

Internrevisjonen

BRUKARMEDVERKNAD I HELSEFØRETAKA I HELSE VEST

Helse Vest RHF, desember 2023



INNHALD

1	Samandrag	3
2	Innleiing	6
2.1	Bakgrunn	6
2.2	Formål og problemstillingar	6
2.3	Revisjonskriterium og metode	7
2.4	Omgrep og avgrensingar	8
3	Analysar og drøftingar	11
3.1	Overordna strategiar i føretaka	11
3.2	Ansvar og organisering	12
3.2.1	<i>Sekretærfunksjonen</i>	12
3.2.2	<i>Helseføretaket møter i brukarutvalet</i>	13
3.2.3	<i>Prosjekt i Helse Bergen</i>	14
3.3	Førespurnader, prosjektdeltaking og bidrag i mål- og strategiarbeid	14
3.3.1	<i>Førespurnader</i>	14
3.3.2	<i>Prosjektdeltaking</i>	16
3.3.3	<i>Bidrag i mål- og strategiarbeid</i>	18
3.4	Operasjonalisering av strategi	19
3.5	Samansetting	20
3.6	Opplæring og kompetanse til brukarrepresentantane	22
3.6.1	<i>Felles opplæring i regi av Helse Vest RHF</i>	22
3.6.2	<i>Årleg fellessamling</i>	22
3.6.3	<i>E-læringskurs</i>	22
3.6.4	<i>Anna opplæring</i>	23
3.6.5	<i>Erfaringsutveksling</i>	24
3.6.6	<i>Eigenevaluering</i>	24
3.6.7	<i>Likeverdig kompetanse</i>	25
3.6.8	<i>Rolleavklaring</i>	26
3.7	Tilsette – opplæring og kompetanse	27
3.8	Brukarutvalet og styret	29
3.9	Årleg melding	31
3.9.1	<i>Årleg melding RHF-et</i>	31
3.9.2	<i>Årleg melding i HF-a</i>	32
3.10	Tilgang til informasjon	33
3.11	Honorar	34
3.11.1	<i>Budsjett i brukarutvala</i>	36
4	Konklusjon og tilrådingar	37
5	Vedlegg	39
5.1	Om internrevisjon	39
5.2	Kjeldeliste	39

1 SAMANDRAG

«**Brukarmedverknad i helseføretaka i Helse Vest**» var eit revisjonsforslag inkludert i revisjonsplanen i 2020 etter innspel frå regionalt brukarutval (RBU). Brukarrepresentantane peikte på opplevde skilnader, uønskt variasjon, i brukarmedverknaden på systemnivå både mellom ulike fagområde og føretak. Brukarrepresentantar har ulike roller i prosjekt og styringsgrupper. Nokre opplever effektiv dialog og konstruktive møte, medan andre opplever dårleg informasjonsutveksling og kjenner seg oversett. Nokre blir involverte for seint i prosjekt, etter at viktige avgjerder er tekne.

Formålet med revisjonen har vore å undersøke noverande brukarmedverknad på systemnivå, korleis den fungerer, og kvar den eventuelt ikkje fungerer, for å kunne uttale oss om korleis helseføretaka har lagt til rette for brukarmedverknad på systemnivå. Dette har gitt innsikt i variasjonar. Brukarrepresentantar er ein verdifull ressurs med mykje erfaring. Der brukarmedverknad fungerer og kunnskapen til brukarane blir nytta, kan ein oppnå betre kvalitet på helsetenestene. Rapporten klargjer følgjande hovudspørsmål:

Korleis har helseføretaka lagt til rette for brukarmedverknad på systemnivå, og korleis er dette operasjonalisert?

Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger. **Revisjonskriteria** som er lagt til grunn vil bli gjennomgått nærmare i kapittel 2.3. Innleiingsvis kan vi seie at revisjonskriterium er element som inneheld krav eller forventningar, og er brukt til å vurdere funna i dei undersøkingar som skal gjennomførast. Kriteria skal være grunna i, eller utleia av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området. **Metodane** som er nytta er dokumentanalyse av relevant dokumentasjon frå helseføretaka, intervju med medarbeidarar (leiarar og tilsette) i alle fem føretaka som har erfaringar og/eller ansvar knytt til brukarmedverknad og brukarutvala. Det er også gjennomført gruppeintervju med medlemmer av dei ulike brukarutvala. I tillegg er dei fem styreleiarane i føretaka intervjuet. Totalt er det gjennomført **22 intervju** med i alt **36 personar**. I dokumentanalysen har vi blant anna gått gjennom rutinar og prosedyrar, planar, styresaker og -referat med meir.

Internrevisjonen si samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkeleg grunnlag til å svare på føremål og problemstillingar i prosjektet.

Konklusjonen vår er at helseføretaka i hovudsak følger dei vedtekne retningslinjene for brukarmedverknad på systemnivå, og dermed har lagt til rette for brukarmedverknad på systemnivå. Forankringa i styra og den øvste leiinga blir oppfatta som god. Samtidig blir det

observert fleire forskjellar i korleis føretaka har operasjonalisert retningslinjene. Det er ulik modnad og ulik operasjonalisering av retningslinjene internt i føretaksgruppa. Internrevisjonen har identifisert følgande område for forbetring:

Opplæring og informasjon: Vi har observert at opplæring og informasjon til både tilsette og brukarar varierer mellom helseføretaka. Sviktande opplæring og informasjon kan leie til misforståingar og skape hindringar for effektiv brukarmedverknad. Vi tilrår at helseføretaka standardiserer og til dels utvidar opplæringsprogram og informasjonsmateriell for å sikre lik forståing og praksis.

Forventningsavklaring: Det er behov for betre forventningsavklaringar mellom helseføretaka og brukarrepresentantane. Dette inkluderer avklaringar om honorering, kva prosjekt brukarane skal involverast i, og tidspunkt for deltaking. Klarare retningslinjer kan bidra til å unngå misforståingar og potensiell misnøye.

Evaluering og læring: Det er mangel på effektive evalueringsmekanismar som baserer seg på erfaringsgrunnlaget til helseføretaka med brukarrepresentantar. Vi tilrår at helseføretaka etablerer rutinar, eller aktivt tek i bruk allereie eksisterande prosedyrar, for å evaluere og lære av erfaringar knytt til brukarmedverknad. Dette vil bidra til verdifull innsikt som kan nyttast til kontinuerleg forbetring av systemet med brukarmedverknad. På same måte oppmodar internrevisjonen dei respektive brukarutvala til å gjennomføre eignevalueringar i samsvar med retningslinjene.

Det er også viktig å vere merksam på behovet for presiseringar i dei allereie gjeldande retningslinjene for brukarmedverknad. Dette vil gi mindre rom for ulike tolkingar, og kunne gjere retningslinjene lettare å praktisere for både helseføretaka og brukarane. Dette kan bidra til ei meir effektiv operasjonalisering av retningslinjene.

Involvering av brukarutval i dei årlege meldingane i helseføretaka er for alle revisjonsobjekta regulerte i føretaka sine vedtekter. For Helse Vest RHF er det også regulert gjennom helseføretakslova § 34 (2). Internrevisjonen finn manglar hos fleire av føretaka. Internrevisjonen tilrår at helseføretaka set i verk tiltak for å unngå framtidige avvik mot vedtekter. Internrevisjonen tilrår at Helse Vest RHF i tillegg sett i verk tiltak for å unngå framtidige avvik mot intern prosedyre samt tiltak for rettidig involvering for å sikre at helseføretakslova § 34 (2) blir etterlevd.

Det er internrevisjonen si oppfatning at tilrådingane vil bidra til å sikre ein meir effektiv og gjennomsiiktig involvering av brukarrepresentantane i prosessane til helseføretaka. Dette kan igjen gi auka kvalitet og verdi for både helseføretak og brukarar.



2 INNLEIING

2.1 Bakgrunn

Forslaget kom inn i revisjonsplanen i 2020, etter innspel frå regionalt brukarutval (RBU). Det blei vist til opplevde skilnader både mellom ulike fagområde og mellom dei ulike føretaka.

Det har blitt peikt på uønskt variasjon i brukarmedverknaden på systemnivå.

Brukarrepresentantar har ulike verv i prosjekt- og styringsgrupper. Mange opplever god dialog og konstruktive møter, medan andre opplever dårleg informasjonsutveksling og at dei ikkje blir involvert i tilstrekkeleg grad. Nokre opplever å bli tekne med for seint i prosjekta, etter at viktige avgjerder allereie er tatt. Det er viktig at ein prøver å kartlegge omfanget av ein slik uønskt variasjon.

2.2 Formål og problemstillingar

Formålet med revisjonen har vore å undersøke korleis brukarmedverknaden på systemnivå er i dag - korleis den fungerer og kor han eventuelt ikkje fungerer. Dette har gitt oss innsikt i variasjonar. Brukarrepresentantar utgjør ein betydeleg ressurs med mykje erfaring. Der brukarmedverknaden fungerer og brukarane sin kunnskap blir tilført prosjekta dei er med i, får ein styrka kvalitet på helsetenestene. I rapporten vil vi klargjere følgande problemstilling:

- Korleis har helseføretaka lagt til rette for brukarmedverknad på systemnivå, og korleis er dette operasjonalisert?

For å svare ut problemstillinga tek vi utgangspunkt i etterlevinga av dei felles retningslinjene for brukarmedverknad på systemnivå i helseføretak¹, sjå omtale i kapittel 2.4, relevant lovverk og føretaka sine egne vedtekter. Dokument frå helse- og omsorgsdepartementet, helsedirektoratet og regjeringa har også danna eit underlag for undersøkingane våre, sjå kapittel 2.4.

¹ Helse Vest RHF. Brukarmedverknad på systemnivå i helseføretak. Vedtatt i styremøte 04.04.17 sak 42/17

2.3 Revisjonskriterium og metode

Revisjonskriterium er element som inneheld krav eller forventningar, og er brukt til å vurdere funna i dei undersøkingar som skal gjennomførast. Kriteria skal være grunna i, eller utleia av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området.

Følgande kjelder er lagt til grunn for utvikling av revisjonskriterium:

- Lover og forskrifter, blant anna:
 - Helseføretakslova (§ 35)
 - Forskrift om leiing- og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta
- Brukarmedverknad på systemnivå i helseføretak – Rettleiande retningslinjer (Jan 2017, oppdatert jan 2022)
- Lovforarbeid
Oppdragsdokument frå HOD til Helse Vest RHF, og styringsdokument frå RFH-et til føretaka i regionen
- Administrative retningslinjer, mål, føringar og liknande
- Offentlege føringar, rettleiingar og liknande
- Helse Vest RHF sine vedtekter
- Teori (rettsoppfatningar, fagmetode, litteratur, artiklar og liknande)
- Reelle omsyn (vurderingar av kva som er rimeleg, formålstenleg eller liknande)

Metodane som er nytta er dokumentanalyse av relevant dokumentasjon kombinert med ei rekke intervju.

I dokumentanalysen har vi blant anna gått gjennom rutinar og prosedyrar, planar, styresaker og -referat m.m.

Internrevisjonen har intervjuar medarbeidarar (leiarar og tilsette) i alle fem føretaka som har erfaringar og/eller ansvar knytt til brukarmedverknad og brukarutvala. Det er også gjennomført gruppeintervju med medlemmer av dei ulike brukarutvala. I tillegg er dei fem styreleiarane i føretaka intervjuar. Totalt er det gjennomført 22 intervju med i alt 36 personar.

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkeleg grunnlag til å svare på prosjektets føremål og problemstilling.

2.4 Omgrep og avgrensingar

Revisjonen omfattar Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger med tilhøyrande brukarutval. Helse Vest IKT AS leverer IKT-tenester til resten av føretaksgruppa og har ikkje eige brukarutval. Sjukehusapoteka Vest HF jobbar med etablering² av brukarutval og er derfor ikkje med i dette prosjektet.

Brukarmedverknad står sentralt i spesialisthelsetenesta, og inneber at pasientar og brukare av spesialisthelsetenester og pårørande deira får innflytelse på slutningsprosessar, og utforming av helse- og omsorgstenestene (Bahus, 2022). Det er tre hovudnivå av brukarmedverknad, system-, teneste- og individnivå, denne internrevisjonen tek for seg systemnivå. Alle nivåa har lovfesta rettigheter som inneber at brukarar, pasientar og pårørande har rett til å medverke, medan helse- og omsorgstenesta har plikt til å involvere.

Brukarmedverknad på individnivå handlar om rettane og moglegheitene den enkelte har til å påverke behandlinga dei får i helse- og omsorgstenesta (Helsedirektoratet, 2022). Inngåande detaljar om rettane er lovfesta i kapittel 3 i pasient- og brukarrettslova. Brukarmedverknad på tenestenivå inneber at brukarrepresentantar samarbeider med fagpersonar i helsetenesta, til dømes på eit sjukehus (Helsedirektoratet, 2022). Rettane er omtalte i helseføretakslova § 35, og i forskrift om leiing- og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta (§ 6 bokstav g, § 7 bokstav e, § 8 bokstav d).

Brukarmedverknad på systemnivå er lovfesta i helseføretakslova (2001, §35), og i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. I spesialisthelsetenesta blir brukarmedverknad på systemnivå blant anna tatt i vare gjennom brukarutval. Helsedirektoratet uttaler at brukarmedverknad på systemnivå inneber at brukargrupper og brukarorganisasjonar blir involverte i planlegging av tiltak og tenester (Helsedirektoratet, 2022). Brukarrepresentantane i utvalet består av personar som er knytt til ein medlemsorganisasjon. Brukarrepresentantane skal gjennom sitt verv formidle og bruke sin kunnskap om pasientar, brukarar og pårørande sine behov, forventningar og opplevingar på ein systematisert og generalisert måte (Helse Vest, Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Nord, FFO, SAFO, Kreftforeningen, u.å.).

Brukarutvala i spesialisthelsetenesta skal følge retningslinjene for brukarmedverknad på systemnivå, heretter omtala som retningslinjene. Bakgrunnen for retningslinjene er at helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i et føretaksmøte i 2015, viste til at helseføretaka hadde ulike praksis og rutinar for brukarmedverknad på systemnivå. Helse- og omsorgsdepartementet kravde at dei fire regionale helseføretaka skulle utarbeida felles retningslinjer og ein praksis som er einskapleg. Retningslinjene blei godkjent av styret i Helse

² Sjukehusapoteka Vest HF. Styresak 10/23.

Vest RHF i april 2017, og av helseføretaka i etterkant. Det er føretaka si etterleving av retningslinjene som dannar hovudgrunnlaget for revisjonen.

I sjukehuset for 2023 viste helse- og omsorgsministeren til viktigheita av medverknad og korleis dette kan gi verdifulle bidrag til kunnskapsbasert praksis og kvalitetsutvikling i helsetenesta. Det blei også gitt ei oppmoding til RHF-a, og HF-a om å lytte godt til brukarutvala. Dette blir vurdert som oppmoding frå eigar til å jobbe aktivt med involvering av brukarrepresentantane. I tillegg har det i 2023 kome to NOU-er som nemner bruk av brukarutval i sjukehusa. Den eine er utgreiinga frå Helsepersonellkommisjonen, NOU 2023:4 - Tid for handling, om personellet i ei berekraftig helse- og omsorgsteneste. Dei meiner at helse- og omsorgstenesta i større grad bør involvere brukarar i arbeidet med pasientforløp og i utvikling av helse- og omsorgstenestene, i tillegg til å bruke tenester i regi av brukarorganisasjonane. Dei skriv at det å styrke samarbeidet mellom tenestene og brukarorganisasjonane kan bidra til å sikre kvalitet og forsvarlegheitskrav, samt at det vil avlaste helse- og omsorgstenestene. I den andre NOU-en, frå Sykehusutvalget, NOU 2023:8 - Fellesskapets sjukehus, påpeiker dei at den generelle meininga er at brukarmedverknad har hatt ei positiv utvikling etter 2002 (etter at helseforetaksmodellen blei innført). Der legg dei til grunn at behov og erfaringar frå pasientar, brukarar og pårørande er sentrale i utviklinga av helse- og omsorgstenesta. Dei meiner blant anna det er positivt at det er ein representant frå brukarutvalet med i styret i eit helseføretak, for å styrke den samla kompetansen.

I tillegg til dei to nemnde NOU-rapportane, kom regjeringa i desember 2020 ut med rapporten "Vi – de pårørende – Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan" (2020). I rapporten blir det peikt på kor viktig pårørande er som kjelde til kunnskap og informasjon, og korleis innsikta deira har mykje å seie for tenestene som blir gitt. Rapporten understrekar at det er avgjerande for tenestene å lytte til og forstå pårørande, då dei også kan rettleia personalet og bidra til forbedringar. Innspel viser likevel at fleire pårørande opplever at omsorgsinnsatsen deira blir tatt for gitt på mange måtar.

Rapporten "Hvor skal man begynne? – Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester" frå Helsedirektoratet (2019) viser at trass i auka fokus på brukarmedverknad, blir reell brukarmedverknad framleis opplevd som avgrensa. Brukaren og familien deira blir sjeldan involvert i defineringa av eigne behov (Hansen, Jensen et al. 2019), og har lite innverknad på når og kva hjelp dei får (EGGS design 2018). Brukarane sine eigne perspektiv blir inkluderte i lita grad i utforminga av dei individuelle tenestetilboda deira, dette hindrar tilpassingar til den heilskaplege livssituasjonen til den enkelte (Follesø 2010). Mangel på reell brukarmedverknad skaper mistillit, hindrar brukarane i å kjenne seg trygge og oppleve meistring (Follesø 2010, Anvik og Eide 2011, Tøssebro og Wik 2013). Innspel frå pårørande viser at mange ønsker å bli involverte i behandling og oppfølging, men opplever at dei ikkje blir sett på som ein partnar i arbeidet, men heller som ein motpart.

Rapportane, strategiane og handlingsplanane omfattar kvar for seg både system- og individnivå. Funn og anbefalingar gjeldande individnivå kan og vere relevant på systemnivå, og vise til utfordringar som gjeld brukarmedverknad generelt.

NOU-ane, pårørandestategien til regjeringa og handlingsplanen samt Helsedirektoratet sin rapport indikerer at det er eit uforløyst potensiale for brukarmedverknad i helsetenesta, og at brukarmedverknaden bør styrkast. Målet er at brukarmedverknad i spesialisthelsetenesta skal gi betre kvalitet, auka tillit og meir effektiv omsorg.

Revisjonen tar føre seg brukarmedverknad på systemnivå, gjennom brukarutval. Brukarutvala skal arbeide på eit overordna nivå. Deira arbeid angår heile organisasjonen og utvala skal representere alle pasientar og pårørande i verksemdsområdet til Helse Vest. Brukarutval kan delta i prosjekt i eige føretak samt bli inkludert i regionale og interregionale oppgåver.

3 ANALYSAR OG DRØFTINGAR

3.1 Overordna strategiar i føretaka

Helse Vest RHF, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger skal følge dei felles retningslinjene som er omtalt i kapittel 2.4. Utover dette har ikkje internrevisjonen fått kjennskap til andre felles prosedyrar, prosessbeskrivingar eller retningslinjer gjeldande brukarmedverknad på systemnivå som gjeld heile føretaksgruppa. Alle revisjonsobjekta har strategiar som er førande for framtidig styring av spesialisthelsetenesta. Internrevisjonen har derfor tatt utgangspunkt i styrande dokument for kvart føretak, for å etablere ei grunnlinje.

Dei neste avsnitta handlar om strategiar som er vedtatt av både RHF-et og HF-a. Vårt formål er å sjå i kva grad brukarmedverknad er synleggjort. Strategiske mål som er vedtatt av styret, skal støtte visjonen og verdiane som er satt for verksemda. Helse2035, den overordna strategien for føretaksgruppa, inneheld visjonen «Å fremme helse, meistring og livskvalitet», med «respekt, tryggleik og kvalitet» som tilhøyrande verdiar. Helse2035 bygger på Nasjonal helse- og sjukehusplan 2020-2023. Nasjonal helse- og sjukehusplan for 2020-2023 set krav til spesialisthelsetenesta ved å uttale at «Pasientens stemme skal bli hørt – både i møtet mellom pasient og behandlar og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene».

Eit av premissa for gjennomføring av strategien i Helse 2035 er å nytte brukarorganisasjonar som sentrale bidragsytarar. Vidare, med utgangspunkt i denne strategien, vedtok styret i Helse Vest RHF 07.11.2022 (sak 116/22) ein regional utviklingsplan for 2023-2025 (Helse Vest, 2022a). Utviklingsplanane viser kva retning det enkelte føretak har satt for å kunne møte framtidige behov for helsetenestene. Den regionale utviklingsplanen er delt inn i fleire hovudområde med tilhøyrande innsatsområde, og er meint å skildre korleis føretaksgruppa skal utvikle verksemda. Eit av desse områda er at ein ønsker tenester som er tilpassa pasientane, og ein del av det tilhøyrande strategiske målet er «Tenestene skal vere tilpassa pasientane sine behov, og gi pasientane mest mogleg nytte, verdi og livskvalitet». Bakgrunnen for målet er blant anna tilbakemeldingar frå pasientar. Samtidig skildrar dei utviklingsretninga, kor følgande kjem fram: «Brukarmedverknad er viktig for den einskilde pasienten men òg for utviklinga av tenestene. Tilbakemeldingar frå pasientane og aktiv bruk av brukarutvala er sentralt for korleis vi skal utvikle oss og tilpasse tenestene til pasientane». Helse Vest har òg utarbeida ein regional plan for kvalitet og pasienttryggleik, som blei vedtatt av styret 11.03.2020. Planen inneheld fleire grep, kor betre og meir brukarinvolvering blir trekt fram. Viktigheita av brukarperspektivet kjem fram i retningsgivande dokument for Helse Vest. Den regionale planen for kvalitet og pasienttryggleik har eit eige delkapittel tileigna brukarmedverknad på systemnivå som gjer greie for målbilete, vurdering og tiltak/innsats.

Dei andre HF-a i føretaksgruppa har utarbeida eigne, lokale utviklingsplanar som skal følge opp Helse2035 og den regionale utviklingsplanen. Helse Stavanger har to innsatsområde i sin plan, kor eit av dei gjeld helsefellesskap. Helsefellesskap handlar om ein samanhengande helse- og omsorgsteneste, kor både primær- og spesialisthelsetenesta er omfatta. Helse Stavanger uttrykker at brukarar skal inn i alle prosjekt (Helse Stavanger, 2022a).

Helse Bergen har i sin utviklingsplan eit overordna mål som lyder «At vi også i 2035 skal ha dyktige, engasjerte og involverte medarbeidarar som saman med pasientar, pårørande og andre samarbeidspartar utviklar sjukehuset slik at vi leverer helsetenester av god kvalitet til dei som treng det» (Helse Bergen, 2022b).

I Helse Fonna sin utviklingsplan er det eit eige delkapittel som handlar om brukarmedverknad i utvikling av tenestene, og at helseføretaket vil sikre at det er reell brukarmedverknad, både i eksisterande tenester og i utvikling av nye tenester, samt at dei ønskjer å bruke erfaringar frå pasientar og pasientundersøkingar i forbetningsarbeid (Helse Fonna, 2022a).

Helse Førde poengterer i sin plan at brukarmedverknad er livsviktig, og at dei har eit mål om at brukarane skal medverke i utforming av tenester gjennom å delta i brukarutval og i utviklingsprosjekt (Helse Førde, 2022a).

Alle styra har vedtatt³⁴⁵⁶ utviklingsplanar som inneheld brukarmedverknad. Styret og leiinga har gjennom styrande dokument lagt til rette for ein kultur kor brukarmedverknad er ein integrert del. Alle brukarutvala vi har intervjuar meiner i det store og heila at dei blir ivaretatt, inkludert og tatt på alvor av leiinga. Det at brukarmedverknad kjem tydeleg fram i strategiane, i kombinasjon med haldningane til leiinga kan bidra til at ein oppnår god brukarmedverknad, og ein god organisasjonskultur.

3.2 Ansvar og organisering

Alle brukarutvala utanom regionalt brukarutval, er administrativt heimehøyrande i ei avdeling i sitt føretak. Brukarutvala i Helse Stavanger, Helse Bergen og Helse Fonna er alle del av seksjon for samhandling, medan brukarutvalet i Helse Førde er del av fag og utvikling, kor samhandling inngår. I Helse Vest RHF er ansvaret delt mellom administrasjons- og eigaravdelinga.

3.2.1 Sekretærfunksjonen

Retningslinjene stiller krav til at helseføretaka sørger for sekretærfunksjon. Dette er eit viktig premiss for utføringa av mandatet til brukarutvalet. Det blir bekrefta gjennom intervju at kravet til sekretærfunksjon er tatt i vare for alle brukarutvala.

³ Helse Bergen. Utviklingsplan 2035. Styresak 24/22

⁴ Helse Fonna. Utviklingsplan for Helse Fonna. Styresak 7/22

⁵ Helse Førde. Utviklingsplanen HFD. Styresak 005/2022

⁶ Helse Stavanger. Utviklingsplan for HST. Styresak 17/22

Internrevisjonen har vidare vurdert korleis arbeidsoppgåvene til sekretærfunksjonen er formalisert. Her ser vi variasjon mellom føretaka. Helse Bergen har ei formell stillingsbeskriving, den tilsette som arbeider mot brukarutvalet har 50% av si stilling dedikert til arbeid med brukarmedverknad. I Helse Vest RHF er det utarbeidd eit dokument som viser arbeidsoppgåver for leiar og nestleiar i RBU, leiargruppa i Helse Vest RHF og for sekretær for utvalet. Sekretær i Helse Vest RHF fortel at dette ikkje er eit formalisert dokument i den forstand at det ikkje alltid blir delt ut til eventuell ny leier eller nestleiar av brukarutvalet. Dokumentet fungerer som ei oversikt for hen sjølv over arbeidsoppgåver, og blei utarbeidd fordi det oppstod uvisse/ ueinigheit rundt kven som hadde ansvar for utføring av enkelte oppgåver, sekretær eller leiar av brukarutvalet. Oversikta har ikkje talfesta kor stor del av stillinga som gjeld utvalet. For dei resterande føretaka er det ikkje eit formelt dokument med stillingsinnhald for sekretærfunksjonen.

Sekretærfunksjonen er heilt sentral for at brukarutvalet skal kunne utføre sine arbeidsoppgåver og sekretærfunksjonen er tatt i vare for alle brukarutvala. Det er 1 av 5 føretak som har ei formell stillingsbeskriving. Mangel på dette gjer utøvinga av funksjonen sårbar om tilsette sluttar eller byter arbeidsoppgåver. Sekretær i Helse Førde opplyste sjølv at hen har utarbeidd eitt oppsett over når ting bør gjerast, fordi om hen skulle gå ut av rolla er det viktig med ei oversikt over kva som blir gjort. Utan stillingsinnhald frå dei andre føretaka er det vanskeleg å uttale noko ytterlegare om variasjon. Fråvær av stillingsinnhald representerer ein risiko for uønskt variasjon mellom føretaka. Internrevisjonen oppmodar føretaka om å vurdere formalisering av oppgåvene til sekretærfunksjonen.

3.2.2 Helseføretaket møter i brukarutvalet

Retningslinjene uttaler at helseføretaket skal sørge for at sakene blir godt nok opplyste til at brukarutvalet kan behandle dei. Vi går meir i detalj på dette i kapittel 3.10 om tilgang til informasjon. Retningslinjene uttaler også at helseføretaket møter i brukarutvalet med administrerande direktør og/eller representant for administrerande direktør.

Undersøkingane viser at i Helse Førde deltar ein frå nivå 2 fast gjennom møta. I Helse Vest RHF og Helse Bergen er det som hovudregel alltid ein deltakar med i delar av brukarutvala sine møte som anten er administrerande direktør, eller frå nivå 2 leiinga. Avvik frå dette er unntaksvis. I både Helse Stavanger og Helse Fonna deltek ein representant som ikkje har direkte rapporteringslinje til administrerande direktør. I Helse Stavanger deltek representanten fast, medan i Helse Fonna er representanten jamleg inne, men ikkje fast. Det kan diskuterast om representantane i Helse Stavanger og Helse Fonna er å rekne som representant for administrerande direktør. Det skal nemnast at brukarutvala i Helse Stavanger og Helse Fonna har minst eitt møte i løpet av eitt år kor administrerande direktør, og/eller leiar på nivå 2 deltek.

3.2.3 Prosjekt i Helse Bergen

Helse Bergen har sidan 2020 hatt eitt omfattande arbeid i form av eit prosjekt om brukarmedverknad i føretaket. Prosjektet blir referert til fleire stader i rapporten, vi vil derfor innleiingsvis kort gjer greie for prosjektet. Bakgrunnen for prosjektet var leiinga sin gjennomgang for 2020 kor dei konkluderte med at dei ikkje hadde gjennomført systematisk forbetring av området i tilstrekkeleg grad. Dei hadde ei kartlegging av moglegheiter og utfordringar knytt til brukarmedverknad i 2019-2020, og det kom fram at det var manglande kunnskap om kva brukarmedverknad er og korleis ein jobbar med det. Det var òg mangel på aksept for, og erkjenning av at brukarmedverknad er viktig. Som følge av dette vedtok føretaksleiinga i Helse Bergen i juni 2020 ein handlingsplan⁷ med målsetting om å etablere eit robust system for brukarmedverknad for pasientar, pårørande og tilsette. Her ønska føretaksleiinga å auke kunnskap og kompetanse om temaet, definere organisering av brukarmedverknad (roller og nivå), i tillegg til å bruke verktøy og metodikk som støttar brukarmedverknad. Prosjektet har hatt ein eigen prosjektleiar, styringsgruppe og kjerneteam, med representantar frå blant anna brukarutvalet. Brukarutvalet i Helse Bergen har òg fått jamlege oppdateringar på prosjektet i møta sine. Dette ser ein tydelege spor av i fleire av møteterferata. Prosjektet blei ferdigstilt i januar 2023. Det har vore fleire leveransar, kor ein av dei var å reindyrke brukarmedverknad på tre nivå. Organiseringa kom med ei forventning om betre samhandling mellom nivåa, og ein oppretta eit prioriteringsteam som blir omtalt nærmare i kapittel 3.3.1.

3.3 Førespurnader, prosjektdeltaking og bidrag i mål- og strategiarbeid

3.3.1 Førespurnader

Ein føresetnad for brukarrepresentantane si deltaking i prosjekt, råd og utval er at dei får førespurnadar. Internrevisjonen har derfor kartlagt korleis dette er organisert i føretaksgruppa.

Helse Vest RHF, Helse Fonna og Helse Førde opplyser at dei i hovudsak mottok førespurnader gjennom sekretær for det respektive brukarutval. I Helse Stavanger får internrevisjonen opplyst at dei oftast kjem til leiar av utvalet først. Felles er at det ikkje er eit klart eller tydeleg system for innsending av førespurnader, heller ikkje rettleiing for dette. Retningslinjene tillegg brukarutvala oppgåva med å foreslå brukarrepresentantar til plan- og prosjektarbeid. For alle revisjonsobjekta, utanom Helse Bergen som vi kommenterer i neste avsnitt, blir desse i hovudsak fordelt gjennom dei ordinære møta i brukarutvala. For oppdrag med svært kort tidsfrist kan løysinga til dømes bli å fordele oppdraget gjennom e-post. Internrevisjonen har også kontrollert om føretaka har informasjon tilgjengeleg på dei interne nettsidene som gir informasjon om korleis tilsette kan få tak i brukarrepresentantar til sine prosjekt eller oppdrag, for dei fire nemnde føretaka fann vi ikkje slike opplysningar.

⁷ Helse Bergen: [Styresak 107-21 Vedlegg 1. Sak til Føretaksleiinga Prosjekt Bedre brukarmedverknad.pdf \(helse-bergen.no\)](#)

Helse Bergen skil seg ut når det gjeld førespurnader. Saksinnmeldingar og førespurnader om brukarmedverknad vert meldt digitalt via eit kontaktskjema, dette er også godt opplyst om på føretakets intranettside, og er informasjon som er lett tilgjengeleg for dei tilsette. Helse Bergen har ein klar veg inn for førespurnader. Sekretær for brukarutvalet opplyste i intervju at hen framleis mottek nokre førespurnader og saksinnmeldingar på e-post, i desse tilfella blir det alltid vist til det digitale skjemaet. Dei innmeldte sakene i Helse Bergen blir vurdert av eit «Prioriteringsteam» beståande av medlem frå alle dei ulike brukarorgana i føretaket. Teamet møtes ein gong i veka til eit digitalt møte på om lag 30 minutt kor alle innkomne saker blir fordelt til riktig brukarorgan, og dermed også nivå av brukarmedverknad.

Internrevisjonen har forhøyrert med tilsette og brukarrepresentantar korleis sjølve førespurnadene er. Felles for alle brukarutval er at innhald på førespurnadene varierer, til dømes at det er lite detaljert informasjon om forventa tal på møte og mangel på informasjon som gjer det vanskeleg å gjere ei god vurdering av kven som skal delta. Brukarrepresentantane utgjer ein knapp ressurs. Derfor er gode førespurnader nødvendig for at brukarutvala skal ha eit rett avgjerdsgrunnlag for å gjere prioriteringane sine. Helse Bergen har redusert risikoen for manglande informasjon i ei viss grad gjennom felt som er standard i det digitale skjemaet. Alle utval rapporterer om tilfelle av førespurnader som kjem veldig seint i tid i høve til oppstart av prosjekt.

Retningslinjene stiller ingen direkte krav til førespurnadene, dei er likevel ein føresetnad for at brukarrepresentantane skal utføre vervet sitt og vi ser derfor på det som relevant å ha klargjort korleis dette er organisert på noverande tidspunkt. Mangelfull informasjon og korte fristar representerer ein risiko for at brukarmedverknaden ikkje fungerer som ønska. Til dømes kan brukarrepresentantane oppleve at brukarstemma blir svekt på grunn av manglande tid til førebuing, medan tilsette kan oppleve ein mangel av meirverdi frå brukarstemma. Variasjon i kvalitet på førespurnader gir inntrykk av at dei er personavhengige. Dette indikerer behov for auka fokus, og dermed kunnskap, når det gjeld å kontakte og nytte seg av brukarutvala. Dette kan til dømes skje gjennom opplæring av tilsette, rettleiarar og/eller å gjere enkelte tilsette ansvarlege, eksempelvis prosjektleiarar.

Brukarutvalet skal vere eit forum for tilbakemelding frå pasientar og pårørande om generaliserte erfaringar innanfor ansvarsområdet og oppgåvene til helseføretaket, og brukarutvalet skal fremme saker som er viktige for brukarar, pasientar og pårørande. Internrevisjonen har derfor kontrollert om det er informasjon på internettsidene i føretaka om kontaktpunkt slik at også eksterne organisasjonar, pasientar og pårørande kan melde inn saker til behandling. Alle føretaka har informasjon om kontaktpunkt tilgjengeleg. Helse Vest RHF har, som einaste føretak, ei skriftleg publisert rutine⁸ på si nettside for innmelding av saker til regionalt brukarutval.

⁸ Helse Vest RHF: [rutine-for-innmelding-av-saker-til-regionalt-brukarutval.pdf \(helse-vest.no\)](https://www.helse-vest.no/rukt/rutine-for-innmelding-av-saker-til-regionalt-brukarutval.pdf)

3.3.2 Prosjektdeltaking

Prosjektdeltaking blir i revisjonsrapporten brukt som ei fellesnemning for deltaking i prosjekt, råd og utval, og vil som hovudregel vere ein konsekvens av mottatt førespurnad, omtalt i delkapittelet over. Brukarutvala skal vere involvert i saker av strategisk karakter som er av allmenn betydning for pasientar og pårørande. Dette kjem frem av retningslinjene, og er også forankra i rammeverket for verksemdstyring i Helse Vest (Helse Vest, 2022b) som klargjer at brukarutvala skal bidra med tilbakemeldingar i prosjekt og utval.

Internrevisjonen har undersøkt om brukarutvala er representert inn i kvalitets- og pasientsikkerheitsutval (KPU) og klinisk etikkomité (KEK). KPU er lovpålagd, jamfør sphl. § 3-4. KPU si hovudoppgåve er å systematisk arbeide for kvalitetsforbetring og pasientsikkerheit. Alle brukarutvala har representant inn i sentralt KPU. Mottatt dokumentasjon viser variasjon mellom føretaka når det gjeld deltaking i kvalitetsutval på klinikknivå. Brukarutvalet i Helse Bergen er representert i fleire på fast basis. Frå mottatt dokumentasjon kan vi ikkje sjå at dette er tilfellet i dei andre føretaka. Lov om spesialisthelsetentesta set krav til at helseføretak skal opprette ein KEK (§2-4a), lova krev også at brukarrepresentant skal vere inkludert. Alle helseføretaka har brukarrepresentant med i KEK.

Brukarrepresentantar i alle føretaka er delaktige i fleire utval og prosjekt, i tillegg har leiar observatørrolle i styret. I desse fora har representanten moglegheit til å påverke gjennom å fremme saker og ytre seg, og utfører deler av sitt mandat ved å delta i saker som gjeld tenestetilbodet og som er viktige for brukarar, pasientar og pårørande. Det er inga overordna skildring av prosess for prosjektdeltaking til stades i føretaka, og følgeleg heller ikkje omtale av korleis ein skal involvere brukarrepresentant.

I intervju har vi spurt både tilsette og brukarar om ein er klar over når brukarrepresentantar skal bli inkludert i eit prosjekt. Vi får eitt generelt inntrykk av at det finst éin hovudbodskap om brukarrepresentant i alle prosjekt. Utan beskriving av prosess for prosjektdeltaking, er det ikkje noko skriftleg som styrer kva som er rett tidspunkt for å inkludere. Fleire tilsette i ulike føretak poengterer at ein må inkludere brukarrepresentanten så tidleg som mogleg, men at dette likevel ikkje alltid er klart. Utan formell skildring av prosessen er det ikkje klart kva som ligg i «så tidleg som mogleg». Forståinga kan variere frå person til person. For nokon kan dette til dømes bety at brukarrepresentantar må bli involvert i utarbeiding av mandat, andre vil kunne seie at dei skal bli involverte ved planlegging av prosjekt, medan ei anna tolking kan vere at dei skal bli inkludert når prosjektet er klart til oppstart. Arbeidet med å skape merksemd rundt å inkludere brukarrepresentantar finn stad kontinuerleg i følge samhandlingssjefane i helseføretaka. Internrevisjonen vurderer at det kunne vore behov for ei forventningsavklaring for både tilsette og brukarrepresentantar. RBU hadde eit notat oppe i fellesmøte med styret den 14.juni 2023 kor dei stilte spørsmål knytt til om rutinar burde blitt innført for å sikre reell brukarmedverknad i heile prosjektet. Det er ei stor kjelde til frustrasjon når kommunikasjonen sviktar, til dømes med innkallingar og dokumentasjon. Kven som eigentleg er ansvarleg for det praktiske rundt brukarrepresentantar si deltaking i prosjekt blir diskutert meir i kapittel 3.7 om tilsette og opplæringa deira. Alle føretaka har

peikt på tilfelle av at brukarrepresentantar har blitt inkludert for seint i prosjekt. Når brukarrepresentanten først er inkludert er det viktig at dei får nødvendig informasjon for å kunne vere med å påverke. Dette blir omtala nærmare i kapittel 3.10.

Eit prosjekt kan i utgangspunktet ha eit klart mål og ein forventning om kor dei ønsker å komme, men basert på innspel frå brukarrepresentantane sine erfaringar kan målet bli justert og endra undervegs. Det overordna inntrykket frå intervju med leiarar for avdelingane kor brukarutvala er underlagt og styreleiarar er at ein av dei tydelegaste fordelane med brukarmedverknad er at brukarrepresentantane kan bidra med eit anna synspunkt enn administrasjonen og fagpersonell. I intervju med leiar på nivå 2 i Helse Vest RHF blei følgjande uttalt: «Det kommer jevnlig noen veldig nyttige og gode ideer som vekker oss litt. Det får oss til å tenke annerledes enn hva vi ville gjort.» Alle innspela frå brukarrepresentantane skal bli vurdert på same måte som innspel frå fagpersonell. Det er ein tone frå toppen i alle føretak om at det ikkje skal vere prosjekt utan brukarrepresentant, og dei framhevar viktigeita av brukarmedverknad. Vidare er det verdt å merke seg at inntrykket frå både tilsette og brukarrepresentantar i Helse Bergen er at prosjektdeltaking har auka som følge av prosjektet betre brukarmedverknad. Nytt system for førespurnader er ein av faktorane, ref. kapittel 3.3.1.

Som nemnt er prosjektdeltaking i revisjonsrapporten nytta som ei fellesnemning for deltaking i prosjekt, råd og utval. Gjennom intervju har internrevisjonen forsøkt å kartlegge om variasjon av brukarmedverknad kan bli knytt til verksemdsområde. Vi har derfor stilt spørsmål til intervjuobjekta om dei opplever at det er forskjell mellom brukarmedverknad innan psykisk helsevern/TSB og somatikk. I Helse Stavanger peikte administrativt tilsette på at psykisk helsevern har hatt meir fokus på brukarmedverknad. Sjefane for samhandling på tvers av føretak løfta fram at brukarmedverknad har ein lengre tradisjon innanfor psykisk helsevern. Frå dei andre føretaka sine tilsette og brukarrepresentantar er det ingen eintydige svar. Nokon har trekt fram at psykisk helsevern har kome lenger, er betre på å involvere og at dei har meir fokus på brukarmedverknad. Andre peiker på at det er betre innanfor somatikken da forløpa gjerne er mindre samansette. I psykisk helsevern er det i større grad snakk om lengre forløp og fleire samansette faktorar. Det blei i intervju med ein leiar i Helse Førde også påpeika at trass i lengre og sterkare tradisjon for brukarmedverknad innan psykisk helsevern, er nok frustrasjonen samtidig større. Nokre peiker vidare på at mykje handlar om enkeltpersonar som engasjerer seg, til dømes eldsjeler med hjertesaker som fremmar ønsker og behov tydelegare enn andre. Vi har ikkje gått detaljert inn i enkeltprosjekt. Dette kjem av fleire forhold. Sentralt står mangel på formaliserte prosessar for å inkludere brukarrepresentantar som medfører at vi ikkje har objektive indikatorar for å supplere subjektive oppfatningar for om brukarmedverknaden i prosjekt har vore god eller dårleg. I tillegg viser funn frå innleiande undersøkingar i revisjonen til variasjonar på eitt høgare nivå enn prosjektdeltaking. Internrevisjonen har fått tilsendt nokre døme på prosjekt kor brukarmedverknad ikkje var tilfredsstillande, sett frå brukarrepresentantane si side. Eitt døme gjeld prosjekt innan psykisk helsevern der brukarrepresentant deltok i to møte, deretter hørde ikkje representanten noko meir på lang tid, før hen las i eitt dokument at arbeidet var gjennomført. I etterkant viste det seg at arbeidet ikkje var ferdig slik dokumentet indikerte. Internrevisjonen har observert korleis det spesifikke døme har blitt løfta opp frå

brukarutvalet til nivå 1. Nivå 1 anerkjende at det har skjedd ein feil i dette tilfellet. Det er ikkje slik Helse Vest ønsker å møte brukarrepresentantar.

I samband med revisjonen bad internrevisjonen om å få tilsendt prosjektoversikter frå alle helseføretaka og frå brukarutvala. Målet med førespurnaden var å samanlikne prosjektoversikta frå helseføretaket mot prosjektoversikta frå brukarutvalet, og såleis identifisere omfanget av prosjekt som ikkje hadde brukarrepresentant. Det er prosjekt i føretaka kor det ikkje er aktuelt å ha med brukarrepresentant, men dette ville kunne gi oss eit grunnlag for vurdering av inkludering av brukarrepresentantar. Brukarutvala har gode oversikter over kva prosjekt dei er med i, men det er vanskeleg å få fullstendige prosjektoversikter frå føretaka. Vi nemner, for lesaren, at det i føretaksgruppa til kvar tid er fleire tusen pågåande aktivitetar og oppgåver som blir definerte som eit prosjekt. Ein leiar på nivå 2 i eit av HF-a seier at det er vanskeleg å ha ein fullstendig oversikt over prosjekt i eit HF. Andre peiker på at ein kan følge med i styringsgruppene kor det er brukarrepresentantar med. Då kan det dukke opp prosjekt kor dei ser at det ikkje er brukarrepresentant, og at ein då inkluderer brukarrepresentantar. Tilsette frå fleire av føretaka seier i intervju at hovudregelen er at det ikkje skal vere prosjekt utan brukarrepresentant, men det er ingen system/oversikter kor brukarrepresentantane og/eller sekretær kan følge med om dei er inkludert. At den generelle hovudbodskapen er at ein ikkje skal ha prosjekt utan brukarrepresentant er positivt. Samtidig må ein vera merksam på at ein i opplæring til brukarrepresentantar er tydeleg på at denne bodskapen gjeld i saker som påverkar tenestetilbodet, og som er viktige for brukarar, pasientar og pårørande. Utan denne tydeleggjinga kan det oppstå unødvendig misnøye mellom brukarrepresentantar og tilsette då bodskapen kan bli oppfatta ulikt frå person til person.

Alle brukarutval deltek i prosjekt, råd og utval, men omfanget varierer. Internrevisjonen har registrert at det ikkje finst overordna skildring av prosess for prosjektdeltaking. Dette kan skape forvirring blant anna om korleis ein skal involvere representantar og tidspunkt for involvering, utfall kan bli personavhengige da oppfatningar og tolkingar kan variere frå person til person.

3.3.3 Bidrag i mål- og strategiarbeid

Brukarutvala har ulike typar oppgåver. I retningslinjene står det til dømes at dei skal bidra i mål- og strategiarbeid, å komme med høyringsfråsegner til relevante planar og utgreiingar. Samstundes stadfester retningslinjene at helseføretaka skal legge til rette for brukarmedverknad blant anna ved å nytte brukarkompetansen ved planlegging, avgjersler, gjennomføring og evaluering. Internrevisjonen har på bakgrunn av dette undersøkt om brukarutvala har blitt involvert i arbeidet med utviklingsplan.

Frå intervju og dokumentgjennomgang er det tydeleg at fire av fem utval, som minimum har blitt involvert i prosessen med å gi innspel til plan, og samla høyringsfråsegn frå utval til utkast til plan. Fleire detaljar blir klargjort i avsnittet under. Utvalet i Helse Stavanger skil seg

ut då ein ikkje finn tydelege spor av deltaking, anna enn at utvalet skal ha mottatt utviklingsplanen på høyring, sjå møte 1/22 i brukarutvalet i Helse Stavanger (sak 03/22).

RBU opplyser i si årlege melding⁹ for 2022 at dei har behandla regional utviklingsplan. Møtereferat frå april 2022 viser inkludering i planarbeid, og referat frå september viser til høyring om regional utviklingsplan. Regionalt brukarutval har også fått moglegheit til å gi innspel til tiltaksplanen (sak 14/23 møte RBU). Utvalet i Helse Bergen opplyser i si årlege melding¹⁰ at dei har behandla og gitt innspel til utviklingsplan. Møtereferat frå september 2022 viser involvering i delplan som har fokus på tiltak for å svare ut mål frå utviklingsplanen. Utvalet i Helse Fonna opplyste i årleg melding¹¹ for 2021 at dei var aktivt med å gi innspel til planen, og at dei sendte høyringssvar når det første utkastet kom. Utvalet i Helse Førde har vore involvert i prosessen med utviklingsplanarbeidet og uttalte i si årlege melding¹² for 2022 at dei la ned ein del arbeid i utarbeiding av høyringsfråsegna til utviklingsplanen, og at dei fekk ei god oppfølging i Helse Førde-organisasjonen.

Utviklingsplan er for alle føretaka det overordna strategiske dokument. Internrevisjonen vurderer involvering av brukarutvala i slikt arbeid som nødvendig for å etterleve retningslinjene. Utan slik form for involvering er det vanskeleg å forstå korleis brukarutvala kan utøve sitt mandat i å «bidra i mål- og strategiarbeid» (retningslinjene s.6).

3.4 Operasjonalisering av strategi

I intervju og ved dokumentgjennomgang har vi undersøkt om føretaka har mål og handlingsplanar for brukarmedverknad. Helse Bergen har, som nemnt i kapittel 2.4, hatt eit prosjekt med namn «betre brukarmedverknad». Prosjektet blir no etablert i linja, og det er blant anna klargjort kva brukarmedverknad på systemnivå inneber. I samband med dette prosjektet oppretta dei eit «prioriteringsteam», som er omtalt i kapittel 3.3.1., kor dei hadde som mål å auke talet på førespurnadar om brukarrepresentantar til prosjekt i føretaket. I intervju med prosjektleiar i Bergen kom det fram at dei gjer justeringar undervegs når dei ser kor godt dei ulike elementa i prosjektet fungerer. Det at Helse Bergen har hatt dette prosjektet viser att ved at dei blant anna skil seg positivt ut når det kjem til meir tydelege førespurnadar, som igjen fører til ein høgare prosjektdeltaking, jf. Kapittel 3.3.2.

I Helse Fonna viste leiar for avdelinga kor brukarutvalet er underlagt, til ei sak i direktørmøte (sak 38/23) der dei ønska å ha ein gjennomgang av brukarmedverknad, inspirert av prosjektet til Helse Bergen. Denne saka blei tatt opp 14. februar 2023, men dei har ikkje starta arbeidet utover å presentere det for leiinga. Helse Stavanger er det einaste helseføretaket som har vedtatt ein eigen strategi¹³ for brukarmedverknad med tilhøyrande

⁹ Helse Vest RHF: [rbu-arleg-melding-2022.pdf \(helse-vest.no\)](#)

¹⁰ Helse Bergen: [Styresak 07-23 Vedlegg 1. Årsrapport Brukarutvalet Helse Bergen 2022.pdf \(helse-bergen.no\)](#)

¹¹ Helse Fonna: [Årleg melding 2021 Brukarutvalet Helse Fonna.pdf \(helse-fonna.no\)](#)

¹² Helse Førde: [2022 Årsmelding Brukarutvalet i Sogn og Fjordane.pdf \(helse-forde.no\)](#)

¹³ Helse Stavanger: [Microsoft Word - Strategi for brukarmedverknad 2013-2018.doc \(helse-stavanger.no\)](#)

tiltaksplan. Strategien blei sist revidert 4. juni 2020, og det står at den skal bli revidert annan kvart år. I intervju, både av tilsette og medlem av brukarutvalet, kjem det fram at denne strategien ikkje er i bruk. I Helse Vest RHF og Helse Førde er det ingen liknande prosjekt eller planar.

Internrevisjonen ønsker å presisere at verken dei felles retningslinjene eller lovverket stiller krav til at ein skal lage eigne separate handlingsplanar eller strategiar som berre gjeld brukarmedverknad. Vi ønsker likevel å trekke fram at Helse Bergen har gjort eit omfattande arbeid med brukarmedverknad som har gitt føretaket eit stort utbytte. Inntrykket er også at dei tilsette i etterkant av prosjektet opplever å få meir ut av brukarmedverknad. Helse Bergen si operasjonalisering av tema er ei naturleg forklaring på kvifor ein kan oppleve variasjonar mot brukarutval i andre føretak.

3.5 Samansetting

I dette delkapittelet har vi undersøkt korleis helseføretaka innstiller og oppnemner medlemmer til brukarutvala, og om samansettinga oppfyller krava som er satt i retningslinjene kapittel 5. Samansettinga skal reflektere heile opptaksområdet til helseføretaket, og partane som er omfatta av denne revisjonen har både somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar (TSB) i sitt område. Vidare skal pårørandeperspektiv vere dekkja, saman med eldre, barn og unge og etniske minoritetar. Krava omfattar òg kjønns-, alders- og geografisk representasjon, i tillegg til representasjon frå både små og store organisasjonar. Det er etablert prosessar for innstilling og oppnemning av medlemmer til brukarutvala. Organisasjonane som er spesifisert i retningslinjene får årleg invitasjon frå HF-a til å foreslå kandidatar. Tal på medlemmer kan avgjerast lokalt, og varierer mellom 9 og 11. Administrerande direktør innstiller medlemmene, og styret oppnemner. I Helse Førde skjer oppnemning i strategisk samarbeidsutval i samhandling med kommunane, som følge av at dei har felles brukarutval for primær- og spesialisthelsetenesta. Det er administrerande direktør som innstiller leiar og nestleiar. Både tilsette og styreleiarar har presisert kor viktig det er å finne riktig person til desse verva. Det er viktig både for føretaka, styret og brukarutvala, då det til dømes er personavhengig korleis representanten frå brukarutvalet opptrer i styret (blant anna med tanke på aktivitet).

Alle brukarutvala har mellom fire og seks personar frå Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Norges største paraplyorganisasjon, med 87 medlemsorganisasjonar. I medlemsorganisasjonane er fleire psykiske og fysiske funksjonshemmingar representert, i tillegg til kroniske sjukdommar. Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjonar (SAFO) er òg ein paraplyorganisasjon, med tre medlemsorganisasjonar. Brukarutvala i Helse Fonna og Helse Førde har to medlemmer kvar frå SAFO som er frå same medlemsorganisasjon. Dette er ikkje tilfelle i dei andre brukarutvala. Brukarutvalet i Helse Stavanger manglar medlem frå rusområdet. Dette knyter seg til at Rusmisbrukernes interesse organisasjon (RIO) ikkje svarte på førespurnaden frå føretaket, og dermed har dei valt å ha to medlemmer frå Mental Helse i staden for. Vi har sett

på samansettinga for 2023, men på eit overordna nivå er representasjonen frå ulike organisasjonar i grove trekk lik i åra frå 2019 til 2023.

Vi har ikkje nytta statistikk knytt til alder, geografi, pårørandeperspektiv og kulturell bakgrunn/etnisitet i utvala, men i fleire intervju, både av tilsette og brukarutval, kjem det fram at dei gjerne skulle hatt ein lågare gjennomsnittsalder, betre geografisk spreiding og medlemmer med anna etnisitet/kulturell bakgrunn. Kva organisasjonar medlemmene representerer i brukarutvala synleggjer ikkje nødvendigvis kven som har erfaring som pårørande, men i intervjuet er det klart at fleire har dette. Når det gjeld kjønnsrepresentasjon er det ei overvekt av kvinner i alle utvala, og andelen menn varierer frå 30% til 45%. Det er berre RBU i RHF-et og brukarutvalet i Helse Bergen som har medlemmer frå innvandrarråd. Ein leiar på nivå 3 i Helse Fonna seier at dei er forsiktige med å blande seg inn i kandidatane som organisasjonane oppnemner, og det generelle inntrykket er at føretaka i liten grad legg seg opp i oppnemningane.

Lågare gjennomsnittsalder var eitt av fleire punkt som blei nemnd i intervjuet med tanke på samansetting og at brukarutvala skal representera alle pasientar og pårørande. Internrevisjonen ønska derfor å undersøke korleis føretaka har tilrettelagt for representantar i yrkesaktiv alder. Retningslinjene viser til at brukarrepresentantar i arbeidsforhold kan søke om å få dekt tappt arbeidsforteneste i samsvar med Statens personalhandbok, alle føretaka tek omsyn til dette.

Frå intervjuet med brukarrepresentantane blei det av to av utvala påpeikt at det ikkje er lagt til rette for dei i arbeidsfør alder med tanke på honoraret ein mottar som brukarrepresentant og ordninga der ein kan søke om å få dekt tappt arbeidsforteneste. Dette blir grunnleggjande med at når ein tek seg fri frå jobb for å delta tapar ein pengar, i tillegg til pensjon. Dette gjer det meir komplisert å stå i yrkesaktivt liv samstundes som ein er brukarrepresentant. Eit anna utval problematiserte at nærmast all aktivitet går føre seg på dagtid. Dersom ein er i full jobb kan det vere problematisk. Eit anna utval hadde ikkje gjort seg opp nokon tankar om tema, då dei ikkje hadde erfaring med dette. Internrevisjonen vurderer dette som eit funn i seg sjølv. To av sekretæraane uttrykte forståing for at det kan vere ei utfordring å vere i full jobb samstundes som ein er brukarrepresentant.

Det er laga og skildra prosessar for innstilling og oppnemning av medlemmer til brukarutvala. Internrevisjonen vurderer prosessen som definert, samstundes som den er styrt og blir gjennomført som planlagt av alle føretak.

3.6 Opplæring og kompetanse til brukarrepresentantane

I retningslinjene står det at det er ein føresetnad at brukarrepresentantane skal ha god brukarkompetanse (kapittel 7), og det blir knyta tett opp mot opplæringa som blir tilbydd av helseføretaket. Helseføretaket skal gi ein grunnleggande opplæring om føretaket, inkludert hovudoppgåver, lover og regler, styringssystem og finansiering. Ein skal òg ha ein forventningsavklaring knytt til rolla til brukarutvalet. I dette delkapittelet har vi undersøkt kva opplæring representantane mottar for å utøve vervet sitt. Vi har avgrensa det til å gjelde opplæring som er felles for heile brukarutvalet, og tar ikkje føre oss opplæring som berre leiar og nestleiar mottar eller som er knytt til spesifikke prosjekt/utval i helseføretaket.

3.6.1 Felles opplæring i regi av Helse Vest RHF

Ved oppnemning av nytt brukarutval får alle nye brukarrepresentantar invitasjon til felles, digital opplæring i regi av Helse Vest RHF. Ved observasjon av opplæringa 9. mars 2023 merka vi oss at brukarrepresentantane fekk grunnleggande opplæring om føretaket. Leiar av RBU hadde eit innlegg om rolla som brukarrepresentant, men Helse Vest RHF klargjorde ikkje forventningane sine til brukarutvalet si rolle. Fleire av medlemmene i brukarutvala seier i intervju at dei ønskjer ein fysisk opplæringsdag framfor digital, og brukarutvalet i Helse Førde påpeiker spesifikt at ein kunne hatt meir om rolleforståing.

3.6.2 Årleg fellessamling

Alle medlemmene av brukarutvala i Helse Vest blir invitert til ei fysisk fellessamling i Bergen kvar haust. RBU set agendaen for samlinga, og sekretær i RBU ordnar det praktiske. Internrevisjonen deltok på samlinga i 2022 som ein del av revisjonen. Agendaen inneheldt hovudsakleg informasjon og erfaringsdeling frå dei ulike brukarutvala, i tillegg til ein presentasjon av prosjektet «betre brukarmedverknad» i Helse Bergen ved prosjektleiar, samt innlegg frå RBU angående likeverdig behandling av pasientgrupper. Internrevisjonen gjorde òg greie for prosjektmandatet for denne revisjonen. I intervju opplyser brukarutvala at dei er nøgd med denne fellessamlinga, og ser på det som positivt å ha samlinga fysisk. Brukarutvalet i Helse Stavanger seier at dei merker at det er forskjell mellom dei ulike brukarutvala og korleis ein jobbar. Brukarrepresentantane får ikkje honorar for deltaking på den årlege fellessamlinga. Kostnader til hotell, og leie av lokalar dekker Helse Vest RHF for deltakarane, føretaka dekker sjølv transportkostnader for brukarrepresentantane som deltek. Honorering er omtalt i meir detalj i kapittel 3.11.

3.6.3 E-læringskurs

Det er laga eit e-læringskurs etter initiativ frå dei regionale helseføretaka som tar utgangspunkt i retningslinjene, kor ein blant anna går gjennom kva ein forventar av ein brukarrepresentant. Kurset er eit samarbeid med FFO, SAFO og Kreftforeningen, og er tilgjengeleg for alle som ønskjer. Alle helseføretaka viser til dette kurset på sine nettsider.

Sekretær for RBU opplyser i intervju at hen sender ut informasjon om e-læringskurset når det startar nye medlemmer i utvalet. Internrevisjonen har sett i møtereferrat frå brukarutvalet i Helse Stavanger (25.10.2022, møtenr. 06/22) at dei som har tatt kurset opplever det som nyttig og lærerikt. I intervju med sekretær for brukarutvalet i Helse Førde kjem det fram at hen ikkje har vore borti kurset på nokre år. Rolla med å formidle informasjon om kurset burde vere hos Helse Vest RHF ifølge hen.

3.6.4 Anna opplæring

Anna opplæring i brukarutvala varierer i føretaka. Fleire frå Helse Bergen informerer i intervju at dei har hatt ein eigen opplæringsdag, «brukermedvirkersamling», kor dei blant anna snakkar om forventningar til medlemmene. Både brukarutval, ungdomsråd, erfaringspanel for psykisk helse og rus, Ruspanelet, brukarpanel i Kvinneklinikken og erfaringskonsulentar blei invitert til samlinga. Det var med andre ord fleire enn berre dei brukarrepresentantane som opererer på systemnivå. Her fekk dei utdelt eit opplæringshefte med program for dagen, informasjon om kva brukarmedverknad er, organisering av helsetenester, korleis brukarmedverknad er organisert i Helse Bergen, kommunikasjon og media (til dømes mediahandtering), prioriteringar i helsevesenet og liknande, med tilhøyrande refleksjonsspørsmål. I etterkant av første «brukermedvirkersamling» hadde dei ei evaluering av dagen med spørjeundersøking til alle deltakarane. Tilbakemeldingane var positive, til dømes at ein får moglegheit til å treffast på tvers. Ein peiker likevel på at det kan vera vanskeleg å treffe på tema til ei så brei gruppe, i tillegg var det ikkje gitt føringar for honorering av samlinga. Helse Bergen har òg ei brukarhandbok¹⁴ som er eit supplement til opplæringa, denne gjeld spesifikt for brukarutvalet, her finst det mykje informasjon om brukarmedverknad, og organiseringa av arbeidet i brukarutvalet i Helse Bergen. Denne har vore oppe i styret som eit vedlegg til årsrapporten og årsplanen for brukarutvalet i Helse Bergen.

Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Vest RHF har ikkje eigne opplæringar. Sjef for samhandling i Helse Stavanger sa i intervju at opplæringa i føretaket ikkje er på ønska nivå. I Helse Førde opplyser to leiarar i intervju at dei har ein introduksjonsdag/opplæring samtidig som første møte i nytt brukarutval, kor struktur og kva som er særskilt for helseføretaket og kommunane står på agendaen. Samhandlingssjef i Helse Fonna fortel at administrerande direktør er med i første møte i nytt brukarutval, dette blir kategorisert meir som eitt informasjonsmøte enn opplæring. Frå møtereferrat i regionalt brukarutval kan vi sjå at eigardirektør i Helse Vest ønsker nytt regionalt brukarutval velkommen, informerer om organiseringa i Helse Vest og om roller og ansvar.

I fleire intervju, både med brukarutval og tilsette, kjem det fram at ulike organisasjonar har eigne kurs. Dette er noko fragmentert då storleiken på organisasjonen har mykje å seie for

¹⁴ Helse Bergen: [Styresak 07-23 Vedlegg 5. Brukerhåndbok for Brukerutvalget Helse Bergen.pdf \(helse-bergen.no\)](#)

kurstilbudet som blir gitt. FFO har kurs som er gratis for alle, men dekker ikkje reiseutgifter for andre enn sine egne medlemmer.

Oppsummering opplæring

Helse Vest RHF legg til rette for to felles samlingar for alle brukarutvala. Der har vi observert at ein ikkje tar opp forventningane til brukarutvalet si rolle, som er eit krav i retningslinjene. Dette blir tatt opp i e-læringskurset som ligg offentleg tilgjengeleg, men det er ikkje obligatorisk og det varierer om brukarutvala får informasjon om kurset. Opplæring frå det enkelte helseføretak sitt brukarutval er også ulikt. For internrevisjonen er det berre synleg at Helse Bergen oppfyller kravet om å gå gjennom forventningane til brukarutvalet. Retningslinjene seier at det er ein føresetnad at representantane har god brukarkompetanse. Det er samtidig det enkelte helseføretak som er ansvarleg for opplæring, og som skal klargjere forventningane dei har til brukarutvala si rolle. Blir det tydeleg for tilsette at det er manglar i grunnkompetansen føretaket forventar av brukarrepresentantar er dei sjølve ansvarlege.

3.6.5 Erfaringsutveksling

Ein viktig del av kompetansen til medlemmene av brukarutvala handlar om erfaringsutveksling. Det blei påpeikt i intervju med brukarutvalet i Helse Bergen at dei lærer av kvarandre i møta. Regionalt brukarutval i Helse Vest RHF seier i intervju at dei også bruker «RBU sin time» til å snakke om erfaringar. Brukarutvalet i Helse Stavanger ønsker å bli betre på erfaringsutveksling, og seier at dei nyleg har tatt dette inn på sakslista. Det er også eit ønske i brukarutvalet i Helse Førde om at to-tre av medlemmene informerer om prosjekta dei sit i. Dei viser vidare til utfordringar med erfaringsutveksling dersom dei har brukarrepresentantar som ikkje er med i brukarutvalet til å delta i prosjekt og liknande. I brukarutvalet i Helse Fonna kjem det òg fram at dei gjer greie for prosjekta dei er med i, i møta.

3.6.6 Eigenevaluering

Ein av arbeidsoppgåvene til brukarutvalet i samsvar med retningslinjene er «å evaluere si eiga verksemd minst éin gong i løpet av funksjonsperioden». Funksjonsperioden til brukarutvalet er på to år. Frå intervju med sekretær og felles brukarutval i Helse Førde blei det stadfesta at det ligg eit system til grunn for evaluering av funksjonsperioden før gjennomføring av nytt val. Frå dokumentgjennomgang såg vi klare spor av dette frå referata til utvalet for desember 2020 og 2022, utvalet etterlever retningslinjene.

For dei andre utvala kom det generelt fram frå intervju at eigenevaluering ikkje er noko som blir gjennomført systematisk. Mangel på tid blir nemnd som årsak til kvifor dette ikkje finn stad systematisk. Det skal nemnast at alle brukarutvala utarbeider årsrapport, sjå kapittel 3.9, samtidig er eigenevaluering i løpet av funksjonsperioden eit separat krav i retningslinjene.

Internrevisjonen tilrår brukarutvala å få på plass eitt system for å sikre dette framover. Formell eigenevaluering, som endar opp i en rapport blir vurdert som eit potensielt nyttig verktøy. Dette kan vere eigna til å gi ei historisk innsikt i type problematikk som gjentek seg i utvalet, og kan vere nyttig å føre med seg i dialog med helseføretaket. Formell eigenevaluering kan også gi innsikt i type saker og/eller løysingar utvalet lykkast med.

3.6.7 Likeverdig kompetanse

Eit prinsipp i retningslinjene er «Erfaringskompetansen til brukarrepresentantane er likeverdig med helsefagleg og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivå i helsetenesta». Vidare er eit prinsipp om korleis helseføretaket skal legge til rette for brukarmedverknad, medrekna at «Brukarrepresentantar skal få reell påverknad, og brukarkompetansen skal nyttast ved planlegging, avgjerder, gjennomføring og evaluering». Som omtalt i kapittel 3.3.2. skal brukarkompetansen komme til syne ved deltaking i prosjekt, råd og utval. Dette er det også tydelege føringar frå HOD om i både sjukehusstalen og nasjonal helse- og sjukehusplan for 2020-2023.

Det er vanskeleg å gi eit konkret svar på om brukarkompetansen blir behandla likeverdig som helsefagleg og administrativ kompetanse. For å kunne danne oss ei meining om dette har vi basert oss på svar frå intervju med både ansvarlege for brukarutval, andre tilsette i helseføretaka og brukarutvala. Dette varierer mellom og i føretaka, frå prosjekt til prosjekt. Både brukarutvalet i Helse Bergen og i Helse Fonna opplever at dei blir likestilt. Brukarutvalet i Helse Bergen legg til at dei blir møtt med respekt og at dei kan komme med innspel. Brukarutvalet i Helse Førde seier at det moglegvis kan variere noko, men at dei stort sett blir respektert og tatt på alvor. Eit medlem av RBU har fått kommentarar om at hen er heldig som har helsefagleg bakgrunn, noko hen opplever som beklageleg, då brukarrepresentantar skal komma med innspel frå brukar- og pårørandeperspektivet. Internrevisjonen merka seg også frå intervju med andre brukarutval at enkelte representantar nemnde at dei kjende seg heldige som hadde helsefagleg bakgrunn. Dette kan indikere at fokus frå tilsette på kva brukarrepresentantane skal tilføra i arbeid ikkje er heilt klart. Vedkommande opplever å bli likestilt enkelte gonger, men det varierer. Internrevisjonen understrekar at hensikta ikkje er å omtale helsefagleg kompetanse i brukarutval som negativt. Mangfald og ulik kompetanse internt i utvala, også når det gjeld helsefagleg kompetanse, kan vere ein styrke som er nyttig i eit brukarperspektiv. Brukarrepresentantar med helsefagleg kompetanse kan ha ei breiare forståing av helseføretaket og i enkelte tilfelle lettare argumentere på vegner av pasientar og pårørande. Poenget er likevel at dette ikkje er eit krav og ikkje det retningslinjene understrekar at brukarutvalet skal bidra med – det er brukar- og pårørandeperspektivet. Det er viktig at tilsette er klar over dette. Sekretæren i Helse Stavanger seier i intervju at brukarutvalet har gitt uttrykk for at dei ikkje har blitt likestilt og at dei kan føle seg utanfor. Når vi intervjuar brukarutvalet i Helse Stavanger la vi merke til at dei får informasjon om mykje som skjer i føretaket, men er i mindre grad delaktige i aktivitetane, dette kan leie til at ein ikkje får brukt potensiale som ligg i brukarutvalet sin kompetanse. Fleire tilsette, på tvers av føretak, påpeiker i intervju at det har vore ein positiv utvikling med tanke på likeverdig

brukarkompetanse, spesielt etter at ein har hatt fokus på det i føretaka, som for eksempel i Helse Bergen, kor dei har hatt prosjektet «betre brukarmedverknad».

Det varierer ein del om brukarkompetansen er likeverdig, både i føretaka (frå prosjekt til prosjekt), men òg mellom føretaka. Det er fleire faktorar som kan spele inn på vurdering av om kompetansen er likeverdig, blant anna honorering, brukarrepresentantane si rolle inn mot styret og dei tilsette sin kompetanse om brukarrepresentantane si rolle inn i prosjekt, dette er kommentert i eigne kapittel i rapporten.

3.6.8 Rolleavklaring

I retningslinjene er eit av prinsippa for brukarmedverknad at «Brukarrepresentantane må vere bevisste på rolla som representant og ha eit avklart forhold til sine eigne brukarerfaringar». I tillegg står det spesifikt i mandatet at «Brukarutvalet skal vere [...] eit forum for tilbakemelding frå pasientar og pårørande om generaliserte erfaringar innanfor ansvarsområdet og oppgåvene til helseføretaket». I intervju har vi spurt om tilsette og medlemmene sjølv opplever at dei har eit avklart forhold.

Ser vi utsegnene frå sekretæranne og dei overordna ansvarlege for brukarutvala samla er det generelle synspunktet at brukarrepresentantane i det store og heile har eitt avklart forhold til eigne erfaringar. Basert på erfaring blir det opplyst at dette må arbeidast med kontinuerleg blant anna fordi det er personavhengig om representantane har eitt avklart forhold til eigne erfaringar, og det finst innslag av at enkelte «taler si sak».

I styra har leiar av brukarutvala (i Helse Bergen både leiar og nestleiar) observasjonsplass med tale- og forslagsrett. I intervju med styreleiarane kjem det fram at dei i det store og heile meiner at brukarrepresentantane som møter evnar å legge fram generaliserte brukarsynspunkt, og at dei har eit avklart forhold til eigne erfaringar. For brukarutvala i Helse Vest RHF, Helse Fonna HF og Helse Førde HF har ein årleg(e) fellesmøte med styret. Dette går vi nærmare inn på i kapittel 3.8. Ein av styreleiarane uttalte at når ein har fellesmøta er det lettare å sjå at enkelte har erfaringane sine som ein ønsker å løfta fram. Hen meiner at denne romslegheita er ok å vise, og at det viktigaste er at representanten/representantane som er med styret heile tida har det avklarte forholdet. Vervet som brukarrepresentant er krevjande og føretaka er avhengige av engasjerte representantar. I fellesmøta er det også brukarutvala som i stor grad set agenda. Ein sekretær stilte seg spørjande til om det at enkelte talar si «eiga sak» kjem av at ein ønsker å kompensera for mangel på brukarrepresentantar for enkelte fagfelt.

Oppsummering kompetanse

Av dei tilsette vi har snakka med er det generelle inntrykket at kompetansen er tilfredsstillande. Det skal samtidig nemnast at fleire tilsette har kommentert at kompetansen varierer. Fleire forhold kan påverke dette, blant anna treng nye medlemmer tid til å bygge seg opp erfaring. Det verkar å vere konsensus rundt at brukarmedverknad har hatt ei positiv utvikling dei seinare åra, og sjølv om det framleis er variasjon i kompetanse er det betre enn før. Det er også viktig at tilsette er klar over at representantane skal bidra med brukarperspektivet, og at dei ikkje forventar at dei skal komma inn med den faglege tyngda som tilsette har. Generelt sett ser det ut til at brukarrepresentantane har eit avklart forhold til egne erfaringar, sjølv om nokre kan verke meir engasjerte enn andre. Styreleiarane meiner i stort at representantane som deltek i styremøta kan formidle generelle brukarsynspunkt og har eit avklart forhold til egne erfaringar. Samla sett konkluderer internrevisjonen med at retningslinjene for rolleavklaringa ser ut til å vere oppfylte.

3.7 Tilsette – opplæring og kompetanse

Dei tilsette si rolle er i hovudsak ikkje omtalt i retningslinjene. Opplæring og kompetanse er likevel viktig for at dei tilsette skal utføre oppgåvene sine. Dette er noko ein legg vekt på i litteraturen for verksemdsstyring (IIA Norge, 2021, avsn. 3.6.5), dette er også påpekt i prosjektrapporten¹⁵ for «betre brukarmedverknad» som blei handsama av styret i Helse Bergen 19.06.2023. I rapporten står det at eit godt kunnskapsgrunnlag er eit viktig utgangspunkt for haldningsskapande arbeid. Dei tilsette sin kunnskap og korleis dei møter representantane er eit viktig premiss for korleis representantane får utført sitt mandat.

Det er berre Helse Bergen som har obligatorisk opplæring for dei tilsette. Både tilsette og brukarutval i føretaket fortel i intervju at dei har eit e-læringskurs som er obligatorisk for nytilsette. I tillegg har dei også eit kurs for prosjektleiarar med brukarmedverknad som eit fast tema. LIS-legar i føretaket har også undervisning om brukarmedverknad på systemnivå i regi av brukarutvalet sjølv. Leiurar har kompetansekrav om temaet, kor brukarrepresentantar er med i opplæringa. Det blir òg opplyst om at det er ei ressurside om brukarmedverknad på intranettet til helseføretaket som blant anna inneheld ei «verktøykasse» for dei som ønsker meir kunnskap om brukarmedverknad. Helse Bergen har òg det dei kallar for «brukermedvirkningskontakt»¹⁶. Dette er eit bindeledd mellom einingane, brukarorgan i Helse Bergen og seksjon for samhandling. Dei skal bidra til at brukarmedverknad inngår i den kliniske verksemda på teneste- og individnivå. Det er med andre ord ikkje direkte kopla til brukarmedverknad på systemnivå, men internrevisjonen vurderer at dei kan vere eit viktig bidrag til å spreie kunnskap om brukarmedverknad i organisasjonen. Dessutan er ei av oppgåvene til ein «brukermedvirkningskontakt» å kjenne til hjertesakene til brukarutvalet, og fungere som kontaktperson mellom brukarutvalet og eiga eining. «Brukermedvirkningskontaktene» skal også ha overordna kjennskap til korleis saker blir handsama på systemnivå i føretaket. I løpet av 2023 er planen å ha felles nettverk

¹⁵ Helse Bergen. [Prosjektrapport \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no). Vedlegg til styremøte i Helse Bergen juni 2023

¹⁶ Helse Bergen. <https://kvalitet.helse-bergen.no/Portal/2/5/Search?q=brukermedvirkningskontakt#rpShowDynamicModalDocument-73348>

for desse kontaktane til erfaringsutveksling, og vidare ha fleire arenaer kor både tilsette og brukarrepresentantar/brukarmedverkarar deltar.

Fast representant frå administrasjonen i brukarutvalet i Helse Førde peiker i intervju på at dei ikkje har eigne kurs om brukarmedverknad, men at fleire kurs har element av temaet. Vidare oppmodar hen at dei som skal ha prosjekt med brukarrepresentantar tar ein ekstra samtale med representanten kor ein kan stille spørsmål. Utviklingsdirektør i Helse Førde seier i intervju at det er eit potensiale knytt til opplæring og kompetanse i føretaket.

Som nemnt i kapittel 3.4 om operasjonalisering av strategi viser samhandlingssjef i Helse Fonna til eit internt dokument som gjelder ein sak i direktørmøte (sak 38/23) 14. februar 2023, kor dei ønsker å gjennomgå brukarmedverknaden i føretaket. I samband med denne gjennomgangen ønsker dei også å sjå på kompetansen til dei tilsette.

Regionalt brukarutval seier i intervju at det burde vere meir kunnskap blant dei tilsette om kva brukarutvalet er, lovverk og retningslinjer, i tillegg til kva brukarrepresentantane kan bidra med når dei blir brukt på ein god måte. Brukarutvalet i Helse Førde seier i intervju at dei også meiner at brukarmedverknad er for lite kjent på eit generelt nivå. Retningslinjene inneber i hovudsak ikkje dei tilsette si rolle i føretaka, men det er heller ingen prosedyrar, rutinar eller liknande som eksplisitt handlar om opplæring og kompetanse for dei. Fleire av dei tilsette som er intervjuet meiner likevel brukarmedverknad er godt kjent, og at ein veit kva tid ein skal inkludere brukarrepresentantar. Utan formell opplæring av tilsette, formaliserte retningslinjer, eller tilsvarande, har ikkje internrevisjonen grunnlag for å vurdere kva som ligg i utsegnene frå dei tilsette om at brukarmedverknad er godt kjent, og at ein veit når representantane skal inkluderast. Dette kan vere personavhengig og variere både internt, og mellom føretak. Tematikken rundt kvar ansvaret ligg, og kven som skal følge opp brukarrepresentantane si deltaking i prosjekt, råd og utval verkar å vere noko uklar. Det framstår i hovudsak å vere adressert på overordna nivå, jamfør kapittel 3.2 om ansvar og organisering, men ikkje i sjølve operasjonaliseringa når brukarrepresentantane utfører sitt verv i deltaking i råd, utval og prosjekt. I regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 (2020, avsn. 3.5.2) som er vedtatt av styret i Helse Vest, og delkapittelet om brukarmedverknad på systemnivå, blir det poengtert at det er nødvendig å sørge for tiltak om opplæring for tilsette, for å redusere variasjonen knytt til grad av involvering av pasientar og brukarrepresentantar. Internrevisjonen sine funn indikerer at det ikkje er sett i verk direkte arbeid for dette på systemnivå, med unntak av Helse Bergen.

Internrevisjonen har notert at Helse Sør-Øst har ein eigen rettleiar (Helse Sør-Øst, 2014, 2023) for brukarutval som handlar om brukarrepresentantar i råd, utval og prosjekt. Eitt eige kapittel er tileigna råd til prosjektleiar. Her kjem det blant anna fram at det er forventa at prosjektleiar verdset brukarerfaringar og bidrar til at desse blir løfta fram. Det er også ei forventning til at vedkommande sender tidlegare rapportar, saker, mandat for arbeidet og eventuelle tidlegare møtereferat ved oppnemning av nye representantar i pågåande arbeid.

Det er forventa at det blir sett opp ein møteplan for ein lengre periode, og at saksdokument blir distribuert i rimeleg tid før møtet. Det er forventa at prosjektleiar formidlar forventningane sine om brukarrepresentanten si deltaking og bidrag inn i prosjektet på lik linje med andre deltakarar i arbeidet. Vidare blir det opplyst at brukarsynspunkt bør innarbeidast i avsluttande dokument, referat etc., særleg når det er avvikande synspunkt. Vi ser ut frå dette at Helse Sør-Øst eksplisitt gjer prosjektleiar ansvarleg når det gjeld brukarrepresentantane si deltaking i prosjekt, råd og utval.

Opplæringa til dei tilsette om brukarmedverknad varierer. Helse Bergen skil seg positivt ut som det einaste føretaket som har reindyrka opplæring på temaet. Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 uttaler følgande «Derfor er det heilt nødvendig å sørge for opplæringstiltak for personell, men også strukturelle tiltak for å sikre brukarinvolvering både på individuelt nivå og systemnivå.» Resten av føretaksgruppa meiner at dei tilsette i all hovudsak har kompetansen, men det er ingen formalisert styring av dette, som ein kunne ha forventa i samsvar med regional plan for kvalitet og pasienttryggleik.

3.8 Brukarutvalet og styret

To av sju prinsipp i retningslinjene handlar om rolla til det enkelte brukarutval i styret. Ein representant skal møte som observatør, og ha plass ved styrebordet i helseføretaket med tale- og forslagsrett. Representanten skal også delta på styreseminar på lik linje med andre styremedlemmer.

Intervju og gjennomgang av styredokument bekreftar at dette blir gjennomført i alle føretaka. Det er leiar i det respektive brukarutvalet som deltar (i Helse Bergen leiar og nestleiar). Leiar i brukarutvalet har ei klart definert rolle inn mot styret som blir etterlevd i praksis.

Ser vi forbi krava frå retningslinjene er det i hovudsak tre punkt som viser til variasjon mellom brukarutvala i føretaksgruppa:

Det første punktet er fast tid til saker gjeldande brukarutvalet i styremøte. For det regionale helseføretaket kom det fram gjennom intervju og dokumentanalyse at det er satt av fast tid til saker frå brukarutvalet i styremøta. RBU er det einaste utvalet kor dette er tilfellet. Det blei spesifikt påpekt i intervju med brukarutvalet i Helse Fonna at ein ønsker same praksis.

Internrevisjonen vurderer det nødvendig å presisere at sjølv om det ikkje er satt av fast tid til konkrete innspel frå brukarutvala i dei andre føretaka er ikkje det einstyddande med at styret ikkje er lydhøyr for innspel. Fleire av styreleiarane uttalte at deltakaren frå brukarutvalet i styremøta er aktive og deltakande. Internrevisjonen vurderer at fast tid til brukarutvalet, på generell basis, kan gjere det lettare å ta ordet og på denne måten få fram brukarstemma. Ein styreleiar nemnde at ulike leiarar i regionalt brukarutval har nytta dette ulikt. Nokon er

gjerne meir aktive gjennom heile styremøtet og formidlar synspunkt undervegs, medan andre i større grad nyttar tida som er avsett. Nokre av styra har møtereferat frå brukarutval til orientering i møta sine.

Det andre punktet handlar om leiar deltek aleine, eller om nestleiar også er med i styremøta. I Helse Bergen har både leiar- og nestleiar i brukarutvalet fast observatørrolle i styret med tale- og forslagsrett. Dette representerer ein skilnad frå dei andre brukarutvala. Brukarutvalet i Helse Bergen vurderer denne praksisen som ein klar styrke. Brukarutvalet i Helse Fonna påpeikte også for dette tema at ein ønsker same praksis. Internrevisjonen vil gjere merksam på at ein styreleiar peikte på at det kan vere ei utfordring å vere berre ein representant inn i styret.

Det siste punktet gjeld møter mellom brukarutvala og heile styret. Eit brukarutval er eit rådgivande organ for styret, internrevisjonen har derfor undersøkt om det eksisterer faste arenaer for kommunikasjon utanom styremøte og styreseminar. Intervju med brukarutvala, styreleiarane i føretaka og dokumentgjennomgang av styra sine årsplanar viser at dette er ein etablert praksis i Helse Vest RHF, Helse Fonna og Helse Førde. Brukarutvalet i Helse Bergen gav uttrykk for at også dei ønsker denne praksisen. Det generelle inntrykket er at fellesmøta er ein nyttig arena for kommunikasjon. Det er ein god anledning til å fremme kva som er viktig for brukarutvalet, og da for brukarar, pasientar og pårørande. Internrevisjonen observerte fellesmøte mellom styret i Helse Vest RHF, og det regionale brukarutvalet i juni 2023. Dette gav inntrykk av at det respektive utvalet også fekk svar på nokre praktiske spørsmål som fungerte som ei forventningsavklaring. Slike arenaer blir vurderte som viktige for begge partar.

Internrevisjonen sine undersøkingar viser at krava frå retningslinjene er oppfylte i alle føretaka. Variasjonar som påpeikt over er likevel synlege mellom utvala, og kan representere ei kjelde til potensiell misnøye.

3.9 Årleg melding

Ei av oppgåvene til brukarutvala er, i samsvar med retningslinjene, å lage årsrapport om eiga verksemd. Dette er noko alle utvala gjer, og rapportane ligg offentleg tilgjengeleg på føretaka sine nettsider. Det regionale helseføretaket og dei underliggande helseføretaka utarbeider også årlege meldingar. Lovverk og vedtekter stadfestar at brukarutvala skal vere involvert i dette arbeidet. Internrevisjonen har undersøkt korleis dette blir etterlevd i praksis.

3.9.1 Årleg melding RHF-et

Helseføretakslova uttaler at regionalt helseføretak skal sørge for at representantar for pasientar og andre brukarar blir høyrte i samband med utarbeiding av plan i samsvar med § 34 (2) andre punktum, dette gjeld årleg melding. Helse Vest RHF sine vedtekter uttaler at det skal komme frem av årleg melding at brukarutvalet har fått framlagt meldinga før den blir sendt til departementet. RHF-et si eiga prosedyre uttaler også «Send utkast årleg melding til RBU-leiar for at RBU skal skrive ein kommentar som blir lagt ved til HOD.».

For prosessen med årleg melding for 2022 viste våre undersøkingar at leiar og nestleiar i det regionale brukarutvalet fekk i hende ein e-post med utkast til årleg melding 15.02.23. Her stod det at frist for å kommentere var innan 24.02.23. Utkastet kom nærmare ei veke etter førre møte i brukarutvalet, 09.02.23, og ein månad før neste møte den 15.03.23. Kort frist og at e-posten kom mellom to møte var medverkande årsaker til at RBU ikkje hadde høve til å involvere seg.

Undersøkingane til internrevisjonen viser til avvik for helseføretakslova gjeldande behandling av årleg melding for 2022, dette er ikkje tilfellet for resten av åra som nemnt. Vi ser frå utvalet sine eigne årlege meldingar at dei har behandla årleg melding for det regionale helseføretaket for høvesvis 2019, 2020 og 2021. Internrevisjonen tilrår at Helse Vest RHF set i verk tiltak for å sikre at ein framover har rettidig involvering av brukarutvalet slik at helseføretakslova § 34 (2) andre punktum blir etterlevd.

Internrevisjonen har kontrollert tidlegare behandlingar av årleg melding tilbake til 2019. Vi ser at RBU sine kommentarar var vedlagde styrebehandling i 2019, men etter dette finst ingen spor av at kommentarar frå RBU gjeldande RHF-et si årlege melding er vedlagd.

Internrevisjonen kunne ikkje sjå at kommentarar frå RBU var vedlagde eller omtalte i oversending til HOD for nokon av åra frå 2019-2022, og det kom heller ikkje fram av årleg melding at brukarutvalet hadde fått lagt fram denne før oversending til departementet. Dette er avvik mot den interne prosedyren og vedtektene. Prosedyren for årleg melding er mangelfull da den uttalar at RBU skal skrive ein kommentar som skal leggast ved til HOD, men kommentarar frå RBU er ikkje lista som eit av vedlegga til styrebehandling av årleg

melding, og følgeleg heller ikkje i oversendinga til HOD. Internrevisjonen tilrår at Helse Vest RHF set i verk tiltak for å unngå framtidige avvik mot vedtektene og intern prosedyre.

3.9.2 Årleg melding i HF-a

I oversendinga av årleg melding frå HF-a til RHF-et skal det gå fram at det respektive brukarutval har fått lagt fram denne før oversending. Dette står i helseføretaka sine vedtekter i § 13.

Alle brukarutvala har leiar som representant inn i sitt respektive styre , dette gir moglegheit til å gi innspel til årleg melding gjennom tale- og forslagsretten.

Internrevisjonen har undersøkt om føretaka har andre, meir aktive måtar å synleg involvere brukarutvala på. Her finn vi variasjon. Vi har sett på utvala sine egne årlege meldingar for 2020-2022, og helseføretaka sine styresaker og vedtak for årleg melding for dei same åra. Gjennomgåande ser vi at brukarutvalet i Helse Fonna har kommentert føretaket si årlege melding, og kommentarane deira ligg vedlagt styresaka. Helse Fonna har og i oversendinga av årleg melding til Helse Vest RHF anten lagt ved brukarutvalet sine kommentarar, eller referert til styresaka kor ein finn kommentarane.

Det kjem ikkje fram av dei andre HF-a sine oversendingar til Helse Vest RHF at brukarutvala har fått lagt fram årleg melding før oversending. Involvering av brukarutvala er heller ikkje synleg i styresakene for årleg melding for tidsperioden 2020-2022. I dialog med leiarane i brukarutvala for dei nemnde føretaka har vi fått meir informasjon. For utvalet i Helse Bergen kunne ein opplyse at ein mottok årleg melding til gjennomlesing samstundes som styremedlemmene, og at leiar eller nestleiar i utvalet kan komme med innspel før det blir sendt til Helse Vest. Leiar kunne også opplyse at forslag om endringar/tilføyingar til dags dato har blitt imøtekomme av administrerande direktør. Leiar for utvalet i Helse Stavanger har opplyst at også dei mottok årleg melding samstundes som styremedlemmene, utvalet har ei oppleving av at dei i liten grad får gitt uttrykk for si meining, men har moglegheit gjennom tale- og forslagsretten. Leiaren i Helse Førde fortel at også dei får tilgang til årleg melding samtidig som resten av styremedlemmene. Leiar kan komma med fråsegn som følge av tale- og forslagsretten i styremøte, etter at rapporten har blitt framlagd for offentlegheita.

Undersøkingane til internrevisjonen viser til avvik mot vedtektene for Helse Bergen, Helse Stavanger og Helse Førde då det ikkje går fram at brukarutvalet har fått lagt fram meldinga før ho blir send Helse Vest RHF. Undersøkingane viser også til variasjonar mellom føretaka når det gjeld grad av involvering. Internrevisjonen tilrår at dei nemnde helseføretaka set i verk tiltak for å unngå framtidige avvik mot vedtektene.

3.10 Tilgang til informasjon

Brukarutvalet er eit viktig organ i helseføretaket og vil i kraft av rolla si kunne få tilgang til informasjon av sensitiv karakter, kunne påverke avgjerder som gjeld andre helseføretak, private aktørar og andre interessentar. Retningslinjene klargjer at habilitetsreglane i forvaltningslova og gjeld for medlemmer i brukarutval, og alle medlemmer i brukarutval må signere teieplikt. Intervju med overordna ansvarlege for brukarutvala, sekretær og utvala sjølv gir inntrykk av at habilitet og konfidensialitet er vareteke. Det er eitt område ein må vera merksam på, då det kan oppstå vanskelege situasjonar.

Retningslinjene for brukarmedverknad på systemnivå har som prinsipp at helseføretaka skal legge til rette for brukarmedverknad. Ein sentral del av dette er å sørge for tilgang til informasjon for brukarrepresentantane som gjer dei i stand til å utføre oppgåvene sine. Det er helseføretaket si oppgåve å sørge for at saker blir godt nok opplyst til at brukarutvalet kan behandle dei.

For å vurdere korleis helseføretaka sørger for tilgang til informasjon i dei ordinære møta vurderer internrevisjonen det formålstenleg å sjå på leiinga si rolle. I intervju med brukarutvala har alle utval gitt uttrykk for at ein kan få tilsette frå leiinga og administrasjonen inn i møta for å klargjere saker, som for eksempel kommande styresaker, status på rapport eller dokument utvalet skal gi høyringsfråsegn til, eller andre tema som utvalet ønsker å få belyst. I intervju med dei tilsette vert det same nemnt, og dei gav uttrykk for at dette er noko som har høg merksemd og blir prioritert av leiinga. Dette indikerer ein god kultur for brukarmedverknad.

Mykje av brukarrepresentantane si tid går med til prosjekt, råd og utval. Dette gjer at brukarrepresentantane har eit behov for informasjon for å kunne sette seg inn i sakene som skal behandlast. Internrevisjonen har undersøkt om dei ulike brukarutvala har fått føretaks-pc med tilgang til intranett, kalender og like system for kommunikasjon som dei tilsette i føretaka.

Brukarutvala i Helse Vest RHF og Helse Bergen har fått tildelt føretaks-pc. Dette blir beskrive som positivt og nødvendig for å få tilstrekkeleg informasjon om prosjekter og saker til råd og utval slik at ein kan vere oppdatert på linje med dei tilsette. Det blir også lettare å vere merksam på kva som skjer i føretaket. I tillegg blir ein høgare grad av personvern oppnådd då dokument ikkje må sendast via e-post og/eller lagrast på personlege datamaskiner. Inntrykket er at dei som har mottatt føretaks-pc opplever at dette er svært positivt og har forenkla fleire ting i praksis som for eksempel felles møtekalender. I Helse Fonna har ein representant tilgang til føretaks-pc, dette er leiaren, som opplyser at tilgangen bidrar til å lette utføringa av vervet. Utvala i Helse Stavanger og Helse Førde har ikkje tilgang til føretaks-pc.

Leiar av utvalet i Helse Stavanger opplever at mangel på tilgang til intranett gjer det vanskelegare å utføra vervet som brukarrepresentant, og som konsekvens kan dette leie til at brukarstemma og påverknaden blir svekt. I eitt intervju med ein tilsett frå føretak som ikkje har delt ut føretaks-pc blei det uttalt at ein alltid må vere klar over inkluderinga av brukarrepresentantane då mykje dokumentasjon ligg tilgjengeleg på føretakets intranettside, og det har ikkje utvalet tilgang til.

I retningslinjene er det ei forventning at medlemmene set seg inn i dei sakene som skal behandlast, dette forutset at representantane mottok relevant informasjon for å kunne danne seg ei mening. Uavhengig av om ein har tilgang til føretaks-pc eller ikkje blir det vurdert at tydelege formaliserte prosessar som blant anna tek for seg korleis ein skal sikra rettidig tilgang på relevant dokumentasjon, og/eller tydeleg held enkelte tilsette ansvarleg for dette er eigna til å redusere risikoen for at brukarrepresentantane har eit manglande informasjons- og avgjerdsgrunnlag. Som nemnt tidlegare i rapporten finst det ikkje ei overordna skildring av prosess for prosjektdeltaking i føretaka, og vi har ikkje sett retningslinjer eller tilsvarande som klargjer at enkelte, til dømes prosjektleiar, er overordna ansvarleg for brukarrepresentantar og deira informasjonsbehov gjennom deltaking i prosjekt, råd og utval. Internrevisjonen ønsker å understreke at dette ikkje er einstyddande med at representantane ikkje får nødvendig informasjon, men det representerer ein risiko for at informasjonsgrunnlaget ikkje er likt, og kan vere personavhengig.

Det formelle rundt habilitet og konfidensialitet er ivareteke. Dette tilseier at forholda ligg til rette for at representantar kan få tilgang til informasjon på lik linje med tilsette. For sakene i dei ordinære møta blir det vurdert at helseføretaka sørger for at sakene blir godt nok opplyste gjennom at leiinga og administrasjonen stiller opp i møte dersom utvala vil få klargjort eller presentert noko. Representasjonen til helseføretaka i møta er omtalt i kapittel 3.2. For tilgang til informasjon nødvendig for deltaking i råd, utval og prosjekt ser vi variasjon mellom føretaka, nokon har føretaks-pc, andre ikkje. Felles er at det ikkje finst overordna beskriving av prosess for prosjektdeltaking som kommenterer rutinar for informasjon. Kvar ansvaret for oppfølging av dette ligg er uklart, og indikerer behov for ei meir grundig forventningsavklaring, opplæring og/eller tydelegare retningslinjer.

3.11 Honorar

Brukarmedverknad skal bli honorert. Internrevisjonen har vurdert om honoreringa er i tråd med retningslinjene, og kva type aktivitetar som blir omtalte.

Intervju med brukarrepresentantar og tilsette bekreftar at det er samsvar mellom honoreringssatsane i retningslinjene (vedlegg 1), og det som blir utbetalt av føretaka. Retningslinjene inneheld informasjon om honorar for møtegodtgjersle, dekking av reiseutgifter, tapt arbeidsforteneste (i samsvar med Statens personalhandbok), og at det for kurs og konferansar blir gitt møtegodtgjersle om ein deltar som innleiar eller arrangør.

Honorar knytt til førebuing til møter, og kva som ligg i den årlege godtgjersla til leiar og nestleiar av brukarutvalet er ikkje omtalt.

Frå intervju med brukarutvala får ein inntrykk av at brukarrepresentantane meiner honoreringa ikkje speglar arbeidsmengda, og då spesielt tida som blir brukt på førebuingar. Eitt av brukarutvala trakk fram i intervju at dei er kjent med at brukarutvala i Helse Sør-Øst mottok honorar for førebuingar til vanlege møte, og det same gjeld for møtande observatør frå brukarutvalet i styret i Helse Sør-Øst. Internrevisjonen har stadfesta at dette er formalisert i eiga retningslinje for godtgjersle i Helse Sør-Øst¹⁷. I internrevisjonen sine undersøkingar fann vi også ut at Helse Midt-Norge gir honorar¹⁸ for førebuing, inntil 4 timar, for enkelte møte med særskilt behov for førebuing. Kva som er særskilt behov for førebuing skal avklarast i forkant med den ansvarlege for brukarmedverknaden, innovasjons- og forskningsøknadar vart nemnt. Eit brukarutval uttalte at dette gjer at ein ikkje kjenner seg likeverdig behandla. Leiarane i brukarutvala i Helse Vest RHF, Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde uttaler at brukarutvala får dekt reisekostnader og eventuell kursavgift for dagssamlingar eller seminar, men ein får ikkje honorar for tida som går med når ein ikkje er innleidd eller arrangør.

Helse Bergen har utarbeidd eit tillegg¹⁹ til retningslinjene for å gjere honorering for brukarmedverknad meir tydeleg (Helse Bergen, 2022a). Desse klargjer blant anna at det som hovudregel ikkje blir gitt honorar for førebuing, og inneheld noko informasjon om kva som ligg i årleg godtgjersle til leiar og nestleiar. Dei omtalar også retningslinjer for korleis ein skal gå fram ved ønske om deltaking på relevante kurs, konferansar, seminar og samlingar. Koordinator for brukarutvalet i Helse Bergen gav uttrykk for at dette har redusert tidsbruk på avklaringar i utvalet då brukarrepresentantane no veit kva dei skal innretta seg etter frå start. Ein av sekretærane i eitt av dei andre utvala nemnde i intervju at enkelte spørsmål knytt til honorar går igjen år etter år, dette indikerer at brukarutvala har behov for meir informasjon til dømes i form av klarare retningslinjer eller forventningsavklaring i opplæringsforum.

Dei felles retningslinjene uttaler at det er ei forventning at brukarrepresentantane skal prioritera møte og andre oppgåver dei tek på seg som medlem i brukarutvalet, og sette seg inn i sakene som skal behandlast. Dette kan oppfattast som ein diskrepans mellom kva som er forventa samanlikna med kva som blir honorert. Når det i tillegg er mangel på omtale av at førebuing ikkje blir honorert i retningslinjene kan det oppstå forvirring blant brukarrepresentantane rundt kva ein faktisk skal få honorar for. Eit anna eksempel på noko som kan opplevast som diskrepans mellom retningslinjene og kva som blir honorert er at ein ikkje får honorar for deltaking på årleg fellessamling som går over to dagar. Retningslinjene uttaler at i kvar helseregion bør det minst ein gong i året arrangerast møte mellom brukarutvala (kapittel 4). Internrevisjonen vil også gjere merksam på at honorar i samband

¹⁷ Helse Sør-Øst. [retningslinjer-for-godtgjoring-brukerutvalget-revidert---2023.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

¹⁸ Helse Midt-Norge [Honorering av medlemmer i Regionalt brukarutvalg.pdf \(helse-midt.no\)](#)

¹⁹ Helse Bergen [Honorering av brukarmedvirkere \(helse-bergen.no\)](#)

med deltakinga var eitt av døma som kom fram frå intervju med sekretær gjeldande spørsmål som går igjen år etter år.

Informasjonen om honorar er på eitt overordna nivå. Vi har observert at dette er eigna til å gi grobotn for misnøye, og brukarrepresentantar og tilsette kan ha ulike oppfatningar av innhaldet. Dette kan gi ulik praksis internt i føretaksgruppa, og leie til uønskt variasjon. Gjennom revisjonen dukka det opp døme på at sekretær og brukarrepresentant har ulik oppfatning av om enkelte ting gir grunnlag for møtegodtgjersle. Eitt eksempel på dette var at ein brukarrepresentant meinte ein ikkje fekk møtegodtgjersle for deltaking på opplæringsdagen, medan sekretær i same utval meinte det var allment kjent at ein får godtgjersle for dette. Dette viser til eit behov for å vurdere meir grundig opplæring også i praktiske forhold, regionalt eller lokalt, og/eller tydelegare retningslinjer.

3.11.1 Budsjett i brukarutvala

Retningslinjene, kapittel 10, uttaler at helseføretaka skal vedta budsjettet til brukarutvala i samband med den årlege budsjettbehandlinga til føretaket. Frå dokumentgjennomgang av brukarutvala sine eigne årlege meldingar ser vi at utvalet i Helse Bergen og Helse Førde er bevisst eigne rekneskapar og budsjett. Budsjetta og rekneskapane er omtalt i eigne avsnitt. Internrevisjonen etterspurde budsjetta for høvesvis 2021, 2022 og 2023. For både Helse Bergen og Helse Førde fekk vi oversikter som klart skilde mellom personalkostnader og reisekostnader. Spesielt innhaldsrikt er oppsettet frå Helse Førde. Innsikt, og eit aktivt forhold til eige budsjett kan bidra til å styre utvala sine prioriteringar.

Frå Helse Vest RHF har vi frå controller motteke beløpa som viser midlar til det regionale brukarutvalet for 2021, 2022 og 2023. Dette var ikkje informasjon sekretær i utvalet hadde. Internrevisjonen har verifisert at budsjettet for det regionale brukarutvalet er formelt styrebehandla i sak 006/23²⁰. Undersøkingane til internrevisjonen viser at det ikkje finst meir detaljert oversikt for budsjett som skil mellom kostnadar til honorar og til dømes reising. Frå Helse Stavanger har vi motteke eitt kostnadsestimat frå controller, for Helse Stavanger var dette heller ikkje informasjon sekretær hadde. Internrevisjonen har ikkje lukkast med å få svar frå Helse Fonna.

Undersøkingane til internrevisjonen viser til avvik mot retningslinjene for Helse Fonna og Helse Stavanger då dei ikkje har eit formelt vedteke og synleg budsjett for sine brukarutval.

²⁰ Helse Vest RHF: [sak-00623-konsernbudsjett-2023-investeringsbudsjett-og-likviditetsbudsjett-og-justering-av-inntektsramma-til-helseforetaka.pdf \(helse-vest.no\)](#)

4 KONKLUSJON OG TILRÅDINGAR

I denne rapporten har internrevisjonen vurdert om helseføretaka har lagt til rette for brukarmedverknad på systemnivå, og korleis dette er operasjonalisert. Vi har i hovudsak teke utgangspunkt i etterlevinga av dei felles retningslinjene for brukarmedverknad på systemnivå. Etterlevinga av lovverk, jfr. Helseføretakslova § 34 (2) andre punktum og sphl. § 2-4a, er i tillegg til føretaka sine vedtekter også undersøkt. Internrevisjonen har avdekt nokre avvik knytt til dette, og våre tilrådingar er kommentert direkte i rapporten, sjå kapittel 3.9.1 og 3.9.2.

Konklusjonen vår er at føretaka i stort har lagt til rette for brukarmedverknad på systemnivå i samsvar med dei felles retningslinjene. Forankringa i styra og den øvste leiinga blir oppfatta som god. Vi observerer samtidig fleire forskjellar i korleis føretaka har operasjonalisert retningslinjene. Føretaka har ikkje komme like langt når det gjeld brukarmedverknad på systemnivå. dette indikerer at det er uforløyst potensiale knytt til brukarmedverknad i helseføretaka . Under kjem internrevisjonen sine tilrådingar, vi vil samtidig oppmode alle føretak til å sjå på brukarmedverknad i eiga verksemd mot føretaket si målsetting.

Opplæring og informasjon: Vi har observert at opplæring og informasjon til både tilsette og brukarar varierer mellom helseføretaka. Sviktande opplæring og informasjon kan leie til misforståingar og skape hindringar for effektiv brukarmedverknad. Vi tilrår at helseføretaka standardiserer og til dels utvidar opplæringsprogram og informasjonsmateriell for å sikre lik forståing og praksis.

Forventningsavklaring: Det er behov for betre forventningsavklaringar mellom helseføretaka og brukarrepresentantane. Dette inkluderer avklaringar om honorering, kva prosjekt brukarane skal involverast i, og tidspunkt for deltaking. Klarare retningslinjer kan bidra til å unngå misforståingar og redusera grunnlaget for potensiell misnøye.

Evaluering og læring: Det er mangel på effektive evalueringsmekanismar som baserer seg på erfaringsgrunnlaget til helseføretaka med brukarrepresentantar. Vi tilrår at helseføretaka etablerer rutinar, eller aktivt tek i bruk allereie eksisterande prosedyrar, for å evaluere og lære av erfaringar knytt til brukarmedverknad. Dette vil bidra til verdifull innsikt som kan nyttast til kontinuerleg forbetring av systemet med brukarmedverknad. På same måte oppmodar internrevisjonen dei respektive brukarutvala til å gjennomføra eignevalueringar i tråd med retningslinjene.

Det er også viktig å vere merksam på behovet for presiseringar i dei allereie gjeldande retningslinjene for brukarmedverknad. Dette vil gi mindre rom for ulike tolkingar, og kunne gjere retningslinjene lettare å praktisere for både helseføretaka og brukarane. Dette kan bidra til ei meir effektiv operasjonisering av retningslinjene.

Involvering av brukarutval i dei årlege meldingane i helseføretaka er for alle revisjonsobjekta regulerte i føretaka sine vedtekter. For Helse Vest RHF er det også regulert gjennom helseføretakslova § 34 (2). Internrevisjonen finn manglar hos fleire av føretaka. Internrevisjonen tilrår at helseføretaka set i verk tiltak for å unngå framtidige avvik mot vedtekter. Internrevisjonen tilrår at Helse Vest RHF i tillegg sett i verk tiltak for å unngå framtidige avvik mot intern prosedyre samt tiltak for rettidig involvering av brukarutvalet for å sikre at helseføretakslova § 34 (2) blir etterlevd.

Samla sett viser revisjonen at helseføretaka i stor grad oppfyller krava for brukarmedverknad på systemnivå. Likevel er det klare moglegheiter for å styrke prosessane, sikre betre avklaring av forventningar og etablere eit evalueringssystem for å forbetre kvaliteten på brukarmedverknaden. Desse tiltaka vil bidra til å sikre ein meir effektiv og gjennomsiiktig involvering av brukarane i prosessane til helseføretaka, noko som igjen kan føre til auka kvalitet og verdi for både føretak og brukarar.

5 VEDLEGG

5.1 Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av [IIA](#). Les meir på [Helse Vest](#).

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

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisorane Caroline Øie, Sara Svela og Bjørn Munthe.

5.2 Kjeldeliste

Bahus, M. K. (2022). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. I Store norske leksikon.
https://snl.no/brukermedvirkning_i_helsetjenesten

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (LOV-2016-10-28-1250). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO). (u.å.-a). *Om FFO*.
<https://ffo.no/organisasjonen/>

Helsedirektoratet. (2019). *Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med-barn-og-unge-som-behøver-sammensatte-offentlige-tjenester>

Helsedirektoratet. (2022). *Brukermedvirkning*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>

Helse Bergen. (2021a). *Styresak (107-21)*. <https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2021-12-20/Styresak%20107-21%20Vedlegg%201.%20Sak%20til%20F%C3%B8retaksleiinga%20Prosjekt%20Bedre%20brukermedvirkning.pdf>

Helse Bergen. (2021b). *Årsrapport: Brukarutvalet Helse Bergen HF 2020*. <https://helse-bergen.no/Documents/Brukarutval/%C3%85rsmelding/%C3%85rsmelding%202020%20Brukarutvalet.pdf>

Helse Bergen. (2022a). *Honorering for brukermedvirkere*. <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/DOK73180.pdf>

Helse Bergen. (2022b). *Utviklingsplan 2022-2035*. <https://helse-bergen.no/om-oss/utviklingsplan-2022-2035>

Helse Bergen. (2022c). *Årsrapport: Brukarutvalet Helse Bergen HF 2021*. <https://helse-bergen.no/Documents/Brukarutval/%C3%85rsmelding/%C3%85rsmelding%202021%20Brukarutvalet.pdf>

Helse Bergen. (2023a). *Brukerhåndbok for brukerutvalget Helse Bergen*. <https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2023-02-02/Styresak%2007-23%20Vedlegg%205.%20Brukerh%C3%A5ndbok%20for%20Brukerutvalget%20Helse%20Bergen.pdf>

Helse Bergen. (2023b). *Prosjektrapport: Prosjekt Bedre brukermedvirkning*. <https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2023-06-19/Styresak%2054-23%20Vedlegg%201.%20Prosjektrapport%20Bedre%20brukermedvirkning%202020-2023.pdf>

Helse Bergen. (2023c). *Årsrapport: Brukarutvalet Helse Bergen HF 2022*. <https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2023-02-02/Styresak%2007-23%20Vedlegg%201.%20%C3%85rsrapport%20Brukarutvalet%20Helse%20Bergen%202022.pdf>

Helse Fonna. (2020). *Årleg melding Brukarutvalet Helse Fonna 2020*. <https://helse-fonna.no/seksjon/samhandling/Documents/Brukarutvalet/%C3%85rleg%20melding/%C3%85rleg%20melding%202020%20Brukarutvalet%20i%20Helse%20Fonna.pdf>

Helse Fonna. (2021). *Årleg melding Brukarutvalet Helse Fonna 2021*. <https://helse-fonna.no/seksjon/samhandling/Documents/Brukarutvalet/%C3%85rleg%20melding/%C3%85rleg%20melding%202021%20Brukerutvalet%20Helse%20Fonna.pdf>

Helse Fonna. (2022a). *Utviklingsplan 2023-2026*. <https://helse-fonna.no/Documents/Om%20oss/Utviklingsplan%20Helse%20Fonna%202023-2026.pdf>

Helse Fonna. (2022b). *Årleg melding Brukarutvalet Helse Fonna 2022*. [https://helse-fonna.no/seksjon/samhandling/Documents/Brukarutvalet/%C3%85rleg%20melding/%C3%85rleg%20melding%202022%20for%20Brukerutvalget%20i%20Helse%20Fonna%20\(2\).pdf](https://helse-fonna.no/seksjon/samhandling/Documents/Brukarutvalet/%C3%85rleg%20melding/%C3%85rleg%20melding%202022%20for%20Brukerutvalget%20i%20Helse%20Fonna%20(2).pdf)

Helse Førde. (2020). *Årsmelding Brukarutvalet i Sogn og Fjordane 2020*. <https://helse-forde.no/seksjon/brukarutvalet/rsmeldingar/2020%20%C3%85rsmelding%20Brukarutvalet%20i%20Sogn%20og%20Fjordane.pdf>

Helse Førde. (2021). *Årsmelding Brukarutvalet i Sogn og Fjordane 2021*. <https://helse-forde.no/seksjon/brukarutvalet/rsmeldingar/2021%20%C3%85rsmelding%20Brukarutvalet%20i%20Sogn%20og%20Fjordane.pdf>

Helse Førde. (2022a). *Utviklingsplan 2021-2035*. <https://sites.google.com/nestegenerasjonplan.no/utviklingsplan-helse-frde/heim-utviklingsplan-2021-2035>

Helse Førde. (2022b). *Årsmelding Brukarutvalet i Sogn og Fjordane 2022*. <https://helse-forde.no/seksjon/brukarutvalet/rsmeldingar/2022%20%C3%85rsmelding%20Brukarutvalet%20i%20Sogn%20og%20Fjordane.pdf>

Helse Midt-Norge. (2022). *Honorering av medlemmer i Regionalt brukerutvalg*. <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/reg-brukerutvalg/Dokumenter/Honorering%20av%20medlemmer%20i%20Regionalt%20brukerutvalg.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020- 2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Sykehustalen*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/>

Helse Stavanger. (2020a). *Strategi og tiltaksplan for brukermedvirkning 2019-2025*. <https://helse-stavanger.no/seksjon/Samhandling/Documents/Brukerutvalg%20HST/Retningslinjer/Strategi%20for%20brukermedvirkning.pdf>

Helse Stavanger. (2020). *Årsmelding Brukerutvalget Helse Stavanger HF 2020*. <https://helse-stavanger.no/seksjon/Samhandling/Documents/Brukerutvalg%20HST/%C3%85rsmeldinger/%C3%85rsmelding%20for%20brukerutvalget%202020.pdf>

Helse Stavanger. (2021). *Årsmelding Brukerutvalget Helse Stavanger HF 2021*. <https://helse-stavanger.no/seksjon/Samhandling/Documents/Brukerutvalg%20HST/%C3%85rsmeldinger/%C3%85rsmelding%20for%20brukerutvalget%202021.pdf>

Helse Stavanger. (2022a). *Utviklingsplan Helse Stavanger- 2022-2035*. <https://sites.google.com/nestegenerasjonplan.no/utviklingsplan-helse-stavanger/hjem-utviklingsplan-2022-2035>

Helse Stavanger. (2022b). *Årsmelding Brukerutvalget Helse Stavanger HF*. <https://helse-stavanger.no/seksjon/Samhandling/Documents/Brukerutvalg%20HST/%C3%85rsmeldinger/%C3%85rsmelding%20for%20brukerutvalget%202022.pdf>

Helse Sør-Øst. (2014,2023). *Brukerutvalgets veileder for brukerrepresentanter i prosjekt, råd og utvalg*. https://www.helse-sorost.no/499f95/siteassets/documents/brukermedvirkning/veileder---brukerrepresentanter-i-prosjekt-rad-og-utvalg_revidert-2023.pdf

Helse Sør-Øst. (2023). *Retningslinje for godtgjørelse for Brukerutvalg*. <https://www.helse-sorost.no/499fa4/siteassets/documents/brukermedvirkning/godtgjoring/retningslinjer-for-godtgjoring-brukerutvalget-revidert---2023.pdf>

Helse Vest. (2020). *Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024*. <https://www.helse-vest.no/contentassets/c3d7ab2dd85b47fc84aa9a15cecc5f02/styredokument-2020/11.03.2020/sak-03920-vedlegg-1---plan-kvalitet-og-pasienttryggleik.pdf>

Helse Vest. (2021). *Årlig melding 2020 Regionalt Brukerutvalg i Helse Vest RHF*. <https://www.helse-vest.no/49a035/contentassets/736c150c5692409e813e68c414797309/styredokument-2021/24.03.2021/saker-1-49/sak-02021-vedl.-3---arleg-melding-2020-rbu.pdf>

Helse Vest. (2022a). *Neste generasjonsplan – Regional utviklingsplan 2023-2035*. <https://www.nestegenerasjonplan.no/ny-regional-utviklingsplan-2023-2035>

Helse Vest. (2022b). *Rammeverk for verksemdstyring i Helse Vest*. <https://www.helse-vest.no/499f83/siteassets/documents/planar-og-rapportar/documents/rammeverk-for-verksemdstyring/rammeverk-for-verksemdstyring-i-helse-vest.pdf>

Helse Vest. (2022c). *Årlig melding 2021 Regionalt Brukerutvalg i Helse Vest RHF*. <https://www.helse-vest.no/499f7e/contentassets/89b1ed2c364f4c70aee25852f33b2179/styredokument-2022/23.03.2022/sak-03022-vedl.-3---rbu-si-arleg-melding-2021.pdf>

Helse Vest. (2023). *Årlig melding 2022 Regionalt Brukerutvalg i Helse Vest RHF*. <https://www.helse-vest.no/499fe7/contentassets/89b1ed2c364f4c70aee25852f33b2179/styredokument-2023/22.03.2023/sak-02723-vedlegg-2---rbu-sin-arlige-melding-2022.pdf>

Helse Vest. (u.å.-a). *Helse2035*. <https://www.nestegenerasjonplan.no/heim-planoversikt/helse-2035-strategi-for-helse-vest>

Helse Vest, Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Nord, FFO, SAFO, Kreftforeningen. (u.å.). *Opplæring for brukerrepresentanter på systemnivå*. https://kurs.helse-sorost.no/ScormServices/ScoStart.aspx?load=preview&scorm_version=1.2&starting_url=/uploaded/scormcourse/grunnopplaering_V090719/scormdriver/indexAPI.html

IIA Norge. (2021). *Veileder for virksomhetsstyring*. <https://iaa.no/wp-content/uploads/2021/03/Veileder-virksomhetsstyring-1.-utgave-ENDELIG.pdf>

NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023->

[4/id2961552/?ch=1](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2961552/?ch=1)

NOU 2023:8. (2023). *Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Vi – de pårørende – Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

SAFO (u.å.). *Om oss*. <https://www.safo.no/om-oss/>

Sjukehusapoteka Vest HF. *Styresak 10/23*. <https://www.sjukehusapoteka-vest.no/4999cb/siteassets/seksjon/styret/documents/2023-03-15/sak-1023-revisjon-retningslinje-for-brukarutval-i-sav.pdf>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. (LOV-1999- 07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Sykehustalen*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/>

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

