



HELSE • VEST

Internrevisjonen

Internkontroll i TSB-institusjonar

Helse Vest RHF, juni 2016

INNHALD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, ansvarlege i institusjonane som har vore reviderte, og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarrettleiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innholdsliste og samandrag
2. Hovudrapporten med fakta, vurderingar og vedlegg

1	Samandrag	4
2	Innleiing.....	7
	2.1 Formål og problemstillingar	7
	2.2 Revisjonskriterium og metode	7
	2.3 Avtaleinstitusjonane	8
	2.4 Internrevisjonsrapport 2012.....	8
	2.5 Definisjonar	9
3	Internkontroll.....	10
	3.1 Overordna system	10
	3.2 Prosedyreverk.....	10
	3.3 Kompetanse.....	12
	3.4 Brukarmedverknad	15
	3.5 Analyse og kartlegging.....	18
	3.6 Oppfølging av internkontroll	19
	3.7 Helse Vest RHF si oppfølging	20
4	Pasientflyt	22
	4.1 Inntak av pasientar.....	22
	4.2 Belegg.....	25
5	Vurderingar og tilrådingar.....	27
6	Vedlegg.....	30

1 SAMANDRAG

Formålet med prosjektet har vore å undersøkje om dei private TSB-institusjonane Helse Vest RHF har avtale med har etablerte kvalitetssystem som sikrar at tenesta oppfyller krava i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta.

Revisjonen har omfatta alle dei åtte avtaleinstitusjonane. Metodisk er det nytta dokumentanalyse av relevant dokumentasjon frå institusjonane og Helse Vest RHF, gjennomført intervju med leiarar og tilsette ved både institusjonane og i Helse Vest RHF, samt gjennomført ein journalgjennomgang av tilfeldig utvalde pasientjournalar ved alle avtaleinstitusjonane.

Hovudkonklusjon: Dei private TSB-institusjonane har etablerte kvalitetssystem som gir tiltru til at dei oppfyller krava i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta. Det ligg føre eit visst rom for forbetring knytt til innhald og praktisering, og til Helse Vest RHF si oppfølging.

Dei viktigaste funna:

- Alle TSB-institusjonane har etablert og teke i bruk internkontrollsystem med definerede prosedyrar, rutinar og praksisar knytt til kontroll-, kvalitets- og forbetningsarbeid. Systema varierer med omsyn til utforming og format (papirbaserte system versus elektroniske system) og eventuelt relasjon til overordna internkontrollsystem i organisasjonen institusjonane er ein del av.
- Det er i liten grad etablert system og rutinar for dokumentstyring, med skriftlege retningsliner for kva prosedyrar som skal vere utarbeidd, korleis eksisterande prosedyreverk skal oppdaterast og nye prosedyrar skal utarbeidast.
- Det er utarbeidd prosedyrar og etablert praksis for inntak og belegg ved alle dei åtte institusjonane, tilpassa dei behova kvar av institusjonane har. Nokre av institusjonane har opplevd utfordringar med å oppretthalde ein høg beleggspersent.
- Alle institusjonane har fokus på opplæring og kompetanseutvikling blant dei tilsette, og det blir ved lagt til rette for vidareutdanning og deltaking på kurs.
- Alle institusjonane involverer brukarane på individ- og systemnivå, gjennom tiltak som til dømes brukarstyrte senger, individuell plan (IP), behandlingsplan, brukarundersøkingar og brukarutval. I journalgjennomgangen kjem det likevel fram at det er mange pasientar som ikkje har fått utarbeidd IP.
- Det er etablert system for melding og behandling av avvik ved alle institusjonane. Undersøkinga viser at det er utfordringar knytt til å få meldt alle avvik i samsvar med eksisterande system, og at det innanfor klinisk drift i hovudsak blir meldt avvik knytt til medikamenthandtering.
- Det er berre enkelte av TSB-institusjonane som har gjennomført risikovurderingar knytt til pasientbehandling/klinisk drift.
- To av institusjonane har ikkje etablert kvalitets- og pasientsikkerheitsutval.

-
- Helse Vest RHF har i liten grad hatt ei fast oppfølging av korleis internkontrollsystema i institusjonane fungerer, utover å ha stilt krav om dette i konkurransegrunnlag ved inngåing av avtalar.
 - Det kjem fram døme på at innhald og omgrepsbruk i skriftleg kommunikasjon til pasientar varierer mellom dei ulike vurderingseiningane innanfor Helse Vest.

Vurderingar

Det er variasjon mellom institusjonane med omsyn til korleis internkontrollsystema er innretta og dokumentert. Internrevisjonen vurderer at ein slik variasjon er naturleg, då det er store variasjonar mellom institusjonane i omfang og behandlingstilbod, og internkontrollen må vere i samsvar med risiko og eigenart i verksemda.

Institusjonane har i varierende grad formalisert og skriftleggjort system for dokumentstyring. Internrevisjonen meiner at tydelege, skriftleggjorte dokumentstyringsrutinar vil gjere det enklare å sikre at prosedyrar er dekkjande og oppdaterte for alle relevante prosessar.

Det kjem fram i journalgjennomgangen at eit mindretal av pasientane har fått utarbeidd individuell plan. Internrevisjonen vurderer at dette er uheldig, både med omsyn til å sikre eit målretta og tilpassa behandlingsopplegg og på bakgrunn av den vektlegginga Helse Vest RHF har hatt på individuelle planar, mellom anna gjennom regional plan for TSB. I journalgjennomgangen kjem det også fram at det er varierende omgrepsbruk og innhald i brev frå vurderingseiningane til pasientar. Internrevisjonen meiner ein slik variasjon kan innebere ein risiko for at informasjon ikkje blir presentert tilstrekkeleg tydeleg og for at pasientar ikkje får all den informasjonen dei har krav på.

Alle institusjonar har etablert avvikssystem, men fleire av institusjonane har utfordringar med å sikre at alle avvik vert rapporterte. Internrevisjonen oppfattar at dette kan henge saman med manglande kultur for avviksrapportering, og at det ikkje alltid går tydeleg nok fram at avvik knytt til pasientbehandling skal meldast. Det er viktig at institusjonane sørgjer for å både ha tilstrekkeleg tilgjengelege og godt tilpassa avvikssystem, og at dei informerer godt om desse systema.

Det blir ved fleire institusjonar i liten grad gjennomført risikovurderingar knytt til klinisk drift/pasientbehandling. Internrevisjonen meiner det er viktig å arbeide systematisk med å kartlegge og dokumentere risiko knytt til den kliniske drifta/pasientbehandling. Dette er viktig for å sikre ei forsvarleg drift og effektiv pasientbehandling, og kan vere eit viktig bidrag i forbetningsarbeidet ved institusjonane.

Internrevisjonen meiner det er uheldig at to av institusjonane ikkje har etablert kvalitets- og pasientsikkerheitsutval, då kvalitets- og pasientsikkerheitsutval kan vere med på å styrke oppfølginga av internkontrollen ved institusjonen, og er eit krav i spesialisthelsetenestelova § 3-4.

Tilrådingar

Helse Vest RHF bør:

1. Vurdere om ein skal fastsetje konkrete krav til at institusjonane skal gjennomføre og dokumentere risikovurderingar knytt til pasienttryggleik/pasientbehandling.
2. Vurdere å krevje årleg rapportering frå institusjonane om arbeidet med internkontroll, med vekt på risikovurdering, pasienttryggleik og avvikshandtering..
3. Sikre at pasientane i TSB-institusjonane som har behov for det får utarbeidd ein individuell plan, og at det er dokumentert i pasientjournalen at behovet for ein slik plan er utgreidd.
4. Sikre at alle TSB-institusjonane har oppretta kvalitets- og pasientsikkerheitsutval.
5. Sikre at skriftleg kommunikasjon frå vurderingseiningar til pasientar og institusjonar vert utforma på ein eintydig og klår måte.

2 INNLEIING

2.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Formålet med dette prosjektet er å undersøkje om dei private institusjonane har etablerte kvalitetssystem som sikrar at tenesta oppfyller krava i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta.

Problemstillingane som er formulerte for prosjektet er:

1. Kva system har dei private institusjonane etablert for å oppfylle krava i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta?
2. Korleis verkar internkontrollsystema i praksis?
3. Korleis følgjer Helse Vest RHF opp at institusjonane har eit internkontrollsystem som verkar i praksis?

Mandat for gjennomføring av prosjektet vart behandla av revisjonsutvalet i møte 14.10.2015.

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med Deloitte.

2.2 REVISJONSKRITERIUM OG METODE

Revisjonskriterium er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterium skal vere grunna i, eller utleia av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

- Specialisthelsetenestelova (særleg §§ 2-1a, 3-2 og 3-4)
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta
- «Hvordan holde orden i eget hus» Rettleiar IS-1183 om internkontroll i sosial- og helse-tenesta
- Avtalane med dei enkelte institusjonane
- Regional plan for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) 2015 – 2019

Metodisk er det nytta intervju, dokumentgransking og journalgjennomgang som grunnlag for rapporten. Ei nærare omtale av kriterium, metode og kjelder ligg i rapporten sitt [vedlegg](#).

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på prosjektets formål og problemstillingar.

2.3 AVTALEINSTITUSJONANE

Internrevisjonen har gjennomført undersøkingar ved alle dei private institusjonane Helse Vest RHF har avtale med innanfor TSB. Dette omfattar følgjande åtte institusjonar:

- Rogaland A-senter (lokalisert i Stavanger, del av Kirkens Bymisjon)
- Haugaland A-senter (lokalisert i Haugesund, del av Blå Kors Norge)
- Bergensklinikkane (lokalisert i Bergen, eigen stiftelse)
- Kalfaret behandlingssenter (lokalisert i Bergen, del av Kirkens Sosialtjeneste)
- Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger (lokalisert i Stavanger, del av Kirkens Sosialtjeneste)
- Frelsesarmeens behandlingssenter (lokalisert i Stavanger, del av Frelsesarmeen)
- Karmsund ABR-senter (Avrusing, Behandling, Rehabilitering) (lokalisert på Karmøy, eigen stiftelse)
- Valdresklinikken (lokalisert i Aurdal i Valdres, eigen stiftelse)

Dei ulike private institusjonane varierer både i storleik og behandlingstilbod. I tabellen under er sentrale opplysningar knytt til kvar enkelt institusjon gått gjennom:

Tabell 1 – Kapasitet på årsbasis i avtalane med TSB-institusjonar.

Institusjon	Døgnplassar	Dagplassar	Polikliniske konsultasjonar	Ambulante konsultasjonar
Rogaland A-senter	37	-	6400	300
Haugaland A-senter	33	5	4500	500
Bergensklinikkene	79	13	12750	1080
Kalfaret behandlingssenter	21	2	1100	150
Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger	15	1	800	100
Frelsesarmeens behandlingssenter	19	6	-	500
Karmsund ABR-senter	7	2	200	200
Valdresklinikken	10	-	-	-

2.4 INTERNREVISJONSRAPPORT 2012

Internrevisjonen gjennomgjekk Helse Vest sitt arbeid med TSB i 2012. I prosjektet såg ein på korleis spesialisthelsetenesta legg til rette for heilskaplege pasientforløp. Internrevisjonen konkluderte mellom anna med at føretak og institusjonar bør avklare kven som har ansvar

for pasientane i ventetida og kva tilbod dei skal få i denne tida. Vidare vart det påpeikt fleire andre tilrådingar knytt til fagleg utvikling, internkontroll og informasjon til pasientane.

2.5 DEFINISJONAR

COSO¹ definerer **internkontroll** som "en prosess, utført av en virksomhets styre, ledelse og øvrige ansatte, utformet for å gi rimelig sikkerhet for oppnåelse av målsettinger relatert til drift, rapportering og etterlevelse".

I tilknytning til det kliniske arbeidet inneber internkontroll at organisasjonen har innført og tatt i bruk eit system for å sikre pasienttryggleik og kvalitet på tenestene. Dette systemet vil omfatte overordna kvalitetskrav, administrative og faglege prosedyrar, verktøy for å overvake/kontrollere kvalitet og drift og prosedyrar for å utbetre avdekka feil og manglar.

I regional plan for TSB er det gitt følgjande definisjonar for dei ulike behandlingkategoriane:

Avrusingsplass: Døgnplass som er reservert for spesialisert medisinsk avgiftning, abstinensbehandling og/eller opptrapping/nedtrapping av medikament i legemiddelassistert behandling (LAR). Avrusing skjer i byrjinga av behandlinga, og så lenge det er behov for døgnkontinuerleg legetilsyn.

Stabiliserings- og utgreiingsplass: Døgnplass som skal bidra til medisinsk, psykologisk og sosial stabilisering, samt kartlegging og førebuing til vidare behandlingsbehov.

Plass i døgnklinikk: Døgnplass for pasientar som har behov for behandling utover poliklinikk, dag, avrusing eller stabilisering/utgreiing.

Ambulante/utoverretta tenester: Tverrfagleg, spesialisert behandling gjeve i eller nær bustad/opphaldsstad.

Dagtilbod: Eit dagtilbod på minimum fem timar per dag. Fleire pasientar kan dele ein dagplass ved å kome på ulike dagar.

¹ COSO - Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Internkontroll - et integrert rammeverk (2013).

3 INTERNKONTROLL

3.1 OVERORDNA SYSTEM

Det går fram av gjennomgangen at alle TSB-institusjonane har etablert internkontrollsystem. Med dette meiner vi at institusjonane har definert eit sett med prosedyrar, rutinar og praksisar knytt til kontroll, kvalitets- og forbetningsarbeid. Vidare går det fram at desse prosedyrane, rutinane og praksisane står i ein intern samanheng med kvarandre, at dei er i bruk, og at dei vert gjenkjent som verksemda sitt internkontrollsystem av dei internrevisjonen har intervju.

Det er store variasjonar i korleis internkontrollsystema er innretta. Nokre har tatt i bruk, eller har vurdert å ta i bruk elektroniske system, medan andre har papirbaserte system. For Frelsesarmeens behandlingssenter, er internkontrollsystemet integrert i eit elektronisk system som gjeld organisasjonen som heilskap, der institusjonen sitt behandlingssystem går inn som ein del av det større systemet. Ved dei andre institusjonane som er undereiningar av større organisasjonar, eller som har «søsterinstitusjonar» innanfor same organisasjon, slik som Rogaland A-senter, Haugaland A-senter og Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger, er internkontrollsystemet i mindre grad integrert i eit felles system.

Alle institusjonane har skildra mål og ansvar- og oppgåvefordeling ved institusjonen, og har definert korleis institusjonen skal arbeide med internkontroll og kvalitetsarbeid.

Det er ingen av institusjonane som fullt ut og eksplisitt har forankra internkontrollsystemet i anerkjente rammeverk for internkontroll, slik som COSO, Turnbull, COCO, EFQM eller ISO. Dette er heller ikkje eit krav frå Helse Vest RHF i avtalane med institusjonane.

3.2 PROSEDYREVERK

Gjennomgangen viser at alle TSB-institusjonane har utforma prosedyreverk som ein del av sine internkontrollsystem, der dei har samla prosedyrar som skildrar korleis ulike oppgåver innanfor verksemdene skal løysast. Ved alle dei åtte institusjonane inkluderer prosedyreverka faglege prosedyrar knytt til den kliniske verksemda, under dette skriftlege prosedyrar for inntak av pasientar, prosedyrar for medikamenthandtering og prosedyrar knytt til gjennomføring av den behandlinga institusjonen tilbyr. Vidare inneheld prosedyreverka ved dei ulike institusjonane prosedyrar knytt til administrative/merkantile oppgåver (for eksempel arkivering i pasientjournalar og tilgangskontroll i journalsystem), personalhandsaming (for eksempel opplæring av nyttilsette) og HMS.

Det varierer mellom institusjonane korleis prosedyreverka er organisert. Ved dei fleste institusjonane er prosedyreverka relativt tydeleg delt inn i ulike namngitte kategoriar av prosedyrar (klinisk verksemd, personal mv.).

3.2.1 DOKUMENTSTYRING

I intervju blir det opplyst at det ved dei fleste institusjonane er etablert ein «fast praksis» for revisjon av egne prosedyrar. Kva prosedyrar som blir gjennomgått og revidert blir i stor grad bestemt ut frå enkeltstående vurderingar av kor det blir opplevd å vere behov for justering av prosedyrar, eller på bakgrunn av endringar i føringar og føresegner som gjeld for TSB-området. Ved fleire av institusjonane er fagpersonar i leiarroller utpeikt til å ha eit særskilt ansvar for å følgje med på alle nye føringar og endringar i regelverk innanfor sitt område, og sikre at prosedyrar er tilstrekkeleg oppdaterte.

Institusjonane har i ulik grad *skriftleggjort* kva rutinar som gjeld for utarbeiding, kvalitetssikring, godkjenning og revisjon av rutinar. Nokre institusjonar har svært få rutinar knytt til dokumentstyring, andre har rutinar for delar av, men ikkje heile, dokumentstyringsprosessen, medan nokre institusjonar har skildra både ansvar og prosess knytt til utforming, godkjenning og revisjon av prosedyrar.

Ved dei institusjonane som har ein etablert praksis for revisjon av egne prosedyrar og rutinar, er det vanleg at prosedyrar og rutinar som er endra/nyinnførte blir handsama og kontrollert i leiarmøte og/eller i kvalitetsutvalet ved institusjonen før dei blir inkludert i prosedyreverket og teke i bruk i verksemda.

Gjennomgangen viser at informasjon om nye/endra prosedyrar som hovudregel blir spreidd i verksemdene gjennom eksisterande møtefora der tilsette er involvert, som til dømes personalmøte og fagmøte med faggrupper/grupper av tilsette som bruker den gjeldande prosedyren i det daglege arbeidet sitt. Oppdaterte og nyinnførte prosedyrar blir i tillegg gjort tilgjengeleg for dei tilsette gjennom dei kvalitetssystema dei ulike institusjonane har etablert. Ved sju av dei åtte undersøkte institusjonane er det ikkje etablert elektroniske kvalitetssystem eller andre løysingar som gjer det mulig å sende automatiske varsel til tilsette om endring eller innføring av prosedyrar, rutinar, sjekklistar mv. Ved Rogaland A-senter, som er i gang med å ta i bruk elektronisk kvalitetssystem, er det mogleg å legge inn automatiserte varsel til dei tilsette om endringar i prosedyrar og innføring av nye prosedyrar.

3.3 KOMPETANSE

3.3.1 FORMALKOMPETANSE

I avtalen mellom institusjonane og Helse Vest RHF går det fram at alle institusjonar skal ha ei bemanning med tverrfagleg samansetting, der minimum følgjande yrkeskompetanse er tilgjengeleg:

- lege
- psykolog
- sjukepleiar
- sosionom eller anna personell med sosialfagleg høgskuleutdanning

I tillegg er det eit krav i avtalen om det skal vere minimum ein spesialist (psykiater eller psykologspesialist) ved kvar institusjon.

Undersøkinga som er gjennomført av dei private TSB-institusjonane, viser at alle institusjonane oppfyller desse krava. Ved sju av dei åtte institusjonane er det tilsette lege(ar) anten i full stilling eller i deltidstilling. Ved Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger er det ikkje tilsett eigen lege. I staden har institusjonen inngått avtale med lege eksternt om innleige av legetenester. Avtalen inneber at Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger har faste legetimar til disposisjon kvar veke, for å sikre at det blir gjennomført helseundersøking av alle nye pasientar og fortløpande legetenester til pasientar. Vidare omfattar avtalen medisinsk-fagleg rådgjeving til verksemdsleiar og tilsette og deltaking i ansvarsgrupper etter særskilt avtale. I intervju blir det opplyst at avtalen med innleie av legetenester så langt har fungert godt, og at institusjonen til no har fått tilgang til tilstrekkeleg kapasitet hos innleidd lege.

Ved sju av dei åtte institusjonane er det også tilsett psykologspesialist og/eller psykiater. Ved Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger, som starta opp drift i mai 2015, er det per d.d. ikkje tilsett psykologspesialist eller psykiater. I samband med oppstart av institusjonen har det vore utfordrande å rekruttere nokon i denne stillinga. For å sikre at institusjonen dekkjer kravet i avtalen med Helse Vest RHF om å ha spesialistkompetanse tilgjengeleg, følgjer dagleg leiar ved Kalfaret behandlingssenter, som er utdanna psykologspesialist, opp Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger tett i det daglege arbeidet. Helse Vest RHF gjev uttrykk for at Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger har kommunisert tydeleg om utfordringane og den midlertidige løysinga.

Ved alle dei åtte institusjonane er det tilsett både sjukepleiarar og sosionomar (eller andre med sosialfagleg høgskuleutdanning) som medverkar i behandlingsarbeidet.

3.3.2 OPPLÆRING OG SPESIALISERING

Undersøkinga av dei åtte TSB-institusjonane viser at alle institusjonane har fokus på opplæring og kompetanseutvikling blant dei tilsette, og at det ved alle institusjonane i større eller mindre grad blir lagt til rette for at tilsette kan delta på kurs og få vidareutdanning.

Både ved Rogaland A-senter, Haugaland A-senter, Frelsesarmeens behandlingssenter, Kalfaret behandlingssenter og Bergensklinikkene er kognitiv terapi definert som eit prioritert område tilsette skal få opplæring i. Ved desse institusjonane blir det også fokusert på vidareutdanning innanfor mentaliseringsbasert terapi for tilsette dette er relevant for, samt at det blir tilbydd kurs i motiverande intervju for alle tilsette som deltek i pasientbehandling. Bergensklinikkene opplyser at dei prioriterer å tilby vidareutdanning på område der det er mogleg for dei tilsette å oppnå ulike sertifiseringar.

Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger har gitt alle sine tilsette opplæring i klient- og resultatstyrt praksis (KOR), samt opplæring og trening i motiverande intervju i samband med oppstarten av institusjonen.

Ved Valdresklinikken blir det fokusert særleg på å vidareutdanne dei tilsette i rusterapi knytt til bruk av 12-trinnsmodellen.

Undersøkinga viser at det er variasjon mellom dei åtte institusjonane med omsyn til om det er utarbeidd kompetanseoversikter og opplæringsplanar for dei tilsette. Ved Bergensklinikkane, Rogaland A-senter og Kalfaret behandlingssenter blir dei tilsette sin kompetanse kartlagt systematisk, og det er utarbeidd opplæringsplanar for dei ulike tilsett-/faggruppene ved institusjonane (til dømes planar for vidareutdanning innanfor ulike psykologspesialiseringar).

Ved Valdresklinikken og Karmsund ABR-senter er arbeidet med kompetansekartlegging mindre systematisk, og det blir i liten grad utarbeidd skriftlege kompetanseoversikter og opplæringsplanar ved desse institusjonane.

Frelsesarmeens behandlingssenter opplyser at institusjonen per d.d. ikkje har utarbeidd opplæringsplanar, men at dei har planlagt å utarbeide planar for vidareutdanning i mentaliseringsbasert terapi for tilsette der dette er aktuelt.

Haugaland A-senter opplyser i intervju at institusjonen har fokus på kompetanseheving og opplæring, men at dei i liten grad fokuserer på å føre oversikter over kompetanse, fylle ut kartleggingsskjema og lage skriftlege opplæringsplanar.

Når det gjeld opplæringsordningar for nytilsette, viser gjennomgangen at alle dei åtte TSB-institusjonane har utarbeidd opplæringsplanar for nytilsette. Ved alle institusjonane er det også utarbeidd sjekklister knytt til opplæring av nytilsette, med avkryssing for at dei ulike punkta i opplæringa er gjennomgått. Stikkprøvekontrollar internrevisjonen har gjennomført

viser at sjekklistene som blir brukt i nytilsett-opplæringa ikkje alltid er fullstendig fylt ut for heile opplæringsløpet ved alle institusjonane.

Ved halvparten av institusjonane er det etablert mentor-/fadderordningar, der nytilsette får tett oppfølging av meir erfarne kollegaar gjennom den første perioden som tilsett ved institusjonane.

Ved Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger blir det opplyst at dei tilsette ved institusjonen hospitererte ved søsterinstitusjonen Kalfaret behandlingssenter i samband med at Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger blei starta opp i 2015. Her fikk dei nytilsette ved Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger opplæring og oppfølging frå tilsette ved Kalfaret som fungerte i same type stillingar i verksemda i Bergen.

3.3.3 BRUK AV DEI TILSETTE SINE ERFARINGAR

Gjennomgangen viser at alle dei undersøkte institusjonane hentar inn og bruker dei tilsette sine erfaringar for å utbetre eigne tenester, på ulike måtar og i ulik grad ved kvar av institusjonane.

Hovudarenaane for tilsettmedverknad er i alle institusjonane ulike møtefora der dei tilsette kan ta opp problemstillingar knytt både til behandling og organisasjon. Eksempel på slike møtefora er personalmøte, faggruppemøte, kvalitetsutvalsmøte og møte i HMS-utval. Alle institusjonane har ein eller fleire slike møtearenaar der det blir peikt på at dei tilsette kan kome med innspel til drift av verksemdene.

Vidare er årlege medarbeidarsamtalar med næraste leiar ein viktig arena for tilsettmedverknad ved fleire av institusjonane.

Ved fleire av institusjonane blir det peikt på at dagleg rapportering i kontaktpunkta mellom vaktskifter er viktige kanalar der tilsette sine erfaringar med arbeidet i verksemda blir meldt. Institusjonane opplyser at dei er bevisste på gjennomgang av rapportar frå den daglege drifta, for å sørge for at arbeidstakarane sin kunnskap og erfaring blir utnytta. Kalfaret behandlingssenter og Valdresklinikken opplyser begge at i tillegg til dagleg informasjonsutveksling i samband med vaktskifter, er meldingsfunksjonen i elektronisk journalsystem (Rusdata) viktig som ein arena for formidling av synspunkt og meiningar frå tilsette, både knytt til enkeltpasientsituasjonar og til tenesteutøving ved institusjonen meir heilskapleg.

3.4 BRUKARMEDVERKNAD

3.4.1 BRUKARMEDVERKNAD PÅ INDIVIDNIVÅ

I regional plan for TSB vert brukarmedverknad peikt på som eit område med stort potensial for forbetring, og det går fram som ein overordna strategi at «brukarmedverknad og meist-ringsperspektivet må liggje til grunn i møte med rusmiddelavhengige». Av konkrete tilrå-dingar, vert det peikt på brukarstyrte tilbod og individuell plan som to aktuelle tiltak for å auke den individuelle brukarmedverkinga.

Alle leverandørene skal, etter avtalen med Helse Vest, tilby brukarstyrt behandling. Det kan omfatte både døgnopphald og konsultasjon. I intervju går det fram at det er forskjellar mel-lom institusjonane når det gjeld i kva grad dei brukarstyrte døgnplassane blir brukt av pasi-entar. Haugaland A-senter viser til at dei brukarstyrte sengene blir stadig meir brukt, og at det er ein høg etterspurnad etter dei. Andre institusjonar gjev uttrykk for at beleggsprosent over tid på desse døgnplassane er låg. Samstundes trekk fleire av institusjonane fram at det å ha brukarstyrte senger tilgjengeleg, kan ha positiv effekt på enkeltpasientar sin situasjon. Dei brukarstyrte sengene er særleg meint å vere eit tilbod til pasientar som er ferdig i døgnbe-handling, og som får oppfølging i etterkant av innlegging i form av dagbehandling, jamleg poliklinisk oppfølging mv. I intervju blir det peikt på at for desse pasientane kan det å vite at døgnplassar er disponible og at dei har eit tilgjengeleg behandlingstilbod dersom dei opple-ver at dei har behov for det, gi tryggleik nok i kvardagen til at dei faktisk klarer å halde seg rusfrie.

Med omsyn til bruken av individuell plan (IP), viser journalgjennomgangen internrevisjonen har gjennomført at institusjonane undersøker om pasientane ønskjer individuell plan i dei aller fleste tilfella der dette er aktuelt. Om lag 30 av pasientane i journalgjennomgangen har ein individuell plan eller at individuell plan er under utarbeiding. Vidare viser journal-gjennomgangen at ein del pasientar ikkje ønskjer ein individuell plan, samt at det vert vur-dert at ein del pasientar ikkje oppfyller kriteria for å kunne få individuell plan.

Om lag 30 % av pasientane i journalgjennomgangen har ukjent status for individuell plan. Dette er journalar der det har vorte registrert at det ikkje er utgreia, eller at det er ukjent sta-tus for IP, og journalar der det ikkje har vorte registrert nokon opplysningar om IP i det hei-le. Ved journalgjennomgangen var det sju av dei åtte institusjonane som hadde ein eller fleire journalar der det var ukjent status eller ikkje utgreidd status for IP. Det er berre ved Kalfaret behandlingssenter at alle pasientane hadde utgreidd behov for IP.

Tabellen under syner status for IP i journalsystemet for dei pasientane i journalgjennom-gangen som hadde starta behandlinga ved institusjonane ved undersøkingstidspunktet.

Tabell 3 – Status for IP for pasientar i journalgjennomgangen som hadde starta behandlinga ved institusjonane ved undersøkingstidspunktet (N=70).

IP-status	Andel pasientjournalar fordelt på ulike IP-statusar (i prosent)
Ja, har IP	24 %
Under utarbeiding	16 %
Pasient ønsker IP	6 %
Nei, oppfyller ikke kriteriene	11 %
Nei, pasient avslått tilbud om IP	10 %
Nei, uklart hvorfor	4 %
Ukjent status for IP/ikke utredet	19 %
Ukjent, ikke registrert IP-status i journalsystemet	10 %

Når det gjeld anna brukarmedverknad på individnivå, blir det hos alle institusjonane trekt fram i intervju at medverknad i eiga behandling er ein viktig faktor for å sikre motivasjon til å kunne stå eit fullstendig behandlingssløp i TSB-institusjonar. Journalgjennomgangen som er gjennomført viser at dei aller fleste som er inne til døgnbehandling har ein plan for pasienten si behandling ved institusjonen der pasienten sjølv har medverka til innhaldet i planen. Ved kortare døgnopphald (dvs. avrusing og stabilisering), og ved dag- og poliklinisk behandling, har om lag halvparten av pasientane utarbeidd ein behandlingsplan, jf. tabellen under.

Tabell 4 – Status for behandlingsplan for pasientar i journalgjennomgangen fordelt på ulike behandlingstypar ved undersøkingstidspunktet (N=70).

Behandlingstype ved undersøkingstidspunkt	Har behandlingsplan	Har ikkje behandlingsplan
Døgn	26	3
Døgn - avrusing	2	4
Døgn - stabilisering	3	2
Dag	2	2
Poliklinisk	8	12
Anna	0	3
Avslutta	1	2
Totalt	42	28

3.4.2 BRUKARMEDVERKNAD PÅ SYSTEMNIVÅ

Undersøkinga viser ein del variasjon mellom dei ulike TSB-institusjonane når det gjeld brukarmedverknad på systemnivå, gjennom brukarutval, brukarundersøkingar og ev. lokale ordningar.

Ved eit fleirtal av institusjonane er det etablert brukarutval, der innlagte brukarar, tidlegare brukarar, representantar frå brukarorganisasjonar og eventuelt pårørande kan spele inn erfaringar med verksemda i institusjonane. I intervju blir det peikt på varierende erfaringar med kvaliteten på brukarutvala. Ved til dømes Bergensklinikkane opplevast brukarutvalet

som eit viktig og relevant forum der institusjonen får gode innspel til korleis dei kan løyse oppgåver betre. Rogaland A-senter forklarar at dei har eit nyttig og godt samarbeid med brukarutvalet, som m.a. har vore med å bestemme utforming av besøksrom i klinikkbygget, og har vore med på drøftingar om korleis ein kan nytte personar med brukarerfaring ved institusjonen. Ved Haugaland A-senter har ikkje tilsvarende gode erfaringar. Dei opplyser at institusjonen har slitt med å få brukarutvalet til å fungere på ein måte som gjer at ein får gode innspel til verksemda på systemnivå.

Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger, Frelsesarmeens behandlingssenter og Karmsund ABR-senter har ikkje etablert egne brukarutval. Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger opplyser i intervju at dei etter planen skal etablere eit brukarutval etter same mønster som ved Kalfaret behandlingssenter, men at dette inntil no ikkje har kome i gang. For å kompensere for manglande brukarutval, blir det gjennomført hyppige møte ved institusjonane der program og tilbod til pasientane blir diskutert. Både Karmsund ABR-senter og Frelsesarmeens behandlingssenter peiker i intervju på at brukarperspektivet på tilbodet i institusjonane er godt ivareteke gjennom andre fora, i form av for eksempel pasientdeltaking i kvalitetsutval og egne rus- og aktivitetskomitear.

Når det gjeld systematiske brukarundersøkingar, har både lokale og nasjonale undersøkingar i regi av Nasjonalt kvalitetsregister blitt gjennomført ved alle institusjonane, med unntak av ved Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger. Nokre av institusjonane gjennomfører fleire undersøkingar årleg (for eksempel to lokale og ei nasjonal undersøking), mens andre gjennomfører ei lokal og ei nasjonal brukarundersøking i året.

I intervju opplyser leiinga av Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger at lokale brukarundersøkingar ikkje har kome i gang etter at institusjonen starta opp drift i januar 2015, men at det er planlagt at brukarundersøkingar i framtida skal gjennomførast jamleg etter same mal som ved Kalfaret behandlingssenter. Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger har heller ikkje delteke i nasjonale brukarundersøkingar i regi av Nasjonalt kvalitetsregister, då denne blei opplevd å komme for tett på oppstarten av institusjonen.

I tillegg til det meir systematiserte arbeidet med brukarutval og brukarundersøkingar, er det ved fleire av institusjonane etablert mindre og meir uformelle kanalar for brukarmedverknad gjennom den daglege drifta. Ved Kalfaret behandlingssenter og Frelsesarmeens behandlingssenter har dei til dømes tatt i bruk ei forslagskasse, der innlagte pasientar kan kome med forslag og innspel til endringar og justeringar i forhold ved institusjonen, og ved fleire av institusjonane er innlagte pasientar med på å forme kvardagen gjennom å bidra aktivt i planlegging og gjennomføring av aktivitetar, måltid mv.

3.5 ANALYSE OG KARTLEGGING

3.5.1 RISIKOVURDERINGAR OG -ANALYSAR

Undersøkinga viser at det i varierende grad blir gjennomført risikovurderingar knytt til klinisk drift i dei åtte TSB-institusjonane.

I gjennomgangen internrevisjonen har gjort kjem det fram at dei etablerte prosedyrane for risikovurdering ute i institusjonane som hovudregel er knytt til HMS, personal, brann mv., og at prosedyrane for risikovurdering i liten grad omfattar systematiske vurderingar av den kliniske drifta.

I intervju kjem det fram at nokre av institusjonane gjer risikovurderingar av klinisk drift i verksemdene. Ved Bergensklinikkene er det gjort detaljerte gjennomgangar av nokre utvalde områder der ein er kjent med at det føreligg høg risiko. Internrevisjonen har fått døme på slike vurderingar for suicidalfare, overdose og dødeleg abstinens. Valdresklinikken har ei risikovurdering som omfattar ei rekkje område knytt til fagleg forsvarligheit, økonomi og HMS, basert på eit ROS-skjema med talfesting av sannsyn og konsekvens for dei ulike identifiserte hendingane. Ved Kalfaret er det gjennomført ei meir overordna, kortfatta kartlegging knytt til pasientsikkerheit knytt til m.a. vald/trugsmål, brann, pasientskadar, transport og smittefare.

Verken Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger, Frelsesarmeens behandlingssenter, Rogaland A-senter eller Haugaland A-senter har dokumentert systematiske risikovurderingar på nokon område innanfor den kliniske drifta dei siste åra. Rogaland A-senter og Haugaland A-senter har gjennomført risikovurderingar knytt til HMS. Fleire av institusjonane påpeikar at dei har vurdert risiko i samband med utvikling av prosedyrar og medisinsk behandling, men at desse vurderingane ikkje er dokumenterte.

3.5.2 AVVIK OG UØNSKTE HENDINGAR

Alle dei åtte institusjonane har etablert system for å melde avvik/uønskte hendingar som ein del av sine overordna internkontrollsystem/kvalitetssystem. Dei fleste avvikssystema er papirbaserte, med avviksmeldeskjema tilgjengelege for dei tilsette anten fysisk i kvalitetspermar eller for utskrift og utfylling frå fellesområde på institusjonane sine interne nettverk. Rogaland A-senter har begynt å ta i bruk elektronisk avviksmelding som ein del av det nyinnførte elektroniske kvalitetssystemet som er under innføring i institusjonen.

Undersøkinga viser at det er etablert liknande praksisar for behandling av avviksmeldingar på tvers av dei ulike institusjonane, der meldte avvik blir tatt opp i anten leiarmøte, kvalitetsutval eller HMS-utval (eller i fleire av desse) avhengig av type avvik. Når det gjeld oppfølging av avvik, inneber praksis oftast at næraste leiar får ansvar for å lukke avvik, og rapportere på dette i lina.

I avviksprosedyrane og -skjemaa i institusjonane blir det vist til fleire konkrete tema/kategoriar for avvik. Dette omfattar mellom anna:

- HMS for tilsette
- pasienttryggleik/pasientbehandling
- informasjonstryggleik
- økonomi
- beredskap
- tekniske feil

Det går klart fram av alle institusjonane sine prosedyrar at HMS-avvik skal meldast i systemet. Ved nokre institusjonar kan det ut frå prosedyrane framstå som uklart om pasientbehandling og -tryggleik også er omfatta.

I intervju blir det opplyst at det ved dei fleste institusjonane blir rapportert ein del avvik munnleg, med tilhøyrande munnleg oppfølging og lukking av meldte avvik. Vidare blir det ved fleire institusjonar peikt på at det mest sannsynleg føregår ei underrapportering av avvik ved institusjonane, særleg med omsyn til avvik innanfor den kliniske drifta. Dei fleste avvik som blir meldt inn omhandlar medikamenthandtering, mens det for andre deler av den kliniske drifta i liten grad blir meldt avvik.

Avvikshandtering ved Kalfaret behandlingssenter

Kalfaret behandlingssenter har eit papirbasert avvikssystem. Ein avviksporm som er tilgjengeleg for dei tilsette inneheld avviksskjema, oversikt over meldte avvik, og rapport frå ev. lukking av avvik (sortert per meldte avvik). Det går fram av prosedyrane at avvikshandsaminga vert nytta innanfor tre ulike område: pasientbehandling, HMS og helse- og personopplysningar. Avvik som omhandlar pasientbehandling skal også førast i pasientjournal.

Det blir meldt flest avvik innanfor medikamenthandtering. I tillegg førekjem det nokre avvik knytt til dokumenthandtering, men få avvik knytt til pasientskadar, utagering, vald mv.

Kalfaret har det siste året opplevd en nedgang i meldte avvik. Av faggruppene som er tilsett ved institusjonen, blir det meldt færrest avvik frå psykologane. Fleire av dei som er intervjua trur det førekjem fleire avvik enn det som blir meldt.

Det er verksemdsleiar som tar avviksmeldingar vidare til den i verksemda som best kan utbetre, melde tilbake og lukke avviket. Det skal leggjast ein tilbakemelding til melder i posthylla om korleis avviket har vorte handtert. Avviksporm med meldte avvik blir alltid gått gjennom i HMS-utvalet ved klinikken, og avvikslogg per kvartal blir rapportert til hovudkontoret i Oslo.

3.6 OPPFØLGING AV INTERNKONTROLL

Gjennomgangen viser at dei ulike TSB-institusjonane følgjer opp og ettergår eigen internkontroll. Institusjonane arbeider i hovudsak etter liknande mønster når det gjeld oppfølging av eigen internkontroll og korleis leiinga kontrollerer at internkontrollen i verksemdene fungerer etter intensjonane.

Hovudarenaen for oppfølging og kontroll av internkontrollsystem er i alle dei åtte institusjonane leiargruppemøte (samt avdelingsleiarmøte i nokre av dei større institusjonane) og/eller møte i kvalitetsutvalet. Hovudansvar for oppfølging av internkontroll og revisjon av eigne system er i alle institusjonane plassert hos dagleg leiar, eventuelt klinikkleiar (ved dei ulike klinikkane ved Bergensklinikkane). Dei overordna linene for oppfølging av internkontroll er nedfelt i kvalitetssystema i alle institusjonane, samt i årshjul for verksemda ved både Kalfaret behandlingssenter, Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger og Rogaland A-senter.

Ved seks av dei åtte klinikkane er det etablert egne kvalitets- og pasientsikkerhetsutval som held jamlege møter der kvalitetsarbeidet i institusjonen er tema, under dette oppfølging av internkontroll i verksemda. Ved Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger og Frelsesarmeens behandlingssenter er det ikkje etablert egne kvalitetsutval. Ved Bergensklinikkene fungerer klinikkleder møte som kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

I tillegg til leiinga si oppfølging av internkontroll i institusjonane, har fleire institusjonar inngått samarbeid med eksterne einingar for tilsyn og revisjon av bestemte medisinsk-faglege rutinar knytt til for eksempel medikamenthandtering. Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger, Karmsund ABR-senter, Haugaland A-senter, Bergensklinikkene og Rogaland A-senter har inngått samarbeid med apotek/farmasøyt om årlig gjennomgang eller revisjon av institusjonen sine prosedyrar knytt til handtering av medisinar. Rogaland A-senter opplyser at dei i tillegg har samarbeid med NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) om å ha ei ekstern kvalitetssikring på eige laboratorium.

3.7 HELSE VEST RHF SI OPPFØLGING

Det formelle ansvaret for avtaleoppfølging av Helse Vest RHF sine avtalar med private TSB-institusjonar er plassert hos eigaravdelinga i det regionale helseføretaket. Det blir opplyst i intervju at oppfølginga skjer i tett samarbeid med fagavdelinga i Helse Vest RHF.

Dialogen mellom dei private TSB-institusjonane og Helse Vest RHF er i hovudsak knytt til tertialrapportering med tilhøyrande oppfølgingsmøte med kvar institusjon (tre møte i året -). Gjennom tertialrapporteringa blir det jamleg rapportert på kapasitet og belegg, aktivitet innanfor dei ulike behandlingstilboda ved institusjonane (avrusing, døgn, dag mv.), pasienttryggleik, årsverksinnsats i institusjonen, samt enkelte kvalitetsindikatorar som tal utskrivne pasientar, tal sendte epikriser, tal klagesaker og liknande. Det blir også rapportert om talet på utskrivne brukarar frå døgnbehandling med IP, og talet på pasientar som ikkje ønskjer eller har behov for IP. For kvar tertialrapport blir det arrangert eit oppfølgingsmøte mellom institusjonane og Helse Vest RHF, der tala i rapportane blir gått gjennom og diskutert. I tillegg til den formaliserte tertialrapporteringa med tilhøyrande oppfølgingsmøte, er det regionale helseføretaket tilgjengeleg for løpande kontakt frå TSB-institusjonane på telefon, e-post og gjennom ordinær post. Løpande kontakt mellom Helse Vest RHF og institusjonane blir journalført hos det regionale helseføretaket.

I intervju ute i institusjonane kjem det fram at det som hovudregel er lite dialog med det regionale helseføretaket utover den kommunikasjon som skjer i samband med tertialrapportering og oppfølgingsmøte.

Når det gjeld Helse Vest RHF si oppfølging av internkontroll i TSB-institusjonane spesifikt, går det fram av intervju med representantar for eigaravdeling og fagavdelinga at den vikti-

gaste oppfølginga frå Helse Vest RHF har vore å be institusjonane stadfeste at det er etablert eit internkontrollsystem ved institusjonen. Dette blei gjort i samband med avtaleinngåinga med kvar av dei private TSB-institusjonane.

Helse Vest RHF opplyser at dersom det oppstår forhold i løpet av avtaleperioden som gir grunn for RHF-et til å undersøkje internkontrollsystemet nærmare, vil dette bli gjort i samarbeid med institusjonen. I inneverande avtaleperiode har Helse Vest RHF fått kopi av og gjennomgått éin institusjon sitt internkontrollsystem.

4 PASIENTFLYT

4.1 INNTAK AV PASIENTAR

4.1.1 VURDERINGSEININGAR

Vurderingseiningar i TSB må vere tverrfagleg samansett med sosial-, psykolog- og medisinskfagleg kompetanse. Dette går fram av prioriteringsrettleiaren for TSB-tenester. Det er vurderingseiningane som har ansvar for å vurdere pasientar med omsyn til all behandling som vert tilbydd.

Av dei åtte klinikkane som Helse Vest har avtale med innanfor TSB-feltet, er det berre Rogaland A-senter og Haugaland A-senter som gjer vurderingar. Desse vurderingseiningane har jamlege møte for å sikre rask vurdering og tilbakemelding til pasientar.

Det går fram at fristen på 10 dagar for å gi ei vurdering av pasientrettar og tilbakemelding til pasienten som er tilvist (gjeldande frå november 2015), gjer at vurderingseiningane må gjere vurderinga på bakgrunn av informasjonen i tilvisinga. I nokre tilfelle tek vurderingseiningane kontakt med tilvisar, for å få meir informasjon. At det i ein del tilfelle kan vere vanskeleg å vurdere avhengigheit ut frå ei tilvising, er noko som også går fram av prioriteringsrettleiaren for TSB-tenester (Prioriteringsveileder TSB. Helsedirektoratet, 12/2012).

I nokre tilfelle legg vurderingseininga inn ein «fagleg frist» for behandlingsstart for pasientar som har fått innfridd rett til helsehjelp. Alvorsgrad er ein avgjerande faktor for korleis og om det blir sett fagleg frist for behandlingsstart.

I prioriteringsrettleiaren blir det gjennomgått ulike faktorar som spelar inn i vurderingseininga si vurdering, mellom anna kjønn, alder, suicidalitet, risiko for tap av sosiale relasjonar og graviditet. Det er vidare spesifisert rettleiande fristar for behandling, avhengig av kva type rusavhengigheit pasienten har.

Vurderingseininga ved Haugaland A-senter

Haugaland A-senter har eiga vurderingseining. Dei har møte kvar tysdag, der dei vurderer innkomne tilvisingar. Det går fram av intervju at innhaldet i og kvaliteten av tilvisingane varierer mykje. Dei fastlegane som brukar A-senteret mykje, gir ein god og fylldig tilvising, som gjer det lett å vurdere om pasienten har rett på behandling i TSB. Gode tilvisingar gjer det også lettare å vurdere kva behandling pasienten kan ha behov for.

Det vil ofte vere behov for å involvere andre institusjonar i eit pasientforløp. Haugaland A-senter har til dømes ikkje eiga avrusingseining, og sender vanlegvis pasientar som skal til døgnbehandling til avrusing på post 2 på sjukehuset i Haugesund, eller til Rogaland A-senter. Dersom pasienten skal vidare på behandling ved Haugaland A-senter, vil dette verte drøfta i inntaksmøte ved institusjonen, som vert gjennomført dagen etter vurderingseininga har hatt møte.

Internrevisjonen har i samband med journalgjennomgangen sett eit utval av brev frå vurderingseiningar til institusjonane. Gjennomgangen syner at innhald og omgrepsbruk i breva varierer. Variasjonen kan skuldast forskjellar mellom dei ulike vurderingseiningane sine ar-

beidsprosessar og malar. Det kan også vere at vurderingseiningane har endra malar over tid, som følgje av endringar i fristar og rettleiarar/føresegner.

Helse Vest RHF har hatt møte i Helse Bergen knytt til vurderingseininga si rolle. Her har ein presisert at det skal vere vurdert retten til helsehjelp og gitt time for første behandling, og at dette skal gå i eitt enkelt brev til pasienten. Dette kravet er også formidla til dei andre helseføretaka i regionen.

4.1.2 INNTAK I INSTITUSJON

Proessen for inntak i institusjon er ulik, men alle institusjonane har ei form for «inntaksmøte» der ein undersøker om og når ein har plass til å ta imot pasienten.

Det er vurderingseiningane som tek stilling til kva institusjon pasientane bør få tilbød ved.

Det går fram gjennom intervju at det er ein ulik profil mellom dei ulike institusjonane. Frå Helse Vest RHF si side er det presisert at det einaste formelle skilje som finst er knytt til aldersgruppe (målgruppe definert ut frå alder). I tillegg skil Helse Vest RHF ut døgnplassar innanfor «12 trinns meto-dikk». (

I praksis er det systematiske forskjellar i brukargruppene ved dei ulike institusjonane, også utover dette. Til dømes går det fram at Frelsesarmeens behandlingssenter har ein høgare del «§ 12-pasientar» (pasientar som er straffedømte og gjennomfører heile eller delar av soninga ved insitusjonen etter strgjl. § 12).

Det er presisert i prioriteringsrettleiareren at koordinering er viktig: «Behovet for nødvendig koordinering må ivaretas, både på generelt nivå, ved å etablere gode samarbeidsrutiner mellom enheter som ofte samarbeider, og i hver enkelt pasientsak.» (prioriteringsrettleiar s. 34)

Innsøkningsprosedyre ved Frelsesarmeens behandlingssenter (FAB)

FAB mottok og registrerer søknad om behandling frå vurderingseiningane. Søknaden med opphavleg tilvising av pasient blir registrert i elektronisk pasientjournal, saman med andre tilgjengelege opplysningar om pasient. Deretter blir søknad behandla på inntaksmøte som blir halde kvar veke. I inntaksmøte blir det vurdert om pasienten er innanfor behandlingssenteret si målgruppe, om FAB har rammer som er eigna for pasienten, alvorstadiet i pasienten sin situasjon, den forventa nytta av behandlinga, samt ev. andre omsyn.

Med bakgrunn i vurderinga som blir gjort i inntaksmøte, blir pasienten anten tilbydd plass ved institusjonen eller vurdert til å ikkje vere i målgruppa til institusjonen. Dersom pasient blir vurdert til å vere utanfor målgruppa, skal dette begrunnast i brev til vurderingseining.

Viss pasienten blir tilbydd plass ved FAB, blir det vurdert om behandlingssenteret kan garantere plass innan den fristen vurderingseininga har satt for oppstart av behandling. Dersom det ikkje kan garanterast plass, blir pasienten satt på venteliste. Vedtak om innvilga søknad kommuniserast til tilvisar og/eller vurderingseining, med opplysningar om dato for oppstart, ventelisteplassing mv.

I forkant av inntak av pasient ved FAB, skal ein representant for inntaksteamet ved behandlingssenteret halde jamleg dialog med vurderingseining og pasient, mellom anna for å sikre at pasient møter til avtalt inntaksdato.

I samband med endringa i tidsfrist for arbeidet til vurderingseiningane, har RHF kommunisert til føretak og institusjonar at ein må ha meir hyppige møte/kommunikasjon mellom aktørane for å sikre pasientflyten.

I hovudsak gjev institusjonane uttrykk for at det er eit godt samarbeid med vurderings-einingane i samband med inntak. Det vert i nokon grad påpeikt at vurderingseiningane har lite tid til å gjere ei reell vurdering av pasienten (sjå 4.1.1)

I intervju går det også fram at institusjonane samarbeider godt seg imellom med omsyn til koordinering av behandlingsforløp.

4.1.3 OPPFØLGING FØR DØGNINNLEGGING

I mange tilfelle er det slik at behandlingsforløp der døgninnlegging er «hovudbehandlinga», startar med polikliniske timar. I journalgjennomgangen går det fram at pasientar som på undersøkingstidspunktet var i døgnbehandling i snitt hadde venta i 61 dagar frå tilvising til første behandling i den aktuelle institusjonen. I dei tilfella der den første behandlinga var døgninnlegging, hadde pasientane venta i 77 dagar. Desse tala tek ikkje med om pasienten har vore til poliklinisk oppfølging eller døgnbehandling i andre institusjonar før innlegginga.

Tabell 5 – Gjennomsnittleg ventetid (i dagar) frå tilvising til første behandling i institusjon (alle behandlingstypar) (N=40)

Behandlingstype ved undersøkingstidspunkt	Dagar frå tilvising til første behandling
Døgn	72
Døgn – avrusing	30
Døgn - stabilisering	43
Gjennomsnitt for alle typar døgnbehandling	61

Tabell 6 - Gjennomsnittleg ventetid (i dagar) frå tilvising til første behandling, der første behandling var innlegging til døgnbehandling (N=19)

Behandlingstype ved undersøkingstidspunkt	Dagar frå tilvising til innlegging i døgnbehandling
Døgn	94
Døgn – avrusing	30
Døgn - stabilisering	74
Gjennomsnitt for alle behandlingstypar	77

I intervju kjem det fram ulike synspunkt på nytten ved å starte eit behandlingsforløp poliklinisk før ein går over i døgninstitusjon. Enkelte peikar på at den polikliniske behandlinga kan gjere pasienten betre førebudd på eit lenger behandlingsopphald. Andre seier at nokre pasientar og pårørande er misnøgde når dei har ynskt og venta seg eit døgnopphald, men får

polikliniske timar i staden, og at poliklinisk behandling før innlegging ikkje er til hjelp for pasientane.

Internrevisjonen har i journalgjennomgangen undersøkt kor hyppig poliklinisk behandling har vorte gitt før døgninnlegging. I nokre tilfelle har det vorte gjennomført inntakssamtalar relativt kort tid (for eksempel ei veke) før døgninnlegging. I andre tilfelle har det blitt gitt jamleg poliklinisk behandling over ein lengre periode før døgninnlegginga. I nokre tilfelle har det vore vanskeleg å få pasienten til å møte opp til polikliniske timar, men journalgjennomgangen synte ingen døme på at TSB-institusjonane hadde gjeve polikliniske enkelt-timar/-samtalar med påfølgande langt opphald i behandlinga før innlegging.

Intervjua og journalgjennomgangen syner vidare at det blir prioritert å legge til rette for samla behandlingsforløp der eventuelt avrusing og stabilisering blir koordinert med inntak til døgnbehandling.

4.2 BELEGG

Undersøkinga viser at det er variasjon mellom dei ulike institusjonane når det gjeld beleggsprosent og for den enkelte institusjonen gjennom året.

Det kjem fram av gjennomgangen at alle institusjonane nyttar seg av manuelle system for å handtere pasientflyt inn og ut av institusjonen. Systema består i hovudsak av oversiktsskjema i Microsoft Excel, som utpeikte personar ved institusjonane (inntakskoordinator eller liknande funksjon) har ansvar for å følge opp og ha kontroll på. Oversiktene viser ressursutnytting/belegg innanfor dei ulike behandlingstilboda i institusjonen, ledig kapasitet og når pasientar skal inn/ut ved klinikken veke for veke.

I intervju blir det opplyst at alle institusjonane med unntak av Karmsund ABR-senter og Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger, legg inn «overbelegg» i sine inntaks-/pasientflytskjema (dvs. at institusjonane planlegg med høgare enn 100 prosent belegg). Dette blir gjort fordi institusjonane av erfaring veit at dei har å gjere med ei ustabil pasientgruppe, der det er vanleg at pasientar ikkje møter opp til behandling på den datoen då dei er planlagt teke inn. Ved å overbooke i pasientflytskjema, klarer institusjonane å halde beleggsprosenten opp mot 100 prosent, når ein trekk frå pasientar som er planlagt teke inn til behandling, men som ikkje møter.

Karmsund ABR-senter opplyser i intervju at fordi institusjonen har låg turnover av pasientar i sitt behandlingstilbod, er dei forsiktige med å overbooke i planlegging av inntak. Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger har etter oppstarten i 2015 ikkje fått tilstrekkeleg med innsøking til å kunne planlegge med meir enn 100 prosent belegg i sine pasientflytskjema.

Som følge av praksisen med overbooking, førekjem det i nokre tilfelle at institusjonane har ein beleggsprosent ved klinikkane som overstig 100 prosent. Dette er synleggjort i tertialrapportane til Helse Vest RHF. I intervju blir det opplyst at sjølv om det ikkje er ideelt å ha faktisk pasientbelegg over 100 prosent, klarar institusjonane å finne løysingar for å handtere dette i kortare periodar utan at det oppstår prioriteringskonfliktar mellom pasientar på veg inn i behandling og pasientar på veg ut. Til dømes er det ved fleire av institusjonane ekstra døgnplassar tilgjengeleg utover dei døgnplassane som ligg i avtalen med Helse Vest RHF.

Krav til pasientbelegg ved TSB-institusjonane går fram av avtalen mellom Helse Vest RHF og kvar institusjon. I avtalen er det spesifisert at «Ved lavere belegg/aktivitet enn 90 prosent av avtalt kapasitet i gjennomsnitt i løpet av ett kalenderår kan Helse Vest gjøre trekk i betalingen. Trekk i betalingen vil skje påfølgende år.»

Helse Vest RHF følgjer opp pasientbelegg jamleg gjennom tertialrapportering med tilhøyrande oppfølgingsmøte (sjå 3.7 for ytterlegare informasjon om denne oppfølginga).

Undersøkinga som er gjennomført viser at Helse Vest RHF stiller dei same krava til alle institusjonar når det gjeld beleggsprosent for døgn- og dagplassar og tal gjennomførte polikliniske konsultasjonar, uavhengig av kva typar behandling institusjonane tilbyr (nokre institusjonar tilbyr til dømes berre døgnbehandling eller døgn- og dagbehandling, mens andre institusjonar tilbyr heile tenestepaketet med fleire typar behandling inklusive avrusing). I gjennomgangen kjem det fram at det for enkelte typar behandling ved nokre institusjonar er meir utfordrande å planlegge pasientflyt og belegg enn for andre behandlingstypar ved andre institusjonar. Til dømes kan det vere vanskelegare å halde oppe belegg ved avrusningsbehandling, der pasientgruppa er svært ustabil og der det kan vere vanskeleg å vite om pasientar møter til avtalte tidspunkt, enn det er å halde oppe belegget ved døgnbehandling. I intervju stiller nokre av institusjonane spørsmål ved om det er rimeleg å stille dei same krava til beleggsprosent på tvers av institusjonar med ulikt pasienttilbod og ulike pasientgrupper.

I intervju kjem det imidlertid fram at Helse Vest RHF kan vere fleksible med omsyn til beleggsprosent for ulike behandlingstilbod, dersom situasjonen tilseier dette. Til dømes blir ikkje institusjonar naudsynleg trekt i overføringar dersom dei har lågare enn 90 prosent belegg innanfor ein behandlingstype, når dei har høgare enn 90 prosent belegg innanfor andre behandlingstypar.

5 VURDERINGAR OG TILRÅDINGAR

Det går fram av undersøkinga at det er etablert internkontrollsystem ved alle dei åtte institusjonane som Helse Vest RHF har inngått avtale med. Innrettinga og dokumentasjonen av internkontrollen varierer mellom dei ulike institusjonane. I seg sjølv er ein slik variasjon noko internrevisjonen vurderer som naturleg, då det er store variasjonar i institusjonane med tanke på omfang og behandlingstilbod, og internkontrollen må stå i samsvar med risiko og eigenart i verksemda.

Alle institusjonane har skildra overordna mål og oppgåve- og ansvarsfordeling ved institusjonane. Vidare har også institusjonane skildra skriftleg korleis dei jobbar med internkontroll og kvalitetsarbeid.

Det er utarbeidd både administrative og medisinsk-faglege retningslinjer ved alle institusjonar. Dei tilsette har også tilgang til regelverkssamlingar. Alle institusjonane har strukturert prosedyreverket i anten elektronisk eller papirbasert form, ved bruk av ulike malar. Institusjonane har likevel i varierende grad formalisert og skriftleggjort system for dokumentstyring. Dette gjeld m.a. retningsliner for kva prosedyrar som skal inngå i kvalitetssystemet, det å tydeleggjere ansvar knytt til utarbeiding og kvalitetssikring/godkjenning av prosedyrar, og retningsliner knytt til revisjon og oppdatering av prosedyrar. Internrevisjonen meiner at tydelege, skriftleggjorte dokumentstyringsrutinar vil gjere det enklare å sikre at prosedyrar er dekkjande og oppdaterte for alle relevante prosessar.

Det internrevisjonen har sett særleg på i dette prosjektet er kva rutinar som finst for inntak og belegg ved institusjonane. Her kjem det fram at institusjonane har utarbeidd eigne system tilpassa deira arbeidsoppgåver og -prosessar. Det kjem fram at institusjonane i ulik grad har lukkast med å oppretthalde ein høg beleggsprosent. Dette kan mellom anna ha samanheng med ulik praksis knytt til å planlegge med overbelegg. Det går fram at Helse Vest RHF har ei oppfølging og ein dialog med institusjonane om beleggsprosent og i kva grad dei skal verte trekt økonomisk for lågt belegg.

Gjennom avtalane med dei enkelte institusjonane har Helse Vest også sett bestemte krav knytt til kva formalkompetanse som skal vere tilgjengeleg ved dei ulike institusjonane. Det går fram av undersøkinga at desse krava vert oppfylt av dei enkelte institusjonane. Alle institusjonane legg til rette for vidareutdanning og opplæring innanfor fagfeltet. På grunn av forskjellar i storleiken og bemanninga mellom institusjonane varierer det kva opplæringstiltak som vert prioriterte. Det varierer også i kva grad institusjonane har skriftlege kompetanseoversikter og opplæringsplanar, der dei mindre institusjonane har mindre behov for å formalisere arbeidsprosessane knytt til kompetanse og opplæring. Ved alle institusjonane vert det

gjennomført møte der dei tilsette deltek og kan kome med innspel knytt til utviklinga av tenestene.

Tiltak for å sikre brukarmedverknad på individ- og systemnivå omfattar mellom anna brukarstyrte senger, utarbeiding av individuell plan og behandlingsplan, brukarutval, brukarundersøkingar og ulike former for brukarrepresentasjon i den daglege drifta av institusjonane.

I journalgjennomgangen kjem det fram at det er eit mindretal av pasientane som har utarbeidd individuell plan. Internrevisjonen vurderer at dette er uheldig, særskilt med tanke på den vektlegginga som har vorte gjort frå Helse Vest RHF, mellom anna gjennom arbeidet med regional plan for TSB. I journalgjennomgangen kjem det også fram at det er varierende omgrepbruk og innhald i brev frå vurderingseiningane til pasientar. Internrevisjonen meiner ein slik variasjon kan innebere ein risiko for at informasjon ikkje blir presentert tilstrekkeleg tydeleg og for at pasientar ikkje får all den informasjonen dei har krav på.

Det finst avvikssystem/system for forbetningsmelding ved alle institusjonar. Systema omfattar både HMS-relaterte avvik, avvik knytt til legemiddel, avvik relatert til pasienttryggleik og i nokre tilfelle andre område (slik som informasjonstryggleik og økonomi). Det kjem vidare fram at det ved fleire av institusjonane er utfordrande å sikre at alle avvik vert rapporterte. Internrevisjonen oppfattar at dette kan henge saman med manglande kultur for avviksrapportering, og at det ikkje alltid går tydeleg nok fram at avvik knytt til pasientbehandling skal meldast. Det er viktig at institusjonane sørgjer for å både ha tilstrekkeleg tilgjengelege og godt tilpassa avvikssystem, og at dei informerer godt om desse systema.

Også når det gjeld system for risikovurderingar, kjem det fram at desse systema ved fleire institusjonar i liten grad er knytt til klinisk drift/pasientbehandling. Av konkrete risikovurderingar som er gjennomført, ser internrevisjonen at det ved nokre institusjonar i hovudsak har vore knytt til HMS-arbeidet. Ved andre institusjonar er det dokumentert analysar av risikoar knytt til særlege område i pasientbehandlinga. Internrevisjonen meiner det er viktig å arbeide systematisk med, og dokumentere risikokartlegging grundig. Dette er viktig for å sikre ei forsvarleg drift og effektiv pasientbehandling, og kan vere eit viktig bidrag i forbetningsarbeidet ved institusjonane.

Overvaking av internkontroll er den prosessen der leiinga ved den enkelte institusjonen følger opp internkontrollen i eigen institusjon. Det er internrevisjonen si vurdering at dette vert gjennomført ved alle institusjonane. Arbeidet med oppfølging er lagt til institusjonsleiinga, og vert organisert gjennom m.a. leiarmøte og møte i kvalitetsutval.

Det kjem fram at ikkje alle institusjonar har etablert kvalitets- og pasientsikkerheitsutval. Dette meiner internrevisjonen er uheldig, då kvalitets- og pasientsikkerheitsutval er ein arena der det er mogeleg å løfte opp problemstillingar knytt til kvalitet og pasienttryggleik, noko som kan vere med på å styrke oppfølginga av internkontrollen ved institusjonen. Det

går også fram av i spesialisthelsetenestelova § 3-4 at institusjonar som tilbyr spesialisthelsetenester har plikt til å opprette eit slikt utval.

Helse Vest RHF har i liten grad hatt ei fast oppfølging av korleis internkontrollsystema i institusjonane fungerer, utover å ha stilt krav om dette i konkurransegrunnlag ved inngåing av avtalar. På den andre sida følgjer det regionale helseføretaket tett opp beleggprosent og tenestetilbodet i institusjonane generelt sett.

Hovudkonklusjon:

Dei private TSB-institusjonane har etablerte kvalitetssystem som gir tiltru til at dei oppfyller krava i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta. Det ligg føre eit visst rom for forbetring knytt til innhald og praktisering, og til Helse Vest RHF si oppfølging.

Tilrådingar:

Våre tilrådingar i denne revisjonen går til Helse Vest RHF, som bør:

1. Vurdere om ein skal fastsetje konkrete krav til at institusjonane skal gjennomføre og dokumentere risikovurderingar knytt til pasienttryggleik/pasientbehandling.
2. Vurdere å krevje årleg rapportering frå institusjonane om arbeidet med internkontroll, med vekt på risikovurdering, pasienttryggleik og avvikshandtering..
3. Sikre at pasientane i TSB-institusjonane som har behov for det får utarbeidd ein individuell plan, og at det er dokumentert i pasientjournalen at behovet for ein slik plan er utgreidd.
4. Sikre at alle TSB-institusjonane har oppretta kvalitets- og pasientsikkerheitsutval.
5. Sikre at skriftleg kommunikasjon frå vurderingseiningar til pasientar og institusjonar vert utforma på ein eintydig og klår måte.

6 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Vi baserer vårt arbeid på [NIRF/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på helse-vest.no.

Internasjonal definisjon av internrevisjon: «Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance.»

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisor Lene Lie i internrevisjonen i Helse Vest, og director Gunnar Hoff, seniorkonsulent Iver Fiksdal og senior manager Gunnar Husabø (prosjektleder) i revisjons- og rådgivningsselskapet Deloitte AS på oppdrag frå internrevisjonen i Helse Vest. Ansvarleg for sluttrapporten er leiar for internrevisjonen i Helse Vest, Bård Humberstet.

Revisjonskriterium

Revisjonskriteria er krav eller forventningar som revisjonen bruker for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriteria skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriterier anvende:

- Spesialisthelsetenestelova (særleg §§ 2-1a, 3-2 og 3-4)
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta
- «Hvordan holde orden i eget hus» Rettleiar IS-1183 om internkontroll i sosial- og helsetenesta
- Avtalane med dei enkelte institusjonane
- Regional plan for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) 2015 – 2019

Spesialisthelsetenestelova

Spesialisthelsetenestelova har fleire føresegner som er knytt til arbeidet med internkontroll, kvalitet og pasienttryggleik.

I § 2-1a, tredje ledd går det fram at dei regionale helseføretaka har «en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksamheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.» Vidare heiter det i [§ 3-4a](#) at: «Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.»

§ 3-4 pålegg helseinstitusjonane å opprette kvalitets- og pasientsikkerheitsutval som ledd i det systematiske arbeidet med internkontrollen.

Etter § 3-2 går det fram at helseinstitusjonar skal ha forsvarlege journalsystem.

Vidare gjev spesialisthelsetenestelova § 2-5 helseføretak plikt til å utarbeide ein individuell plan for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tilbod. Dersom pasienten har behov for både kommunale helsetenester og spesialisthelsetenester, er det kommunen som har ansvaret for å koordinere arbeidet med ein slik plan, medan helseføretaket skal medverke i arbeidet med planen.

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta

Rusbehandling er ei av oppgåvene til spesialisthelsetenesta (jf. spesialisthelsetenestelova § 2-1 a), og å prioritere tverrfagleg spesialisert rusbehandling er eit overordna mål for Helse Vest RHF (jf. oppdragsdokument for Helse Vest for 2016).

Som institusjonar i spesialisthelsetenesta, må avtaleinstitusjonane for TSB-tenestene følge forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Dette kravet er heimla i spesialisthelsetenestelova § 2-1 a (sjå over).

Av § 3 i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten går det fram at internkontroll i forskriften inneber «systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.»

Når det gjeld krav til innhaldet i internkontrollen, er desse gitt i § 4 av forskrifta. Her går det fram at «Internkontrollen skal tilpassas virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.» Vidare går det fram at internkontroll inneber at den/dei ansvarlege for verksemda skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.»

I forskrifta sin § 5 om dokumentasjon, blir det vist til at «Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse», og vidare at «Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.»

Rettleiar IS-1183 om internkontroll i sosial- og helsetenesta

I «Hvordan holde orden i eget hus» Rettleiar IS-1183 om internkontroll i sosial- og helsetenesta har Helsedirektoratet gjeve sine rettleiingar til organisering og gjennomføring av internkontroll i helsetenestene, under dette spesialisthelsetenesta. Rettleiaren tilbyr utfyllande fortolkningar av føresegnene i forskriften, samt forslag til operasjonisering av internkontrolltiltak, praktisk løysingar og illustrasjonar på korleis internkontroll kan etablerast og utviklast i verksemdar omfatta av forskriften.

Avtalane med dei enkelte institusjonane

Forholda mellom Helse Vest RHF og dei private TSB-institusjonane er regulert i eigne avtalar mellom det regionale helseføretaket og kvar enkelt institusjon, med vedlegg (m.a. kravspesifikasjon). I avtalane er det mellom anna spesifisert kva tenestene ved institusjonane skal innehalde med omsyn til kvalitet og bemanning, kva reglar som gjeld for oppfølging av pasientar og kva ansvar institusjonane har knytt til å samarbeide med tilvisarar og vurderingseiningar. Avtalane regulerer også oppfølging og dialog mellom Helse Vest RHF og institusjonane, samt finansieringsmodell for dei innkjøpte tenestene, krav til belegg innanfor tenestetilbodet, og rutinar for utbetaling og ev. reduksjon i overføringar som følgje av manglande oppfyllelse av krav/pålegg spesifisert i avtalen.

Regional plan for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) 2015 – 2019

Helse Vest RHF har sidan 2006 hatt ei regional plan for TSB, med eit overordna mål om å sikre eit betre og meir heilskapleg behandlingstilbod til personar med avhengigheit eller problem med rusmiddel. I den oppdaterte planen for TSB for 2015-2019, er det definert fem overordna strategiar det er viktig å følgje opp i TSB-institusjonar for å klare å utvikle tenestetilbodet på ein best mogleg måte.

Den første overordna strategien i regional plan for TSB er knytt til brukarmedverknad, og forbetningspotensial innanfor dette. Det går fram at «brukarmedverknad og meistringsperspektivet må ligge til grunn i møte med rusmiddelavhengige». Av konkrete tilrådingar, vert det peikt på brukarstyrte tilbod og individuell plan som to aktuelle tiltak for å auke den individuelle brukarmedverkinga.

Den andre overordna strategien i regional plan dreier seg om at tidleg hjelp må vektleggast, og det blir vist til at TSB-institusjonane i samarbeid med kommunale instansar og dei regionale kompetansesentra må arbeide med å utforske nye arenaar for å nå dei yngste personane i pasientgruppa.

Differensiering av tenestetilbodet og bredde i tenestene som er tilpassa ulike behov i pasientgruppa er trekt fram som ein tredje overordna strategi. Ifølgje den regionale planen bør det leggjast til rette for fleire akutttilbod med rask tilgang på hjelp, samtidig som DPS bør nyttast som nøkkelstruktur der det blir vurdert som føremålstenleg.

Vidare blir det som ein fjerde overordna strategi peikt på at tenestene må vere fleksible, og at institusjonane må møte personar med rusmiddelproblem på nye arenaar når det er tenleg. Som ein del av dette bør andre ambulante tilbod og dagtilbod nyttast i utvida omfang, samt at det må leggjast meir til rette for re-inntak i aktive behandlingstenester ved fare for tilbakefall, gjennom til dømes brukarstyrte plassar eller brukarstyrt stol.

Den femte og siste overordna strategien i regional plan for TSB 2015-2019 er at tenestetilbodet må vere heilskapleg og støtta med nødvendig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetenesta og andre viktige partar gjennom forløpet. I dette ligg mellom anna at fordeling av ansvar og oppgåver mellom kommune og spesialisthelseteneste vil variere, og at dette må tilpassast lokale forhold. Vidare bør institusjonane samarbeide med pasienten og avklare oppfølging etter tilvising mens pasienten ventar på tilbod. Avslutningsvis blir det peikt på at planar for oppfølging og kva pasienten skal gjere ved kriser, skal gå klart fram av til dømes individuell plan eller ein krise-/meistringsplan.

Metode

Internrevisjonen har gjennomført dokumentanalyse av delegasjonsreglement og stillingsbeskrivingar innan dei ulike TSB-institusjonane, kvalitetshandbøker/skilddring av system for kvalitetsarbeid (internkontrollsystem og prosedyreverk), dokumentasjon knytt til korleis institusjonane registrerer og følgjer opp pasientforløp, rapportar frå gjennomførte risikovurderingar, årsrapportar/møtereferat frå kvalitetsutval og pasientsikkerheitsutval og evalueringar av internkontroll og kvalitetsarbeid i institusjonane.

Vidare er det gjennomført intervju med tilsette ved alle dei åtte private TSB-institusjonane Helse Vest RHF har avtale med. Ved institusjonane har personar med følgjande funksjonar blitt intervjuar:

- Leiar for institusjonen
- Representant for spesialistane (psykologspesialist/psykiater)
- Tilsett(e) med koordineringsansvar for kvalitetsarbeid
- Tilsett(e) som arbeider med å koordinere og planlegge belegg/ressursutnytting

I tillegg er det gjennomført intervju med representant for ein av dei største brukarorganisasjonane, samt med representantar frå fagavdelinga og eigeravdelinga i Helse Vest RHF. Totalt er det gjennomført 27 intervju med 42 personar.

Internrevisjonen har også utført ein journalgjennomgang av tilfeldig utvalde pasientjournalar ved alle dei private TSB-institusjonane. I journalgjennomgangen har det blitt gjort stikkprøver knytt til kva type behandling som har blitt gitt, tidsforløp før oppstart av behandling, samt av i kva grad det er utarbeidd behandlingsplan og individuell plan for den enkelte pasient. Totalt er det gått gjennom 80 journalar, ti frå kvar av dei åtte TSB-institusjonane.

