



Konsernrevisjonen Rapport 15/2017

Revisjon av TSB Stiftelsen Fossumkollektivet

Avbrudd og utskrivning til kommune

Revisjonsperiode: September - desember 2017

Konsernrevisjonen, 13. desember 2017



Introduksjon

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

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

Revisjonen er gjennomført hos den private institusjonen FK, som har avtale med Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) om leveranse av TSB.

To problemstillinger er blitt belyst i revisjonen:

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

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet september - desember 2017.



INNHOOLD

1. Konklusjoner og anbefalinger _____ 4

1.1 Konklusjoner

1.2 Anbefalinger

2. Kontekst _____ 6

2.1 Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

2.2 Avbrudd og utskrivning til kommune

2.3 Fossumkollektivet

3. Tilnærming _____ 9

3.1 Metodisk tilnærming

3.2 Omfang og avgrensning

3.3 Revisjonskriterier

4. Observasjoner og vurderinger _____ 11

4.1 Observasjoner av etablert internkontroll

4.2 Oppsummering fra journalgjennomgangen

4.3 Vurdering av internkontroll

Vedlegg _____ 19

Journalgjennomgang

Informasjonsgrunnlag

Gjennomførte samtaler



1. Konklusjoner og anbefalinger



1.1 Fossumkollektivet bør styrke arbeidet med avbrudd og utskrivning

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

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

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

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

Vurderingen begrunnes med følgende:

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

Ikke tilstrekkelig strukturert samhandling med kommunene

«Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» er ikke innarbeidet. Kravene til systematisk samhandling med kommunene er dermed ikke etterlevd. Fordelingen av ansvar og oppgaver knyttet til samhandling med kommunen vurderes som utydelig. Dette kan medføre at aktørene som skal gi pasientene forsvarlig oppfølging etter endt behandling ikke har tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å planlegge og gjennomføre oppfølgingen.

Svakheter ved bruk av planer og forebygging av avbrudd

Behandlingsplan, individuell plan og kriseplan var i liten grad utarbeidet, og ansvarsforhold knyttet til å planlegge og å styre pasientforløpene vurderes som uklare. Risiko for behandlingsavbrudd var ikke systematisk kartlagt for den enkelte pasient. Det er ikke etablert føringer for håndtering av avbrudd og praktisering av tilbakehold etter HOL § 10.4. Dette kan gi risiko for at pasientforløpene ikke tilpasses og styres tilstrekkelig ut fra enkeltpasientens behov. Det kan også medføre at forebyggingen av avbrudd ikke blir optimal.

Mangelfullt grunnlag for å etablere og evaluere tiltak

Det er ikke etablert oversikt over risiko for at det oppstår svikt eller mangel på etterlevelse av krav og føringer i arbeidet med avbrudd og utskrivning. Avvikssystemet benyttes ikke aktivt. Oppfølgingen av praksis er ikke tilstrekkelig systematisk. Dette kan medføre at grunnlaget for å vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å sikre god praksis blir mangelfullt.



1.2 Anbefalinger

Konsernrevisjonens vurdering er at hovedfokuset i forbedringsarbeidet etter revisjonen bør være å styrke internkontrollen. FK er allerede i gang med dette, og følgende anbefalinger kan være et bidrag i arbeidet:

- Tydeliggjøre fordeling av ansvar og oppgaver knyttet til samhandling med kommunen, plan- og målarbeid og inntakssamtaler. Dette for å sikre at:
 - Aktivitetene gjennomføres til rett tid av personell med riktig kompetanse.
 - Den tverrfaglige kompetansen utnyttes optimalt.
 - Arbeidet med behandlingsplan, kriseplan og IP, samt å fastsette og følge opp mål og tiltak gjennom pasientforløpene systematiseres.
- Innarbeide krav fra «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» i rutinene for å sikre systematikk i samhandlingen med kommunene om planlagte utskrivninger.
- Forsterke arbeidet med å sikre god journalføring slik at følgende forhold fremgår tydelig av journalene:
 - Relevante endringer i pasientens funksjon og eventuell oppfølging av dette.
 - Legens/psykologens bidrag i behandlingen.
 - Vurdering av selvmords- og avbruddsrisiko, samt hvordan denne eventuelt følges opp ved behov.
- Etablere oversikt over risiko for at det oppstår svikt og mangler i prosessene med avbrudd og utskrivning for å kunne vurdere om de riktige tiltakene er iverksatt. For eksempel ved å:
 - Ta avvikssystemet aktivt i bruk for å få oversikt over oppståtte avvik fra etablerte prosedyrer.
 - Gjøre en vurdering av hvor i prosessene det er størst risiko for at svikt og mangler oppstår.
- Etablere føringer for håndtering av avbrudd og praktisering av tilbakehold etter HOL § 10.4. Dette for å sikre at de ønskede aktivitetene ved avbrudd gjennomføres av rett personell til rett tid og at det fremgår tydelig av journal hvilke vurderinger og tiltak som gjøres når det oppstår avbrudd.
- Plassere ansvar for å sikre oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere og å følge med på endringer i dette, samt vurdere hva som er relevant å implementere i organisasjonen.
- Systematisere fagavdelingens og avdelingsledernes oppfølging av praksis. Med dette menes å definere hvilken styringsinformasjon som skal overvåkes av hvem, og hvordan ansvar for å vurdere og iverksette korrigerende tiltak er fordelt.

2. Kontekst

2.1 Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

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

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

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

2.2 Avbrudd og utskrivning til kommune

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

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

2.2.1 Avbrudd

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

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

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

2.2.2 Utskrivning

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



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

2.3 Fossumkollektivet

FK er en ideell stiftelse som har løpende avtale med HSØ RHF og Helse Nord RHF om leveranse av døgnbehandlingstilbud innen TSB til pasienter i alderen 15 til 25/30 år. I tillegg leverer FK barnevernstjenester til Bufetat. FK har hovedkontor på Spydeberg og har om lag 130 årsverk. Det er totalt ca. 90 behandlingsplasser fordelt på ni avdelinger i fire fylker; Nordland, Akershus, Østfold og Hedmark.

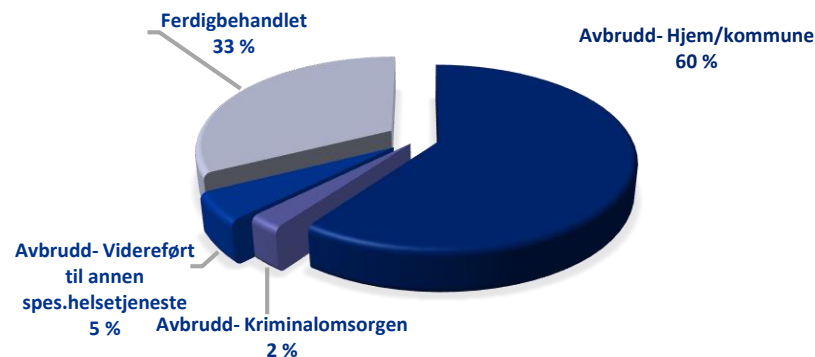
Alle avdelingene har lege/psykiater og psykolog tilknyttet. I tillegg har de ansatte med ulik fagbakgrunn som sykepleier, vernepleier og fagarbeider. FK opplyser om at avdelingene i Hedmark var uten psykolog i en periode, men har nylig besatt 1,6 psykologstillinger som skal sørge for tjenester for avdelingene.

Med unntak av lege/psykiater og psykolog, jobber ansatte i avdelingene som medlevere med ukentlige vaktskifter. FK beskriver at medleverskapet er en del av metodikken og gir stabilitet, kontinuitet, samt bidrar til relasjonsbygging gjennom hele behandlingsforløpet.

Behandlingen er faseinndelt fra 0-5, der fasene benevnes henholdsvis kartlegging, erkjennelse, bearbeiding, oppgjør, utprøving og frigjøring.

Ifølge FK inkluderer behandlingen familiearbeid, økonomistyring, skole, kriminalitetsforebyggende arbeid og miljøterapi/ADL-trening.

I tidsrommet 1.1.17 – 12.10.17 ble 13 av 40 pasienter utskrevet som ferdigbehandlet. 27 pasienter avsluttet behandlingen som avbrudd, hvorav én pasient ble tilbakeført til soning i fengsel og to pasienter ble henvist videre til annet tilbud i spesialisthelsetjenesten, se figur 1.



Figur 1: Fordeling av avsluttede pasienter i FK 1.1.17 – 12.10.17.



2.3.1 Pågående arbeid i FK

FK har vokst som organisasjon og har stor geografisk spredning på avdelingene. Dette har gitt utfordringer med å dele informasjon og sørge for lik praksis på tvers av avdelingene.

FK skal innføre et nytt kvalitetssystem som skal ivareta kravene til internkontroll i helse og omsorgstjenestene. Mål for arbeidet er blant annet å sikre like rutiner og prosedyrer, forenkle planverktøy, rydde i maler og sikre enhetlig og tydelig journalføring. FK opplyser at det benyttes avviksmeldinger og ROS-vurderinger for å sikre at det etableres gode praksisbeskrivelser og retningslinjer for kritiske punkter.

Det nye kvalitetssystemet skal være en kommunikasjonskanal og et ledelsesverktøy, der avvikssystemet også skal være integrert. Tre avdelinger har tatt i bruk det nye systemet og innføringen er planlagt fullført i løpet av 2018. FK opplyser at det mottas flere avviksmeldinger fra de avdelingene som har tatt i bruk nytt system, noe som tolkes positivt.

3. Tilnærming



3.1 Metodisk tilnærming

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

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

3.2 Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet følgende områder:

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

Revisjonen har ikke omfattet følgende:

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

3.3 Revisjonskriterier

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

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

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

3.3.1 Intern styring og kontroll

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

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

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

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



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

Ansvar og myndighet for sentrale oppgaver

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

Kompetanse

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

Vurderinger av risiko

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

Tiltak for å sikre god praksis

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

Oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere

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

Styringsinformasjon

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

Oppfølging

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

4. Observasjoner og vurderinger



4.1 Observasjoner av etablert internkontroll

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

4.1.1 Ansvar og myndighet for sentrale oppgaver

FK har definert ansvar og myndighet både på overordnet nivå og på behandlernivå i prosedyrer og stillingsbeskrivelser.

Faglig leder har fått delegert ansvar for internkontroll, lover, forskrifter og rutiner. Han skal videre følge opp pålagt dokumentasjon, journalføring, samt intern og ekstern rapportering. Fagavdelingen skal bistå og veilede avdelinger, særlig når det kreves ekstraordinær innsats.

Hver pasient skal få utnevnt to medlevere som hovedkontakter, samt én koordinator. Ansvar og oppgaver knyttet til samhandling med kommune og andre instanser er noe overlappende beskrevet mellom faglig leder, avdelingsleder, hovedkontakter, koordinator og medlevere generelt.

Medlevere har fått tildelt et stort ansvar knyttet til å planlegge og evaluere behandlingen:

- Kartlegge og prøve å forstå hva som er den enkeltes problem, samt legge en strategi for behandlingen med klare mål.
- Dokumentere innsatsen/tiltakene og jevnlig evaluere hvordan pasienten responderer på behandlingen.

Avdelingsleder, koordinator og hovedkontakt har også ansvar knyttet til dette:

- Avdelingsleder har ansvar for individuelle behandlingsplaner.
- Koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan. Videre sørge for nødvendig oppfølging av pasient.

- Hovedkontakt har ansvar for gjennomføring av den daglige behandlingen i henhold til etablerte planer og FKs retningslinjer.
- Ansvar knyttet til arbeidet med IP er lagt til hovedkontakt eller koordinator.

Psykolog og lege har i mindre grad fått ansvar for den overordnede styringen av pasientforløpet:

- Psykolog skal gjennomføre kartlegging, utredninger og individualterapi, samt bistå ved inntaksvurdering. Videre bidra i utarbeidelsen av epikrise og avslutningsrapport, samt kvalitetssikre rapporter.
- Lege har ansvar for diagnostisk utredning og behandling, deltakelse på ukentlige behandlingsmøter ved avdelingene og kvalitetssikring av rapporter.

Koordinator er tildelt et særlig ansvar for å sikre gode avslutninger av behandlingen og å involvere inntaksansvarlige og fagavdelingen hvis det er fare for avbrudd i behandlingen. Ut over dette er roller og oppgaver knyttet til å forebygge og håndtere avbrudd i liten grad formalisert.

Epikrise skrives av kontaktperson/nestleder på avdeling. Lege/psykolog legger inn medisinsk-/psykologfaglige sammenfatninger og kontrasierer epikrisen.

4.1.2 Kompetanse

FK har obligatorisk opplæring av nyansatte og har oversikt over medarbeidernes kompetanse. Det er ikke utarbeidet egen opplæring knyttet til avbrudd/utskrivning. Den enkelte avdeling skal sørge for at de ansatte blir kjent med sine oppgaver knyttet til dette.



Faglig leder har ansvar for at det er et program for opplæring for nyansatte og faglig oppdatering av ansatte. Avdelings- /enhetsledere har ansvar for at kompetanseutvikling av medarbeidere skjer i henhold til kompetanseplan og eksterne kurs.

FK har etablert følgende struktur for kompetanseutvikling:

- Oversikt over grunnutdanning og spesialitet til de ansatte.
- Årshjul for 2017 der opplæring og kurs fremgår.
- Kurs for nyansatte over tre dager som inkluderer lover/forskrifter og internkontroll.
- Temarekkekurs over tre dager med faglig innhold.
- Fagdager/fagmøter med ulike tema.

Enkelte ansatte trekker frem rutiner knyttet til avbrudd/ utskrivning og krav til dokumentasjon i journal som områder der opplæring bør styrkes.

4.1.3 Vurderinger av risiko

FK har ikke etablert oversikt over risiko for svikt eller mangler knyttet til avbrudd/utskrivning. Det fremkommer i intervjuer at det vurderes å være risiko knyttet til følgende forhold:

- Høyt fravær blant ansatte kan føre til feil.
- Journalføring kan være mangelfull.
- At kartlegging av pasientenes økonomi og boligsituasjon ikke gjennomføres.
- Kriseplan etableres ikke alltid tidlig i forløpet.
- Det kan forekomme at vurdering ved lege/psykolog ikke gjennomføres.
- Man kan glemme å utlevere overdosekort, eller gi det til pasient som ikke skulle hatt det.

- Det kan være krevende å implementere endringer i praksis, for eksempel økte krav til dokumentasjon.

Avvikssystemet er ment som en kilde til identifisering av risiko, men er lite brukt. Det er ikke meldt avvik som er relevante for revisjonstemaet i 2017. FK jobber med å innføre et nytt avvikssystem.

4.1.4 Tiltak for å sikre god praksis

FK har utviklet flere prosedyrer og tiltak som kan bidra til å sikre god håndtering av avbrudd og utskrivning. «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» er ikke innarbeidet i disse. Medleverskapet oppgis som et viktig verktøy for å forebygge avbrudd.

FK har etablert tiltak som skal bidra til å sikre god praksis:

- Samarbeidsavtale om behandling mellom ungdom/pasient, Stiftelsen FK og den ansvarlige tjenesten i kommunen/NAV.
- Kontrakt ved oppstart behandling mellom FK og pasient.
- Samtykkeerklæringer, som:
 - Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 10-4.)
 - Familiens deltakelse i behandlingsopplegg ved FK.
- Prosedyrer/rutiner:
 - Individuell plan
 - Forhindre overdose etter utskrivning fra døgnbehandling for pasienter med bruk av GHB og/eller opioider.
 - Forebygge og håndtere utilsiktede flyttinger.



- Maler:
 - Behandlingsplan
 - Epikrise
 - Kriseplan
 - Individuell plan
 - Inntakssamtaler ved henholdsvis psykolog/lege og medlever/avdelingsleder. Disse er overlappende i innhold, for eksempel angående selvmordsrisikovurdering.

FK har en sjekklister hvor man kvitterer ut aktiviteter i behandlingsforløpet. Sjekklisten har et tillegg der det fremkommer føringer for forløpet, blant annet koordinator og IP. Dette beskrives også i prosedyre for IP, men det er ikke samsvar mellom de to dokumentene.

Avdelingene har etter behov etablert egne tiltak for å sikre kontinuitet, planlegging og oversikt, som:

- Overlappingsnotater fra team til team i perm/bok.
- Tavle med oversikt over sentrale opplysninger for pasienten som brukes i behandlingsmøte.

Det er ikke utarbeidet prosedyrer/rutiner for håndteringen av avbrudd (finnes for barnevern) eller skjerming og tilbakehold av pasient.

4.1.5 Oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere

FK innhenter informasjon om relevante krav og føringer, og gjennomfører flere aktiviteter for å gjøre dette kjent i virksomheten.

Faglig leder har ansvar for oversikt over lover og forskrifter. Utover dette er ansvaret for å sikre oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere ikke klart formalisert.

FK har flere kilder til informasjon. Det abonneres på nyhetslink fra Lovdata og Helsedirektoratet. Videre mottas informasjon fra HSØ RHF og Helse Nord RHF.

FK distribuerer informasjon i virksomheten på fagdager og internseminarer. Nyhetsbrev og e-post sendes ut til de ansatte. Avdelingsledere deltar i månedlige møter og bringer informasjon videre til avdelingene sine.

Ansatte oppgir at rutiner i kvalitetssystemet kan oppleves som lite tilgjengelig. Det jobbes med å innføre et nytt kvalitetssystem.

4.1.6 Styringsinformasjon

Det er etablert kilder til informasjon om praksisutøvelsen. Informasjonen gjøres ikke systematisk tilgjengelig for ledere med oppfølgingsansvar.

Fagavdeling tar stikkprøver i journal på praksis innenfor utvalgte områder, for eksempel IP og epikrise. Dette gjøres ikke systematisk, men ut i fra behov.

Det er utviklet guide for hvordan man tar ut rapporter fra «Rusdata» for ledere. Det er ikke gitt føringer for hvilke rapporter som skal tas ut når.

Avviksmeldinger er tenkt som informasjonskilde, men er lite benyttet. Det planlegges for å øke fokus på avviksmeldinger/ forbedringsmeldinger ved innføring av nytt kvalitetssystem.

Det gjennomføres en årlig brukerundersøkelse.



4.1.7 Oppfølging

Det er hovedsakelig avdelingslederens ansvar å følge opp praksis i egen enhet. Avdelingsleder/nestledere skal:

- Påse at nødvendige data/dokumenter vedrørende pasientene finnes og at «Rusdata» til enhver tid er oppdatert.
- Utføre nødvendig oppfølging og kontroll.

Det er ikke gitt føringer for hvordan avdelingsleder/nestledere skal gjøre dette i praksis utover at det er utarbeidet guide for hvordan de kan ta ut rapporter fra «Rusdata», samt at sjekklister for dokumentasjon skal benyttes.

Fagavdelingen opplyser at de følger praksisutøvelsen gjennom deltakelse på behandlingsmøter, rapportering i «Rusdata», stikkprøver og avviksrapportering /rapportering av uønskede hendelser. Ved behov skal fagavdelingen gi tilbakemelding, for eksempel i fagmøter/ledermøter. De kan også iverksette tiltak for å bedre praksis. Fagavdelingens oppfølgingsansvar er ikke formalisert skriftlig.

Psykolog og lege/psykiater skal bistå administrasjonen ved undersøkelser og resultater knyttet til praksis i stiftelsen.

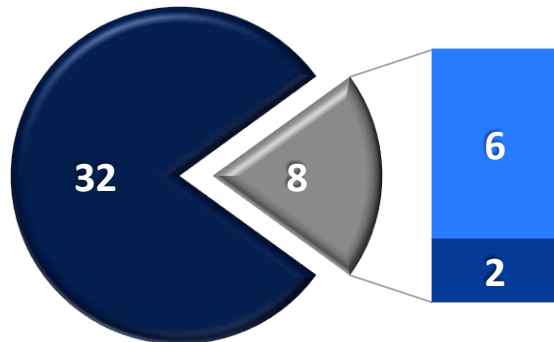


4.2 Oppsummering fra journalgjennomgangen

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

Journalen til 8 av 40 pasienter utskrevet fra FK i 2017 ble gjennomgått:

- Seks av pasientene avbrøt behandlingen, og disse ble overført til kommune.
- To av pasientene gjennomførte behandlingen som planlagt.



■ Ikke testet ■ Avbrudd - Hjem/Kommune ■ Ferdigbehandlet

Figur 2: Beskrivelse av utvalget for testingen.

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

Uoversiktlig journal

Medlevere journalførte hyppig observasjoner av pasientenes atferd, og tidligere observasjoner ble ofte gjentatt. Iverksatte tiltak og effektene av disse var i liten grad beskrevet.

Mye gjentakende informasjon i journal, samt at det ikke systematisk journalføres hvilke tiltak som igangsettes og hvilken effekt disse har, kan gjøre det krevende å skille viktig informasjon fra mindre viktig informasjon i journalen. Dette kan gjøre det utfordrende å ha oversikt over lange behandlingsforløp, og å finne vesentlig informasjon om pasienten ved sammenstilling av epikriser.

Behandlingsplan, avbruddsrisikovurdering og kriseplan var i liten grad benyttet

Behandlingsplan og kriseplan var i liten grad utarbeidet, og risiko for behandlingsavbrudd var ikke systematisk kartlagt. Dette kan gi risiko for at pasientforløpene ikke tilpasses og styres tilstrekkelig ut fra enkeltpasientens behov. Det kan også medføre at forebyggingen av avbrudd ikke blir optimal.

Ikke tilstrekkelig tilrettelagt for samhandling med kommune

Det fremkom ikke at «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» var etterlevd. Det fremkom i varierende grad dokumentasjon på samhandling med kommune. Manglende systematikk i samarbeidet med kommunene underveis i forløpet kan gi risiko for at kommunene ikke er tilstrekkelig forberedt på å ivareta pasienten etter utskrivning.



Bruk av tilbakehold etter § 10-4

Ved innkomst samtykket samtlige pasienter til tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 10-4.). Når avbrudd oppstod var det ikke journalført hvordan samtykket ble benyttet. Konsekvensen av dette er at det ikke fremkommer av journal hvordan tilbakehold blir praktisert ved oppståtte avbrudd.

Variierende praksis for vurdering av selvmordsrisiko

Det var i varierende grad gjort kartlegging og vurdering av risiko for selvmord. Dette kan medføre at potensiell selvmordsrisiko ikke fanges opp og håndteres.

Pasient ble ikke utskrevet ved overføring til kommunalt tiltak

I ett enkeltstående tilfelle hadde pasienten status «under behandling ved FK» i to og en halv uke etter at pasienten var overført til kommunalt tiltak. Dette kan medføre at det er uklart hvem som er ansvarlig for pasientens helsehjelp.

Manglende involvering av lege/psykolog

I to av forløpene fremkom det ikke av journal at lege/psykolog hadde vært involvert i behandlingen. Dette gjaldt avdeling Solvold i en periode hvor avdelingen ikke hadde psykolog tilknyttet. Manglende notater fra lege og psykolog var trolig årsak til at det ikke fremkom hvorvidt viktig informasjon fra henviser ble ivaretatt i disse forløpene, og at epikrisene ble mangelfulle.

Se vedlegg 1 for utfyllende beskrivelse av journalgjennomgangen.





4.3 Vurdering av internkontroll

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

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

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

4.3.1 Feil og mangler kan skyldes svakheter i internkontrollen

Manglende etterlevelse av krav og føringer skyldes vanligvis at den etablerte internkontrollen har svakheter eller at interne rutiner ikke følges av de som utfører oppgavene. Avdelingene i FK er geografisk spredt. Dette kan gjøre etablering av felles praksis utfordrende. Mange av de ansatte jobber både med barnevernstjenester og TSB. Det er da viktig at de er trygge på hvilke krav og føringer som gjelder for de ulike tjenestene. Dette er faktorer som øker kravene til internkontrollen i FK. Det er konsernrevisjonens vurdering at det er enkelte svakheter i internkontrollen, både ved utformingen og etterlevelsen.

Ansvar og oppgaver mangelfullt beskrevet

Fordelingen av ansvar og oppgaver knyttet til samhandling med kommunen og andre aktører er noe overlappende beskrevet. Videre fremstår det som lege og psykolog i liten grad skal involveres i overordnet styring av pasientens forløp.

Basert på stillingsbeskrivelsene kan det se ut til at medlevere har hovedansvar for å legge en strategi for behandlingen med klare mål. Dette kan være en årsak til at det ikke klart fremgår av journal hvordan mål og tiltak besluttes, og hvordan behandlingsopplegget evalueres og justeres underveis, samt at det i ulik grad fremkommer hvordan det samhandles med kommunen.

Ikke tilstrekkelig oversikt over risiko for svikt og manglende etterlevelse

Det er ikke gjennomført vurderinger av risiko i behandlingsforløpet og det meldes ikke avvik knyttet til avbrudd og utskrivning. Dette kan medføre at grunnlaget for å vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å sikre god praksis kan være mangelfullt. Det fremkom at ansatte er bevisste på at det er risiko knyttet til for eksempel at journalføring er mangelfull, eller at vurdering av psykolog ikke gjennomføres. Test av journaler bekreftet at dette forekommer.

Utforming og etterlevelse av enkelte tiltak kan forbedres

FK har utviklet prosedyrer og tiltak som kan bidra til å sikre god håndtering av avbrudd og utskrivning. Blant annet er det utarbeidet en god mal for epikriser og det benyttes en sjekklister for å sikre at viktige aktiviteter utføres. Samtidig vurderes det å være noen mangler, både ved utformingen og etterlevelsen av tiltakene:

- «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» er ikke innarbeidet. Kravene er dermed ikke kjent blant de ansatte, og det er heller ikke tilrettelagt for de skal etterleves. Test av journaler bekrefter at dette er tilfelle.
- Føringer for IP og koordinator fremkommer i flere dokumenter. Det er ikke samsvar mellom dokumentene. Dette kan medføre uønsket variasjon, noe som også fremkom ved testing.



- Malene for inntakssamtaler ved henholdsvis lege/psykolog og avdelingsleder/hovedkontakt er noe overlappende i innhold og benyttes i liten grad. Dette kan gi risiko for at viktige elementer ikke kartlegges godt nok ved oppstart av behandlingen, noe som ble bekreftet i journalgjennomgangen.
- Det er ikke etablert føringer for håndtering av avbrudd og praktisering av tilbakehold etter HOL § 10.4. Det kan da være risiko for at de rette handlingene ikke gjøres til rett tid ved avbrudd. Det fremkom i revisjonen at journalføring knyttet til dette var varierende.
- Medlevere sørger for å journalføre sine observasjoner, men det sikres ikke at ny og viktig informasjon skiller fra gjentakelse av tidligere observasjoner. Det sikres ikke tilstrekkelig bruk av maler og etterlevelse av prosedyrer for journalføring. Dette kan ha vært årsak til at kvaliteten på journalføringen var varierende i utvalget som ble testet.

Relevante føringer ikke tilstrekkelig implementert

FK har struktur på kompetanseutviklingen, men enkelte ansatte savner opplæring knyttet til rutiner for avbrudd/utskrivning og journalføring. Ansvar for å sikre oversikt over relevant krav og føringer er ikke formalisert. Revisjonen viste at relevante overordnede føringer som «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» og forskriftskrav om koordinator i spesialisthelsetjenesten ikke implementert.

Bruk av styringsinformasjon og oppfølging ikke tilstrekkelig systematisert

Avdelingsledere har ansvar for å sikre god praksis i egne enheter. Det er imidlertid ikke definert hvordan det er forventet at de skal sikre dette, for eksempel hvilken styringsinformasjon de skal følge med på til hvilken tid. Det er heller ikke formalisert hvilket oppfølgingsansvar som ligger til fagavdelingen. Konsekvensen av dette kan være at FK ikke har tilstrekkelig sikkerhet for at praksis er i tråd med krav og føringer og at det ikke er godt nok grunnlag for å vurdere korrigerende tiltak.



Vedlegg 1 - Journalgjennomgang

Gjennomføring

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

Populasjonen var 40 pasienter som var utskrevet fra FK i 2017. Utvalget var 8 journaler fra avdelingene Primæren, Solvold, Nedre Damvei og Rud.

- Seks av pasientene avbrøt behandlingen og ble overført til kommune.
- To av pasientene gjennomførte behandlingen som planlagt og ble utskrevet til kommunen.

Resultater

Resultatet av journalgjennomgangen fremkommer i tabellene på de neste sidene.

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

Forklaringer til tabellene:

	I hovedsak etterlevd
	Delvis etterlevd
	Ikke etterlevd
	Ikke mulig å vurdere

Kilde til undersøkelsesmål:

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

Inntak/oppstart

Tabell 1 Inntak/oppstart

Kilde	Undersøkt		Vurdering
1	Det skal ved innleggelse gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra døgnoppholdet.		Det fremgikk ikke av journal at det gjennomføres en slik vurdering.
1	Kommunen skal varsles om eventuelle behov så snart det lar seg gjøre.		Det ble ikke sendt eget varsel om dette. For to pasienter var det gjennomført ansvarsgruppemøte. Det fremgikk ikke om kommunene ble informert om eventuelt behov i møtene. I 5 av 8 tilfeller var kontrakten mellom ungdommen, FK og kommunen signert, der kommunen forpliktet seg til å ha en aktiv rolle i oppfølgingen av ungdommen.
2, 4	Rusmiddelbrukens omfang og funksjon kartlegges ved inntak og danner grunnlag for videre utredning.		I 4 av 8 tilfeller var rusmiddelbrukens omfang kartlagt ved inntak. Det fremgikk ikke tydelig om kartleggingen danner grunnlag for videre utredning.
2, 4	Risiko for behandlingsavbrudd og tiltak for å forebygge kartlegges.		Det var i liten grad gjort systematisk kartlegging av dette. For noen pasienter var det journalført at slik risiko var fanget opp i forløpet. Det fremkom i varierende grad hvilke tiltak som da ble igangsatt.
4	Personer som bruker GHB og/eller opioider, gis informasjon om overdosefare ved tilbakefall/utskrivelse - innen 14 dager etter inntak i behandling.		Det fremgikk ikke av journal at slik informasjon var gitt.
2, 4	Alle pasienter skal kartlegges for selvmordsrisiko. Det skal gjøres en selvmordsrisikovurdering ved inntakssamtale og ved avslutning behandlingsforløpet.		I 4 av 8 tilfeller var psykisk helse og selvmordsrisiko kartlagt ved innleggelse. Det var i tillegg gjennomført selvmordsrisikovurdering av én pasient ved inntak og to pasienter ved utskrivning. For de øvrige fremgikk det ikke vurdering av om det var forhøyet selvmordsrisiko.
3,4	Det opprettes kontaktlege/kontaktpsykolog.		4 av 8 pasienter fikk utnevnt behandlende lege som i praksis tilsvarte kontaktlege/kontaktpsykolog.
3, 4	Det utnevnes koordinator.		5 av 8 pasienter fikk utnevnt en journalansvarlig i feltet for dette i «Rusdata». I FKs prosedyrer tilsvare dette koordinator.
3, 4	Det vurderes behov for IP. Kommunen varsles så snart det avdekkes behov for IP som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det medvirkes i arbeidet med IP.		Det fremkom i liten grad av journal om behovet for IP var vurdert. For tre av pasientene var det opprettet IP. I en journal var det beskrevet at man ikke klarte å utarbeide en IP før pasienten avbrøt behandlingen. Det fremkom ikke hvem utarbeidede IP-er var sendt til, eller hvordan de ble benyttet.

Behandling

Tabell 2 Behandling

Kilde	Undersøkt	Vurdering
2, 4	Behandlingsplan utarbeides.	Behandlingsplan var utarbeidet i mal for dette for én pasient og på håndskrevet lapp for to pasienter. I to tilfeller fremkom det ikke av journal at FK hadde hensyntatt viktig informasjon fra henviser (eks språkferdigheter, ønske om utredning av alvorlig psykisk helse) og det fremkom ikke vurdering ved lege eller psykolog, verken under oppholdet eller i epikrisen. De to oppholdene var på avd. Solvold i en periode avdelingen ikke hadde psykolog tilknyttet.
4	Kriseplan utarbeides innen to uker etter innleggelse.	Det var utarbeidet kriseplan for to av åtte pasienter. De var ikke opprettet innenfor den interne fristen på to uker.
2	Det vurderes å endre behandlingsplanen og tiltak ved fare for brudd i behandlingsforløpet.	Det var ikke utarbeidet et tilstrekkelig antall behandlingsplaner for å kunne vurdere dette.
2	Dersom pasienten vurderer at behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig, gis det anledning til å bytte behandler.	Det fremgikk ikke at dette hadde vært tema i forløpene, og det ble derfor ikke vurdert.
2	Det gjennomføres systematisk og kontinuerlig tilbakemelding/evaluering av behandlingen fra pasient.	Det fremkom fortløpende i journal medleveres observasjoner av pasientens fungering i behandlingen. Flere av pasientene hadde hyppige notater fra psykologsamtaler der pasienten opplevelse var gjengitt. Det var ikke gjennomført direkte evaluering av behandlingen fra pasient.
1	For pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskriving, skal institusjonen ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging.	Det ble gjennomført ansvarsgruppemøte for to pasienter. Det var ikke dokumentert konklusjoner fra møtene.
1	For pasienter med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten skal det før pasienten er utskrivningsklar etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.	Ikke vurdert. Det fremkom ikke at dette hadde vært tema for noen av pasientene som ble planmessig utskrevet.

Utskrivning

Tabell 3 Utskrivning

Kilde	Undersøkt	Vurdering	
4	Ved avbrudd i behandlingen varsles relevante personer og instanser.		Pasientens pårørende ble varslet raskt ved avbrudd, også fengsel/politi der det er aktuelt. I to tilfeller var det ikke journalført om noen ble kontaktet noen ved avbruddet. Fastlege ble varslet i liten grad.
4	Ved utskrivelse gjennomføres det samtale med pasienten med fokus på overdosefaren i tråd med informasjonsveileder. Pasienten får i denne samtalen utlevert overdosekortet.		Det var ikke dokumentert at slike samtaler var gjennomført eller at overdosekortet ble utlevert.
4	Ved avbrudd vurderes tilbakehold i institusjon etter HOL § 10.4 for pasienter som har samtykket til dette.		Samtlige pasienter signerte på «Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke». Det fremkom ikke fra journalene om det var gjort vurdering av, og forsøk på, tilbakehold etter HOL § 10.4 ved behandlingsavbruddene.
1	Før utskrivning skal lege eller psykolog ha dokumentert at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og være dokumentert i pasientjournalen.		Det var ikke dokumentert slik vurdering på de to pasientene som ble utskrevet som ferdigbehandlet. I ett enkeltstående tilfelle hadde pasienten status «under behandling ved FK» to og en halv uke etter at pasienten var overført til kommunalt tiltak.
2	Ved avslutning av behandling uten pasientens medvirkning eller enighet skal pasienten informeres om mulighet for å klage og tilbys bistand til å påklage avgjørelsen.		Ikke vurdert da det ikke fremkom at dette var aktuelt for noen av pasientene.
1	Ved utskrivning skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.		Epikrise ble sendt for samtlige pasienter. Seks av åtte var laget i epikrisemalen og det var god struktur i disse epikrisene. I de fleste var det beskrevet observasjoner som støtter diagnosene og hvilke tiltak som anbefales videre. Det var tydelig hva som var pasientens status ved innkommst og utskrivning. De fleste epikrisene ble sendt til fastlege, henviser og kontaktperson i kommunen. I to av epikrisene fremkom det ikke hvem som var hovedmottaker. I tre av epikrisene fremkom det ikke at epikrise var godkjent av lege eller psykolog, og i disse epikrisene var det mangelfullt innhold. I en av epikrisene fremkom det feil i pågående medisinerings. I to av epikrisene manglet vurdering av viktige bestillinger fra henvisende instans.

Vedlegg 2

Tabell 4 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Alle vedlegg for HELSE-plasseringer samlet	Mal Vurdering av selvmordsrisiko
Brukerundersøkelse for helseplasserte okt 2017	Målsetninger Fasesystemet 0 - 5
Endringsplan	Prosedyre Individuell Plan
Referat fagmøte 30.08.17	Psykolog for avd. Gården, Rud, ND, Engskleiva, stillingsbeskrivelse
Kompetanse Stiftelsen Fossumkollektivet	Ref. ledermøte 280617
Lege, stillingsbeskrivelse 2017	ROP-seminar 2016, referat
Mal Behandlingsplan helseplasserte	Rusdata for ledere Kvalitetssikring av data og dokumenter
Mal Epikrise	Rutine forebygging overdose
Mal Individuell plan	Rutine Hindre behandlingsavbrudd Helseplasserte
Mal Inntakssamtale lege/psykolog	Samtykkeerklæring helse tilbakeholdelse & urinprøve
Mal Inntakssamtale	Sjekkliste ved inntak og avslutning helse
Mal Kriseplan	Skrive epikriser
Mal Miljørapport helseplasserte	Stillingsbeskrivelse Administrativ leder 2009
Stillingsbeskrivelse Avdelingsleder april_2017	Stillingsbeskrivelse medlever
Stillingsbeskrivelse Avdelingsleder Inntak 2013	Stillingsbeskrivelse Nestleder 2017
Stillingsbeskrivelse Faglig leder 2016	Årshjul opplæring og kurs

Vedlegg 3

Tabell 5 Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og tittel/rolle
11.10.17	Medlever: Martin Kjeve (Sykepleier) Medlever: Sissel Granvold (Sosionom) Nestleder: May-Britt Wullf (Vernepleier m/vidr.utd i rus/psyk) Avdelingsleder: Monica Johansen (Sosionom) Psykolog: Regine Bakken
12.10.17	Medlever: Tobias Øverli (Sosionom) Medlever: Trude Torp (Barnevernpedagog) Medlever: Tom Roger Olsen (Ufaglært) Medlever: Svein-Erik Lekve Blix (Vernepleier) Avdelingsleder: Liv Johansen (Vernepleier m/vidreutd i rus/psyk) Avdelingsleder: Janne M Ultvedt (Sosionom)
12.10.17	Daglig leder: Mona Spakmo Nestleder fagavdelingen: Ulf Bragvin Inntaksansvarlig: Mariann Renshus Psykolog: Torill Møen Nåmdal Lege: Sabina Fattah

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Om konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

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

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

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

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

Vår visjon

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

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

Om revisjonsprosjektet:

Revisjonsperiode: September – desember 2017

Leverandør: Fossumkollektivet

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst

Revisorer:

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

Rapporten er oversendt til:

- Daglig leder av Fossumkollektivet
- Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF