HELSE MIDT-NORGE

Revisjonsrapport

Brukerperspektiv og brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern

Helse Midt-Norge RHF

Versjon:	4.0
Dokumentstatus:	Godkjent
Dato:	08.12.2021

HELSE MIDT-NORGE

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	BESKRIVELSE
1.0	29.11.2021	Intern kvalitetssikring
2.1	29.11.2021	Frigitt for faktaverifikasjon
3.0	08.12.2021	Oppdatert etter faktaverifikasjon
4.0	08.12.2021	Rapporten er godkjent og offentlig frigitt

Forkortelser

Forlk.	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
Pbrl.	Pasient- og brukerrettighetsloven
Phvl.	Psykisk helsevernloven
Sphl.	Spesialisthelsetjenesteloven

Innhold

1. Innledning 4
2. Bakgrunn 4
3. Mål, kriterier og avgrensning 4
4. Vurderinger og merknader 4
5. Overordnede uttalelse 6
6. Faktaverifikasjon 7
7. Forberedelse og gjennomføring..... 7
8. Referanser 7

1. Innledning

Brukerperspektiv og brukermedvirkning ble foreslått som internrevisjonstema av regionalt brukerutvalg (RBU) i 2017 og ble tatt opp i Helse Midt-Norges revisjonsprogram for perioden 2019 – 2021 [1]. Revisjonen ble besluttet gjennomført med utgangspunkt i Tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) basert oppdatert på risikovurdering og videre dialog med RBU. Mandat for revisjonsarbeidet ble vedtatt for Revisjonsutvalget i Helse Midt-Norge RHF 28. april 2021, med beslutning om å gjennomføre revisjonen i St. Olavs hospital HF.

I løpet av revisjonsgjennomføringen ble det påvist relativt mange områder med svikt. Internrevisjonen vurderte derfor at det forelå risiko for svikt på flere nivå i det systematiske arbeidet med pasient- og kvalitetssikkerhet. På dette grunnlaget varslet internrevisjonen styrets revisjonsutvalg om behovet for å utvide revisjonsomfanget til å omfatte Helse Midt-Norge RHF. Revisjonsutvalget behandlet saken og godkjente oppdatert revisjonsplan den 28. oktober 2021. Internrevisjonen avgir i denne rapporten en overordnet uttalelse som er å betrakte som sammendrag for rapporten.

2. Bakgrunn

Ved siden av det systematiske arbeidet som St. Olavs hospital HF har ansvar for (sphl. §4-3a, forlk.), er Helse Midt-Norge RHF gitt en myndighet og pålagt en plikt til å utføre internkontroll i foretaksgruppen (sphl. 2-1a fjerde ledd, forlk):

> *De regionale helseforetakenes ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold.*

3. Mål, kriterier og avgrensning

Målsetningen har vært å kartlegge hvordan bestemmelsen i sphl. §2-1 a utført.

Kriteriene omfatter de fire trinnene for å *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten.* Det er lagt vekt på at evaluerings-trinnet i bestemmelsen må være rettet mot konkrete deler av regelverket og egnet til å kunne utelukke eller avdekke mangler. Risikorammeverket har konsekvenskategori for myndighetskrav, og det bør framgå hvilke deler av regelverket det er strategisk viktig å følge opp.

4. Vurderinger og merknader

Internrevisjonen har gjennomgått oppdrags-dokumenter (eierstyring), styringsdokumenter (eierstyring), årlige meldinger, statusrapporter, regionalt rammeverk for risikostyring, ledelsens gjennomgåelse og risikoregistre for perioden 2020 – 2021. Arbeidet har vært avgrenset til å se på det som har med St. Olavs hospital HF å gjøre. Omtalen i denne rapporten er videre avgrenset til styringsdokumenter, årlig melding og nytt regionalt rammeverk for risikostyring.

Internrevisjonen bekrefter at Helse Midt-Norge RHF gjennom styringsdokumenter er tydelig gjennom på at befolkningen i regionen skal få tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Eierstyringen er ikke tydelig på at helseforetaket generelt sett skal innrette virksomheten i tråd med lover og forskrifter.

Ved gjennomgåelse av årlig melding 2020 for St. Olavs hospital HF kan ikke internrevisjonen bekrefte at svaret som gis avklarer hvorvidt befolkningen har fått tilgang til spesialist-helsetjenester slik det er fastsatt i regelverket. Som påpekt i internrevisjonsrapport [2], har St. Olavs hospital HF etablert tydelige interne retningslinjer på overordnet nivå, og ledelsens gjennomgåelse gjennomføres årlig og med eget sjekklistepunkt for regelverket.

Svikt oppstår når klinikkene som benytter sjekklisten ikke har identifisert regelverk som

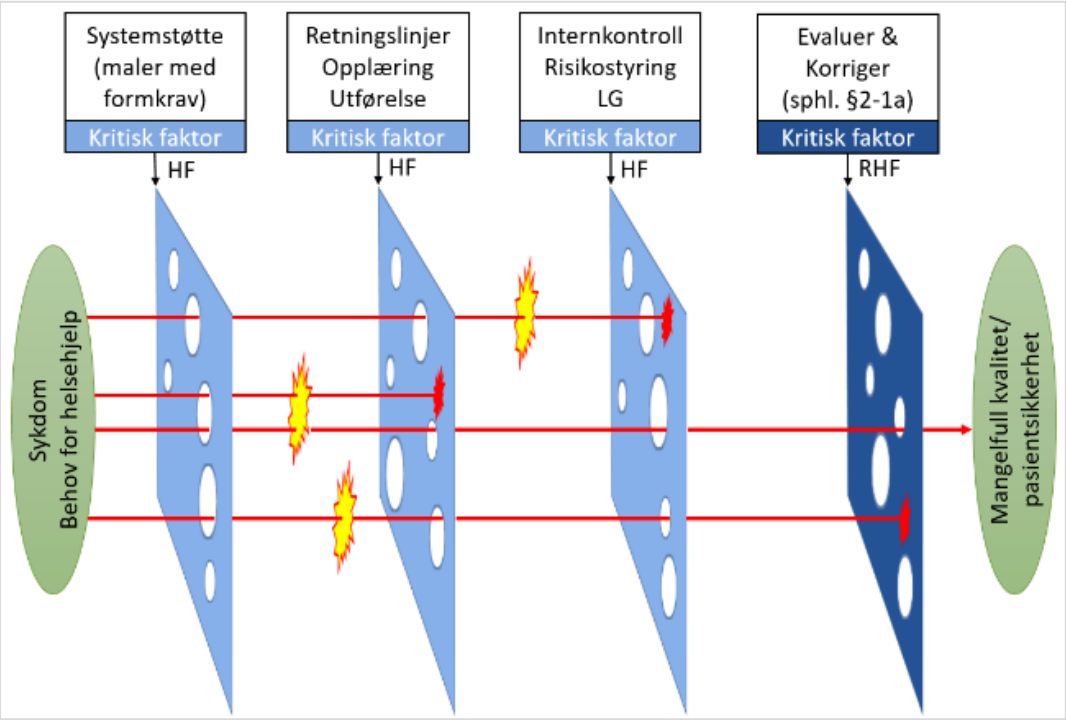
enten er sentralt/strategisk viktig med tanke på klinikkens egenart, eller som er strategisk viktig rent generelt. Det er gitt konkret merknad om dette i kapittel 4.2 i revisjonsrapporten til St. Olavs hospital HF [2]. Videre er det påpekt svikt i forhold til flere konkrete myndighetskrav om brukerperspektivet og brukermedvirkningen.

Utfordringen øker når oppmerksomheten omkring myndighetskrav ikke er tilstrekkelig innarbeidet i sentrale styringsverktøy som for eksempel Helse Midt-Norges risikorammeverk. Internrevisjonen har gjennomgått nytt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge, og kan bekrefte at oppdatert rammeverk [3, 4] representerer en vesentlig forbedring i forhold til gammelt rammeverk, som ble omtalt i to internrevisjonsrapporter om tema [5, 6].

I nytt rammeverk for risikostyring er det etablert kriterier for å vurdere og evaluere risiko. Kriteriene er differensiert på en enkel og oversiktlig måte i fire strategiske områder og ni konsekvensområder. De strategiske områdene er: *Strategiske mål, styringsmål, drift og prosjekt*.

Blant konsekvensområdene adresseres imidlertid regelverket indirekte gjennom kategorien *Straff, sanksjoner og erstatnings-ansvar*. Risikostyring med basis i slike ytterpunkter vil forutsette en juridisk prosess med tilhørende juridisk usikkerhet. I tillegg vil styrkeforholdet mellom tjenestene og brukerne av tjenestene være skjevt.

Internrevisjonen vil påpeke at det aktuelle konsekvensområdet står i kontrast til regelverkets krav om å sørge for samsvar med lover og forskrifter (sphl. §2-1 a fjerde ledd) og regelverkets øvrige krav om det samme (forlk.) Kontrasten oppfattes å være stor i forhold til Helse Midt-Norges verdier *kvalitet, respekt, trygghet,* visjonen *På lag med deg for din helse* og den nasjonale ambisjonen om *Pasientens helsetjeneste*. I tillegg til dette oppfattes kontrasten å være stor i forhold til revisjonens tema om brukerperspektiv og bruker-medvirkning på området for tvungent psykisk



Figur 1: Sveitserostmodellen illustrerer de ulike barrierene mot svikt som er bygget inn Helse Midt-Norges retningslinjer og arbeidsmetodikk. Maler med formkrav er en viktig barriere i førstelinjen. Hensiktsmessige retningslinjer, god opplæring og effektiv internkontroll og risikostyring er viktige barrierer i pasient-foretakene. I tillegg er regionalt helseforetaks internkontroll etter sphl. §2-1 fjerde ledd av betydning. Løsningen ligger i å sikre at hver enkelt av barrierene fungerer.

helsevern. Kravene til dokumentasjon og pasientenes medvirkning har blitt mer omfattende etter siste revisjon av lovverket på området (pbrl., phvl.), og endringen har medført en tydeligere lovfestede krav til medvirkning og en tydeliggjøring av pasientenes rettssikkerhet.

Etter internrevisjonens vurdering vil ikke et konsekvensområde som *Straff, sanksjoner, erstatningsansvar* i tilstrekkelig grad anerkjenne hensikten med mange av myndighetskravene eller være i samsvar med visjon eller strategiske ambisjoner. Når man ser dette i sammenheng med påvist svikt i internkontrollen, ønsker derfor internrevisjonen i medhold av IIA standard 2450 å avgi en overordnet uttalelse.

5. Overordnede uttalelse

Redegjørelsen nedenfor omfatter formkrav til overordnede uttalelser fra en internrevisjon.

Internrevisjonen har, som det er gjort rede for ovenfor og i rapport til St. Olavs hospital HF [2], tatt utgangspunkt både i regional og nasjonal strategi. Den strategiske målsetningen om å skape pasientenes helsetjeneste er tillagt vekt, samt risikobildet som er omtalt i kapittel 2.2 i revisjonsrapporten til St. Olavs hospital HF, samt konkrete merknader i rapporten.

Styringssignaler som er gitt gjennom eierstyring (oppdragsdokumenter, styringsdokumenter) og virksomhetsstyring, om å etterleve myndighets-krav, er lagt til grunn som forventninger fra toppledelsen og styrene. I dette inngår myndighetskrav, og særskilt bestemmelsen i sphl. §2-1 a fjerde ledd, som er kriteriet for vurderingene i denne rapporten. Tilsyns-rapporter og internrevisjoner som er referert i revisjonsrapport for St. Olavs Hospital HF er lagt til grunn for andre interessenters forventninger.

Den overordnede uttalelsen er i hovedsak rettet mot rapporteringen i Årlig melding og mot Helse Midt-Norges rammeverk for risikostyring, som har hatt mangler, men som er betydelig forbedret gjennom siste revisjon.

Internrevisjonen vil påpeke at svaret i Årlig melding 2020 fra St. Olavs hospital HF, vedrørende tilgang på helsetjenester slik det er fastsatt i regelverket, ikke er egnet til å fastslå hvorvidt tilgangen er godt nok i tråd med krav fastsatt i regelverket. I svaret fra St. Olavs hospital HF er det vist til en retningslinje som viser at kravet er innarbeidet i virksomhets-styringen, men ingen ting om hvordan helseforetaket selv har evaluert området, og hva som faktisk er resultatet. Etter intern-revisjonens vurdering har ikke regionalt helseforetak gått langt nok i å evaluere måloppnåelsen for dette styringskravet, med risiko for at svikt i etterlevelse av sentrale myndighetskrav ikke blir oppdaget og korrigert.

Denne risikoen øker slik konsekvenskategoriene er lagt opp i et ellers så kraftig oppdatert regionalt rammeverk for risikostyring. Ved å senke terskelen for å identifisere og reagere på risiko for svikt i etterlevelse av myndighetskrav til *Straff, sanksjoner, erstatningsansvar,* vil man etter internrevisjonens syn svekke oppmerksomheten både mot formålet med de ulike lover, forskrifter og enkeltbestemmelser, og mot strategisk måloppnåelse, herunder området for brukerperspektiv og bruker-medvirkning. Risikoen som dette innebærer i forhold til sphl. §3-4a om å arbeide systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet, kan illustreres gjennom sveitserostmodellen som viser hvordan barrierer virker inn på måloppnåelse (Figur 1). Det er vanligvis flere barrierer involvert i forebyggingen av uønskede hendelser eller uønskede utviklingstrekk ved tjenestene. I denne internrevisjonen er det påvist svikt både i førstelinjen, i helseforetakets tilrettelegging og internkontroll, og i det regionale helseforetakets internkontroll.

Etter internrevisjonens vurdering vil det være et viktig tiltak å erstatte konsekvenskategorien *Straff, sanksjoner, erstatningsansvar* med en konsekvenskategori for *Myndighetskrav*. *Straff, sanksjoner, erstatningsansvar* bør inngå i sannsynlighetsgraderingen for kategorien, sammen med for eksempel rettsikkerhet og pasientenes rett til å brukermedvirkning. Man

kan også vurdere om hensynet til bruker-perspektiv og brukermedvirkning i tjenestene kunne ha vært en egen konsekvenskategori i rammeverket. Dernest er det vesentlig at tilbakemeldinger i Årlig melding også belyser hva som faktisk er oppnådd, hva som er vektlagt i internkontrollen og hvor det eventuelt foreligger risiko.

6. Faktaverifikasjon

Det har vært lagt opp til at innsigelser om eventuelle faktafeil håndteres gjennom formell behandling av rapporten. Styrets revisjons-utvalg behandlet rapporten i møte den 2. desember 2021. Det har ikke kommet merknader om faktafeil.

7. Forberedelse og gjennomføring

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

- Mandat godkjent 11. november 2021
- Revisjonsvarsel ikke benyttet. Kunngjort i revisjonsutvalgets møte 11. november 2021, og formalisert i åpningsmøte.
- Åpningsmøte 19. november 2021
- Faktaverifikasjon 29.oktober 2021
- Rapport frigis 3 desember 2021

Styret i Helse Midt-Norge RHF.

Revisjonslaget har bestått av:

- Silje Gjøstøl Hepsø, revisjonsleder – Helse Midt-Norge RHF
- Jørgen Midtlyng, medrevisor og tilsyn med revisjonsgjennomføringen – Helse Midt-Norge RHF

EQS 707 er prosedyre for revisjonsprogrammet.

8. 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, St. Olavs hospital HF*. 2021.
3. Helse Midt-Norge RHF, *Risikokriterier - vedlegg til regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*. 2020.
4. RHF, H.M.-N., *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*. 2020.
5. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF, *Revisjonsrapport Risikostyring i Helse Midt-Norge RHF*. 2020.
6. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF, *Revisjonsrapport Risikostyring ved St. Olavs hospital HF*. 2020.