HELSE MIDT-NORGE

Revisjonsrapport

Brukerperspektiv og brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern

St. Olavs hospital HF

Versjon:	5.0
Dokumentstatus:	Godkjent
Godkjent dato:	08.12.2021

HELSE MIDT-NORGE

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	BESKRIVELSE
1.0	08.11.2021	Frigitt for intern gjennomgåelse av funn
2.0	08.11.2021	Frigitt for fakta-verifikasjon
2.5	17.11.2021	Redaksjonelle endringer, kap. 2 og 3
3.0	26.11.2021	Oppdatert etter faktaverifikasjon
4.1	29.11.2021	Frigitt u.off. for intern behandling og rutinemessig kvalitetssikring før offentlig frigivelse.
5.0	08.12.2021	Rapporten er godkjent og offentlig frigitt.

Forkortelser

BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
EPJ	Elektronisk pasientjournal
Fhrik.	Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
Forlk.	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
Fvl.	Forvaltningsloven
Hfl.	Helseforetaksloven
Hpl.	Helsepersonelloven
KK	Kontrollkommisjonen
PART	Psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam
Pbrl.	Pasient- og brukerrettighetsloven
Phvl.	Psykisk helsevernloven
PID	Personlig ID
Phvf.	Psykisk helsevernforskriften
Pjf.	Pasientjournalforskriften
RBU	Regionalt brukerutvalg
Sphl.	Spesialisthelsetjenesteloven
TUD	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Begrepsforklaringer

Individuell plan: En rettighetsfestet plan som skal bidra til at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Forutsetter samtykke fra tjenestemottakeren. Minimumskrav til innhold er forskriftsfestet (fhrik.)

Behandlingsplan: Pliktfestet plan (pjf.) som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering. Skal utarbeides i samråd med pasient og/eller pårørende med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Bør inngå i individuell plan dersom tjenestemottakeren har det.

Kriseplan: Plan for å forebygge og håndtere risikosituasjoner for pasienten. Skal inngå i behandlingsplan. For pasienter med gjentatte innleggelser bør kriseplanen skrives/oppdateres i en periode hvor pasienten er samtykkekompetent. Det bør fremgå hva pasienten selv ønsker av tiltak når kriser oppstår.

Samtykkekompetanse
Forutsetter at pasienten får nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Handler om pasientens evne til å forstå hva han faktisk sier ja eller nei til.

Samvalg
Formålet med *samvalg* er å komme fram til en behandling som i størst mulig grad tar hensyn til pasientens livssituasjon. Derfor er samvalg en kontinuerlig prosess som innebærer at helsepersonellet fortløpende skal ta hensyn til pasientens helsekompetanse, og dernest legge til rette for god kommunikasjon omkring helsetilstanden, aktuelle behandlingsmetoder og risiko. Poenget med samvalg er todelt i den forstand at pasienten i størst mulig grad kan ta et informert valg, og at helsepersonellet sørger for å tilegne seg kunnskap om hva som er viktig for pasienten når behandlingen planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

DocuLive: Helse Midt-Norges elektroniske pasientjournal fram helseforetakene innfører Helseplattformen.

1. Innhold

Innledning 5
Sammendrag 6
Liste over anbefalinger 7
2. Bakgrunn 8
2.1. Myndighetskrav, strategier og utviklingsplaner 8
2.2. Signaler om risiko for svikt 9
3. Mål, avgrensning og kriterier 12
3.1. Revisjonens formål og målsetning 12
3.2. Avgrensning 12
3.3. Kriterier 12
3.3.1. Rett til medvirkning - Plikt til involvering 12
3.3.2. Plikt til journalføring 13
3.3.3. Individuell plan 13
3.3.4. Journalens innhold 13
3.3.5. Systematikk og ledelse 13
3.3.6. Vedtak om tvang 13
3.3.7. Forsvarlige helsetjenester 14
3.3.8. Eierstyringen 14
4. Vurderinger og anbefalinger 15
4.1. Risikostyring 15
4.2. Ledelsens gjennomgåelse 15
4.3. Ledelsessystem 17
4.4. Dokumentasjon i løpende EPJ 19
4.5. Mangelfulle overføringsvedtak 21
4.6. Mangelfull systemstøtte for vedtaksmaler 22
4.7. Mangelfull dokumentasjon av brukermedvirkning i vedtak 23
4.8. Mangelfull internkontroll og underretning om vedtak 24
4.9. Mangelfull evaluering etter bruk av tvang 24
4.10. Mangler ved 3-månederskontroller 25
4.11. Mangler ved ettårsvurderinger 25
4.12. Kontrollkommisjonens rolle 26
4.13. Individuell plan 26
4.14. Behandlingsplaner 27
4.15. Krisemestringsplan 27
5. Faktaverifikasjon 29
6. Forberedelse og gjennomføring 31
6.1. Revisjonens tidsplan og lokaliteter 31
6.2. Revisjonsaktiviteter 31
6.3. Stikkprøver i pasientjournal 31
6.4. Revisjonens oppdragsgiver 31
6.5. Revisjonslaget og representantene for revidert part 31
6.6. Revisjonens prosedyrer 31
Appendiks A: Gjennomgåelse av dokumenter i ledelsessystemet 32
Appendiks B: Vedtaksmal om Tvungent psykisk helsevern §3-3a 39
Appendiks C: Oversikt over kapittelinndeling i DocuLive 41
7. Referanser 42

Innledning

Brukerperspektiv og brukermedvirkning ble foreslått som internrevisjonstema av regionalt brukerutvalg (RBU) i 2017 og inngikk i Helse Midt-Norges revisjonsprogram for perioden 2019 – 2021 [1]. Revisjonen ble besluttet gjennomført med utgangspunkt i Tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) basert på oppdatert risikovurdering og videre dialog med RBU. Mandat for revisjonsarbeidet ble vedtatt for Revisjonsutvalget i Helse Midt-Norge RHF 28. april 2021. Utvidelse av revisjonsomfanget til å omfatte Helse Midt-Norge RHF ble vedtatt 11. november 2021. Resultatet av utvidelsen er oppsummert i egen rapport [2]

Brukerperspektiv og brukermedvirkning i helsetjenestene foregår enten på systemnivå ved at representanter for brukerne deltar i ulike fora, eller på individuelt nivå i tråd med pasientrettighetene som er nedfelt i pbrl. og øvrige myndighetskrav om bruker-medvirkning. Revisjonsarbeidet er innrettet mot det individuelle nivået.

Nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023 introduserer begrepene *samvalg* og *pasientens helsetjeneste* [3]. *Samvalg* innebærer at pasientene så langt som mulig settes i stand til å drøfte egen situasjon med helsepersonell, og til å medvirke i valg av undersøkelses- og behandlingsmetode. *Pasientens helsetjeneste* er regjeringens ambisjon for helsetjenestene, med målsetning om at pasienter, pårørende og helsepersonell opplever at pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Helse Midt-Norge har oversatt regjeringens ambisjon til visjonen *På lag med deg for din helse* og benytter begrepet *pasientens helsetjeneste* som strategisk målformulering [4].

Internrevisjonen med tema *brukerperspektiv og brukermedvirkning* tar for seg samvalg på myndighetskravenes detaljerte nivå innenfor behandlingsområdet tvungent psykisk helse-vern uten døgnopphold (TUD). På dette området foregår samvalg i situasjoner hvor pasientene i større grad motsetter seg helsehjelpen, og hvor brukerperspektivet og brukermedvirkningen blir et spørsmål om grunnleggende menneskerettigheter, vern om personlig integritet, hindring av vesentlig helseskade og forebygging og begrensing i bruk av tvang.

Det som karakteriserer området er relativt detaljerte myndighetskrav til utforming av vedtak om tvang og dokumentasjon i pasientenes journaler. I rapporten er dette omtalt som formkrav som helsepersonellet må etterleve. Derfor er også revisjonsarbeidet i hovedsak avgrenset til å se på journal-dokumentasjon opp mot lovbestemmelser. Øvrige områder som er dekket er dokumentasjonen i ledelsessystemet til rette-leggingen av støtteverktøy som helsepersonell har å hjelpe seg med i det daglige arbeidet.

Revisjonsrapporten bør leses med tanke på at brukerperspektivet og brukermedvirkningen i helsetjenestene har et større omfang enn det som er dekket i dette revisjonsarbeidet, både når det gjelder struktur og innhold. Eksempelvis er brukermedvirkning i samvalg om daglige gjøremål i behandlingen, eller som en del av brukerperspektivet i ambulante virksomhet ikke dekket.

Rapporten dekker heller ikke i særlig grad helsepersonellets syn på revisjonsresultatene etter dokument- og journalgjennomgåelse. Slike intervjuer kunne ha belyst rotårsaker på områder hvor det er påvist svikt. På en annen side er journaldokumentasjonen en objektiv kilde for å avklare helseforetakets praksis opp mot formkravene i regelverket på området.

Revisjonsrapporten var i utgangspunktet forberedt med anonymiserte pasienthistorier for å belyse tjenestenes egenart ytterligere. Dette ble imidlertid endret fordi revisjons-merknadene er underbygget godt nok i teksten, sett opp mot personvernrisikoen ved å benytte pasienthistorier.

Sammendrag

Internrevisjonen er utført ved St. Olavs hospital HF i perioden juni – november 2021 på området for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Oppgaven er løst ved å følge pasientforløp med tilknytning til Klinikk psykisk helsevern - allmenn, rehabilitering og sikkerhet og Klinikk psykisk helsevern - akutt, eldre, barn og unge.

Revisjonen er gjennomført i henhold til plan. Revisjonsmålene er nådd. To forhold har preget arbeidet. Det ene er sykdomsbildet for pasientene som er underlagt tvang, tjeneste-strukturen og samhandlingsbehovet som preger helsehjelpen. Det andre er hvor detaljert regelverket er utformet for å sikre at helsehjelpen både blir tilgjengelig og at den ivaretar menneskerettighetene og vernet om pasientenes integritet når det benyttes tvang. En risiko ved rapporten er hvorvidt den formidler kompleksiteten på området godt nok, og at behovet for tiltak framkommer tydelig nok.

Internrevisjonen kan ikke bekrefte at det individuelle brukerperspektivet i pasient-behandlingen er nedfelt i utviklingsplanen for St. Olavs hospital HF. Brukermedvirkningen på systemnivå er imidlertid godt ivaretatt.

Internrevisjonen kan bekrefte at helse-foretakets retningslinjer på nivå én legger vekt på etterlevelse av myndighetskrav. Tilsvarende kan ikke bekreftes for nivå to.

Internrevisjonen kan ikke bekrefte at helse-foretaket har etablert maler i journal-systemet som ivaretar regelverkets formkrav til vedtak. Det har ført til at helsepersonellet ikke har hatt tilstrekkelig systemstøtte for å ivareta brukerperspektivet og bruker-medvirkningen som er pålagt gjennom myndighetskrav. Etter internrevisjonens vurdering kan manglende tilpassing av journalsystemet ikke tilskrives tekniske utfordringer. Tilrettelegging av systemstøtte i Helseplattformen ser ut til å møte myndighetskravene på en bedre måte.

Internrevisjonen kan ikke bekrefte at vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter phvl. §3-3a er i samsvar med formkrav i regelverket. Det varierer hvor mange av de lovpålagte vilkårene for vedtaket som er nedtegnet. Tilsvarende er det for vedtak om overføring uten samtykke etter phvl. §4-10, for vedtak om skjerming etter phvl. §4-3, og for vedtak om tvangsmiddel etter phvl. §4-8.

Internrevisjonen kan ikke bekrefte at det gjennomføres systematisk evaluering etter skjerming og bruk av tvangsmiddel i henhold til phvl. §4-2. Det kan heller ikke bekreftes at revurdering av vilkårene for vernet etter phvl. §3-3 dokumenteres systematisk i tre-månederskontroll etter phvl. §4-9, eller i ettårsvurdering etter phvl. §3-8.

Det kan heller ikke bekreftes at ordningen med individuell plan fungerer i tråd med formålet i lovbestemmelsene om individuell plan, eller at brukermedvirkningen i arbeidet med behandlingsplaner er ivaretatt i tråd med kravene i regelverket. Det kan også reises spørsmål ved praksis rundt bruk av krisemestringsplaner.

Internkontrollen for å avdekke eventuelle brudd på myndighetskrav om bruker-medvirkning i pasientbehandlingen er heller ikke tilfredsstillende. Dette omfatter både ledelsens gjennomgåelse, utførte journal-analyser og mangelfull risikostyring.

Det er observert to tilfeller med tilbake-datering av skriftlige vedtak om skjerming, som bør følges opp spesielt opp mot relevant regelverk.

Arbeidet er oppsummert med 20 anbefalinger som i hovedsak retter seg mot etterlevelse av regelverkets formkrav til dokumentasjonen, og mot systemtiltak innen risikostyring og internkontroll. Anbefalingene adresserer tiltaksbehov både for lederlinjen og hos helsepersonellet som har ansvar for å ivareta brukerperspektivet og brukermedvirkningen i behandlingen.

Liste over anbefalinger

Nr.	Anbefaling		Kap.
1	Etablere myndighetskrav og brukermedvirkning som fokusområder i risiko-rammeverket. Utfør opplæring og etabler klinikkvis oversikt over risiko.		4.1
2	Tydeliggjøre minimumskrav til ledelsens gjennomgåelse, og hva som er tilleggskrav forankret i aktuell risikosituasjon.		4.2
3	Følge opp klinikkenes besvarelse av punkt 2.18 i kartleggingsskjema for ledelsens gjennomgåelse med tanke på internkontroll opp mot myndighetskrav.		4.2
4	Følge opp at det etableres maler og praksis for evalueringssamtale, 3-måneders-kontroll og ettårskontroll, samt hensiktsmessig oppbevaring av krisemestringsplaner i Helseplattformen.		4.2 4.10 4.11 4.15
5	Oppdatere interne retningslinjer (EQS) for å harmonisere terminologi med endret terminologi normgivende standarder for ledelsessystemer i 2015.		4.3
6	Oppdatere interne retningslinjer (EQS) slik at de henviser til nytt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge.		4.3
7	Synliggjøre ambisjoner, målsetninger og fokuspunkter for brukerperspektivet i standardiserte pasientforløp		4.3
8	Dilemmaet med kapasitetsmangel, hyppige reinnleggelser og brukerperspektiv i tjenestene bør løftes til sørge-for-nivå.		4.4
9	Dokumentere hva som er gjort for å belyse pasientens syn også i behandlingsprosesser hvor pasientene vanligvis sier lite.		4.4
10	Bevisstgjøre behandlere på å skille mellom hva som er behandlers vurdering, og hva som er pasientens og pårørendes uttalelse når det føres pasientjournal.		4.4
11	Sikre at egen retningslinje EQS 5094 etterleves med hensyn til å skrive sammendrag for hver uke pasientene er innlagt ved akuttpost.		4.4
12	Gjennomgå prosesskart og retningslinjer for overføringsvedtak etter phvl. §4-10 og sikre god veiledning for gjennomføring av formkravene i phvl. §3-3.		4.5
13	Sørge for at internkontroll blir godt egnet til å sikre etterlevelse av myndighetskrav og til å styre risiko knyttet til brukerperspektiv i tjenestene.		4.5 4.14
14	Følge opp innføringen av Helseplattformen med en 6-månedersevaluerig for blant annet å måle fyllingsgrad og kvalitet i vedtak om tvang mot formkrav i regelverket.		4.6
15	Vurdere hvorvidt eventuell tilbakedatering av vedtak kommer i konflikt med regelverket og eventuelt iverksette nødvendige tiltak.		4.7
16	Gjennomgå og eventuelt korrigerer retningslinjene for fullstendighetskontroll ved utsending av vedtak til pasienter og pårørende		4.8
17	Undersøke årsaken til at etterlevelse i nedtegnelser om evalueringssamtaler etter tvangstiltak svikter, og iverksett hensiktsmessige korrigerende tiltak.		4.9
18	Etterleve krav til forlengelse av vedtak. Sikre at det foreligger hensiktsmessige retningslinjer for arkivering og korrespondanse med Kontrollkommisjonen.		4.11
19	Gjennomgå tilbakemeldinger fra Kontrollkommisjonen om eventuell mangler i vedtak og bruk disse i forbedringsarbeidet.		4.12
20	Gjennomgå og eventuelt korrigerer praksis for informasjon til pasientene om individuell plan.		4.13

	Mangel, tiltak nødvendig		Tiltak bør vurderes
	Mangel, tiltak anbefales		Bevaringspunkt, forbedringstiltak

2. Bakgrunn

2.1. Myndighetskrav, strategier og utviklingsplaner

Pasienters rett til medvirkning er nedfelt i formålsbestemmelsene både i pbrl. og sphl. Ved siden av de individuelle rettigheter, inneholder regelverket mange krav/formkrav til arbeids-prosessen i tjenestene (se kapittel 3.3).

Brukerperspektivet og brukermedvirkningen er omtalt i flere stortingsmeldinger. *Prioriterings-meldingen – Verdier i pasientens helsetjeneste* ([5] s.174-175) belyser at brukermedvirkning, ved siden av å være en lovfestet demokratisk rettighet, er et grunnleggende prinsipp for å nå målene i helsetjenesten. Prinsippet er avgrenset mot behandlerens faglige ansvar og forsvarlig behandling. Internrevisjonen har lagt til grunn at pasientenes rett til å bli hørt, for eksempel etter bruk av tvang, ikke kan settes til side med henvisning til faglig ansvar eller forsvarlighet.

Nasjonal helse- og sykehusplan fastslår at *samvalg* skal være det normale, og ikke det spesielle, i pasientens helsetjeneste [6]. Samvalg forutsetter at helsepersonellet tar hensyn til pasientens helsekompetanse, og at pasienten får god informasjon om egen tilstand. I omtalen av psykisk helsevern framgår det at økt brukermedvirkning er ett av målene med innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Dette omfatter en styrking av brukermedvirkningen på individnivå. Målet har vært å skape en *større bevissthet om hvordan* man kan sikre pasientene medvirkning, og hva dette kan bety for behandlingen.

Strategi 2030 [7] dekker i liten grad bruker-medvirkning i behandlingen, eller de særskilte myndighetskravene til brukermedvirkning som gjelder for bruk av tvang og for pasienter som mangler samtykkekompetanse innen psykisk helsevern. Regional utviklingsplan i Helse Midt-Norge [4] og Utviklingsplanen ved St. Olavs hospital HF [8] omtaler også bruker-medvirkningen i hovedsak med vekt på systemnivået. Internrevisjonens legger derfor til grunn at myndighetskrav og nasjonale strategier på området i liten grad er oversatt til regionale og lokale strategier og tiltak.

Figur 1: Brukerperspektivet og brukermedvirkningen i helsetjenestene har en solid politisk forankring, som også gjenspeiles i lovgivningen. Dette gir føringer for ledelsessystemets utforming.

2.2. Signaler om risiko for svikt

En vesentlig egenskap ved god risikostyring er å ha relativt klare målsetninger og å kunne identifisere muligheter og trusler som kan påvirke målsetningene. Derfor er risiko-situasjonen sett ut fra eksterne kilder kartlagt.

Regjeringen har i stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i 2019 påpekt gjennom-gående utfordringer med brukermedvirkningen og den ekstra belastningen dette fører til for pasienter og brukere [9]. Det er vist til OECDs kvalitetsindikatorer [10] hvor Norge ligger i dårligste tredel når det gjelder bruker-medvirkning i primærhelsetjenestene, og når det gjelder andel pasienter med psykiske lidelser som rapporterer å bli behandlet med høflighet og respekt.

Riksrevisjonen har i perioden 2015 – 2020 undersøkt om personer med psykiske lidelser har likeverdig tilgang til psykiske helsetjenester med god kvalitet, og hvordan statlige virke-midler er innrettet for å støtte opp under spesialisthelsetjenestens og kommunenes arbeid. Undersøkelsen omfattet psykisk helse-vern for barn og unge (BUP), og viste at de fleste behandlere som deltok i undersøkelsen gjennomfører evalueringer ved å spørre hvordan pasienten opplever behandlingen.

Undersøkelsen viste også at rundt to tredeler av behandlerne bruker strukturerte verktøy for å måle endringer i funksjons- og/eller symptom-nivå hos pasientene, og at mange av behandlerne stiller seg tvilende til om verktøyet gir et pålitelig svar på om behandlingen virker. Nesten ingen behandlere i BUP benytter klient- og resultatstyrt praksis (KOR), som ifølge Helse-direktoratet er den best dokumenterte metoden for å innhente systematisk tilbake-melding fra pasienter, og som direktoratet anbefaler at tjenestene bruker.

Riksrevisjonens konkluderer med at mange kommuner og poliklinikker ikke sikrer tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørende-involvering [11]. Konklusjonen gjelder både *systemer* for innhenting av erfaringer og synspunkter til bruk i forbedringsarbeidet, og *det individuelle nivået* med tanke på størst mulig råderett over eget liv og ønsket behandlingsutbytte.

Sivilombudsmannen har gjennomført besøk ved St. Olavs hospital HF og sengepostene ved BUP Lian i februar 2020. Besøksrapporten [12] omtaler flere forbedringspunkter knyttet til brukerperspektivet. Disse punktene omfattet blant annet lengde av opphold i akuttenhet uten tilfredsstillende aktivitetstilbud, trange lokaler og pasientrom hvor det også var lytt med risiko for spredning av sensitiv informasjon (akuttenheten), naken og steril skjermingsenhet hvor sengene også tidvis ble brukt til ungdommer uten skjermingsvedtak, pasient-rom bruk til oppbevaring av belteseng, lite informasjon i skjermingsvedtak om innholdet i skjermingen og ungdommens tidligere erfaringer med og syn på skjerming, samt skjermingens lengde kombinert med andre begrensninger og bruk av tvang.

Det er videre påpekt at det er lite systematikk i arbeidet med å sikre ungdommers medvirkning, og at det fortsatt mangler rutiner for å sikre systematiske evalueringssamtaler med pasienter i etterkant av bruk av inngripende tvang, slik loven krever. Det var vanskelig å få oversikt over omfanget av vedtak og beslutninger om bruk av tvangsernæring og faktisk gjennomførte sondeernæringer. Det er påpekt risiko for at hverken ledelsen eller Kontrollkommisjonen har et fullstendig bilde av tvangsbruken ovenfor den enkelte pasient.

Sivilombudsmannen gjennomførte også besøk ved Ålesund sjukehus, avdeling for sjukehus-psykiatri i 2017 [13]. Besøksrapporten påpeker flere mangler vedrørende brukermedvirkningen og brukerperspektivet i tjenestene. Blant annet ble det påpekt bruk av utdaterte maler og økt risikoen for at vedtaksansvarlige ikke foretar vurderinger i tråd med gjeldende lovverk. I flere vedtak (særlig skjermingsvedtak og vedtak om behandling uten eget samtykke) var det svakt begrunnet hvorfor lovens vilkår var oppfylt. Det var gjennomgående ikke dokumentert om pasienten var informert om mulige virkninger og bivirkninger av legemidlene, eller i hvilken grad pasienten var gitt anledning til å påvirke valg av type og dosering av medikamenter.

Pasientene som var innlagt på avdelingen mottok ikke skriftlig begrunnelse for tvangstiltak.

SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet, og i samarbeid med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT), Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs hospital HF, og NTNU evaluert innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Pakkeforløpet ble innført i 2019 og evaluert i to trinn i 2020 og 2021 henholdsvis. Evalueringen er oppsummert i to rapporter.

Rapport 1 tar for seg fagfolks erfaringer og vurderinger av måloppnåelse, brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, samt ivaretakelse av somatisk helse og gode levevaner [14]. Rapport 2 tar for seg brukeres og pårørendes erfaringer og perspektiver, kombinert med ny runde med intervju av fagfolkene [15].

Rapportene belyser samlet sett at innføringen av pakkeforløp i svært liten grad har ført til forbedring i retning av mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp. I rapport 2 er det belyst at omtrent alle studiedeltakere i utgangspunktet var positive til innholdet og målene i pakkeforløpet. Samtidig påpekte flere at pakkeforløpene ikke fungerer i praksis. De kritiske merknadene gikk ut på:

- mangelfull informasjon til pasientene om hva pakkeforløpet innebærer, om lover og rettigheter, og om aktuelle behandlingsmetoder
- pasientene ble i liten grad involvert i å utarbeide behandlingsplan
- flere pasienter stilte seg tvilende til om de hadde en reell innflytelse
- store utfordringer i samhandling og samarbeid både innad i og mellom ulike tjenester

Internrevisjonene i de regionale helseforetakenes har utført flere oppdrag relatert til denne internrevisjonens tema og innretning.

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF utførte i 2019 revisjon om dokumentasjon og dokumentasjonsflyt ved avdelingene for sjukehuspsykiatri i Klinikk for psykisk helse og rus i Helse Møre og Romsdal HF. I rapporten ble det belyst at dokumentene i klinikkens ledelsessystem var mangelfulle, og på området for etablering og opphør av tvungen psykisk helsevern svært mangelfulle [16]. Til retteleggingen på dette området var etter internrevisjonens vurdering ikke forsvarlig.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har i 2019 gjennomført en bred kartlegging av ettersamtaler med pasienter og pårørende etter bruk av tvangsmidler, og hvilken oppfølging som er gjennomført. Rapporten belyser at helseforetakene har lagt til rette for å innhente erfaringer fra ansatte, pasienter og pårørende, men at kun et mindretall av enhetene har endret praksis på bakgrunn av slike erfaringer. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har derfor påpekt at potensialet for systematisk læring og forbedring basert pasientenes, erfaringer, og for økt brukermedvirkning, ikke er utnyttet [17].

Kartleggingen utført i Helse Sør-Øst er fulgt opp med fullstendige internrevisjoner rettet mot enkelte helseforetak. Rapport etter revisjon hos Vestre Viken HF i 2020 bekrefter at helseforetaket arbeider systematisk med redusert bruk av tvangsmidler, men at pasientene ikke involveres i forebygging av utagerende og voldelig atferd, eller i aktiv bruk av behandlingsplan [18]. Registreringspraksis varierer. En tilsvarende rapport utført ved Oslo universitetssykehus i 2020 konkluderer tilsvarende, om belyser i tillegg at det er en manglende helhetlig oversikt i dokumentasjon av behandlingsforløpet [19].

Helse Midt-Norge RHF har i samarbeid med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) gjennomført et prosjekt om reduksjon av tvang og utfordringer knyttet til samtykkekompetanse og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Overordnet mål med prosjektet var å innhente mer kunnskap om TUD-pasientenes erfaringer - blant annet hva de har trengt hjelp til, og hva de

har savnet av hjelp som et alternativ til tvang. Man har også forsøkt å finne svar på hvorfor pasienter ikke frivillig tok imot hjelpen som ble tilbudt dem, og at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ble det valgte tiltaket. Prosjektet ble gjennomført ved Nidaros DPS i 2018 og rapportert i oktober 2021.

Rapporten gjør rede for relativt mange opplevde utfordringer, som for eksempel videreføring av TUD-vedtak uten at frivillighet var forsøkt først (phvl. §3-3 punkt 1), ønske om at pasientene syn i større grad kom til syne i journalen, og ønske om ny vurdering som ikke ble etterkommet [20].

Oppsummering: Med utgangspunkt i det relativt omfattende materialet om svikt som er belyst ovenfor, samt det som er påpekt om mangelfull oversettelse av myndighetskrav og nasjonale strategier til lokale strategier og tiltak (kapittel 2.1) legger internrevisjonen til grunn at modenheten i arbeidet med risikostyring Helse Midt-Norge har vært lav også på området for tvungen psykisk helsevern.

Internrevisjonen har tidligere omtalt risikostyring ved St. Olavs hospital [21] og Helse Midt-Norge RHF [22]. Siden den gang er det etablert et betydelig forbedret rammeverk for risikostyringen. Det kan bidra til en forbedret modenhet i arbeidet med å oppdage risiko, at risiko relateres til strategiske og operasjonelle mål, og at risiko blir håndtert systematisk. Som det er påpekt i de to rapportene er lederskap og oppmerksomhet på virkningen av vurderingsskjevheter (bias) vesentlig.

3. Mål, avgrensning og kriterier

3.1. Revisjonens formål og målsetning

Formålet med internrevisjonens arbeid er å bidra til forbedringer i helseforetakenes virksomhetsstyring, risikostyring og intern-kontroll, ved å gjennomføre objektive og uavhengige undersøkelser (hfl. §37a).

Den spesifikke målsetningen med dette revisjonsarbeidet er å undersøke følgende:

1. hvorvidt brukerperspektivet er ivaretatt i samtykkevurderingen.
2. hvordan lovpålagt brukermedvirkning og dokumentasjonspraksis i pasientjournaler er ivaretatt for et utvalg pasienter over 18 år som er underlagt tvungent psykisk helsevern.
3. hvorvidt helseforetaket har lagt til rette for god brukermedvirkning gjennom hensikts-messig virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

Punkt 2 ovenfor omfatter pasienter som:

- er henvist med begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og som skrives ut med overføringsvedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.
- har vedtak om tvungent psykisk helsevern (phvl. §3-3).
- har vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (phvl. § 4-4 a).
- overføres mellom institusjoner eller ulike tvangsformer med og uten døgnopphold (phvl. §3-5 tredje ledd og §4-10).

3.2. Avgrensning

Mandatet for internrevisjonen åpnet for å kunne gjennomgå helseforetakets praksis rundt individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Praksis rundt behandlingsplan og kriseplan ville ha vært en del av dette, hvor spesielt kriseplan har betydning for vernet om personlig integritet og pasientens rett til medvirkning. Dypdykk på disse områdene er ikke prioritert innenfor rammene avsatt for revisjonsarbeidet i denne omgangen. Prioritet har vært å få oversikt over forekomst av planer i pasientenes journaler. En mer spisset analyse om individuell plan for pasientgrupper underlagt tvang kan være en egnet aktivitet å følge opp med i etterkant av denne rapporten.

Det er også gjort en avgrensning i forhold til å intervjue ledere og klinikere etter opp-summering av dokumentanalyser og gjennom-gåelse av pasientjournaler. Brukere av rapporten må derfor være oppmerksom på at det kan foreligge medisinskfaglige forklaringer til noen av merknadene fra internrevisjonen, som ikke er tilstrekkelig belyst i rapporten. Slike forklaringer kan imidlertid legges fram i forbindelse med helseforetakets oppfølging av rapporten. Utgangspunktet for internrevisjonen har vært at myndighetskrav som omfatter plikt til journalføring og/eller begrunnelse for vedtak, skal gjenfinnes i pasientenes journaler eller i begrunnelse for vedtak.

3.3. Kriterier

Revisjonskriteriene er hentet fra regelverk, rundskriv og veiledninger til regelverket, nasjonale og regionale strategier, eierstyring og virksomhetsstyringen ved St. Olavs hospital. Diskusjonen nedenfor er organisert funksjonelt. Samtidig refereres kriteriene konkret i forbindelse med internrevisjonens vurderinger, merknader og anbefalinger i kapittel 4.

3.3.1. Rett til medvirkning - Plikt til involvering

Retten til medvirkning har bakgrunn i individets selvbestemmelsesrett og er nedfelt i pbrl. kapittel 3. Retten omfatter medvirkning ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Retten danner også grunnlaget for helseforetakets og helsepersonellets plikter til å involvere pasienten. Disse pliktene er nedfelt flere steder i regelverket (hpl. §§ 4 og 6, pbrl. §§3-1 og 3-2, phvl. §3-9, phvl. §4-2, phvf. §6 og fhrik. kap. 4).

Retten til medvirkning og plikten til involvering må sees i sammenheng med at helsehjelp som hovedregel skal gjennomføres på grunnlag av samtykke fra pasienten selv. Denne sammenhengen er også belyst i Nasjonal helse- og sykehusplan, som vektlegger at samvalg med pasienten som aktiv deltaker skal være det normale i helsetjenestene [6].

I tilfeller der pasienten ikke har samtykkekompetanse har pasientens pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten (pbrl. §3-1).

I situasjoner hvor det er aktuelt med bruk av tvang har internrevisjonen har lagt til grunn at helseforetaket ved linjeledelse (sphl. §3-9 og §2-2) og helsepersonellet har en spesiell plikt til å ivareta pasientens interesser, og at det er vesentlig å etterleve myndighetskravene som er etablert for dette formålet.

3.3.2. Plikt til journalføring

Helsepersonellet har plikt til å nedtegne relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen på en lett forståelig måte i pasientens journal (hpl. §§39 og 40, pjf. §4). Pjf. §4 utdyper innholdet i plikten, med krav til oversiktlig og samlet fremstilling, samt nedtegning uten ugrunnet opphold (pjf. §10).

3.3.3. Individuell plan

Individuell plan er en samhandlingsaktivitet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når pasienter har behov for langvarige og koordinerte tilbud. Individuell plan er også en pasientrettighet nedfelt i pbrl. §2-5, med utdypende krav til helseforetakets plikter i sphl. §2-5, phvl. §4-1 og fhrik. kapittel 5, og helsepersonellets plikter i hpl. §38a. Forbeholdet er at pasienten eller brukeren må samtykke til planen (fhrik. §17).

Rent praktisk skal helsepersonell først spørre om pasienten ønsker individuell plan, og hvis pasienten ønsker dette snarest mulig gi melding til kommunen om pasienters og brukeres behov for individuell plan. Kommunen skal sørge for at arbeidet settes i gang og koordineres. Helseforetaket har en påserolle etter pbrl. §4-1 for å sikre at det hele fungerer.

Internrevisjonen har lagt til grunn at pasienter under TUD har behov for langvarige og koordinerte tilbud, og at pasientjournalen derfor skal inneholde opplysninger om:

- hvorvidt pasienten ønsker individuell plan eller ikke
- hva som er gjort for eventuelt å motivere pasienten til å ha individuell plan
- når kommunehelsetjenesten er varslet om pasientens ønske (e-melding)
- og hvor helsepersonellet kan finne frem til planen (pjf. §5d).

3.3.4. Journalens innhold

Journalen skal inneholde pasientens beskrivelser av egen situasjon og ønsker for helsehjelpen (pjf. §6a.). Det skal inngå opplysninger om behandlingsplan (se begrepsforklaring foran i rapporten), status for gjennomføring av planen (pjf. §6d.), opplysninger om pasientens reservasjoner og samtykkekompetanse (pjf. §7c.), samt det rettslige grunnlaget for bruk av tvang (pjf. §8a). Utdypende krav til opplysninger i behandlingsplan er gitt i Helsedirektoratets veileder [23] og helseforetakets retningslinje EQS ID 5094 (se Appendiks A).

3.3.5. Systematikk og ledelse

Helseforetak skal arbeide systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet (sphl. §3-4 a). Utfyllende krav til hva som menes med systematisk arbeid og krav til helseforetakenes ledelsessystemer er gitt i egen forskrift til lovbestemmelsen (forlk.). Det stilles også krav til ansvarlig leder på alle nivå (sphl. §3-9), med utfyllende beskrivelse av hva det innebærer i eget rundskriv fra departementet [24].

3.3.6. Vedtak om tvang

Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter skal er regulert av pbrl. §4A-5 og fvl., og skal sikre pasienter uten samtykkekompetanse retten til helsehjelp. Det stilles formkrav til vedtakene og krav om å underrette pasient,

pårørende og den som har overordnet faglig ansvar (pbrl. §4A-6). Vedtak om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern skal møte krav i phvl. §3-3 a. Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal møte krav i phvl. §4-4 a.

For etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern gjelder phvl. kapittel 3. Bestemmelsene omfatter blant annet krav til legeundersøkelse (phvl. §3-1) og krav til vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (phvl. §3-3 a) etter vilkårene for tvungen observasjon (phvl. §3-2) eller tvungent psykisk helsevern (phvl. §3-3), og krav ved opphør (phvl. §3-7). I alle vedtak etter phvl. kapittel 3 har pasienten og pårørendes rett til å uttale seg (phvl. §3-9).

For gjennomføring av tvungent psykisk helsevern gjelder phvl kapittel 4. Disse bestemmelsene omfatter vernet om personlig integritet, som videre omfatter retten til å uttale seg og helsepersonellets plikt til å nedtegne pasientens ønsker og synspunkter i journalen (phvl. §4-2). Bestemmelsene omfatter også krav til vedtak om skjerming (phvl. §4-3) og vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (phvl. §4-4a) i henhold til vilkår i phvl. §4-4.

Eksempel på formkrav til redegjørelse om brukermedvirkning i vedtak om tvungent psykisk helsevern er (phvl. §3-3):

- «Vurdering av samtykkekompetanse»
- «Pasientens uttalelse»
- «Pårørendes uttalelse»
- «Pasientens erfaring og syn på tvang»
- «Farevurdering»
- «Behandlingsvilkårets positive/negative side»

3.3.7. Forsvarlige helsetjenester

Krav til forsvarlige helsetjenester (sphl. §2-2) omfatter blant annet å tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonellet blir i stand til å utføre plikter i tråd med myndighetskrav. Det innebærer at helsepersonell også skal kunne ivareta oppgavene på en effektiv og kvalitativt god måte. Ledere har en særskilt rolle (sphl. §3-9, forlk.) i dette bildet, hvor ansvaret for internkontrollen og internkontrollens betydning for forsvarlighet og kvalitet i tjenestene er sentralt. Dette innebærer blant annet å ha kunnskap om risikofaktorer (forlk. §6d og §5). Lederansvaret er videre belyst i eget rundskriv fra departementet [24].

3.3.8. Eierstyringen

Oppdragsdokumentene fra Helse og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF har de senere årene hatt psykisk helsevern og systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet som prioriterte hovedmål for Helse Midt-Norge RHF [25-27]. Oppdraget har også omfattet regjeringens ambisjon om å skape pasientens helsetjeneste, henvisning til Nasjonal helse- og sykehusplan [6] når det gjelder retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten, samt ansvaret for å løse oppgavene i tråd med myndighetskrav. Helse Midt-Norge RHF viderefører oppdraget fra eier innad i foretaksgruppen gjennom styringsdokumenter.

4. Vurderinger og anbefalinger

4.1. Risikostyring

Kjennskap til risikoforhold inngår i kravet til systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, og er et myndighetskrav. Ansvaret ligger hos ledere og innebærer blant annet å ha oversikt over blant annet mål, oppgaver, relevant regelverk med videre for å kunne ha oversikt over områder med risiko for svikt (folk. §6). Utdypende krav til lederrollen og internkontrollarbeidet er gitt i eget rundskriv fra departementet [24]. Mål omfatter både strategiske og operasjonelle mål. Overordnede strategiske målsetninger omfatter (kapittel 3.3.8)

- *Psykisk helsevern, kvalitet og pasient-sikkerhet.*
- *Pasientens helsetjeneste* hvor samvalg skal være det normale og ikke det spesielle.

Symbiosen mellom overordnet helsepolitikk og myndighetskrav er en vesentlig kontekst for risikostyringen og må stå sentralt i klinikkenes arbeid med risikostyring. Årsaken er at regelverket omfatter mange prosess- og formkrav til brukerperspektivet og bruker-medvirkningen i tjenestene (kapittel 3.3). Formålet med kravene er å oppnå god kvalitet og pasientsikkerhet inklusive forebygging av tvang, gode informasjonsprosesser og ivaretakelse av pasientenes rettigheter.

Internrevisjonen kan bekrefte at krav til klinikk-vis oversikt over områder med risiko for svikt, samt krav til å iverksette risikoreduserende tiltak, er nedfelt i helseforetakets ledelses-system (EQS ID 24123). Det er imidlertid ikke identifisert at det foreligger klinikkvis oversikt over områder med risiko for svikt.

Det som ikke framgår eksplisitt gjennom eierstyringen de senere årene er at etterlevelse av myndighetskrav også er et styringsmål. Dette ble imidlertid omtalt grundig i oppdrags-dokumentet i 2005, hvor helseforetakene bes om å legge særlig vekt på effektiv internkontroll for å sikre at lover og regler etterleves [28]. Bakgrunnen for den tydelige formuleringen var merknader fra tilsynsmyndighetene om at lover og regler er myndighetskrav som er bindende for foretakene, og at det slik sett var et behov for å stille tydelig krav til helseforetakenes virksomhetsstyring [29].

Ulike former for vurderingsskjevheter gjør det noen ganger krevende å identifisere risiko [30-32]. Redegjørelsen i kapittel 2.2 viser at risikoen for avvik på området for brukermedvirkning innen psykisk helsevern er høy. En måte å redusere forekomsten av vurderingsskjevheter på er å trene på observasjonsteknikk og bevisstgjøre personalet på risikoen for og ulempen ved *tause avvik*.

Internrevisjonen anbefaler:

- å følge opp at det blir etablert klinikkvis oversikt over risiko i forhold til strategiske og operasjonelle mål. Oversikten må ta utgangspunkt i nytt regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge (styresak 51/2021).
- å tilrettelegge opplæring i observasjons-teknikk med bevisstgjøring om vurderings-skjevheter og risiko for tause avvik.
- at helseforetaket etablerer myndighets-krav, brukerperspektiv/brukermedvirkning som foretaksovergripende fokusområder i risikorammeverket, og å medvirker til at dette etableres i hele foretaksgruppen.

4.2. Ledelsens gjennomgåelse

Utgangspunktet er sphl. §3-4 a om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient-sikkerhet og sphl. §3-9 om ledelse. Innholdet i disse bestemmelsene er utdypet i forlk. og eget rundskriv om ledelse fra departementet [24]. Helsedirektoratet har i tillegg utgitt en veileder som forklarer systematikken ytterligere [33]. Begrepet *ledelsens gjennomgåelse* brukes ikke i forskriften, men er introdusert gjennom Helsedirektoratets veileder. Den normative forståelsen av begrepet er gitt i internasjonal standard [34].

I forlk. inngår ledelsens gjennomgåelse i plikten til å evaluere (§8 g), og er formulert slik (internrevisjonens understreking):

> *Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:*
>
> *Minst en gang <u>årlig</u> systematisk gjennomgå og vurdere <u>hele</u> styringssystemet opp mot tilgjengelig <u>statistikk og informasjon</u> om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*

Å etterleve bestemmelsen på en tilfredsstillende måte krever flere ting:

a) helseforetaket må sikre at *hele* styringssystemet gjennomgås. Det forutsetter at hver enkelt klinikk gjennomgår systemene innenfor eget ansvarsområde.

b) helseforetaket må utføre vurderingene på grunnlag av relevant statistikk og informasjon om virksomheten.

c) helseforetaket må etablere myndighetskrav som minimumskriterier for gjennomgåelsen (formålsbestemmelse og definisjon på styringssystem i forlk.)

Internrevisjonen bekrefter at St. Olavs hospital HF har etablert hensiktsmessige retningslinjer for systematisk HMS og kvalitetsarbeid på klinikk/divisjon (EQS 42123) og krav til gjennomføring av ledelsens gjennomgåelse (EQS 4528). Begge retningslinjene har myndighetskrav som minimumskriterier. Revisjonshistorikken for EQS 4528 viser også at retningslinjen for ledelsens gjennomgåelse er systematisk forbedret i hele perioden fra 2004 og fram til i dag.

I 2015 innførte helseforetaket kartleggingsskjema for å forenkle gjennomføringen av ledelsens gjennomgåelse på klinikk og divisjonsnivå. Skjemaet ble sist oppdatert i 2020 og omfatter flere punkter om myndighetskrav, statistikk og informasjon om virksomheten. Internrevisjonen vurderer at tilnærmingen legger godt til rette for at klinikkledere skal kunne følge opp arbeidet med ledelsens gjennomgåelse.

Internrevisjonen vil anbefale noen forbedringspunkter. Ett av dem er å tydeliggjøre hva som er minimumskrav til ledelsens gjennomgåelse, og hva som er tilleggskrav forankret i den aktuelle risikosituasjonen. Anbefalingen vil bidrar til en vedvarende sterk grunnsystematikk, samtidig som kartleggingsskjema blir et effektivt verktøy i helseforetakets risikostyring.

Et annet forbedringspunkt er å understøtte skjemaets punkt 2.18 med en konkretisering av relevant regelverk. Ordlyden i punkt 2.18 er:

> *Har klinikken/divisjonen etablert nødvendig internkontroll knyttet til aktivitet som er regulert av særskilte krav, forskrifter eller sertifisering?*

Konkretisering av relevant regelverk er etter internrevisjonens vurdering nødvendig for å kunne følge opp klinikkspesifikke krav på en tilfredsstillende måte. Eksempelvis er det stor forskjell på relevante myndighetskrav ved klinikkene for psykisk helsevern og klinikk for kliniske servicefunksjoner.

Ledelsens gjennomgåelse i psykisk helsevern i 2020 har besvart kartleggingsskjemaets punkt 2.18 med *Ikke aktuelt*. Internrevisjonen er uenig i denne vurderingen av fire grunner:

1. Pbrl. har strenge krav til saksbehandlingen for pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen [35]. Formålet med saksbehandlingsreglene i pbrl. kapittel 4A er å sikre at vilkårene i loven er oppfylt før helsehjelpen gis, og under ytelse av helsehjelpen.
2. Forvaltningsloven gjelder så langt den passer når det fattes vedtak om tvang etter pbrl. paragraf 4A-5 jamfør paragraf 4A-9. Det er først og fremst regelen om at saken skal være så godt opplyst som mulig, samt reglene omkring vedtakets form og innhold som er aktuelt.
3. Brukerperspektivet i tjenestene og brukermedvirkningen er nedfelt i formålsbestemmelsen i tre sentrale lover for klinikkenes virksomhet (pbrl., phvl. og sphl.). Videre er det en sammenheng

mellom myndighetskrav og helsepolitikken som føres [6].

4. Det er eksplisitt utrykt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring at det skal gjennomføres internkontroll for å sikre at krav i lov og forskrift etterleves.

Internrevisjonen anbefaler derfor at helse-foretaket følger opp klinikkenes besvarelse av punkt 2.18 i kartleggingsskjema for ledelsens gjennomgåelse, og sikrer at det blir utført tilfredsstillende internkontroll opp mot myndighetskrav.

Internrevisjonen er tilsendt underlag som viser evaluering av mål knyttet til redusert antall vedtak om tvangsinnleggelse ved akutt-seksjonen, Østmarka (periode januar 2017 – september 2018). Det er listet opp tiltak. Resultatene er framstilt kvantitativt og viser en reduksjon i tråd med målsetningen (Figur 2). Evalueringen er et godt eksempel på underlag man etterstreber i ledelsens gjennomgåelse.

Blant tiltakene er det referert til opprettelse av maler om evalueringssamtaler jf. phvl. §4-2 (skjerming som pasienten motsetter seg jf. phvl. §4-3). Videre er det referert til nye vedtaks-skjema i DocuLive som tilfredsstiller lovens krav, hvor krav til evalueringssamtale er ført på som fast tekst. Gjennomgåelse av pasientjournaler i DocuLive og dokumenter i ledelsessystemet EQS gir ikke internrevisjonen grunnlag for å kunne bekrefte at malene er etablert i disse systemene. Etableringen av maler er likevel eksempel på god brukerorientert systematikk, og internrevisjonen anbefaler helseforetaket å sikre at malene etableres i Helseplattformen slik at de er lett tilgjengelige for bruk og opplæring.

4.3. Ledelsessystem

Ledelsessystemet skal tilpasses virksomhetens *størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold*, og ha det omfanget som er nødvendig (forlk. § 5). Et nødvendig omfang er det som trengs for å kunne planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at den kan gjennomføres i samsvar med krav fastsatt i lovgivningen (forlk. §4).

Klinikkene som inngår i revisjonsomfanget har mange ansatte. Et godt tilrettelagt ledelses-system har derfor stor betydning for å kunne gjøre oppdaterte retningslinjer (fortløpende og effektivt) kjent for egne ansatte og øvrig personell med behov (forlk. §6c). Minimums-kravet til forsvarlig tilrettelegging er at personell

Figur 2: Eksempel på framstilling av trendkurve utarbeidet ved Avdeling Østmarka, akuttseksjonen. Trendkurven viser god effekt av systemtiltak med brukerperspektiv, i form av redusert antall vedtak om tvangsmidler per innleggelse per måned.

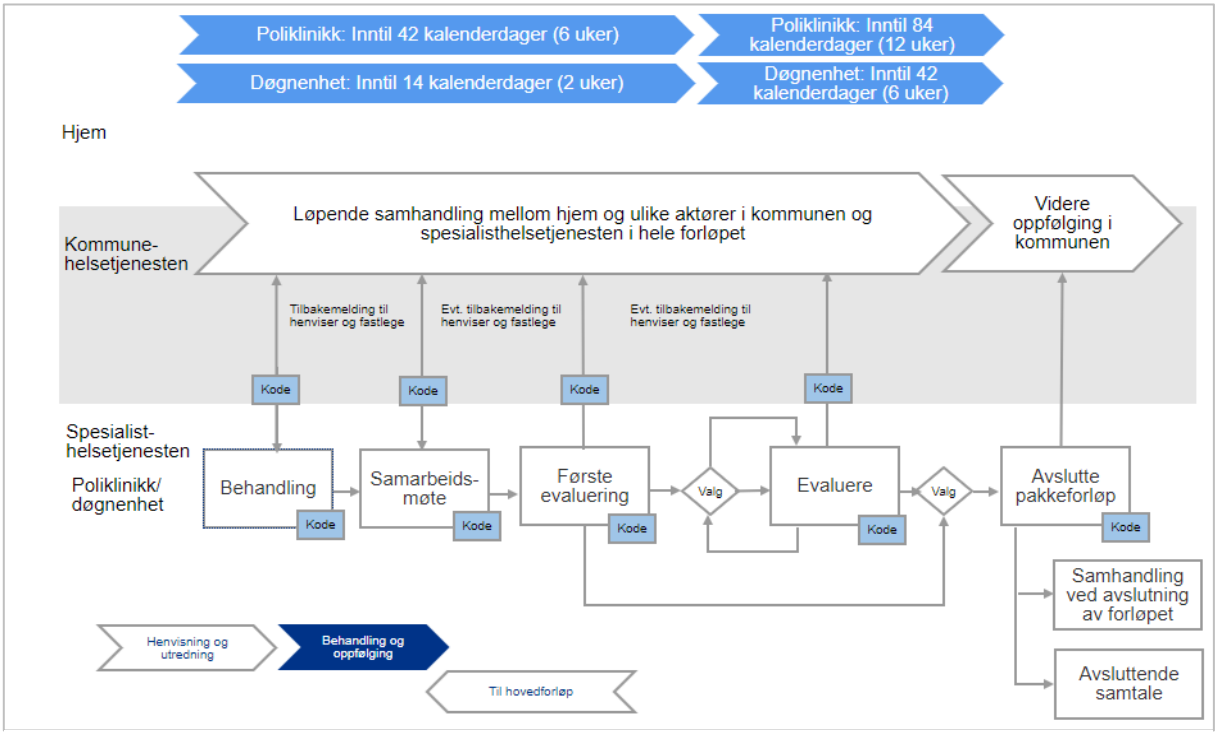
som utfører tjenestene skal bli i stand til å overholde de lovpålagte pliktene, slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (sphl. §2-2). Dette er et lederansvar. Ledelsessystemets betydning for opplæring og fortløpende vedlikehold av den enkeltes kvalifikasjoner har betydning for helsepersonellets plikt til forsvarlighet (hpl. §4).

Klinikkenes egenart omfatter terapeutisk relasjon, brukerperspektiv/brukermedvirkning, samhandling og sikkerhet. Helsedirektoratets retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser gir en bredere beskrivelse av dette [23]. Det som er vektlagt i denne revisjonen er at regelverket inneholder relativt mange prosesskrav som har til formål å håndtere klinikkenes egenart. Det er naturlig å trekke fram phvl. kapittel 3 om etablering og opphør, phvl. kapittel 4 om gjennomføring, samt fhrik. kapittel 4 om spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering. Klinikkenes egenart betyr også mye i forhold til den nasjonale ambisjonen om å skape «Pasientens helsetjeneste» og vår egen visjon «På lag med deg for din helse» [36].

Risikoforholdene som preger virksomheten omfatter kapasitetsutfordringer, rekrutterings-utfordringer, forventninger om økende behov for denne typen helsetjenester i befolkningen, personellets sikkerhet, og kvalitetsutfordringer på området for brukermedvirkning (se kap. 2.2).

Internrevisjonen kan bekrefte at helseforetaket har etablert både en foretaksovergripende retningslinje (EQS 23974) som er tydelig om føringene i forlk. Videre er ansvarskjeden fra administrerende direktør og helt ut til første-linjen tydelig beskrevet egen retningslinje (EQS 24123). Retningslinjen påpeker klinikkledernes ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, og til å ha oversikt over områder med risiko for svikt og iverksette risikoreduserende tiltak. De to retningslinjene svarer etter internrevisjonens vurdering samlet sett godt på regelverkets krav til lederskap (sphl. §3-9) og etterlevelse av myndighetskrav (sphl. §3-4a og forlk.).

Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket gjennomgår terminologien i retningslinjene opp mot endringene som ble innført i normgivende standarder for ledelsessystemer i 2015. Begrep som styringssystem og kvalitets- og HMS-



Figur 3: EQS 39469 Pakkeforløp/Standardisert pasientforløp. Utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne. Behandling og oppfølging. Forløpsansvarlig overlege psykiatri [redacted]

system ble da erstattet av begrepet *ledelsessystem* for å tydeliggjøre ledernes ansvar for vedlikehold av systemet. Det anbefales også å oppdatere retningslinjene slik at de henviser til gjeldende rammeverk for risikostyring i foretaksgruppen (se kapittel 4.1).

Internrevisjonen kan også bekrefte at helse-foretaket gjennomgående har kommet godt i gang med prosessmodellering av ledelses-systemet i tråd med regional metodikk for standardiserte pasientforløp (EQS 34503). Et relevant eksempel på dette framgår i Figur 3. Navigeringen i prosessene varierer noe, men legger etter internrevisjonens vurdering godt til rette for å finne fram til retningslinjer for behandlingen. Oppdatering av de enkelte retningslinjene varierer også noe og må følges opp. Men det store bildet er at internrevisjonen kan bekrefte at føringer gitt gjennom foretaksovergripende retningslinjer følges opp ut mot førstelinjen.

En mulighet, basert på den modenheten som er oppnådd i ledelsessystemet, er å synliggjøre brukerperspektivet og ambisjonene for bruker-medvirkning i prosesskartene for de enkelte pasientforløpene. Eksempelvis ved å formulere ambisjoner, målsetninger og fokuspunkter for brukerperspektivet i pasientforløpet (lenke fra prosesskart). Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket vurderer dette. Tilsvarende anbefales det å vurdere om det er hensiktsmessig å synliggjøre brukerperspektivet bedre på hovedsiden for helseforetakets ledelsessystem og i oversikt for standardiserte pasientforløp (EQS 18625).

Internrevisjonen har gjennomgått relativt mange av retningslinjene som er tilgjengelig i EQS. Det gjenstår en del strukturelt arbeid og arbeid med innhold i enkeltdokumenter, og dette må naturlig nok skje i forbindelse med innføringen av Helseplattformen. Intern-revisjonen har utarbeidet en oversikt med merknader til retningslinjene, men det ble vurdert som lite hensiktsmessig å legge oversikten ved rapporten etter at internrevisjonen fikk innsikt i Helseplattformens tilretteleggingen på området (se kapittel 4.4).

4.4. Dokumentasjon i løpende EPJ

Akuttpostene, Østmarka: Stikkprøvekontrollen i journaler ved Østmarka akuttpost/intensiv viste at pasientutvalget omfattet pasienter med både hyppige og kortvarige innleggelser, og pasienter med mer langvarige innleggelser. Noen av pasientene med langvarige innleggelser ventet enten på plass ved langtidspost eller på bolig i kommunen. Øvrige med langvarige innleggelser var svært syke med behov for stabilisering, medisintilvenning, skjerming og/eller behov for tvangsmidler. Internrevisjonen vurderer at kapasitets-utfordringer som fører til venting på overføring representerer risiko for svekket brukerperspektiv i tjenestene.

Flere av journalene omfatter beskrivelser om tvangsmiddelvedtak, skjermingsvedtak og pårørendeuttalelser som indikerer at flere kortvarige reinnleggelser (fra timer til noen døgn) kan knyttes til eskalering av symptombilde og situasjon i form av materielle ødeleggelser, rus, vold og trusler mot ansatte, pasienter og ute blant befolkningen. Flere av disse er knyttet til komplekse utfordringer og forverringer knyttet til schizofreni, psykose/ rusutløst psykose og vrangforestilling. En av pasientene i utvalget hadde 45 vedtak om overføring uten samtykke etter phvl. §4-10, til og fra akuttpost på Østmarka, i tidsrommet september 2017 - desember 2019.

8 av journalene i utvalget omfattet sterk kritikk fra pårørende med hensyn til oppfølging av pasientene. Konkrete utsagn er: «Det tar for lang tid før det gripes inn», «symptomene får utvikle seg for lenge», «oppfølgingen har vært for dårlig fra Østmarka og DPS, de har vært i kontakt med legevakt og fastlege uten at noe skjer». Internrevisjonen anbefaler at dilemmaet med kapasitetsmangel, hyppige reinnleggelser og brukerperspektiv i tjenestene løftes til sørge-for-nivå.

Stikkprøvekontrollen viste videre at flere av de 20 pasientene fikk flere skjermings- eller tvangsmiddelvedtak i løpet av oppholdet. Herunder skjerming og isolering, holding/avverging, bruk av reimer og tvangsmedisinering, ofte i form av injeksjon. For disse tilfellene viste stikkprøvekontrollen at nesten samtlige tilfeller ikke ble fulgt opp med evalueringssamtale. Evalueringssamtale med anbefalinger er omtalt videre i kapittel 4.9.

Pasientperspektivet og dokumentasjon av brukermedvirkning vedrørende retten til å uttale seg etter phvl. §3-9 og vern om integritet etter phvl. §4-2, samt nedtegnelser om pasientens syn på egen situasjon og ønsker for helsehjelpen etter pjf. §6a, kom i mindre til syne i vedtak og løpende pasientjournal for pasienter med psykoser, vrangforestillinger og hyppige reinnleggelser. For pasienter som var innlagt over en lengre periode med manier knyttet til bipolar lidelse, kom pasientens syn på egen situasjon og ønsker for helsehjelpen etter pjf. §6a. bedre til syne. En forklaring til denne observasjonen ble belyst i revisjonens sluttmøte: det kommer lite uttalelser fra pasienter med psykoser og vrangforestillinger i slike situasjoner. Derfor kan det være krevende for behandlere å opprettholde rutine for journalføring. Behovet for å likevel opprettholde systematikken for å dokumentere hva som er gjort for å belyse pasientens syn, ble omtalt i sluttmøtet. Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket diskuterer situasjonen for å skape bevissthet om utfordringen, og å sørge for at det blir etablert hensiktsmessig prosesstøtte i Helseplattformen.

I løpende pasientjournal B1 Psykiatri viste stikkprøvene at helsepersonell dokumenterer hvordan de subjektivt sett tolker og oppfatter pasienten, og i mindre grad hva pasienten har sagt om egen situasjon, behandlingen og framtiden. Tilsvarende er det for pårørendes uttalelser. Dette står etter internrevisjonens vurdering i kontrast til bestemmelsen i pjf. §6a, hvor det framgår at journalen bør inneholde pasientens beskrivelser av egen situasjon og ønsker for helsehjelpen. Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket arbeider for å bevisstgjøre behandlere på å skiller mellom hva som er behandlers vurdering, og hva som er pasientens og pårørendes uttalte syn når det føres pasientjournal.

Stikkprøvekontrollen viste videre at det ikke rutinemessig ble skrevet sammendrag for hver uke pasientene var innlagt ved Østmarka. Dette er i strid med foretakets egen retningslinje EQS 5094. Det gis anbefaling om å følge opp etterlevelse av retningslinjen gjennom internkontroll.

Langtids spesialpostene: Pasientperspektivet og brukermedvirkning kom bedre til syne i journalene til pasientene som var innlagt ved spesialpost 6 og 7. Dokumentasjonen omfattet nedtegnelser om hyppige tverrfaglige behandlingsmøter og håndtering av pasientens utfordringer på flere områder: Voldskartlegging/HCR-20, mestringsstrategier, gjeldsproblematikk, hjelp til å finne egnet bolig og oppfølgingstjeneste, hjelp til rusproblematikk, fysisk- og sosial trening, medisintilpasning, relasjonsbygging med PART, samhandling med kommunale tjenester og planlegging av hvilken oppfølging pasienten skal ha på kort og lang sikt. En av pasientene var også på arbeidstrening.

Nidaros DPS og PART: I flere av journalene kommer det frem at pasienten hadde stort behov for tverrfaglig oppfølging mens pasienten var utenfor døgninstitusjon, men det kom ikke tydelig frem innholdet og hyppighet av den, hvem som var kontaktperson og videre plan eller hvilken rolle og ansvar kommunehelsetjenesten skulle ha for å følge opp pasienten. I flere tilfeller viste stikkprøvekontrollen at pasienter ikke rakk å få besøk av PART før pasienten igjen ble reinnlagt ved akuttpost på Østmarka.

I psykisk helsevernloven stilles det krav om at frivillighet skal være forsøkt før en tar i bruk tvang, og det er nødvendig å sette inn tiltak for å forebygge tvangsinnleggelser. Tiltakene forankres både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, det er derfor viktig med et

strukturert samarbeid mellom nivåene for å forebygge nye innleggelser. Internrevisjonen er kjent med at klinikkene har flere team som skal ivareta samarbeidet opp mot kommune og pasienter under TUD, bl.a. PART. Hvilken plan som legges for oppfølgingen av den enkelte TUD-pasient og hvordan planen blir kommunisert til dem fremstår for Internrevisjonen uklart, da Internrevisjonen finner lite spor av dette i DocuLive kapittel A9: Behandlingsplaner, B1 Psykiatri og i §4-10 vedtakene.

Pasientjournalene viste variasjoner i dokumentasjonen etter PART sine pasient-oppfølgende tjenester. I noen pasientjournaler kommer det frem at pasienten skal følges opp av PART, men i praksis får sin oppfølging på depotpoliklinikken ved Nidaros DPS. I andre pasientjournaler kommer det frem at det i perioder er regelmessige besøksrapporter, før det plutselig opphører helt uten begrunnelse. I flere tilfeller observerte Internrevisjonen at pasienter ble overført fra PART til akuttpost ved Østmarka uten at det sto skrevet noe om foranledningen dokumentert fra PART i løpende journal eller i overføringsvedtak (se kapittel 4.5).

Bruk av riktig dokumenttype, dokument-innhold og tilhørighet i B1 Psykiatri: Alle pasientjournalene vise at det var ulik bruk av type dokument, for eksempel Journalnotat i stedet for Innkomstnotat, Vedtaksnotat, Paragrafvurdering, Medisinnotat, Sammendrag, Overføringsnotat, Utskrivningsnotat og 3-månederskontroll. Stikkprøvekontrollen viste at de ulike dokumenttypene mangler dokumentasjonsstøtte i form av dokumentasjonsmaler (standardtekst). Ved å ikke bruke riktig dokumenttype i DocuLive er det vanskeligere i ettertid å få oversikt over pasientforløpet og relevant informasjon. I tillegg vil det kunne svekke internkontroll-miljøet.

4.5. Mangelfulle overføringsvedtak

Phvl. §3-5 regulerer hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte etter vilkårene i phvl. §3-3, herunder overføring til behandling uten døgnopphold i godkjent institusjon når dette etter en konkret vurdering og vedtak etter phvl. §4-10 (overføring uten samtykke) er et bedre alternativ for pasienten. Vurderingen skal foretas fortløpende med særlig vekt på hva pasienten selv ønsker. Ressurshensyn er ikke relevante. Pasientens sykdom, bo- og familie-situasjon, sosiale situasjon og individuelle behov, samt pasientens pårørende og deres situasjon, skal tas hensyn til (phvf. §11). Vedtaket skal ha en beskrivelse av behandlings-tilbudet, og det skal fremgå klart hvorfor overføring anses som nødvendig. Overføring *fra* tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold *til* tvungent psykisk helsevern med døgn-opphold medfører høyere grad av tvang, og skjerper kravet til begrunnelse.

Ved overføring vil det opprinnelige vedtaket om etablering av tvungent psykisk helsevern fortsatt gjelde. I henhold til phvl. §3-7 skal imidlertid ingen holdes under tvungent psykisk helsevern uten at vilkårene etter phvl. §3-3 er oppfylt. Det medfører at faglig ansvarlig ved mottagende institusjonen må undersøke pasienten, dokumentere vurderingene i journalen og formidle vedtaket til pasient og nærmeste pårørende. Pasienten og/eller pasientens nærmeste pårørende har rett til å klage på overføringsvedtaket senest en uke etter at vedtaket er fattet.

Internrevisjonen har identifisert flere retnings-linjer som dekker etablering, overføring og opphør av tvungent psykisk helsevern. EQS 17430 gir en oversikt over retningslinjer for registrering av pasienter som overføres mellom avdelinger eller mellom tvungent vern med og uten døgnopphold (Nidaros DPS). EQS 14854 gir retningslinjer for vakthavende leger. EQS 13059 gir retningslinjer for hvem som kan treffe vedtak etter phvl. EQS 39422 gir retningslinjer for leger på vakt ved Østmarka og EQS 13061 som skal sikre forsvarlig oppfølging av vedtak om

overføring uten eget samtykke jf. phvl §4-10. Fra 2008 fant Internrevisjonen EQS 13593 som har til hensikt å sikre forsvarlig oppfølging av vedtak for pasienter under tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold. Prosedyren inneholder en tydelig ansvars- og arbeidsbeskrivelse. Merknader til disse prosedyrene er gitt i Appendiks A.

Stikkprøvekontrollen viste:

- at det i noen tilfeller manglet vedtak etter phvl. §4-10 (overføring uten samtykke) for overføringer fra døgnopphold til uten døgnopphold, og fra uten døgnopphold til døgnopphold. For en pasient manglet det seks §4-10 vedtak. Den aktuelle pasienten var ikke innlagt frivillig etter hovedregelen om samtykke (phvl. §2-1).
- store mangler i vedtak etter phvl. §4-10 i flere av journalene. I et eksempel fra 2019 overføres pasient fra behandling uten døgnopphold til Nidaros sengepost 2 med følgende vedtaksbegrunnelse "Pasienten trenger trygge rammer". I et annet eksempel fra 2020 var eneste begrunnelse "Søkes inn for et stabiliseringsopphold ved DPS". Begrunnelsen oppfyller i disse tilfellene ikke formkravene i phvl. §3-3.
- at flere vedtaksansvarlige viser til innleggende/henvisende leges journal notat eller andre journalnotat (eksempelvis notat fra psykiatriske sykepleiere i PART eller til innkomstnotat) i begrunnelsen av vedtak. I en av journalene er det henvist til et notat skrevet fire uker tidligere, uten ytterligere informasjon om pasienten. I noen tilfeller ble det påvist at mottakende lege ved Østmarka akuttpost sto delvis eller helt uten informasjon om pasienten når pasienten ble lagt inn med overførings-vedtak phvl. §4-10 fra uten døgn til døgn.
- flere tilfeller av uklare ansvarsforhold, feil angivelse av dato og år for når tvungent psykisk helsevern var etablert, samt at det ikke var samsvar mellom avkryssing for overføringskategori og beskrivelse i vedtaket.

Samlet sett vurderer internrevisjonen at risikoen for brudd på myndighetskrav i form av manglende begrunnelse i vedtak etter phvl. §4-10 er relativt høy, men håndterbar. Praksis med henvisning til begrunnelse i andre journal-dokumenter er ikke egnet til å rette opp dette inntrykket, og kan være en indikasjon på at helseforetakets internkontroll på området ikke er effektiv slik at åpenbare mangler ikke blir korrigert.

Internrevisjonen anbefaler:

- at helseforetaket gjennomgår prosesskart og retningslinjer for overføringsvedtak etter phvl. §4-10, og sikrer god veiledning for gjennomføringen av formkravene i phvl. §3-3. Overføring fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold fører til høyere grad av tvang for pasienten, og skjerper kravet til begrunnelse.
- at klinikkenes internkontroll gjennomgås for å sikre at den er egnet til å sikre etterlevelse av myndighetskrav og eventuelt å avdekke risiko for at brukerperspektivet og bruker-medvirkningen i tjenestene blir svekket.

4.6. Mangelfull systemstøtte for vedtaksmaler

Etter endring i phvl. i 2017 arbeidet helse-foretakene i Midt-Norge med å etablere ny mal for vedtak etter phvl. §3-3a og §4-4a i EPJ-systemet DocuLive. Oppdatert mal omfattet kun et nytt kommentarfelt med overskriften *Begrunnelse* (se Appendiks B) og ble tilgjengelig i juni 2018. Etter internrevisjonens vurdering var denne tilretteleggingen utilstrekkelig fordi formkravene til de ulike vedtakstypene ikke var innarbeidet. Innarbeiding av formkravene kunne etter internrevisjonens vurdering ha vært løst enkelt ved å opprette wordmaler i journal-løsningen, og å tydeliggjøre gjennom EQS-retningslinjer at malene skal brukes, og hvordan de skal brukes. Eksempelvis å klippe og lime vedtaksteksten inn i vedtaksformularet, eller å etablere journalnotat som vedlegg til vedtaket.

I og med at formkravene til vedtak har et brukerperspektiv og omfatter relativt mange nedtegnelser om brukermedvirkning, og at psykisk helsevern har inngått som prioritert målområde i oppdragsdokumenter over flere år, vurderer internrevisjonen at tilrettelegginger i DocuLive har vært mangelfull. Det har vært svikt på virksomhetsnivå med tanke på å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (sphl. §2-2). Det har også vært svikt på sørge-for-nivå med tanke på å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med myndighetskrav (sphl. §2-1 a fjerde ledd).

For å kompensere for manglende systemstøtte er internrevisjonen kjent med at noen vedtaksansvarlige selv har sørget maler som kan ivareta formkravene, brukerperspektivet og brukermedvirkningen. Fra journalgjennomgåelsen har internrevisjonen funnet at vedtaksansvarlige som benytter overskrifter som er i tråd med lovkravene ofte formulerer vedtak som er i tråd med lovkravene. Helsepersonell som på tross av manglende systemstøtte følger myndighetskravene, bidrar også til faglig forsvarlighet i tråd med hpl. §4.

Internrevisjonen har mottatt en kort orientering med eksempler om hvordan vedtaksmaler er tilrettelagt i ny løsning Helseplattformen. Det er opplyst at vedtaksmaler bygges i henhold til E-helsedirektoratets EPJ-standard. Internrevisjonen har fått forståelse for at løsningen bygges med tekstfelt for utdyping av hvert enkelt myndighetskrav, at det etableres egen notattype for evaluering etter bruk av tvang, og at det legges til rette for EQS-støtte, kompetanseportal og læringsportal i løsningen. Internrevisjonen anbefaler at St. Olavs hospital HF selv, eventuelt i samarbeid med regionalt helseforetak eller internrevisjonen, følger opp innføringen med en 6-månedersevaluerig for å avklare fyllingsgrad opp mot myndighetskrav, kartlegging av vedtaksansvarliges erfaringer med ny løsning, og status for oppdatering av interne retningslinjer.

4.7. Mangelfull dokumentasjon av brukermedvirkning i vedtak

Internrevisjonen har undersøkt dokumentasjon knyttet til vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (phvl. §3-3a). Som forklart i kapittel 4.4 mangler det støtte i maler for vedtak i journalsystemet. I tillegg angir retningslinjen EQS 14854 (se Appendiks A) en praksis som etter internrevisjonens vurdering er mangelfull i forhold til myndighetskravene. Begrunnelse skal framgå av vedtaket.

Internrevisjonen har lagt til grunn at myndighetskravene vil være oppfylt dersom vedtaksansvarlige oppretter lenker mellom vedtaket og støttedokument i løpende journal hvor vurderinger av vilkårene for vedtaket (phvl. §§3-2 og 3-3) er nedtegnet. Dokumentert vurderingen av vilkårene har betydning for å kunne ivareta krav til brukerperspektiv og brukermedvirkningen i behandlingen.

Internrevisjonen fant at alle i stikkprøveutvalget benyttet vedtaksmalen. Alle vedtaksansvarlige (eller annen overlege/ fagansvarlig) hadde også opprettet støttedokument til vedtaket. Ved nærmere analyse av dokumentasjonen ble det påvist stor variasjon i hvor mange av minimumskravene i phvl. §§ 3-2 og 3-3 som var nedtegnet i støttedokumentet for vedtaket. Spesielt mangelfullt var det om pasientens uttalelse, erfaring og syn på tvang og hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet ville medføre for pasienten.

Det varierte også hvilken type støttedokument som ble benyttet. I stikkprøveutvalget forekom dokumenttypene Journalnotat, Innkomstnotat, Vedtaksnotat eller Paragrafvurdering. Undersøkelse av hvilke maler som var etablert som støttedokumenter til vedtak i DocuLive ble resultatløs. Mal for vedtaksnotat var tom (blankt ark), og mal for Paragrafvurdering inneholdt kun test for standardtekst. Disse funnene utdyper manglene som er omtalt i kapittel 4.4. Stikkprøvene viste også flere tilfeller hvor støttedokument til vedtaket ikke var lenket sammen med vedtaket. Videre undersøkelse viste at formkravene i regelverket ikke var innarbeidet.

Stikkprøvekontrollen omfattet også vedtak etter følgende bestemmelser phvl. kapittel 4:

- vedtak om skjerming (phvl. §4-3)
- vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (phvl. §4-4a)
- bruk av tvangsmidler (phvl. §4-8), og
- vilkår om vern av personlig integritet (phvl. §4-2): Pasienten skal om mulig gis anledning til å uttale seg før det fattes vedtak etter lovens kapittel 4. Hva som er uttalt skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang skal vektlegges.

Stikkprøvekontrollen viste at vedtak etter phvl. §4-4a i hovedsak var dokumentert i tråd med lovkravene. For vedtak etter §§4-3 og 4-8 ble det ikke identifisert nedtegnelser om pasientens uttalelse generelt, eller pasientens uttalelse om tidligere erfaring med bruk av tvang i vedtakene. Pasientens uttalelser kom heller ikke tydelig til syne gjennom støttedokumenter til vedtakene i pasientjournalen.

En av de 20 stikkprøvekontrollene viste at det to ganger, flere dager etter utløpt vedtak om skjerming, var avglemt å fornye skjermingsvedtaket. I disse tilfellene ble nye skjermingsvedtakene registrert tilbake i tid. Internrevisjonen vurderer dette som at pasienten har vært skjermet uten skjermingsvedtak. Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket følger opp denne observasjonen med å vurdere hvorvidt tilbakedatering av vedtak faktisk har skjedd, og hvilke konsekvenser det eventuelt kan ha i forhold til regelverket, og at det eventuelt treffes korrigerende tiltak.

En annen stikkprøvekontroll viste at det i perioder ikke ble ført løpende journal for pasient som var påført belter (vedtak etter phvl. §4-8). Omfanget av beltleggingen er én periode på to uker, én periode på en uke, og i ett tilfelle i et ukjent tidsrom. I ett av tilfellene gikk det 5 dager til neste legenotat. I et annet 11 dager. Brukerperspektivet, brukermedvirkningen og pasientens vern om personlig integritet etter phvl. §4-1 kommer i ikke godt frem i journalen.

4.8. Mangelfull internkontroll og underretning om vedtak

Pbrl. §3-3 og phvf. §10 stiller krav om at pasienten og pasientens nærmeste pårørende skal ha kopi av vedtakene. I de tilfellene et vedtak ikke er fullstendig med hensyn til hvilke vurderinger som er gjort, må det vedlegges støttedokument som gjør rede for vurderingene (se kapittel 4.7).

Stikkprøvekontrollen kunne ikke belyse om pasienter og pårørende har fått utskrift av fullstendige vedtak, eventuelt hvilke støttedokument som var oversendt sammen med vedtak som i seg selv ikke var fullstendige. Dokumentgjennomgåelsen av retningslinjer i ledelsessystemet ga heller ikke svar på hvem som har ansvar for å skrive ut vedtak, kontrollere vedtakenes fullstendighet og oversende kopi til pasienter, pårørende, kontrollkommisjonen og fylkeslege når det er aktuelt.

Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket gjennomgår og eventuelt korrigerer retningslinjene for fullstendighetskontroll og utsending av vedtak. Brukerperspektivet og brukermedvirkningen er etter internrevisjonens vurdering en egenart ved virksomheten som gjør at slike retningslinjer skal være dokumentert i ledelsessystemet jamfør forlk. §5 og sphl. §3-4a.

4.9. Mangelfull evaluering etter bruk av tvang

Pasienter skal i henhold til phvl. §4-2 og phvf. kapittel 4 gis tilbud om å gjennomføre evalueringssamtale i etterkant og i kort tid etter tvangsinngrep. Det er ikke anledning til å samle opp flere vedtak før pasienten tilbys slik samtale.

Formålet med evalueringssamtalen er læring, forebygging av nye episoder, og å avklare om tvangsinngrepet kunne blitt gjennomført på en måte som pasienten ville opplevd som mer skånsom. Det skal framgå hvorvidt pasienten fikk tilpasset informasjon før iverksettelse, pasientens vurdering av hva som utløste

situasjonen, samt hvordan nye episoder kan forebygges. Pasientens syn på tiltakene skal nedtegnes i journal. Nedtegnelsen skal være en del av beslutningsgrunnlaget i eventuelle senere situasjoner der det vurderes å treffe vedtak om tilsvarende tiltak.

Internrevisjonen kan bekrefte at helseforetaket har etablert retningslinjer for å gjennomføre evalueringssamtale med pasienten etter skjerming og tvangsbruk (EQS 39422), og å journalføre pasientens syn uten ugrunnet opphold (EQS 5094). Når det gjøres nye funn eller vurderinger som kan ha betydning for utredning og behandling eller oppfølging og kontroll, så skal disse dokumenteres.

Stikkprøvekontroll utført i DocuLive *B1 Psykiatri-Behandler* identifiserte kun få nedtegnelser om evalueringssamtaler etter tvangstiltak etter phvl. §4-3 (skjerming), 4-4a (undersøkelse og behandling) og 4-8 (bruk av tvangsmidler). I noen journaler dokumenteres det at det er gitt tilbud om eller forsøkt gjennomført evalueringssamtale. Internrevisjonen har vurdert at manglene indikerer svikt i etterlevelsen av egne retningslinjer og myndighetskrav. Internrevisjonen anbefaler derfor å undersøke årsaken til at etterlevelsen svikter, og å iverksette hensiktsmessige korrigerende tiltak. Tilretteleggingen for dette i Helseplattformen er belyst i kapittel 4.4.

4.10. Mangler ved 3-månederskontroller

I henhold til phvl. §3-5 har den godkjente institusjonen ansvaret for oppfølgning av den psykiatriske undersøkelsen og behandlingen for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern etter vilkårene i phvl. §3-2 eller §3-3. Det gjelder også når pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold [37].

På grunn av at helsetjenesten ikke kan gjennomføre tvungent psykisk helsevern uten at vilkårene i phvl. §3-3 er oppfylt, skal den faglige ansvarlige i henhold til phvl. §4-9 minst en gang hver tredje måned undersøke pasienten og fastslå om vilkårene for tvungent psykisk helsevern fremdeles er til stede. Vurderingene skal nedtegnes i journalen.

Internrevisjonen har gjennomgått 80 3-månederskontroller. De fleste av disse var opprettet som vedtak og dokument under *B1 Psykiatri: Behandler* i journalen. I noen tilfeller var dokumentasjonen av 3-månederskontrollen opprettet som journalnotat med selvskrevet overskrift «3 måneders vurdering» eller i dokumentet «3 måneders vurdering».

Gjennomgåelsen viste at det er mangler ved begrunnelsen i vedtakene, og spesielt forhold om pasientens uttalelse, holdninger og erfaringer med tvang, samt uttalelser fra pårørende. I noen tilfeller kom det frem at pasienten ikke har vært til stede når vurderingen ble gjort. I flere tilfeller manglet en eller flere 3-månederskontroller, og i noen tilfeller var de gjennomført etter fristen.

Internrevisjonens anbefaling går også her ut på å sikre at mal som spesifikt ivaretar regelverkets formkrav til dokumentasjonen er tilgjengelig i journalsystemet. Fram til Helseplattformen innføres er dokumenttypen «3-måneders-vurdering» etter internrevisjonens vurdering egnet til å ivareta formkravet. Ved innføring av Helseplattformen anbefales det å vurdere en konfigurasjon som gir fagansvarlig systemstøtte for oppfølging av 3-månederskontroll.

4.11. Mangler ved ettårsvurderinger

I henhold til phvl. §3-8 tredje ledd og phvf. § 59 opphører tvungent psykisk helsevern etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker til at vernet skal forlenges. Fristen er absolutt [37]. Når det er behov for å forlenge tvungent psykisk helsevern skal faglig ansvarlig fremme begjæring om forlengelse. Grunnlaget for begjæring om forlengelse skal sendes som søknad til Kontrollkommisjonen og skal følge retningslinjer for Kontrollkommisjonens saksbehandling [38]. Begjæring om forlengelse skal i henhold til phvl. §14 være Kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før fristen for forlengelse utløper.

Kontrollkommisjonen rolle er å ta stilling til samtykke med begjæringen om forlengelse.

Internrevisjonens stikkprøvekontroll viste:

- fire vedtak etter phvl. §3-8 i L1 Juridiske dokumenter.
- at vanlig praksis er å skrive ettårsvurdering (ikke som vedtak etter phvl. §3-8) i B1 Psykiatri eller som søknadsbrev til Kontrollkommisjonen
- to forglemmelser hvor søknad til Kontrollkommisjonen om forlengelse av tvungent psykisk helsevern ble sendt inn for sent eller avglemt, slik at tvungent psykiske helsevernet opphørte. For en av pasientene fikk dette livskritiske konsekvenser ved at pasienten nektet å motta hjelp og medisiner.
- mangel på dokumentasjon for at pasienten hadde fått forlenget det tvungent psykisk helsevern. Dokumentasjonen for øvrig viste at pasienten fortsatt var underlagt tvungent psykisk helsevern.
- Dokumentmal for ettårsvurdering i B1 Psyk mangler på lik linje med dokumentmal for 3-månedersvurdering standardtekst som reflekterer formkrav til innhold.
- Alt underlag og kontrollkommisjonens konklusjon var samlet under L3 under kontrollkommisjon og i de fleste tilfeller som ett dokument.

Internrevisjonen kan ikke bekrefte at vedtaks-mal for ettårsvurderinger i EPJ-systemet ivaretar formkrav i henhold til phvl. §3-8. Det kan heller ikke bekreftes at ettårsvurderingene blir oppbevart i EPJ på en systematisk måte. Videre kan det ikke bekreftes en systematikk som sikrer alle pasientene samtale med faglig ansvarlig for ettårsvurdering. Etter intern-revisjonens vurdering foreligger det risiko for at mangelfull systematikk kan svekke bruker-perspektivet som er etablert i form av myndighetskrav. Internrevisjonen anbefaler helseforetaket å sikre:

- at det etableres mal for ettårsvurdering som er i tråd med formkrav i regelverket
- at det foreligger retningslinjer for arkivering og korrespondanse med Kontrollkommisjonen

4.12. Kontrollkommisjonens rolle

Kontrollkommisjonen har i henhold til phvf. §3-87 ansvar for å etterprøve vedtak om etablering, opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern. Utdypende bestemmelser er gitt i phvf. kapittel 7.

I og med at internrevisjonens stikkprøvekontroll har påvist en del mangler, kan det være hensiktsmessig å undersøke hvorvidt tilbake-meldinger fra Kontrollkommisjonen inneholder merknader om svikt i helseforetakets arbeid med vedtak. Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket foretar slik gjennomgåelse og vurderer hvorvidt disse tilbakemeldingene kunne ha vært brukt i forbedringsarbeidet.

4.13. Individuell plan

Pasienter underlagt TUD har i henhold til pbrl. §2-5/sphl. §2-5 rett til å få utarbeidet individuell plan. Etablering av individuell plan krever i henhold til pbrl. kapittel 4 og fhr. §17 pasientens samtykke, og pasienten har i henhold til phvl. §3-1 en rett til å medvirke når planen skal utarbeides.

Helseforetaket har etter phvl. §4.1 plikt til å varsle kommunen så snart behovet for individuell plan er identifisert, og til å samarbeide med kommunen for å sikre et helhetlig tilbud til pasienten. Fhrik. utdyper disse bestemmelsene.

Internrevisjonen kan bekrefte at helseforetaket har etablert retningslinje for individuell plan (EQS 8674) som er vurdert å være i tråd med regelverket. Gjennom stikkprøvekontrollen ble det imidlertid identifisert kun én individuell plan. I rapporten Tvang uten døgnopphold "Tvang som rutine?» [20] framgår det at helse-foretakets informasjon om vedtak, individuell plan og behandlingsforløp kan bli gitt på

tidspunkt hvor pasientene er ute av stand til å ta inn over seg formålet med, innholdet i og fordelene med individuell plan. Internrevisjonen anbefaler derfor at helseforetaket gjennomgår og eventuelt korrigerer praksis for informasjon til pasientene om individuell plan for pasienter underlagt TUD opp mot regelverk og egen retningslinje.

4.14. Behandlingsplaner

Krav til behandlingsplan framgår i kapittel 3.3.4. Kravet har sammenheng med at pasientene så langt som mulig skal være aktivt deltagende i den helsehjelpen de mottar jamfør pbrl. §3-1 (retten til medvirkning), pbrl. §3-2 og phvf. §6 (retten til informasjon), og phvl. §4-2 (vern av pasientenes integritet). Pbrl. §3-1 omfatter retten til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. For pasienter som har Individuell plan (ref. kap. 4.13) vil behandlingsplanen være en del av denne [39], [40].

Internrevisjonen kan bekrefte at helseforetaket har etablert retningslinjer (EQS 5094, 33383 og 16413) for utrednings- og behandlingsplan. EQS 16413 omfatter følgende krav:

- behandlingsansvarlig skal utforme og dokumentere behandlingsplanen
- behandlingsplanen skal holdes oppdatert og reelt følges
- utforming skal skje i samarbeid med pasienten og øvrig involvert helsepersonell
- at det skal framgå at/hvordan pasienten har medvirket
- at pasienten skal ha tilgang til planen og tilbys utskrift av den
- behandlingsplanen skal oppbevares i DocuLive kapittel A9

Det er også naturlig at kriseplan (se kapittel 4.15) inngår som en del av en behandlingsplanen. Ingen behandlingsplaner i stikkprøvekontrollen hadde kolonne med kriseplan.

Stikkprøvekontroll er utført i DocuLive kapittel 9A Behandlingsplan. Internrevisjonen kan ikke bekrefte at behandlingsplaner utformes og følges opp i tråd med kravene. I redegjørelsen om pasientens medvirkning sto det i de fleste tilfeller bare at pasienten var underlagt §3-3 tvungent psykisk helsevern. Journalteksten kan etter internrevisjonens vurdering oppfattes slik at medvirkning ikke er aktuelt når begrunnelsen er at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern. Ut fra dokumentasjonen som er gjennomgått kan det heller ikke bekreftes at pasientene har vært involvert i utformingen av behandlingsplanen, eller at pasientene har fått utskrift av behandlingsplanen.

Internrevisjonen kan bekrefte at det utføres internkontroll i form av stikkprøvekontroller i pasientjournal to ganger i året. I tidligere kontroller har det kommet frem at akuttpostene på Østmarka bruker F10 Pleieplan i stedet for A9 Behandlingsplan. De har også kommet fram at omtrent halvparten av pasientene som inngikk i journalanalysene (periode 2017 – vår 2021) har fått behandlingsplan. Av disse ble det påvist at omtrent halvparten deltatt i utformingen av den. Ved Nidaros DPS kom det i tillegg frem at 25-30% av pasientene som ikke hadde fått behandlingsplan skulle hatt det. Så vidt internrevisjonen er kjent med har disse analysene ikke omfattet vedtak, evalueringssamtale, individuell plan og kriseplan. Internrevisjonen anbefaler å sikre at internkontrollen rettet mot behandlingsplaner dekker brukerperspektivet og brukermedvirkningen. De anbefales også at journalanalysene innrettes mot myndighetskrav om nedtegnelse av journaldokumentasjon.

4.15. Krisemestringsplan

Retningslinje EQS 33383 påpeker at mange pasienter har behov for en krisemestringsplan som del av behandlingsplanen. Retningslinje EQS 28719 påpeker betydningen av at pasienten deltar i utformingen av plan for behandling og oppfølging, og at det skal avholdes samarbeidsmøte/ansvarsgruppemøte cirka hver tredje måned hvor blant annet planen

skal evalueres og oppdateres. Retningslinjen har henvisning videre til egen retningslinje for krisemestringsplan (EQS 18856). Her framgår det at:

- krisemestringsplanen enten kan være del av en individuell plan, eller registreres separat i DocuLive mappe A: "Kriseplan"
- krisemestringsplanen skal sendes som vedlegg til epikrise og/eller miljøterapi-sammenfatning.

Retningslinjen omfatter også vedlegg for kartlegging av varselsignaler og maler for krisemestringsplan og selvhjelpsplan/kriseplan.

Internrevisjonen kan bekrefte at retningslinjene i ledelsessystemet er godt tilrettelagt for å kunne håndtere myndighetskravene til bruker-medvirkning. I stikkprøvekontrollen ble det identifisert krisemestringsplaner hos 5 av 20 pasienter. Tre behandlingsplaner hadde beskrivelser om at krisemestringsplan skulle etableres. Ett notat fra behandlingsmøte omfattet beskrivelse om at utkast til krisemestringsplan skulle sendes til kommunen. Internrevisjonen kunne ikke gjenfinne disse planene, og fikk derfor ikke verifisert at planene var realisert.

I ett tilfelle ble det identifisert Krisemestrings-plan under A9: Behandlingsplaner i DocuLive. Det ble også funnet en krisemestringsplan i ett journalnotat skrevet av en psykiatrisk sykepleier i PART og tre krisemestringsplaner i A6 Pasientorientering. Det ble utført stikkprøve-kontroll i epikriser uten funn av krisemestrings-planer. Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket sikrer en hensiktsmessig oppbevaring av krisemestringsplaner i Helseplattformen.

5. Faktaverifikasjon

Følgende tilbakemelding er gitt i forbindelse med faktaverifikasjon:

- Det er pekt på at pasienter ikke er intervjuet, at det ikke er gjort observasjon av pasient-behandling eller brukermedvirkning «live». Internrevisjonens merknad: grunnlaget baserer seg på kun foreliggende skriftlig dokumentasjon som EQS prosedyrer, løpende journal og vedtaksskjema. Deler av journal som e-korrespondanse med kommune, sykepleie dokumentasjonen i journal o.l. er gjennomgått der det har vært nødvendig. Dette kunne vært tydeliggjort. Forbeholdet er tatt inn i rapportens innledning.

- Det er reist spørsmål ved hvorvidt formulering i lovtekst som grunnlag for automatiske søk i løpende journal og påpekt at søkemotor i DocuLive er ikke spesielt god. Internrevisjonens merknad: Automatiske søk i løpende journal er ikke brukt. Fremgangsmåte er belyst i kapittel 6.3

- Revisjonsteamet oppfordrer til å bruke overskrifter i notat fra hvert myndighets-krav, slik at det blir enklere for revisjonen å kontrollere at myndighetskrav er oppfylt. Selv om myndighetskrav skal fylles finnes det mange andre formål som må tas hensyn til i utforming av journal og notater som behandling o.l.
  Internrevisjonens merknad: Det er lagt til grunn at dokumentasjonen må følge formkrav i regelverket, som spesifisert i E-helsedirektoratets EPJ-standard, og som blir lagt til grunn i Helseplattformen. Disse formkravene kunne vært tilrettelagt også i DocuLive ved hjelp av wordmaler allerede da ny phvl. trådte i kraft 1. september 2017.

- Det beskrives kun kort enkelte steder i rapporten kompleksiteten ved valgt pasient-gruppe. De fleste har et langt behandlings-forløp ved sykehuset og svært omfattende journaler. Ved bare å se på en tidsbegrenset periode i et langt pasientforløp er det fare for at viktig informasjon også omkring brukermedvirkning ikke kommer frem og blir korrekt beskrevet.
  Internrevisjonens merknad: Fremgangsmåte er belyst i kapittel 6.3, og internrevisjonen vurderer at grunnlaget for merknader og anbefalinger er grundig og godt gjort rede for. I rapportens innledning er forbehold med hensyn til kompleksiteten belyst. I kapittel 4.4 er det belyst situasjon hvor pasientene sier lite. I tillegg er det tatt med anonymiserte pasienthistorier for å belyse kompleksiteten i dette tjenesteområdet. Pasienthistoriene er tatt ut av endelig versjon av rapporten jamfør forklaring i rapportens innledning.

- Det er påpekt at revisjonsrapporten omfatter mye om mangler ved vedtak. Vedtakene er pr i dag på mange sider. De er bygd opp for å innfri myndighetskrav og at vedtakene skal være enkle for kontroll organer å kontrollere. Revisjonen foreslår ytterligere utvidelse eller presisering av vedtakene. Med revisjonens fokus på en pasientgruppe med lavt funksjonsnivå med psykose, rus og sosioøkonomiske vansker, hadde det vært interessant med en vurdering/drøfting om vedtakene ut fra et brukerperspektiv, inkl. pasient og pårørende, gir tilpasset informasjon så de kan forstår vedtaket og få ivaretatt sine rettigheter bla. i forhold til å klage ol. Internrevisjonens merknad: Formkravene i phvl. er utarbeidet for denne pasient-gruppen, og det ligger til grunn at dokumentasjonen må følge formkrav i regel-verket, som spesifisert i E-helsedirektoratets EPJ-standard, og slik det er lagt til grunn i Helseplattformen. Internrevisjonen har vurdert at ingen av vedtaksmalene er bygd opp etter formkrav i regelverket, og at vedtakene i mange tilfeller heller ikke oppfyller kravene. Underlaget for rapportens merknader og anbefalinger er grundig vurdert, og det er i kapittel 4.12 også reist et spørsmål vedrørende Kontroll-kommisjonens tilbakemeldinger.

- Det er bedt om PID for å undersøke merknad om manglende dokumentasjon under belte-legging. Internrevisjonens merknad: PID er oversendt.
- Det er bedt om å klargjøre hvilke vedtak internrevisjonen viste til i merknader om Mangelfull evaluering etter bruk av tvang. Internrevisjonens merknad: Dette framgikk av henvisningene til regelverket samt i oversikt for dokumentasjon i løpende journal. I denne rapporten er dette omtalt i kapittel 4.9 og kapittel 6.3.
- Det er reist spørsmål vedrørende pasienter med brukerstyrt plass. Internrevisjonens merknad: Pasienter med brukerstyrt plass inngår ikke i utvalget for stikkprøvene, se kapittel 6.3. De er heller ikke påvist pasienter med brukerstyrt plass i journalgjennomgåelsen.
- Det er reist spørsmål overføringsvedtak mellom poster innad i avdeling Østmarka. Internrevisjonens merknad: Intern-revisjonen har lagt til grunn bestemmelsene i phvl. §4-10 om overføring uten samtykke. Her har definisjon av lovens ordlyd «institusjon» vært avgjørende, og at det er snakk om institusjon som er ansvarlig for vernet, med krav om å ha løpende oversikt over pasientens situasjon. Det internrevisjonen har gitt merknad om er overføring mellom DPS og Østmarka, som etter dette ikke er samme institusjon.
- Det er gitt merknad om å ta med begge sidene i vedtaksmal for phvl. §3-3 (Appendiks B). Internrevisjonens merknad: Begge sidene er tatt med i rapporten.
- Det er gitt merknad om formuleringer i tre eksempler som kan grense til medisinsk-faglige vurderinger. Internrevisjonens merknad: Eksemplene er tatt vekk fra rapportens kapittel 4 som underlag for internrevisjonens merknader. Intern-revisjonen har lagt vekt på å belyse hvorvidt pasient og pårørendes syn er nedtegnet i vedtak i tråd med formkrav i regelverket, eller i løpende journal, og har vært nøye med å ikke berøre medisinskfaglige vurderinger.
- Det er gitt merknad om praksis for journalføring som ikke er i overensstemmelse med egen retningslinje EQS 5094. Internrevisjonens merknad bygger på journalgjennomgåelsen hvor det kun ble identifisert få ukessammendrag. Intern-revisjonen har lagt vekt på at det skal være lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp jamfør pjf. §4 og hpl. §40. Erfaringen etter journalgjennomgåelsen er at det har vært arbeidskrevende å få oversikt over en stor mengde journalnotater, og at retningslinjens krav om ukessammendrag derfor virker hensiktsmessig.

6. Forberedelse og gjennomføring

6.1. Revisjonens tidsplan og lokaliteter

Revisjonen er gjennomført fra Helse Midt-Norge RHF sine lokaler i Stjørdal. Møter er gjennomført digitalt.

- Mandat godkjent 28. april 2021
- Revisjonsvarsel 25.juni 2021
- Åpningsmøte 20. august 2021
- Faktaverifikasjon 15.oktober 2021
- Rapport frigitt 26. november 2021

6.2. Revisjonsaktiviteter

RA01	Innledende studier
RA02	Strategier, utviklingsplan og forbedringsprogram
RA03	Ledelsessystem, organisering, pasientforløp
RA04	Styresaker
RA05	Kvalitet og pasientsikkerhet
RA06	PasOpp undersøkelsen (psykisk helsevern)
RA07	Tidligere revisjoner og tilsyn
RA08	Implementering av phvl. 2017
RA09	Stikkprøvekontroll
RA10	Opplæring og kompetanseplan.

6.3. Stikkprøver i pasientjournal

Formålet var å undersøke samsvar mellom krav til dokumentasjon og faktisk dokumentasjonen. Utvalget på 20 pasienter er definert ved at:

- de har minst ett vedtak om tvungent psykisk helsevern (phvl. §3-3) ved akutt-psykiatrisk døgnpost etter 1. sept. 2017, og
- har blitt overført til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (phvl. §4-10), og
- har minst en reinnleggelse (overføring etter phvl. §4.10 fra TUD til døgnopphold).

De fleste hadde flere innleggelser i perioden.

Enhetene som hadde behandlingsansvaret underveis i pasientforløpet varierte fra pasient til pasient, men alle hadde hatt første innleggelse ved en akuttpost ved Østmarka.

Stikkprøvekontrollen omfattet:

- Flere tusen sider med pasientjournal i B1 Psykiatri: Behandler (Appendiks C)
- 1 Individuell plan (A8: Individuell plan)
- 15 behandlingsplaner (A9: Behandlingsplaner) Sjekket nyeste BP
- 5 kriseplaner, en i A9: Behandlingsplan, en som notat i B1 Psykiatri: Behandler og tre i A6: Pasientorientering
- 35 vedtak om tvungent psykisk helsevern (§3-3) i L1: Innleggelsesdok./vedtak
- 32 vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (§3-7) i L1: Innleggelsesdok./vedtak
- 2 vedtak om etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern (§3-8) i L1: Innleggelsesdok./vedtak.
- 138 skjermingsvedtak i L2: §4-vedtak
- 66 vedtak om behandling med legemidler (§4-4a) i L2: §4-vedtak
- 173 tvangsmiddelvedtak (§4-8) (tvangsmedisinering, holding og beltelegging) i L2: §4-vedtak
- 79 vedtak om 3 måneders-kontrollundersøkelse i L2: §4-vedtak
- 241 vedtak om overføring til annen institusjon og eventuell overføring mellom tvangsformer (§4-10) i L2: §4-vedtak

6.4. Revisjonens oppdragsgiver

Styret i Helse Midt-Norge RHF.

6.5. Revisjonslaget og representantene for revidert part

Revisjonslaget har bestått av:

- Silje Gjøstøl Hepsø, revisjonsleder – Helse Midt-Norge RHF
- Jørgen Midtlyng, medrevisor og tilsyn med revisjonsgjennomføringen – Helse Midt-Norge RHF
- Brit Ingunn Hana, medisinskfaglig fagrevisor, Helse Møre og Romsdal HF.

Representanter for revidert part:
Unni Hildrum, St. Olavs hospital HF

6.6. Revisjonens prosedyrer

EQS 707 Prosedyre for revisjonsprogrammet.

HELSE MIDT-NORGE

Appendiks A: Gjennomgåelse av dokumenter i ledelsessystemet

EQS	Tittel	Gjelder	Formål	Merknad	Anbefaling
23974	HMS og kvalitetsledelses-systemet ved St. Olavs hospital HF	STO			
24123	Krav til systematisk HMS og kvalitetsarbeid på klinikk/ divisjon	STO			
34503 (STO)	Regional metodikk for standardisert pasientforløp i HMN- RHF	HMN		Målbeskrivelse avgrenset til «god og tilpasset bruker-informasjon». Øvrige elementer i samvalgsprosessen mangler	Vurder å oppdatere metodikken i tråd med merknadene.
44381 (STO)	Styrende dokumenter i Helse Midt-Norge	HMN	Oversikt over regionale retningslinjer	Retningslinjene for brukermedvirkning på systemnivå inngår (EQS 705)	Vurder å inkludere EQS 34503 i oversikten
705 (RHF)	Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå.	HMN	Sikre en samlet forståelse av brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak	Basis i interregional beslutning januar 2017. Omtaler ikke brukermedvirkning som en individuell rettighet pasientene har.	Vurder å utdype av pkt. 1 med at brukerperspektivet i helsetjenestene omfatter brukermedvirkning på systemnivå, og brukermedvirkning som en individuell rettighet i regel-verket, og er en strategisk ambisjon i norsk helsepolitikk, og et aktuelt fokusområde for internkontrollplikten i RHF'enes sørge-for-ansvar.
37913 (STO)	Brukerrepresentant – oppnevning.	STO	Sikre reell innflytelse og brukerkompetansen i forbedringsarbeidet.	Revisjonsfrist utløpt med mer enn ett år.	Dokumentet bør oppdateres.
25797 (STO)	Avtale om lønns- og arbeidsbetingelser ved videre- og masterutdanning.	STO	Sikre kompetanseheving,	Belyser at diagnostikk, behandling og pleie skal bygge på blant annet brukerkunnskap og brukermedvirkning. Revisjonsfrist utløpt.	Dokumentet bør oppdateres.

EQS	Tittel	Gjelder	Formål	Merknad	Anbefaling
8674	Individuell plan	STO	Sikre pasientene informasjon om retten til IP, helseforetakets initiativ og deltagelse i prosessen med IP, opplevd reell brukermedvirkning ved utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av IP.	Sentral retningslinje for TUD-området. Overordnet ansvar lagt til Koordinerende enhet (ref. EQS 34983). Internkontrollansvar lagt til linjeledelsen. Mangler beskrivelse av gjennomføringsansvaret.	Avklar hvilken rolle/funksjon som har gjennomføringsansvaret for å varsle kommunen når det er behov for IP, og for å medvirke til utvikling av planen i samarbeid med kommune.
34983	Koordinerende enhet ved St. Olavs hospital HF	STO	Sikre kontinuitet i pasientforløp	Tydelig forskriftsreferanse og klare ansvarsbeskrivelser. Revisjonsfrist utløpt.	Dokumentet bør oppdateres. Vurder om anbefalingen for EQS 8674 bør tas inn, og om KE skal være pådriver for å sikre at pasienter med behov for IP blir identifisert og fulgt opp.
20372	Geriatri- Bred geriatrisk utredning og behandling for pasienter i sykehus	STO	En helhetlig tilnærming og god diagnostikk og behandling av problemstillinger med betydning for funksjon og livskvalitet	God omtale av brukermedvirkning og avklaring av behandlingsmål.	
7269	Brukerrepresentanter, dekning av reiseutgifter, møtegodtgjørelse og tapt arbeidsfortjeneste.	STO	Sikre at brukerrepresentanter får dekket utgifter og mottar godtgjøring	Ivaretar brukermedvirkning på systemnivå.	
37913	Brukerrepresentant – oppnevning	STO	Sikre innflytelse for brukerrepresentanter	Påpeker individnivået i brukermedvirkningen, jf. merknad til EQS 705 (RHF). Revisjonsfrist utløpt.	Oppdater dokumentet
32434	Alderspsykiatrisk døgnpost, Behandlingsmøte 3	AEBU ARS		Evalueringssamtalen skal brukes for å sikre brukermedvirkning.	
32432	Alderspsykiatrisk døgnpost, Behandlingsmøte 2	AEBU ARS		Evalueringssamtalen skal brukes for å sikre brukermedvirkning.	

EQS	Tittel	Gjelder	Formål	Merknad	Anbefaling
32426	Psykiatri, Miljøterapi i alderspsykiatrien	AEBU		Fokus på brukermedvirkning i hele behandlingsforløpet	
16712	Arbeidsområde og oppgaver for opplæringskoordinator (ved BUP)	AEBU	Tydeliggjøre arbeids-område og oppgaver for opplæringskoordinatorene ved BUP-klinikk	Refererer brukerperspektivet og brukermedvirkningen fra Strategi 2030. Gjelder opplæringen av pasienter og pårørende	
24452	BUP, Leger i spesialisering	AEBU	Sikre at opplæringen av leger i spesialisering er i samsvar med krav til spesialistutdanningen	Brukermedvirkning inngår i kompetansemålene	Vurder om dokumentet bør omtale brukerperspektivet i opplæringen.
33396	Standardisert pasientforløp. Mistanke om psykose-utvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne. Utredning og behandling/ helsehjelp.	STO		Inngår i hovedforløp EQS 33379. Brukermedvirkning tydeliggjort i utredning og behandling, og tilrettelagt for gjennom lenke til EQS 33383 Psykiatri behandlingsplan. God oversikt over samhandlingsroller. Godt utgangspunkt for kontinuerlig forbedring av pasientforløpene.	
33383	Psykiatri behandlingsplan	ARS		Tydelig krav om bl.a. behandlingsplan og tilpasning til pasientens individuelle behov, situasjon og ønsker, og til journalføringen. God redegjørelse om bruk av kriseplan og individuell plan.	Se merknad for EQS 8674.
17339	Funksjonsbeskrivelse for medisinskfaglig rådgiver, Nidaros DPS	ARS-N		Nevner brukermedvirkning som ansvarsområde, men sier lite om hva som skal vektlegges. Lite fokus på regelverkets krav. Revisjonsfrist utløpt i 2016.	Dokumentet må oppdateres. Vurder å konkretisere av hva ansvaret for brukermedvirkning innebærer.
18856	Krisemestringsplan	ARS	Avverge krise eller forver-ring av helsetilstand, legge til rette for mestring og virkningsfull frivillig hjelp.	Klargjør ansvaret (behandler) og viser til relevante nasjonale veiledere og regelverk (pbrl.)	Anbefaler å sikre samsvar med EQS 33383 og EQS 8674. Vurder å relatere dokumentene.

EQS	Tittel	Gjelder	Formål	Merknad	Anbefaling
15695	Individuell plan Tiller DPS.	ARS-T	Sikre pasienten informasjon og medvirkning. Styrke samarbeid mellom tjenesteytere, pasient og pårørende.	Legger godt til rette for brukermedvirkning i tråd med minimumskravene i regelverket.	Anbefaler å sikre samsvar med EQS 33383, EQS 8674 og EQS 18856. Vurder å relatere dokumentene?
18625	Oversikt over standardiserte pasientforløp.	STO			
37302	Instruks avdeling Østmarka etter revisjon av psykisk helsevernlov 01.09.2017			Dokumentet omfatter krav til evaluering og journalføring av resultatet. Revisjonsfrist utløpt.	Avklar status for dokumentet. Vurder knytning til lenken «tvang» på under enhetens dokumenter.
39422	Informasjonshefte for leger i vakt på Østmarka	AEBU		Dokumentet omfatter krav til evaluering og journalføring av resultatet. Revisjonsfrist utløpt	
17430	Rutiner for etablering, overføring og opphør av tvungent vern	ARS		Lite innrette mot å høre hva som er pasientens syn. Det framgår ikke at ansvaret og internkontrollen omfatter brukerperspektivet i lover og regler. Vedtaksansvarlig har et selvstendig ansvar for å følge opp 3-måneders kontrollundersøkelser og 1-års forlengelser. Linjeleder må følge opp at dette ansvaret blir utført.	Vurder om rutinene bør gjøres klinikkovergripende i begge klinikkene. Tydeliggjøre ansvaret for å sikre at pasientens syn blir hørt og registrert, og for internkontrollen. Vurder å knytt dokument til lenken «tvang» på siden for enhetens dokumenter.
14143	Organisasjonskart Klinikk psykisk helsevern - allmenn, rehabilitering og sikkerhet	ARS			
15715	Pasientrettighetsloven kap 4A - vedtak om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen	STO	Sikre enhetlig vurdering og saksbehandling av vilkår for å gi helsehjelp	Revisjonsfrist utløpt. Ikke tilgjengelig i EQS	Avklar status for dokumentet

EQS	Tittel	Gjelder	Formål	Merknad	Anbefaling
14854	Rutiner for vakthavende leger i Psykisk Helsevern for voksne.	ARS	Å klargjøre ansvaret for vakthavende leger	Vurder om det er hensiktsmessig å oppdatere dokumentet med hensyn til evaluering etter bruk av tvang og krav til journalføringen.	Vurder å tydeliggjøre at begrunnelser for vedtak etter phvl. §3-3a skal være en del av vedtaket, og å gi veiledning om hvordan det skal gjennomføres.
23814	Funksjonsbeskrivelse medisinskfaglig rådgiver Orkdal DPS	ARS-N	Følger av tittel	Nevner brukermedvirkning som ansvarsområde. Lite fokus på regelverkets krav.	Dokumentet må oppdateres. Vurder en konkretisering av hva ansvaret for brukermedvirkning innebærer.
18052	Stillingsbeskrivelse for klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie ved Nidaros DPS	ARS-N	Følger av tittel	Belyser ansvaret på en god måte som omfatter brukermedvirkningen.	Vurder å konkretisere hva brukermedvirkning betyr i lys av strategier og myndighetskrav.
15733	Funksjonsbeskrivelse Seksjonsleder døgnenhet Tiller DPS	ARS-T	Følger av tittel	Tydelig med hensyn til brukermedvirkning og bruker-erfaring, og journalføringen er i samsvar med regelverket.	
38078	Psykiatri, Om behandling generelt	ARS	Mangler	Brukermedvirkningen er belyst.	Vurder om det er hensiktsmessig å tydeliggjøre krav til bruker-medvirkningen når det benyttes tvang
39530	Mottak av pasient, Akuttseksjonen Østmarka	AEBU	å sikre at alle pasienter tas imot på en riktig og sikker måte, og at involvert personell kjenner sin rolle og oppgaver.	Støttet av sjekkliste og relaterte dokumenter, bl.a. for samarbeid med og informasjonsskriv til pasienter. Informasjonsskriv belyser ikke retten til medvirkning og hvordan man kan medvirke. KK hovedoppgave å ivareta pasientenes rettssikkerhet? Bør revurderes, er helseforetakets og helsepersonellets ansvar.	Vurder å oppdatere informasjonsskriv i henhold til merknad. Vurder å opp-datere omtale av KK, og om bruker-medvirkningen bør komme klarere fram i dokumentets innholdsdel
37427	Sjekkliste mottak av pasient, Akuttseksjonen Østmarka	AEBU	NA	Sjekklisten mangler punkt for utlevert informasjonsskriv til pasient.	Vurder om det er hensiktsmessig å ta sjekklistepunkt om dette.
13059	Faglig ansvarlig for vedtak	ARS og AEBU	Å klargjøre hvem som kan treffe vedtak om tvang etter phvl.		Vurder knytning til myndighetskrav om vedtaksansvaret, oversikt/ register over vedtaksansvarlige, krav til utdanning, praksis og lovkunnskap, og gjeldende vedtaksmaler og krav for journalføringen.

EQS	Tittel	Gjelder	Formål	Merknad	Anbefaling
5094	Dokumentasjon av helse-hjelp ved St. Olavs hospital HF	STO		Revisjonsfrist utløpt i 2014.	Vurder gyldighet og bruk.
13119	Behandlingsansvarlig, Journalansvarlig og Informasjonsansvarlig, Nidaros DPS	ARS		Klargjør ansvaret for system, behandlingsplan/individuell plan, behandling, journal og informasjon. Klargjør ikke ansvar for å sikre at pasientens syn blir hørt og gjennom-føring av evalueringer. Henvisning til relevante bestemmelser i phvl og phvf. mangler.	Vurder å oppdatere dokumentet i henhold til merknadene.
13061	Vedtak om overføring av tvungent psykisk helsevern	ARS	Sikre forsvarlig oppfølging av vedtak om TUD og overføring u/ samtykke	Sentral retningslinje. Revisjonsfrist utløpt i 2011.	Avklare retningslinjens gyldighet, og evt. hvilken retningslinje som gjelder.
32439	Innkomstjournal Alders-psykiatrisk døgnpost/ poliklinikk nivå 4	AEBU		Brukerperspektiv ivaretatt gjennom opptak av pasientens mening om årsak til symptomer og lidelsestrykk (ref. tidligere psykiatrisk sykehistorie og behandlingsforsøk).	
13593	Tvungent psykisk helsevern, 3-måneders kontrollundersøkelse, etterprøving og forlengelse	ARS	Oppfølging av vedtak, etterleve myndighetskrav, individuell plan, og vedtak i rett tid til KK.	Revisjonsfrist utløpt i 2011.	Avklar gyldighet
13592	Innleggelse til tvungen observasjon eller tvungent helsevern	ARS-N	Sikre riktig framgangs-måte ved innleggelse phvl. §§ 3-2 eller 3-3	Revisjonsfrist utløpt i 2013.	Avklar gyldighet
13587	§3-7 Opphør av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	STO	Oppfølging av vedtak, etterleve myndighetskrav, individuell plan, og vedtak i rett tid til KK.	Revisjonsfrist utløpt i 2011.	Avklar gyldighet
16413	Behandlingsplan, psykisk helsevern – VOP.	ARS		Sentral retningslinje. Revisjonsfrist utløpt i 2018.	Avklar gyldighet
29322	Sende pasient-administrativ informasjon ved videre-henvisning og overflytting	STO	Sikre like rutiner ved ny- og viderehenvisning.	Godt eksempel på en standardisering på tvers i regionen. Reflekterer brukerperspektiv satt i system	Vurder om retningslinjen er/skal knyttes opp til arbeidsprosessene på TUD-området

EQS	Tittel	Gjelder	Formål	Merknad	Anbefaling
13427	Bruk av tvangsmiddel etter psykisk helsevernlovens § 4-8	ARS	Sikre forsvarlig bruk av tvangsmiddel, phvl. §4-8	Sentral retningslinje. Revisjonsfrist utløpt i 2011.	Avklar gyldighet
40769	Psykiatri. Kriterier for inntak og ansvar for drift av depotklinikk, Nidaros DPS	ARS-N	Administrere depot-medisin for pasienter som motsetter seg injeksjon		
32969	Psykiatri. Oppfølging av medi-sinering av pasienter på tvun-gent vern uten døgnopphold	ARS-N	Som i tittel.		
19771	Psykiatri og BUP, Bruk av me-kaniske tvangsmidler-Reiming	AEBU		Brukerperspektivet og brukermedvirkningen er godt ivaretatt	
39509	Psykiatri og BUP, Kart-legging og vurdering av voldsrisiko	ARS		Forebygging som godt brukerperspektiv	
20920	Psykiatri - Lov om psykisk helsevern § 4-3 Skjerming	ARS	vedtak og gjennomføring av skjerming i faglig forsvarlige rammer.	Krav til evalueringssamtale og dokumentasjon framgår tydelig. Klart skille mellom skjerming og isolasjon.	
41987	Behandling på tvang. Regionalt standardisert pasientforløp for spise-forstyrrelser hos voksne	ARS-T	Sikre etterlevelse av nasjonal faglige retningslinje	Henviser til regelverk som omfatter brukerperspektivet og krav til brukermedvirkningen	Vurder å tydeliggjøre krav til brukermedvirkning i form av pasientens synspunkter og evaluering etter bruk av tvang.
15716	Pasientrettighetsloven kap 4A - vedtak om helsehjelp til pasienter u/samtykke-kompetanse som motsetter seg helsehjelpen	STO	Sikre enhetlig vurdering og saksbehandling i henhold til vilkårene	Brukerperspektivet godt ivaretatt. Revisjonsfrist utløp i 2012.	Avklar gyldighet
27763	Psykiatri, gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern (DTPH)	AEBU og ARS	sikre samhandling og at DTPH skjer i tråd med myndighetskrav	Gjennomarbeidet dokument hvor brukerperspektivet framgår indirekte gjennom henvisning til regelverket og forebygging av gjennom kartlegging av voldsrisiko.	Vurder om det er relevant å omtale pasientens syn på bruk av tvang og evalueringer etter bruk av tvang

Appendiks B: Vedtaksmal om Tvungent psykisk helsevern §3-3a

04.10.21 § 3-3 a Tv.ph Psykiatri Østmarka [redacted]

Side 1 av 2

St. Olavs hospital
Universitetssykehuset i Trondheim
Psykisk helsevern (nøytral term eg flere avd)

HELSE MIDT-NORGE

L1

Vår ref [redacted] Skrevet dato: 04.10.2021

Vedtak om tvungent psykisk helsevern
i henhold til § 3-3 a, jf. § 3-3 i psykisk helsevernloven

Vedr.: [redacted]

Vernet er begjært av offentlig myndighet ☐ Ja ☐ Nei

Personlig undersøkelse av lege uavhengig av institusjonen

Personlig undersøkelse av lege ved avdelingen

Den eksterne legeundersøkelsen er foretatt etter vedtak om tvungen legeundersøkelse
☐ Ja ☐ Nei

Vedtak om tvungent psykisk helsevern
Faglig ansvarlig har på bakgrunn av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten, fattet vedtak om
☐ Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. § 3-3 a, jf. § 3-3, jf. § 3-5 første ledd
☐ Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter § 3-5 første ledd, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 a, jf. § 3-3 jf. § 3-5 andre ledd (typisk somatisk institusjon)
☐ Tvungen psykisk helsevern **uten** døgnopphold, jf. § 3-3 a, jf. § 3-3, jf. § 3-5 tredje ledd

Vedtaket innebærer en overføring fra frivillig vern, jf. § 3-4
☐ Ja ☐ Nei

Det vurderes at pasienten har en alvorlig sinnslidelse.

Det vurderes at tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen
☐ Får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert
☐ Med stor sannsynlighet i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret
☐ Utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse

Pasienten mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3
☐ Ja
☐ Nei, men pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse

Begrunnelse for vedtaket

Dokumentet er produsert og signert i elektronisk pasientjournal Side: 1 av 2

St. Olavs hospital
Psykisk helsevern
Psykisk helsevern (nøytral term eg flere avd)
Besøksadresse: Østmarkveien 15 Trondheim
Postadresse: Postboks 3250 Torgarden 7006 Trondheim
Sentralbord: 72 57 30 00
Direkte: 73 55 30 38
Telefax: 72 82 26 13
Bankgiro: 1503.27.09157
Org.nr.: NO 883974832

04.10.21 § 3-3 a Tv.ph Psykiatri Østmarka[redacted]

Side 2 av 2

St. Olavs hospital
Universitetssykehuset i Trondheim
Psykisk helsevern (nøytral term eg flere [redacted]

L1

Klage
Pasienten kan påklage vedtaket om tvungent psykisk helsevern innen tre måneder etter at vernet er opphørt. Pasienten har rett til å la seg bistå av gratis advokat Pasientens nærmeste pårørende og eventuelt begjærende instans kan påklage vedtaket innen tre uker fra underretning om vedtaket. Klagen kan fremsettes skriftlig eller muntlig til en av personalet, eller direkte til kontrollkommisjonen. Fremsettes klagen til en av personalet skal denne bistå med nedtegning av muntlig klage, og straks oversende klagen til kontrollkommisjonen. Klagen har ikke oppsettende virkning.

Informasjon til nærmeste pårørende
- ☐ Nærmeste pårørende informeres om vedtaket og om sin klageadgang og klagefrist
- ☐ Nærmeste pårørende informeres ikke da dennes kontaktinformasjon for tiden er ukjent og oppsporing vil kreve urimelig mye tid
- ☐ Ingen personer med status som nærmeste pårørende

Informasjon til den som har fremsatt begjæring
- ☐ Den som har fremsatt begjæring etter psykisk helsevernloven § 3-6, får kopi av vedtaket og informeres om sin klageadgang
- ☐ Det er ikke fremsatt begjæring

Kopi av vedtaket
Pasienten skal få kopi av vedtaket med begrunnelse

Dersom det foreligger en begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-6, skal denne begjæringen skrives ut som vedlegg til vedtaksskjemaet.

Vedtaket er fattet 04.10.2021

[redacted]
Psykisk helsevern (nøytral term eg flere avd)

*

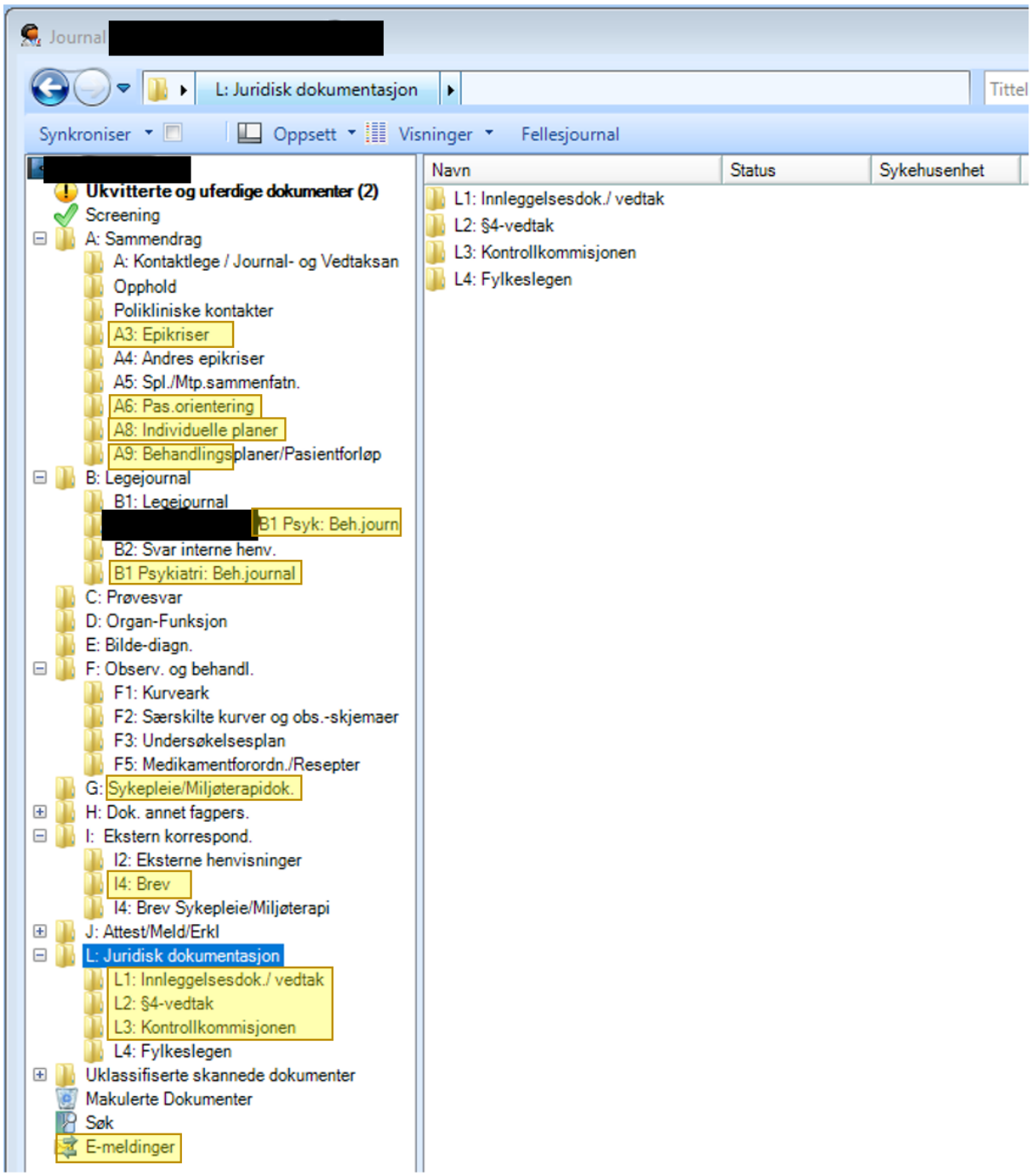
Sendt til: Kontrollkommisjonen
Pasienten / den som handler på pasientens vegne

Dokumentet er produsert og signert i elektronisk pasientjournal — Side: 2 av 2

St. Olavs hospital
Psykisk helsevern
Psykisk helsevern (nøytral term eg flere avd)

Besøksadresse: Østmarkveien 15 Trondheim
Postadresse: Postboks 3250 Torgarden 7006 Trondheim
Sentralbord: 72 57 30 00
Direkte: 73 55 30 38
Telefax: 72 82 28 13
Bankgiro: 1503.27.09157
Org.nr.: NO 883974832

Appendiks C: Oversikt over kapittelinndeling i DocuLive



7. Referanser

1. Helse Midt-Norge RHF, *Revisjonsprogram 2019 - 2021 Helse Midt-Norge RHF*. 2019.
2. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF, *Internrevisjonsrapport - Brukerperspektiv og brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern, Helse Midt-Norge RHF*. 2021.
3. Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*. 2019: Regjeringen.no.
4. Helse Midt-Norge RHF, *Regional utviklingsplan 2019-2022 (2035)*. 2018.
5. Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. 2016.
6. Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. 2019.
7. Helse Midt-Norge RHF, *Strategi 2030*. 2018.
8. St. Olavs hospital HF, *Utviklingsplan 2019-2035 St. Olavs hospital HF*. 2018.
9. Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 11 (2020-2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. 2020.
10. OECD Publishing, P., *Health at a Glance 2019*. 2020.
11. Riksrevisjonen, *Dokument 3:13 (2020–2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. 2021.
12. Sivilombudsmannen, *Besøksrapport St. Olavs hospital, Barne og ungdomspsykiatrisk klinikk, seksjon Lian*. 2020.
13. Sivilombudsmannen, *Besøksrapport Ålesund sjukehus avdeling for sjukehuspsykiatri*. 2017.
14. Ådnanes, M., et al., *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*. 2020.
15. Ådnanes, M., et al., *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. 2021.
16. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF, *Revisjonsrapport: Klinisk dokumentasjon og dokumentasjonsflyt, psykisk helsevern, Helse Møre og Romsdal HF*. 2019.
17. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF, *Bruk av tvang i psykisk helsevern (delrapport 1)*. 2020.
18. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF, *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern - del 2 - Vestre Viken HF*. 2021.
19. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF, *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern - Del 2, Oslo universitetssykehus HF*. 2021.
20. Tora Benedicte Svare Leinan, et al., *Tvang uten døgnopphold "Tvang som rutine?»*. 2021.
21. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF, *Revisjonsrapport Risikostyring ved St. Olavs hospital HF*. 2020.
22. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF, *Revisjonsrapport Risikostyring i Helse Midt-Norge RHF*. 2020.
23. Helsedirektoratet, *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. 2013.
24. Helse- og omsorgsdepartementet, *Rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus*. 2013.
25. Helse- og omsorgsdepartementet, *Oppdragsdokument 2021 Helse Midt-Norge RHF*. 2021.
26. Helse- og omsorgsdepartementet, *Oppdragsdokument 2020 Helse Midt-Norge RHF*. 2020.
27. Helse- og omsorgsdepartementet, *Oppdragsdokument 2019. Helse Midt-Norge RHF*. 2019.
28. Helse Midt-Norge RHF, *Styringsdokument for 2005 til St. Olavs Hospital HF*. 2005: ekstranett.helse-midt.no.
29. Helse- og omsorgsdepartementet, *Protokoll fra Foretaksmøte i Helse Midt-Norge*. 2005.
30. Standard Norge, *NS-ISO 31000:2018 Risikostyring - Retningslinjer*. 2018.
31. John S. Hammond, R.L.K., Howard Raiffa, *The Hidden Traps in Decision Making.* Harward Business Review, 2006.
32. COSO, *Enterprise Risk Management - Intergating with Strategy and Performance*. 2017.
33. Helsedirektoratet, *IS-2620 Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. 2017.
34. Standard Norge, *NS-EN ISO 9001:2015 Ledelsessystemer for kvalitet - Krav*. 2015.

35. Helsedirektoratet, *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. 2015.
36. Helse Midt-Norge RHF, *Strategi 2030 - Bakgrunnsnotat*. 2016.
37. Helsedirektoratet, *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. 2017.
38. Helsedirektoratet, *Kontrollkommisjonens saksbehandling*. 2016.
39. Helsedirektoratet, *Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne*. 2018.
40. Helsedirektoratet, *Pakkeforløp psykisk helse og rus*. 2020.