bør spørres om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Kartleggingen bør gjøres ved kontraktsetablering og bør dokumenteres.*

Til slutt i avsnittet står det følgende: "Det bør innarbeides lokale prosedyrer ut fra de anbefalinger og konkrete forslag til prosedyrer som er gitt i denne retningslinjen".

I tillegg til å undersøke om det finnes prosedyrer på området har vi foretatt journaltest. Denne viste at det ikke alltid fremkom noen informasjon om hvorvidt kartlegging er foretatt. En av årsakene til det kunne være lav alder, men det var ikke dokumentert noen begrunnelse.

Ved bruk av verktøyet DAWBA var det lagt opp til en kartlegging av omstendigheter og uttalelser fra pårørende og andre (skole) som muliggjør en vurdering. Dette verktøyet var ikke tatt i bruk ved samtlige poliklinikker.

Resultatet fra journaltesten var at ikke alle dokumenterte om de gjennomfører kartlegging og vurdering eller om den var gjort – eventuelt ikke sørget for tilstrekkelig kvalitetssikring og dokumentasjon av denne.

I spørreundersøkelsen svarer 11 av totalt 32 at de foretar selvmordskartlegging/vurdering alene, mens de øvrige gjennomfører vurderingen i team eller søker råd.

6. Alle pasienter diagnostiseres etter retningslinjene

I Veilederen fremkommer det anbefaling i forhold til å sette tentativ diagnose etter inntakssamtalen og at denne skal dokumenteres i løpende journal. BUPA har i prosedyre for utredning sagt at *pasientansvarlig behandler har ansvar for diagnosesetting innen 6 tiltak, i råd med psykiater/psykologspesialist. Ansvarlig for diagnosesetting journalføres. Tilbakemelding til pasient/foreldre, henviser, samarbeidspartnere om diagnose og anbefalinger/videre tiltak.*

Det er etablert indikator på Andel pasienter diagnostisk vurdert BUP (ICD diagnose) på akse 1,2,5 og 6.

Det fremgår videre i Veilederen i forbindelse med beskrivelse av behandlingsplan at: *Etter utredning og diagnostisering skal det utarbeides en behandlingsplan.....* Vi tolker dette slik at BUPA i sine prosedyrer er i tråd med Veilederen.

Hva har vi sett?

Fra intervjuene fremgikk det at tentativ diagnosesetting i stor grad ble praktisert. Journaltesten viste at det var vanskelig å se hvordan dette ble dokumentert.

I spørreundersøkelsen fremgikk det at de fleste behandlerne stilte diagnoser, imidlertid varierte det om de kunne sette diagnose alene. Hoveddelen av respondentene svarte at de satte

diagnose i samråd med tverrfaglige team. Vi har for øvrig oppfattet det slik at de fleste diagnoser ble satt av spesialist eller i samråd med spesialist og innenfor rimelig tid etter utredning, men at det imidlertid kan variere når diagnose settes.

Dataanalyse i form av opptelling antall pasienter med diagnose innen 6 tiltak viste variasjon i prosentvis andel pasienter hvor diagnose var satt, fra 70 % til 96 %. Etterlevelsen av prosedyrene ble derved tolket som varierende.

Journaltestingen viser at det var noe variasjon mellom BUP'ene i forhold til å dokumentere hvordan diagnose er satt og av hvem, samt at 6 av 20 ikke er tilstrekkelig dokumentert gjennomført i henhold til prosedyre.

Spørsmål om evaluering av behandling og diagnose drøftes under del 3.2.

7. Kommunikasjon henviser/fastlege

Av prosedyrer for utredning fremgår det at pasientansvarlig behandler har ansvar for å gi tilbakemelding til pasient/pårørende, henviser og samarbeidspartner om diagnose og anbefaling videre tiltak. Dette er i tråd med Veilederen.

Hva har vi sett?

Vi har oppfattet at prosedyren var slik at pasient/pårørende, henviser og fastlege (dersom annen enn henviser) skulle få informasjon om resultatet av utredningen (brev sendes av sekretærene). Videre at det også sendes tilbakemelding til henviser ved avslutning av sak (epikrise). I perioden fra utredning er avsluttet og til avsluttet behandling varierer det hvilken informasjon som sendes ut og når. Det er også variasjon i forhold til syn på fastlegens rolle i behandlingen.

Journaluttrekkene viste variasjon på kvaliteten i tilbakemeldingene og at det i noen saker burde vært sendt epikrise på et tidligere tidspunkt – dvs saken burde vært avsluttet tidligere.

8. Innhenting av ytterligere informasjon

Ved innhenting av ytterligere informasjon om pasienten skal det innhentes samtykkeerklæring i forkant. BUPA har utarbeidet et skjema til dette bruket. Det er etablert prosedyre for innhenting av samtykkeerklæring. De enheter som bruker DAWBA har i det verktøyet automatisk pårørende som godkjennende instans og videreformidler til skole etc.

Hva har vi sett?

I journaltesting har vi sett etter om det var innhentet tilleggsinformasjon og hvorvidt det da var innhentet samtykkeerklæring for de som ikke benyttet DAWBA som verktøy. Det vi kunne se av journalene var at det for noen av de testede journalene var innhentet tilleggsinformasjon – men vi kunne ikke konkludere på hvorvidt det forelå samtykkeerklæring på alle ut fra den informasjon som fremkom.

3.1.3 Oppsummering

Resultatet av revisjonen for denne delen av pasientforløpet

Spørsmål som er belyst	Anbefalinger
1. Vurdering av BUP pasienter sikrer et riktig tilbud i forhold til rett eller ikke rett til prioritert helsehjelp, eventuelt at det gis avslag	Tiltak vurderes ikke nødvendig
2. Vurdering av henvisning skjer innen 10 dager	Tiltak vurderes ikke nødvendig

3. Første utredning/ behandling skjer innen 65 dager	Tiltak vurderes ikke nødvendig
4. Tiltak for å hindre fristbrudd – bedre bruk av styringsdata	Tiltak vurderes
5. Selvmordskartlegging gjøres i vurderingsfasen - dokumentasjon	Tiltak anbefales
6. Alle pasienter diagnostiseres etter retningslinjene – innen 6 tiltak	Tiltak vurderes
7. Kommunikasjon henviser/fastlege	Tiltak anbefales
8. Innhenting ytterligere informasjon	Tiltak vurderes

Tabell 1 Oversikt over spørsmål og anbefalinger

3.2 Utredning og behandling

3.2.1 Bakgrunn

Som grunnlag for oppbyggingen av revisjonen har vi for denne delen også benyttet oss av de prosedyrer og retningslinjer for BUPA som vi forutsetter sikrer ivaretagelse av relevante paragrafer i lover og forskrifter, samt veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (heretter benevnt Veileder).

Det var i mindre grad etablert indikatorer for denne delen av pasientforløpet, og da har vi benyttet de styringsdataene som BUPA selv har i sitt system og bruker i oppfølging

Nærmere om undersøkte forhold

3.2.2 Hva har vi undersøkt og hva har vi sett?

1. Behandlingsplaner utarbeides og dokumenteres etter utredning

BUPA har etablert prosedyre for behandlingsplan og har i den elektroniske journalen lagt inn skjema som skal benyttes. Etablering og bruk av behandlingsplan i samtale med pasient/pårørende er i tråd med Veilederen.

Hva har vi sett?

I spørreundersøkelsen svarte respondentene både positivt og negativt i forhold til hvorvidt det alltid opprettes behandlingsplan og hvem som deltar i gjennomgangen av denne. Alle respondentene var imidlertid helt klar på at de har ansvar for behandlingsplanene.

I intervjuene ble de svarene vi hadde fått i spørreundersøkelsen bekreftet.

I journaltestingen av nye henvisninger ble det sjekket om behandlingsplan ble opprettet og om den hadde et innhold. Resultatet av testen viste at i noen journaler ble behandlingsplan opprettet, i andre ikke eller uten innhold. Det var imidlertid også slik at noen behandlere benyttet skjemaet manuelt, eller opplyste at de skrev behandlingsplanen i et journalnotat.

2. Legemiddel forskrivning gjøres på en forsvarlig måte

Det fremgår få beskrivelser i Veilederen hvordan legge til rette for god kontroll med forskrivning av legemidler.

Hva har vi sett?

I journaltestingen har vi valgt ulike diagnosegrupper og i nesten alle testene var legemidler forskrevet. Siden rutinen for området ikke var dokumentert har vi i revisjonen kartlagt hvilke rutiner som praktiseres og hvordan forskrivning dokumenteres i journalen. De spørsmål vi ønsket å få belyst fremgår av matrisen nedenfor:

Spørsmål	Sammendrag test og svar
Hvem har undersøkt pasienten ved forskrivning?	Overlege/lege etter forespørsel
Hvor lenge har pasienten fått medisin?	Fremgår av journal
Hvor lang medisinperiode?	Fremgår av journal
Kontroll på forutgående forskrivning?	Kontroll i forhold til effekt m/pasient og foresatte
Ligger sjekklister for vurdering av behov for EKG hvis ADHD?	Prøver dokumentert foretatt – ingen egen sjekklister
Skjema med svar fra legeundersøkelse	Ikke systematisk
Kvalitativ vurdering av BUPA?	I hovedsak er oppfølging dokumentert

I spørreundersøkelsen ble det gitt samsvarende svar på både spørsmål om forskrivning og evaluering. Noe ulik beskrivelse av hva som var grunnlaget for å forskrive legemidler, men dette kan ikke tolkes negativt.

Intervjuene bekreftet journaltest og svarene fra spørreundersøkelsen.

3. Pasienter behandles ihht. riktig diagnose

4. Det foretas evaluering av diagnose og behandling

Diagnosesetting og prosedyrene rundt dette er også behandlet under pkt 3.1 Inntak og vurdering. Men det er også valgt som et av spørsmålene i relasjon til utredning og behandling. I prosedyre for utredning fremgår det at pasientansvarlig behandler har ansvar for diagnosesetting innen 6 tiltak i samråd med psykiater/psykologspesialist. Ansvarlig for diagnosesetting journalføres.

Vi har også undersøkt om det benyttes tentativ diagnose – dette er ikke et krav, men det fremkommer som en anbefaling i Veilederen om å stille tentativ diagnose etter inntakssamtalen.

Når det gjelder kvalitetssikring av diagnosesettingen, spurte vi om det foretas evaluering og hvem som gjør det. Vi har forstått det slik ut fra prosedyrene at det skal foretas en evaluering av behandlingen minimum etter 6 md. Vi har forstått det slik at det også inkluderte evaluering av diagnosen. Evalueringen skal fremkomme i journal - ref. prosedyre om at pasientansvarlig behandler skal *kontinuerlig oppdatere journal* og gjennomgå den halvårlig.

Hva har vi sett?

Det var etablert ulik praksis for evaluering av behandling. Det var også ulik praksis med hensyn til hvorvidt evaluering av diagnosen var del av dette.

I intervjuene fremkom det at det i liten grad var satt i system evaluering av behandling og herunder oppfølging av diagnoser. Praksis har vært at de fleste enhetsledere foretar gjennomgang av journaler når behandleren ber om det eller om det mottas klagesaker. En enhetsleder planla iverksetting av mer systematisk gjennomgang av journaler som ledd i pasientgjennomstrømningsanalyse.

I journaltestingen har vi sett at det varierer hvorvidt tentativ diagnose er dokumentert i journal. Vi ser også at det varierer hvordan selve diagnosesettingen dokumenteres.

I spørreundersøkelsen svarer de fleste behandlerne at de setter diagnose, men at noen kun kan gjøre det i tverrfaglig team. Det er få av respondentene som svarer at det foretas evaluering.

I intervjuene gis det mange forskjellige svar på hvorvidt det foretas evaluering etter min 6 md i forhold til behandling og effekt av denne. Tilbakemeldingen er i hovedsak at det foretas en evaluering løpende og ved behov.

3.2.3 Oppsummering

Resultatet av revisjonen for denne delen av pasientforløpet:

Spørsmål som ble belyst	Anbefalinger
1. Behandlingsplaner utarbeides og dokumenteres etter utredning	Tiltak anbefales
2. Legemiddel forskrivning gjøres på en forsvarlig måte – dokumentasjon og prosedyre	Tiltak vurderes
3. Pasienter behandles ihht. riktig diagnose – dokumentasjon av kvalitetssikring	Tiltak anbefales
4. Det foretas evaluering av diagnose og behandling, og denne dokumenteres i journal	Tiltak anbefales

Tabell 2 Oversikt over spørsmål og anbefalinger

3.3 Avslutning behandling

3.3.1 Bakgrunn

Som grunnlag for oppbyggingen av revisjonen har vi for denne delen også benyttet oss av de prosedyrer og retningslinjer for BUPA som vi forutsetter sikrer ivaretagelse av relevante paragrafer i lover og forskrifter, samt veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (heretter benevnt Veileder).

Det er i mindre grad etablert indikatorer for denne delen av pasientforløpet, og da har vi benyttet de styringsdataene som BUPA selv har i sitt system og bruker i oppfølging. I tillegg til de spørsmålene som ble undersøkt har vi også spesielt sett på hvorvidt de i avsluttede saker dokumenteres at evaluering ble gjennomført.

3.3.2 Hva har vi undersøkt og hva har vi sett?

1. Pasienttilgang og ressurser – planmessig avslutning?

Her har vi undersøkt om det skjer en planmessig behandlingsavslutning. Styringsdataene som vi innhentet for perioden 1.1-30.8.2008 viste at antall henvisninger økte mer enn antall avsluttede saker, samt at det var ulikheter mellom poliklinikkene både i forhold til antall pasienter pr behandler og antall tiltak pr pasient. Vi så det derfor som viktig å undersøke hvordan poliklinikkene innrettet seg i forhold til den økende mengde henvisninger både i forhold til ressurser og arbeidsflyt, for å sikre en pasientgjennomstrømning som bidrar til å opprettholde mål om ventetid.

Hva har vi sett?

I spørreundersøkelsen har de fleste svart at de ikke planlegger avslutning av behandling, og noen anser dette som lite hensiktsmessig.

Dataanalysene viser at det er en del pasienter som har vært lenge i systemet, og hvor også en relativt stor andel har hatt liten aktivitet i forhold til behandling pr pasient.

I intervjuene uttrykte de fleste behandlerne at de påbegynte og avsluttet noenlunde likt antall saker. De opplyste også at det har vært fokus på å avslutte behandling på pasienter hvor det er liten eller ingen aktivitet.

Når det gjelder bemanningen, har alle poliklinikkene med unntak av en det nødvendige antall stillinger og legehjemler, men det fremgikk at det var et høyt sykefravær ved en av de øvrige poliklinikkene som bidrar til at arbeidsmengden blir stor på den enkelte medarbeider.

2. Pasientene får nødvendig informasjon om individuell plan (IP)?

Å få en individuell plan er en rett som er gitt pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. I Veilederen presiseres det at ansvaret for å utarbeide IP er pålagt både kommuner og helseforetak. Det bør sikres at pasienter får informasjon om IP, og det bør skriftliggjøres hvordan denne informasjonen skal gis.

Det er en etablert indikator på IP; Individuell plan pasienter med ADHD - psykisk helsevern barn og ungdom.

Hva har vi sett?

I journaltestingen har vi i liten grad sett at det lå informasjon om IP. Dette kan eventuelt skyldes at den lå et annet sted i journalen og ikke under IP-knapp.

Dataanalysen viste hvor mange prosent av pasientene med diagnose ADHD som hadde fått opplysninger om /eller IP. Prosenttallet var forholdsmessig lavt. Målingen av denne type informasjon kan også være aktuell for andre diagnosegrupper.

I spørreundersøkelsene fremkommer mange ulike svar, gjennomgående svar var at IP ble lite brukt, men de fleste svarte at de dokumenterer i journal at pasienten hadde fått informasjon om IP.

3. Det skrives epikrise innen 7 dager

Dette er en av indikatorene som inngår i Mål 2008 for Helse Sør-Øst og som dermed også PiV er stillet krav om å levere i forhold til. I prosedyre for avslutning står det at epikrise skal sendes innen 7 dager.

Hva har vi sett?

For den del av journaltesten som gjaldt avsluttede saker, har vi sett at for 4 av 6 var epikrise sendt når saken var avsluttet. For 1 av 6 manglet oppsummerende avslutningsnotat og 1 sak burde vært avsluttet før dvs. blitt oppdaget ved gjennomgang av saker uten aktivitet siste 3 md. Generelt er noen saker avsluttet/sendt epikrise på som burde vært avsluttet/sendt epikrise på tidligere pga. manglende aktivitet siste periode. Noen av disse manglet også avslutningsnotater.

I spørreundersøkelsen svarte alle at de skriver epikrise, og at de gjorde det så snart som mulig.

3.3.3 Oppsummering

Resultatet av revisjonen for denne delen av pasientforløpet :

Spørsmål som ble belyst	Anbefalinger
1. Pasienttilgang og ressurser – planmessig avslutning?	Tiltak anbefales
2. Pasientene får nødvendig informasjon om IP?	Tiltak anbefales
3. Det skrives epikrise innen 7 dager	Tiltak vurderes

3.4 Pasientforløpet i et helhetlig internkontrollperspektiv

3.4.1 Bakgrunn

Revisjonen ble metodisk innrettet for å undersøke og vurdere om utvalgte deler av pasientforløpet i fasene henvisning, inntak, utredning, behandling og avslutning er underlagt tilfredsstillende internkontroll.

Internkontroll skal bidra til å sikre oppnåelse av mål om tilgjengelighet og kvalitet i pasientbehandlingen, effektiv bruk av ressurser, etterlevelse av lov- og regelverk, samt pålitelig rapportering av styringsinformasjon.

Ved gjennomgangen er det tatt utgangspunkt i foretaksprotokollen fra 4.2. 2008 hvor kravet om internkontroll og risikostyring fremkommer, driftsavtalen mellom PiV og Helse Sør-Øst RHF når det gjelder ventetider, aktivitet og kvalitet. Ut fra dette er det utledet spørsmål som er belyst gjennom systematisk kartlegging og beskrivelse av relevante kriterier for god styring og kontroll.

I tillegg til de interne styrende dokumentene har vi lagt til grunn relevante lover og forskrifter, Veileder BUP og de interne prosedyrene for BUPA.

3.4.2 Hva har vi undersøkt og hva har vi sett?

- 1. Er du kjent med enhetens mål i forhold til ventetider, aktivitet og kvalitet?**
- 2. Er det satt spesifikke mål for deg i ditt arbeid?**

Spørsmålet om kjennskap til mål ble stilt fordi det er viktig å vite om de ansatte har fått kunnskap gjennom linjen om hva foretaket har som mål å jobbe mot. Dette fordi det å sette mål skal stake ut veien foretaket ønsker å gå for å kunne levere de tjenestene de gjør avtale om med eier. For å sikre at alle arbeider mot samme mål, er det også viktig at målene er operasjonalisert slik at den enkelte ansatte gjennom sitt arbeid ser hvordan de best kan bidra i sitt arbeid.

Hva har vi sett?

Svarene i spørreundersøkelsen viste at det i liten grad oppleves en tydelig sammenheng mellom de målene som det rapporteres på og den enkeltes konkrete arbeid.

Dokumentstudien av stillingsbeskrivelser viste at det var ingen knytning av ansvars- og arbeidsoppgaver opp mot mål. Stillingsbeskrivelsene var rettet mot å tydeliggjøre hvilke krav som skal etterleves.

- 3. Er du kjent med retningslinjer og prosedyrer for de ulike fasene i pasientforløpet?**
4. Er disse lett tilgjengelige?

Vi har innhentet retningslinjer og prosedyrer som var gjeldende for BUP enhetene innenfor BUPA. Disse er listet opp under pkt 5.1 Innhentet dokumentasjon.

Et viktig element for å sikre god internkontroll er at den enkelte medarbeider har kunnskap om sin rolle, ansvar og oppgaver, herunder prosedyrene for gjennomføring av ulike oppgaver, samt hvilke lover og forskrifter som gjelder for området.

Når det gjelder prosedyrene og hvor mye som skal være beskrevet, må det enkelte helseforetak selv vurdere hva som er hensiktsmessig nivå på dokumentasjon for den enkelte enhet og overordnet for foretaket. Veilederen gir også anbefalinger innenfor dette området.

Vi hadde derfor ingen kommentarer til hvorvidt det var tilstrekkelige antall prosedyrer innenfor BUPA, men fokuserte på å finne ut om prosedyrer eller retningslinjer som var vedtatt, var tilgjengelige, kjent og ble etterlevd.

Hva har vi sett?

En relativ høy prosent av respondentene i spørreundersøkelsen svarte at de var kjent med retningslinjer og prosedyrer og at disse var lett tilgjengelige.

Intervjuene viste imidlertid at kunnskapen om prosedyrene ikke var tilstrekkelig, og dette viste også de tester som ble gjennomført.

Under revisjonen ble det i denne sammenhengen undersøkt hvordan det etablerte systemet for avviksrapportering fungerte. Intervjuene viste at det var stor uklarhet når det gjaldt definisjon på avvik, det var ingen enhetlig forståelse av hva et avvik var og hva prosedyren for rapportering skulle innebære i forhold til forbedring.

- 5. Det er etablert faste møtefora for evaluering og oppfølging av oppnådde resultat i den poliklinikken du arbeider ved?**
6. De nasjonale og regionale kvalitetsindikatorene er et fast tema?

Med disse spørsmålene ønsket vi å få kartlagt møtearenaer og hvem som deltok, samt hvorvidt de nasjonale kvalitetsindikatorene var tema i den sammenheng. Vi var spesielt interessert i å få vite om aktiviteten var i tråd med mål og forventninger for virksomhetens størrelse og de enkelte poliklinikkene hver for seg.

Hva har vi sett?

I spørreundersøkelsen fikk vi litt ulike svar med hensyn til møtehyppighet og temaer, samt hvorvidt de nasjonale og regionale kvalitetsindikatorene hadde vært tema. Avdelingssjef BUPA og enhetslederne bekreftet at indikatorene jevnlig ble fokusert på.

- 7. Interne avviksmeldinger er et fast tema og brukes i forbedringsarbeidet**

Avviksregistrering og bruk av den kunnskap som erverves når uønskede hendelser har skjedd eller feil/mangler har oppstått ofte slik at det hindrer effektiv utførelse av arbeidet, er et av flere grunnleggende elementer innenfor internkontroll. Målet er i størst mulig grad å kunne forebygge at uønskede hendelser, feil og mangler oppstår.

Hva har vi sett?

Det er etablert Kvalitetsråd i BUPA som behandler avviksmeldinger som mottas fra avdelingene i BUPA. I Kvalitetsrådet sitter også enhetsledere og det er etablert prosedyre for rapportering av

avvik ved bruk av manuelt skjema som sendes inn. Den dokumentasjonen vi har fått tilgang til i BUPA viste at det ble rapportert avvik i 3 ulike kategorier; pasientrelatert, ansatterelatert og administrativt. Det var mottatt få pasientrelaterte avviksmeldinger fra BUP'ene, og vi fikk også bekreftet at brudd på retningslinjer og prosedyrer ikke ble oppfattet som avvik. De meldte avvikene gjaldt i hovedsak datasystem og tekniske, bygningsmessige forhold.

I spørreundersøkelsen fikk vi varierende svar på spørsmålet om avviksmeldinger var fast tema i møter og om det brukes aktivt i forbedringsarbeidet.

I intervjuene fremkom det ganske klart at de færreste hadde et forhold til hva et avvik pr definisjon var og hvordan eventuelt meldte avvik skulle benyttes til forbedring.

8 Utnyttes ressursene hensiktsmessig?

Innledningsvis i dette kapitlet om styrende dokumenter omtales kunnskap om roller, ansvar og myndighet. Internkontroll dreier seg også om kompetanse, kunnskap og ressursutnyttelse. Når det gjelder ressursutnyttelse, er den knyttet opp til flere indikatorer som skal vise hvorvidt man bruker ressursene enhetene har til å gi pasientene et godt behandlingstilbud.

Hva har vi sett?

I spørreundersøkelsen svarte de fleste respondentene positivt på om enheten utnytter den enkeltes ressurser på en god måte. Noen ønsket seg mer tverrfaglighet mens andre ønsket andre samarbeidsformer.

Vi har også stillet spørsmål til behandlerne om de var i stand til å tilegne seg tilstrekkelig oppdatering innen sitt fagfelt. I hovedsak svarte alle respondentene at de hadde mulighet til å holde seg tilstrekkelig oppdatert. Unntaksvis kunne det være at tid og økonomi hindret dette.

I intervjuene har vi stillet spørsmål med hensyn til hvor mange pasienter den enkelte behandler hadde ansvar for, og hvordan inntak og avslutning korresponderer med hverandre. Det ble jevnt over ikke gitt uttrykk for at kapasiteten ikke var god nok eller at den enkelte hadde et så stort antall pasienter å behandle at det kunne gå utover kvaliteten på arbeidet.

Dataanalysene viser imidlertid at det er variasjoner i forhold til hvilken tilgjengelighet poliklinikken hadde og hvordan aktivitetsnivået var hos den enkelte poliklinikk. Det varierte både hvor mange pasienter den enkelte behandler hadde ansvar for og hvor mange tiltak (behandlinger) den enkelte pasient fikk – beregnet i gjennomsnitt pr poliklinikk.

9. Foretas det oppfølging i forhold til den enkelte medarbeider?

Et annet viktig element i internkontroll er oppfølging av om det leveres helsetjenester i tråd med mål og krav fra eier, samt ikke minst at tjenestene oppleves som god og tidsriktig behandling for pasient og pårørende.

Hva har vi sett?

Resultat av spørreundersøkelsen var at oppfølging gis som veiledning, tverrfaglige drøftinger og medarbeidersamtaler.

I intervju med behandlerne ble det svart positivt på at det avholdes medarbeidersamtaler. Det ble gitt uttrykk for variert behov for oppfølging hos enkelte medarbeidere.

I intervju med enhetslederne om hvor konkrete de var i sin oppfølging fremkommer noe ulik praksis i forhold til om alle følges opp i forhold til de pasientene de har, hvor konkret man går inn i sakene (foretar en kvalitetssjekk av journalene), foretar pasientgjennomstrømningsanalyser eller gir veiledning når det etterspørres.

3.4.3 Oppsummering

Spørsmål som er belyst	Anbefalinger
1. Er du kjent med enhetens mål i forhold til ventetider, aktivitet og kvalitet?	Tiltak vurderes
2. Er det satt spesifikke mål for deg i ditt arbeid?	Tiltak vurderes
3. Er du kjent med retningslinjer og prosedyrer for de ulike fasene i pasientforløpet?	Tiltak vurderes
4. Er disse lett tilgjengelige?	Tiltak vurderes
5. Det var etablert faste møtefora for evaluering og oppfølging av oppnådd resultat i den poliklinikken du arbeider ved?	Tiltak vurderes
6. De nasjonale og regionale kvalitetsindikatorerne er et fast tema	Tiltak vurderes
7. Interne avviksmeldinger er et fast tema og brukes i forbedringsarbeidet	Tiltak anbefales
8. Utnyttes ressursene hensiktsmessig?	Tiltak vurderes
9. Foretas det oppfølging i forhold til den enkelte medarbeider?	Tiltak anbefales

Tabell 4 Oversikt over spørsmål

3.5 Anbefalinger og handlingsplan

For å skape varige forbedringer på området vil konsernrevisjonen understreke betydningen av at foretaket fokuserer på relevante deler av internkontrollsystemet og tiltak rettet inn mot de forhold som er belyst i rapporten.

Foretaket bes sette opp den handlingsplan som viser de tiltak man mener vil skape varige forbedringer i forhold til området, med angivelse av ansvarlig samt frist for gjennomføring.

Spørsmål som er belyst	Anbefaling	Handlings plan	Frist	Ansvar

4 Vedlegg

4.1 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
• Driftsavtaler 08
• Foretaksprotokoller 08
• Prosedyre: Beskrivelse av pasientforløp på BUPA
• Prosedyre: Overføring av pasienter fra PFA til BUPA
• Prosedyre: Behandlingsplan, beskrivelse, inkl. generell behandlingsplan, BUPA
• Prosedyre: Retningslinjer for journalføring ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, inkl. journalrutiner
• Prosedyre: Samtykkeerklæring for innhenting av informasjon
• Prosedyre: Faglig ansvarlig for vedtak etter PHL
• Prosedyre: Poliklinikk, pasientansvarlig
• Prosedyre: Individuell plan - Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, PIV HF
• Prosedyre: Poliklinikk, epikrise
• Prosedyre: Retningslinjer ved medisinerer ved hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD/ ADD)
• Vurdering av henvisning til BUPA. Vurdering av rett til behandling og prioritering.
• Årsrapport 2007
• Internrevisjonsrapport fra mai 2008 - Behandlingsplan

4.2 Gjennomførte samtaler

Navn	Poliklinikk	Stilling
Eva Brekke	Tønsberg	Enhetsleder
Einar Båtstrand	Tønsberg	Psykologspesialist
Cecilie Aasly	Tønsberg	Lege i spesialisering
Elena Karlsen	Tønsberg	Psykolog
Anne Teinung	Tønsberg	Klinisk sosionom
Line Strøm- Olsen	Tønsberg	Sekretær
Tanya Ryder	Horten	Enhetsleder
Steven Singam	Horten	Sosialkonsulent
Jorunn Thue Hansen	Horten	Overlege
Espen Idås	Horten	Psykologspesialist
Målfrid Vogt	Larvik	Enhetsleder
Ole G. Paulsen	Larvik	Psykologspesialist
Bettina Helmersen	Larvik	Psykolog
Mette Raaholt	Larvik	Overlege
Hege Drolsum	Larvik	Pedagog
Heidi Krømke	Larvik	Sekretær
Raymond Golden	Holmestrand	Enhetsleder
Stina Esp Feyling	Holmestrand	Lege i spesialisering
Anne Marie Knutheim	Holmestrand	Psykologspesialist
Unni Håkestad	Holmestrand	Klinisk sosionom
Lise Ramberg	Holmestrand	Barnevernspedagog
Vigdis Schelte	Holmestrand	Sekretær

4.3 Saksgang og rapportbehandling

Saksgang	Deltaker/Mottaker	Dato
Brev med varsel om revisjon	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør 	230908
Oppstartsmøte	<ul style="list-style-type: none"> Ledelse 	231009
Avslutningsmøte	<ul style="list-style-type: none"> Ledelse 	221209
Besøk i alle poliklinikkene	<ul style="list-style-type: none"> Ledere og medarbeidere i poliklinikkene 	04-050209
Utsendelse av rapportutkast	<ul style="list-style-type: none"> Avd. sjef Inger Meland Buene 	230209
Svar på utkast	<ul style="list-style-type: none"> Avd. sjef Inger Meland Buene 	250209
Utkast endelig rapport	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Finn Hall Avd. sjef Inger Meland Buene 	020309
Tilbakemelding utkast endelig rapport	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Finn Hall Avd. sjef Inger Meland Buene 	Uke 10
Utsendelse av endelig revisjonsrapport til besvarelse og <u>styrebehandling 25.3</u>	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Kopi til Styreleder Psykiatrien i Vestfold Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF 	160309
Behandling i Revisjonskomiteen	<ul style="list-style-type: none"> Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF 	290509
Orientering til styret Helse Sør-Øst RHF	<ul style="list-style-type: none"> Styret Helse Sør-Øst RHF 	Påfølgende styremøte