INNKALLING TIL STYREMØTE I HELSE VEST RHF

STAD: Helse vest RHF
MØTETIDSPUNKT: 22.03.2023, Kl. 0900 – 1600

GÅR TIL:

Styremedlemmer

Olin Johanne Henden	Nestleiar
Gunnar Berge	Medlem
Anne Karin Hamre	Medlem
Oddvar Kaarbøe	Medlem
Solfrid Borge	Medlem
Tord Anton Haaland	Medlem
Linda Karin Gangstøe	Medlem
Wenche Kristin Røkenes	Medlem
Geir Arne Sunde	Medlem
Atle Lunde	Observatør

Styremøte er ope for publikum og presse

Forus 08.03. 2023
Helse Vest RHF

Agnes Landstad
Styreleiar

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

0900 – 0945 I forkant av styremøtet er det presentasjon av Helse Vest IKT AS ved administrerande direktør Ole Jørgen Kirkeluten
1000 – 1600 Styremøte Helse Vest RHF

SAKLISTE:			**UNDERLAG:**
Faste saker:			
Sak	022/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Vedlagt
Sak	023/23	Godkjenning av protokoll frå styremøte i Helse Vest RHF 15.02.23.	Vedlagt
Sak	024/23	Administrerande direktør si orientering	Vedlagt
Sak	025/23	Rapportering frå verksemda per januar 2023	Vedlagt
Framheva saker:			
Sak	026/23	Årsmelding 2022 frå pasient- og brukaromboda i Norge og i Helse Vest	Vedlagt

Presentasjon årsmeldinga og tenesta til pasient- og brukaromboda i Helse Vest, ved Nasjonalt koordinerande pasient- og brukarombud Jannicke Bruvik ved ombodskontoret i Vestland-Bergen, pasient- og brukarombodet i Vestland-Førde, Ingrid Anderud Sælen og pasient- og brukarombod i Rogaland, Gro Snortheimsmoen Bergfjord

Sak	027/23	Årleg melding 2022	Vedlagt
Sak	028/23	Avtalar om kompenserande tiltak for kreftkirurgi	Vedlagt
Interregionale saker:			
Sak	029/23	Spesialisthelsetenesta sitt rammeverk for samfunnsansvar	Vedlagt
Styrande dokument og revisjonssaker:			
Sak	030/23	Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF 17. februar 2023	Vedlagt
Sak	031/23	Årleg gjennomgang av styrande dokument for styret	Vedlagt
Sak	032/23	Årsrapport for revisjonsutval og internrevisjon 2022	Vedlagt
Sak	033/23	Revisjonsplan 2023-2024, internrevisjonen Helse Vest RHF	Vedlagt
Sak	034/23	Protokoll frå møte i revisjonsutvalet	Vedlagt
Sak	035/23	Internrevisjonssak – Læring på tvers av uønska hendingar	Vedlagt
Saker til orientering:			
Sak	036/23	Administrasjonen sine kommentarar til internrevisjonsrapport – Læring på tvers av uønska hendingar	Vedlagt

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Sak	037/23	Fagleg rapport – Forsking i Helse Vest 2022	Vedlagt
Sak	038/23	Informasjon om kampanje for å førebyggje sjølvmord	Vedlagt
Sak	039/23	Orientering frå det regionale brukarutvalet	
Sak	040/23	Eventuelt	
		Skriv og meldingar	Vedlagt

Styret sitt kvarter

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

PROTOKOLL FRÅ STYREMØTE I HELSE VEST RHF

STAD: Sola Strand Hotel
MØTETIDSPUNKT: 15.02.2023, Kl. 0900 – 1600

Styremøtet var ope for publikum og presse

Deltakarar frå styret

Agnes Landstad	Styreleiar
Olin Johanne Henden	Nestleiar
Anne Karin Hamre	Medlem
Oddvar Kaarbøe	Medlem
Solfrid Borge	Medlem
Gunnar Berge	Medlem
Tord Anton Haaland	Medlem
Egil Olsen	Medlem
Wenche Kristin Røkenes	Medlem
Marie Skontorp	Medlem
Atle Lunde	Observatør

Deltakarar frå administrasjonen

Ivar Eriksen, fung. administrerande direktør
Synnøve Odden Teigelid, fung. økonomi- og finansdirektør
Hilde Christiansen, direktør medarbeidar, organisasjon og teknologi
Bente Aae, kommunikasjonsdirektør
Erik M. Hansen, e-helse direktør
Bjørn Egil Vikse, fagdirektør
Randi Nisja Heskestad, rådgivar

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

HELSE VEST

Sak 001/23 Godkjenning av innkalling og dagsorden

Dagsorden:
Styreleiar orienterte om at styremøtet var ope for publikum og presse.

Sak 009/23 Forprosjekt og revidert forprosjekt for byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus, var flytta til kl. 13.15.

Det var to nye punkt under AD si orientering:

- Spørsmål frå styremedlem knytt til arbeidstid og kompensasjon for vakter for sjukepleiarar.
- Orientering frå administrasjonen om leverandør innanfor radiologi.

Forfall:
Det var ikkje meldt om forfall til møtet.

Dokument som er ettersendt:
Styreleiar orienterte om at følgjande dokument var ettersendt:

- Sak 012/23 Regional beredskapsplan for Helse Vest
- Drøftingsprotokoll frå sak 6-12-17.

Saker til eventuelt:
Det var ingen saker meldt til eventuelt.

Vedtak (samrøystes)
Innkalling og dagsorden blei godkjent.

Sak 002/23 Godkjenning av protokoll frå styremøte i Helse Vest RHF 06.12.22 og 07.12.22.

Vedtak (samrøystes)
Styret godkjente protokollen frå styremøte i Helse Vest RHF 06.12.22 og 07.12.22.

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

HELSE VEST

Sak 003/23 Administrerande direktør si orientering

1. **Rapportering tilsynssaker**

   Administrasjonen viste til utsendt notat.

   Styret ønskjer å få lagt seg føre ei kort orientering om status knytt til Statsforvaltaren i Vestland sitt tilsyn med habiliteringstenesta for barn og ungdom (HABU) i Helse Bergen HF til styremøtet i april 2023.

2. **Orientering om relevante lover, forskrifter og myndigheitskrav**

   Administrasjonen viste til utsendt notat.

3. **Oversikt over aktuelle høyringar**

   Administrasjonen viste til utsendt notat.

   Administrasjonen planlegg ein felles høyringsuttale i høyringa knytt til *NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Styret vil få lagt seg føre høyringsuttalen før styremøtet i april 2023.

4. **Regionale planar under arbeid**

   Administrasjonen viste til utsendt notat.

5. **Status beredskap**

   Fungerande administrerande direktør gjorde greie for status knytt til beredskap i sjukehusa. Det har vore eit høgt pasientbelegg dei siste to månadene, mellom anna på grunn av RS-virus, influensa og Covid. Sidan toppen i romjula har det vore ein nedgang i tal på innlagte med desse tilstandane. Per no er ingen av sjukehusa i Helse Vest i beredskap. Administrasjonen følgjer situasjonen tett, og FHI ventar nye Covid-bølgar før sommaren 2023.

   Vidare blei det orientert om eit godt regionalt samarbeid om ordninga Medevac, der pasientar frå Ukraina blir transportert til Noreg. Det regionale samarbeidet blir koordinert frå Helse Bergen, og ordninga blir koordinert nasjonalt frå Oslo universitetssykehus. 41 pasientar er så langt teke i mot i Helse Vest per januar 2023.

6. **Kjøp av helsetenester**

   Fungerande administrerande direktør og fagdirektør orienterte om status knytt til kjøp av helsetenester. Administrasjonen har ein tett dialog med dei ulike leverandørane. Ein valde å avlyse konkurransen innanfor spesialisert rehabilitering i 2022. Vidare har ein avgjort at ein ikkje vil lyse ut konkurranse for kjøp av kirurgiske tenester frå 2023. Dette fører til at helseføretaka må auke poliklinisk kapasitet i nokon grad for å vurdere overførte pasientar. Det er fordelt ekstra midlar til helseføretaka i ramma (jf. budsjettsak desember 2022).

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Styret bad om å få lagt seg føre ei orientering om status i saka, tentativt til styremøtet i juni 2023.

7. Unntaksordninga – Nye metodar

Administrasjonen viste til utsendt notat.

8. Spørsmål frå styremedlem knytt til arbeidstid og kompensasjon for vakter for sjukepleiarar

Direktør medarbeidar, organisasjon og teknologi gjorde kort greie for bestemmingar i tariffavtalane og kompensasjon i føretaka.

9. Orientering frå administrasjonen om leverandør innanfor radiologi

Fungerande administrerande direktør orienterte om ei sak der ein leverandør innanfor radiologi Helse Vest har avtale med har sendt bilde ut av landet for tolking. Administrasjonen følgjer opp saka.

Vedtak (samrøystes)

Styret tok meldingane til orientering.

Sak 004/23 Rapportering frå verksemda per november og desember 2023

Oppsummering

Målekort (Økonomi per november)

Målekort Helse Vest - desember 2022		Nasjonale mål	Denne periode Faktisk	Mål HV	Måloppnåelse	Hittil i år Faktisk	Mål HV	Måloppnåelse
Kvalitet	Ventetid - somatikk	60	64	50		66	50	
	Ventetid - PHV	45	40	40		48	40	
	Ventetid - BUP	40	50	35		54	35	
	Ventetid - TSB	35	28	30		28	30	
	Andel kontakter passert planlagt tid		13,80 %					
	* Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandllingsformer		69 %			70 %		
	Korridorpasienter somatikk		1,60 %					
Aktivitet:				Tall i fjor	Endring mot fjoråret		Tall i fjor	Endring mot fjoråret
Somatikk	Døgnopphold		13 949	13 263	5,2 %	163 954	161 979	1,2 %
	Dagopphold		3 827	3 744	2,2 %	50 060	50 447	-0,8 %
	Poliklinikk		95 888	106 080	-9,6 %	1 335 766	1 331 993	0,3 %
Psykiatri	Døgnopphold		763	823	-7,3 %	10 072	9 963	1,1 %
	Dagopphold		93	63	47,6 %	1 105	892	23,9 %
	Poliklinikk		35 740	36 320	-1,6 %	495 598	488 695	1,4 %
TSB	Døgnopphold (ekskl. private)		131	117	12,0 %	1 484	1 458	1,8 %
	Dagopphold		2	0	-200,0 %	18	15	20,0 %
	Poliklinikk		6 501	6 703	-3,0 %	89 367	96 091	-7,0 %
Bemanning	Brutto månedsverk		24 883	24 397	2,0 %	24 724	24 100	2,6 %
	Sykefravær	5,5 %	9,8 %	8,6 %		8,6 %	7,8 %	
			Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Økonomi	Resultat		*425 929*	*68 243*	*357 686*	*416 111*	*619 040*	*-202 929*

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Ventetider innan somatikk og psykisk helsevern barn og unge er framleis godt over måltala. For psykisk helsevern vaksne og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), er Helse Vest innanfor de regionale måltala på høvesvis 40 og 30 dagar.

Prioriteringsregelen blei ikkje oppnådd innan TSB, medan den polikliniske aktivitetsveksten er høgare innan psykisk helsevern enn somatikken når ein samanliknar den polikliniske aktiviteten i 2022 med 2021.

Føretaka har innarbeidd midlane som kom i nysalderingsproposisjonen i rekneskapane sine, og resultatet til føretaksgruppa er difor vesentleg forbetra sidan førre rapportering. Per november er resultatavviket framleis negativt, og årsakene til avvik under budsjett er framleis til stades. Dei negative budsjettavvika relaterer seg i stort til auke i løns- og prisvekst, løn- og personalkostnader som følgje av sjukefråvær og vanskar i rekruttering og høge energikostnadar. Føretaka har i haust jobba med tiltak for å redusere budsjettavvika, og både tiltaka og arbeidet fortsett inn i 2023.

Situasjonen til helseføretaka er framleis krevjande, og det vil vere tett oppfølging og dialog mellom leiinga i føretaka og Helse Vest RHF om den økonomiske situasjonen også i månadene som kjem. Det er nødvendig for evna til å finansiere investeringar at føretaka forbetrar sine resultat. Det er derfor særs viktig å prioritere gjennomføringa av riktige tiltak, og sikre god oversikt over økonomiske effektar som følgje av disse i tida framover og inn i 2023.

Det vil framover vere viktig å støtte helseføretaka i å få til ein lenger planleggingshorisont. Vidare må det leggjast til rette for at fagmiljø kan ta i bruk video- og telefonkonsultasjonar i større grad. Det går føre seg eit arbeid som skal bidra til å auke bruken av etablerte løysingar innanfor digitale helsetenester.

Styret la vekt på at ein må ta høgde for at ein del pasientar ikkje klarer å nyttiggjere seg av digitale helsetenester, og at desse gruppene må få ordinære tenester.

Styret ønskja å få ei betre forståing av vekst i personell frå 2019 – 2022, og korleis veksten er fordelt mellom ulike yrkesgrupper. Styret bad om å få lagt seg føre eit kort notat om dette.

Vedtak (samrøystes)
Styret tok rapporteringa frå verksemda per 31. desember 2022 til etterretning.

HELSE VEST

005/23 Gjennomføring av kapitalinnskot i helseføretaka

Oppsummering

Helse Vest RHF har gjennom det samla budsjettopplegget lagt opp til positivt resultat over fleire år. Dette gir grunnlag for å kunne handtere risiko samt gi moglegheit til å gje interne lån til investeringar i helseføretaka.

Helseføretaka gjennomfører no store byggeprosjekt og har som følgje av dette tatt opp lån, både lån frå staten og interne lån frå Helse Vest RHF. Samtidig har Helse Vest RHF likvide midlar som kan nyttast til å redusere gjeldsbelastninga i helseføretaka og såleis redusere rentekostnaden til helseføretaka.

Det er derfor no ønskeleg å redusere gjeldsbelastninga i helseføretaka gjennom å foreta eit kapitalinnskot frå Helse Vest RHF til helseføretaka med totalt 2 mrd. kroner i 2023. Kapitalinnskotet blir fordelt etter inntektsmodellen og skal nyttast til å nedbetale allereie tildelte interne lån. Resten av kapitalinnskotet kan bli brukt til å nedbetale delar av gjeld på statslån som er gitt frå Helse Vest RHF til helseføretaka. Helse Vest RHF vil framleis oppretthalde låna mot staten.

Administrerande direktør vil med basis i dette saksframlegget tilrå følgjande forslag til vedtak:

1. *Kapitalinnskotet tilsvarande 2 mrd. kroner blir fordelt til føretaka i tråd med inntektsmodellen, jf. styresak 129/19. Kapitalinnskotet blir som følgjer:*

Helse Stavanger	*572 mill. kroner*
Helse Fonna	*294 mill. kroner*
Helse Bergen	*900 mill. kroner*
Helse Førde	*234 mill. kroner*

2. *Kapitalinnskotet blir handtert i tråd med den praktiske gjennomføringa som kjem fram av denne saka.*

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Vedtak (samrøystes)

1. Kapitalinnskotet tilsvarande 2 mrd. kroner blir fordelt til føretaka i tråd med inntektsmodellen, jf. styresak 129/19. Kapitalinnskotet blir som følgjer:

Helse Stavanger	572 mill. kroner
Helse Fonna	294 mill. kroner
Helse Bergen	900 mill. kroner
Helse Førde	234 mill. kroner

2. Kapitalinnskotet blir handtert i tråd med den praktiske gjennomføringa som kjem fram av denne saka.

Sak 006/23 Konsernbudsjett 2023, investeringsbudsjett og likviditetsbudsjett og justering av inntektsramma til helseføretaka

Saka var drøfta med konserntillitsvalde og konsernhovudverneombod.

Oppsummering

Styret i Helse Vest behandla i møtet den 7. desember 2022 sak 120/22 Inntektsfordeling og resultatkrav 2023. Det er saka frå desembermøtet som gir ei utfyllande utgreiing av dei ulike budsjettpostane som ligg til grunn for inntektsramme og resultatkrav 2023.

Denne saka tar opp i seg endringar i inntektsramma som følgjer av oppdragsdokumentet frå HOD som ikkje var innarbeidd i saka om inntektsfordeling 2023. I tillegg er det nokre postar som ikkje var fanga opp i sak 120/22 B som no er innarbeidd i oppdatert inntektsramme for 2023 til helseføretaka.

Denne saka omhandlar og konsernbudsjett, investeringsbudsjett med finansieringsgrunnlag og likviditetsbudsjett for 2023.

I styresak 120/22 vart det fastsett følgjande inntektsramme og resultatkrav for 2023:

Inntektsramme:

INNTEKTSFORDELING 2023	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Haralds-plass	Helse Vest RHF	SUM
SUM, ISF	1 986 799	903 169	3 083 972	610 665	336 479	-	6 921 084
SUM, basisramme fordelt etter modell	5 504 836	2 818 737	7 911 927	2 400 432			18 635 932
Resultatbasert finansiering	41 782	17 559	66 865	13 294			139 500
SUM, basisramme fordelt utanfor modell	498 092	208 399	1 348 387	99 029	636 591	3 747 016	6 537 515
Øyremerkte midlar i bestillinga frå HOD (skal rapporterast på):	7 955	2 348	161 841	1 656	0		173 800
SUM, inntekt 2023 fordelt frå RHF	8 039 464	3 950 213	12 572 991	3 125 076	973 071	3 747 016	32 407 831

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Resultatkrav:
Dei økonomiske rammene som ligg til grunn i statsbudsjettet for 2023 er særs stramme og ikkje tilstrekkelege for å opprettholde tidlegare fastsette resultatkrav frå sak om førebels inntektsfordeling 2023.

Helseføretaka har med basis i sak 120/22 behandla og vedtatt sine budsjett for 2023 i dei respektive styra i desember og januar. Innretninga på budsjetta er særs krevjande og innehar ein relativt stor risiko. Føretaka må halde trykk og framdrift på dei tiltaka som er jobba med i 2022. Men det vil og vere behov for å gjennomføre og få effekt av ytterlegare tiltak i 2023. Dette blir det viktig å ha ein tett oppfølging av utover året.

Resultatkravet i føretaka er som følgje av dei økonomiske rammene no sett tilnærma til eit balanseresultat. For å handtere risiko samt heilt nødvendig likviditet til investeringsprosjekt, er resultatkravet i RHF-et sett til 350 mill. kroner. Det er ikkje innarbeidd nokon reserve i tillegg til dette resultatkravet.

Justert resultatkrav for 2023 blir med basis i budsjettbehandlingane i helseføretaka og dei økonomiske rammene som no føreligg frå Staten, føreslått som følgjer:

Konsernbudsjett	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus-apoteka vest	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2023	10 000	0	0	0	9 000	1 000	350 000	370 000

Oppdatering av inntektene frå staten samt forslag til endringar i inntektsramma til helseføretaka er nærmare omtalt nedanfor i denne saka. Budsjetterte resultat i føretaksgruppa er med dette for låge til å gje berekraft til nye større investeringar. Det er derfor viktig ha fokus på tiltak for å betre resultata mest mogleg både i 2023 og i åra framover.

Oppdatert inntektsramme til helseføretaka blir føreslått som følgjande:

INNTEKTSFORDELING 2023	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Haralds-plass	Helse Vest RHF	SUM
SUM, ISF	1 986 799	903 169	3 083 972	610 665	338 185	-	6 922 790
SUM, basisramme fordelt etter modell	5 555 338	2 827 490	7 918 731	2 402 941			18 704 499
Resultatbasert finansiering	41 771	17 555	66 846	13 290			139 461
SUM, basisramme fordelt utanfor modell	521 496	209 161	1 357 376	99 548	646 429	3 691 362	6 525 371
Øyremerkte midlar i bestillinga frå HOD (skal rapporterast på):	7 955	2 348	161 241	1 656	0		173 200
SUM, inntekt 2023 fordelt frå RHF	8 113 358	3 959 722	12 588 165	3 128 099	984 614	3 691 362	32 465 321

Oppdatert oversikt over detaljer relatert til inntektsramme 2023 og kjøp av helsetenester for 2023 ligg som vedlegg til denne saka.

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Det har gjennom ei pressemelding frå Regjeringa den 13.02.2023 komme informasjon om at Regjeringa vil foreslå ein budsjettauke på 2,5 milliardar kronar til sjukehusa i Noreg i samband med revidert nasjonalbudsjett for 2023. Dette kom etter at saksunderlaget til denne saka blei sendt, og er av den grunn ikkje innarbeidd i saka. Det er venta at auken vil gi lågare risiko i budsjetta slik dei no ligg føre. Den venta budsjettauken vil ikkje dekke pris- og lønsvekst, og ein må framleis ha fokus på å betre resultatnivåa i 2023.

Administrasjonen foreslår at ein har dialog med helseføretaka med tanke på moglegheiter for å justere resultatkrav i perioden fram til revidert nasjonalbudsjett blir lagt fram i juni 2023. Saka vil bli tatt opp i direktørmøtet våren 2023. Styret finn at det gitt dei aktuelle høva er forsvarleg å leggje opp til ein slik prosess, og tar inn eit nytt punkt 10 i vedtaket der det går fram at justert resultatkrav for 2023 blir fastsett i styresak om revidert nasjonalbudsjett i styremøte i juni. Styret ber om ei løypemelding om arbeidet i april 2023.

Administrasjonen legg vidare opp til styrebehandling av lånesøknadar i styremøtet i juni 2023, når ein kjenner innhaldet i revidert nasjonalbudsjett.

Vedtak (samrøystes)

1. Inntektsramme for 2023 som blei vedtatt under sak 120/22 blir justert i tråd med endringane som følgjer av tabellen under (i heile tusen):

Endringar i inntektsramma for 2023 vs. styrsak 120/22 (heile tusen kroner)	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	HDS	Helse Vest RHF	SUM
Inntektsramme 2023 - sak 120/22	8 036 350	3 953 327	12 569 781	3 128 287	973 071	3 747 016	32 407 832
Justeringar av inntektsramme frå staten:							
Endring RBF	-12	-5	-19	-4			-39
Behandling av sesksuallovbruddsdømde	3 114	-3 114	3 211	-3 211		0	0
Hjemmestester livmorhalsprogrammet	157	85	206	52		-500	0
Endring øremerka tilskot							
Tannhelseteneste i sjukehus			-600				-600
Barnepalliative team						5 700	5 700
Turnustjeneste i sjukehus for legar og fysioterapautar						345	345
LIS 1 stillingar						50 414	50 414
Forskning og medisinske kompetansesentra						-37	-37
Endringar i inntektsfordelinga							
Oppdatering inntektsramme	51 749	9 429	8 670	2 975			72 823
Vestlandslegen SUS	22 000	0	0	0	0	-22 000	0
Beredskapslager B180						-11 000	-11 000
Interne gjestepasienter (10% påslag)			6 917				6 917
Oppdatering av feil i fordelingen i desembermøtet					11 543	-3 000	8 543
TSB						-61 929	-61 929
Regionale og nasjonale fellesprosjekt/satsingar						-12 515	-12 515
Fagnettverk flyttet ut av prosjekt (skal fordeles til HF)						7 100	7 100
Satsingar som blir fordelt seinare						-1 837	-1 837
Regionale og nasjonale fellesprosjekt						-1 000	-1 000
Renteinntekt						-5 000	-5 000
Administrasjon						-395	-395
							0
Sum endringar	77 008	6 396	18 385	-187	11 543	-55 654	57 490
Oppdatert inntektsfordeling 2023	8 113 358	3 959 723	12 588 166	3 128 100	984 614	3 691 362	32 465 322

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

2. Justert inntektsramme fordelt per helseføretak:

INNTEKTSFORDELING 2023	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Haralds-plass	Helse Vest RHF	SUM
SUM, ISF	1 986 799	903 169	3 083 972	610 665	338 185	-	6 922 790
SUM, basisramme fordelt etter modell	5 555 338	2 827 490	7 918 731	2 402 941			18 704 499
Resultatbasert finansiering	41 771	17 555	66 846	13 290			139 461
SUM, basisramme fordelt utanfor modell	521 496	209 161	1 357 376	99 548	646 429	3 691 362	6 525 371
Øyremerkte midlar i bestillinga frå HOD (skal rapporterast på):	7 955	2 348	161 241	1 656	0		173 200
SUM, inntekt 2023 fordelt frå RHF	8 113 358	3 959 722	12 588 165	3 128 099	984 614	3 691 362	32 465 321

3. Resultatkravet for 2023 blir fastsett som følgjer:

Konsernbudsjett	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Sjukehus-apoteka vest	Helse Vest IKT	Helse Vest RHF	TOTAL
Resultatkrav 2023	10 000	0	0	0	9 000	1 000	350 000	370 000

4. Investeringsbudsjettet for 2023 blir fastsett som følgjer:

Beløp i heile tusen kroner	**Stavanger**	**Fonna**	**Bergen**	**Førde**	**Apoteka**	**HV IKT**	**RHF**	**TOTAL**
Bygg - tilgjengelig ramme	2 794 661	210 000	1 237 000	600 100	13 000	30 000		4 884 761
Medisinteknisk utstyr	258 803	15 000	173 000	12 500				459 303
IKT						568 275		568 275
Anna	84 758	10 000	165 000	8 600	35 200			303 558
Sum investeringar 2023	3 138 222	235 000	1 575 000	621 200	48 200	598 275	0	6 215 897

Det kan bli aktuelt å justere investeringsbudsjettet i helseføretaka etter at resultatet for 2022 er endeleg klarlagt. Dette må i så fall skje innanfor gjeldande investeringsregime og bli behandla av styret i dei respektive føretaka. Framdrifta på investeringane må styrast i tråd med tilgjengeleg likviditet i helseføretaka.

5. Administrerande direktør kan foreta nødvendige mindre omdisponeringar av budsjettpostane innanfor den totale budsjettramma.

6. Utbetaling av innvilga interne lån blir vurdert opp mot behov for tilgjengeleg likviditet.

7. Nye interne lån blir saksbehandla etter søknad og lagt fram for styret i juni-møtet.

8. Styret ber helseføretaka om å avdekke alle risikoområde for å nå resultatkravet og sørgje for at det er sett i verk tiltak med tilstrekkeleg omfang, med god kvalitet og at tiltaka er fordelt ned på lågaste nivå med ansvarleg leiar.

9. Budsjetterte resultat i føretaksgruppa er for låge til å gje berekraft til nye større investeringar. Styret vil derfor understreke at det blir viktig å gjennomføre tiltak for å betre resultata mest mogleg både i inneverande år og i åra framover.

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

10. Justert resultatkrav for 2023 blir fastsett i styresak om revidert nasjonalbudsjett i styremøte i juni.

Sak 007/23 Budsjett 2023 for Helse Vest RHF – administrasjonen

Oppsummering

Forslaget til administrasjonsbudsjett for 2023 blir lagt fram innan den kostnadsramma som er føreslått under styresak 006/23 Konsernbudsjett 2023.

Vedtak (samrøystes)

1. Styret vedtok budsjett 2023 for administrasjonen til Helse Vest RHF.

2. Styret vedtok budsjett 2023 for internrevisjonen i Helse Vest RHF.

Sak 008/23 Sal av eigedom i Cecilie Tvedts gate 9, 10 og 12, Helse Stavanger HF

Oppsummering

Helse Stavanger HF eig tre bustadblokker i nærleiken av sjukehuset på Våland. Dei ønskjer å selje dei og nytte frigjorte midlar frå salet til å gjere naudsynte investeringar på Våland i den delen av eigedomen som skal nyttast av sjukehuset etter 2024 og eventuelt på Nye SUS for tiltak som ikkje er ein del av byggjeprosjektet.

Det blei peika på at styret, ved å gi si tilslutning til sal, gir styret i Helse Stavanger HF ei moglegheit til å avhende eigedommen dersom den omfattande prosessen som skal gå føre seg fram mot eit eventuelt sal fører fram til at sal kan gjennomførast. Styret i Helse Stavanger HF står likevel fritt til å velje å ikkje selje dersom det skulle vere grunnar som talar mot sal etter denne prosessen.

Vedtak (samrøystes)

1. Styret i Helse Vest RHF gir sin tilslutning til sal av eigedomen Cecilie Tvedts gate 9,10 og 12, gardsnummer 22 bruksnummer 21 i Stavanger kommune.

2. Styret føreset at eigedomen blir lagt ut for sal på den opne marknaden og at frigjorte inntekter blir nytta til investering i varige verdiar eller til nedbetaling av gjeld.

3. Styret i Helse Vest RHF ber om at saka blir send føretaksmøtet i Hele Vest RHF med førespurnad om samtykke til sal, jf. helseføretakslova § 31.

4. Under føresetnad av at eigar i føretaksmøtet gir sitt samtykke til sal blir det gjennomført føretaksmøte i Helse Stavanger HF, for formelt å vedta sal, jf. lov om helseføretak § 31.

009/23 Forprosjekt og revidert forprosjekt for byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus

Oppsummering

Styret i Helse Vest har ved fleire høve behandla utbygging av Haugesund sjukehus i Helse Fonna. Utbygginga er delt i to byggetrinn. Utbygginga av byggetrinn 1 starta i 2018 og nybygget stod ferdig i tråd med planen august 2021. Ombyggingsdelen av byggetrinn 1 starta opp september 2021 og blei ferdigstilt som planlagt hausten 2022.

Helse Vest RHF har berre sluttbehandla byggetrinn 1. Opphaveleg var start av byggetrinn 2 planlagt i 2030 og skulle bli behandla som eiga sak.

I 2020 vurderte Helse Fonna at det var grunnlag for å framskunde byggetrinn 2 med bakgrunn i endra føresetnadar. I denne samanhengen blei konseptrapporten frå 2016 revidert som grunnlag for ny vurdering av utbyggingsalternativ for byggetrinn 2.

Byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna er no ført fram til eit forprosjekt. Forprosjektet bygger på tidlegare arbeid med utviklingsplan, idefaserapport og konseptrapport.

Forprosjektet har følgt opp tilbakemeldingane i den eksterne kvalitetssikringa (KSK) av den reviderte konseptfaserapporten. Det er gjort nokre endringar etter konseptfasen som følgje av arbeidet i prosjektet, råd frå rådgjevarane og den tekniske avdelinga.

Det er og gjennomført ei evaluering etter byggetrinn 1. Denne evalueringa har gitt verdifull informasjon som er tatt med i forprosjektet.

Helse Fonna har revidert forprosjektrapporten i tråd med vedtaket i styret til Helse Vest RHF, jf. styresak 119/22 *Justert Økonomisk langtidsplan 2023 - 2027*. Den nye framdriftsplanen tar omsyn til den økonomiske berekrafta til føretaket, også tatt i betraktning budsjett for 2023 og prognose 2022.

Kostnadsramma for byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus er sett til 1,032 mrd. kr. Kostnadsramma er fastlagt med utgangspunkt i P85-estimatet frå usikkerheitsanalysen. Prosjektet er tildelt lån på statsbudsjettet, 70 % av den totale investeringskostnaden.

Revidert forprosjektrapport for byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus med tilhøyrande revidert framdriftsplan og budsjett er sendt til Helse Vest RHF for vidare behandling og saka blir her lagt fram for styret i Helse Vest RHF.

Styret støttar fokuset prosjektet har på risiko og risikohandtering. Vidare er ein opptekne av at det finst moglegheiter for å justere framgang/stoppe undervegs, og at det ligg føre gode planar for å betre bereevna i Helse Fonna HF.

Vedtak (samrøystes)

1. Styret i Helse Vest RHF godkjenner forprosjektrapport for byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus og revidert forprosjekt for byggetrinn 2 med tilhøyrande framdriftsplan og budsjett.

2. Kostnadsramma for byggetrinn 2 blir sett til 1,032 mrd. i 2022 kroneverdi.

3. Helse Fonna må sikre at prosjektet er organisert og styrt slik at byggetrinn 2 kan gjennomførast innanfor kostnadsramma og med forventa kvalitet.

4. Det er ein føresetnad at framdrifta i prosjektet blir styrt innanfor tilgjengeleg likviditet. Dersom planlagt økonomisk resultat i føretaket endrar seg negativt må det gjerast nødvendige tilpassingar i investeringsplanen.

5. Helse Fonna må vidare sikre gode prosessar i eigen organisasjon for å hente ut driftsmessige gevinstar som bidreg til framtidig økonomisk og finansiell berekraft.

Sak 010/23 Innleiing til årleg melding 2022

Oppsummering

Kvart år leverer Helse Vest RHF ei årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet, som er ei rapportering på dei krav og føringar som Helse- og omsorgsdepartementet har formidla gjennom oppdragsdokument og protokoll frå føretaksmøte.

Årleg melding frå Helse Vest RHF vil bli lagt fram for styrebehandling i styremøte den 22. mars 2023. Førre året bad styret om å få moglegheit til å gje innspel på innleiinga av meldinga, der hovudbodskap og hovudaktivitetar gjennom året er summert opp.

Innspel frå styret:

- Styret ber om at ein skriv noko om at den framleis krevjande økonomiske situasjonen.
- Styret ønskjer at ein tar inn noko om det høge nivået av investeringar i fysisk infrastruktur, og korleis ein sikrar økonomisk berekraft til å drive bygga i fortsettinga. Under dette bør ein mellom anna nemne organisatoriske endringar og digitalisering. Styret ønskjer at førebuingar til dette blir gjort i god tid før ein tar i bruk nye bygg. Dette har samanheng med punkt over om den økonomiske situasjonen, og kan med fordel nemnast i forlenginga av dette.
- Styret ønskjer at viktigheita av føreseielege rammer kommer fram.

Vedtak (samrøystes)
Styret ber om at dei innspela som kom fram i møtet, blir innarbeidd i årleg melding for 2022.

Sak 011/23 Styret sine innspel til Styrets beretning 2022

Oppsummering
Kvart år leverer Helse Vest RHF årsrapport for verksemda, som er sett saman av styrets beretning og årsrekneskapen. I tillegg blir det lenka til erklæring om likestilling og rapport om samfunnsansvar, i tråd med føringane for dette.

Styrets beretning frå Helse Vest RHF vil bli lagt fram for styrebehandling i styremøte den 22. mars 2023. Førre året bad styret om å få gje innspel til beretninga.

Innspel frå styret:

- Styret meiner at dei tre temaa som blei løfta fram knytt til årleg melding 2022 også er relevante for styrets beretning 2022:
  - Den framleis krevjande økonomiske situasjonen.
  - Investeringar i fysisk infrastruktur, og korleis ein sikrar økonomisk berekraft til drift.
  - Viktigheita av føreseielege rammer.
- Styret foreslår at ein løftar fram at alle medarbeidarar har gjort ein svært viktig innsats i ei krevjande tid.
- Styret foreslår at ein kan løfte fram at trongare økonomiske føresetnadar gjer at ikkje alle forventningar og krav kan bli innfridd.

Vedtak (samrøystes)
Styret ber om at innspela til styrets beretning i årsrapporten for 2022 blir tatt til følge i den vidare prosessen fram mot endeleg styrebehandling den 22. mars 2023.

Sak 012/2 Regional beredskapsplan for Helse Vest
Vedlegg til saka er u.off. jf. offl. §24.
Saka var drøfta med konserntillitsvalde og konsernhovudverneombod.

Oppsummering
Regional helseberedskapsplan for Helse Vest er revidert. Formålet med den regionale helseberedskapsplanen er å gjennom eit felles rammeverk gi grunnlag og føringar for å handtere ein beredskapshending/krise på best mogleg og samordna måte både regionalt og lokalt. Planen skal slik bidra til å verne om liv og helse og sikre befolkninga nødvendige spesialisthelsetenester ved kriser og større uønskte hendingar, både i fredstid og i krig.

Den regionale planen utgjer slik rammeverket for utarbeiding av lokale planverk, og legg føringar for ei einsarta og heilskapleg tilnærming til beredskap i regionen.

Regional helseberedskapsplan for Helse Vest er generisk og tenkt å skulle gjelde for alle typar hendingar. Det vil i tillegg bli utarbeidd fleire del-planar underordna den regionale helseberedskapsplanen. Del-planar er aktuelt for alle områder der det er behov for meir spesifikke avklaringar og føringar for aktuell hendingstype enn det den generiske hovudplanen kan gjere greie for.

Revidert Regional helseberedskapsplan for Helse Vest er ikkje tidsavgrensa, men vil vere i kontinuerleg forbetring. Dette vil vere i tråd med forskrift om leiings- og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta og metodikken til Neste Generasjon Plan (NGP) i Helse Vest. Det er utarbeidd retningslinjer for endring og revidering av planen med vedlegg.

Styret er opptekne av kva som er rolla til styret i eit regionalt helseføretak i arbeidet med beredskap og beredskapsplanar. Det blei frå administrasjonen si side peika på at styret si oppgåve er å sjå til at ein har ein gjeldande plan, og at planen følgjer dei krav og føringar som går fram av lovverket. Det er viktig å vere klar over at arbeidet med planverk innanfor beredskap er å sette den beste tilgjengelege kunnskapen i system.

Styret meiner det er blitt arbeidd godt med beredskapsplanen, og ein stillar seg bak planen og dei foreslåtte retningslinjer for endring og revidering av planen. Ein støttar vidare fokuset på kontinuerleg forbetringsarbeid, under dette vektlegging av evaluering.

Styret ønskjer ved ein aktuell beredskapssituasjon å bli heldt orientert så godt som det lar seg gjere, særleg med tanke på om det er behov for å gjere vedtak knytt til ressursar eller anna. Styret opplevde at dette fungerte godt under den aktive delen av Covid 19-pandemien, særleg etter kvart når ein fekk på plass eit godt system for dette.

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Styret bad om å få lagt seg føre ein tydelegare tidsplan for når dei ulike delplanane skal arbeidast med. Styret er opptekne av å vite kva tid styret skal inn i dei ulike prosessane, og bad om at dette går inn i tidsplanen. Styret bad vidare om å få lagt seg føre ein årleg status for dette arbeidet – enten som ei temasak eller som del av tertialrapport.

Vedtak (samrøystes)

1. Styret i Helse Vest RHF godkjente revidert Regional helseberedskapsplan for Helse Vest.

2. Regional helseberedskapsplan for Helse Vest skal operasjonaliserast gjennom planverket til kvart enkelt helseføretak med sjukehus, Sjukehusapoteka Vest, Helse Vest IKT og Helse Vest RHF, og inngå i kvalitetssystemet til verksemda.

3. Styret i Helse Vest RHF gir sin tilslutning til retningslinjer for endring og revidering av Regional helseberedskapsplan med vedlegg.

Sak 013/23 Status for omlegging av revmatologitilbodet i Helse Vest

Oppsummering

Denne saka summerer opp status for oppfølging av vedtaka i styret i Helse Vest i sakene 32/18 og 09/19 om omlegging og utvikling av tilbodet til pasientar med revmatisk sjukdom i Helse Vest.

Det er ei positiv utvikling og ei tilfredsstillande framdrift for omleggingа både når det gjeld opptrapping av revmatologitilbodet i Helse Stavanger, utvikling av tilbodet til barn og unge med revmatisk sjukdom og innanfor revmakirurgi.

Det regionale fagnettverket for revmatologi, som blei oppretta i 2019, bidrar på ein god måte i oppfølginga av styrevedtaka om omlegging av revmatologitilbodet i Helse Vest. Arbeidet i nettverket bidrar til å styrke og forbetre samarbeidet mellom fagmiljøa ved sjukehusa i regionen. Dette blir også bekrefta av oppdaterte ROS-analysar.

Styret meiner det er gjort eit grundig og godt arbeid i saka. Styret meiner det er viktig å ha eit tett samarbeid på tvers ved endringar i kva tilbod dei ulike aktørane skal bidra med.

Styret bad om å få lagt seg føre sak om ortopedi i Fonna-regionen, tentativt etter sommaren 2023.

Vedtak (samrøystes)

Styret i Helse Vest tok saka til orientering.

Sak 014/23 Tilstandsgrad for eigedomane i Helse Vest

Oppsummering

Utgangspunkt for saka er krav i føretaksprototokoll til Helse Vest RHF og til helseføretaka i styringsdokumentet for 2022 om å sette mål for tilstandsgrad på sjukehusbygga og utarbeide verdibevarande vedlikehaldsplanar. Helseføretaka har ein omfattande bygningsmasse som representerer store samfunnsmessige verdiar. Det er viktig å vise korleis desse verdiane blir teke i vare. Dette arbeidet har ein starta på.

Vedtak (samrøystes)

1. Styret i Helse Vest RHF gir si tilslutning til at det blir sett følgjande mål for tilstandsgrad for eigedomar tilhøyrande helseføretak:
   a. *den vekta aggregerte tilstandsgraden for bygningsmassen skal ikkje vere dårlegare enn 1,2*
   b. *ingen bygningsdelar eller komponentar som inngår i målinga skal ha tilstandsgrad 3*

2. Styret i Helse Vest RHF sluttar seg til det arbeidet helseføretaka gjer for å nå målet som er sett for tilstandsgrad for eigedomane i regionen.

3. Styret ber om at krav til tilstandsgrad og krav til korleis helseføretaka skal arbeide for å nå mål for samla tilstandsgrad, blir tatt med i styringsdokumenta til helseføretaka for 2023.

Sak 015/23 Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF 15. desember 2022

Oppsummering

Torsdag 15. desember 2022 kl. 11.00 vart det halde føretaksmøte i Helse Vest RHF. Møtet vart halde på video som felles føretaksmøte for dei regionale helseføretaka.

I møtet vart følgande saker behandla:

Sak 1 Føretaksmøtet vert konstituert
Sak 2 Dagsorden
Sak 3 Endring i driftskredittramma
Sak 4 Retningsliner for leiarløn

Styret har merka seg at det var ein feil i oppstilling av namn på styremedlem i protokollen. Det er gitt beskjed til Helse- og omsorgsdepartementet om dette.

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Administrasjonen informerte om at nye retningslinjer som er komme for leiarlønn vil føre med seg at ein må revidere dei gjeldande retningslinjene. Dette vil bli lagt fram for styret i mars 2023, i sak om styrande dokument. Behandling i føretaksmøte vil følgje etter dette.

Vedtak (samrøystes)
Styret i Helse Vest RHF tok protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF den 15. desember 2022 til etterretning, med den endringa som er meldt inn til Helse- og omsorgsdepartementet knytt til feil i oppstilling av namn.

Sak 016/23 Oppdragsdokument og protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF 17. januar 2023

Oppsummering
Tysdag 17. januar 2023 presenterte helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol sitt styringsbodskap, politiske mål og forventningar til helseregionane i felles føretaksmøte i dei regionale helseføretaka. Møtet blei halde på Kunnskapssenteret ved St. Olavs hospital i Trondheim, og digitalt. Same dag heldt statsråden sin sjukehustale. Det samla styringsbodskapet til Helse Vest RHF for 2023 går fram av føretaksprotokollen frå føretaksmøtet 17. januar 2023 og oppdragsdokumentet for 2023.

Helse Vest RHF har fått ansvar for leiing av fleire større interregionale oppdrag. Administrasjonen er i ferd med å forankre mandat og sette ressursar på dei ulike oppdraga, både dei som skal løysast interregionalt og regionalt.

Vedtak (samrøystes)
Styret i Helse Vest RHF tok oppdragsdokument og protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF den 17. januar 2023 til etterretning.

Sak 017/23 Styringsdokument 2023 til helseføretaka og Helse Vest IKT AS
Saka var drøfta med konserntillitsvalde og konsernhovudverneombod.

Oppsummering
Styringsbodskapet til helseføretaka og Helse Vest IKT AS blir årleg formidla gjennom styringsdokumenta. Styringsdokumenta klargjer overordna mål, oppgåver og rammer for bruk av middel, og prioriteringar innan dei fire hovudoppgåvene pasientbehandling, forsking, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. I tillegg inneheld dokumentet økonomiske og organisatoriske krav.

Styret i Helse Vest RHF fekk i styremøte i desember 2022 høve til å gi innspel til konkrete styringsbodskap til helseføretaka og Helse Vest IKT AS, jf. styresak 122/22. Administrasjonen har innarbeidd innspela i styringsdokumenta.

Styret merkar seg at det knytt til nokre av måla er behov for ei utvikling over lenger tid. Mellom anna gjeld dette arbeidet med å redusere tvang. Dette må ein ha med seg opp mot prinsippet om at tidlegare gitte krav i utgangpunktet ikkje blir gjentekne. Styret meiner det er ein god balanse i styringsdokumenta mellom krav vidareført frå Helse- og omsorgsdepartementet og krav frå Helse Vest RHF.

Styret bad om to endringar i dei utkasta som blei lagt fram:

- Med bakgrunn i vedtak i sak om konsernbudsjett legg ein inn ei formulering i kapittel 9.1 der ein viser til sak 006/23 og vedtakspunkt 10 i denne saka.
- Ein ber om at det blir lagt inn ei tydeleg formulering knytt til at helseføretaka må arbeide aktivt med førebyggjing av grenseoverskridande åtferd.

Vedtak (samrøystes)

1. Styret i Helse Vest RHF vedtek styringsdokumentet for 2023 for Helse Stavanger HF med dei endringar som kom fram i møtet.

2. Styret i Helse Vest RHF vedtek styringsdokumentet for 2023 for Helse Fonna HF med dei endringar som kom fram i møtet.

3. Styret i Helse Vest RHF vedtek styringsdokumentet for 2023 for Helse Bergen HF med dei endringar som kom fram i møtet.

4. Styret i Helse Vest RHF vedtek styringsdokumentet for 2023 for Helse Førde HF med dei endringar som kom fram i møtet.

5. Styret i Helse Vest RHF vedtek styringsdokumentet for 2023 for Sjukehusapoteka Vest HF med dei endringar som kom fram i møtet.

6. Styret i Helse Vest RHF vedtek styringsdokumentet for 2023 for Helse Vest IKT AS med dei endringar som kom fram i møtet.

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Sak 018/23 Riksrevisjonen sin kontroll med forvaltninga av statens interesser i selskap – 2021 Dokument 3:2 (2022–2023)

Oppsummering

Riksrevisjonen la i november 2022 fram rapport om *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statens interesser i selskaper – 2021.*

Saka gjer kort gjort greie for saksforhold i rapporten med relevans for styret i Helse Vest RHF. For meir inngåande opplysningar blir det vist til sjølve rapporten, som er lagt ved styresaka.

Styret opplever at det blir arbeidd aktivt med dei forholda som går fram av rapporten.

Det vil bli lagt fram ei sak for styret i det første styremøtet etter sommaren 2023 med prinsipp og prosess for val av styre i helseføretaka. Styret ønsker at det blir lagt fram ei sak før sommaren 2023 der styret får peike ut sitt arbeidsutval.

Vedtak (samrøystes)

Styret tok saka til orientering.

Sak 019/23 Protokollar frå møte i revisjonsutvalet

Oppsummering

Styret meiner at det blir arbeidd godt med temaet risiko og læring på tvers, og at det går føre seg nyttige diskusjonar knytt til dette.

Vedtak (samrøystes)

Styret tok protokoll frå møte i revisjonsutvalet den 21. november og den 7. desember 2022 til orientering.

Sak 020/23 Orientering frå det regionale brukarutvalet

Oppsummering

Ny leiar av brukarutvalet takkar for tilliten med å leie utvalet. Mange medlem i utvalet er nye, og utvalet er i ferd med å finne si form. Brukarutvalet har fått ei god innføring frå fungerande administrerande direktør om ulike forhold i Helse Vest RHF.

Brukarutvalet arbeidar med å fylle dei ulike rollene i ulike prosjekt og initiativ. Ein opplever god læring i å delta i stadig nye nasjonale og regionale prosjekt, og at ein bidrar med den relevant brukarmedverkinga prosjekta skal ha.

Brukarutvalet har hatt psykisk helsevern og TSB oppe som tema, og det blir uttrykt bekymring frå deltakarar i prosjekt knytt til den tida det kan ta før det blir påpeikt brot på regelverk (t.d. internrevisjonen sin rapport i september 2021) til forholda blir tatt tak i. Særleg gjeld dette pasientar med alvorlege og samansette lidingar. Administrasjonen tar med seg denne tilbakemeldinga i vidare arbeid. Ein kan med fordel diskutere dette i framtidige RBU-møte.

Vedtak (samrøystes)
Styret tok orienteringa frå det regionale brukarutvalet til orientering.

Sak 021/23 Eventuelt

Marie Skontorp og Egil Olsen deltok på sitt siste styremedlemmer i styret i Helse Vest RHF, og blei takka av med blomar. I styremøtet i mars deltek nye styremedlemmer valt av og blant dei tilsette.

Nye styremedlemmer som formelt sett blir valt som styremedlemmer for kommande periode 22. februar, var også inviterte til å delta på middag og styreseminar.

Skriv og meldingar

Skriv 01 – Referat frå møte i RBU 30.11.2022.

Vedtak (samrøystes)
Styret tok skriv og meldingar til orientering.

Ref. 15.02.2023 Randi Nisja Heskestad

Agnes Landstad	Styreleiar
Olin Johanne Henden	Nestleiar
Gunnar Berge	Medlem
Anne Karin Hamre	Medlem
Oddvar Kaarbøe	Medlem
Solfrid Borge	Medlem
Tord Anton Haaland	Medlem
Wenche Kristin Røkenes	Medlem
Marie Skontorp	Medlem
Egil Olsen	Medlem

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse:
post@helse-vest.no
www.helse-vest.no

Besøksadresse:
Nådlandskroken 11
Stavanger

Generell informasjon:
Sentralbord: 51 96 38 00
Org.nr: 983 658 725

Årsplan 2023 for styret i Helse Vest RHF

Dato	Stad	Saker / Tema	Faste saker	Aktivitetar
17. januar	TRONDHEIM			Sjukehustale og føretaksmøte alle RHF
15. februar	STAVANGER/SOLA	• Konsernbudsjett 2023 • Budsjett RHF-et • Oppdrag i oppdragsdokument og føretaksprotokoll • Styringsdokument for HF-a/IKT 2023 • Innspel til Årleg melding 2022 • Innspel til Styrets beretning 2022 • Gjennomføring av kapitalinnskot i helseføretaka • Sal av eigedom, Helse Stavanger HF • Forprosjekt byggetrinn 2, Helse Fonna HF • Riksrevisjonen sin kontroll med forvalninga av statens interesser i selskap • Regional beredskapsplan • Status for revmatologitilbodet i Helse Vest • Tilstandsgrad for eigedomsmassen i Helse Vest • AD si orientering - Kjøp av helsetenester - Unntaksordninga, nye metodar	• Godkjenning av protokoll • AD si orientering - Tilsynssaker - Lover, forskrifter og myndigheitskrav - Høyringar - Regionale planar under arbeid - Status beredskap • Rapportering frå verksemda • Orientering frå RBU	*Temasak: Rekruttering: Helsepersonellkommisjonen er tema på felles styresamling 16. februar-22*

15. februar	STAVANGER/SOLA			Styremiddag RHF-styret og HF-styra
16. februar		• Helsepersonellkommisjonen - presentasjon og dialog • Presentasjon av styringsbodskap til HF-a/IKT 2023 • Føretaksmøte i HF-a		Styreseminar RHF-styret, HF-styra, AD i HF-a og leiar av RBU deltek
22.mars	STAVANGER	• Årleg melding 2022 • Årleg gjennomgang av styrande dokument for styret (inkl. reviderte retningslinjer for leiarløn (015/23)) • Årsrapport for revisjonsutval og internrevisjon 2022 • Plan for internrevisjon • Fagleg rapportering – Forsking i Helse Vest • Årsmelding 2022 frå pasient- og brukaromboda i Norge og i Helse Vest • Internrevisjonssak - Læring på tvers av uønska hendinga • Administrasjonen sine kommentarar til internrevisjonsrapport - Læring på tvers av uønska hendingar • Avtaler om kompenserande tiltak for kreftkirurgi • Spesialisthelsetenesta sitt rammeverk for samfunnsansvar • Protokoll frå føretaksmøte 17. februar • Protokoll frå møte i revisjonsutvalet • Informasjon om kampanje for å førebyggje sjølvmord	• Godkjenning av protokoll • AD si orientering - Tilsynssaker: - Lover, forskrifter og myndigheitskrav - Høyringar - Regionale planar under arbeid - Status beredskap • Rapportering frå verksemda • Orientering frå RBU	Presentasjon av Helse Vest IKT Presentasjon av pasient- og brukaromboda

		• AD si orientering - Arbeidsmiljøutvalet (AMU) årsrapport – 2022 - Kunngjering av val av styremedlemmer - Utvikling bemanning		
23.mars	STAVANGER / SOLA	Innføring i styrearbeid - Nye styremedlemmer RHF og HF (styremedlemmer valt av og blant dei tilsette)		Opplæringsdag for nye styremedlemmer RHF og HF
18.april Kl. 1600	HAUGESUND Helse Fonna HF			Synfaring og fellesmøte med styret i Helse Fonna HF Felles middag med styret i Helse Fonna HF
19.april	HAUGESUND	• Årsoppgjer 2022 • Spesialisthelsetenesta sin rapport for samfunnsansvar • Berekraftig utvikling for psykisk helsevern og rus • Internrevisjonen sin rapport om tvang i psykisk helsevern - Rapportering på resultat i forbetringsarbeidet • Prosess for val av nye styre i HF-a og val av arbeidsutval	• Godkjenning av protokoll • AD si orientering - Tilsynssaker *Styret ønskjer å få lagt seg føre ei kort orientering om status knytt til Statsforvaltaren i Vestland sitt tilsyn med habiliteringstenesta for barn og ungdom (HABU) i Helse Bergen HF til styremøtet i april 2023.*	*Temasak: Psykisk helsevern med stor vekt på barn og unge; kunnskapsgrunnlag, behov, kompetanse, samhandling med kommunane*

		• Løypemelding om arbeidet med justerte resultatkrav i HF-a • AD si orientering - Løypemelding arbeidet med tiltaksplan 2035 - Løypemelding strategisk plan for digitale helsetenester • Temasak: Psykisk helsevern	- Lover, forskrifter og myndigheitskrav - Høyringar - Regionale planar under arbeid - Status beredskap • Rapportering frå verksemda • Orientering frå RBU	
2. mai	GARDERMOEN			Styreseminar alle RHF-styra, HOD
14. juni	STAVANGER	• Førebels inntektsfordeling og resultatkrav 2024 • Langtidsbudsjett 2024 – 2028, inkl. overordna risikovurdering knytt til investeringane/byggprosjekta • *Frå styremøte 7. desember (sak 120/22): Styret ønskja ein redgjersle for berekning av pensjonskostnadar og analyse av gjestepasientstraumar og vekst i gjestepasientkostnadar til eit seinare møte.* • Revidert Nasjonalbudsjett 2023 • Tertialrapportering *Styret bad om å få lagt seg føre ein tydelegare tidsplan for når dei ulike delplanane til regional beredskapsplan skal*	• Godkjenning av protokoll • AD si orientering - Tilsynssaker - Lover, forskrifter og myndigheitskrav - Høyringar - Regionale planar under arbeid - Status beredskap • Rapportering frå verksemda • Orientering frå RBU	Presentasjon: ROMLE ved Jon Bolstad Fellesmøte med Regionalt brukarutval *Temasak: Temasak om arbeidet som er gjort og pågår med forsyning, inkludert ansvarsfordeling mellom RHF og HF*

		arbeidast med. Styret er opptekne av å vite kva tid styret skal inn i dei ulike prosessane, og bad om at dette går inn i tidsplanen. Styret bad vidare om å få lagt seg føre ein årleg status for dette arbeidet – enten som ei temasak eller som del av tertialrapport. • Møteplan og årsplan 2024 • Nasjonal rapport – Forsking og innovasjon til pasientens beste • Lånesøknadar frå HF • Revidert tiltaksplan Helse 2035 • Strategisk plan for digitale helsetenester i Helse Vest • Temasak: Forsyning • AD si orientering • Orientering om status kjøp av helsetenester		
5. sept.	STAVANGER			Felles middag med styret i Helse Stavanger HF
6.sept.	STAVANGER	• Halvårleg rapportering på gevinstrealisering på innkjøpsområdet • Årleg fagspesifikk rapport om talet på eigne lærlingar og fagarbeidarar i helseføretaka	• Godkjenning av protokoll • AD si orientering - Tilsynssaker - Lover, forskrifter og myndigheitskrav - Høyringar	Synfaring og fellesmøte med styret i Helse Stavanger HF

			- Regionale planar under arbeid - Status beredskap • Rapportering frå verksemda • Orientering frå RBU	
4. okt.	STAVANGER	• Tertialrapportering • Ortopedi i Fonna regionen (013/23) • Temasak: Orientering om dei felleseigde selskapa og styret sitt ansvar	• Godkjenning av protokoll • AD si orientering - Tilsynssaker - Lover, forskrifter og myndigheitskrav - Høyringar - Regionale planar under arbeid - Status beredskap • Rapportering frå verksemda • Orientering frå RBU	Presentasjon av SAV • *Temasak: Orientering om dei felleseigde selskapa og styret sitt ansvar (059/21) – ev i samband med rapportering tilsynssak ambulansefly (Helse Nord)*
4.okt.	STAVANGER			Styremiddag RHF-styret og HF-styra
5. okt.	STAVANGER			Styreseminar RHF-styret, HF-styra, AD i HF-a og leiar av RBU deltek
1.nov.	STAVANGER	• Temasak om Risikostyring og risikovurdering	• Godkjenning av protokoll • AD si orientering	

			- Tilsynssaker - Lover, forskrifter og myndigheitskrav - Høyringar - Regionale planar under arbeid - Status beredskap • Rapportering frå verksemda • Orientering frå RBU	*Temasak: Risikostyring og risikovurdering, invitere Helsetilsynet*
6.des.	STAVANGER	• Styret si eigenevaluering og vurdering av AD • Regulering av lønn til administrerande direktør • Inntektsfordeling og resultatkrav 2024 • Innspel til Statsbudsjett 2025 • Innspel til Styringsdokument 2024 • *Temasak: Forbetringsarbeid, metodikk og prosedyre*	• Godkjenning av protokoll • AD si orientering - Tilsynssaker - Lover, forskrifter og myndigheitskrav - Høyringar - Regionale planar under arbeid - Status beredskap • Rapportering frå verksemda • Orientering frå RBU	*Temasak: Forbetringsarbeid, metodikk og prosedyre*

Tertialrapportering – Innspel frå styret:

- Til rapporteringa på kvalitetsindikatorane ønskja styret å ha fokus å lære av dei som har klart å nå måla på område der Helse Vest eller eit helseføretak har svake resultat.
- Rapportering på etterleving av Regional plan for habilitering og rehabilitering
- Internrevisjonen sin rapport om tvang i psykisk helsevern – Løypemelding på resultat i forbetringsarbeidet

- Riksrevisjonen si undersøking av psykiske helsetenester – rapportering på plan for oppfølging av tiltak
- Avansert oppgåveplanlegging – Sentrale KPI-ar
- Tilbakemelding på korleis prioritering av psykisk helsevern og TSB går 15/2-22
- Til neste gjennomgang av handlingsplan for sikkerheitspsykiatri ønskja styret ein orientering om samansetting av bemanning innanfor sikkerheitspsykiatrien, inkludert omfanget av ufaglærte. Styret ønskja også ei vurdering av om omfanget av vald og truslar i relasjon til medarbeidarane sin kompetanse. 23/3.22
- Orientering om dei felleseigde selskapa og styret sitt ansvar (059/21)
- Styret bad om å få lagt seg føre ein tydelegare tidsplan for når dei ulike delplanane til regional beredskapsplan skal arbeidast med. Styret er opptekne av å vite kva tid styret skal inn i dei ulike prosessane, og bad om at dette går inn i tidsplanen. Styret bad vidare om å få lagt seg føre ein årleg status for dette arbeidet – enten som ei temasak eller som del av tertialrapport.(012/23)

Til neste revisjon av «Rammeverk for verksemdsstyring i Helse Vest»: bør ein sjå på om trelinjemodellen for verksemdsstyring bør omtalast, samt vurdere om internrevisjonen bør skifte namn til konsernrevisjon (23/3-22)

I 2024 blir det fellesmøte med Helse Førde og Helse Bergen.

Forslag til tema på styreseminar/styremøte:

- Temasak om rekruttering: Ev invitere leiar av Helsepersonellkommisjonen Gunnar Bovim, februar 2023
- Temasak om psykisk helsevern med stor vekt på barn og unge; kunnskapsgrunnlag, behov, kompetanse, samhandling med kommunane (15/2-22), april 2023
- Temasak om arbeidet som er gjort og pågår med forsyning, inkludert ansvarsfordeling mellom RHF og HF (15/2-22), juni 2023
- Orientering om dei felleseigde selskapa og styret sitt ansvar (059/21) – ev i samband med rapportering tilsynssak ambulansefly (Helse Nord), oktober 2023
- Temasak om Risikostyring og risikovurdering, invitere Helsetilsynet (076/20 pkt. 5), november 2023
- Forbetringsarbeid, metodikk og prosedyre, desember 2023

10.03.2023

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	**Helse Vest RHF**
DATO:	05.03 .2023
FRÅ:	Administrerande direktør
SAKSHANDSAMAR:	Torunn Nilsen
SAKA GJELD:	**Administrerande direktør si orientering**
ARKIVSAK:	2023/130
STYRESAK:	**024/23**
STYREMØTE:	**22.03. 2023**

FORSLAG TIL VEDTAK
Styret tek meldingane til orientering.

1. **Rapportering tilsynssaker**
- Notat ligg ved

2. **Orientering om relevante lover, forskrifter og myndigheitskrav**
- Notat ligg ved

3. **Oversikt over aktuelle høyringar**
- Notat ligg ved

4. **Regionale planar under arbeid**
- Notat ligg ved

5. **Status beredskap**
   Orientering i møtet

6. **Arbeidsmiljøutvalet (AMU) årsrapport – 2022**
   Notat ligg ved

7. **Kunngjering av val av styremedlemmer valt av og blant dei tilsette**
   Notat ligg ved

8. **Utvikling bemanning**
   Notat ligg ved

HELSE VEST

9. Høyring helsepersonellkommisjonen

Orientering i møte

STYRESAK 024/23 Administrerande direktør si orientering pkt. 1
OVERSIKT OVER TILSYNSSAKER I HELSE VEST[1]:
OVERSIKT OVER STATUS I TILSYNSSAKER SOM ER GJENNOMFØRTE, ELLER SOM IKKJE ER AVSLUTTA I PERIODEN.

Nytt sidan førre rapportering: **Ingen nye tilsyn siden førre rapportering.**

Tilsynssaker under arbeid:

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
Statens helsetilsyn	Helse Bergen HF	Statens helsetilsyn gjennomførte tilsyn med Helse Bergen med tema handtering av celler og vev.	**Det blei avdekka eitt avvik:** *"Ledelsen ved Helse Bergen HF har mangelfull oversikt over humane celler og vev som benyttes i pasientbehandlingen. Helseforetaket håndterer bindevevshinner uten å sikre at gjeldene regelverk etterleves, og uten godkjenning for denne aktiviteten. Helseforetaket sikrer heller ikke at vesentlige endringer og årsrapporter blir sendt inn for alle områdene. Mangelfull oppfølging fra ledelsen kan ha medført redusert pasientsikkerhet ved donasjon og mottak av humane celler og vev."*	Helse Bergen hadde ingen merknadar til førebels rapport og ventar på den endelege rapporten frå Helsetilsynet.
Statens helsetilsyn	Helse Bergen HF	Statsforvaltaren i Vestland har oppretta tilsynssak knytt til NORWAIT-studien.	**Helsetilsynets avgjerd i saka:** *«Statens helsetilsyn har kommet til at Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus har brutt --kravet til forsvarlighet i medisinsk og helsefaglig forskning og kravet om internkontroll, jf. helseforskningsloven §§ 5 og 6 og tilhørende forskrift §§ 3-5 i forbindelse med forskningsprosjektet «Watch and wait – ved komplett klinisk respons etter neoadjuvant stråling for endetarmskreft» (Norwait-studien).*	Helse Bergen HF jobbar med å svare ut saka.

[1] Rapporten omhandlar berre dei mest alvorlege sakene der avvika fører til direkte fare for liv og helse. Andre tilsyn (og avvik av ulik grad) er ikkje inkludert her.

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
			Statens helsetilsyn har funnet det nødvendig å pålegge stansing av Norwait-studien ved Helse Bergen HF, jf. helseforskningsloven § 51. Videre pålegger vi Helse Bergen HF å slette personopplysninger som er innhentet i forbindelse med forsknings-prosjektet og å tilby pasientene som er inkludert i forskningsprosjektet en ny, ekstern vurdering. Helsetilsynet har konkludert med at *«Helse Bergen ikke har fulgt opp lokal studieleder/ prosjektmedarbeider og gjennomføringen av prosjektet slik regelverket tilsier. Pasienter er inkludert i strid med godkjent forskningsprotokoll, og forskningen har vært uforsvarlig».* Helse Bergen må difor - setje i verk tiltak for å sikre at pågåande og framtidige forskingsprosjekt blir forsvarleg organisert, gjennomført og følgd opp i samsvar med regelverk om helseforskning. Helsetilsynet har bedd føretaket gjere greie for kva tiltak dei har satt i verk for å sikre dette. - sende inn nye rutinar/skriftlege retningslinjer som er innført i føretaket for å sikre nemnte formål, og dokumentasjon som visar korleis desse blir innført i føretaket. - gå gjennom alle forskingsprosjekt som for tida gjennomførast ved Kirurgisk klinikk og gjere greie for om føretaket følgjar forskningsprotokollen og forhandsgodkjenning/vilkår frå REK. - gjere greie for korleis føretaket følgjar med på at leiarar som er delegert oppgåva med oppfølging av forskingsprosjekt (nivå 2-leiarar) gjennomfører oppgåva. For meir informasjon om saka, sjå her.	

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
	Helse Stavanger HF	Statsforvaltaren i Vestland har oppretta tilsynssak knytt til NORWAIT-studien.	**Helsetilsynets avgjerd i saka:** *«Statens helsetilsyn har kommet til at Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssjukehus har brutt --kravet til forsvarlighet i medisinsk og helsefaglig forskning og kravet om internkontroll, jf. helseforskningsloven §§ 5 og 6 og tilhørende forskrift §§ 3-5 i forbindelse med forskningsprosjektet «Watch and wait – ved komplett klinisk respons etter neoadjuvant stråling for endetarmskreft» (Norwait-studien).* **Statens helsetilsyn har konkludert med følgjande:** *«Denne saken har vist at helseforetaket ikke har ivaretatt sitt ansvar som koordinerende forskningsansvarlig og ikke har fulgt opp prosjektleder og gjennomføringen av studien slik regelverket tilsier. Saken har også vist at Helse Stavanger mangler et system for å følge med på gjennomføringen av multisenterstudier som virksomheten har ansvar for eller er involvert i.»* Helsetilsynet har difor bedd Helse Stavanger om å sende inn opplysningar om - føretakets involvering i andre multisenterstudiar - korleis føretaket skal sikre at nåverande og framtidige multisenterstudiar blir forsvarleg organisert, følgt opp og gjennomført i samsvar med regelverk om helseforskning - nye rutinar/skriftlege retningslinjer som visar korleis føretaket skal sikre at det ovannemnte blir innført i føretaket For meir informasjon om saka, sjå her. Helsetilsynet gjennomførte i tillegg tilsyn med prosjektleiar for studien, sjå her for meir informasjon. Saka mot prosjektleiar er avslutta.	Helse Stavanger HF jobbar med å svare ut saka.

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
Arbeidstilsynet	Helse Stavanger HF	Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved Klinikk psykisk helsevern vaksne, Avdeling for akutt- og intensiv psykiatri, sengepost AMC2 med tema: - Gjennomgang av ulykkeshending. - Systematisk HMS-arbeid (kartlegging, risikovurdering, handlingsplan, rutinar, rapportering og avvikshandtering) knytt til forhold i arbeidet som kan bidra til psykiske plager. - Informasjon og opplæring knytt til risikoforhold i arbeidet.	**Føretaket har motteke to varslar om pålegg:** 1. Arbeidsgivar skal kartleggje årsakar til arbeidsulykka. På bakgrunn av kartlegginga skal arbeidsgivar vurdere risikoen for at slike ulykker kan skje igjen og setje i verk tiltak og/eller utarbeide plan for å redusere mogelegheita for at dette kan skje. 2. Arbeidsgivar må forbetre verksemdas kartlegging og risikovurdering ved arbeidssituasjonar som kan gjere at arbeidstakar blir utsatt for vald, trussel om vald og uheldige belastningar som følge av kontakt med andre. På denne bakgrunn skal arbeidsgivar lage planer og setje i verk tiltak for å redusere risikoen. Arbeidsgivar skal gjere dette i samarbeid med arbeidstakarane, verneombod og tillitsvalte.	**Tilbakemelding frå Helse Stavanger på varsel nr 1:** «*Avd. Akutt og intensiv er av den oppfatning at det er gjennomført og dokumentert en granskning av ulykken og har ettersendt dokumentasjon i saken som synliggjør dette. En tenker pålegg 1 må korrigeres i endelig rapport*.» Einingas risikovurdering skal revideras og utpekte risikoar skal leggas til. Avdelinga samarbeider med bedriftshelsetenesta om forbetring av føretakets risikovurderingesskjema, slik at Arbeidstilsynet sine krav blir synleggjort på ein betre måte ovanfor arbeidsgivar. Saken er meldt til lokalt arbeidsmiljøutval for gjennomgang den 08.11.22 og vil bli følgt opp i alle klinikkens avdelingar i etterkant. Helse Stavanger har utarbeida ein rapport med gjennomgang og gransking av hendinga. Dei ventar no på tilbakemelding frå Arbeidstilsynet.
Arbeidstilsynet	Helse Stavanger HF	Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved Klinikk psykisk helsevern vaksne, Sandnes DPS Varatun sengepost med tema vald, truslar om vald og uheldige belastningar - kartlegging, risikovurdering, tiltak og plan.	**Føretaket har motteke eitt varsel om pålegg:** Arbeidsgivar må forbetre verksemdas kartlegging og risikovurdering ved arbeidsstasjonar som kan føre til at arbeidstakar blir utsatt for vald, trussel om vald og uheldige belastningar som følge av kontakt med andre. På denne bakgrunn skal arbeidsgivar utarbeide planer og setje i verk tiltak for å redusere risikoen. Arbeidsgivar skal gjøre dette i samarbeid med arbeidstakarane, verneombod og tillitsvalte.	Einingas risikovurdering skal revideras og utpekte risikoar skal leggas til. Avdelinga samarbeider med bedriftshelsetenesta om forbetring av føretakets risikovurderingesskjema, slik at Arbeidstilsynet sine krav blir synleggjort på ein betre måte ovanfor arbeidsgivar. Saken er meldt til lokalt arbeidsmiljøutval for gjennomgang den 08.11.22 og vil bli følgt opp i alle klinikkens avdelingar i etterkant.

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
				Arbeidstilsynet har basert på tilsvar frå Sandnes DPS vurdert at vilkåret for pålegget ikkje er oppfylt og har difor gitt utsetting av frist til 17.03.23. Sandnes DPS skal ha ein breiare gjennomgang av saka samen med HMS-sjef før dei på nytt svarar ut tilsynet.
Statens helsetilsyn	Helse Fonna HF	Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn med bruk av IKT-system med legemiddelinformasjon.	**Tilsynets konklusjon:** 1. *«Helse Fonna har ikke i tilstrekkelig grad hatt oversikt over risiko for svikt ved innføring av KULE-prosjektet. Dette kan ha medført risiko for at behandlende personell ikke har hatt tilgang til fullstendige, nøyaktige og gyldige opplysninger om legemiddelbehandling, som kan ha medført økt risiko for feilmedisinering.* 2. *Helseforetakets rutiner for avvikshåndtering understøtter ikke i tilstrekkelig grad kvalitetsforbedring av IKT-systemer for legemiddelinformasjon. Bruk av avvikssystemet til læring og kontinuerlig forbedring er viktig, og kan bidra til å identifisere områder med høy risiko også andre steder i organisasjonen, og ut over menneskelige faktorer.* 3. *Samlet sett er helseforetakets rutiner for avvikshåndtering og identifisering av risiko ikke i tilstrekkelig grad egnet til å sikre forsvarlig legemiddelbehandling, hverken ved innføring eller endring av eksisterende systemer, eller i prosessen med kontinuerlig kvalitetsforbedring. Helsetilsynet har derfor også konkludert med at helseforetaket ikke har oppfylt sin plikt til å tilby forsvarlige helsetjenester ved legemiddelbehandling».* Sjå tilsynsrapporten for meir informasjon.	Helse Fonna sendte inn tilbakemelding 27.10.2022: Det er utarbeida handlingsplan med tiltak, tidsfristar og kven som er ansvarleg for oppfølging av tiltaka. Det er avtalt statusmøte i mars 2023.

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
Statens helsetilsyn	Helse Stavanger HF	Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin for å undersøkje korleis dei handterer tapping av blod, testing (inkludert virusscreening), prosessering, oppbevaring, frigivelse av blod og blodkompo-nenter til transfusjon og fraksjonering, samt kvalitetsstyrings-systemet.	**Tilsynet avdekka eitt avvik:** *«Helse Stavanger har ikke tilstrekkelig kontroll med at nødvendig vedlikehold av frysere for oppbevaring av humant beinvev og amnionhinneprodukter blir utført. Manglende oppfølging av at kritisk utstyr blir vedlikeholdt kan over tid gi økt risiko for at humant materiale blir oppbevart under betingelser som ikke er egnet for å opprettholde god nok kvalitet.»* Sjå tilsynsrapporten for meir informasjon.	Etter førespurnad frå Helsetilsynet har Helse Stavanger har sendt inn ytterlegare opplysningar i saka og ventar no på tilbakemelding.
Statsforvaltaren i Vestland	Helse Fonna HF	Statsforvaltaren i Vestland har gjennomført tilsyn med Habiliteringsavdelinga for barn og ungdom. Dei har undersøkt om helseføretaket sørgjer for barn og unge under 18 år som vert tilviste med spørsmål om ulike grader av utviklingshemming og eller bruk av tvang, får trygge og gode tenestar.	**Konklusjon:** *«Barn med utviklingshemming som er fagleg vurderte til å ha behov for (ny) kognitiv utgreiing i Habiliteringstenesta for barn og unge, ventar langt ut over førespegla tid for inntak. Ved tilsynet kunne ingen opplyse kva tid barna vil få tilbod. Det ligg ikkje føre plan for når barna vert tekne inn til utgreiing. Helse Fonna HF sikrar difor ikkje at barna får hjelp til rett tid».* Sjå tilsynsrapporten for meir informasjon.	Helse Fonna HF jobbar med å svare ut saka. Frist for tilbakemelding er 20.10.22. **Følgjande konkrete tiltak er sett i verk i tenesta:** Det er utarbeida ein lokal opptrappingsplan med konkrete tiltak og mål for korleis tenesta skal styrkast. Følgjande tiltak er satt i verk for å redusere fristbrot og ventetider: Det er tilsett nye 2,5 stilling fast ved HABU: -Pedagog 100% -Psyk.spesialist 50% -Ergoterapeut 100% Det er tilsett ytterleg ca. 1 stilling vikar ved HABU. Det er også tilsett 1 vikarstilling ved HAVO. Helse Fonna HF mottok brev frå Statsforvaltaren datert 19.10.2022 med

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
				oppfølgingsspørsmål og krav om kvartalsvis rapportering av utviklinga frå og med desember 2022. Tilsynet vert ikkje avslutta før det er dokumentert endring som varer over tid.
Statsforvaltaren i Vestland	Helse Bergen HF	Statsforvaltaren i Vestland har gjennomført tilsyn med Habiliterings-tenesta for barn og ungdom (HABU). Dei har undersøkt om helseføretaket sørgjer for barn og unge under 18 år som vert tilviste med spørsmål om ulike grader av utviklingshemming og eller bruk av tvang, får helsehjelp i samsvar med aktuelle lovkrav.	**Statsforvaltaren peiker på følgjande:** **«***Helse Bergen driv med ein for høg risiko for svikt ved at barn med utviklingshemming som er vurderte til å ha behov for (ny) utgreiing /vurdering i Habiliteringstenesta for barn og ungdom ventar langt ut over førespegla tid for inntak. Det er også uvisst kva tid dei vil få.* *<u>Dette er brot på</u>:* *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4 a.* *Kjent sårbarheit i verksemda i Habiliteringstenesta for barn og ungdom er ikkje følgd opp med tilstrekkelege korrigerande tiltak. Forseinka utgreiing og oppfølging av barn og unge med langvarige og samansette behov innverkar på pasienttryggleiken og kan innebere at behandling og eigna tiltak ikkje vert sett inn i tide*». **Oppfølging**: Tilsynet omfattar ein avgrensa del verksemda i HABU. Statsforvaltaren tilrår at Helse Bergen gjer ei vurdering av den samla verksemda i HABU for å identifisere bakanfor-liggande forhold som medverkar til høg risiko for svikt i pasientretta verksemd, under dette ventetid på helsehjelp som avdekt ved tilsynet. Tilsynsrapporten ligg <u>her</u>.	I brev av 12.09.22 etterspurde Statsforvaltaren ytterlegare informasjon om: - eventuelt andre konkrete tiltak ut over styrking av bemanning - ei konkretisering av kva indikatorar/målepunkt som de vil bruke for følgje med på at tiltaka verkar over tid Statsforvaltaren etterspurde også talet på barn og unge i målgruppa som per 1. september 2022 ventar på utgreiing eller ny vurdering, kor mange som vil kome til innan oppgitt tid, kor mange som ikkje kjem til innan oppgitt tid, og kor lenge dei kjem til å vente. HABU i Helse Bergen opplyste i svar datert 03.10.22 at dei følgjer systematisk opp ventelister, og prioriterer både nye tilviste og ventande etter grad av alvor, nytte og ressursbruk. Ventande pasientar: - 32 pasientar har ikkje fått time innan førespegla tid. - 5 av desse er prioriterte pga. skulestartalder: vil få time 4-9 månader etter førespegla tid. - 27 av desse er 7-16 år gamle: vil få time 4-12 månader etter førespegla tid.

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
				Andre tiltak ut over rekruttering: Kortsiktige tiltak: - Overtidsarbeid for eksisterande psykologar i ein avgrensa periode (sjå til avtale PBU?). - Mellombels tilsetting av psykolog for å ta unna utgreiingar (ligg allereie planlagt i opptrappingsplan). - Tydeliggjere kriterium for inntak til utgreiing, både internt og eksternt. Langsiktige tiltak: - Ta sikte på at ein har psykolog i spesialisering heile tida (rullerende, praksisperiodar), "utdanningsstilling". I brev frå Helse Bergen av 30.11.2022 gjer føretaket greie for ventelista for målgruppa per 01.12.2022: - 22 pasientar har ikkje fått tildelt time til utgreiing innan førespegla tid (gjeld samla for førstegongsklassifisering og reklassifisering av utviklingshemming og nevropsykologisk kartlegging). - Alle må vente 8-12 månader ut over førespegla tid. Tiltak som er sett i verk: - Det er tilsett ein logoped og to psykologar som tiltrer i januar-mars 2023. - Det vert jobba med å gjere kriterier for inntak til utgreiing tydelegare, og det er innført internt inntaksteam for utgreiingar. I brev frå Statsforvaltaren av 20.12.2022 kommenterer dei at førre statusrapport viser lang ventetid. Statsforvaltaren

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
				etterspurde ny statusrapport innan 01.03.23, inkludert opplysningar om avdelinga byrjar å sjå effekt av tiltaka. Det vert òg bede om følgjande opplysningar: - om barn på venteliste vert tekne inn etter fristdato eller om de gjer andre prioriteringar, i tilfelle korleis - om de tilbyr eventuelle kompenserande tiltak til barnet/familien og eller til kommunale tenester i påvente av inntak - kva informasjon som er gitt internt og eksternt om kriterium for inntak til utgreiing
Statens Helsetilsyn	Helse Bergen HF	Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn ved Blodbanken med tema handtering av blod og blodkomponentar.	**Avvik:** Helseføretaket har ikkje i tilstrekkeleg grad følgd opp at forbetringstiltaka frå 2017/2018 har fungert etter føremålet. Manglande iverksetjing og oppfølging av tiltak kan ha ført til at pasienttryggleiken ved transfusjon ikkje er forbetra som tenkt. ("Stort avvik": Ikkje kritisk, men gjev indirekte risiko). **Merknad:** Helseføretaket kan bidra til auka pasienttryggleik ved transfusjon utanfor sjukehus ved å inkludere tilbod om rettleiing og opplæring i avtalane. Tilsynsrapporten ligg her.	Helse Bergen jobbar med å svare ut saka og har i brev av 31.10.2022 gjort greie for at tiltak frå 2017/18 fungerer etter hensikta: 1. Faste målingar 2x/år over kor mange som har oppnådd kompetansekravet innan transfusjon. Målingane vert presentert for N2/3-møtet. 2. Forbetring av kurset: (1) styrande dokumentasjon om identifisering av pasient og praktisk transfusjon, (2) gjennomføring av test. Helse Bergen sendte inn presentasjon av status for oppfølging av avviket og gjennomgang av tiltaka til Helsetilsynet 13.01.23.
Statens legemiddelverk	Helse Bergen HF	Statens legemiddelverk har gjennomført tilsyn ved Avdeling for immunologi og	**Statens legemiddelverk fant desse avvika:** *(Avvikskategoriar: kritiske avvik [K], store avvik [S] og andre avvik [A]).*	Helse Bergen har utarbeida og gjennomført ein rekkje tiltak for å lukke avvika. Statens legemiddelverk er orientert om tiltaka i brev av 04.11.2022.

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
		transfusjonsmedisin for å undersøkje korleis dei handterer tapping av blod, testing (inkludert virusscreening), prosessering, oppbevaring, frigivelse av blod og blodkompo-nenter til transfusjon og fraksjonering, samt kvalitetsstyrings-systemet.	Kvalitetsstyringssystem: 1. Kvalitetsstyringssystemet har einskilde manglar og er tidvis mangelfullt implementert. [A] 2. Dokumentasjon av vedlikehald og reinhold er tidvis mangelfull [A] Personell: 3. Dokumentasjon på medarbeidaranes opplæring er stadvis mangelfull [A] Tilverking: 4. Statistisk prosesskontroll av blodkomponentane blir ikkje evaluert i samsvar med eigen prosedyre. [S]	Tiltaka er sakshandsama i Synergi. Alle avvika vert oppfatta som lukka.
Statens helsetilsyn	Dei regionale helse-føretaka	Tilsyn med ambulanseflytenesta - Undersøking av om befolkninga i Nord-Noreg får forsvarlege ambulanseflyteenester	**Helsetilsynet sin konklusjon:** «Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp har fått forsinket transport til forsvarlig behandlingssted, og faktorer innenfor tjenestens kontroll har bidratt til forsinkelsene. De regionale helseforetakene har dermed ikke sørget for at pasienter i Nord-Norge med behov for øyeblikkelig hjelp tilbys forsvarlige og koordinerte ambulanseflytjenester. Tilsynet har videre avdekket at de regionale helseforetakene ikke har oppfylt sitt ansvar for tilrettelegging og styring av ambulanseflytjenestens aktiviteter. Svikten gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere ambulanseflytjenesten. Det foreligger etter dette brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a, 2-1 e, 2-2, 3-1 og 3-4 a, jf. helseforetaksloven § 2a, akuttmedisinforskriften §§ 1, 4 og 10 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9. De regionale helseforetakene har ansvar for at luftambulansetjenesten forvaltes som en nasjonal tjeneste og at ambulansetjenestene i nødvendig grad er samordnet nasjonalt. Lovbruddet omfatter derfor alle de	Helsetilsynet har hjulpet Helse Nord RHF, helseføretaka i Nord-Norge og LAT HF i deira arbeid med oppfølging av tilsynet gjennom skriftleg dialog og faste møter. Helsetilsynet har bedd om månadleg rapportering av status for alle akuttoppdrag og særleg for pasientar med tidskritiske tilstandar. I brev datert 12.05.22 (sjå vedlegg 2) skriver Helsetilsynet mellom anna: «*Selv om Helse Nord RHF sammen med andre aktører har fått til forbedring på flere områder og har etablert et kvalitetsutvalg på tvers av foretakene, viser dataene samlet sett at det fra pasientenes ståsted fremdeles er risiko for forsinket transport som kan utfordre kravet til forsvarlig helsehjelp*.» Helsetilsynet har bedd om eit nytt møte med Helse Nord RHF og Helse Midt RHF der dei ber om at Helse Nord RHF gjer greie for vidare framdrift i lukking av avvika.

MYNDIGHETSORGAN (KVEN SOM UTFØRER TILSYNET)	HELSE-FØRETAK	OMRÅDE OG TEMA FOR TILSYNET	HAR RAPPORTEN DOKUMENTERT AVVIK?	STATUS I SAKA OG FRIST FOR Å LUKKE AVVIKET
			regionale helseforetakene, selv om dette tilsynet spesifikt har undersøkt ambulanseflytjenestene som ytes i Nord Norge.» For meir informasjon om tilsynet, sjå tilsynsrapport og nyheitssak ifrå Helsetilsynet.	Helse Nord RHF har gjennomført nye møter med helsetilsynet i juni og august. Saka har vore til behandling i nasjonalt AD-møte. Helse Nord har (på vegne av alle regionane) sendt inn ein utgreiing av tiltak for å lukke avvika.

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 06.03.2023
FRÅ: Administrerande direktør
SAKSHANDSAMAR: Ann-Elin Djuvik Kro
SAKA GJELD: **Orientering om lover, forskrifter og myndigheitskrav i perioden 26.01.2023 - 06.03.2023023**

ARKIVSAK: 2023/82
STYRESAK: **024/24**

STYREMØTE: **22.03. 2023**

Administrerande direktør si orientering pkt. 2

Oversikt over aktuelle lover i perioden 27.01.23 – 06.03.23

Lov	**Dato for kunngjering**	**Kva lova/lovendringa gjeld**
Helseberedskapslova LOV-2000-06-23-56	10.02.23	Fullmaktene i helseberedskapslova § 5-2 blir gitt vidare verknad frå og med 15. februar 2023 til og med 14. mars 2023.
Folketrygdlova LOV-1997-02-28-19 Pasient- og brukarrettslova LOV-1999-07-02-63 Helsepersonellova LOV-1999-07-02-64 Pasientskadelova LOV-2001-06-15-53	03.03.23	Endringslov av 3. mars 2023 nr. 2 om endringar i helselovgivinga. Endringane er knytt til blant anna organisering av klagenemndene og behandling av personopplysingar i pasientskadesaker. ***Lov om endringer i helselovgivningen (organisering av klagenemndene, behandling av personopplysninger i pasientskadesaker m.m.) - Lovdata***

Oversikt over aktuelle nye forskrifter og forskriftsendringar i perioden 27.01.23 – 06.03.23

Forskrift	**Dato for kunngjering**	**Kva saka gjeld**
Forskrift om gebyr ved behandling av søknad om autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning og godkjenning av etterutdanning for spesialistar. (FOR-2023-02-09-190)	14.02.23	Formålet med denne forskrifta er å fastsette gebyr til dekning av kostnader i samband med Helsedirektoratet sitt arbeid med behandling av søknad om autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning, og godkjenning av etterutdanning av spesialistar i allmennmedisin, jf. helsepersonellova § 51 og § 53. Gebyr skal betalast til Helsedirektoratet ved innsending av søknad. Forskrifta er gjeldande frå 1. mars 2023 ***Forskrift om gebyr ved behandling av søknad om autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning og godkjenning av etterutdanning for spesialister - Lovdata***

Oversikt over andre myndigheitskrav frå Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 27.01.23 – 06.03.23

Myndigheitskrav	**Dato**	**Kva saka gjeld**
Føretaksmøte i Helse Vest RHF	17.02.23	Det ble den 17. februar 2023 gjennomført føretaksmøte i Helse Vest RHF. Det var ei sak til behandling. Saka gjaldt den økonomiske situasjonen. Sjå eiga styresak.

HELSE VEST

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 06.03.2023
FRÅ: Administrerande direktør
SAKSHANDSAMAR: Ingvild Braut
SAKA GJELD: **Oversikt over høyringar**

ARKIVSAK: 2023/75
STYRESAK: **024/23**

STYREMØTE: **22.03.2023**

Administrerande direktør si orientering pkt. 3

Oversikt over aktuelle høyringar per 06.03.2023

Høyringsinstans	Sakstittel	Motteke dato	Info om prosess	Høyringsfrist
Helse- og omsorgsdepartementet	Høyring - Forslag til endringar i reglane i bioteknologilova for preimplantasjonsdiagnostikk (PGD) og forbod mot genetisk testing av barn utanfor helsetenesta	28.02.2023	Vi koordinerer eit felles innspel i samarbeid med helseføretaka.	31.05.2023

Høyringsinstans	Sakstittel	Motteke dato	Info om prosess	Høyringsfrist
Helse- og omsorgsdepartementet	Høyring - Rapport frå ekspertgruppe som har vurdert akkreditering av universitet	21.02.2023	Vi førebur ei høyringsuttale.	03.05.2023
Helsedirektoratet	Høyring - Endringar i læringsmål i spesialistutdanninga for legar	15.02.2023	Koordinerer innspel med RegUt.	02.05.2023
Helse- og omsorgsdepartementet	Høyring - Endringar i smittevernlova (isolering og smittekarantene) og helseberedskapslova (medisinsk utstyr)	03.02.2023	Bedt om eventuelle innspel frå helseføretaka. Vi koordinerer eit høyringssvar.	11.04.2023
Helse- og omsorgsdepartementet	Høyring - Helsepersonellkommisjonens NOU 2023:4 Tid for handling - Personellet i ein berekraftig helse- og omsorgsteneste	02.02.2023	Vi koordinerer eit felles innspel i samarbeid med helseføretaka.	02.05.2023

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 06.03.2023
FRÅ: Administrerande direktør
SAKSHANDSAMAR: Brita Mauritzen Næss
SAKA GJELD: **Oversikt over regionale planar under arbeid mars 2023**

ARKIVSAK: 2023/122
STYRESAK: **024/23**

STYREMØTE: **22.03.2023**

Administrerande direktør si orientering pkt. 4

Styret i Helse Vest RHF bad i møtet den 07.09.17 om å få oversikt over regionale planar som er under arbeid eller revidering. Det er ingen planar under arbeid eller revidering p.t.

Arbeidsmiljøutvalet (AMU) årsrapport – 2022

Bakgrunn

Meir om AMU og VO i Forskrift om organisering, leiing og medverknad, kapittel 3, § 3-7 og arbeidsmiljølova kapittel 6, §§ 6-1 til 6-5.

Samansetting 2022

Siri Tjessem Fjælberg	verneombod
Guro Ringen Rana	vara verneombod
Kristian Bernhoff Frafjord	Arbeidstakarrepresentant (til 1.10.22)
Thomas Dag Iversen	vara arbeidstakarrepresentant
Brita Mauritzen Næss	arbeidstakarrepresentant
Maren Stapnes Ege	vara arbeidstakarrepresentant
Jan Erik Lorentzen	arbeidsgivarrepresentant
Baard-Christian Schem	vara arbeidsgivarrepresentant (til 1.8.22)
Hilde Christiansen	arbeidsgivarrepresentant
Bente Aae	vara arbeidsgivarrepresentant
Inger Cathrine Bryne	arbeidsgivarrepresentant
Ivar Eriksen	vara arbeidsgivarrepresentant

Gina B. Holsen har vore sekretær gjennom heile perioden.

Møter og saker i perioden

Det har vore 4 møte i 2022. Godkjenning av referat er fast sak på agendaen, og godkjende referat blir sende medlemmane og arkiverte. Innkalling og referat er tilgjengelege for alle medarbeidarane i Elements (arkivsystem).

Hovudpunkt i AMU sitt arbeid i 2022 har vore:

Faste saker

- HMS-handlingsplan
- årshjul
- sjukefråværsstatistikk i Helse Vest RHF
- medarbeidarundersøkinga ForBetring

Andre saker

OU-prosjektet «Vår nye arbeidsplass».

Helse Vest RHF flyttar frå Forus til nye kontorlokale i K8, Knud Holms gate 8, i Stavanger sentrum. Det har vore nokre prosessar i samanheng med førebuing til flyttinga som felles ryddedag, testing av arbeidsform, gjennomgang av kontormøblar mm. På fagdagen 9. november, for alle medarbeidarar, var konsulentar for oppdraget inviterte og dei presenterte fargeval, tekstilval mm. Flyttedato er 28. november 2023. Arbeidsplassløysing i K8 skal vere ei aktivitetsbasert skjerma løysing.

Microsoft 365

Innan utgangen av 2023 skal heile føretaksgruppa i Helse Vest, private ideelle og andre med driftsavtale med Helse Vest IKT, ta i bruk Microsoft 365. I praksis betyr det at vi skal ta i bruk og bruke fleire løysingar i Microsoft 365, og avvikle for eksempel lagring av dokument på F-disken (felles lagringsdisk på server). Vi vil få ein heilt ny plattform - skyløysing - for kontorstøtte, kommunikasjon, deling og digitalt samarbeid. Prosjekteigar for «Innføring av M365» er direktør for medarbeidar, organisasjon og teknologi.

Microsoft-løysingane vi har i dag blir erstatta av Microsoft 365. Det gjer det mogleg for oss å tilby alle medarbeidarar i Helse Vest tidsriktige, trygge og sikre løysingar for digitalt samarbeid, som er tilgjengelege uavhengig av om vi er til stade på arbeidsplassen eller ei.

Framdriftsplan
Overordna framdriftsplan for regionalt innføringsprosjekt hausten 2022:

- Helse Vest IKT klargjer den tekniske plattforma
- Helse Vest IKT testar ut M365 for alle sine medarbeidarar
- Lokale innføringsprosjekt startar opp
- Helse Vest IKT evaluerer testperioden og justerer styrande dokumentasjon
- Regionalt prosjekt utarbeider planar for opplæring og organisasjonsutvikling, SharePoint oppgradering (inkludert etablering av nye intranett) og kommunikasjon i M365. Det skal jobbast med gevinstrealisering og dokumenthandtering og alle andre planar knytte til overgangen det er å ta i bruk M365. Heile innføringsprosjektet skal vere gjennomført i løpet av 2023.

Alle avdelingar har hatt éin eller to representantar med i arbeidet.

Heimekontor, hybrid eller tilstade

I tråd med Arbeidsmiljølova (AML) §10-2(3) tilbyr Helse Vest RHF medarbeidarane fleksibel arbeidstid. Det er viktig for leiinga å understreke at arbeidsplassen er ein viktig, felles arena, og leiinga ønskjer at arbeidsplassen skal vere den gode arenaen for samarbeid, samspel og liknande.

Etter pandemien har det vore ekstra merksemd på å vere til stades. Vi har framleis fleksibel arbeidstid, fysisk tilrettelegging, utstyr og trivsel for heimekontor. Det er vedteke at alle medarbeidarar kan ha inntil ein dag heimekontor i veka, med unntak av resepsjonen (som er til stades kvar dag), men at det er venta at ein stiller fysisk i allmøte og avdelingsmøte.

Fagdag for alle medarbeidarar blei gjennomført 9. november med gode tilbakemeldingar og engasjement.

Gjennomførte kartleggingar

- Kartlegging av psykososialt arbeidsmiljø – ForBetring 2022

Godkjent av AMU 21.03.2023

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 07.03.2023
FRÅ: Administrerande direktør
SAKSHANDSAMAR: Bjørn Ivar Bø
SAKA GJELD: **Kunngjering av val av styremedlemmer valt av og blant dei tilsette til styret i Helse Vest RHF**

ARKIVSAK: 2019/5103
STYRESAK: **024/23**

STYREMØTE: **22.03.2023**

Administrerande direktør si orientering pkt. 7

Valstyre blei oppnemnd av styret i Helse Vest RHF i møte den 2. november 2022, og har hatt følgjande samansetting:

Leiar: Toril Østvold, konserntillitsvald for SAN
Nestleiar: Oddvin Næsse, konserntillitsvald for YS
Medlem: Bjørn Ivar Bø, Rådgivar

Valstyret har fastsett valdagen til den 22. februar 2023. Valstyret har vedtatt at alle kunngjeringar om valet vil skje elektronisk. Dersom det blir fleirtalsval eller det kjem inn meir enn ei liste i samband med forholdstalsval, skal sjølve valet vere hemmeleg og skriftleg, og vil skje ved postsending slik som før. Dersom det berre kjem inn ei liste i samband med forholdstalsval, blir dei kandidatane som er kandidatar på denne eine lista valde utan at det blir gjennomført avstemming på lister. Når det er ei liste, er det dei som blir vald.

Frist for å komme med krav om forholdstalsval var 11. januar 2023. Valstyret mottok krav om forholdstalsval innan fristen frå Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeforening.

Frist for å komme med valliste var 1. februar 2023. Valstyret mottok ei felles liste frå Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeforening.

Lista var i samsvar med forskrifta og var motteke innan fristen. Valet er gjennomført i samsvar med gjeldande forskrift § 10 siste ledd:

«Dersom det bare fremkommer ett forslag til liste, er de som er foreslått på denne listen valgt i den rekkefølge de er foreslått. Dog gjelder § 9 åttende ledd tilsvarende»

Valresultat:

Styremedlemmar:

1. Wenche Kristin Røkenes, Sykepleier, avd for rus og psykiatri, Tronvik, Helse Førde
2. Linda Karin Gangstøe, Helsesekretær, Laboratorieklinikken, Helse Bergen
3. Geir Arne Sunde, overlege, Kirurgisk serviceklinikk, Helse Bergen

Varamedlemmar:

4. Jan Erik Nilsen, Psykiatrisk Sykepleier/rådgiver Klinikk psykisk helsevern, barn unge og rusavhengige, Helse Stavanger
5. Clarence Johnpillai, overlege, avdeling for akuttmedisin, Helse Førde
6. Gina Helland, sjukepleiar, Helse Fonna
7. Heidi S. Sundal Sevel, intensivsjukepleiar, Haukeland sjukehus, Helse Bergen
8. Johnny Ottessen, Vernepleier, Divisjon Psykisk helsevern, Helse Bergen

Funksjonstida er to år, i samsvar med forskrifta § 12. Ny periode startar i mars 2023, med styremøte og felles styreseminar for føretaksgruppa.

Dersom eit styremedlem eller ein vararepresentant sluttar i føretaket, stoppar vervet. Medlem av styret har møteplikt med mindre vedkommande har lovleg forfall.

Helseføretaka, Helse Vest IKT og Helse Vest RHF har samarbeidd om prosessen slik som avtalt på førehand.

Valresultatet blir kunngjort på Helse Vest RHF sine nettsider saman med kunngjering om klagerett.

Vedlegg: Protokoll frå valstyret Helse Vest RHF per 23 februar 2023.

Sensitivity: Internal

HELSE VEST

PROTOKOLL FRÅ VALSTYRET I HELSE VEST RHF

Valstyret blei oppnemnd av styret i Helse Vest i møte den 2. november 2022, og har hatt følgjande samansetning:

Leiar: Toril Østvold, konserntillitsvald for SAN
Nestleiar: Oddvin Næsse, konserntillitsvald for YS
Medlem: Bjørn Ivar Bø, Rådgivar

Retningslinjer for gjennomføringa av valet

Valstyret vedtok følgjande retningslinjer for gjennomføring av val:

1. Alle kunngjeringar om valet skal skje elektronisk
2. Valet skal skje ved postsending
3. Valet skal skje den 22. februar 2023
4. Krav om forholdstalsval må vere valstyret i hende innan 11. januar 2023
5. Listeforslag må vere valstyret i hende innan 01. februar 2023
6. Plan og materiell for valet blir lagt fram for valstyret for godkjenning
7. Forskriftene skal vere tilgjengelege på nettsidene: www.helse-vest.no

Kunngjering om val av styremedlemmer valt av og blant dei tilsette til styret i Helse Vest RHF er utført i samsvar med valforskrifta og har skjedd elektronisk på nettet.

Krav om forholdstalsval blei rettidig motteke innan fristen den 11. januar 2023 frå Den norske legeforening, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund, jf. forskrifta § 5 og § 10.

Kunngjering om forholdstalsval i Helse Vest RHF er utført elektronisk innan fastsette fristar.

Lister

Følgjande valliste blei tatt i mot i samsvar med forskrifta, og innan forslagsfristen gjekk ut:

1. Wenche Kristin Røkenes, Sykepleier, avd for rus og psykiatri, Tronvik, Helse Førde
2. Linda Karin Gangstøe, Helsesekretær, Laboratorieklinikken, Helse Bergen
3. Geir Arne Sunde, overlege, Kirurgisk serviceklinikk, Helse Bergen

Varamedlemmar:

4. Jan Erik Nilsen, Psykiatrisk Sykepleier/rådgiver Klinikk psykisk helsevern, barn unge og rusavhengige, Helse Stavanger
5. Clarence Johnpillai, overlege, avdeling for akuttmedisin, Helse Førde
6. Gina Helland, sjukepleiar, Helse Fonna
7. Heidi S. Sundal Sevel, intensivsjukepleiar, Haukeland sjukehus, Helse Bergen
8. Johnny Ottessen, Vernepleier, Divisjon Psykisk helsevern, Helse Bergen

Valstyret fekk tilsendt berre ei liste innan fristen.

HELSE VEST

Valet er gjennomført i samsvar med gjeldande forskrift § 10 siste ledd:

"Dersom det bare fremkommer ett forslag til liste, er de som er forslått på denne listen valgt i den rekkefølge de er foreslått. Dog gjelder § 9 åttende ledd tilsvarende."

Funksjonstid og møteplikt

Funksjonstida er to år, i samsvar med forskrifta § 12. Ny periode startar i mars 2023, med styremøte og felles styreseminar for føretaksgruppa.

Dersom eit styremedlem eller vararepresentant sluttar i føretaket, stoppar vervet. Medlem av styret har møteplikt med mindre han/ho har lovleg forfall.

Resultatet av valet går fram av denne protokollen. Resultatet av valet blir med dette omgåande meldt til leiinga og styret i Helse Vest RHF ved original signert protokoll. Valet vil også bli kunngjort på Helse Vest sine nettsider saman med kunngjering om klagerett.

Det finst dokumentasjon for alle kunngjeringane som er nytta for heile prosessen.

Helseføretaka, Helse Vest IKT og Helse Vest RHF har samarbeidd om prosessen, slik som avtala på førehand.

Valstyret, 23. februar 2023

Toril Østvold
Leiar

Oddvin Næsse
Nestleiar

Bjørn Ivar Bø
Medlem

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 09.03.2023
FRÅ: Administrerande direktør
SAKSHANDSAMAR: Hilde Brit Christiansen
SAKA GJELD: **Utvikling bemanning per mars 2023**

ARKIVSAK: 2023/251
STYRESAK: **024/23**

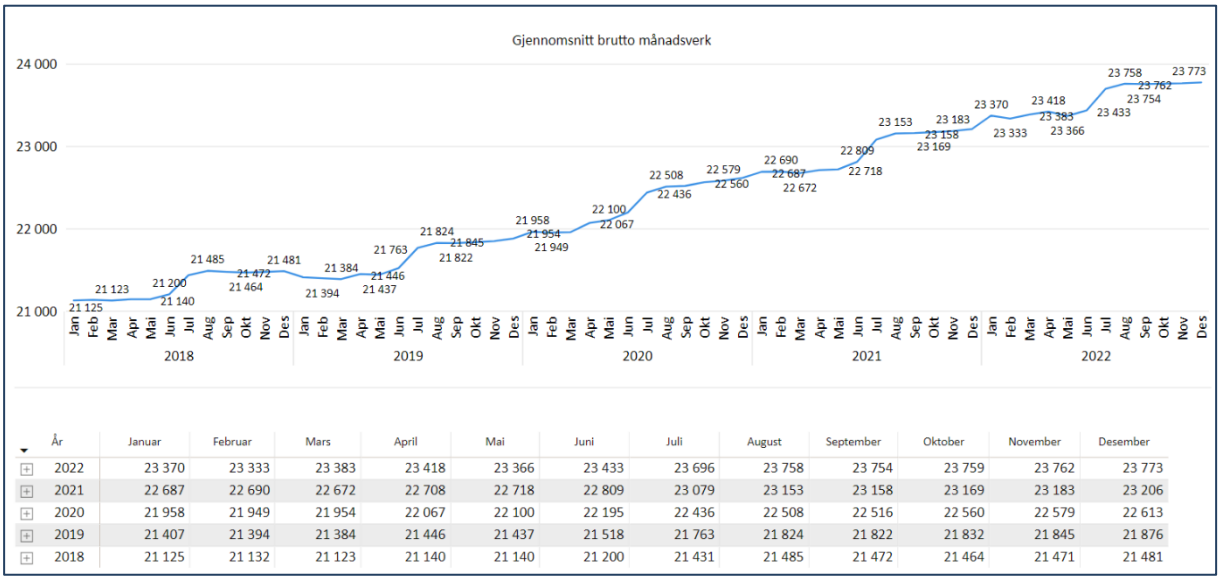
STYREMØTE: **22.03.2023**

Administrerande direktør si orientering pkt. 8

Det har vore ein vesentleg utvikling i bemanninga dei seinaste åra. Utvikling gjennom pandemien har særleg vore prega av behov for å styrke kapasiteten og sikre tilstrekkeleg fagleg kapasitet i periodar med høgt fråvær blant eigne medarbeidarar. På det høgaste var det om lag 4 000 medarbeidarar som ikkje var tilgjengelege for føretaka, (eigen sjukdom, karantene bestemmelsar, sjuke born, stengde skular og barnehagar mm). Ein har i desse periodane mobilisert pensjonistar, nytta innleigde helsepersonell vikarar i den utstrekning det har vore nødvendig. Ein viser i det vidare til utvikling for dei ulike stillingsgruppene.
Det er og verd å merke seg at Helse Bergen har overtatt Bergensklinikkene. Det har vore eit mål for Helse Bergen å utvikle og modernisere aktiviteten over noe tid i tråd med sine planar for rustilbodet.

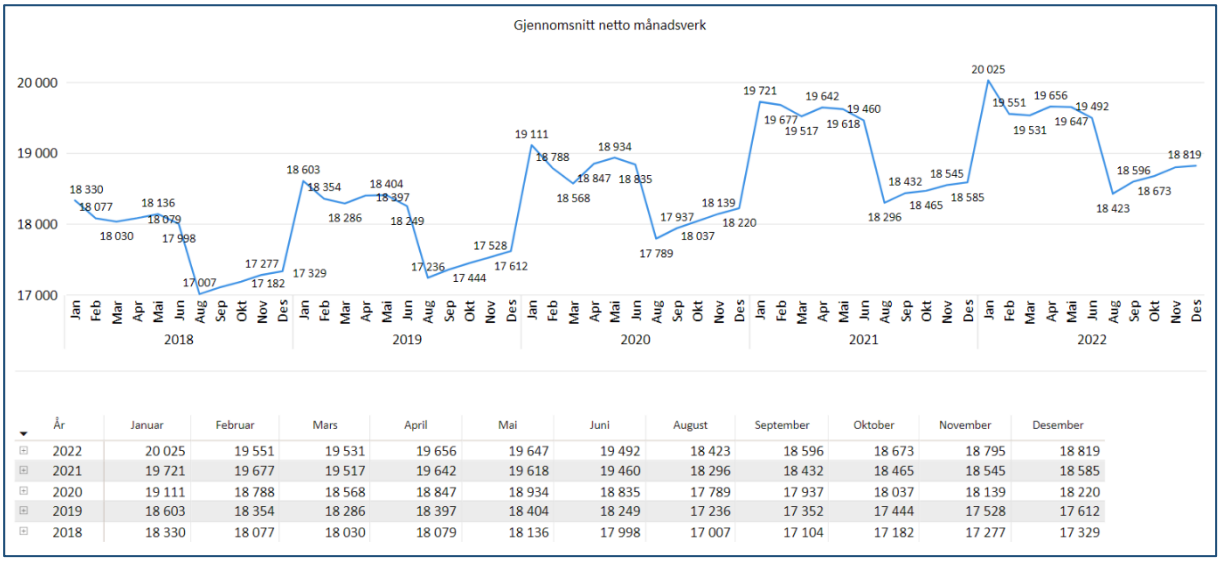
Følsomhet Intern (gul)

Utvikling av gjennomsnittleg brutto månadsverk for helseføretaka for perioden 2018 – 2022:



År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2022	23 370	23 333	23 383	23 418	23 366	23 433	23 696	23 758	23 754	23 759	23 762	23 773
2021	22 687	22 690	22 672	22 708	22 718	22 809	23 079	23 153	23 158	23 169	23 183	23 206
2020	21 958	21 949	21 954	22 067	22 100	22 195	22 436	22 508	22 516	22 560	22 579	22 613
2019	21 407	21 394	21 384	21 446	21 437	21 518	21 763	21 824	21 822	21 832	21 845	21 876
2018	21 125	21 132	21 123	21 140	21 140	21 200	21 431	21 485	21 472	21 464	21 471	21 481

Gjennomsnittleg netto månadsverk 2018 – 2022:

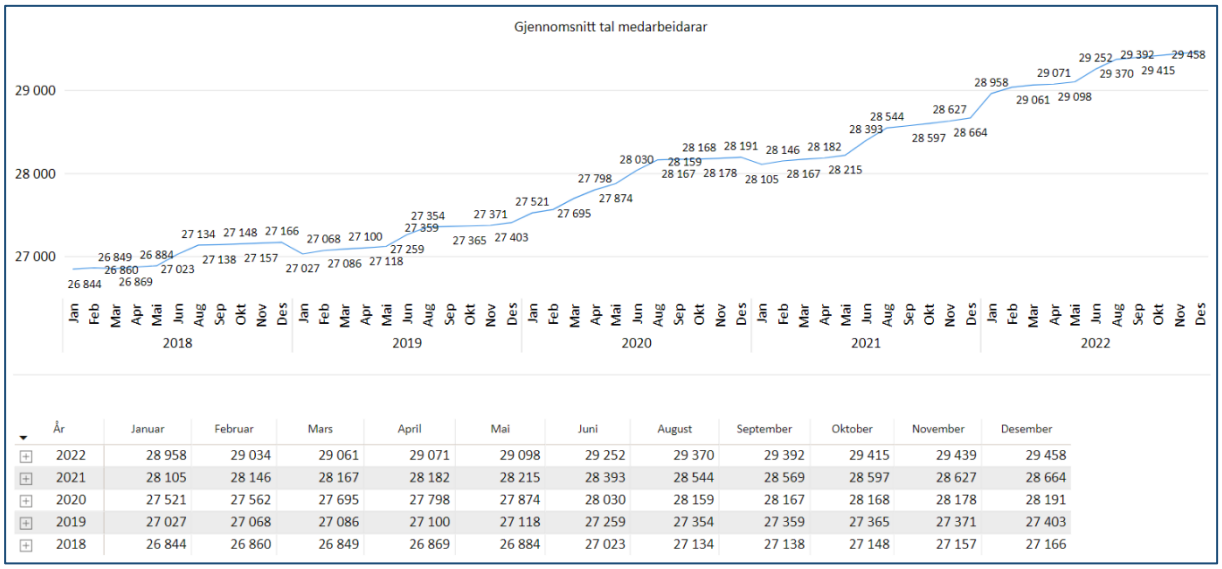


År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	August	September	Oktober	November	Desember
2022	20 025	19 551	19 531	19 656	19 647	19 492	18 423	18 596	18 673	18 795	18 819
2021	19 721	19 677	19 517	19 642	19 618	19 460	18 296	18 432	18 465	18 545	18 585
2020	19 111	18 788	18 568	18 847	18 934	18 835	17 789	17 937	18 037	18 139	18 220
2019	18 603	18 354	18 286	18 397	18 404	18 249	17 236	17 352	17 444	17 528	17 612
2018	18 330	18 077	18 030	18 079	18 136	17 998	17 007	17 104	17 182	17 277	17 329

Merk at ein ikkje har med juli månad dei einskilde åra. Årsaka til det er at netto månadsverk syner dei som har utført oppgåver. Hovudferieavviklinga skjer delvis i juni, men heile juli og noko i august kvart år.

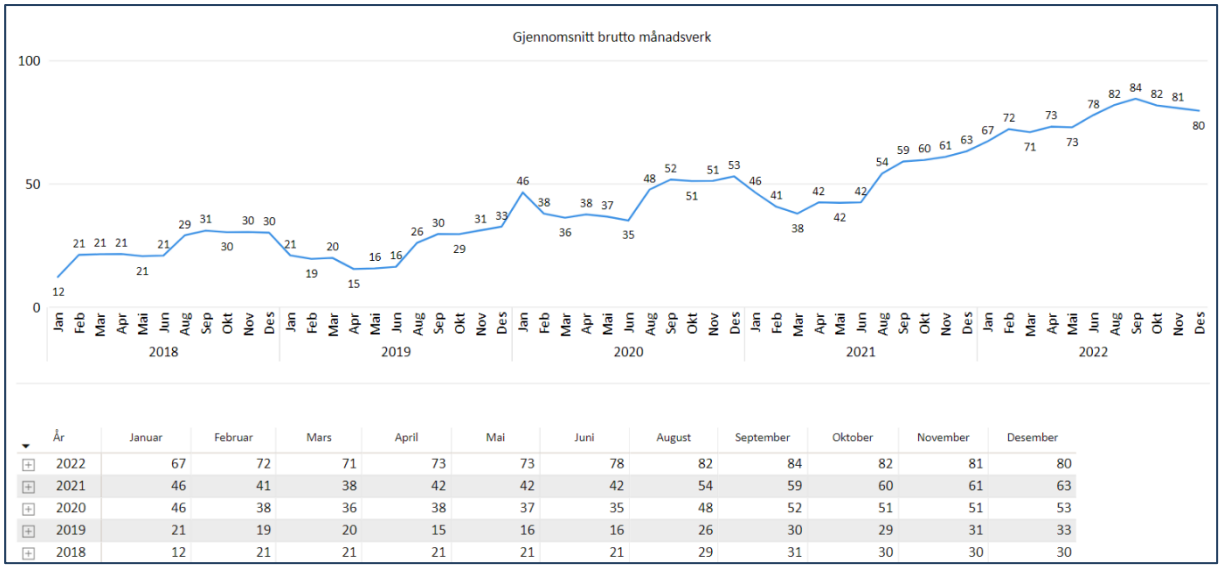
Følsomhet Intern (gul)

Gjennomsnittleg tal medarbeidarar 2018 – 2022



År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	August	September	Oktober	November	Desember
2022	28 958	29 034	29 061	29 071	29 098	29 252	29 370	29 392	29 415	29 439	29 458
2021	28 105	28 146	28 167	28 182	28 215	28 393	28 544	28 569	28 597	28 627	28 664
2020	27 521	27 562	27 695	27 798	27 874	28 030	28 159	28 167	28 168	28 178	28 191
2019	27 027	27 068	27 086	27 100	27 118	27 259	27 354	27 359	27 365	27 371	27 403
2018	26 844	26 860	26 849	26 869	26 884	27 023	27 134	27 138	27 148	27 157	27 166

Utvikling i bruk av innleigde helsepersonell vikarar blir vist i brutto månadsverk 2018 – 2022. Det kan vere fleire vikarar som utgjer eit månadsverk. Dei blir ikkje registrert med fråvær, (sjølvsagt kan dei ha sjukefråvær, men det blir trekt i frå ved berekning av månadsverka):

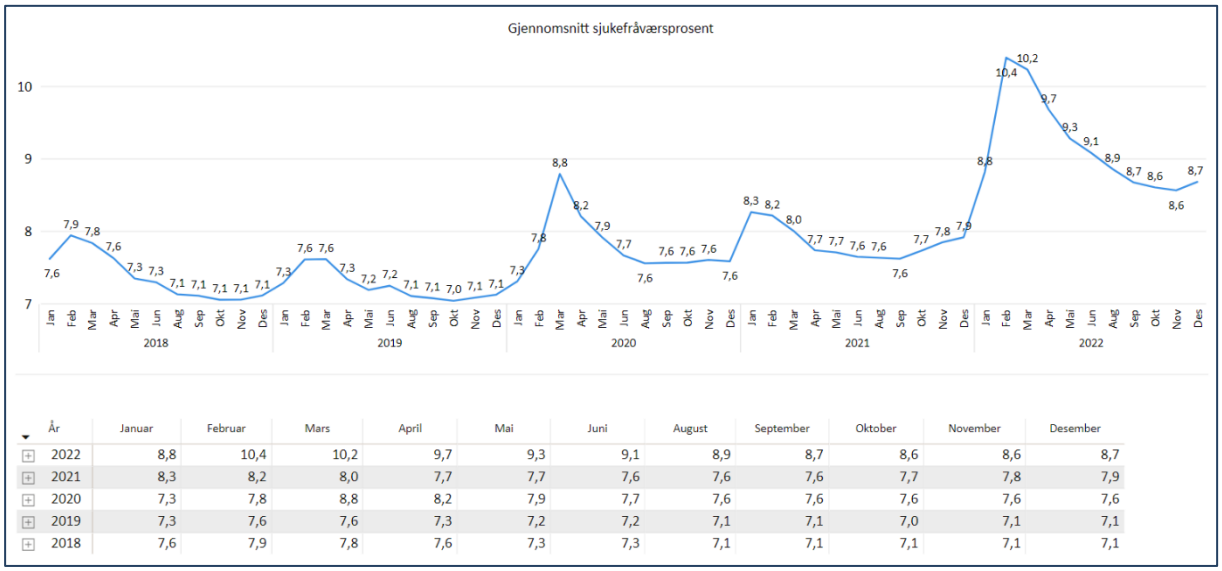


År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	August	September	Oktober	November	Desember
2022	67	72	71	73	73	78	82	84	82	81	80
2021	46	41	38	42	42	42	54	59	60	61	63
2020	46	38	36	38	37	35	48	52	51	51	53
2019	21	19	20	15	16	16	26	30	29	31	33
2018	12	21	21	21	21	21	29	31	30	30	30

Fram til utbrotet av pandemien har det vore eni nøysam bruk av helepersonell vikarar. Det er tidlegare vist ein god utvikling frå 2009. Helseføretaka har tiltak for å avgrense innleige enno tydelegare i 2023. Det blir innført nye reguleringar for innleige som trer i kraft frå 1. april 2023.

Følsomhet Intern (gul)

Bemanninga må sjåast i samanheng med pandemien. Gjennomsnittleg sjukefråvær i perioden 2018 – 2022:



År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	August	September	Oktober	November	Desember
2022	8,8	10,4	10,2	9,7	9,3	9,1	8,9	8,7	8,6	8,6	8,7
2021	8,3	8,2	8,0	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,7	7,8	7,9
2020	7,3	7,8	8,8	8,2	7,9	7,7	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6
2019	7,3	7,6	7,6	7,3	7,2	7,2	7,1	7,1	7,0	7,1	7,1
2018	7,6	7,9	7,8	7,6	7,3	7,3	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1

Utviklinga for dei ulike yrkesgruppene er vist nedanfor for ein lengre periode. Utviklingstrekka for yrkesgruppene må sjåast for lengre periodar. Årsaka til dette heng i saman med lange utdanningsløp, læretidar, vidareutdanning for å nemne nokre moment.

Til spørsmålet om auka i bemanninga skjer i administrative stillingar eller i pasientretta stillingar er auka konsentrert til pasientretta stillingar. Hovudgrupper av medarbeidarar på yrkesgruppe nivå 1 kan vise eit bilete som er lite nyansert. Mellom anna er gruppa Adm/Leiing leiarar som er tett på pasientbehandlinga.

	Endring 2022 - 2012	Endring i % 2022-2012	Endring 2022-2019	Endring i % 2022-2019	Endring av total 2022-2012	Endring av total 2022-2019
Adm/Led	328	8,0 %	340	8,3 %	8,2 %	13 %
Pasr. st.	741	13,4 %	566	9,9 %	18,6 %	21 %
Leger	1 173	35,4 %	375	9,1 %	29,4 %	14 %
Psykologer	312	47,9 %	90	10,3 %	7,8 %	3 %
Sykepleiere	1 499	16,1 %	879	8,9 %	37,5 %	33 %
Helsefag.arb	- 192	-10,7 %	110	7,4 %	-4,8 %	4 %
Diagn per.	296	22,6 %	144	9,8 %	7,4 %	5 %
Drift/tekn.	- 225	-5,5 %	382	11,0 %	-5,6 %	14 %
Ambulanse	- 10	-0,9 %	51	4,7 %	-0,3 %	2 %
Forskning	293	63,0 %	99	15,0 %	7,3 %	4 %
Totalt	4 215	13,4 %	2 640	8,5 %		

Av auka på 4 215 tilsette frå 2012 utgjer all auke med frådrag for Adm/leiing og drift 98%. Forsking er og tatt med. Det er nokre grupper som er redusert i same periode, det er helsefagarbeidarar, driftsteknisk personell og litt på ambulanse.
Notatet syner og utviklinga meir detaljert for kvar av hovudyrkesgruppene.

Følsomhet Intern (gul)

Tal tilsette

Hovedgrupper - brutto månedsverk	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Endring 2022 - 2012	Endring i %	Endring 2022-2019	Endring i %
01 - Administrasjon/Ledelse	**4 120**	**4 056**	**4 047**	**4 058**	**4 001**	**4 008**	**3 964**	**4 108**	**4 170**	**4 295**	**4 448**	**328**	**8,0 %**	**340**	**8,3 %**
Mellomleder	1 140	1 121	1 112	1 095	1 107	1 151	1 159	1 205	1 203	1 213	1 255	115	10,1 %	50	4,1 %
Merkantile stillinger	2 912	2 870	2 847	2 887	2 848	2 810	2 758	2 837	2 887	2 993	3 116	204	7,0 %	279	9,8 %
Tillitsvalgte og verneombud	62	60	62	58	49	52	49	70	70	72	72	10	16,1 %	2	2,9 %
Toppleder	83	81	92	76	89	86	94	93	88	87	94	11	13,3 %	1	1,1 %
02 - Pasientrettede stillinger	**5 516**	**5 697**	**5 843**	**5 849**	**5 743**	**5 705**	**5 652**	**5 691**	**5 772**	**5 891**	**6 257**	**741**	**13,4 %**	**566**	**9,9 %**
Andre pasientrettede stillinger	3 223	3 411	3 543	3 566	3 453	3 382	3 353	3 290	3 323	3 348	3 595	372	11,5 %	305	9,3 %
Audiograf	28	31	34	36	36	38	36	37	39	38	36	8	28,6 %	- 1	-2,7 %
Ergoterapeut	128	129	113	114	118	111	102	110	117	112	112	- 16	-12,5 %	2	1,8 %
Fysioterapeut	379	376	364	361	359	364	355	360	366	363	379	-	0,0 %	19	5,3 %
Helsesekretær	397	397	431	433	428	434	446	473	504	522	568	171	43,1 %	95	20,1 %
Logoped	22	23	24	25	28	29	33	37	36	43	46	24	109,1 %	9	24,3 %
Miljøarbeidar	69	68	59	43	35	32	28	38	33	41	39	- 30	-43,5 %	1	2,6 %
Miljøterapeut	626	602	581	561	545	522	499	501	490	495	450	- 176	-28,1 %	- 51	-10,2 %
Pedagog	139	134	141	138	141	149	148	152	150	147	167	28	20,1 %	15	9,9 %
Sosionom	234	230	225	232	225	243	243	264	264	273	283	49	20,9 %	19	7,2 %
Tannleger	17	23	25	23	28	36	32	35	35	33	35	18	105,9 %	-	0,0 %
Vernepleier	340	355	383	404	421	429	435	461	491	577	612	272	80,0 %	151	32,8 %
03 - Leger	**3 311**	**3 351**	**3 460**	**3 573**	**3 686**	**3 818**	**3 980**	**4 109**	**4 268**	**4 351**	**4 484**	**1 173**	**35,4 %**	**375**	**9,1 %**
LIS-leger	1 211	1 227	1 332	1 379	1 453	1 526	1 563	1 618	1 631	1 651	1 632	421	34,8 %	14	0,9 %
Overleger	1 727	1 759	1 834	1 936	2 000	2 078	2 152	2 248	2 322	2 373	2 482	755	43,7 %	234	10,4 %
Turnusleger	603	603	579	552	561	554	582	618	715	748	799	196	32,5 %	181	29,3 %
04 - Psykologer	**651**	**693**	**731**	**728**	**740**	**787**	**797**	**873**	**891**	**935**	**963**	312	47,9 %	90	10,3 %
05 - Sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre	**9 297**	**9 483**	**9 538**	**9 686**	**9 730**	**9 728**	**9 783**	**9 917**	**10 210**	**10 459**	**10 796**	**1 499**	**16,1 %**	**879**	**8,9 %**
06 - Helsefagarbeider/hjelpepleier	**1 793**	**1 675**	**1 652**	**1 639**	**1 583**	**1 585**	**1 516**	**1 491**	**1 520**	**1 525**	**1 601**	- 192	-10,7 %	110	7,4 %
07 - Diagnostisk personell	**1 312**	**1 343**	**1 367**	**1 347**	**1 376**	**1 386**	**1 430**	**1 464**	**1 511**	**1 545**	**1 608**	296	22,6 %	144	9,8 %
Bioingeniør	854	874	890	865	876	870	883	902	925	935	955	101	11,8 %	53	5,9 %
Laboratoriepersonell	41	39	41	44	53	58	55	55	74	100	133	92	224,4 %	78	141,8 %
Radiograf	351	362	370	369	381	389	417	434	443	448	466	115	32,8 %	32	7,4 %
Stråleterapeut	72	72	71	71	71	75	77	77	79	78	81	9	12,5 %	4	5,2 %
08 - Apotekstillinger	**4**	**3**	**5**	**6**	**5**	**4**	**4**	**3**	**3**	**2**	**2**	- 2	-50,0 %	- 1	-33,3 %
09 - Drifts/teknisk personell	**4 084**	**3 888**	**3 807**	**3 621**	**3 492**	**3 488**	**3 486**	**3 477**	**3 590**	**3 768**	**3 858**	**- 226**	**-5,5 %**	**381**	**11,0 %**
Annet driftspersonell	2 476	2 455	2 338	2 162	2 015	1 971	1 967	1 970	2 082	2 190	2 230	- 246	-9,9 %	260	13,2 %
Kjøkkenpersonell	104	101	96	95	97	106	109	110	113	122	122	18	17,3 %	12	10,9 %
Portører	322	345	350	334	331	326	316	340	317	345	357	35	10,9 %	17	5,0 %
Renholdspersonell	714	728	689	669	682	688	692	665	666	692	699	- 15	-2,1 %	34	5,1 %
Teknisk personell	561	363	413	423	431	448	454	454	478	499	519	- 42	-7,5 %	65	14,3 %
10 - Ambulansepersonell	**1 141**	**1 138**	**1 082**	**1 080**	**1 116**	**1 100**	**1 082**	**1 080**	**1 101**	**1 124**	**1 131**	**- 10**	**-0,9 %**	**51**	**4,7 %**
11 - Forskning	**465**	**501**	**548**	**599**	**617**	**631**	**640**	**659**	**723**	**739**	**758**	**293**	**63,0 %**	**99**	**15,0 %**
Totalt	**29 850**	**30 182**	**30 401**	**30 506**	**30 548**	**30 600**	**30 753**	**31 204**	**32 030**	**32 827**	**33 843**	**3 993**	**13,4 %**	**2 639**	**8,5 %**

Følsomhet Intern (gul)

Netto månadsverk

Hovedgrupper - netto månedsverk	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Endring 2022 - 2012	Endring i %	Endring 2022-2019	Endring i %
01 - Administrasjon/Ledelse	**34 796**	**35 046**	**35 572**	**36 047**	**35 972**	**35 483**	**35 572**	**36 086**	**37 121**	**38 208**	**39 047**	**4 251**	**12,2 %**	**2 961**	**8,2 %**
Mellomleder	10 891	10 875	11 081	11 121	11 123	11 008	11 181	11 482	11 926	12 257	12 499	1 608	14,8 %	1 016	8,9 %
Merkantile stillinger	22 691	22 969	23 305	23 826	23 718	23 317	23 192	23 383	23 947	24 695	25 255	2 564	11,3 %	1 872	8,0 %
Tillitsvalgte og verneombud	391	358	329	265	279	273	276	286	299	297	316	- 74	-19,0 %	30	10,4 %
Toppleder	823	844	857	835	852	884	923	934	949	960	977	154	18,7 %	43	4,6 %
02 - Pasientrettede stillinger	**21 481**	**22 142**	**23 026**	**24 193**	**24 327**	**24 536**	**24 306**	**24 514**	**26 117**	**26 413**	**27 518**	**6 037**	**28,1 %**	**3 004**	**12,3 %**
Andre pasientrettede stillinger	5 171	5 602	6 057	6 579	6 666	6 714	6 529	6 371	6 944	6 714	6 993	1 822	35,2 %	622	9,8 %
Audiograf	233	244	279	299	318	314	315	343	354	348	356	122	52,4 %	13	3,7 %
Ergoterapeut	998	976	953	962	951	932	886	887	843	892	953	- 45	-4,5 %	66	7,4 %
Fysioterapeut	2 640	2 664	2 632	2 591	2 666	2 689	2 654	2 728	2 745	2 799	2 917	277	10,5 %	190	6,9 %
Helsesekretær	3 364	3 406	3 591	3 810	3 902	3 929	4 039	4 230	4 430	4 657	4 920	1 556	46,3 %	690	16,3 %
Logoped	173	166	194	201	203	197	212	236	285	307	319	146	84,1 %	83	35,2 %
Miljøarbeidar	254	272	258	206	187	167	136	134	160	162	151	- 102	-40,3 %	17	12,6 %
Miljøterapeut	2 972	2 988	3 104	3 232	3 004	2 978	2 886	2 799	2 967	2 507	2 471	- 502	-16,9 %	- 329	-11,7 %
Pedagog	1 244	1 224	1 222	1 251	1 260	1 321	1 329	1 357	1 355	1 436	1 489	245	19,7 %	133	9,8 %
Sosionom	2 100	2 093	2 054	2 076	2 067	2 120	2 122	2 157	2 320	2 315	2 376	276	13,2 %	218	10,1 %
Tannleger	75	76	81	89	112	110	109	118	117	111	112	37	50,1 %	- 6	-5,1 %
Vernepleier	2 258	2 430	2 601	2 897	2 990	3 065	3 089	3 155	3 599	4 164	4 463	2 204	97,6 %	1 308	41,5 %
03 - Leger	**26 328**	**27 402**	**28 764**	**30 338**	**31 235**	**32 274**	**33 174**	**34 086**	**35 777**	**36 658**	**37 539**	**11 211**	**42,6 %**	**3 453**	**10,1 %**
LIS-leger	9 182	9 575	10 133	10 690	11 099	11 707	12 096	12 125	12 318	12 138	12 071	2 888	31,5 %	- 54	-0,4 %
Overleger	14 784	15 480	16 261	17 228	17 719	18 125	18 628	19 412	20 601	21 418	22 253	7 470	50,5 %	2 842	14,6 %
Turnusleger	2 362	2 347	2 370	2 420	2 417	2 442	2 450	2 550	2 859	3 102	3 215	853	36,1 %	666	26,1 %
04 - Psykologer	**5 589**	**6 026**	**6 208**	**6 437**	**6 591**	**6 651**	**6 810**	**7 215**	**7 771**	**8 232**	**8 465**	2 876	51,4 %	1 251	17,3 %
05 - Sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre	**65 083**	**66 266**	**68 559**	**70 939**	**72 832**	**74 984**	**75 768**	**76 884**	**80 675**	**83 039**	**86 024**	**20 941**	**32,2 %**	**9 140**	**11,9 %**
06 - Helsefagarbeider/hjelpepleier	**11 010**	**10 567**	**10 335**	**10 128**	**9 829**	**9 611**	**9 249**	**8 955**	**9 047**	**9 133**	**9 345**	- 1 665	-15,1 %	390	4,4 %
07 - Diagnostisk personell	**9 758**	**11 630**	**12 003**	**12 237**	**12 375**	**12 813**	**13 025**	**13 343**	**13 826**	**14 184**	**14 403**	4 646	47,6 %	1 060	7,9 %
Bioingeniør	5 887	7 667	7 762	7 814	7 803	7 954	7 993	8 119	8 425	8 584	8 652	2 765	47,0 %	533	6,6 %
Laboratoriepersonell	223	221	233	232	237	341	353	363	413	503	651	428	192,4 %	288	79,2 %
Radiograf	2 916	3 015	3 275	3 433	3 566	3 732	3 896	4 100	4 182	4 280	4 283	1 366	46,9 %	183	4,5 %
Stråleterapeut	732	728	732	758	769	786	783	761	805	817	818	86	11,7 %	56	7,4 %
08 - Apotekstillinger	**33**	**30**	**38**	**48**	**35**	**26**	**28**	**24**	**16**	**14**	**16**	- 17	-50,2 %	- 8	-31,7 %
09 - Drifts/teknisk personell	**22 880**	**21 189**	**21 865**	**22 016**	**22 385**	**22 789**	**22 724**	**22 556**	**23 333**	**23 961**	**24 358**	**1 478**	**6,5 %**	**1 802**	**8,0 %**
Annet driftspersonell	11 218	11 213	11 513	11 217	11 158	11 313	11 280	11 101	11 579	11 660	11 648	430	3,8 %	548	4,9 %
Kjøkkenpersonell	806	821	801	741	784	812	766	793	873	913	949	142	17,6 %	156	19,6 %
Portører	1 434	1 385	1 453	1 531	1 603	1 609	1 585	1 594	1 648	1 697	1 783	350	24,4 %	189	11,9 %
Renholdspersonell	4 646	4 707	4 698	4 813	4 943	4 976	5 035	5 180	5 214	5 390	5 507	861	18,5 %	327	6,3 %
Teknisk personell	4 776	3 064	3 400	3 713	3 896	4 078	4 058	3 888	4 018	4 302	4 471	- 305	-6,4 %	583	15,0 %
10 - Ambulansepersonell	**6 897**	**6 931**	**6 950**	**7 242**	**7 392**	**7 347**	**7 399**	**7 605**	**8 003**	**8 091**	**8 220**	**1 323**	**19,2 %**	**615**	**8,1 %**
11 - Forskning	**2 868**	**3 373**	**3 600**	**4 074**	**4 368**	**4 435**	**4 513**	**4 639**	**4 782**	**5 093**	**5 106**	**2 238**	**78,0 %**	**467**	**10,1 %**
Totalt	**206 723**	**210 602**	**216 922**	**223 700**	**227 340**	**230 948**	**232 567**	**235 906**	**246 469**	**253 025**	**260 041**	**53 318**	**25,8 %**	**24 135**	**10,2 %**

Følsomhet Intern (gul)

Brutto månadsverk

Hovedgrupper - brutto månedsverk	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Endring 2022 - 2012	Endring i %	Endring 2022-2019	Endring i %
01 - Administrasjon/Ledelse	**36 164**	**36 407**	**36 763**	**37 179**	**37 129**	**36 622**	**36 514**	**37 118**	**38 171**	**39 369**	**40 222**	**4 058**	**11,2 %**	**3 104**	**8,4 %**
Mellomleder	11 148	11 154	11 284	11 304	11 252	11 187	11 372	11 657	12 195	12 501	12 741	1 593	14,3 %	1 083	9,3 %
Merkantile stillinger	23 801	24 033	24 287	24 774	24 746	24 276	23 940	24 240	24 725	25 612	26 185	2 384	10,0 %	1 945	8,0 %
Tillitsvalgte og verneombud	391	374	329	265	279	274	276	286	302	297	316	- 74	-19,0 %	30	10,4 %
Toppleder	824	846	863	836	852	885	925	934	949	960	980	156	18,9 %	46	4,9 %
02 - Pasientrettede stillinger	**24 865**	**25 537**	**26 365**	**27 708**	**27 768**	**28 140**	**27 892**	**27 824**	**29 384**	**29 752**	**30 755**	**5 890**	**23,7 %**	**2 931**	**10,5 %**
Andre pasientrettede stillinger	7 384	7 942	8 351	9 046	9 077	9 230	8 979	8 655	9 123	8 830	9 083	1 699	23,0 %	428	4,9 %
Audiograf	258	267	296	316	326	328	334	357	381	376	358	100	38,7 %	1	0,3 %
Ergoterapeut	1 085	1 067	1 017	1 016	1 022	999	919	943	891	931	991	- 95	-8,7 %	47	5,0 %
Fysioterapeut	2 808	2 791	2 762	2 745	2 797	2 820	2 780	2 868	2 881	2 957	3 049	241	8,6 %	181	6,3 %
Helsesekretær	3 503	3 526	3 762	3 961	4 017	4 047	4 208	4 336	4 572	4 824	5 051	1 548	44,2 %	716	16,5 %
Logoped	182	180	205	223	216	208	232	282	315	332	346	164	90,0 %	63	22,5 %
Miljøarbeidar	305	330	317	243	220	181	150	151	179	191	190	- 115	-37,7 %	39	25,5 %
Miljøterapeut	3 373	3 309	3 394	3 517	3 335	3 298	3 185	3 086	3 252	2 863	2 708	- 665	-19,7 %	- 377	-12,2 %
Pedagog	1 292	1 270	1 257	1 304	1 314	1 372	1 369	1 380	1 414	1 449	1 533	241	18,7 %	153	11,1 %
Sosionom	2 183	2 143	2 115	2 106	2 102	2 212	2 228	2 241	2 396	2 419	2 495	311	14,3 %	253	11,3 %
Tannleger	75	78	85	92	115	110	110	126	120	112	115	40	53,8 %	- 10	-8,3 %
Vernepleier	2 417	2 635	2 804	3 139	3 227	3 335	3 399	3 399	3 859	4 468	4 836	2 419	100,1 %	1 438	42,3 %
03 - Leger	**28 549**	**29 519**	**30 845**	**32 480**	**33 554**	**34 525**	**35 583**	**36 576**	**38 506**	**39 495**	**40 367**	**11 818**	**41,4 %**	**3 791**	**10,4 %**
LIS-leger	10 466	10 803	11 282	11 868	12 413	12 853	13 327	13 396	13 697	13 489	13 259	2 794	26,7 %	- 137	-1,0 %
Overleger	15 415	16 124	16 934	17 943	18 394	18 890	19 483	20 312	21 556	22 432	23 395	7 980	51,8 %	3 083	15,2 %
Turnusleger	2 668	2 592	2 630	2 669	2 746	2 782	2 773	2 867	3 252	3 574	3 712	1 044	39,1 %	845	29,5 %
04 - Psykologer	**5 969**	**6 336**	**6 569**	**6 773**	**6 939**	**7 080**	**7 207**	**7 627**	**8 262**	**8 668**	**8 886**	2 917	48,9 %	1 260	16,5 %
05 - Sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre	**72 357**	**74 035**	**75 736**	**78 439**	**80 578**	**81 904**	**82 637**	**83 646**	**87 203**	**89 880**	**92 121**	**19 764**	**27,3 %**	**8 475**	**10,1 %**
06 - Helsefagarbeider/hjelpepleier	**11 842**	**11 319**	**11 127**	**11 021**	**10 610**	**10 442**	**10 042**	**9 723**	**9 837**	**9 993**	**10 205**	- 1 636	-13,8 %	482	5,0 %
07 - Diagnostisk personell	**10 653**	**12 855**	**13 023**	**13 144**	**13 281**	**13 640**	**14 009**	**14 214**	**14 707**	**15 035**	**15 206**	4 553	42,7 %	992	7,0 %
Bioingeniør	6 347	8 432	8 453	8 408	8 450	8 488	8 614	8 685	9 039	9 085	9 066	2 719	42,8 %	381	4,4 %
Laboratoriepersonell	239	244	260	256	260	366	370	384	430	548	696	457	191,4 %	312	81,1 %
Radiograf	3 321	3 415	3 565	3 709	3 793	3 988	4 212	4 358	4 429	4 562	4 604	1 283	38,6 %	245	5,6 %
Stråleterapeut	746	764	745	771	778	798	813	787	810	840	840	94	12,6 %	54	6,8 %
08 - Apotekstillinger	**33**	**30**	**38**	**50**	**35**	**26**	**28**	**24**	**20**	**18**	**22**	- 11	-32,1 %	- 2	-6,9 %
09 - Drifts/teknisk personell	**25 489**	**23 802**	**24 195**	**24 248**	**24 497**	**24 968**	**24 859**	**24 622**	**25 417**	**26 094**	**26 510**	**1 021**	**4,0 %**	**1 888**	**7,7 %**
Annet driftspersonell	12 690	12 667	12 882	12 511	12 339	12 528	12 472	12 337	12 780	12 927	12 880	190	1,5 %	543	4,4 %
Kjøkkenpersonell	853	875	862	787	839	871	836	841	926	992	1 027	174	20,3 %	185	22,0 %
Portører	1 755	1 808	1 790	1 813	1 842	1 876	1 873	1 853	1 839	1 940	2 063	308	17,5 %	210	11,3 %
Renholdspersonell	5 206	5 283	5 156	5 299	5 456	5 494	5 475	5 543	5 644	5 790	5 916	710	13,6 %	373	6,7 %
Teknisk personell	4 985	3 169	3 506	3 839	4 021	4 199	4 202	4 048	4 229	4 445	4 625	- 360	-7,2 %	576	14,2 %
10 - Ambulansepersonell	**7 845**	**7 944**	**8 015**	**8 446**	**8 426**	**8 428**	**8 490**	**8 620**	**8 970**	**8 974**	**9 194**	**1 349**	**17,2 %**	**574**	**6,7 %**
11 - Forskning	**2 954**	**3 476**	**3 716**	**4 177**	**4 490**	**4 605**	**4 646**	**4 736**	**4 917**	**5 243**	**5 242**	**2 288**	**77,4 %**	**506**	**10,7 %**
Totalt	**226 720**	**231 260**	**236 393**	**243 664**	**247 305**	**250 379**	**251 904**	**254 730**	**265 394**	**272 521**	**278 731**	**52 010**	**22,9 %**	**24 000**	**9,4 %**

Følsomhet Intern (gul)

For legegruppa er det svært mange spesialitetar. Det er som for dei andre yrkesgruppene vist meir detaljer, men for legegruppa som har mange spesialitetar og grupper av legar kan det vere nyttig å vise utviklinga litt meir detaljert. Det er ikkje vist for dei same åra som for tabellane over. Årsaka til det er innføring av ny spesialistutdanning og endringar i tariffavtale i samanheng med ny spesialiststruktur. Ein vil gi nærare orientering om dette i presentasjon i styremøtet.

	03 - Leger - alle legegrupper			
År	(1019H) Helse Fonna HF	(1306S) Helse Stavanger HF	(1B) Helse Bergen HF	(804F) Helse Førde HF
2012	532	855	1481	443
2013	531	867	1501	452
2014	542	915	1547	456
2015	566	954	1603	464
2016	581	971	1672	479
2017	606	1015	1753	467
2018	628	1030	1866	481
2019	593	1085	1947	508
2020	610	1123	2039	515
2021	631	1179	2056	507
2022	649	1201	2118	541
Totalsum	**1626**	**2286**	**3898**	**1359**

Per spesialitet for legegruppa

	Spesialiteter	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum	Endring 2022 - 2017	Endring i %	Endring 2022-2019	Endring i %
LiS Leger	Allmennmedisin	17	20	27	24	26	21	71	4	19,0 %	-6	-22,2 %
	Generell kirurgi: gastroenterologisk kir.	34	32	37	42	45	44	95	10	22,7 %	7	18,9 %
	Generell kirurgi: karkir.	15	17	17	19	17	15	41	-	0,0 %	-2	-11,8 %
	Generell kirurgi: thoraxkir.	9	7	7	8	7	7	14	-2	-28,6 %	-	0,0 %
	Generell kirurgi: urologisk kir.	24	18	24	26	28	24	55	-	0,0 %	-	0,0 %
	Generell kirurgi:barnekirurgi	1	1	2	2	1	1	2	-	0,0 %	-1	-50,0 %
	Hud- og veneriske sykdommer	22	20	27	23	24	28	57	6	21,4 %	1	3,7 %
	Immunologi og transfusjonsmedisin	4	2	2	2	2	1	5	-3	-300,0 %	-1	-50,0 %
	Indremedisin	145	144	131	102	98	104	325	-41	-39,4 %	-27	-20,6 %
	Indremedisin: blodsykdommer	14	19	17	13	16	19	39	5	26,3 %	2	11,8 %
	Indremedisin: endokrinologi	17	19	13	16	22	19	41	2	10,5 %	6	46,2 %
	Anestesiologi	115	109	113	108	117	124	224	9	7,3 %	11	9,7 %
	Indremedisin: fordøyelsessykdommer	20	22	23	26	30	27	55	7	25,9 %	4	17,4 %
	Indremedisin: geriatri	7	6	11	16	15	11	29	4	36,4 %	-	0,0 %
	Indremedisin: hjertesykdommer	47	50	65	74	75	77	134	30	39,0 %	12	18,5 %
	Indremedisin: infeksjonssykdommer	31	29	30	31	30	34	66	3	8,8 %	4	13,3 %
	Indremedisin: lungesykdommer	44	46	45	46	47	48	101	4	8,3 %	3	6,7 %
	Indremedisin: nyresykdommer	14	15	19	17	17	15	35	1	6,7 %	-4	-21,1 %
	Klinisk farmakologi	4	3	4	5	5	4	12	-	0,0 %	-	0,0 %
	Klinisk nevrofysiologi	5	5	6	5	6	6	8	1	16,7 %	-	0,0 %
	Arbeidsmedisin	5	3	4	6	6	4	13	-1	-25,0 %	-	0,0 %
	Medisinsk biokjemi	9	9	9	11	15	13	21	4	30,8 %	4	44,4 %
	Akutt- og mottaksmedisin	16	44	73	71	64	64	136	48	75,0 %	-9	-12,3 %
	Medisinsk genetikk	5	4	4	5	3	6	9	1	16,7 %	2	50,0 %
	Medisinsk mikrobiologi	12	8	10	9	10	8	19	-4	-50,0 %	-2	-20,0 %
	Nevrokirurgi	11	8	9	11	10	4	16	-7	-175,0 %	-5	-55,6 %
	Nevrologi	69	74	77	82	89	68	179	-1	-1,5 %	-9	-11,7 %
	Nukleærmedisin	5	5	5	5	5	5	8	-	0,0 %	-	0,0 %
	Onkologi	79	75	80	83	79	79	174	-	0,0 %	-1	-1,3 %
	Ortopedisk kirurgi	91	99	87	95	100	105	207	14	13,3 %	18	20,7 %
	Patologi	29	25	32	32	31	26	49	-3	-11,5 %	-6	-18,8 %
	Plastikkirurgi	25	28	31	25	27	27	58	2	7,4 %	-4	-12,9 %
	Barne- og ungdomspsykiatri	82	76	80	71	61	57	163	-25	-43,9 %	-23	-28,8 %
	Psykiatri	143	141	138	128	137	131	322	-12	-9,2 %	-7	-5,1 %
	Radiologi	73	63	72	72	80	74	146	1	1,4 %	2	2,8 %
	Revmatologi	15	15	16	17	20	21	43	6	28,6 %	5	31,3 %
	Øre-nese-halssykdommer	49	45	47	42	48	53	103	4	7,5 %	6	12,8 %
	Øyesykdommer	31	37	41	43	37	36	87	5	13,9 %	-5	-12,2 %
	Rus- og avhengighetsmedisin	16	17	21	33	26	15	49	-1	-6,7 %	-6	-28,6 %
	Barnesykdommer	73	80	75	78	82	84	165	11	13,1 %	9	12,0 %
	Fysikalsk medisin og rehabilitering	17	17	18	18	16	17	39	-	0,0 %	-1	-5,6 %
	Fødselshjelp og kvinnesykdommer	91	90	104	106	98	101	204	10	9,9 %	-3	-2,9 %
	Generell kirurgi	56	44	42	39	38	40	98	-16	-40,0 %	-2	-4,8 %
	Generell kirurgi: bryst- og endokrinkir.	8	10	12	13	13	11	19	3	27,3 %	-1	-8,3 %

Følsomhet Intern (gul)

	Spesialiteter	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum	Endring 2022 - 2017	Endring i %	Endring 2022- 2019	Endring i %
Overleger	**Overleger**	**2 076**	**2 150**	**2 246**	**2 320**	**2 371**	**2 478**	**3 467**	402	16,2 %	232	10,3 %
	Ingen spesialitet	150	201	238	232	215	207	755	57	27,5 %	- 31	-13,0 %
	Generell kirurgi: karkir.	24	20	25	25	25	25	39	1	4,0 %	-	0,0 %
	Generell kirurgi: thoraxkir.	13	14	15	14	13	11	18	- 2	-18,2 %	- 4	-26,7 %
	Generell kirurgi: urologisk kir.	32	32	31	31	34	33	50	1	3,0 %	2	6,5 %
	Generell kirurgi:barnekirurgi		1	2	2	2	2	2	2	100,0 %	-	0,0 %
	Hud- og veneriske sykdommer	22	23	29	27	29	32	44	10	31,3 %	3	10,3 %
	Immunologi og transfusjonsmedisin	12	12	11	12	13	13	16	1	7,7 %	2	18,2 %
	Indremedisin	92	86	84	79	82	84	157	- 8	-9,5 %	-	0,0 %
	Indremedisin: blodsykdommer	22	25	29	29	31	31	41	9	29,0 %	2	6,9 %
	Indremedisin: endokrinologi	22	24	28	27	25	27	34	5	18,5 %	- 1	-3,6 %
	Anestesiologi	197	200	208	214	218	230	304	33	14,3 %	22	10,6 %
	Indremedisin: fordøyelsessykdommer	43	45	47	46	47	46	72	3	6,5 %	- 1	-2,1 %
	Indremedisin: geriatri	10	11	11	10	11	13	17	3	23,1 %	2	18,2 %
	Indremedisin: hjertesykdommer	83	81	86	87	98	104	134	21	20,2 %	18	20,9 %
	Indremedisin: infeksjonssykdommer	27	28	32	32	37	35	50	8	22,9 %	3	9,4 %
	Indremedisin: lungesykdommer	41	41	45	46	45	50	66	9	18,0 %	5	11,1 %
	Indremedisin: nyresykdommer	24	22	25	27	29	30	36	6	20,0 %	5	20,0 %
	Klinisk farmakologi	11	11	9	9	11	9	13	- 2	-22,2 %	-	0,0 %
	Klinisk nevrofysiologi	7	7	9	9	11	10	13	3	30,0 %	1	11,1 %
	Arbeidsmedisin	13	13	14	14	14	11	18	- 2	-18,2 %	- 3	-21,4 %
	Medisinsk biokjemi	14	15	15	15	14	15	24	1	6,7 %	-	0,0 %
	Akutt- og mottaksmedisin	7	12	12	11	14	20	32	13	65,0 %	8	66,7 %
	Medisinsk genetikk	12	10	10	11	15	16	18	4	25,0 %	6	60,0 %
	Medisinsk mikrobiologi	16	17	20	19	21	20	24	4	20,0 %	-	0,0 %
	Nevrokirurgi	21	20	19	22	18	20	30	- 1	-5,0 %	1	5,3 %
	Nevrologi	77	77	83	83	88	88	119	11	12,5 %	5	6,0 %
	Nukleærmedisin	10	11	11	11	11	11	15	1	9,1 %	-	0,0 %
	Onkologi	69	67	75	77	83	92	115	23	25,0 %	17	22,7 %
	Ortopedisk kirurgi	123	130	141	139	141	153	206	30	19,6 %	12	8,5 %
	Patologi	53	55	59	61	62	64	77	11	17,2 %	5	8,5 %
	Plastikkirurgi	28	31	32	31	31	34	53	6	17,6 %	2	6,3 %
	Barne- og ungdomspsykiatri	65	71	72	79	82	82	108	17	20,7 %	10	13,9 %
	Psykiatri	214	206	223	219	226	218	326	4	1,8 %	- 5	-2,2 %
	Radiologi	155	156	165	166	173	171	222	16	9,4 %	6	3,6 %
	Revmatologi	21	21	23	20	23	20	27	- 1	-5,0 %	- 3	-13,0 %
	Øre-nese-halssykdommer	48	43	42	46	41	47	71	- 1	-2,1 %	5	11,9 %
	Øyesykdommer	55	55	55	55	55	60	78	5	8,3 %	5	9,1 %
	Rus- og avhengighetsmedisin	17	15	17	21	20	25	34	8	32,0 %	8	47,1 %
	Barnesykdommer	111	115	122	115	115	123	159	12	9,8 %	1	0,8 %
	Fysikalsk medisin og rehabilitering	18	18	19	22	22	24	29	6	25,0 %	5	26,3 %
	Fødselshjelp og kvinnesykdommer	101	114	117	122	134	142	201	41	28,9 %	25	21,4 %
	Generell kirurgi	33	29	25	24	24	24	51	- 9	-37,5 %	- 1	-4,0 %
	Generell kirurgi: bryst- og endokrinkir.	11	11	13	12	11	14	20	3	21,4 %	1	7,7 %

	Spesialiteter	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum	Endring 2022 - 2017	Endring i %	Endring 2022- 2019	Endring i %
LiS 1 leger- antall regulert nasjonalt per region	**Turnusleger**	**554**	**582**	**618**	**715**	**748**	**799**	**2 217**				
	Ingen spesialitet	538	572	610	701	736	783	2 179				
	Allmennmedisin			2	2			2				
	Generell kirurgi: gastroenterologisk kir.				1			1				
	Generell kirurgi: thoraxkir.						1	1				
	Generell kirurgi: urologisk kir.	1						1				
	Indremedisin	4	1	1	2	2	7	14				
	Indremedisin: fordøyelsessykdommer	1						1				
	Indremedisin: hjertesykdommer	1						1				
	Indremedisin: infeksjonssykdommer						2	2				
	Indremedisin: nyresykdommer						1	1				
	Medisinsk mikrobiologi	1	1					1				
	Nevrologi	4	1	1	1		4	10				
	Onkologi				1	2	2	3				
	Ortopedisk kirurgi	5	7	2	4	10	10	29				
	Patologi				1			1				
	Barne- og ungdomspsykiatri		1	1	2	8	5	9				
	Psykiatri	3	2	3	5	4	6	18				
	Revmatologi		1					1				
	Øyesykdommer	3	3	4	5	3	2	12				
	Fødselshjelp og kvinnesykdommer	3	1	1				4				
	Generell kirurgi		2			1	2	5				
	Totalsum	**3 816**	**3 977**	**4 107**	**4 266**	**4 348**	**4 478**	**7 119**				

Turnuslegar har forskriftsbestemt tjeneste i inderemdisinke og kirurgiske fag. Nokre har og tre delt teneste før dei har sin teneste i kommunehelsetenesta

Følsomhet Intern (gul)

Spesialitet	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
Allmennmedisin	**2**	**6**	**12**	**19**	**33**	**38**	**49**	**45**	**48**	**43**	**107**
03 - Leger	**2**	**6**	**12**	**19**	**33**	**38**	**49**	**45**	**48**	**43**	**107**
LIS-leger	2	1	2	6	17	20	27	24	26	21	75
Overleger		5	10	13	17	18	22	22	22	23	35
Generell kirurgi: gastroenterologisk k	**25**	**42**	**51**	**59**	**74**	**76**	**83**	**91**	**97**	**101**	**170**
03 - Leger	**25**	**42**	**51**	**59**	**74**	**76**	**83**	**91**	**97**	**101**	**170**
LIS-leger	6	15	17	22	34	32	37	42	45	44	111
Overleger	19	28	36	40	47	50	54	60	61	64	89
Generell kirurgi: karkir.	**11**	**17**	**24**	**31**	**37**	**34**	**39**	**40**	**39**	**40**	**80**
03 - Leger	**11**	**17**	**24**	**31**	**37**	**34**	**39**	**40**	**39**	**40**	**80**
LIS-leger	2	5	7	10	15	17	17	19	17	15	45
Overleger	9	12	18	22	24	20	26	26	27	28	44
Generell kirurgi: thoraxkir.	**8**	**13**	**18**	**18**	**21**	**21**	**21**	**21**	**19**	**17**	**33**
03 - Leger	**8**	**13**	**18**	**18**	**21**	**21**	**21**	**21**	**19**	**17**	**33**
LIS-leger	1	6	9	6	9	7	7	8	7	7	18
Overleger	7	8	11	12	13	14	15	14	13	11	19
Generell kirurgi: urologisk kir.	**19**	**31**	**34**	**45**	**51**	**48**	**50**	**53**	**57**	**52**	**103**
03 - Leger	**19**	**31**	**34**	**45**	**51**	**48**	**50**	**53**	**57**	**52**	**103**
LIS-leger	4	15	15	20	24	18	24	26	28	24	68
Overleger	15	19	20	27	32	32	31	31	34	33	56
Generell kirurgi:barnekirurgi				**1**	**1**	**1**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
03 - Leger				**1**	**1**	**1**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
LIS-leger				1	1	1	2	2	1	1	2
Overleger						1	2	2	2	2	2
Hud- og veneriske sykdommer	**16**	**33**	**39**	**42**	**41**	**38**	**51**	**45**	**48**	**54**	**101**
03 - Leger	**16**	**33**	**39**	**42**	**41**	**38**	**51**	**45**	**48**	**54**	**101**
LIS-leger	7	21	24	26	22	20	27	23	24	28	77
Overleger	9	15	18	22	22	23	29	27	29	32	48

Spesialitet	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
Immunologi og transfusjonsmedisin	**5**	**12**	**14**	**11**	**14**	**14**	**12**	**13**	**13**	**13**	**17**
03 - Leger	**5**	**12**	**14**	**11**	**14**	**14**	**12**	**13**	**13**	**13**	**17**
LIS-leger		4	5	3	4	2	2	2	2	1	6
Overleger	5	10	11	10	12	12	11	12	13	13	16
Indremedisin	**112**	**187**	**203**	**236**	**219**	**221**	**208**	**177**	**171**	**178**	**603**
03 - Leger	**112**	**187**	**203**	**236**	**219**	**221**	**208**	**177**	**171**	**178**	**603**
LIS-leger	67	134	137	159	145	144	131	102	98	104	456
Overleger	46	58	73	93	92	86	84	79	82	84	205
Indremedisin: blodsykdommer	**10**	**13**	**21**	**27**	**33**	**42**	**38**	**34**	**38**	**41**	**74**
03 - Leger	**10**	**13**	**21**	**27**	**33**	**42**	**38**	**34**	**38**	**41**	**74**
LIS-leger	1	2	7	12	14	19	17	13	16	19	45
Overleger	9	12	16	16	22	25	29	29	31	31	43
Indremedisin: endokrinologi	**6**	**15**	**22**	**31**	**35**	**38**	**33**	**38**	**41**	**41**	**69**
03 - Leger	**6**	**15**	**22**	**31**	**35**	**38**	**33**	**38**	**41**	**41**	**69**
LIS-leger		6	9	13	17	19	13	16	22	19	48
Overleger	6	11	16	22	22	24	28	27	25	27	36
Anestesiologi	**169**	**214**	**246**	**280**	**317**	**313**	**324**	**319**	**332**	**351**	**531**
03 - Leger	**169**	**214**	**246**	**280**	**317**	**313**	**324**	**319**	**332**	**351**	**531**
LIS-leger	52	81	98	108	115	109	113	108	117	124	273
Overleger	117	139	157	184	210	213	224	228	232	246	340
Indremedisin: fordøyelsessykdomme	**18**	**29**	**44**	**50**	**55**	**57**	**61**	**66**	**69**	**64**	**111**
03 - Leger	**18**	**29**	**44**	**50**	**55**	**57**	**61**	**66**	**69**	**64**	**111**
LIS-leger	1	5	12	15	20	22	23	26	30	27	59
Overleger	17	24	33	41	43	45	47	46	47	46	80
Indremedisin: geriatri	**12**	**17**	**21**	**20**	**16**	**16**	**21**	**24**	**25**	**23**	**62**
03 - Leger	**12**	**17**	**21**	**20**	**16**	**16**	**21**	**24**	**25**	**23**	**62**
LIS-leger	3	8	11	10	7	6	11	16	15	11	42
Overleger	9	10	11	11	10	11	11	10	11	13	24

Spesialitet	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
Indremedisin: hjertesykdommer	**28**	**62**	**91**	**109**	**119**	**124**	**143**	**153**	**161**	**165**	**244**
03 - Leger	**28**	**62**	**91**	**109**	**119**	**124**	**143**	**153**	**161**	**165**	**244**
LIS-leger	8	30	43	47	47	50	65	74	75	77	157
Overleger	21	36	53	68	83	81	86	87	98	104	138
Indremedisin: infeksjonssykdommer	**11**	**17**	**34**	**42**	**50**	**52**	**55**	**53**	**56**	**60**	**98**
03 - Leger	**11**	**17**	**34**	**42**	**50**	**52**	**55**	**53**	**56**	**60**	**98**
LIS-leger	2	4	13	23	31	29	30	31	30	34	68
Overleger	9	13	22	21	27	28	32	32	37	35	55
Indremedisin: lungesykdommer	**25**	**56**	**67**	**69**	**72**	**76**	**75**	**79**	**79**	**84**	**156**
03 - Leger	**25**	**56**	**67**	**69**	**72**	**76**	**75**	**79**	**79**	**84**	**156**
LIS-leger	5	29	35	40	44	46	45	46	47	48	120
Overleger	20	30	38	40	41	41	45	46	45	50	73
Indremedisin: nyresykdommer	**16**	**24**	**30**	**32**	**33**	**35**	**39**	**39**	**42**	**42**	**65**
03 - Leger	**16**	**24**	**30**	**32**	**33**	**35**	**39**	**39**	**42**	**42**	**65**
LIS-leger	1	6	10	14	14	15	19	17	17	15	40
Overleger	15	19	24	23	24	22	25	27	29	30	40
Klinisk farmakologi	**12**	**19**	**18**	**16**	**12**	**12**	**12**	**14**	**16**	**13**	**35**
03 - Leger	**12**	**19**	**18**	**16**	**12**	**12**	**12**	**14**	**16**	**13**	**35**
LIS-leger	5	9	10	8	4	3	4	5	5	4	23
Overleger	7	10	11	10	11	11	9	9	11	9	17
Klinisk nevrofysiologi	**5**	**6**	**11**	**12**	**12**	**12**	**13**	**13**	**15**	**14**	**17**
03 - Leger	**5**	**6**	**11**	**12**	**12**	**12**	**13**	**13**	**15**	**14**	**17**
LIS-leger		1	4	5	5	5	6	5	6	6	8
Overleger	5	5	7	7	7	7	9	9	11	10	13
Arbeidsmedisin	**3**	**7**	**12**	**17**	**16**	**16**	**17**	**19**	**19**	**15**	**28**
03 - Leger	**3**	**7**	**12**	**17**	**16**	**16**	**17**	**19**	**19**	**15**	**28**
LIS-leger	1	3	4	7	5	3	4	6	6	4	17
Overleger	2	4	9	12	13	13	14	14	14	11	18

Spesialitet	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
Medisinsk biokjemi	**11**	**14**	**21**	**22**	**22**	**23**	**23**	**24**	**28**	**27**	**50**
03 - Leger	**11**	**14**	**21**	**22**	**22**	**23**	**23**	**24**	**28**	**27**	**50**
LIS-leger	4	6	10	11	9	9	9	11	15	13	29
Overleger	7	8	12	12	14	15	15	15	14	15	26
Akutt- og mottaksmedisin					**16**	**47**	**78**	**76**	**70**	**72**	**145**
03 - Leger					**16**	**47**	**78**	**76**	**70**	**72**	**145**
LIS-leger					16	44	73	71	64	64	136
Overleger					7	12	12	11	14	20	32
Medisinsk genetikk	**5**	**8**	**15**	**15**	**16**	**14**	**13**	**15**	**16**	**20**	**24**
03 - Leger	**5**	**8**	**15**	**15**	**16**	**14**	**13**	**15**	**16**	**20**	**24**
LIS-leger	1	1	5	3	5	4	4	5	3	6	12
Overleger	4	7	12	12	12	10	10	11	15	16	19
Medisinsk mikrobiologi	**6**	**17**	**24**	**23**	**26**	**25**	**28**	**27**	**29**	**27**	**42**
03 - Leger	**6**	**17**	**24**	**23**	**26**	**25**	**28**	**27**	**29**	**27**	**42**
LIS-leger	1	7	13	11	12	8	10	9	10	8	26
Overleger	5	10	13	15	16	17	20	19	21	20	25
Nevrokirurgi	**16**	**20**	**30**	**32**	**28**	**25**	**25**	**30**	**25**	**22**	**49**
03 - Leger	**16**	**20**	**30**	**32**	**28**	**25**	**25**	**30**	**25**	**22**	**49**
LIS-leger	4	6	13	15	11	8	9	11	10	4	25
Overleger	12	15	18	22	21	20	19	22	18	20	32
Nevrologi	**55**	**101**	**114**	**129**	**137**	**145**	**151**	**157**	**165**	**148**	**308**
03 - Leger	**55**	**101**	**114**	**129**	**137**	**145**	**151**	**157**	**165**	**148**	**308**
LIS-leger	22	48	57	65	69	74	77	82	89	68	220
Overleger	35	55	58	67	77	77	83	83	88	88	129
Nukleærmedisin	**8**	**13**	**14**	**13**	**14**	**14**	**15**	**16**	**16**	**15**	**27**
03 - Leger	**8**	**13**	**14**	**13**	**14**	**14**	**15**	**16**	**16**	**15**	**27**
LIS-leger	3	8	7	7	5	5	5	5	5	5	16
Overleger	5	5	7	7	10	11	11	11	11	11	16
Onkologi	**31**	**71**	**90**	**133**	**136**	**132**	**141**	**147**	**148**	**157**	**282**
03 - Leger	**31**	**71**	**90**	**133**	**136**	**132**	**141**	**147**	**148**	**157**	**282**
LIS-leger	6	39	46	71	79	75	80	83	79	79	200
Overleger	25	34	47	71	69	67	75	77	83	92	128

Sensitivity: Internal

Spesialitet	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
Ortopedisk kirurgi	**98**	**136**	**162**	**187**	**201**	**219**	**215**	**219**	**223**	**236**	**395**
03 - Leger	**98**	**136**	**162**	**187**	**201**	**219**	**215**	**219**	**223**	**236**	**395**
LIS-leger	32	58	74	92	94	102	87	95	100	105	246
Overleger	68	85	101	112	124	131	142	140	142	154	224
Patologi	**45**	**61**	**73**	**79**	**77**	**76**	**83**	**84**	**83**	**83**	**118**
03 - Leger	**45**	**61**	**73**	**79**	**77**	**76**	**83**	**84**	**83**	**83**	**118**
LIS-leger	11	21	25	29	29	25	32	32	31	26	61
Overleger	34	44	53	55	53	55	59	61	62	64	80
Plastikkirurgi	**14**	**28**	**41**	**46**	**47**	**53**	**57**	**49**	**52**	**53**	**101**
03 - Leger	**14**	**28**	**41**	**46**	**47**	**53**	**57**	**49**	**52**	**53**	**101**
LIS-leger	2	11	20	24	25	28	31	25	27	27	68
Overleger	12	17	26	29	28	31	32	31	31	34	59
Barne- og ungdomspsykiatri	**74**	**104**	**115**	**128**	**142**	**139**	**145**	**143**	**134**	**135**	**274**
03 - Leger	**74**	**104**	**115**	**128**	**142**	**139**	**145**	**143**	**134**	**135**	**274**
LIS-leger	36	55	61	73	82	76	80	71	61	57	202
Overleger	38	50	59	61	65	71	72	79	82	82	121
Psykiatri	**170**	**262**	**300**	**304**	**339**	**338**	**342**	**324**	**336**	**323**	**673**
03 - Leger	**170**	**262**	**300**	**304**	**339**	**338**	**342**	**324**	**336**	**323**	**673**
LIS-leger	57	127	138	139	143	141	138	128	137	131	429
Overleger	113	144	179	193	217	208	226	221	231	223	363
Radiologi	**99**	**143**	**167**	**197**	**212**	**209**	**225**	**225**	**233**	**225**	**355**
03 - Leger	**99**	**143**	**167**	**197**	**212**	**209**	**225**	**225**	**233**	**225**	**355**
LIS-leger	25	52	62	62	73	63	72	72	80	74	180
Overleger	75	98	115	141	156	158	167	167	174	172	241
Revmatologi	**10**	**22**	**29**	**34**	**33**	**34**	**38**	**37**	**40**	**40**	**77**
03 - Leger	**10**	**22**	**29**	**34**	**33**	**34**	**38**	**37**	**40**	**40**	**77**
LIS-leger		6	12	16	15	15	16	17	20	21	54
Overleger	10	16	18	21	21	21	23	20	23	20	28
Samfunnsmedisin			**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**2**	**3**	**7**	**7**
03 - Leger			**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**2**	**3**	**7**	**7**
LIS-leger								1	2	2	3
Overleger			1	1	1	1	1	1	2	5	5

Spesialitet	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
Yrkesmedisin			**1**	**1**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**2**
03 - Leger			**1**	**1**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**2**
LIS-leger						1					1
Overleger			1	1	1	1	1	1	1	1	1
Øre-nese-halssykdommer	**39**	**57**	**71**	**81**	**91**	**83**	**82**	**84**	**83**	**92**	**172**
03 - Leger	**39**	**57**	**71**	**81**	**91**	**83**	**82**	**84**	**83**	**92**	**172**
LIS-leger	12	25	32	41	49	45	47	42	48	53	119
Overleger	27	33	39	42	48	43	42	46	41	47	78
Øyesykdommer	**34**	**60**	**74**	**80**	**84**	**84**	**86**	**88**	**85**	**91**	**164**
03 - Leger	**34**	**60**	**74**	**80**	**84**	**84**	**86**	**88**	**85**	**91**	**164**
LIS-leger	12	26	30	31	31	37	41	43	37	36	109
Overleger	22	36	50	56	55	55	55	55	55	60	89
Rus- og avhengighetsmedisin		**1**	**24**	**28**	**30**	**28**	**33**	**47**	**43**	**36**	**73**
03 - Leger		**1**	**24**	**28**	**30**	**28**	**33**	**47**	**43**	**36**	**73**
LIS-leger			4	10	16	17	21	33	26	15	51
Overleger		1	20	21	17	15	17	21	20	25	38
Barnesykdommer	**77**	**134**	**150**	**158**	**178**	**184**	**183**	**181**	**186**	**195**	**324**
03 - Leger	**77**	**134**	**150**	**158**	**178**	**184**	**183**	**181**	**186**	**195**	**324**
LIS-leger	25	66	70	68	73	80	75	78	82	84	217
Overleger	52	74	87	104	111	115	122	115	115	123	167
Fysikalsk medisin og rehabilitering	**20**	**30**	**37**	**33**	**32**	**33**	**35**	**37**	**37**	**39**	**73**
03 - Leger	**20**	**30**	**37**	**33**	**32**	**33**	**35**	**37**	**37**	**39**	**73**
LIS-leger	11	17	23	19	17	17	18	18	16	17	56
Overleger	10	15	16	17	18	18	19	22	22	24	31
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	**60**	**133**	**144**	**180**	**182**	**192**	**207**	**210**	**219**	**228**	**384**
03 - Leger	**60**	**133**	**144**	**180**	**182**	**192**	**207**	**210**	**219**	**228**	**384**
LIS-leger	26	60	67	96	91	90	104	106	98	101	237
Overleger	34	77	83	92	101	114	117	122	134	142	217
Generell kirurgi	**47**	**96**	**94**	**90**	**87**	**70**	**64**	**60**	**58**	**60**	**230**
03 - Leger	**47**	**96**	**94**	**90**	**87**	**70**	**64**	**60**	**58**	**60**	**230**
LIS-leger	28	72	71	66	57	45	42	39	38	40	174
Overleger	19	24	25	29	33	29	25	24	24	24	70
Generell kirurgi: bryst- og endokrink	**6**	**13**	**15**	**16**	**17**	**18**	**23**	**22**	**22**	**19**	**33**
03 - Leger	**6**	**13**	**15**	**16**	**17**	**18**	**23**	**22**	**22**	**19**	**33**
LIS-leger		5	7	7	8	10	12	13	13	11	22
Overleger	6	10	10	11	11	11	13	12	11	14	21

Start her

Sensitivity: Internal

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	Helse Vest RHF
DATO:	03.02.2023
SAKSHANDSAMAR:	Veslemøy Hagalid Haug m. fleire
SAKA GJELD:	**Rapportering frå verksemda per januar 2023**
ARKIVSAK:	2023/157
STYRESAK:	**025/23**
STYREMØTE:	**22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tek rapporteringa frå verksemda per 31. januar 2023 til etterretning.

1. Kva saka gjeld

Saka presenterer rapportering frå verksemda per 31. januar 2023.

2. Hovudpunkt og vurdering av handlingsalternativ

Målekort (NPR har utfordringar med å publisera tal for januar for pakkeforløp kreft)

Målekort Helse Vest - januar 2023		Nasjonale mål	Denne periode		Måloppnåelse
			Faktisk	Mål HV	
Kvalitet	Ventetid - somatikk	60	65	50	
	Ventetid - PHV	45	49	40	
	Ventetid - BUP	40	56	35	
	Ventetid - TSB	35	35	30	
	Andel kontakter passert planlagt tid		13,10 %		
	* Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandllingsformer				
	Korridorpasienter somatikk		1,50 %		
Aktivitet:				Tall i fjor	Endring mot fjoråret
Somatikk	Døgnopphold		14 442	13 299	8,6 %
	Dagopphold		4 920	4 869	1,0 %
	Poliklinikk		132 875	117 973	12,6 %
Psykiatri	Døgnopphold		845	917	-7,9 %
	Dagopphold		29	17	70,6 %
	Poliklinikk		44 695	44 785	-0,2 %
TSB	Døgnopphold (ekskl. private)		125	108	15,7 %
	Dagopphold		2	0	-200,0 %
	Poliklinikk		7 550	7 303	3,4 %
Bemanning	Brutto månedsverk		23 937	23 370	2,4 %
	Sykefravær	5,5 %	8,8 %	8,6 %	
			Regnskap	Budsjett	Avvik
Økonomi	Resultat		-19 354	37 699	-57 053

Ventetider og fristbrot

Fagområda samla hadde ei gjennomsnittleg ventetid på 63 dagar i januar, som er over den nasjonale målsettinga om 50 dagar. Pasientane som framleis stod på venteliste ved utgangen av månaden hadde ei gjennomsnittleg ventetid på 65 dagar, som er ei forbetring på 3 dagar sidan desember.

For dei somatiske fagområda var den samla ventetida på om lag 65 dagar i januar som er over målsettinga på 50 dagar i føretaka.

Ventetida innan psykisk helsevern for vaksne (PHV) var i januar 49 dagar som er over den regionale målsettinga på 40 dagar i gjennomsnitt.

Ventetida innan psykisk helsevern for barn og unge (BUP) var 56 dagar i januar. Alle føretaka hadde ei gjennomsnittleg ventetid over målsettinga på 35 dagar. Helse Bergen var nærast målsettinga med 43 dagar i gjennomsnittleg ventetid denne månaden. Ventetida i Helse Stavanger er høgast med 72 dagar.

Innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) var samla ventetid for helseføretaka 35 dagar i januar, noko som er 7 dagar høgare enn i desember og over det regionale målet på 30 dagar.

Prosentdelen fristbrot for dei som har starta helsehjelp og dei som framleis ventar er samla sett hhv. 7,5 % og 7,3% i januar.

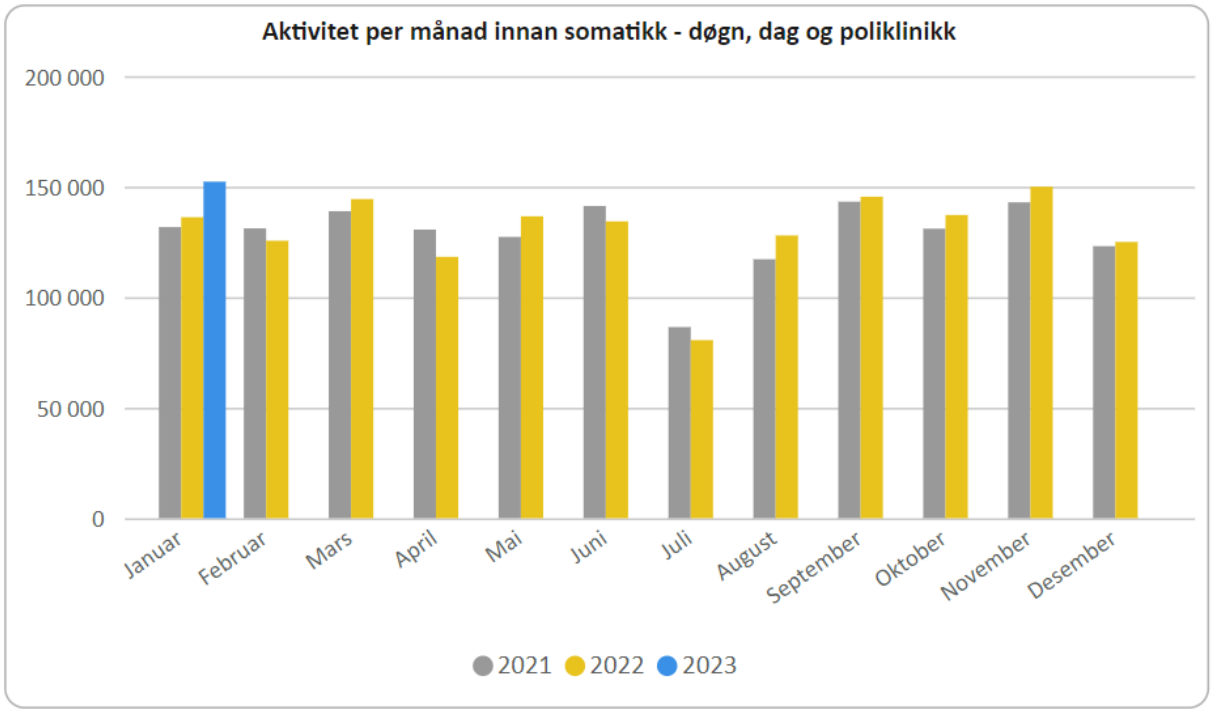
Når ein ser fagområda under eit, er det Helse Fonna og Helse Førde som har høgast del fristbrot. Når det gjeld delen fristbrot der behandlinga er starta innan psykisk helsevern for barn og unge (BUP), er det Helse Stavanger som har høgast del fristbrot. Føretaket iverksette i haust tiltak for å betre situasjonen og for å få talet på fristbrot ned i null.

Kreftbehandling

Norsk pasientregister (NPR) som publiserer resultat for pakkeforløp kreft har tekniske utfordringar, og kan derfor ikkje publisere resultat for januar månad. Status pr 21.02.23 er at resultat for januar blir publisert saman med resultat for februar medio mars 2023. Det vil bli lagt fram vurdering av resultat for både januar og februar i rapporten til styremøtet i april.

Aktivitet

Aktivitetsveksten i 2021 og 2022 har i all hovudsak vore poliklinisk. Figuren nedanfor viser utviklinga i tal sjukehusopphald og polikliniske konsultasjonar per månad innan somatikk. Samla var aktivitetsnivået i januar høgare enn i same månad dei to føregåande åra.



Somatikk
Både døgnopphald og dagopphald var høgare per januar 2023, høvesvis 8,6 % og 1,0 %, enn på same tid i 2022. Dei polikliniske konsultasjonane var 12,6 % høgare i januar 2023 enn i 2022.

Psykisk helsevern
Per januar 2023 var aktivitetsnivået innan psykisk helsevern for vaksne 4,7 % høgare for poliklinisk aktivitet enn på same tid i 2022.

Barn og unge med psykiske lidingar blir i all hovudsak behandla poliklinisk, og til no i år er den polikliniske aktiviteten 2,5 % høgare enn i 2021, og 7,8 % lågare enn i 2022.

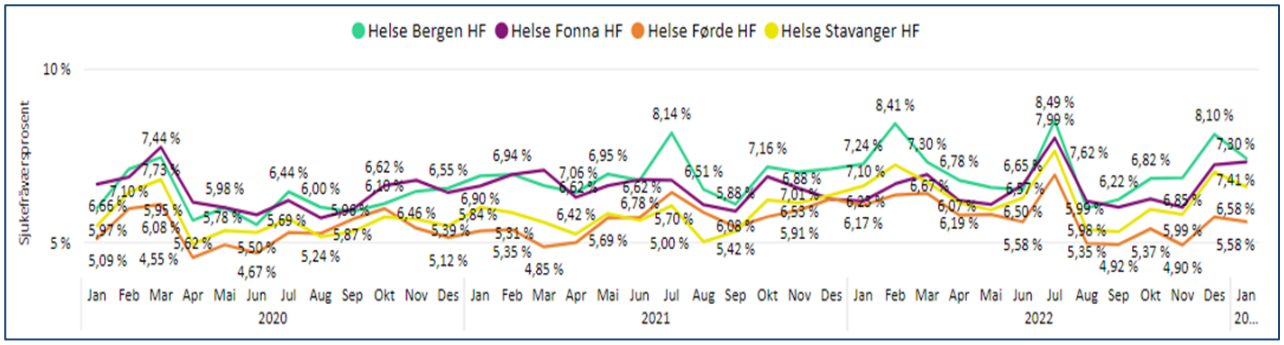
TSB
Hittil i år er den polikliniske aktiviteten innan TSB i føretaka 11,8 % lågare enn i 2021 og 3,4 % høgare enn i 2022.

Prioriteringsregelen blei ikkje oppnådd når ein målar den polikliniske aktivitetsveksten innan psykisk helsevern og TSB mot aktivitetsveksten innan somatikk mellom 2022 og 2023.

Sjukefråvær
Samla sjukefråvær for føretaksgruppa Helse Vest var på 8,81 % i januar 2023. Sjukefråværet i januar 2023 er utan koronarelatert fråvær. Førre måling i januar månad utan koronarelatert fråvær kan samanliknast med januar 2020. Då var samla sjukefråvær for føretaksgruppa Helse Vest på 7,23 %.

Sjukefråværet varierer mellom føretaka for januar månad og speglar smittesituasjonen ved inngangen til 2023.

Utvikling sjukefråværsprosent over tid



HMS/kvalitet

Det er meldt 1 530 saker for HMS området for januar 2023. Tal avslutta saker for januar er 646. Alle saker som er meldt er ikkje endeleg kategorisert. Tal saker som kan bli fordelt til HMS området kan endra seg. Per januar 2023 er 621 saker klassifisert "hendelsestype" HMS.

Helse Vest følgjer opp alvorlege HMS hendingar i månadlege møter med føretaka. Det er meldt om ei svært alvorlege hending i det siste månadlege møte med helseføretaka. Hendinga oppstod i Helse Fonna.

Av dei 621 sakene som var kategorisert til HMS området, var 195 kategorisert psykososialt arbeidsmiljø. Det var 29 truslar om vald, 10 truslar om drap og 11 anna vald og truslar mot vald mot tilsette. Det var meldt 25 hendingar i kategorien trakassering/utilbørleg oppførsel. Andre alvorlege valdshendingar rapportert i januar 2023 var 24 slag, 12 spark, 9 angrep med gjenstand, og 8 kloring/klyping/lugging og 8 saker om anna utagering.

Til samanlikning var det registrert 18 truslar om drap og 47 truslar om vald i desember 2022.

Gjennom prosjektet Topp 5 risiko – vald og truslar mot medarbeidarar blir det etablert eit nytt kunnskapsgrunnlag om vald og truslar.

Per januar 2023 var det klassifisert 1 704 pasientrelaterte hendingar. Dei er fordelt mellom 378 diagnostikk/utgreiing, 287 behandling/pleie, 268 blod, celler, vev og organ og 199 for legemiddel.

Økonomi

Det samla resultatet for føretaksgruppa for januar 2023 er på -19,4 mill. kroner, som er 57,1 mill. kroner lågare enn budsjettert. Det er alltid usikkerheit rundt det økonomiske resultatet for januar. Føretaka har hatt stor fokus på avslutning av rekneskapen for 2022 og er ikkje like detaljert med omsyn til avsetjingar og periodiseringar den første månaden.

I føretaksmøtet i februar blei det informert om at det vil bli fremma forslag i revidert nasjonalbudsjett om ei varig styrking av dei økonomiske rammene til helseføretaka på 2,5 mrd. kroner. Helse Vest sin del vil utgjere 478,7 mill. kroner. Oppdatert anslag for løns- og prisvekst for 2023 er no betydeleg høgare enn det som vart lagt til grunn då statsbudsjettet vart utarbeidd. Det vil i samband med revidert nasjonalbudsjett også bli lagt fram forslag til Stortinget om pris- og lønsjustering av budsjettet som veg opp for den ekstraordinære kostnadsveksten i 2023.

Desse forholda er ikkje innarbeidd i denne rapporteringa. Helse Vest vil med basis i revidert nasjonalbudsjett som blir lagt fram 11. mai 2023, leggje fram ei eiga budsjettsak om fordeling av ekstra midlar samt justering av resultatkrav i styremøtet i juni.

Resultatet per januar er som følgjer per føretak:

	Januar 2023		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Helse Stavanger	-27 470	833	-28 304
Helse Fonna	-21 957	0	-21 957
Helse Bergen	-22 577	0	-22 577
Helse Førde	-5 972	0	-5 972
Sjukehusapoteka VEST	258	630	-372
Helse Vest IKT	868	1 089	-221
Helse Vest Morselskap	57 497	35 146	22 351
Til saman	**-19 354**	**37 699**	**-57 052**

Alle tal i heile tusen

Helse Stavanger sitt negative budsjettavvik kjem mellom anna som lågare pasientrelatert inntekt som følgje av beredskapssituasjonen. ISF-budsjettet er ikkje oppdatert med nye DRG-vedtekter for 2023 enno, noko som betyr at rekneskap og budsjett ikkje kan samanliknast, og at januar må sjåast i samanheng med februar. Største delen av det negative budsjettavviket kjem frå negative avvik på løn- og personalkostnadar. Hovudårsaka er beredskapssituasjonen og at enkelte einingar har hatt høgt belegg samstundes som fråværet tidvis har vore høgt.

For Helse Fonna er hovudårsakane til det negative budsjettavviket høgare varekostnadar enn budsjettert og negative avvik på personalkostnadar. Det er særs overtid/variable tillegg og vikarar og innleige frå byrå som har negative avvik samanlikna med budsjett.

Hovudårsakane til Helse Bergen sitt negative budsjettavvik er høge lønskostnadar, energikostnad og kostnader til fritt behandlingsval. Januar har vore prega av eit høgt sjukefråvær som gir høge kostnadar til vikar, meirarbeid og overtid.

Helse Førde sitt negative budsjettavvik skuldast meirforbruk på lønn, og høgare kostnadar enn budsjettert på blant anna overtid, vikarar og innleige.

Alle helseføretaka arbeider med tiltak for å bremse og få bukt med underliggande kostnadsdrivarar. Til dømes kan det vere rester etter pandemistrukturen som heng igjen. Dette arbeidet er viktig og må helde fram i tillegg til at helseføretaka vil få styrka dei økonomiske rammene i revidert nasjonalbudsjett. Sjukehusa er avhengig av å reetablere framtidig resultatkrav for å sikre økonomiske berekraft til å gjennomføre nødvendige investeringar.

3. Administrerande direktør si vurdering

Ventetider innan alle fagområda er på 63 dagar og ligg godt over måltalet på 50 dagar. For dei somatiske fagområda var ventetida 65 dagar medan måltalet er 50 dagar, dette er likevel ein liten forbetring på 3 dagar sidan desember. For psykisk helsevern for vaksne var ventetida 49 dagar medan måltalet er 40 dagar. Ventetida for psykisk helsevern barn og unge var 56 dagar medan måltalet er 35 dagar, høgast var ventetida i Helse Stavanger med 72 dagar, medan Helse Bergen hadde lågast ventetid med 43 dagar. Ventetida innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling var 35 dagar medan måltalet er 30 dagar. Dette er 7 dagar høgare enn i desember. Generelt vil ein alltid forventa ei lita auke i ventetider og fristbrot etter lågaktivitetsperiodar, og ei auke i januar er dermed ikkje uventa.

Generelt var aktivitetsnivået i januar høgare enn same månad dei to føregåande åra, og ventetid og del fristbrot har gått nedover gjennom hausten-22. Innafor dei somatiske faga var aktiviteten svært høg i januar, og det er forventa vidare nedgang nå utover vinteren. I starten av januar var det svært høge innleggingstal relatert til luftvegsinfeksjonar, og det var ein periode nødvendig å redusere planlagd aktivitet, men frå medio januar har helseføretaka i stor grad hatt normal drift.

Prioriteringsregelen blei ikkje oppnådd når ein måler den polikliniske aktivitetsveksten mellom 2022 og 2023. Dette er i stor grad knytt til vanskar med å rekruttera tilstrekkeleg tal psykiatrar og psykologar til helseføretaka.

Det økonomiske resultatet er vesentleg dårlegare enn budsjett. Hovudforklaringa er relatert til avvik på løn- og personale med høg bruk av overtid, vikarar, meirarbeid og overtid. Ei anna forklaring er beredskapssituasjonen i starten på året der enkelte avdelingar har hatt høgt belegg samtidig som sjukefråværet har vore høgt. Det er og negative avvik innanfor energi, varekostnader og kostnader med fritt behandlingsval.

Det er ikkje tatt omsyn til informasjonen i føretaksmøte i februar om at Helse Vest får ei varig styrking av den økonomiske ramma. Det er heller ikkje tatt omsyn til at det vil kome ein kompensasjon for ekstraordinær kostnadsvekst som følgje av høgare løns- og prisvekst i revidert nasjonalbudsjett.

Sjølv om resultatet i januar innehar usikkerheit, understrekar budsjettavvika likevel behovet for at helseføretaka held trykk på gjennomføring av tiltak for å tilpasse seg budsjettramma for 2023.

Det er risiko i budsjettet for 2023 relatert til høgare løns- og prisvekst enn deflatoren som ligg til grunn i statsbudsjettet. Ein kompensasjon for auka løns- og prisvekst i revidert nasjonalbudsjett vil derfor isolert sett ikkje forbetre resultatet, men ta ned risikoen.

Resultatkravet for 2023 er fastsett med utgangspunkt i ei stram økonomisk ramme. Resultatkravet er derfor sett lågare enn det som er nødvendig for å gjennomføre investeringsplanane i føretaksgruppa. Det blir no i dialog med helseføretaka gjort ei vurdering av om ein skal justerte resultatkravet som følgje av den varige styrkinga av den økonomiske ramma. Målsettinga er å komme tilbake på eit resultatkrav opp mot det nivået som låg til grunn for rullering av ØLP våren 2022.

Vedlegg:

1. Talgrunnlag og analysar

Rapportering frå verksemda januar 2023

Vedlegg

Innhald

1. Målekort
2. Kvalitet og pasientbehandling
3. Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling
4. Aktivitet
5. Meldekultur
6. Sjukefråvær, månadsverk mv.
7. Alle møter
8. Økonomi/finans

Målekort

Målekort Helse Vest - januar 2023		Nasjonale mål	Denne periode		Måloppnåelse
			Faktisk	Mål HV	
Kvalitet	Ventetid - somatikk	60	65	50	
	Ventetid - PHV	45	49	40	
	Ventetid - BUP	40	56	35	
	Ventetid - TSB	35	35	30	
	Andel kontakter passert planlagt tid		13,10 %		
	* Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandllingsformer				
	Korridorpasienter somatikk		1,50 %		
Aktivitet:				Tall i fjor	Endring mot fjoråret
Somatikk	Døgnopphold		14 442	13 299	8,6 %
	Dagopphold		4 920	4 869	1,0 %
	Poliklinikk		132 875	117 973	12,6 %
Psykiatri	Døgnopphold		845	917	-7,9 %
	Dagopphold		29	17	70,6 %
	Poliklinikk		44 695	44 785	-0,2 %
TSB	Døgnopphold (ekskl. private)		125	108	15,7 %
	Dagopphold		2	0	-200,0 %
	Poliklinikk		7 550	7 303	3,4 %
Bemanning	Brutto månedsverk		23 937	23 370	2,4 %
	Sykefravær	5,5 %	8,8 %	8,6 %	
			Regnskap	Budsjett	Avvik
Økonomi	Resultat		-19 354	37 699	-57 053

Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling

Tal ISF-konsultasjonar per fagområde – per januar

Somatikk	Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
Polikliniske ISF-konsultasjonar	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Helseføretak	**107 367**	**110 788**	**124 930**	**17 563**	**14 142**	**16.4%**	**12.8%**
Helse Stavanger HF	33 457	33 419	37 667	4 210	4 248	12.6%	12.7%
Helse Fonna HF	13 316	13 712	15 306	1 990	1 594	14.9%	11.6%
Helse Bergen HF	49 930	51 842	59 505	9 575	7 663	19.2%	14.8%
Helse Førde HF	10 664	11 815	12 452	1 788	637	16.8%	5.4%
Ideelle sjukehus	**6 448**	**7 185**	**7 945**	**1 497**	**760**	**23.2%**	**10.6%**
Betanien	302	409	437	135	28	44.7%	6.8%
Haraldsplass	3 574	4 029	4 650	1 076	621	30.1%	15.4%
Revmatismesykehuset	2 572	2 747	2 858	286	111	11.1%	4.0%
Helseføretak inkl. ideelle sjukehus	**113 815**	**117 973**	**132 875**	**19 060**	**14 902**	**16.7%**	**12.6%**

BUP	Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
Polikliniske ISF-konsultasjonar	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Helseføretak	**15 216**	**16 797**	**15 453**	**237**	**-1 344**	**1.6%**	**-8.0%**
Helse Stavanger HF	5 755	5 909	4 965	-790	-944	-13.7%	-16.0%
Helse Fonna HF	2 319	2 456	2 319	0	-137	0.0%	-5.6%
Helse Bergen HF	5 571	6 668	6 524	953	-144	17.1%	-2.2%
Helse Førde HF	1 571	1 764	1 645	74	-119	4.7%	-6.7%
Ideelle sjukehus	**600**	**785**	**753**	**153**	**-32**	**25.5%**	**-4.1%**
Betanien	600	785	753	153	-32	25.5%	-4.1%
Helseføretak inkl. ideelle sjukehus	**15 816**	**17 582**	**16 206**	**390**	**-1 376**	**2.5%**	**-7.8%**

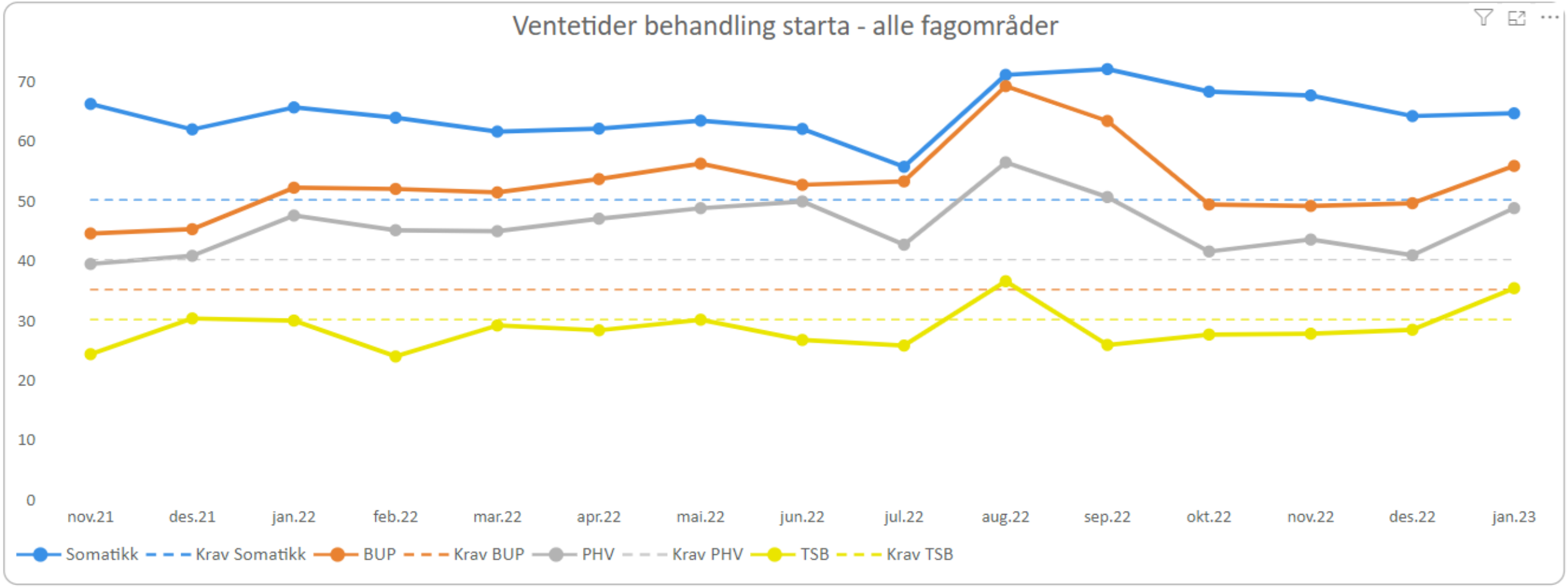
TSB	Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
Polikliniske ISF-konsultasjonar	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Helseføretak	**7 937**	**7 303**	**7 550**	**-387**	**247**	**-4.9%**	**3.4%**
Helse Stavanger HF	2 284	2 414	1 346	-938	-1 068	-41.1%	-44.2%
Helse Fonna HF	299	263	278	-21	15	-7.0%	5.7%
Helse Bergen HF	5 159	4 409	5 723	564	1 314	10.9%	29.8%
Helse Førde HF	195	217	203	8	-14	4.1%	-6.5%
Helseføretak inkl. ideelle sjukehus	**7 937**	**7 303**	**7 550**	**-387**	**247**	**-4.9%**	**3.4%**

VOP	Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
Polikliniske ISF-konsultasjonar	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Helseføretak	**19 212**	**20 726**	**21 746**	**2 534**	**1 020**	**13.2%**	**4.9%**
Helse Stavanger HF	6 159	6 387	6 696	537	309	8.7%	4.8%
Helse Fonna HF	3 123	3 500	3 508	385	8	12.3%	0.2%
Helse Bergen HF	8 125	8 695	9 306	1 181	611	14.5%	7.0%
Helse Førde HF	1 805	2 144	2 236	431	92	23.9%	4.3%
Ideelle sjukehus	**5 845**	**6 477**	**6 743**	**898**	**266**	**15.4%**	**4.1%**
Betanien	1 080	1 368	1 529	449	161	41.6%	11.8%
Jæren DPS	1 702	1 680	1 809	107	129	6.3%	7.7%
Bjørkeli	834	866	948	114	82	13.7%	9.5%
Solli	2 019	2 248	2 201	182	-47	9.0%	-2.1%
Olaviken	210	315	256	46	-59	21.9%	-18.7%
Helseføretak inkl. ideelle sjukehus	**25 057**	**27 203**	**28 489**	**3 432**	**1 286**	**13.7%**	**4.7%**

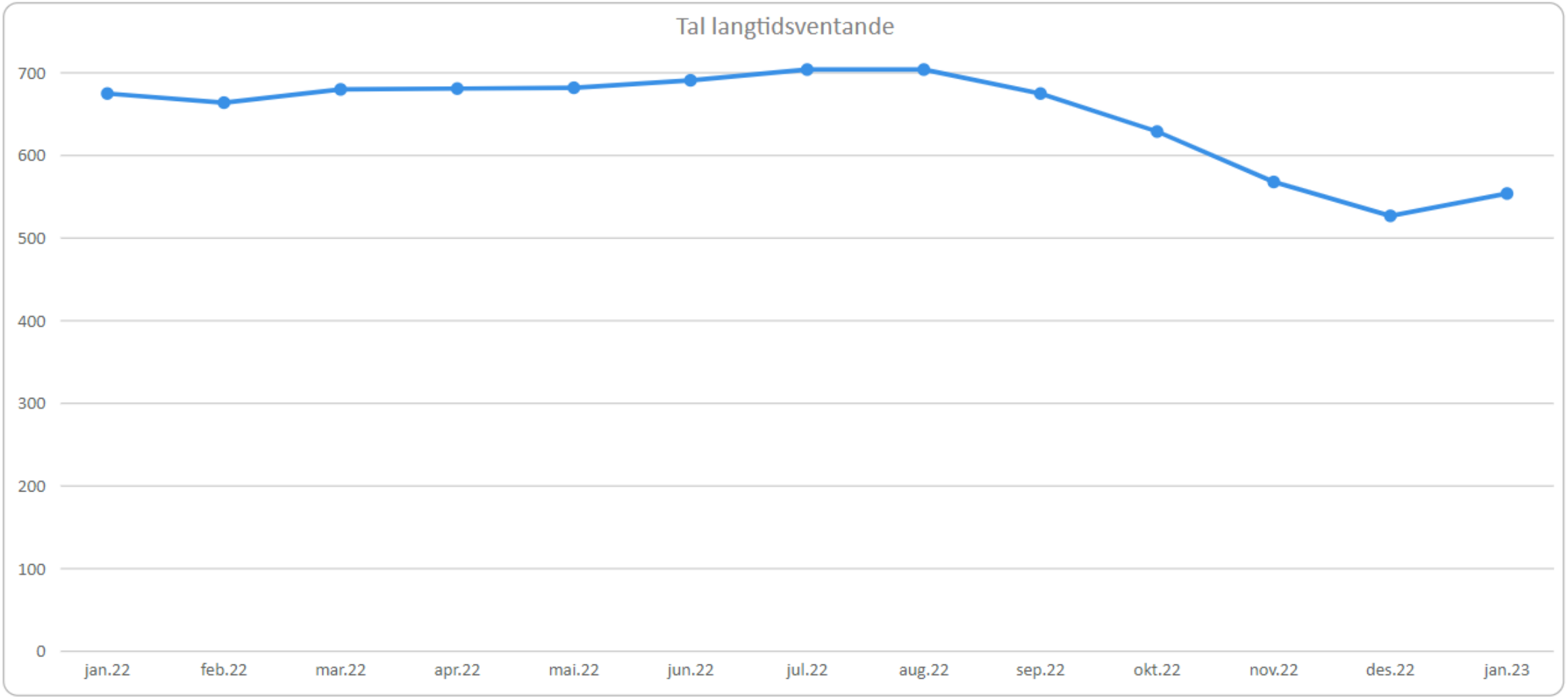
	Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
Polikliniske ISF-konsultasjonar	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Somatikk	**113 815**	**117 973**	**132 875**	**19 060**	**14 902**	**16.7%**	**12.6%**
Psykisk helsevern	**40 873**	**44 785**	**44 695**	**3 822**	**-90**	**9.4%**	**-0.2%**
VOP	25 057	27 203	28 489	3 432	1 286	13.7%	4.7%
BUP	15 816	17 582	16 206	390	-1 376	2.5%	-7.8%
TSB	**7 937**	**7 303**	**7 550**	**-387**	**247**	**-4.9%**	**3.4%**
Totalt	**162 625**	**170 061**	**185 120**	**22 495**	**15 059**	**13.8%**	**8.9%**

Kvalitet og pasientbehandling

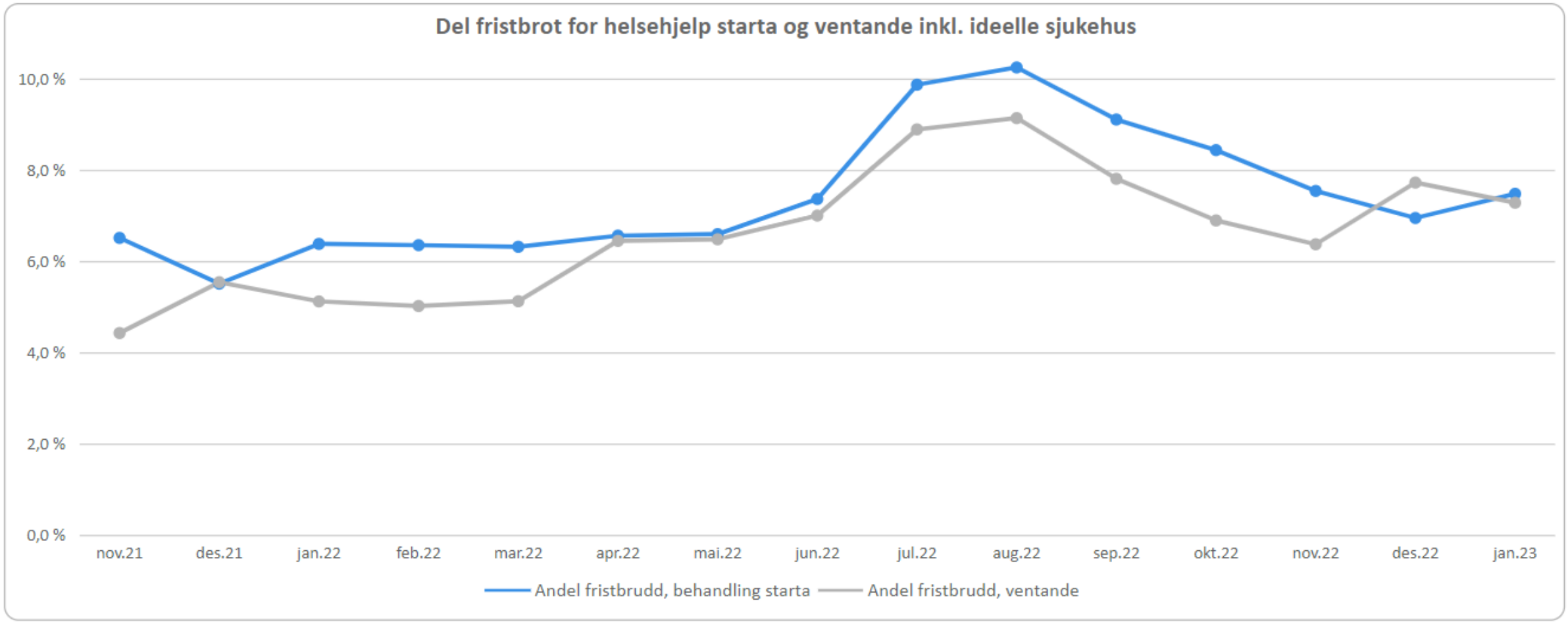
Gjennomsnittleg ventetid per fagområde - behandling starta



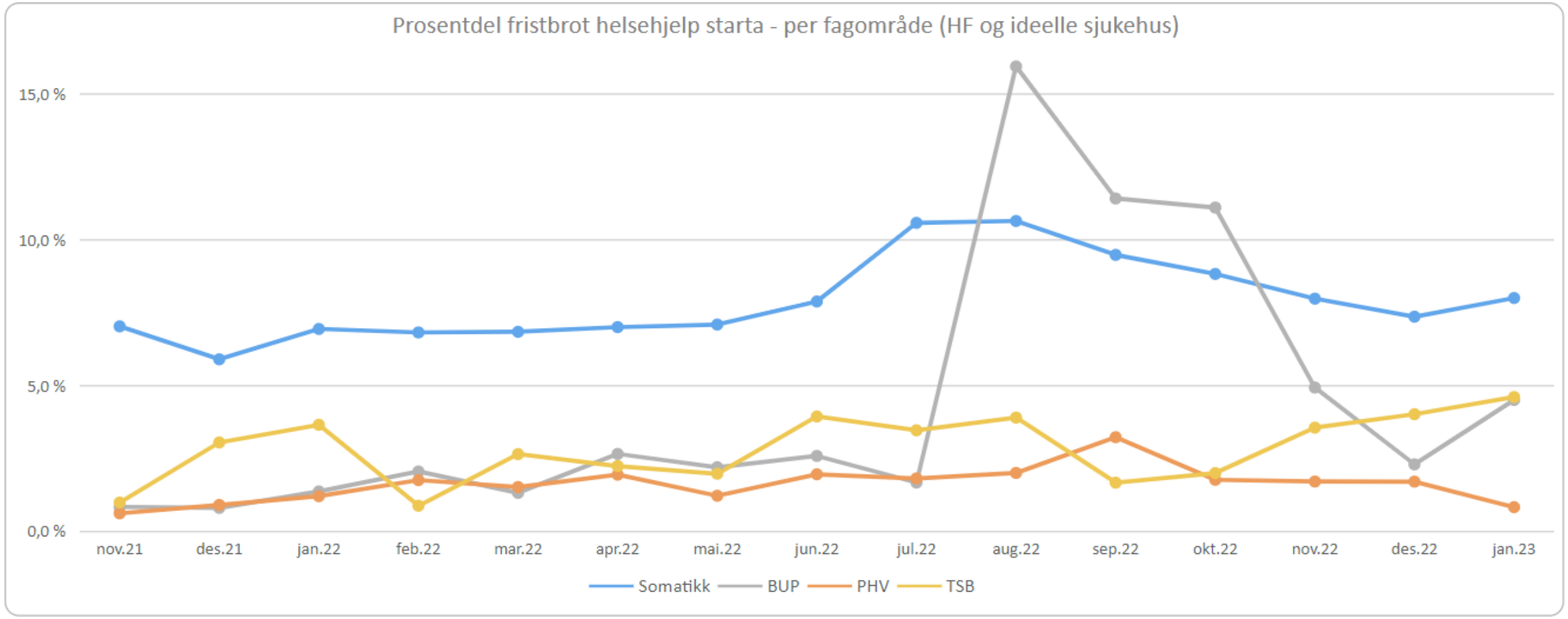
Langtidsventande (>365)



Prosentdel fristbrot



Prosentdel fristbrot per fagområde

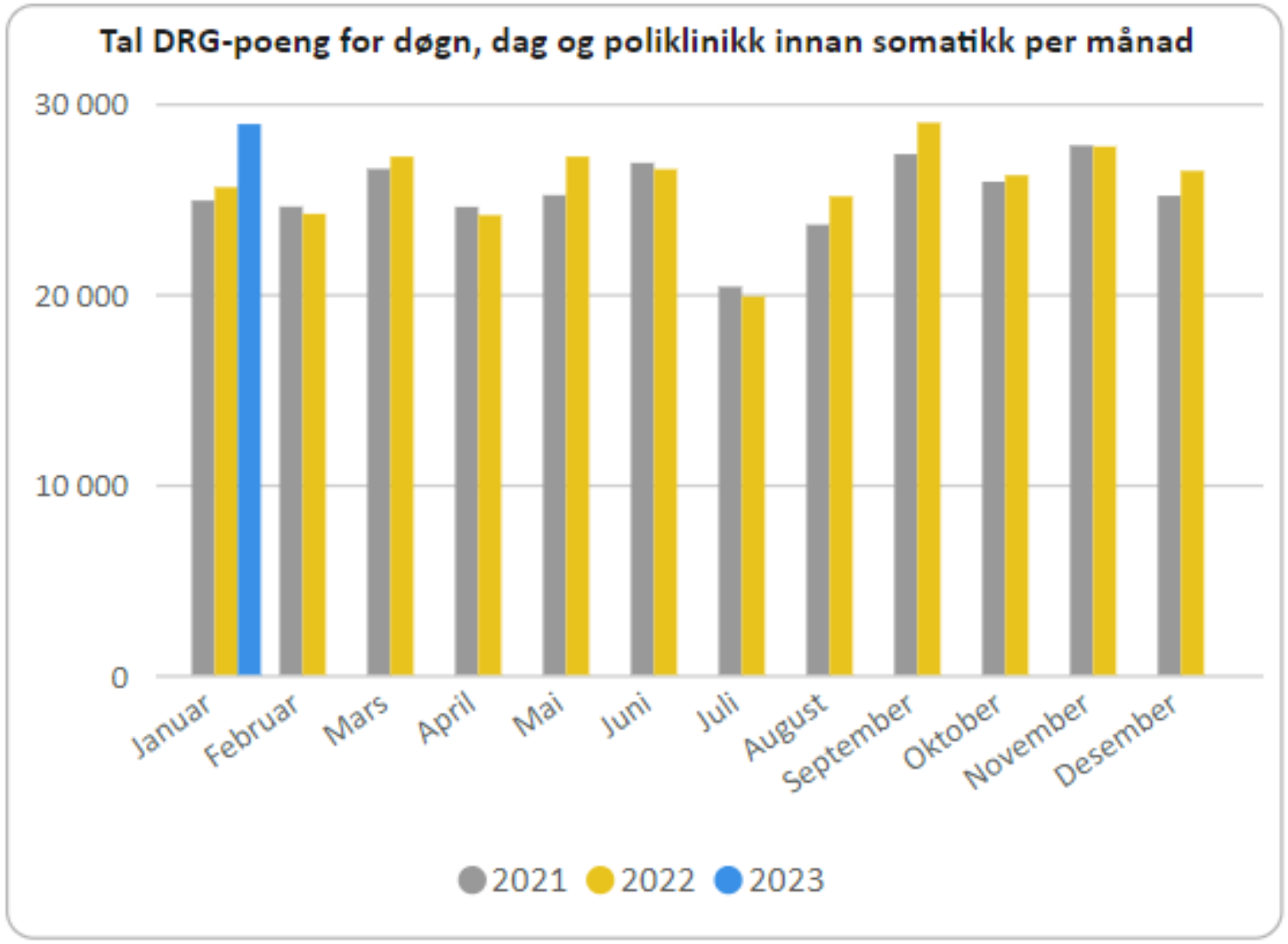


Kreftforløp

NPR har utfordringer med å publisere tall for januar.

Aktivitet

Aktivitet somatikk – DRG poeng per månad



Aktivitet somatikk – DRG-poeng hittil i år

DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk)	Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Helse Vest inkl. ideelle sjukehus	**24 894**	**25 595**	**28 908**	**4 014**	**3 313**	**16.1%**	**12.9%**
Helseføretak	**23 251**	**23 718**	**26 907**	**3 657**	**3 190**	**15.7%**	**13.4%**
Helse Stavanger HF	6 642	6 889	7 676	1 034	787	15.6%	11.4%
Helse Fonna HF	3 249	3 219	3 565	316	346	9.7%	10.8%
Helse Bergen HF	11 159	11 415	13 302	2 143	1 888	19.2%	16.5%
Helse Førde HF	2 200	2 196	2 364	164	168	7.4%	7.7%
Ideelle sjukehus	**1 643**	**1 878**	**2 001**	**358**	**123**	**21.8%**	**6.6%**
Betanien	110	127	97	-14	-30	-12.3%	-23.6%
Haraldsplass	1 364	1 536	1 698	335	163	24.5%	10.6%
Revmatismesykehuset	169	215	206	36	-9	21.6%	-4.4%
STG, TFG og stråle	**8 055**	**8 492**	**8 321**	**266**	**-171**	**3.3%**	**-2.0%**
Sum DRG-poeng totalt	**32 949**	**34 088**	**37 230**	**4 281**	**3 142**	**13.0%**	**9.2%**

DRG-poeng psykisk helsevern og TSB – poliklinikk

DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk)	Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Totalt PH - Psykisk helsevern	**9 215**	**10 026**	**10 142**	**927**	**116**	**10.1%**	**1.2%**
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	5 290	4 971	4 647	-643	-324	-12.2%	-6.5%
PHV - Psykisk helsevern for vaksne	3 925	5 055	5 495	1 570	439	40.0%	8.7%
Totalt TSB	**1 463**	**1 252**	**1 291**	**-172**	**39**	**-11.8%**	**3.1%**
Totalt PH og TSB	**10 678**	**11 278**	**11 432**	**755**	**154**	**7.1%**	**1.4%**

	VOP							BUP							TSB						
	Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023		Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023		Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
DRG-poeng PH og TSB	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Helseføretak	**3 069**	**3 959**	**4 339**	**1 269**	**380**	**41.4%**	**9.6%**	**5 087**	**4 758**	**4 433**	**-654**	**-324**	**-12.8%**	**-6.8%**	**1 463**	**1 252**	**1 291**	**-172**	**39**	**-11.8%**	**3.1%**
Helse Stavanger HF	974	1 258	1 303	329	45	33.8%	3.6%	1 876	1 705	1 411	-465	-294	-24.8%	-17.2%	471	486	319	-151	-167	-32.1%	-34.3%
Helse Fonna HF	506	721	815	309	94	61.0%	13.1%	782	690	671	-111	-19	-14.2%	-2.8%	125	123	154	30	32	23.7%	25.7%
Helse Bergen HF	1 324	1 603	1 814	490	211	37.0%	13.1%	1 918	1 878	1 880	-38	2	-2.0%	0.1%	839	612	774	-65	163	-7.7%	26.6%
Helse Førde HF	265	377	406	141	30	53.2%	7.9%	511	485	472	-39	-13	-7.6%	-2.7%	28	31	43	14	11	50.5%	36.6%
Ideelle sjukehus	**856**	**1 096**	**1 156**	**300**	**60**	**35.1%**	**5.4%**	**203**	**213**	**214**	**11**	**1**	**5.3%**	**0.3%**							
Betanien	161	224	267	106	43	65.6%	19.1%	203	213	214	11	1	5.3%	0.3%							
Jæren DPS	264	298	316	52	17	19.8%	5.8%														
Bjørkeli	118	148	163	45	15	38.0%	10.0%														
Solli	284	374	363	79	-10	27.8%	-2.7%														
Olaviken	28	52	47	19	-5	65.1%	-9.8%														
Helseføretak inkl. ideelle	**3 925**	**5 055**	**5 495**	**1 570**	**439**	**40.0%**	**8.7%**	**5 290**	**4 971**	**4 647**	**-643**	**-324**	**-12.2%**	**-6.5%**	**1 463**	**1 252**	**1 291**	**-172**	**39**	**-11.8%**	**3.1%**

Somatisk aktivitet - %-endring ift. 2021 og 2022

Somatikk	Siste månad			Endring til 2023		%-endring til 2023		Hittil i år (Januar)			Endring til 2023		%-endring til 2023	
	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2023	2021	2022	2021	2022
Aktivitet	**131 690**	**136 141**	**152 237**	**20 547**	**16 096**	**15.6%**	**11.8%**	**131 690**	**136 141**	**152 237**	**20 547**	**16 096**	**15.6%**	**11.8%**
Sjukehusopphald, døgn	13 281	13 299	14 442	1 161	1 143	8.7%	8.6%	13 281	13 299	14 442	1 161	1 143	8.7%	8.6%
Sjukehusopphald, dag	4 594	4 869	4 920	326	51	7.1%	1.0%	4 594	4 869	4 920	326	51	7.1%	1.0%
Polikliniske ISF konsultasjonar	113 815	117 973	132 875	19 060	14 902	16.7%	12.6%	113 815	117 973	132 875	19 060	14 902	16.7%	12.6%
DRG-poeng	**32 949**	**34 088**	**37 230**	**4 281**	**3 142**	**13.0%**	**9.2%**	**32 949**	**34 088**	**37 230**	**4 281**	**3 142**	**13.0%**	**9.2%**
Døgn, dag og poliklinikk	24 894	25 595	28 908	4 014	3 313	16.1%	12.9%	24 894	25 595	28 908	4 014	3 313	16.1%	12.9%
STG	3 605	4 042	4 188	583	146	16.2%	3.6%	3 605	4 042	4 188	583	146	16.2%	3.6%
TFG	4 237	4 219	3 928	-310	-291	-7.3%	-6.9%	4 237	4 219	3 928	-310	-291	-7.3%	-6.9%
Stråleterapi	213	232	206	-7	-26	-3.1%	-11.1%	213	232	206	-7	-26	-3.1%	-11.1%

Meldingar i Synergi

Vald og truslar

Tal fordelte saker per hendingstype frå januar 2021 til og med januar 2023.

År	2021													2022												
«Hendelsestyper»	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Totalt	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Totalt	Jan
1 HMS																											
1. 9 Psykososialt arbeidsmiljø																											
1.9. 9 Vold og trusler om vold mot ansatte																											
1.9.9. 1 Angrep med gjenstand	15	4	9	12	5	8	5	13	4	10	5	4	94	9	4	7	9	5	5	8	11	5	6	2	4	75	9
1.9.9. 2 Angrep med varm væske		3	3	2	5	2			2	2	2	2	23	1		2	3	3	2			1	3	5	1	21	
1.9.9. 3 Bitt	1	5	5	3	4	4	4	2	2	1	5	2	38	5	1	3	3	1	3	6	4	5	5	5	2	43	1
1.9.9. 3 Dytting/pressing	4	3	5	6	5	7	9	4	8	8	2	3	64	10	7	4	4	6	7	4	2	3	4	10	2	63	6
1.9.9. 5 Kartlegging/risikovurdering	1						2				1		4							2		1				3	1
1.9.9. 6 Kloring/klyping/lugging	26	23	22	30	31	26	13	13	10	12	14	11	231	14	7	17	14	13	5	12	14	3	11	14	9	133	8
1.9.9. 7 Kvelertak		2	1	1	1	3	7	3	1	3	2		24	2	1	1	2	5	2	3	2	1	1			20	
1.9.9. 8 Opplæring/kunnskap/informasjon/øvelse							1						1														
1.9.9. 9 Skalling		2		2	3	3	1	2	2		1		16	2		1	1		1	1				2	1	9	1
1.9.9.10 Slag	58	34	31	43	49	72	20	39	46	47	64	36	539	44	31	43	42	45	26	28	44	13	34	39	37	426	24
1.9.9.11 Spark	28	26	16	23	15	19	17	7	17	34	28	11	241	19	16	19	18	18	16	24	18	13	8	19	7	195	12
1.9.9.12 Spytting	6	13	6	3	5	11	12	10	4	6	5	3	84	3	3	3	8	6	3	6	4	8	9	8	11	72	3
1.9.9.13 Trusler mot familie/venner		3			1		2			2	1	1	10	1		1			1	1	1					5	
1.9.9.14 Trusler om drap	22	11	29	24	24	21	14	23	18	35	25	22	268	8	22	17	15	9	7	11	9	15	19	10	18	160	10
1.9.9.14 Trusler om vold	46	40	32	25	34	41	48	25	28	67	28	31	445	19	18	25	23	27	23	21	43	27	44	44	47	361	29
1.9.9.15 Annen utagering	20	10	7	14	23	28	14	16	11	14	12	14	183	14	10	9	9	9	7	11	14	22	19	19	7	150	8
1.9.9.16 Verneutstyr/vernetiltak	1			1	1		1						4								1		1			2	
1.9.9.17 Vold og trusler utenom arbeidstid				1		2	1	2		1	2		9	1	3	1	1			1	2	3	1	4		17	
1.9.9.99 Annet - Vold og trusler om vold mot ansatte	18	22	27	19	20	29	14	28	40	40	24	33	314	27	18	27	15	28	24	24	15	32	30	15	16	271	11

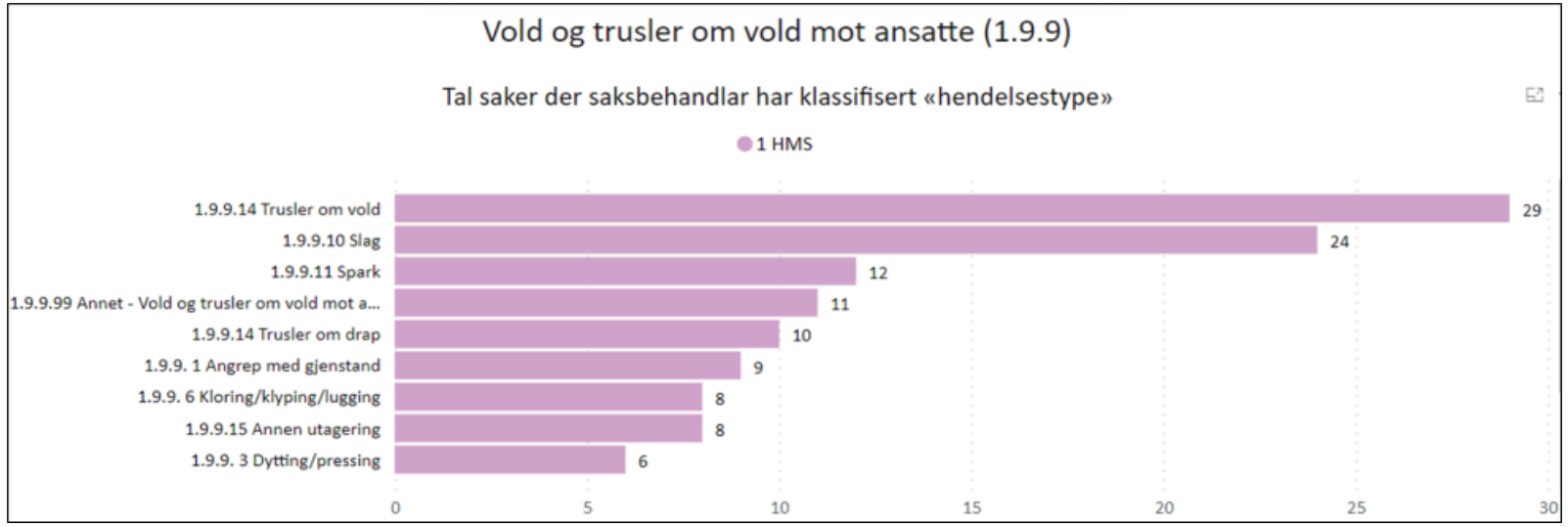
Det har vore ei nedgang i tal slag, truslar om vald og anna vald og truslar mot medarbeidarar i perioden januar 2021 til januar 2023. Det ein nedgang for dei fleste hendingstypar for januar 2023, samanlikna med same periode 2021. Per januar 2023 var det 10 truslar om drap, 29 truslar om vald og 11 anna vald og truslar. Tala vil endre seg når alle registreringar er fordelt.

Samla oversikt over meldte hendingar

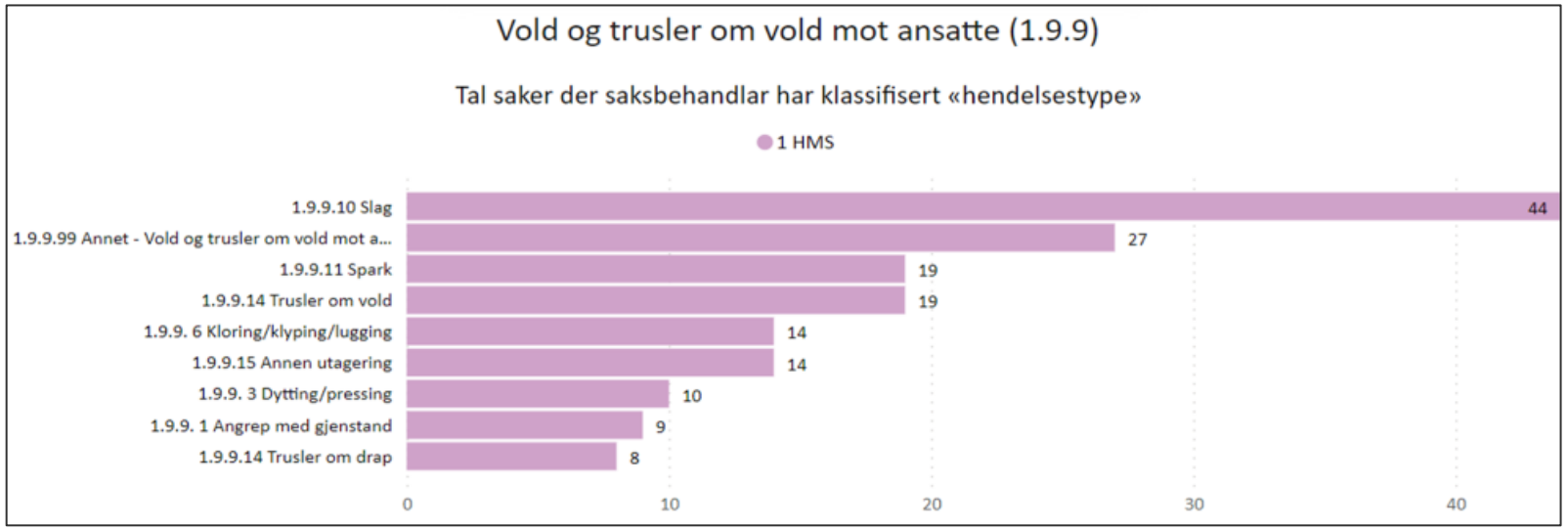
År	2021													2022												
Type saker	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Totalt	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Totalt	Jan
	149	173	230	245	305	372	76	83	297	216	249	215	2 610	221	172	199	241	441	395	168	215	344	318	307	263	3 284	231
1 HMS	923	739	755	707	790	880	674	712	793	973	967	819	9 732	851	822	751	752	807	798	681	706	854	923	943	923	9 811	915
2 Pasientrelatert	1 533	1 544	1 691	1 492	1 640	1 743	1 564	1 425	1 828	1 867	1 691	1 602	19 620	1 639	1 560	1 889	1 593	1 784	1 635	1 472	1 448	1 981	2 028	2 167	2 134	21 330	2 309
3 Drift	1 023	1 017	1 020	947	978	1 089	844	934	1 152	1 232	1 171	965	12 372	1 138	1 003	1 128	990	1 132	1 069	859	979	1 285	1 311	1 315	1 235	13 444	1 266
4 Informasjonstryggleik og personvern	53	93	77	65	57	58	40	62	59	75	75	48	762	62	61	65	63	65	57	41	68	90	84	65	76	797	91
5 Ide til forbetring	218	219	263	198	182	210	133	169	205	217	197	171	2 382	174	173	186	187	176	189	149	151	205	195	207	163	2 155	192

Vald og truslar mot medarbeidarar januar 2023 samanlikna med januar 2022

Januar 2023



Januar 2022

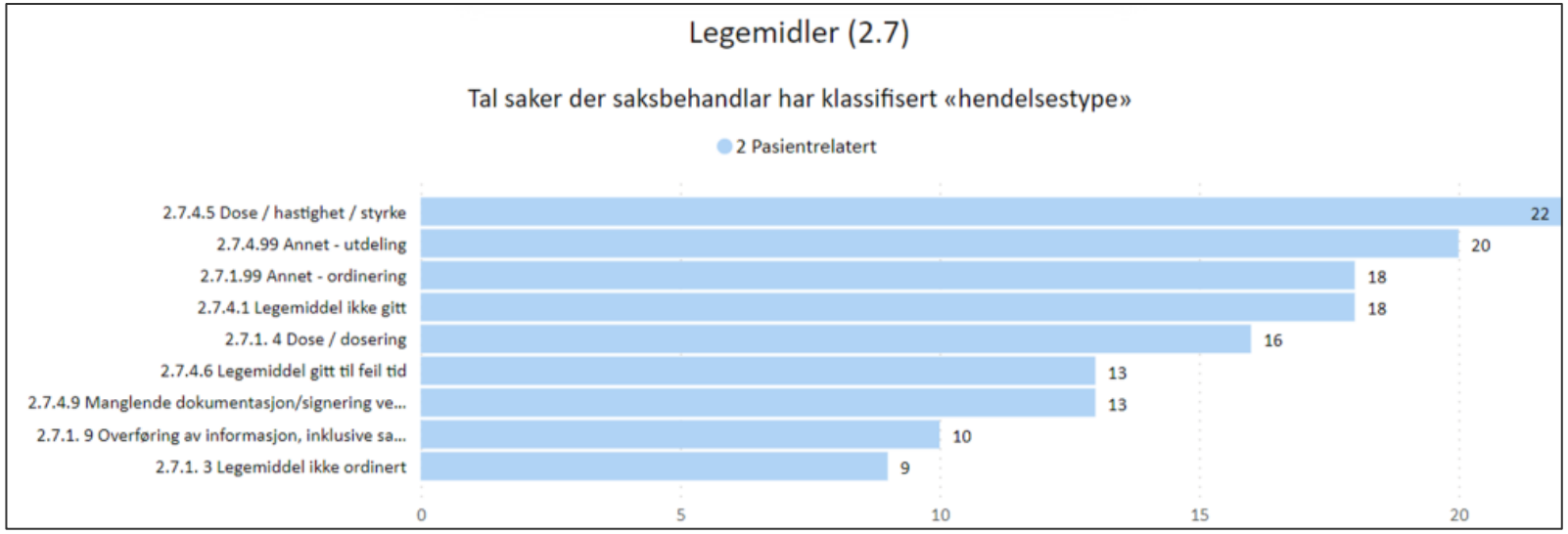


Det kan ikkje vere aksept for at medarbeidarar blir utsette for vald og truslar. Det må ikkje sette seg ein kultur at dette er "noko ein må forvente eller tola".

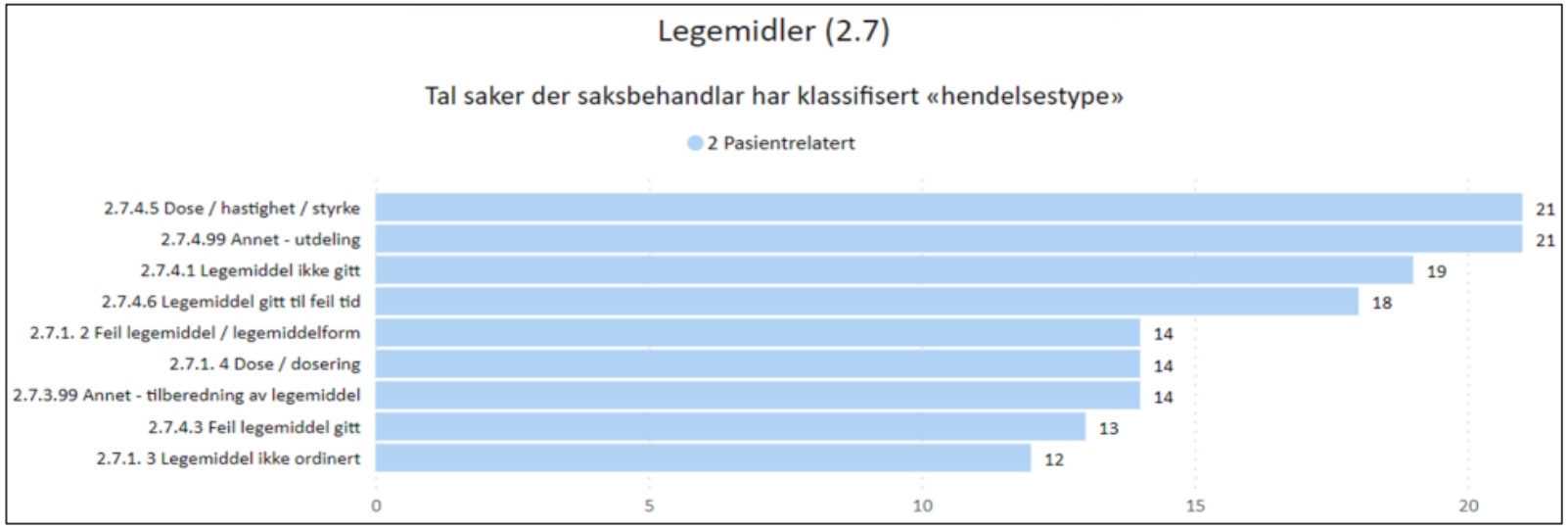
Gjennom prosjektet Topp 5 risiko – vald og truslar mot medarbeidarar vil vi rette søkelyset på tiltak og haldningar, i helseføretaka, i befolkninga og fremje god meldekultur.

Topp 5 hendingar **hittil** per januar 2023 vs januar 2022 - Legemiddelområdet

Januar 2023



Januar 2022

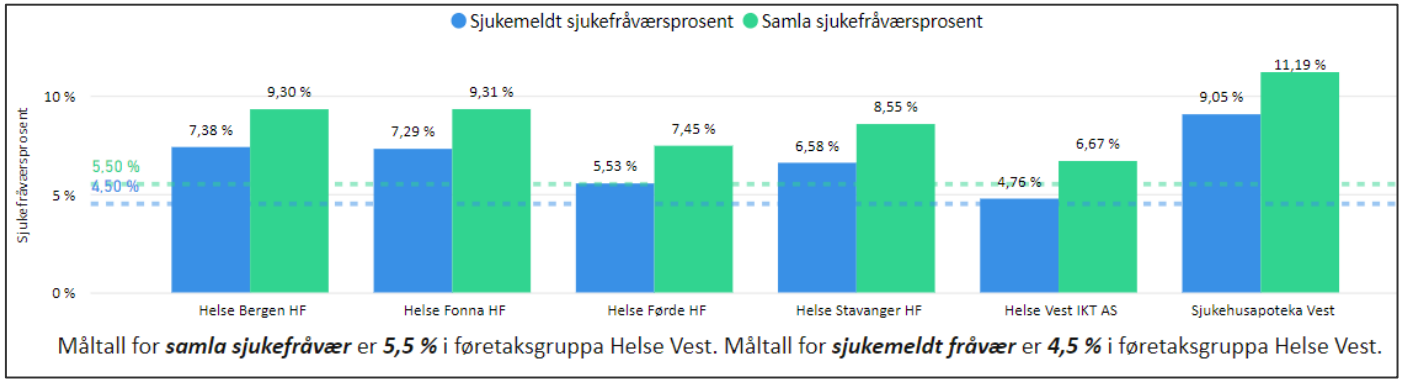


Meldte hendingar er på same nivå som for januar 2022.

Det er sett i verk fleire tiltak som skal ha effekt. Topp 5 hendingar for legemiddelområdet. Legemiddel ikkje gitt og Legemiddel ikkje ordinert høgast for legemiddelområdet for månadene september, oktober, november og desember 2022. Årsaka til dette er førebels uvisst.

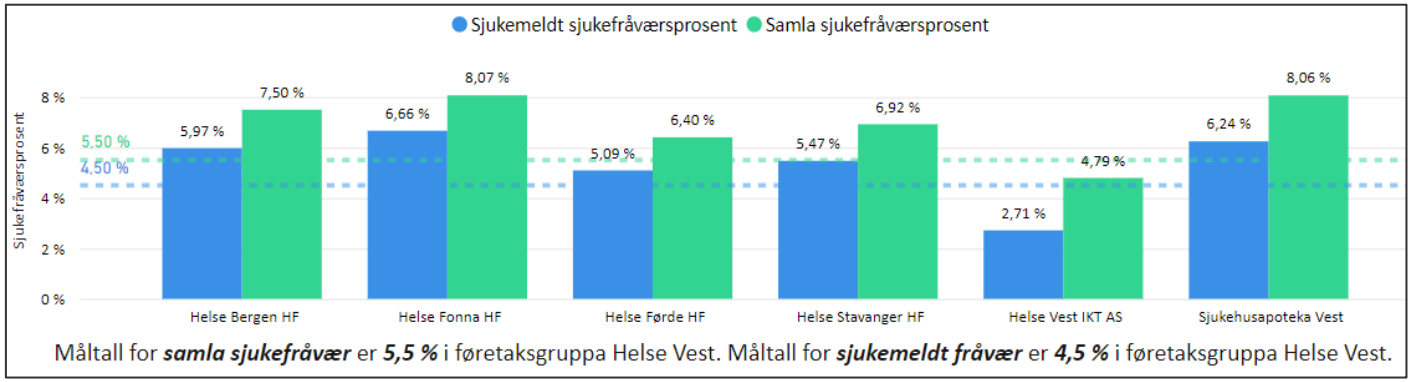
Sjukefråvær og bemanning

Sjukefråværsutvikling hittil i år per januar 2023 samanlikna med januar 2020



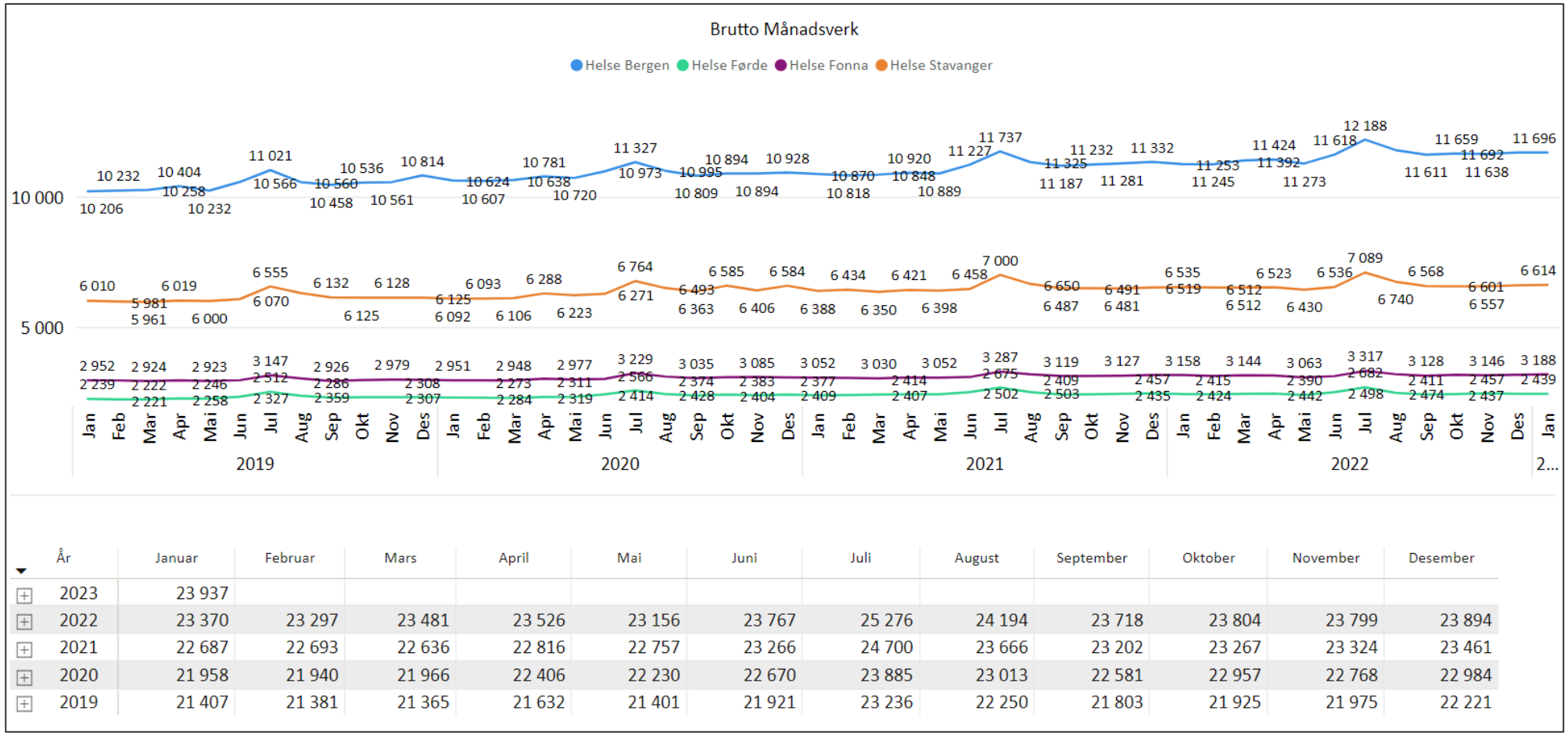
2023 – januar:
Samla sjukefråvær for føretaksgruppa Helse Vest var 8,81 ***% for januar 2023***. Sjukefråværet i januar 2023 er utan koronarelatert fråvær. Førre måling i januar utan koronarelatert fråvær var i 2020. Då var samla sjukefråvær for føretaksgruppa Helse Vest på 7,23 %. Det har vært fleire samanfallande smitteutbrot i befolkninga som speglar fråværet i verksemdene.

Sjukefråværet varierer mellom føretaka og i det enkelte føretaket. Det er ein nedgang i luftvegsinfeksjonar, Covid og RS virus som og har ramme eigne medarbeidarar i perioden.



2020 – januar:
Samla sjukefråvær for føretaksgruppa Helse Vest var 7,23 % for januar 2020.

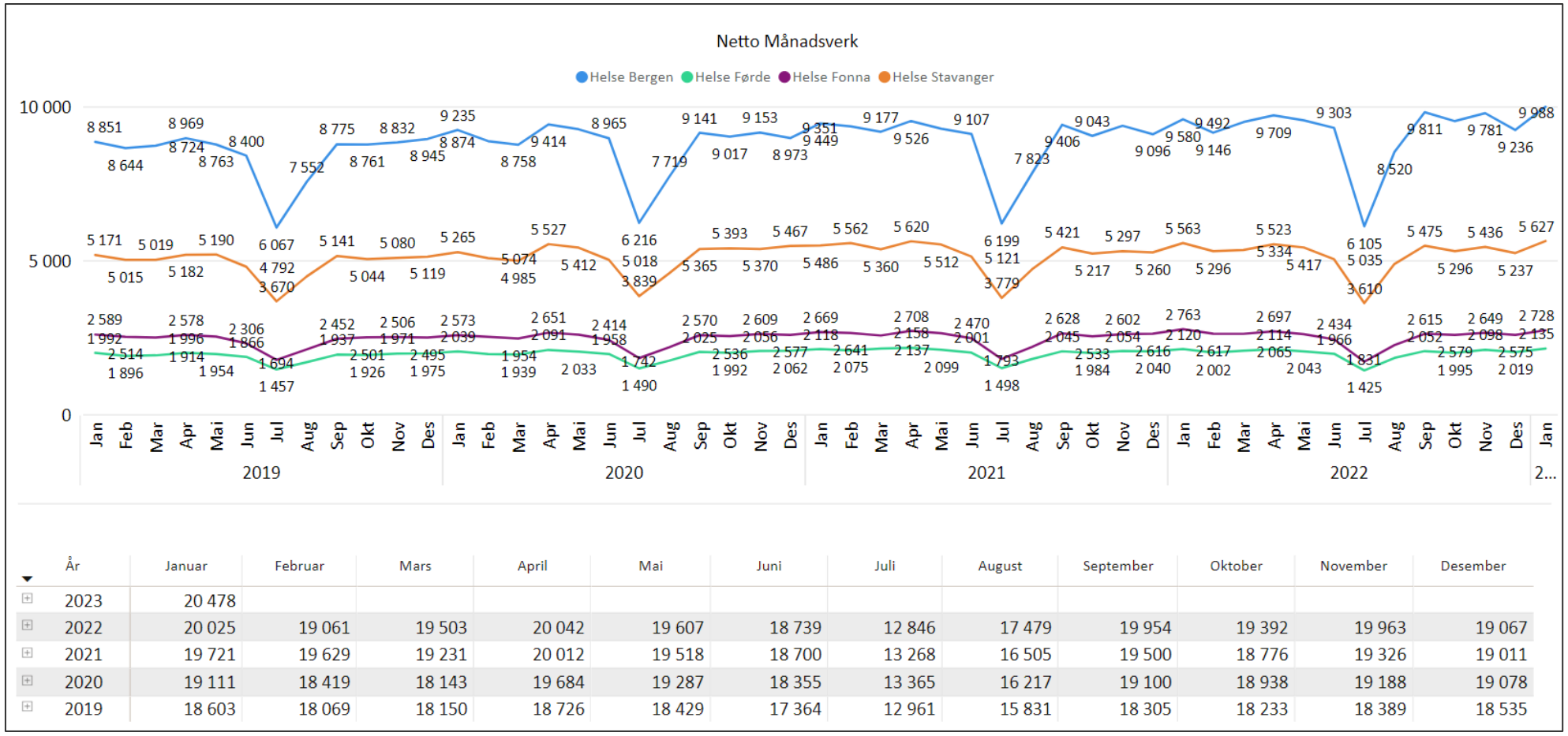
Månadsverk og tal tilsette for føretaksgruppa Helse Vest hittil for åra 2019 – 2023



År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2023	23 937											
2022	23 370	23 297	23 481	23 526	23 156	23 767	25 276	24 194	23 718	23 804	23 799	23 894
2021	22 687	22 693	22 636	22 816	22 757	23 266	24 700	23 666	23 202	23 267	23 324	23 461
2020	21 958	21 940	21 966	22 406	22 230	22 670	23 885	23 013	22 581	22 957	22 768	22 984
2019	21 407	21 381	21 365	21 632	21 401	21 921	23 236	22 250	21 803	21 925	21 975	22 221

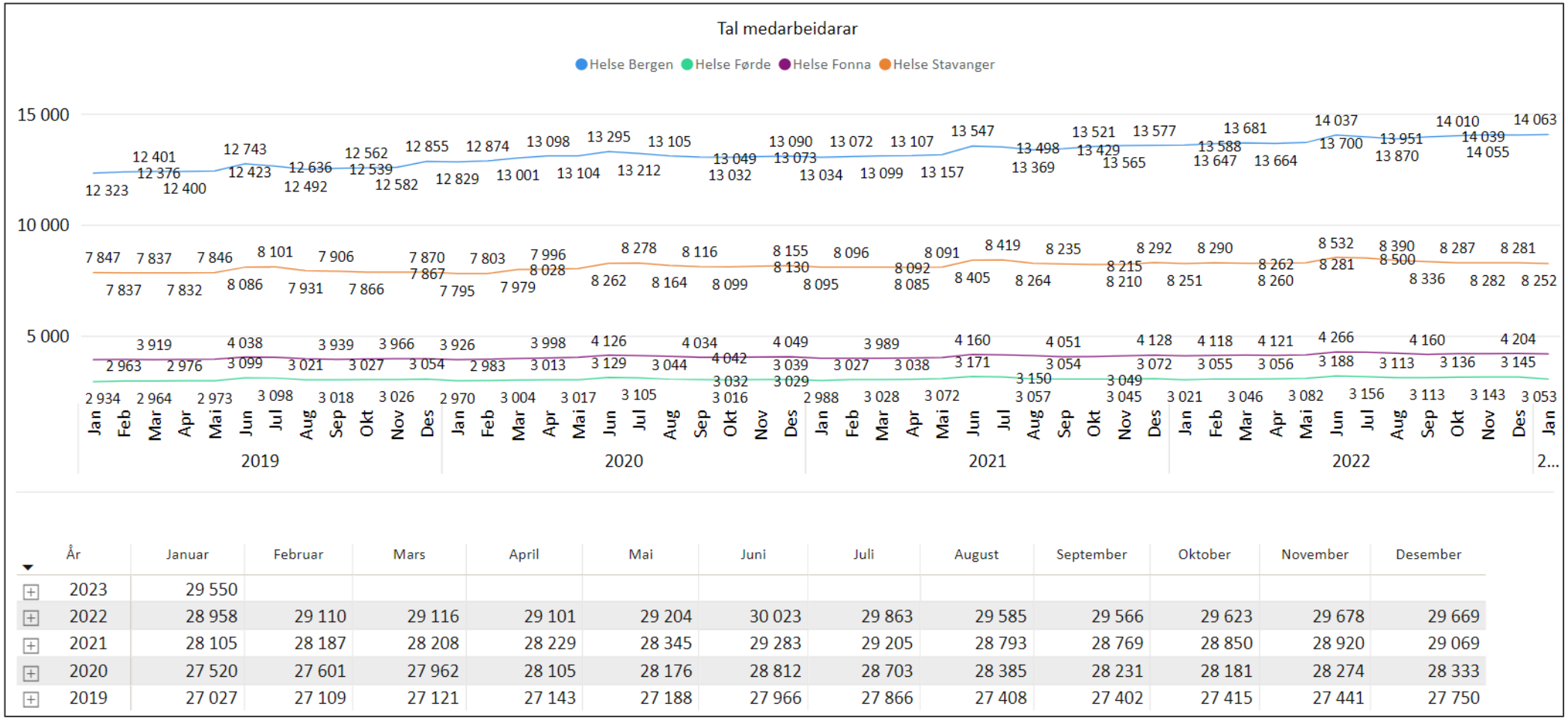
Differansen mellom brutto og netto månadsverk er høgare for januar 2023, samanlikna med same periode i 2022 og 2021. Årsaka er mellom anna høgare sjukefråvær januar 2023.

Månadsverk og tal tilsette for føretaksgruppa Helse Vest hittil for åra 2019 – 2023



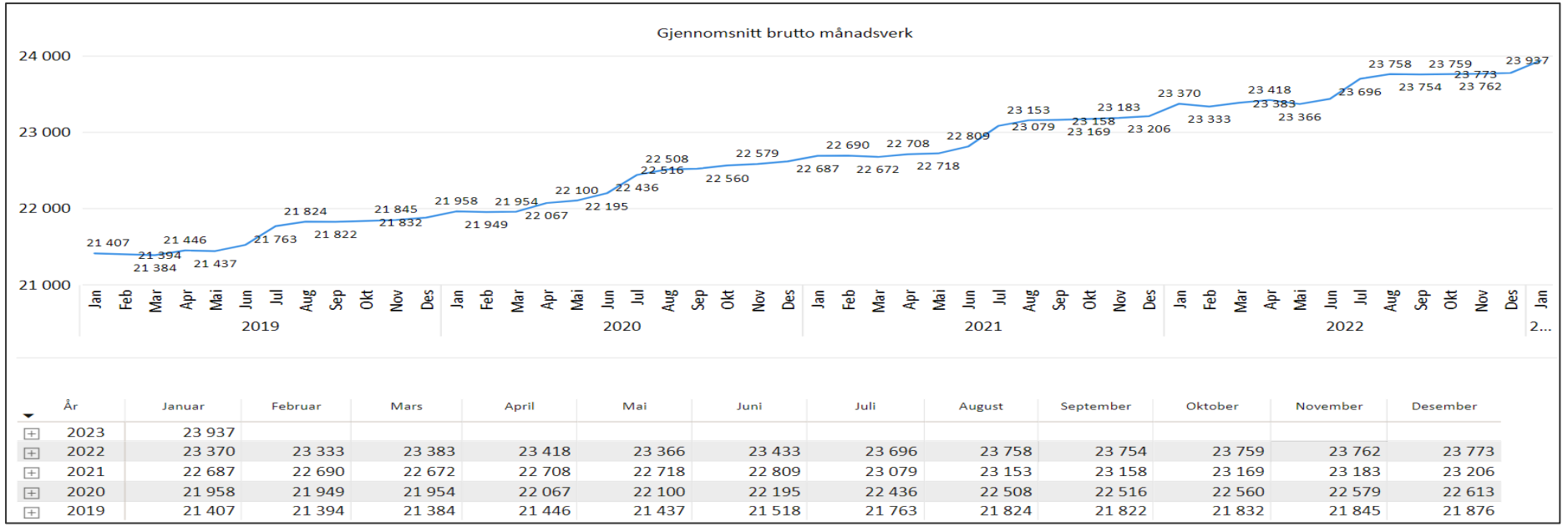
År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2023	20 478											
2022	20 025	19 061	19 503	20 042	19 607	18 739	12 846	17 479	19 954	19 392	19 963	19 067
2021	19 721	19 629	19 231	20 012	19 518	18 700	13 268	16 505	19 500	18 776	19 326	19 011
2020	19 111	18 419	18 143	19 684	19 287	18 355	13 365	16 217	19 100	18 938	19 188	19 078
2019	18 603	18 069	18 150	18 726	18 429	17 364	12 961	15 831	18 305	18 233	18 389	18 535

Månadsverk og tal tilsette for føretaksgruppa Helse Vest hittil for åra 2019 – 2023

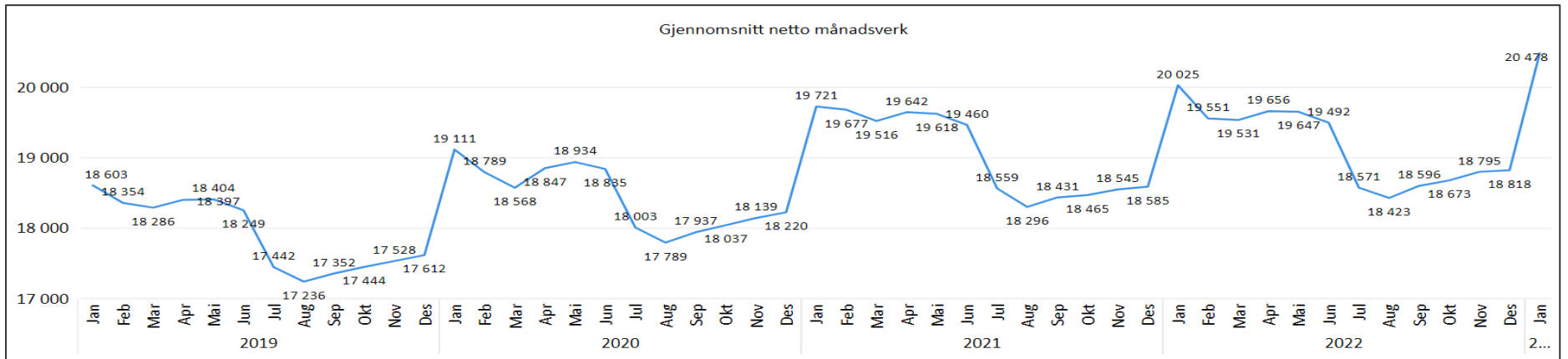


År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2023	29 550											
2022	28 958	29 110	29 116	29 101	29 204	30 023	29 863	29 585	29 566	29 623	29 678	29 669
2021	28 105	28 187	28 208	28 229	28 345	29 283	29 205	28 793	28 769	28 850	28 920	29 069
2020	27 520	27 601	27 962	28 105	28 176	28 812	28 703	28 385	28 231	28 181	28 274	28 333
2019	27 027	27 109	27 121	27 143	27 188	27 966	27 866	27 408	27 402	27 415	27 441	27 750

Gjennomsnittleg utvikling 2019-2023

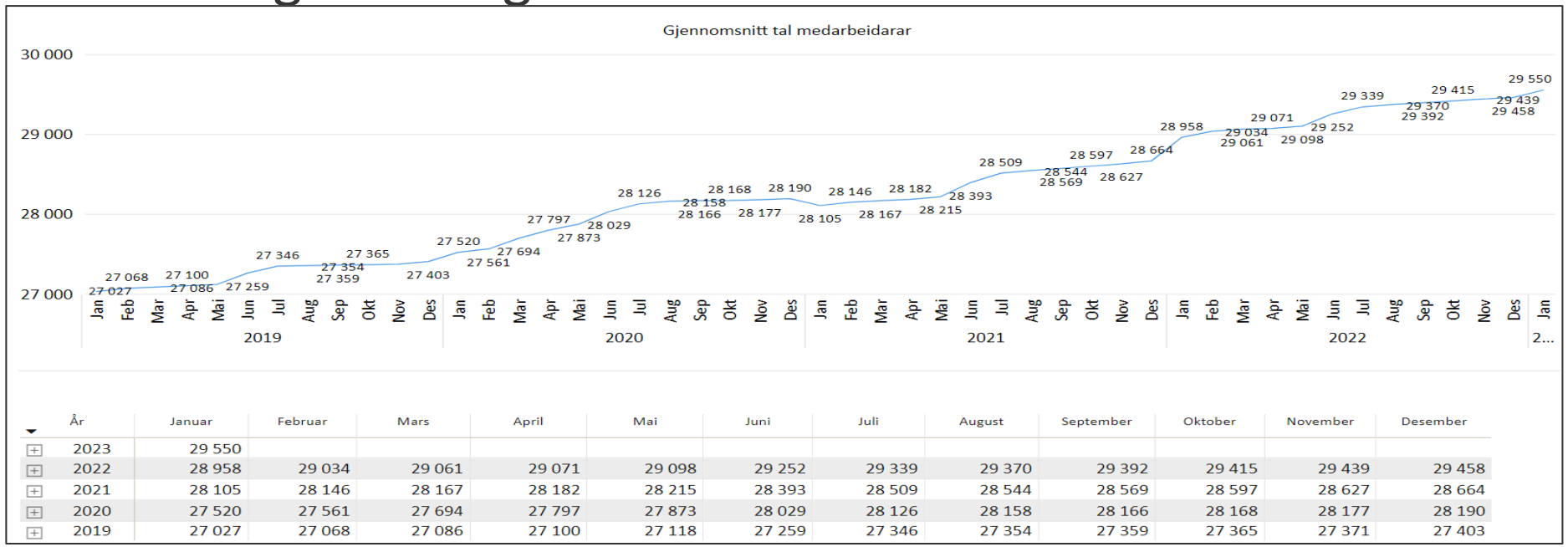


År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2023	23 937											
2022	23 370	23 333	23 383	23 418	23 366	23 433	23 696	23 758	23 754	23 759	23 762	23 773
2021	22 687	22 690	22 672	22 708	22 718	22 809	23 079	23 153	23 158	23 169	23 183	23 206
2020	21 958	21 949	21 954	22 067	22 100	22 195	22 436	22 508	22 516	22 560	22 579	22 613
2019	21 407	21 394	21 384	21 446	21 437	21 518	21 763	21 824	21 822	21 832	21 845	21 876

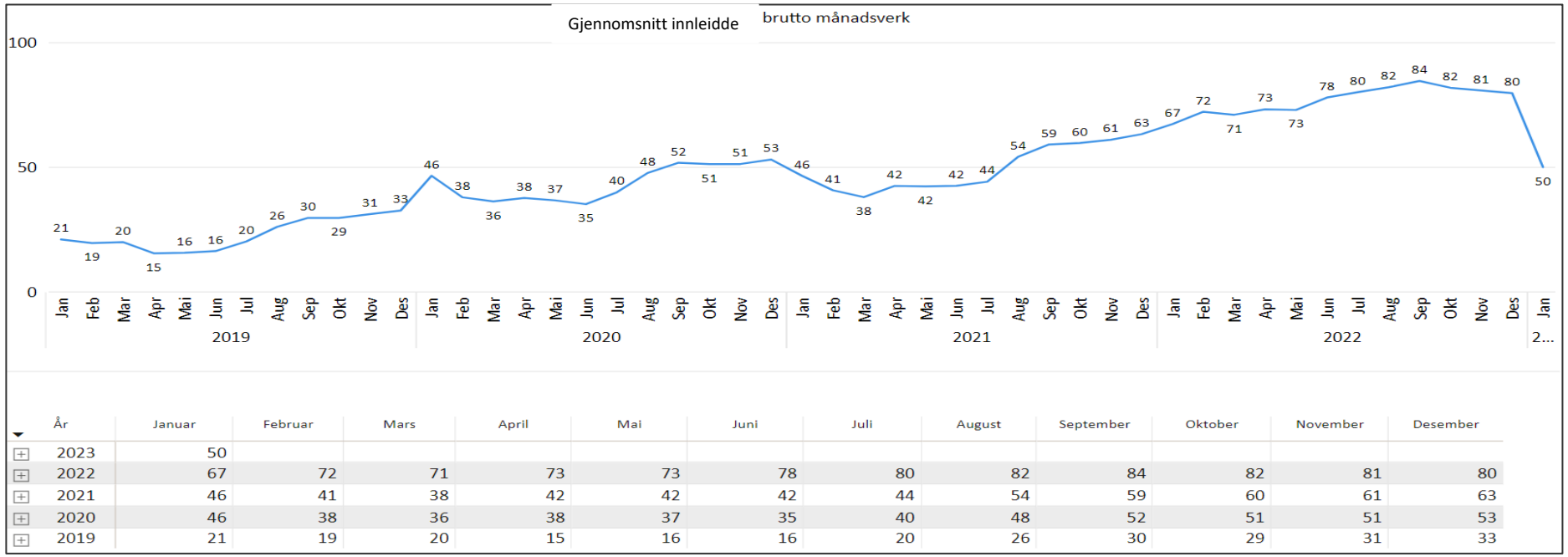


År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2023	20 478											
2022	20 025	19 551	19 531	19 656	19 647	19 492	18 571	18 423	18 596	18 673	18 795	18 818
2021	19 721	19 677	19 516	19 642	19 618	19 460	18 559	18 296	18 431	18 465	18 545	18 585
2020	19 111	18 789	18 568	18 847	18 934	18 835	18 003	17 789	17 937	18 037	18 139	18 220
2019	18 603	18 354	18 286	18 397	18 404	18 249	17 442	17 236	17 352	17 444	17 528	17 612

Gjennomsnittleg utvikling 2019-2023



År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2023	29 550											
2022	28 958	29 034	29 061	29 071	29 098	29 252	29 339	29 370	29 392	29 415	29 439	29 458
2021	28 105	28 146	28 167	28 182	28 215	28 393	28 509	28 544	28 569	28 597	28 627	28 664
2020	27 520	27 561	27 694	27 797	27 873	28 029	28 126	28 158	28 166	28 168	28 177	28 190
2019	27 027	27 068	27 086	27 100	27 118	27 259	27 346	27 354	27 359	27 365	27 371	27 403



År	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
2023	50											
2022	67	72	71	73	73	78	80	82	84	82	81	80
2021	46	41	38	42	42	42	44	54	59	60	61	63
2020	46	38	36	38	37	35	40	48	52	51	51	53
2019	21	19	20	15	16	16	20	26	30	29	31	33

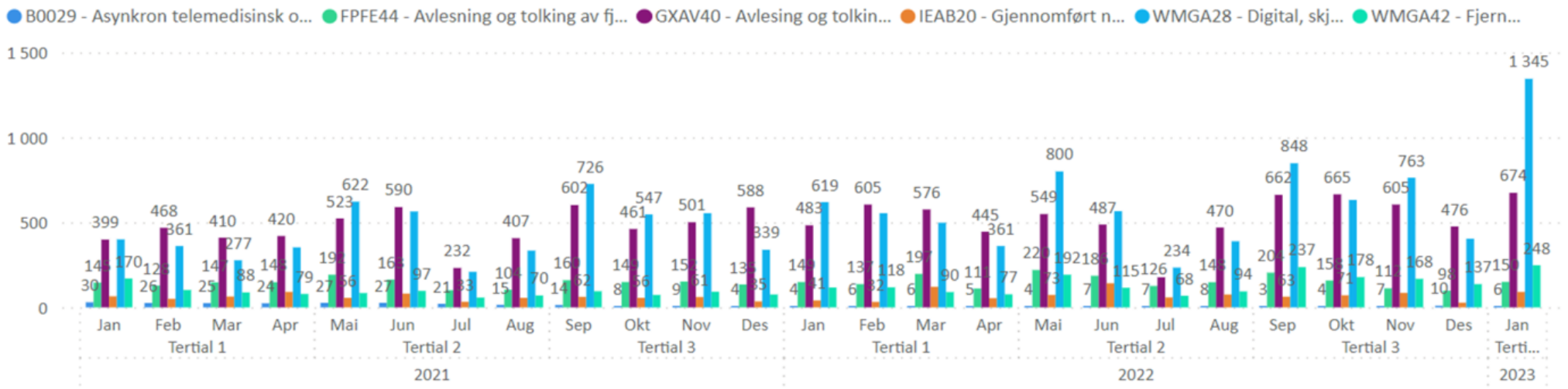
Alle møter – planlegging gjennomføring av aktivitet

Digitale tenester

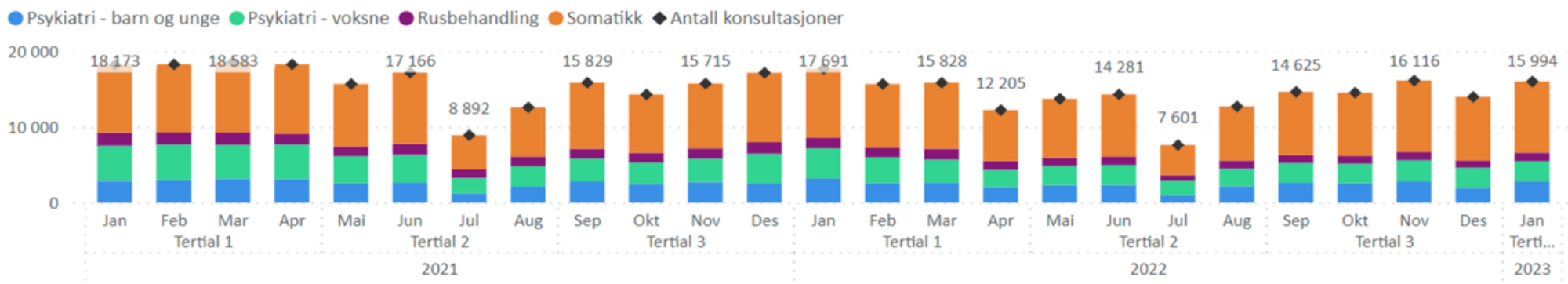
Digitale konsultasjonar, a-synkrone tenester

Oppdatert: 22.02.2023

Antall digitale kontakter (Drill ned for detaljer ->)



Antall konsultasjoner (Drill ned for detaljer ->)

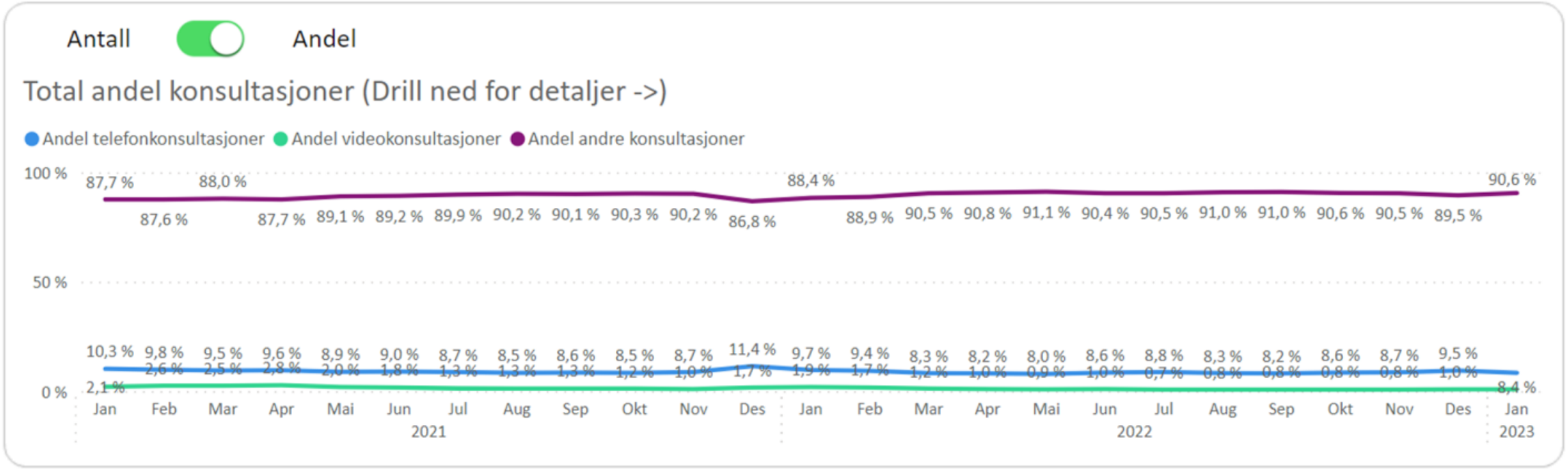


Velg konsultasjonstype

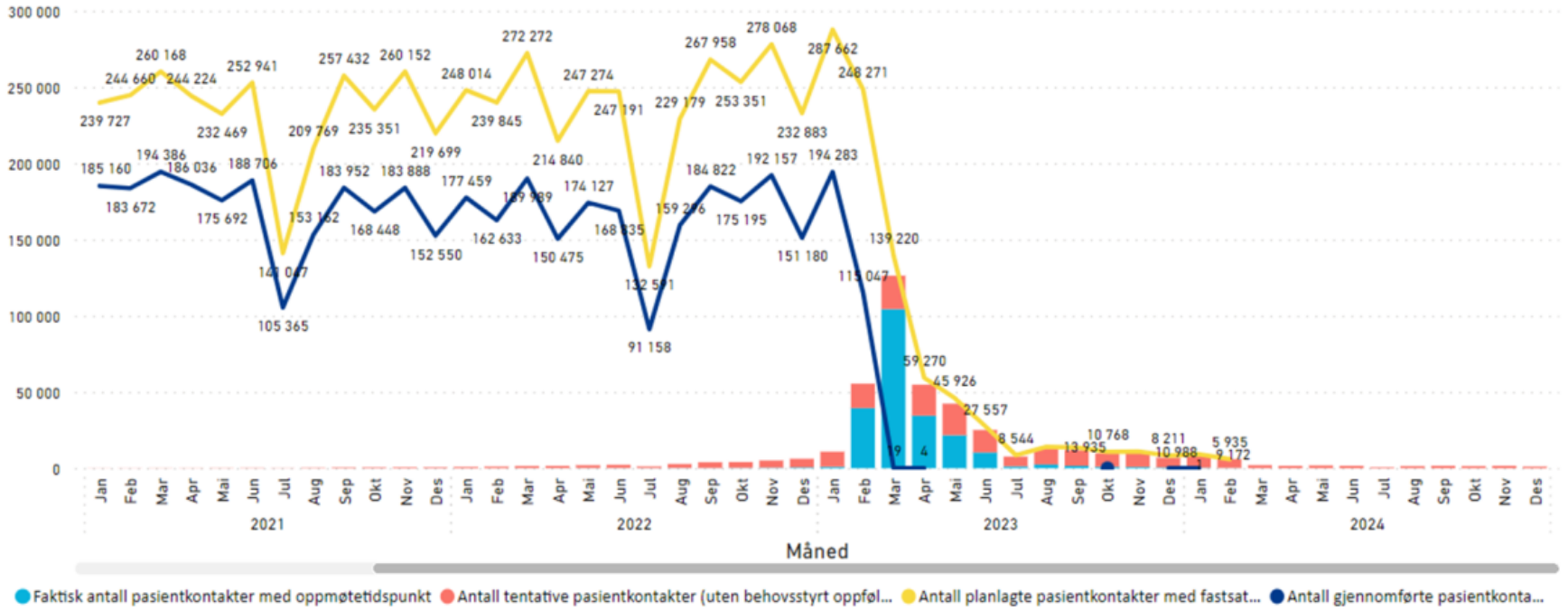
Alle video- og telefonkonsultasjoner | Telefonkonsultasjoner | Telefonsamtaler | Videokonsultasjoner

Prosentdel telefon- og videokonsultasjonar

Oppdatert: 22.02.2023



PLANLAGTE, REPLANLAGTE OG GJENNOMFØRTE ELEKTIVE PASIENTKONTAKTER



NB! Forskjellen mellom antall planlagte (gul linje) og antall gjennomførte pasientkontakter (blå linje) er replanlegging av ulike årsaker (f.eks pasientønsket avbestilling, ikke-møtt, behandlers fravær m.m.) For oversikt over årsaker til replanlegging se fanen "Avslutningskoder"

FORKLARING:

Data som presenteres er alle planlagte og gjennomførte pasientkontakter. **Planlagte pasientkontakter** er alle pasientkontakter som ikke er avsluttet på oppdateringstidspunktet. En kontakt er satt til avsluttet når pasienten møter (ordinært avviklet), når pasienten utsetter (pasienten møter ikke til timen eller ga ikke beskjed, pasienten er syk, pasient ønsket avbestilling/ønsket endret tidspunkt), eller når sykehuset utsetter (manglende kapasitet, behandlers fravær eller andre årsaker). **Antall pasientkontakter med oppmøtetid** er antall planlagte pasientkontakter der oppmøtetidspunkt er fastsatt i DIPS. For eksempel "1. juni 2018 kl 08.00". **Antall tentative pasientkontakter** er antall planlagte pasientkontakter der pasientkontaktene ikke har et fastsatt oppmøtetidspunkt. For eksempel "november 2018" eller tidspunkt "00:00". **Antall planlagte pasientkontakter** er alle planlagte pasientkontakter fremover og tilbake i tid. **Antall gjennomførte pasientkontakter** er alle ordinært avsluttede pasientkontakter tilbake i tid. Forskjellen mellom antall planlagte og gjennomført pasientkontakter er antallet kontakter som replanlegges av ulike årsaker.

Kilde: Dips, oppdatert: 22. Feb 2023

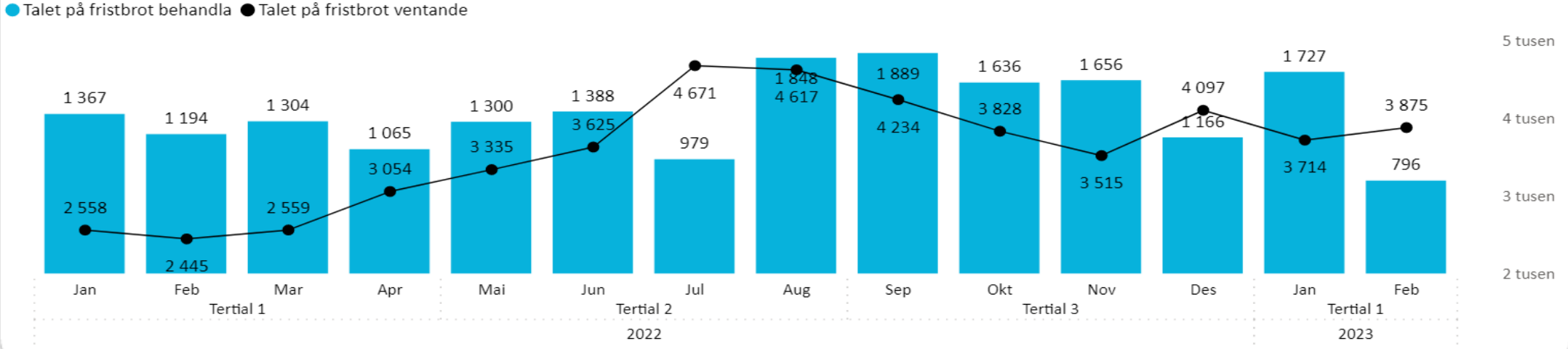
Det er framleis for kort planleggingshorisont, som gjer det vanskeleg å tildele time med fastsett dato og tid. Det blir mykje bruk av tentativ månad, som er krevjande for både fagmiljøa og pasientane. For å få til god planlegging føreset det at ein har tatt i bruk avanser oppgåveplanlegging og arbeidsprosessane for tildeling av time til pasientane. Dette påverkar og ventetid. Mange pasientar ber om endring av time som ein konsekvens av dette.

Fristbrot – behandla og ventande

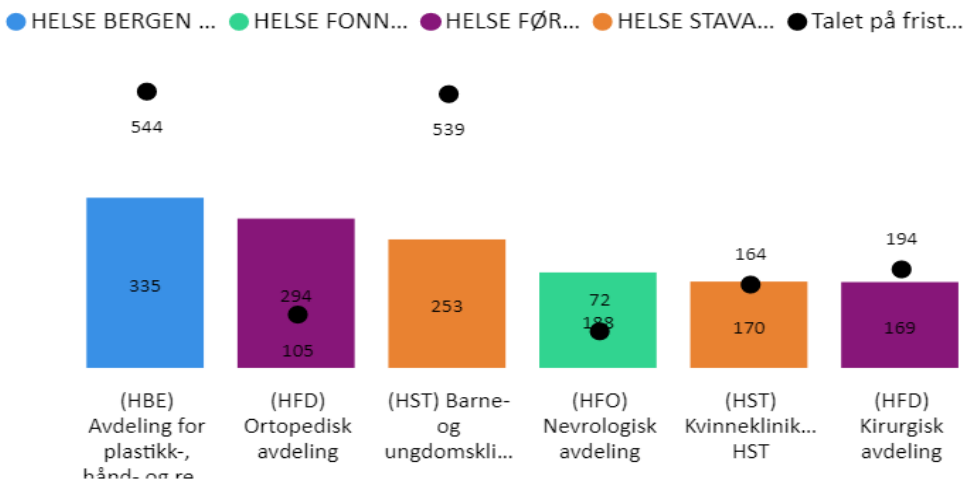
Resultat vert vist for: Fleire helseføretak / Fleire klinikkar

Inneheld data til og med: 20.02.2023

Talet på fristbrot behandla og ventande

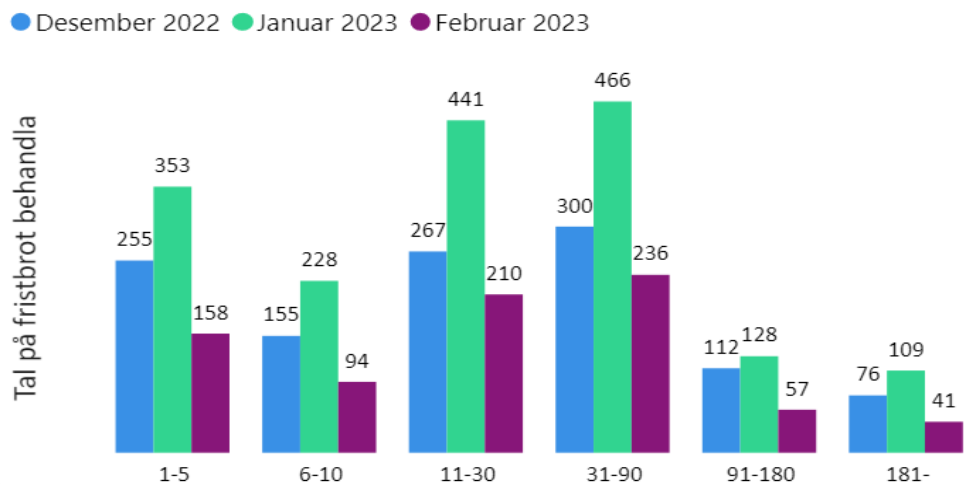


Flest fristbrot behandla siste 3 månader* (drill ned for detaljar -->)



*Hittil i denne månaden og to føregåande månader

Dagar frå fristbrot til behandling start siste 3 månader*



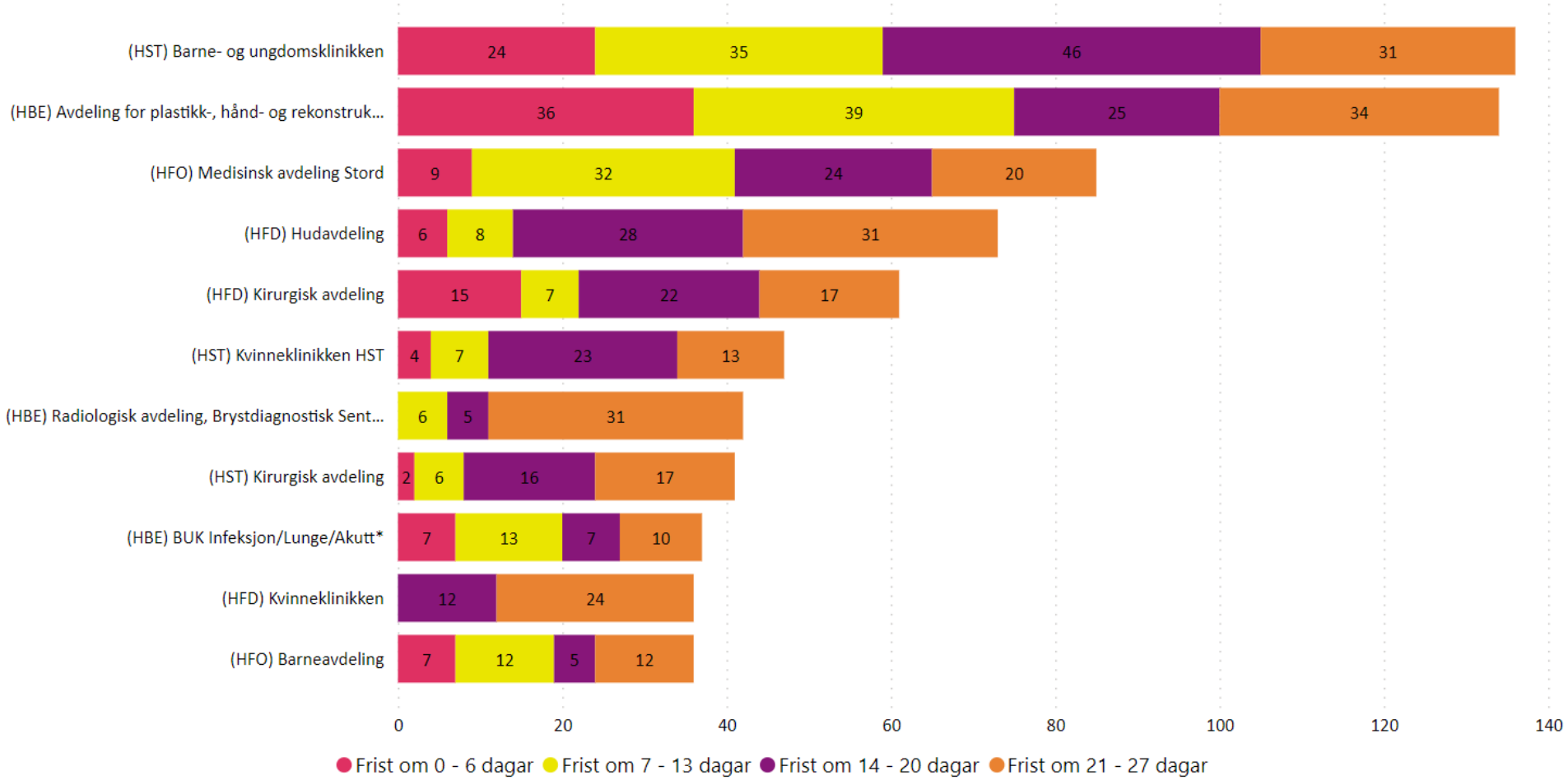
Resultat vert vist for: Fleire helseføretak / Fleire klinikkar

Inneheld data til og med: 20.02.2023

Marker ønska timeval. Svart knapp markerer ditt val.

Velg alt | Ikke tildelt time | Tildelt time

Flest ventande pasientar med risiko for fristbrot (drill ned for detaljar -->)



Kilde: DIPS

HELSE VEST

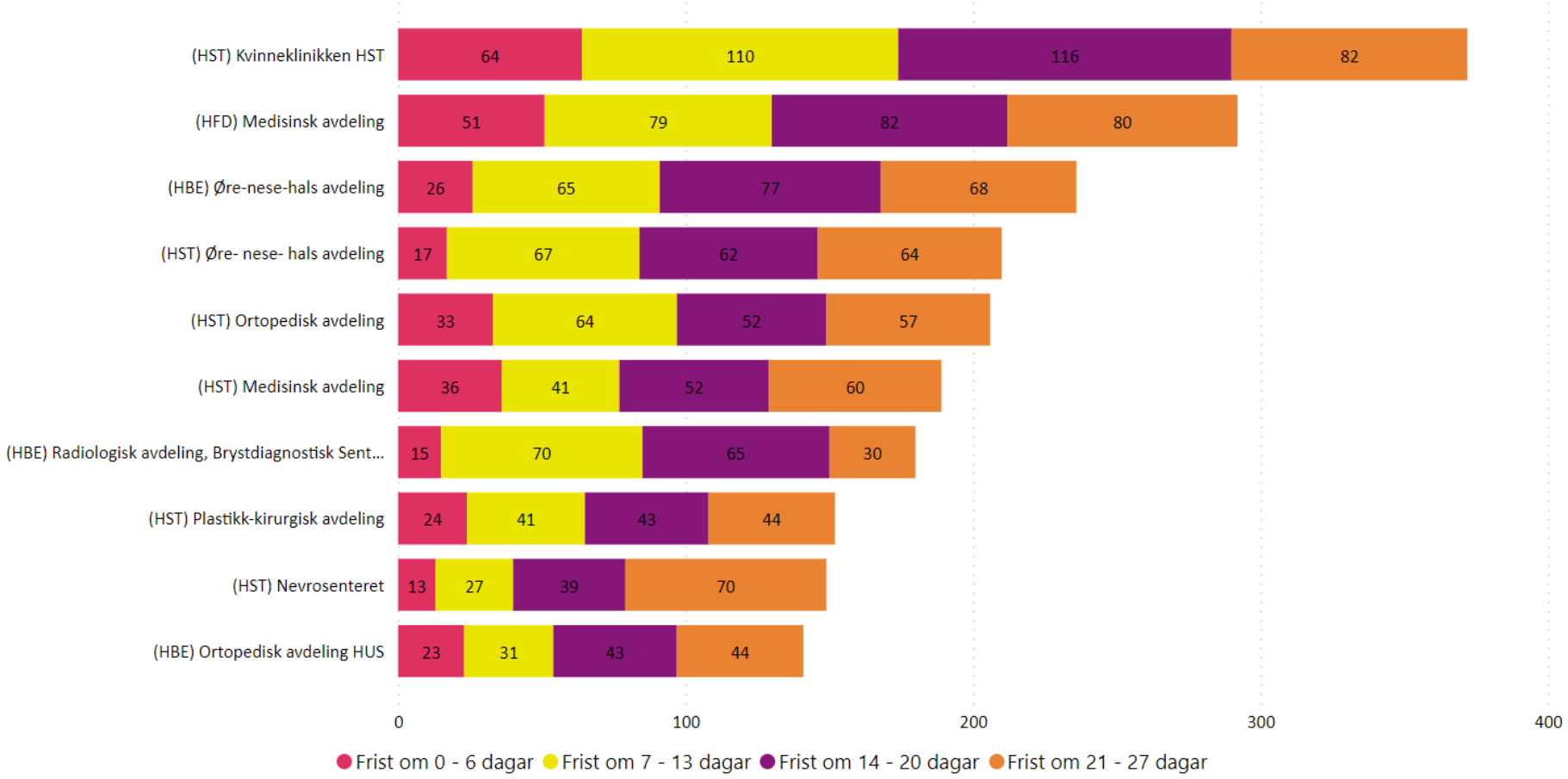
Resultat vert vist for: Fleire helseføretak / Fleire klinikkar

Inneheld data til og med: 20.02.2023

Marker ønska timeval. Svart knapp markerer ditt val.

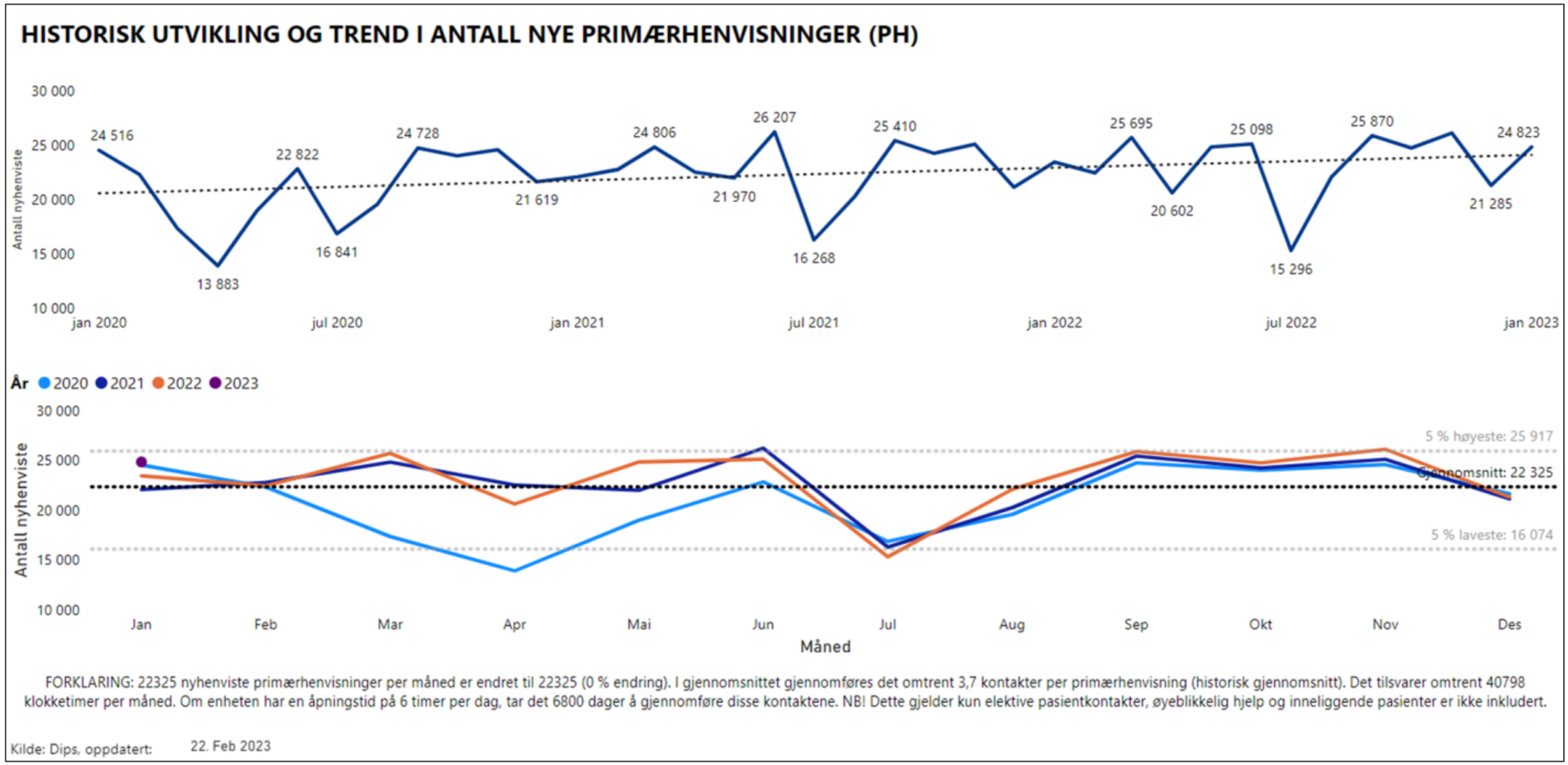
Velg alt | Ikke tildelt time | Tildelt time

Flest ventande pasientar med risiko for fristbrot (drill ned for detaljar -->)



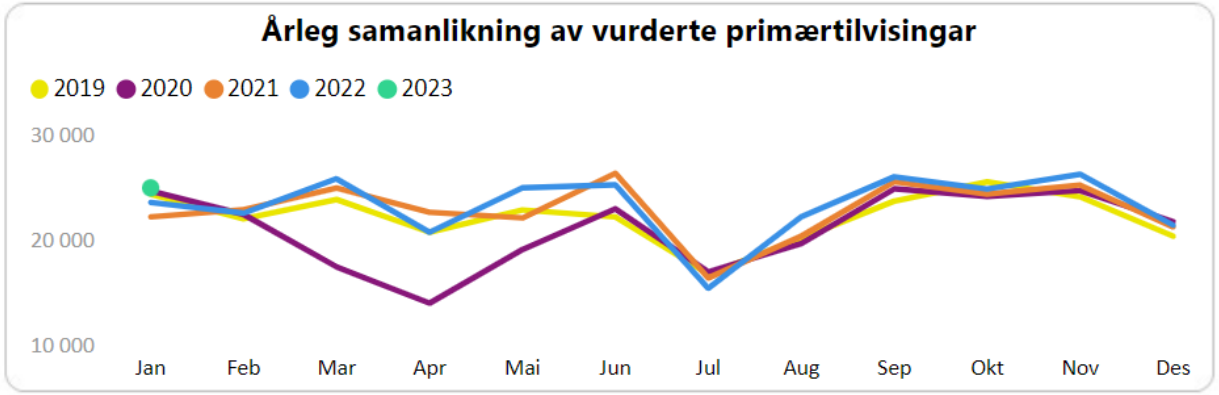
Kilde: DIPS

Nye tilvisingar

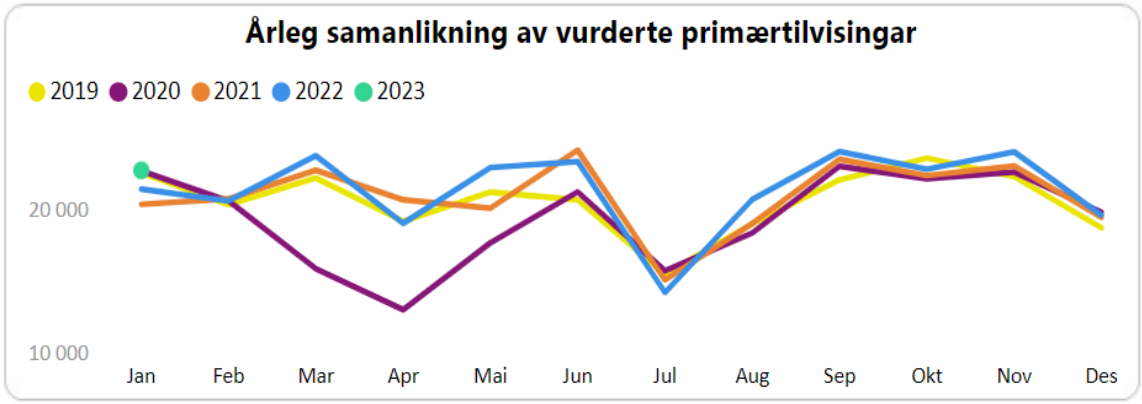


Nye tilvisingar

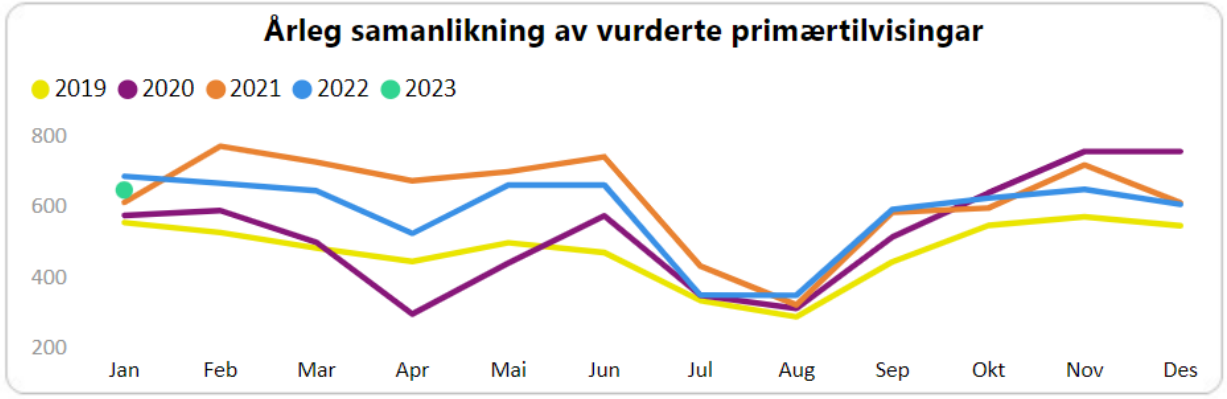
Alle fagområder



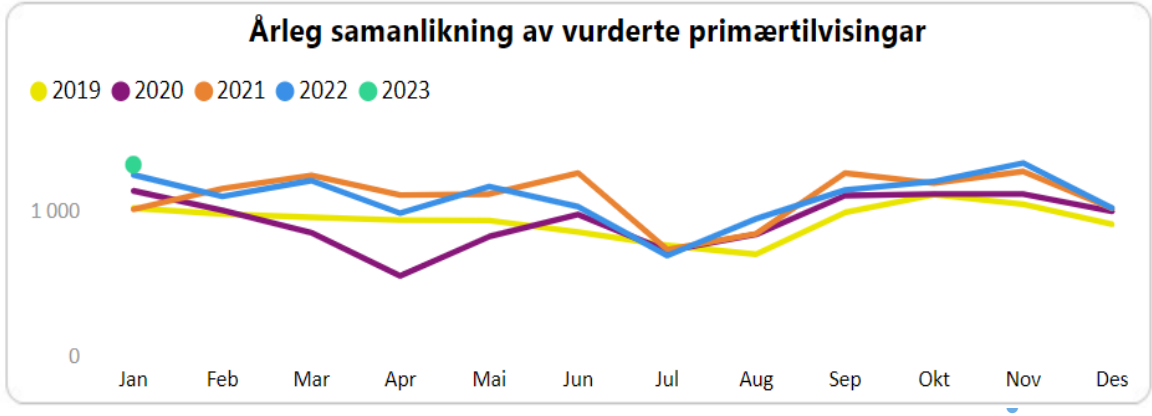
Somatikk



BUP



PHV



Økonomi

Resultat per januar

	Januar 2023		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Helse Stavanger	-27 470	833	-28 304
Helse Fonna	-21 957	0	-21 957
Helse Bergen	-22 577	0	-22 577
Helse Førde	-5 972	0	-5 972
Sjukehusapoteka VEST	258	630	-372
Helse Vest IKT	868	1 089	-221
Helse Vest Morselskap	57 497	35 146	22 351
Til saman	-19 354	37 699	-57 052

Alle tal i heile tusen

Investeringar 2023 per helseføretak

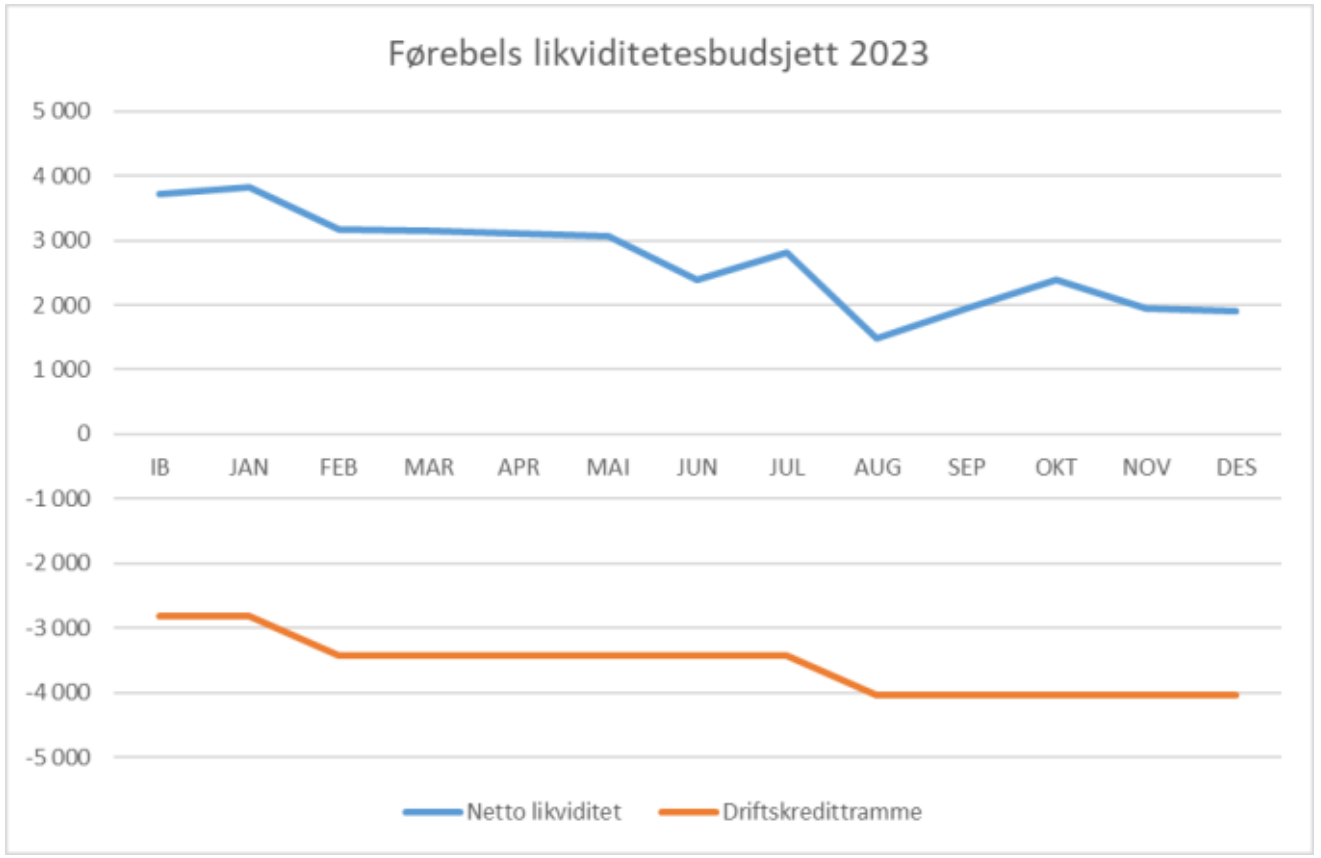
Investeringar 2023 Helseføretak	Regnskap per januar 2023	Resten av året	Estimat 2023	Budsjett 2023
Helse Stavanger HF	156 814	2 982 616	3 139 430	3 139 430
Helse Fonna HF	5 391	300 224	305 615	305 615
Helse Bergen HF	77 130	1 472 870	1 550 000	1 550 000
Helse Førde HF	48 929	582 271	631 200	631 200
Sjukehusapoteka Vest AS	1 387	26 873	28 260	28 260
Helse Vest IKT AS	48 000	552 000	600 000	600 000
Sum	337 651	5 916 854	6 254 505	6 254 505

Alle tall i heile tusen

Investeringar store byggeprosjekt

Investeringar 2023 Store byggeprosjekter i føretaksgruppa	Regnskap per januar 2023	Resten av året	Estimat 2023	Budsjett 2023
Helse Stavanger- Nye SUS	143 067	2 666 594	2 809 661	2 809 661
Helse Fonna - Haugesund2020	3 677	246 938	250 615	250 615
Helse Bergen - Glasblokkene II	23 053	487 947	511 000	511 000
Helse Bergen - Protonsenter	21 460	278 540	300 000	300 000
Helse Førde- Nye Førde Sjukehus	34 255	560 545	594 800	594 800
Sum	225 512	4 240 564	4 466 076	4 466 076

Alle tall i heile tusen


Førebels likviditetesbudsjett 2023
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
-1 000
-2 000
-3 000
-4 000
-5 000
IB
JAN
FEB
MAR
APR
MAI
JUN
JUL
AUG
SEP
OKT
NOV
DES
Netto likviditet
Driftskredittramme

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	Helse Vest RHF
DATO:	06.03.2023
SAKSHANDSAMAR:	Brita Mauritzen Næss
SAKA GJELD:	**Årsmelding pasient- og brukaromboda i Noreg 2022**
ARKIVSAK:	2019/5382
STYRESAK:	**026/23**
STYREMØTE:	**22.03. 2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar saka til orientering.

Oppsummering

Pasient- og brukaromboda har for 2022 laga ein felles rapport for heile landet, sjå vedlegg eller www.pasientogbrukerombudet.no

Pasient- og brukaromboda arbeider for å ivareta pasientane og brukarane sine interesser og rettar overfor spesialisthelsetenesta og overfor den kommunale helse- og sosialtenesta.

I årsmeldinga kommenterer pasientomboda dei oftast nemnde problemstillingane og formidlar synspunkt på område som klart kan forbetrast.

I spesialisthelsetenesta er det særleg fagområda psykisk helsevern og kirurgi med flest førespurnadar til Pasient- og brukarombodet.

Klagesaker til pasientomboda utgjer eit viktig grunnlag for forbetringsarbeid i helseføretaka.

Fakta

Pasient- og brukaromboda skal arbeide for å ivareta pasientane og brukarane sine behov, interesser og rettstryggleik i møte med spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Frå 1. januar 2020 fekk omboda utvida mandat til også å omhandle den offentlege tannhelsetenesta. Det er 15 pasient- og brukarombod i landet, og det er tilsett eit nasjonalt koordinerande ombod, lagt til Bergen.

Omboda er administrativt knytt til Helsedirektoratet, som har det formelle arbeidsgivaransvaret. Ombodet fekk i 2021 sitt eige brukarråd. Brukarrådet vil vere eit rådgivande organ til ombodet.

I 2022 tok Pasient- og brukarombodet imot 17 368 førespurnader, det er fleire enn nokon gong tidlegare. På landsbasis utgjer saker som omhandlar spesialisthelsetenesta 55 prosent, ei nedgang på 2 % frå året før.

I Helse Vest fekk ombodet 1445 førespurnadar relatert til spesialisthelsetenesta. Det var flest førespurnader som gjaldt psykisk helsevern for vaksne (31%), deretter ortopedisk kirurgi (15%), nevrologi (10%) og mage/tarm kirurgi (10%). Psykisk helsevern for barn og unge står for 7 % av førespurnadene.

Hovudårsaka til kontakt med ombodet var sjølve behandlingstiltaket (29 %). Vidare er det førespurnader om feil, usemje i, mangelfull eller forseinka diagnostisering, og klage på oppfølging av ventetid. Det er ein auke i kontakt grunna manglande tildeling av tenester (9%). Det er også ein dobling av talet på «klage på informasjon» som kontaktårsak (6%).

Pasient- og brukarombodet vil særleg trekkje fram følgjande for 2022:

- Mangelen på fastlegar har nasjonalt omfang og gjev alvorlege konsekvensar for pasientane.
- Psykisk helsehjelp må prioriterast høgare. Det er manglande kapasitet og kvalitet innanfor psykisk helsehjelp, både i kommunane og i spesialisthelsetenesta.
- Pasientane sin rett til likeverdig helsehjelp uavhengig av bustad og livssituasjon blir ikkje oppfylt.
- Mangelfulle sakshandsamingsrutinar i kommunehelsetenesta er ein trugsel mot pasienttryggleiken
- Eigendel for unge må fjernast.
- Samhandling mellom avdelingar og tenestestad, uavhengig av nivå, må bli betre.

Kommentarar

Pasientomboda kjem i kontakt med pasientar som på ein eller annan måte har fått ein skade på sjukehus i samband med manglande diagnostisering eller feil behandling, manglande eller uklar informasjon eller av anna grunn ikkje er nøgd med tilbodet. Gjennom arbeidet sitt får omboda også kunnskap om tenestene som er viktig i samband med forbetring og utvikling av kvaliteten på tenestene.

Når det gjeld psykisk helsevern, så er omboda kontakta på grunn av avslag på søknad om psykisk helsehjelp og manglande tildeling av tenester. Dei høyrer om mangel på døgnplassar og mangel på poliklinisk kapasitet. Ombodet blir og kontakta om at behandlinga i spesialisthelsetenesta blir avslutta for raskt.

Det er førespurnadar innan psykisk helsevern også i kommunar. Det er mangel på godt utbygde tenester til pasientar med psykiske lidingar i kommunane. Det er store variasjonar i kva slags tilbod som finst i kommunane, og skilnadene er store mellom by og land. Til dømes er det fleire kommunar som ikkje har lågterskeltilbod som rask psykisk helsehjelp, eller tilgang til oppfølging frå ACT/FACT-team for dei med meir alvorleg og samansett psykisk sjukdom. Kva tilbod som finst i kommunar kan også påverke pågangen på spesialisthelsetenesta.

Pasient- og brukarombodet trekkjer fram at samhandling og koordinering mellom spesialisthelsetenesta og kommunen er sentralt for å sikre pasienttryggleiken. Mellom anna kan ulik vurdering med tanke på alvorsgrad og kvar pasienten bør behandlast vere ei utfordring dersom konsekvensen er at pasienten ikkje får behandling. Forseinkingar i tolking av prøvesvar kan forseinke behandlinga, eller viktig informasjon som ikkje blir formidla gjer at behandlinga ikkje blir slik den burde vere.

Ombodet stiller spørsmål ved om alle har lik tilgang til helse- og omsorgstenester og peiker på omgrepet «helsekompetanse», om pasienten sin moglegheit til å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon. I ei helseforvaltning med mange verksemder og ulike oppgåver på ulike nivå, og informasjon som blir meir digitalisert, stiller det store krav til pasienten. Fleire

utfordringar vert nemnd, til dømes at pasienten ikkje blir godt nok informert om behandlingsalternativ som finst, eller at det tek lang tid å få svar på ei tilvising.

Pasient- og brukarombodet har dei siste åra hatt auka fokus på barn og unge i alderen 16- 20 år og har hatt fleire møtepunkt med tenestefeltet og har etablert eit samarbeid med ung.no. Ei erfaring ombodet gjer seg er at det er eit aukande tal førespurnader der tilvising til BUP er avvist. Ombodet peiker på at forseinkingar i behandling (på grunn av avslag) kan få store konsekvensar for helsetilstand, familien som heilskap, i tap av skulegang og sosiale relasjonar.

Konklusjon

Pasientomboda er ei godt etablert ordning og gjer eit viktig arbeid for å ivareta pasientane sine interesser og rettar overfor spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Klagesaker til pasientomboda utgjer samtidig eit viktig grunnlag for forbetringsarbeid i helseføretaka.

Omboda peiker i sin årsrapport på fleire viktige problemstillingar og utdjupar tematikk som også er kjent for Helse Vest.

Omboda sine erfaringar vil bli nytta i regionalt arbeid med kvalitet og pasientsikkerheit i Helse Vest.

Vedlegg:
1 Aarsmelding 2022_nynorsk

Pasient- og brukarombodet

2022

Årsmelding

Alle kan kontakte Pasient- og brukarombodet for å fortelje sin historie.

Å få hjelp frå oss er gratis, og du treng ikkje tilvising for å ta kontakt. Vi har teieplikt og du kan vere anonym om du ønskjer det.

Innleiing

Noreg har eit mål om at alle innbyggjarane i landet skal ha lik tilgang til helsetenester uavhengig av inntekt og bustad. Vi har ei god helseteneste, og dei fleste får den hjelpa dei skal ha når dei treng det. Likevel skjer det feil, misforståingar, forgløymingar og neglisjering. Då har vi alle rett til å klage og å melde frå.

Pasient- og brukarombodet har 15 kontor spreidde i heile landet og i alle fylka våre. Vi arbeider for å ta hand om pasientar og brukarar sine behov, interesser og rettstryggleik overfor den statlege spesialisthelsetenesta, den fylkeskommunale tannhelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Vi arbeider òg for å betre kvaliteten i desse tenestene. Årsmeldinga er skriven på bakgrunn av erfaringane våre og dei over 17 000 førespurnadene vi har fått i løpet av 2022.

Trass i at restriksjonane Covid-19 medførte er fjerna, lever vi med viruset som framleis smittar, gjev følgjeskadar, leveringsproblem og lengre ventelister. Mangel på kvalifiserte tilsette i helse- og omsorgstenesta er problematisk kvar dag, fleire stader. Det same er mangel på nok areal. Budsjetta er stramme på alle nivå. Krigen i Ukraina har ført med seg auka kostnader, også for helse- og omsorgstenesta. Undersøkings- og behandlingsutsiktene er aukande. Fleire sjukdomar og plager kan behandlast, medisinar blir meir effektive og gjev mindre biverknader. Forventa levetid aukar. Det er vanskeleg å akseptere at behandlingsutsikter finst, men ikkje er tilgjengelege for pasienten.

Innbyggjarane våre har dessverre ikkje lik tilgang til helse- og omsorgstenester. Bustadadresse, kjønn, alder og språkferdigheiter påverkar tenestetilbodet du får, om og når sjukdom blir oppdaga, om du blir tilvist til rehabilitering, og kva sjansar du får til å leve eit fullverdig liv trass i sjukdom og skadar. Har du ikkje fast bustadadresse eller Bank-ID, eller ikkje handterer den digitale verda, har ikkje du same utsiktene som vi andre.

Året 2022 vart eit nytt rekordår for Pasient- og brukarombodet med over 17 368 førespurnader. Spent økonomi i fleire år har ført til færre tilsette, samtidig som arbeidsmengda har auka, også hos oss. Vi er takksame for at auka overføring for 2023 sikrar at vi kan halde ved lag talet på tilsette vi har i dag på dei 15 kontora våre, og halde fram arbeidet med å forbetre dei digitale løysingane våre.

Strategien vår er at Pasient- og brukarombodet skal tilby likeverdige tenester uavhengig av bustad, seie ifrå om svikt, urett og ulikskap, og gjere kvarandre gode. Det har påverka arbeidet vårt i heile 2022. Samarbeid på tvers av kontora har auka og gjer dei små kontora våre mindre sårbare. Vi deler kunnskap og erfaringar, og det kjem pasientar og brukarar til gode.

Jannicke Bruvik
Nasjonalt koordinerande pasient- og brukarombod

Pasient- og brukarombodet trekkjer særleg fram dette frå 2022:

- Mangelen på fastlegar har nasjonalt omfang og gjev alvorlege konsekvensar for pasientane.

- Psykisk helsehjelp må prioriterast høgare. Det er manglande kapasitet og kvalitet innanfor psykisk helsehjelp, både i kommunane og i spesialisthelsetenesta.

- Pasientane sin rett til likeverdig helsehjelp uavhengig av bustad og livssituasjon blir ikkje oppfylt.

- Mangelfulle sakshandsamingsrutinar i kommunehelsetenesta er ein trugsel mot pasienttryggleiken.

- Eigendel for unge må fjernast.

- Samhandling mellom avdelingar og tenestestad, uavhengig av nivå, må bli betre.

Innhold

Innleiing 1

Pasient- og brukarombodet trekkjer særleg fram dette frå 2022 : 2

Statistikk 4

- Statistikk spesialisthelseteneste 5
- Statistikk kommunal helse- og omsorgsteneste 6

Helseregionane våre 8

Fastlegekrisa 11

Psykisk helseteneste 14

- Spesialiserte tilbod og vanskelege prioriteringar 15

Har alle lik tilgang til helse- og omsorgstenester? 16

- Helsekompetanse 16
- Kommunikasjon og samval 17
- Val av behandlingsstad 18
- Fristbrot 18

Klage 20

Barn og unge 21

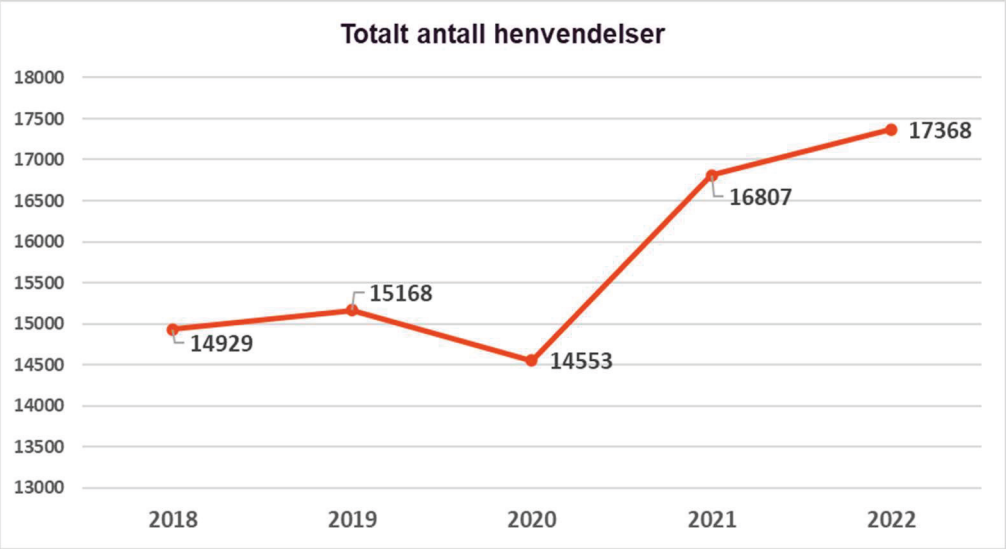
- Fokusområdet for Pasient- og brukaromboda: Ungdom 16–20 år 21
- Ung.no 21
- Fysisk og psykisk helse hos barn og unge 21
- Retten til barnekoordinator 22
- Avlasting for familiar med barn som har funksjonsnedsetjingar 22
- Eigendelar 23

Samhandling og koordinering av tenester 24

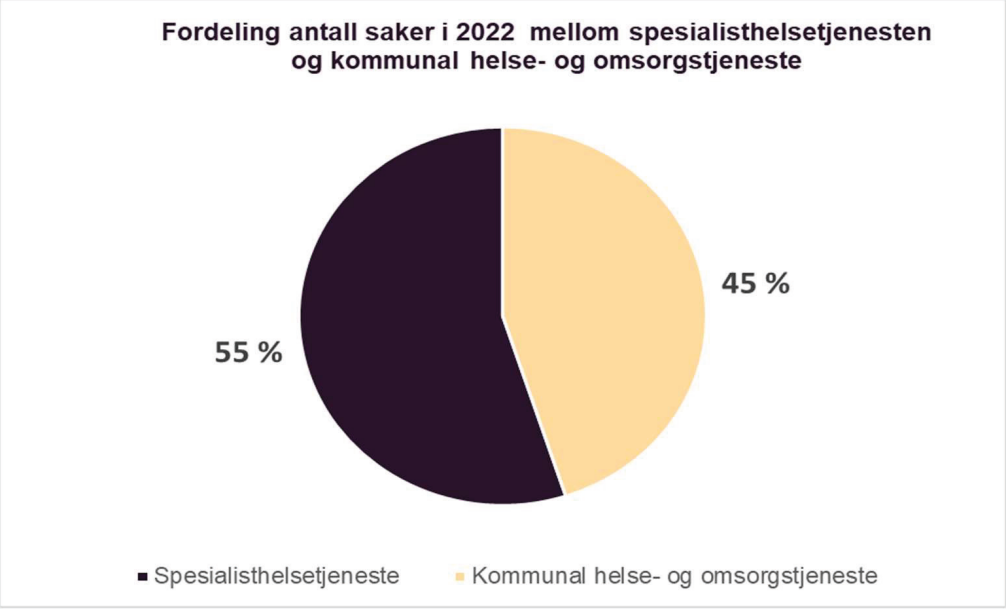
- Samhandling internt på sjukehus 24
- Samhandling mellom tenestenivå og mellom ulike sjukehus 25

Statistikk

I 2022 tok Pasient- og brukarombodet imot 17 368 førespurnader. Det er fleire førespurnader enn nokon gong tidlegare, og ein auke på 16 % i løpet av fem år.



Pasient- og brukarombodet fekk flest førespurnader om forhold i spesialisthelsetenesta. Fordelinga mellom nivåa viser at vi hadde 7198 saker i spesialisthelsetenesta og 5890 saker i kommunal helse- og omsorgsteneste.

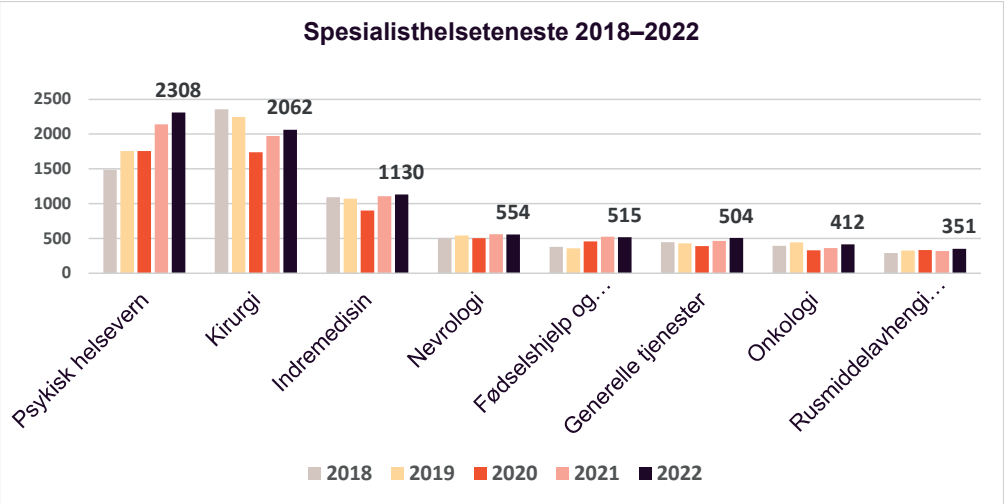


Over 4000 av førespurnadene kunne ikkje plasserast på nivå, sidan vi ikkje fekk nok informasjon til å kunne plassere saka i ein bestemt kommune eller i ei verksemd i spesialisthelsetenesta. Vi fekk òg førespurnader som låg utanfor vårt ansvarsområde.

Statistikk spesialisthelseteneste

Kategorisering av førespurnadene som handlar om spesialisthelsetenesta, viser at vi blir mest kontakta om forhold innanfor psykisk helsevern og kirurgi. Talet på førespurnader innanfor psykisk helsevern har auka kvart år dei siste fem åra, frå 1485 førespurnader i 2018 til 2308 i 2022. Ein solid auke med 55 % på fem år. Tradisjonelt har det vore flest førespurnader til oss om kirurgi, men området hadde stor nedgang i 2020, noko som sannsynlegvis skreiv seg frå Covid-19-pandemien. Talet på førespurnader innanfor kirurgi har auka noko dei to siste åra, men har likevel ikkje nådd same nivå som før pandemien.

Talet på førespurnader innanfor indremedisin, nevrologi, fødselshjelp og kvinnesjukdomar, onkologi og rusmiddelavhengnad og annan avhengnad har hatt mindre variasjonar dei siste fem åra.



Når Pasient- og brukarombodet blir kontakta, registrerer vi førespurnaden både på tenestenivå, stad og årsak til at vi blir kontakta. Diagrammet under viser kategoriane som oftast var årsak til at vi vart kontakta i 2022.

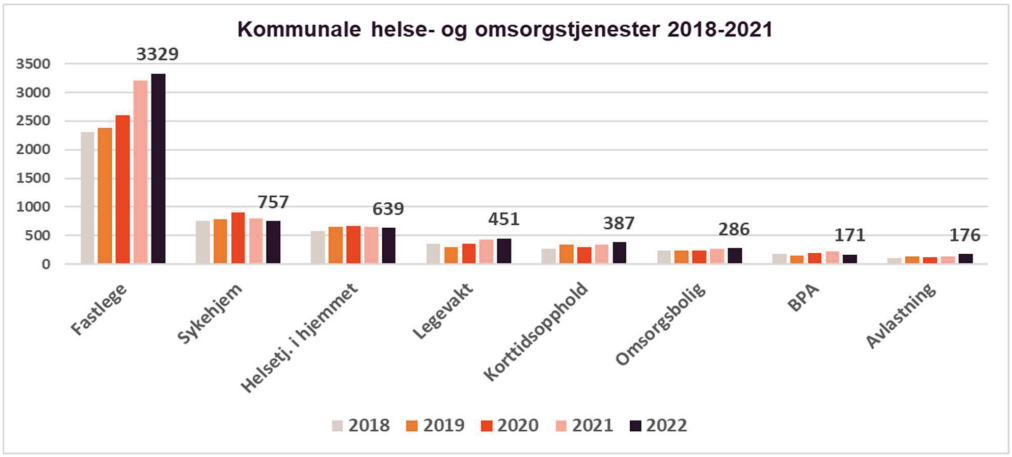
I 19 % av sakene der førespurnaden handlar om spesialisthelsetenesta, er det sjølve behandlingstiltaket som er årsaka. I kategorien "behandlingstiltak" finn vi saker som opplevd pasientskade, feil i behandling eller undersøking eller ikkje oppnådd forventa resultat av ei behandling. Heile 38 % av denne typen førespurnader kan sporast til kirurgi, og då hovudsakleg ortopedisk kirurgi.

Manglande tildeling av tenester er hovudårsak til førespurnad i 8 % av sakene i spesialisthelsetenesta. Spesialiteten psykisk helsevern står for 43 % av førespurnadene der det blir klaga på manglande tildeling av tenester.

Ved førespurnader grunna usemje i, feil eller forseinka diagnostisering, skil spesialiteten nevrologi seg ut med forholdsvis høg andel. Innanfor onkologi er det mange som oppgjev manglande/dårleg oppfølging som årsak til at dei tok kontakt med Pasient- og brukarombodet.

Statistikk kommunal helse- og omsorgsteneste

Innanfor kommunal helse- og omsorgsteneste får vi flest førespurnader om fastlegetenesta. Førespurnader av denne typen har auka kvart år sidan 2018, og har auka med 44 % frå då til 2022. Heile 49 % av sakene til Pasient- og brukarombodet innanfor kommunal helse- og omsorgsteneste er om fastlegetenesta. Talet på saker som handlar om sjukeheim, helsetenester i heimen, legevakt, korttidsopphald i institusjon, omsorgsbustad, brukarstyrt personleg assistent og avlasting har hatt mindre variasjonar dei siste fem åra.

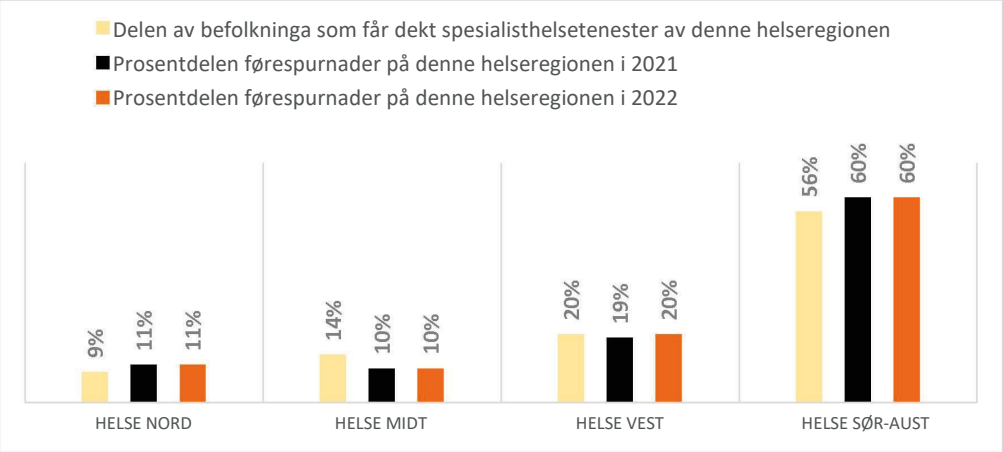


Til liks med spesialisthelsetenesta er misnøye med sjølve behandlingstiltaket hovudårsak til at vi blir kontakta om forhold i kommunal helse- og omsorgsteneste. Trass i at legevaktteneste berre står for 6 % av sakene i kommunal helse- og omsorgsteneste, står dei for 14 % av førespurnadene der sjølve behandlingstiltaket er hovudårsak til kontakt. Av dei som kontaktar oss grunna misnøye med medisinering, kan 73 % sporast til fastlegen, sjølv om fastlegesakene totalt sett står for 44 % av sakene i kommunal helse- og omsorgsteneste. Over halvparten av dei som kontaktar oss grunna misnøye med oppfølging, er misnøgde med oppfølginga frå fastlegen.

Årsak Kommunale helse- og omsorgstenester 2020–2022
0%
2%
4%
6%
8%
10%
12%
14%
Behandlingstiltak
Medisinering
Oppfølging
Manglende tildeling av tjenester -…
Egenandeler/finansieringsspørsmål
Omfang av tjenester
Diagnostisering
Omsorgsfull hjelp
Oppførsel
Henvisning
Informasjon
Medvirkning
11%
8%
7%
6%
6%
5%
6%
4%
4%
4%
4%
3%
2022
2021
2020

Helseregionane våre

Dei fire helseregionane våre dekkjer ulik del av befolkninga. Prosentdelen førespurnader vi får på dei ulike helseregionane, følgjer den delen av befolkninga som helseregionen dekkjer. Ingen av regionane peikar seg ut når det gjeld talet på klager i statistikken vår.



Helse Sør-Aust

I 2022 hadde Pasient- og brukarombodet 4310 saker som handla om forhold i Helse Sør-Aust. Spesialitetane vi får flest førespurnader på i Helse Sør-Aust er som følgjer: psykisk helsevern for vaksne (36 %), ortopedisk kirurgi (15 %), nevrologi (9 %) og psykisk helsevern for barn og unge (7 %). Dette samsvarer i store trekk med samansetninga av sakstypar frå tidlegare år. Frå 2021 til 2022 har vi likevel sett ein auke i saker som gjeld psykisk helsevern for barn og unge, onkologi, hjartesjukdomar og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Den viktigaste årsaka til førespurnader om spesialisthelsetenester i Helse Sør-Aust er sjølve behandlingstiltaket. Denne kategorien omfattar til dømes feil under ein operasjon, manglande behandling eller feil vurdering av hastegrad.

Den nest største årsaka gjeld manglande tildeling av tenester, til dømes avslag på behandling i spesialisthelsetenesta. Deretter følgjer saker knytte til diagnostisering, ventetid og informasjon. Dei vanlegaste årsakene til førespurnaden går igjen år etter år, med nokre små variasjonar. I 2022 har det blant anna vore ein auke i førespurnader der årsaka har vore knytt til manglande eller dårleg informasjon. Det har òg vore ein auke i saker om oppførselen til helsepersonell og saker om utskriving.

Helse Midt-Noreg

Vi tok imot 693 saker i 2022 som handla om Helse Midt-Noreg. Talet på saker i spesialisthelsetenesta totalt i regionen har vore omtrent som i 2021, og dei spesialite-

tane vi får flest førespurnader om, er psykisk helsevern for vaksne (33 %), ortopedisk kirurgi (14 %), nevrologi (12 %) og psykisk helsevern for barn og unge (8 %).

Den viktigaste årsaka til førespurnader om spesialisthelsetenester i Helse Midt-Noreg er sjølve behandlingstiltaket. Nest største årsak er oppfølging, deretter klager på informasjon. Den største endringa frå 2021 ser vi i auke i talet på saker som handlar om manglande tildeling av tenester / avslag. Meir enn halvparten av desse er innanfor psykisk helsevern.

Vi har hatt ein auke i talet på førespurnader om psykisk helsevern samanlikna med 2021. Førespurnadene knytte til barn og unge (BUP) har gått noko ned, og denne nedgangen ser vi i Trøndelag. Manglande tildeling av tenester / avslag er den årsaka som hyppigast blir oppgjeven innanfor psykisk helsevern, noko som er ei endring frå 2021 då hovudårsaka til kontakt med oss var knytt til sjølve behandlingstiltaket.

Helse Nord

Pasient- og brukarombodet tok imot 749 saker som handla om Helse Nord i 2022. Saksomfanget var på same nivå som føregåande år. Dei største fagområda var ortopedisk kirurgi (21 %), psykisk helsevern for vaksne (21 %), behandling av kreftsjukdomar (13 %) og mage-/tarmkirurgi (11 %). Desse fagområda har over fleire år vore mest framståande blant sakene som Pasient- og brukarombodet får frå helseregionen.

Sjølve behandlingstiltaket var årsak til heile 43 % av all kontakt med Pasient- og brukarombodet som gjaldt Helse Nord. Problemstillingane som vart tekne opp av pasientar og pårørande, var spørsmål om mogleg feilbehandling, komplikasjonar, val og gjennomføring av behandlingstiltak, diagnostikk og pasientforløp som ikkje følgde planen. Spørsmål om informasjon og medverknad var med som ein del av dei fleste sakene. Dei omtalte problemstillingane er gjengangarar.

Helseregionen er stor, og det er tilsvarande store avstandar mellom befolkning og helseføretak og mellom helseføretak. Førespurnadene til Pasient- og brukarombodet viser at samarbeid mellom helseføretaka og reiser i regionen er komplisert. Den vanskelege økonomiske situasjonen i Helse Nord har prega drifta til helseføretaka, noko vi ser att i førespurnadene til Pasient- og brukarombodet.

Helse Vest

Pasient- og brukarombodet tok imot 1445 saker som handla om Helse Vest, i 2022.

Vi fekk flest førespurnader som gjaldt psykisk helsevern for vaksne (31 %). Deretter ortopedisk kirurgi (15 %), nevrologi (10 %) og mage/tarm-kirurgi (10 %). Psykisk helsevern for barn og unge står for 7 % av førespurnadene som gjeld Helse Vest.

Hovudårsaka til kontakt med oss var sjølve behandlingstiltaket, med 29 %. Vidare har vi ei rekkje førespurnader som gjeld feil, usemje i, mangelfull eller forseinka diagnostisering, og klage på oppfølging og ventetid. Det er små skilnader i tal samanlikna med tal frå 2021, men vi ser likevel ein auke i kontakt grunna manglande tildeling av tenester, som står for 9 % av årsak til at Pasient- og brukarombodet blir kontakta.

Når det gjeld klage på informasjon som kontaktårsak, er talet lite prosentvis (6 %), men likevel dobla frå 2021. Dårleg eller lite informasjon er ei stor utfordring for dei det gjeld. Utan god nok forståing for eigen helsesituasjon, behandlingstiltak og vidare planar blir pasienten ein passiv mottakar av tenester som kanskje ikkje følgjer opp planlagd behandling.

Fastlegekrisa

Kommunane skal sikre at innbyggjarane får nødvendige helsetenester, medrekna fastlege. Plikta kommunen har til å sikre at alle har tilgang på nødvendige ålmennlegetenester og får forsvarleg helsehjelp, gjeld uavhengig av om behovet er akutt eller ikkje. Med dagens fastlegesituasjon er det fleire kommunar som ikkje kan tilby fastlege til alle.

Saker om fastlegetenester utgjorde 20 % av det totale talet på saker Pasient- og brukarombodet tok imot i 2022, det same som i 2021. Førespurnader som handlar om fastlege, utgjer 44 % av alle saker hos oss som gjeld kommunale helse- og omsorgstenester.

I Rogaland gjeld heile 61 % av dei kommunale sakene forhold rundt fastlege, medan Møre og Romsdal ligg lågast der førespurnader om fastlege står for 37 % av sakene innanfor kommunale helse- og omsorgstenester. Årsak til førespurnadene om fastlege er i store trekk dei same frå år til år. Dei vanlegaste årsakene til at vi blir kontakta, er misnøye eller usemje rundt behandlingstiltak, medisinering, diagnostisering, tilvising, oppfølging og manglande tilgjenge.

Konsekvensane av den nasjonale fastlegekrisa har vorte meir synlege det siste året. Vi blir kontakta av pasientar som har fått brev frå Helfo om at dei er flytta til ein annan fastlege fordi fastlegen deira har slutta eller på grunn av reduksjon av talet på listepasientar. Ein del pasientar opplever det tilfeldige uttrekket frå Helfo som svært urettferdig. Vi får tilbakemelding frå pasientar som meiner det burde vore ei individuell vurdering ved reduksjon av pasientlista. Det er særleg pasientar med kroniske lidingar og stort behov for god dialog og oppfølging frå fastlege, som synest det er vanskeleg å miste den faste legen sin. Andre opplever å bli flytta til ei liste utan fast lege. Dersom det ikkje er sett inn vikar på denne lista, fører det i realiteten til at ein står utan fastlege, men berre har eit fast fastlegekontor.

Sjølv om ein pasient har fastlege, er det likevel ikkje slik at fastlegen alltid er tilgjengeleg når pasienten vender seg dit. Vi høyrer om lang ventetid på telefonen, og at første ledige time for konsultasjon først er fleire veker fram i tid. Mange av dei som er i kontakt med Pasient- og brukarombodet, opplever å ikkje få fastlegetime innan dei fem tilrådde vyrkedagane.

I tilfelle der pasienten ikkje har ein fast lege, møter pasientar typisk legar som ikkje kjenner dei frå tidlegare, og som heller ikkje har hatt eller teke seg tid til å setje seg inn i pasientjournalen. At dette kan føre til vanskelege situasjonar rundt val av behandlingstiltak, bør ikkje overraske nokon. Vi høyrer om tilfelle der påbyrja behandling blir endra av ny fastlege, utan at pasienten forstår grunngjevinga.

Vi høyrer frå pasientar som opplever at legen trekkjer helseplagene deira i tvil, og tilfelle der pasienten si stemme ikkje blir høyrd.

Fastlegekrisa er ein risiko for pasienttryggleiken. Fleire av dei som er i kontakt med Pasient- og brukarombodet, fortel at dei er utan fastlege og derfor har prøvd å få helsehjelp hos legevakt. Vi høyrer om tilfelle der legevakta har avvist pasienten med grunngjeving om at sjukdomstilfellet ikkje er akutt nok, og at det derfor ikkje er ei oppgåve for legevakta. Kommunen tek då ikkje ansvaret sitt med å sikre alle som oppheld seg i kommunen, forsvarleg helsehjelp, og det er då større risiko for at alvorleg sjukdom ikkje blir oppdaga.

Som følgje av manglande fastlegedekning har mange kommunar oppretta lister utan fastlege, der listene blir tekne hand om av éin til fleire vikarlegar. Ei kartlegging utført av Allmennlegeforeningen viste at 1 av 24 pasientar stod på slik liste per 01.09.2022. Pasientar som ikkje har fast lege over tid, har større risiko for legevaktbesøk, akutte sjukehusinnleggingar og tidleg død. Dette seier noko om kor viktig fastlegen er for folkehelsa. Fastlegekrisa rammar særleg dei pasientane som har samansette og/eller langvarige lidingar, og som har eit spesielt stort behov for kontinuitet og oppfølging over tid.

Mangelfull fastlegedekning og lange ventelister gjev avgrensa rom for å velje fastlege, slik pasient- og brukarrettslova stadfestar. I dag kan ein fastlege ha fleire års ventetid, og i mange kommunar finst det ikkje legar med ledige plassar. Det gjer at retten til å velje fastlege for mange pasientar ikkje er reell.

Pasient- og brukarombodet er særleg uroa for dei mest sårbare pasientane som står utan fastlege, og som heller ikkje har råd til å kjøpe private helsetenester. Dagens fastlegesituasjon kan føre til at dei som ikkje har midlar til å skaffe nødvendig helsehjelp, får mangelfull oppfølging og dårlegare helse enn andre.

Pasient- og brukarombodet erfarer fleire stader at det er mangelfull informasjon til innbyggjarane om både situasjonen på fastlegekontora og moglege løysingar for å få legehjelp. Vi har blant anna etterspurt meir og betre informasjon til innbyggjarane om kvar pasientar kan få legetime når dei ikkje har fastlege. Vi erfarer at det er store ulikskapar hos kommunane når det gjeld korleis dei sikrar innbyggjarane nødvendig informasjon. Mangelfulle system fører til ein risiko for at pasientar utan fastlege ikkje blir fanga opp og tekne hand om.

Pasient- og brukarombodet vart kontakta av ein person som hadde hatt seks ulike fastlegar dei siste tre åra. Vedkomande var sjukemeld frå arbeidet sitt og venta på utgreiing. På grunn av manglande kontinuitet i oppfølginga og ulike syn på symptoma pasienten har, gjekk det mange månader utan at pasienten vart utgreidd. Vedkomande valde til slutt å ta i bruk eit privat tilbod, der det vart sendt tilvising til utgreiing i spesialisthelsetenesta. Dette førte til at pasienten fekk utført nødvendig operasjon kort tid etter.

Ein døyande pasient på sjukeheim fekk ikkje tilstrekkeleg palliativ behandling fordi sjukeheimslegen hadde slutta, det var ingen legar tilgjengeleg nokon stad, legevakt hadde ikkje kapasitet, og til slutt måtte sjukeheimen ringje 113. Ved hjelp av ambulanse og ein sjukehuslege som ikkje kjende pasienten, fekk pasienten føreskrive nødvendige medikament. Pasienten hadde store lidingar dei timane dette gjekk føre seg.

Trass i mange dystre døme på dårleg fungerande system og mangelfulle tenester, er det viktig å understreke at det også blir gjort mykje bra for å finne løysingar, og at det blir arbeidd kontinuerleg med å skaffe forsvarlege legetenester til alle.

Psykisk helseteneste

Pasient- og brukarombodet har dei siste åra hatt ein auke i førespurnader innan psykisk helsehjelp. Også i 2022 var psykisk helsehjelp det området vi fekk flest førespurnader på i spesialisthelsetenesta. I år utgjorde utfordringar innan psykisk helsehjelp heile 28 % av alle sakene våre.

Vi blir kontakta av pasientar eller pårørande som fortel om at dei har fått avslag på søknad om psykisk helsehjelp. Psykisk helseteneste står for ein høgare andel klager på manglande tildeling av tenester enn dei andre spesialitetane i spesialisthelsetenesta. Vi høyrer om mangel på døgnplassar og mangel på poliklinisk kapasitet. Talet på tilvisingar ser ut til å ha auka utan tilsvarande auke i kapasitet. Pasientar og pårørande opplever at pasientane må bli endå sjukare før dei får hjelp i spesialisthelsetenesta, og at kommunen i mellomtida ikkje har tilpassa tilbod. Vi blir òg kontakta av pasientar som opplever at behandlinga i spesialisthelsetenesta blir avslutta for raskt.

Lang ventetid er ei utfordring, og fleire av dei som kontaktar oss, opplyser at dei ikkje får teke i bruk retten til fritt behandlingsval. Frå 1.1.2023 vil ikkje lenger verksemder med Helfo-avtale vere tilgjengelege for val, som eit resultat av endring i lov om val av behandlingsstad. Kva slags konsekvensar dette eventuelt kjem til å få, veit vi ikkje enno. Men vi er uroa for at pasientane i ulike delar av landet ikkje vil få likeverdige tilbod.

Ein stor del av sakene vi får som handlar om psykisk helse, er knytte til sjølve behandlinga. Fleire stader i landet manglar tenesta kvalifiserte behandlarar. Det får konsekvensar for kvaliteten på tilbod til fleire diagnosegrupper. Enkelte pasientar opplever både hyppig byte av behandlarar, at utgreiinga og oppfølginga ikkje blir god nok, og at dei blir skrivne ut for raskt etter innlegging.

Pasient- og brukarombodet har fleire saker der samhandling og koordinering mellom spesialisthelsetenesta og kommunane har svikta, og der det ikkje har vorte gjeve tilbod om kontaktlege, koordinator og Individuell plan.

Det er ei aukande bekymring at fleire pasientar ikkje har oppfølging frå fastlege, samtidig som det er mangel på godt utbygde tenester til pasientar med psykiske lidingar i kommunane. Det er store variasjonar i kva slags tilbod som finst i kommunane, og skilnadene er store mellom by og land. Til dømes er det fleire kommunar som ikkje har lågterskeltilbod som rask psykisk helsehjelp, eller tilgang til oppfølging frå ACT/FACT-team for dei med meir alvorleg og samansett psykisk sjukdom. Fleire kommunar manglar tilbod om oppfølging/bistand på kveld og natt, og pasientane blir tilviste til legevakt når dei opplever ei forverring eller treng nokon å snakke med. Skilnadene set retten til eit forsvarleg og likeverdig tilbod på prøve.

I fleire av sakene våre snakkar vi med pårørande som er slitne, og som fortel om stor omsorgsbyrde. Dei får ikkje sikra rettane sine i tilstrekkeleg grad, og blir ikkje alltid anerkjende som den ressursen dei er for pasienten. Psykisk uhelse hos ein pasient påverkar livet og helsa også til dei pårørande på ein negativ måte, og fleire blir sjukemelde sjølv eller får økonomiske utfordringar.

Spesialiserte tilbod og vanskelege prioriteringar

Kvaliteten på tenester innan psykisk helsevern er avhengig av god samhandling mellom nivåa, tilstrekkeleg og relevant kompetanse og god koordinering for den enkelte pasienten.

Fleire av dei lokale kontora hos Pasient- og brukarombodet har opplevd ein auke i talet på førespurnader frå vaksne med ADHD-symptom som får avslag på tilvising til DPS. Avslaget er gjerne grunngjeve med at symptoma ikkje er alvorlege nok, og at dei "fungerer for godt". Dette står i sterk kontrast til pasienten si eiga oppleving av funksjonsnivå. Pasientar risikerer å ikkje få behandling korkje i kommunehelse-tenesta eller spesialisthelsetenesta dersom dei to nivåa gjer ulike vurderingar med tanke på alvorsgrad og kvar pasienten bør behandlast. Samhandling og kommunikasjon mellom nivåa blir viktig for å sikre pasienttryggleiken.

Pasient- og brukarombodet erfarer at det fleire stader i landet er mangel på tilbod til grupper som treng einingar med spesialkompetanse, eksempelvis alvorlege eteforstyrringar og autismespekterforstyrringar. Vi er opptekne av at tenestene må arbeide saman for å nyttiggjere seg kompetansen som finst, på ein slik måte at han kjem pasientar over heile landet til gode. Dette krev innovativ tenking og samhandling, men er viktig for å sikre eit forsvarleg og likeverdig helsetilbod, uavhengig av kvar i landet ein bur.

Vi har fleire pasientar og pårørande som kontaktar oss fordi dei meiner pasienten blir skriven ut for tidleg frå spesialisthelsetenesta, og fordi dei meiner kommunen ikkje har tilstrekkeleg kompetanse eller kapasitet. Tilbakemeldingane Pasient- og brukarombodet får, samsvarer med Riksrevisjonen sin rapport frå 2021, der dei undersøkte psykiske helsetenester.

Har alle lik tilgang til helse- og omsorgstenester?

Når vi blir ramma av sjukdom, er det viktig for oss å få helsehjelp til rett tid, på r ett stad og gjeven av kvalifisert helsepersonell. Pasient- og brukarrettslova gjev pasientar og brukarar rettar som skal sikre eit forsvarleg pasientforløp, heilt frå første kontakt med helse- og omsorgstenesta, via undersøkingar, behandlingar, rehabilitering, kontrollar og kommunale tenester. Alle skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstenester, uansett bustad eller livssituasjon.

Helsekompetanse
For å få tilgang til eit likeverdig helse- og omsorgstenestetilbod er kunnskap om rettar og klagereglar avgjerande. I takt med at informasjonen blir meir digitalisert og lettare tilgjengeleg, aukar òg forventningane om at pasientar, brukarar og pårørande sjølv finn den informasjonen dei har behov for. Helsekompetanse handlar om å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon. Her står individet sine ressursar, evner og føresetnader på den eine sida og kompleksiteten i helse-systemet på den andre sida. Dersom systema vi manøvrerer i er komplekse, vil sjølv den mest kompetente personen ha låg helsekompetanse.

Vi har i dag ei helseforvaltning med mange verksemder og ulike oppgåver på fleire nivå. Det store talet på førespurnader til Pasient- og brukarombodet viser at det for mange er krevjande å finne fram til og gjere seg nytte av dei ulike tenestene.

I eit pasientforløp er det mange situasjonar der helsekompetanse speler ei rolle. Pasientar skildrar til oss at dei ikkje veit kva for eit behandlingsforløp som er planlagt for dei, kven dei skal vende seg til når dei har spørsmål, kor mange utsetjingar eller forseinkingar dei må akseptere, korleis dei kan gå fram dersom dei vil protestere, kva for alternativ som er aktuelle og tilgjengelege for dei, og kva konsekvensar dei ulike situasjonane og vala kan få.

Pasient- og brukarombodet blir fortalt historier der pasientar og brukarar opplever at dei ikkje har fått den informasjonen som er nødvendig for å sikre reell medverknad. Typiske situasjonar oppstår ved endringar undervegs i eit pasientforløp, der informasjonen som er gjeven på førehand, ikkje lenger stemmer, og oppdatert informasjon uteblir.

Døme på problemstillingar der manglande helsekompetanse og manglande informasjon er ei av årsakene til kontakt med Pasient- og brukarombodet:

- Det tek lang tid å få svar på tilvising til spesialisert helsehjelp.
- Det er uvisse knytt til kva slags helsehjelp som er aktuell eller tilgjengeleg for pasienten.
- Pasienten får opplyst om ei ventetid som han eller ho oppfattar å vere standardisert og ikkje vurdert opp mot den enkelte pasienten sin helsetilstand og livssituasjon.
- Kapasitetsutfordringar blir oppgjeve som restriksjon utan at det blir kommunisert om dette er forsvarleg ut frå pasienten sine individuelle behov.
- Pasienten blir ikkje informert om kva for handlingsalternativ som finst.
- Det blir ikkje sett av tilstrekkeleg med tid til å informere eller tryggje pasientane og deira pårørande når det oppstår uføresette situasjonar, til dømes ved lang tid for tolking av biletdiagnostikk.
- Pasientar opplever at dei blir "flytta" mellom sjukehus i regionen utan at dei blir informerte eller har gjeve samtykke til dette.
- Sakshandsaming i kommunehelsetenesta følgjer ikkje regelverket, og pasientane kan miste viktig informasjon og klagerett.

Helsepersonell har plikt til å informere pasientane og brukarane om kva rettar dei har. Vi erfarer likevel at organisatoriske forhold i helse- og omsorgstenesta, manglande kjennskap til, forståing av, respekt for eller etterleving av pasient- og brukarrettane kan skape utryggleik, frustrasjon, mistillit, og for somme eit lengre sjukdomsforløp enn nødvendig.

Vi har ei befolkning med store variasjonar i helsekompetanse. Det fører til sosiale ulikskapar der pasientar med god helsekompetanse lettare får tilgang til den helsehjelpa dei meiner dei har behov for.

Kommunikasjon og samval

Pasient- og brukarombodet får mange førespurnader om vanskeleg kommunikasjon, og mykje misnøye over helsetenesta kan sporast tilbake til kommunikasjonssvikt. Det kan vere for lite, for sein, for uklar kommunikasjon eller ein kombinasjon av desse.

Retten til medverknad er ein lovfesta rett, og han heng nært saman med kommunikasjon, retten til informasjon og helsekompetanse. Helseføretaka omtaler ofte medverknad som "samval". Samval er aktuelt i medisinske og helsefaglege avgjerder som inneber val mellom fleire tilgjengelege og forsvarlege behandlingsalternativ, der pasienten sine eigne prioriteringar er viktige. Samval skal sikre at helsepersonell gjev tilstrekkeleg, presis og relevant informasjon om kva pasienten kan forvente av alternativa, og at helsepersonell får kunnskap om kva som er viktig for pasienten.

God kommunikasjon er ein føresetnad for å kunne gje forsvarleg og nødvendig helsehjelp. God kommunikasjon er kjenneteikna av at pasienten føler seg forstått, og at problema blir tekne på alvor. Tidspress, konsultasjonar som blir avbrotne av telefonar, og fokus på tekniske hjelpemiddel framfor pasienten kan øydeleggje kommunikasjonen. Dårleg kommunikasjon skaper utryggleik hos den enkelte, svekkjer tilliten og kan utgjere ein pasienttryggleiksrisiko.

Val av behandlingsstad

Ein viktig pasientrett er retten til å velje behandlingsstad.

Fleire pasientar som ønskjer å bruke denne retten, opplever at valfridomen er avgrensa. Dei opplever avslag på behandling ved andre sjukehus enn lokalsjukehuset sitt både innanfor eigen helseregion og spesielt i andre helseregionar. Grunngjevinga for avslag er gjerne at behandlingsstaden må prioritere pasientar innanfor eige ansvarsområde. Fastlegar opplyser at det er bortkasta å sende tilvising til anna helseføretak, fordi dei blir returnerte med beskjed om at tilvisingane må sendast til lokalt sjukehus. Gjestepasientbudsjetta påverkar høvet til å velje annan behandlingsstad.

Pasient- og brukarombodet får førespurnader som stadfestar at pasientane i for liten grad blir informerte om retten til å velje behandlingsstad. Dei veit ikkje korleis dei skal gå fram for å velje eller byte behandlingsstad, og dei får ikkje alltid informasjon om at det er klagerett på eit eventuelt avslag.

Dei tre døma under er typiske historier vi får høyre:

- Pasient som får behandling ved eit sjukehus på eit høgare behandlingsnivå, blir overført til lokalsjukehuset sitt basert på bustad, uavhengig av om pasienten ønskjer dette eller ikkje. Helsepersonell fortel om ei oppfatning internt i sjukehusa at dette er ein instruks som ikkje skal fråvikast.
- Pasientar busette i område der det ikkje er same tilgang på spesialisert helsehjelp som i andre delar av landet, blir avviste fordi dei tilhøyrer "feil" helseregion.
- Tilvisingar som blir sende til eit anna sjukehus enn pasienten sitt lokalsjukehus, blir returnerte til tilvisaren utan at ein tek med informasjon om klagerett eller grunngjeving.

Fristbrot

Mange pasientar står lenge i kø og ventar på undersøkingar, behandling, kontrollar eller rehabilitering. Det er store kapasitetsproblem fleire stader. For å utnytte kapasiteten betre, og redusere ulikskapane mellom dei som står i dei ulike helsekøane, er det etablert eit tiltak gjennom fristbrotordninga. Dersom sjukehusa ikkje får gjeve pasientane eit behandlingstilbod innan frist, ligg det føre eit fristbrot, og sjukehusa pliktar å melde frå til Helfo. Helfo skal handtere kontakt med pasientane og formidle behandlingstilbod ved eit anna sjukehus. Vi erfarer

at sjukehusa i varierande grad melder frå til Helfo om desse fristbrota. Av dei melde fristbrota til Helfo ser det dessutan ut til å vere eit avgrensa tal pasientar som gjennom denne ordninga faktisk gjennomfører behandlinga ved ein annan behandlingsstad enn der dei står i kø.

Pasientar vi er i kontakt med, er utrygge på konsekvensane av å gå ut av éin kø og over i ein ny kø, og dei fryktar auka belastning dersom pasientforløpet ikkje blir som forventa på eit sjukehus lenger unna. Skal fristbrotordninga fungere etter føremålet, må tenestene følgje opp pliktene sine og pasientrettane i langt større grad enn det vi ser i dag. Pasientane må informerast om ordninga på ein måte som gjer at dei får høve til å påverke eigen situasjon.

Dersom retten til informasjon og rett til samval ikkje blir oppfylt, retten til val av behandlingsstad og opninga for overføring til anna sjukehus ved fristbrot ikkje fungerer tilstrekkeleg eller er reelle rettar for pasientane, har ikkje befolkninga lik tilgang til helsetenester. Helsestyresmaktene må gjennom styrande dokument stille krav til helseføretaka om at dei syter for at desse rettane blir oppfylte, uavhengig av helsekompetanse, bustad og livssituasjon. Ordningar som ikkje fungerer etter intensjonen, må reviderast og eventuelt erstattast av meir målretta og effektive tiltak.

Klage

Dersom ein pasient blir påført skade eller alvorlege komplikasjonar, skal pasienten informerast om dette av helsetenesta sjølv. Det er lovfesta at pasienten samtidig skal informerast om høvet til å søkje om erstatning hos Norsk Pasienterstatning (NPE), og om høvet til å vende seg til Statsforvaltar og be om tilsyn. Det er òg lovfesta at pasientane skal informerast om høvet til å vende seg til Pasient- og brukarombodet.

Informasjon om klagerett og korleis ein skal gå fram for å klage, kan vere vanskeleg tilgjengeleg. Det er viktig å gje informasjon munnleg og skriftleg. Både spesialisthelseteneste og kommunal helse- og omsorgsteneste bør leggje til rette for ei enkel lågterskelløysing for å klage på nettsidene sine og sikre at same informasjon er tilgjengeleg for dei ikkje-digitale. Det bør òg opplysast om kva ein kan oppnå ved å klage.

I kombinasjon med mangelfull informasjon om klager og klagehandsaming blir ein viktig rettstryggleiksgaranti sett på spel når kommunar ikkje følgjer offentlege sakshandsamingsrutinar godt nok. Pasient- og brukarombodet meiner fleire kommunar har for dårlege sakshandsamingsrutinar. I tillegg er det stor variasjon frå kommune til kommune. Sakshandsamingsreglane i forvaltningslova blir ikkje følgde godt nok i fleire saker vi er kjende med. Dei viser at munnleg sakshandsaming, lang sakshandsamingstid, mangel på forsvarleg utgreiing og medverknad, vurderingar og grunngjevingar, mangel på lovreferansar, og at klager ikkje blir sende vidare til Statsforvaltar, er feil som gjentek seg. Når ikkje reglane for formell sakshandsaming i kommunane blir følgde, utgjer dette ein trugsel for pasienttryggleiken. Dersom kommunen sjølv ikkje kjenner til eller praktiserer regelverket, korleis kan ein sikre at pasientar og pårørande får sikra rettane sine?

Pasient- og brukarombodet hjelper til i ein del klager som handlar om ugrei oppførsel hos helsepersonell. Sakene handlar til dømes om situasjonar der pasienten opplever at spørsmål blir oppfatta som personleg kritikk overfor helsepersonellet, og responderer med forsvar eller avvising. Vi ser òg at kritikk eller klager frå pasientar og pårørande kan bli møtte med "skinn-orsaking", der ein orsakar opplevingane pasienten har hatt, framfor å orsake at helsepersonellet ikkje greidde å gjere jobben på ein slik måte at pasienten opplevde seg godt teken hand om og trygg. Ikkje sjeldan ser vi at ei uheldig hending eller ein uheldig samtale blir forklart med dårleg tid.

Tilbakemeldingar frå pasientar og brukarar kan vere eit verdifullt bidrag til at helsepersonell blir endå betre på å sjå resultatet av det dei gjer, og korleis pasientane opplever kommunikasjonen deira. På denne måten kan ein i større grad lukkast i å nå målet om å gje alle trygge og forsvarlege tenester. Ein god samtale tek ikkje nødvendigvis lengre tid enn ein dårleg samtale.

Barn og unge

Fokusområdet for Pasient- og brukaromboda: Ungdom 16–20 år

I 2021 og 2022 hadde Pasient- og brukarombodet auka fokus på barn og unge, både for å gjere oss kjent med brukargruppa og utfordringane deira, og for at dei skal kjenne til oss for å få hjelp ved behov. Valet vart gjort fordi denne aldersgruppa i liten grad tek kontakt med oss på eigne vegner. Den helserettslege myndigheitsalderen er 16 år, noko som vil seie at ungdom som har fylt 16 år, har rett til å få informasjon og ta avgjerder om eiga helse.

Vi har vore i kontakt med ei rekkje instansar som arbeider tett med ungdom, som helsesjukepleiarar, psykologar, vidaregåande skular, mobbe- og elev- og lærlingeombod, ungdomshelsestasjonar, ungdomspolitikarar, habiliteringstenester og ulike brukarorganisasjonar. Det har også vore halde møte med ungdomsråda i spesialisthelsetenesta, i fleire kommunar og ungdomsråd i ulike pasientorganisasjonar. Det er òg etablert eit samarbeid mellom Pasient- og brukarombodet og ulike regionale elev-, lærlinge- og mobbeombod. Kontaktpunkta og samarbeidet har gjeve oss viktige innspel på kva ungdom opplever som vanskeleg og problematisk når det gjeld helse, sjukdom og oppfølging frå helsetenesta.

Ung.no

Pasient- og brukarombodet starta eit formelt samarbeid med UNG.no hausten 2021. I dag er vi etablerte som ein del av svartenesta på nettsida med ei tverrfagleg gruppe på seks medarbeidarar frå fleire av lokalkontora våre. I 2022 svarte vi på over 120 ulike helserettslege spørsmål som ungdomar har sendt inn via nettsida. UNG.no hadde i 2021 i overkant av 21 millionar besøk og fekk inn 104 000 spørsmål frå barn og unge. Vi ser på Ung.no som kanskje den viktigaste plattforma Pasient- og brukarombodet kan vere tilslutta for å kome i kontakt med ungdom.

Fysisk og psykisk helse hos barn og unge

Kapasiteten i kommunane er ikkje alltid stor nok til å kome i gang med tiltak for unge som har det vanskeleg, på eit tidleg tidspunkt, og problem kan rekkje å vekse seg store før dei blir tekne tak i. Kroniske lidingar og sjukdomar med samansette behov krev samhandling og tenester frå ulike nivå i helsetenesta. Det krev planlegging og samarbeid, slik at tilbodet til pasienten blir koordinert og heilskapleg. Vi ser at dette ikkje alltid blir gjort. Unge fortel om lange ventetider, mangel på samhandling og koordinering av helsetilbodet og mangel på individuell plan.

Nokre barn og unge treng hjelp frå spesialisthelsetenesta, medan andre kan bli godt hjelpne utan spesialiserte og diagnosebaserte tenester. Lågterskeltilbod nær der dei unge er, kan gje raskare respons og auka utsikter til tilpassing og tilrettelegging.

Pasient- og brukarombodet får tilbakemelding om for lite ressursar til å dekkje barn og unge sine behov. Få døgnplassar for ungdom gjer det vanskeleg å kome raskt til behandling. Ungdom opplever at kriseteamet dei er i kontakt med, stengjer ned i feriar, slik at dei i periodar står utan støtte.

Det er mangel på helsepersonell med kompetanse innan barne- og ungdoms-psykiatri i heile landet. Vi er uroa for at kommunar ikkje er godt nok i stand til å førebyggje eller behandle lidingar, fordi dei ikkje har nok personale eller rett kompetanse.

Pasient- og brukarombodet erfarer eit aukande tal førespurnader der tilvising til BUP er avvist. Barn og unge er ekstra utsette og sårbare for brot i behandlings-relasjonar, utsetjingar og lite føreseielegheit. Forseinkingar kan få store konse-kvensar for helsetilstand, familien som heilskap, i tap av skulegang og sosiale relasjonar. Pasientar får avbrot i utgreiing og behandling ved ferieavvikling og sjukefråvær der det ikkje blir sett inn vikar. Noko som kan føre til at dei unge mistar tillit og motivasjon for behandling i BUP, og at dei indirekte blir fråtekne helsehjelp dei er vurderte å ha behov for.

Retten til barnekoordinator

Pasient- og brukarombodet erfarer i fleire tilfelle at familiar som har barn med funksjonsnedsetjingar, sjølv må finne ut av tenestene som finst, og kva for eit regelverk som gjeld for situasjonen deira. Det har no kome ein ny rett til barne-koordinator, som er meint å hjelpe desse familiane. Denne er heimla i pasient- og brukarrettslova.

Til skilnad frå ein vanleg koordinator vil ein barnekoordinator i tillegg til å koordi-nere helse- og omsorgstenester, også koordinere mot andre velferdstenester. Pasient- og brukarombodet meiner at informasjon om rett til barnekoordinator og innhaldet i denne tenesta ikkje er godt nok kjent.

Avlasting for familiar med barn som har funksjonsnedsetjingar

Pasient- og brukarombodet erfarer at tilbodet som blir gjeve til brukarar av kommunale tenester, varierer geografisk, og ikkje er i tråd med at brukarar skal sikrast likeverdige tenester av god kvalitet uavhengig av kvar dei bur. Vi ser at fleire kommunar manglar eigne barnebustader som kan brukast ved behov for avlasting. Nokre kommunar kjøper tilbod i andre kommunar, med den konsekvensen at barnet under avlasting bur langt unna foreldra.

Eigendelar

Unge mellom 16 og 18 år betaler eigendel hos legen. Dette gjer det vanskeleg å kunne oppsøkje helsehjelp utan å måtte spørje føresette om pengar til å betale

for helsehjelpa. Talet på besøk hos fastlegen stuper etter fylte 16 år, noko som ikkje nødvendigvis speglar behovet dei unge har for helsehjelp. Vi meiner at mange unge ikkje har eit reelt høve til å få helsehjelp utan at dei føresette veit om det. Det er viktig å revurdere regelverket for eigendelar for å sikre retten dei unge har til nødvendig helsehjelp.

Samhandling og koordinering av tenester

Pasient- og brukarombodet får kvart år stadig førespurnader om manglande koordinering både internt på sjukehusa og mellom sjukehus og kommunale tenester.

Samhandling internt på sjukehus

Rundt 10 % av sakene vi tok imot i 2022 om spesialisthelseteneste, gjaldt manglande eller dårleg oppfølging og mangelfullt internt samarbeid.

Vi erfarer at sviktande informasjonsflyt, manglande kontinuitet og uklare ansvarsforhold er medverkande årsaker til at ikkje alle pasientforløp fungerer etter planen.

Pasientar med kompleks helsetilstand treng heilskapleg og koordinert helsehjelp. Mange opplever likevel at hjelpa er fragmentert, og at det blir teke avgjerder utan at den komplekse tilstanden til pasienten er vurdert samla. Spesialistane skal avdelingsvis ha merksemd retta mot fagfeltet sitt, men systemet må vere tilrettelagt slik at ein sikrar eit heilskapleg perspektiv på behandlinga.

Vi ser at det kan vere ein fare for pasienttryggleiken når:

- forseinkingar i tolkinga av prøvesvar fører til forseinkingar i behandling
- viktig pasientinformasjon ikkje blir formidla vidare mellom avdelingane og behandlar ikkje har oppdatert informasjon
- dårleg informasjonsflyt fører til forseinkingar og misforståingar
- det er skott mellom avdelingane, og ingen har eller tek eit klart ansvar for pasienten og framdrifta i behandlinga

Avdøde Steinar Pedersen, tidlegare leiar av Nasjonalt senter for telemedisin, skildra pasientopplevinga si slik i ein kronikk på nrk.no i juni 2022:

> Jeg ble satt på vent. Kanskje til og med glemt.
>
> Jeg får ikke tak i noen som kan fortelle meg om jeg har, eller ikke har, kreft.

Pasient- og brukarombodet erfarer at faglege og kulturelle barrierar kan stå i vegen for informasjonsutveksling og samarbeid mellom sjukehusavdelingar. Ansvaret for å byggje ned slike barrierar ligg hos sjukehusleiinga. Spesialiseringa innanfor ulike fagfelt krev at sjukehusa har stort fokus på å sikre det grunnleggjande ansvaret for pasientane, uavhengig av om ei eller fleire avdelingar tek del i behandlingsforløpet. For pasientane vil godt samarbeid mellom avdelingar kunne vere einstydande med forsvarleg helsehjelp.

Det er ei kjensgjerning at kontaktlege- og koordinatorordningane i for liten grad blir brukte ved helseføretaka rundt i landet. Dette er lovpålagde oppgåver som skal bidra til nettopp intern samhandling. Vi forventar at helseføretaka gjev arbeidet med å styrkje desse ordningane prioritet og framdrift.

Samhandling mellom tenestenivå og mellom ulike sjukehus

Pasient- og brukarombodet ser i mange saker at samhandlinga mellom ulike stader i spesialisthelsetenesta og mellom sjukehus og kommunehelseteneste ikkje fungerer godt nok. Manglande samhandling mellom tenestenivåa kan medføre at pasientar ikkje får forsvarlege og koordinerte tenester, og kan i enkelte tilfelle utgjere ein stor pasienttryggleiksrisiko.

I sakene våre ser vi at:

- nokre pasientar blir skrivne ut frå sjukehus for så raskt å bli innlagde på nytt, andre pasientar blir liggjande lenge på sjukehus i påvente av kommunalt tilbod
- pasientar kan få oppfølging og behandling på fleire sjukehus for same liding utan at behandlande personell har tilstrekkeleg informasjon om dei ulike behandlingstiltaka
- ungdom opplever å få avslag frå spesialisthelsetenesta med grunngjevinga at dei kan få behandling i kommunal helseteneste samtidig som kommunen seier dei ikkje har eit passande tilbod
- lovpålagde ordningar med koordinator og individuell plan ikkje fungerer i praksis

Har du spørsmål til innhaldet i årsmeldinga vår?

Ring oss på 40 50 16 00

eller finn kontaktinformasjon direkte til lokalkontora våre på

pasientogbrukerombudet.no

Pasient- og brukarombodet

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	Helse Vest RHF
DATO:	28.02.2023
SAKSHANDSAMAR:	Charlotta Schaefer
SAKA GJELD:	**Årleg melding 2022 frå Helse Vest RHF**
ARKIVSAK:	2022/853
STYRESAK:	**027/23**
STYREMØTE:	**22.03. 2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret godkjenner årleg melding for 2022, og ber administrerende direktør sende meldinga til Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Styret tek årleg melding for 2022 frå det regionale brukarutvalet til orientering.

Oppsummering

Helseføretakslova § 34 og vedtektene for Helse Vest RHF § 15 slår fast at Helse Vest skal utarbeide ei årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet som inneheld styret sitt plandokument for verksemda og styret sin rapport for året som var.

Meldinga frå Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet er ein del av eit samanhengande plan- og meldingssystem. Systemet skal gi departementet grunnlag for arbeidet med statsbudsjettet og oppdragsdokumentet for neste år. I årleg melding rapporterer Helse Vest på korleis dei krav og føringar som Helse- og omsorgsdepartementet har formidla gjennom oppdragsdokument og protokoll frå føretaksmøtet er følgd opp. Gjennom årleg melding får departementet eit grunnlag for å vurdere om dei helsepolitiske måla er innfridd.

Fakta

Vedtektene for Helse Vest RHF § 15 (Melding til departementet) har følgjande ordlyd:

"Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument."

I styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til helseføretaka blir det stilt krav om at helseføretaka skal sende ei tilsvarande årleg melding til Helse Vest RHF. Meldinga skal følgje den same oppbygginga som meldinga frå Helse Vest RHF til departementet. Dei årlege meldingane frå helseføretaka blir brukt som datagrunnlag ved utarbeidinga av årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommentarar

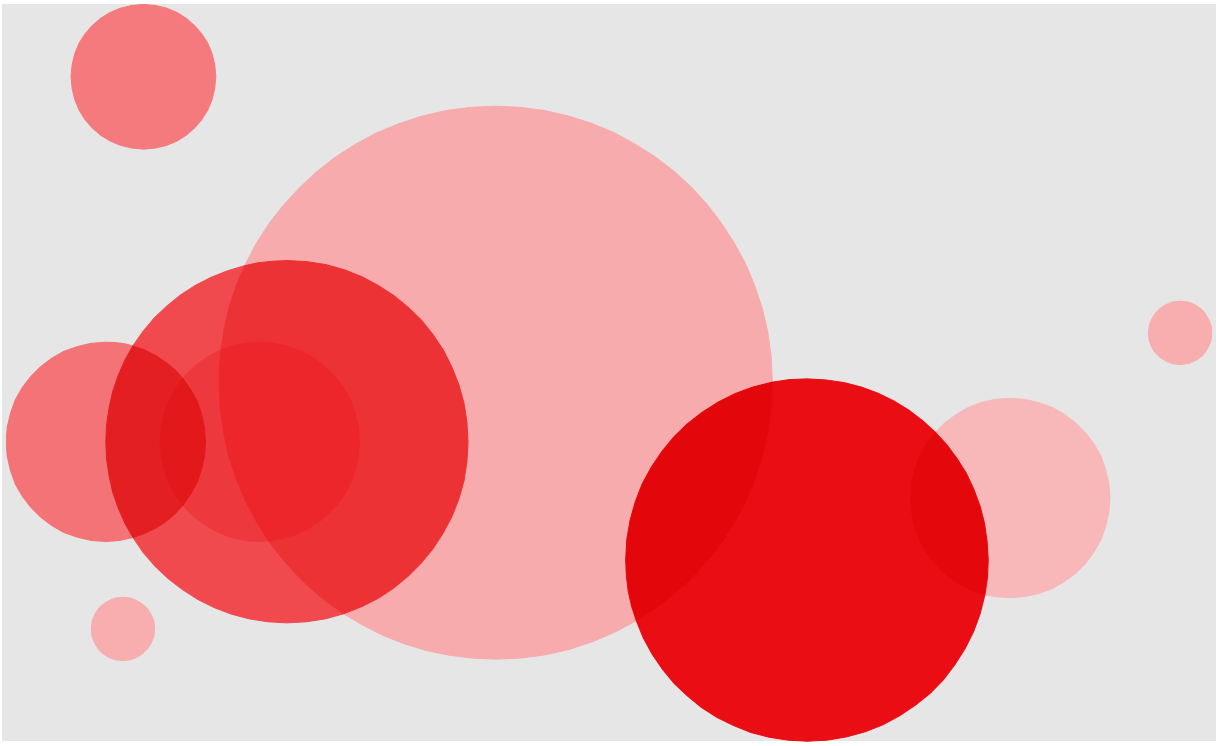
Årleg melding (vedlegg 1) er bygd opp etter mal frå Helse- og omsorgsdepartementet, og rapporterer på krav i Oppdragsdokumentet 2021 (kap. 2) og føretaksmøtet (kap. 3). I tillegg har dokumentet ei innleiing der Helse Vest gir eit samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2022.

Etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet er kap. 5 Plandokument, kraftig korta ned.

Årleg melding 2022 frå regionalt brukarutval er vedlegg til årleg melding, og skal følgje med når Helse Vest RHF sender Årleg melding 2022 til Helse- og omsorgsdepartementet.

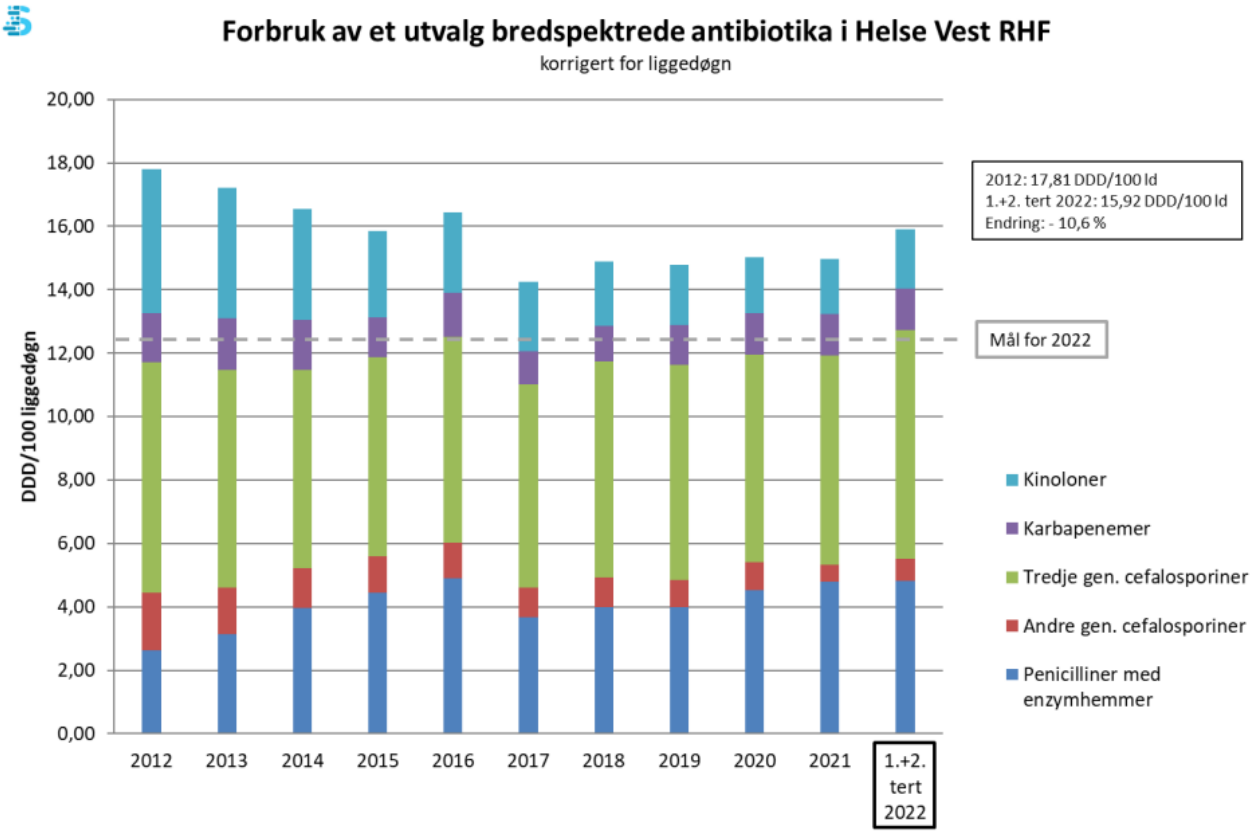
Fristen for å sende inn årleg melding til Helse- og omsorgsdepartementet er 15. mars kvart år. Utkastet til årleg melding er sendt Helse- og omsorgsdepartementet innan fristen med melding om at styregodkjent årleg melding vil blir ettersendt.

Årleg melding 2022 for
Helse Vest RHF til
Helse- og omsorgsdepartementet



Innhold

Innhold....2
1. Innleiing....4
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag....4
1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2022....5
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument....10
2.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling....10
2.2 Styrke forsking, innovasjon og kompetanse og forbetre kvalitet og pasienttryggleiken....18



....24
2.3 Rask tilgang til helsetenester og samanhengande pasientforløp....29
3. Nye oppgåver 2022....36
3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling....36
3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet....38
3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp....39

4. Rapportering på krav frå føretaksmøte 41
4.1 Krav og rammer for 2022 41
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2022 55
5. Styret sitt plandokument 60

1. Innleiing

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helseføretakslova § 34 pålegg dei regionale helseføretaka å utarbeide ei årleg melding om verksemda, til Helse- og omsorgsdepartementet. Meldinga skal òg omfatte dei helseføretaka som det regionale helseføretaket eig. Vedtektene for Helse Vest RHF, § 15, seier at den årlege meldinga skal seie korleis pålegg og føresegner som er gitt i føretaksmøtet eller er sett som vilkår for løyvingar, er følgde opp.

Helseføretaka i Helse Vest skal sørgje for gode og likeverdige helsetenester til alle som treng det, når dei treng det. Det er det regionale helseføretaket sitt ansvar at oppgåvene blir løyste innanfor dei økonomiske rammevilkåra som er fastsette av Stortinget og tildelt over statsbudsjettet, og dessutan at verksemda blir utøvd i samsvar med gjeldande lover og føreskrifter.

Dei styringskrava Helse- og omsorgsdepartementet fastsett i oppdragsdokument og føretaksmøte, saman med vedtak som er gjort av styret i Helse Vest RHF, er lagt til grunn for verksemda. Helse Vest RHF skal leggje til rette for samordning og koordinering mellom og i helseføretaka. Ansvaret blir blant anna vareteke gjennom vedtak av felles strategiar og planar for helseføretaksgruppa, løpande rapportering, oppfølging av verksemda og tett samarbeid. Helseføretaka har ansvar for å omsetje regionale føringar i lokale strategiar og planar.

For å følgje opp resultatoppnåinga, er det månadlege dialogmøte mellom helseføretaka og Helse Vest RHF. Det er òg møte med dei private ideelle for å følge opp dei årlege bestillingane desse får. I tillegg blir det rapportert på status for styringsmåla, både til styra i helseføretaka og styret i Helse Vest RHF.

God verksemdsstyring handlar om å sette mål, definere oppgåver og ansvar for å nå måla, og løpande følgje opp resultata. Det føreset tydeleg leiing og strategisk retning, involvering av medarbeidarar og brukarar, og dessutan prosessar og internkontroll som støttar opp under å nå måla verksemda har. Samla utgjer dette dei nødvendige verkemidla for å nå resultat i verksemda og leggje til rette for læring og forbetring.

Visjon

Å fremje helse, meistring og livskvalitet er den overordna visjonen til Helse Vest.

Verdiar

Respekt, tryggleik og kvalitet er dei felles verdiane i spesialisthelsetenesta.

Mål

- Trygge og nære helsetenester
- God samhandling og effektiv ressursbruk i heile pasientforløpet
- Aktiv pasientdeltaking og heilskapleg behandling
- Ein framtidsretta og innovativ kompetanseorganisasjon

Strategi

Strategien, tiltaksplanen som ligg til strategien og den regionale utviklingsplanen skal bidra til å realisere visjonen til Helse Vest.

Målet er ein levande plan, som ein ikkje berre reviderer kvart fjerde år, men som til ei kvar tid er oppdatert og som gjer at ein kan vurdere innspel løpande. Både data- og kunnskapsgrunnlaget som er brukt for å lage utviklingsplanen vil endre og utvikle seg, på kort og lang sikt. Derfor har planen fått ei digital form, som gjer det mogleg å bruke, justere og endre planen i takt med utviklinga, ikkje berre i faste intervall. Ein vil oppdatere både grunnlaget og sjølve utviklingsplanen, og på den måten halde planen relevant over tid.

Regional utviklingsplan 2023-2035

Kvart føretak og dei private som har langsiktige avtalar med Helse Vest har lagt fram sine utviklingsplanar, som heng saman med den regionale. I tillegg til å vere ein overordna plan for dei enkelte regionale helseføretaka, vil desse planane inngå som grunnlag for og gi innspel til den kommande nasjonale helse- og samhandlingsplanen.

Den regionale utviklingsplanen inneheld fire strategiske hovudtema:

- Pasientar, brukarar og pårørande
- Medarbeidarar og kompetanse
- Samhandling
- Utvikling

I tråd med utviklingsplanen, blir den regionale tiltaksplanen revidert. Arbeidet med tiltaksplanen er planlagt ferdig første halvår 2023.

1.2 Samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2022

2022 starta med høgt belegg i sjukehusa og beredskap for covid-19, noko som har prega dei siste åra. Etter eit år stort sett ute av beredskap og innsats for å stabilisere drifta etter pandemiåra, var hausten prega av ein krevjande økonomisk situasjon og på nytt

auka merksemd på drifta når talet på innleggingar knytt til korona, influensa og RS-virus steig mot nyttår igjen.

Pandemien har krevd mykje av mange. Sjukehusa må framleis ta høgde for fleire utbrot av covid-19 og merker framleis konsekvensane av pandemien på nokre område, for eksempel skal ein ha kapasitet til å ta att utgreiing, behandling og oppfølging som har vore utsett. Ein kan framleis merke dei økonomiske konsekvensane, både etter pandemien og usikkerheita i verdsøkonomien som blant anna har vore sidan utbrotet av krigen i Ukraina.

Utfordringane har vore fleire gjennom året, og fleire av krava for 2022 er ikkje nådd. Det er tiltak for dei krava ein ikkje har fått til eller er ferdige med i 2022.

Overordna har føretaksgruppa Helse Vest gode resultat å vise til i 2022. Når det gjeld styringsmåla og dei ulike oppdraga er mykje oppnådd og grunnlaget godt for vidare utvikling.

Styret i Helse Vest RHF vil rette ein stor takk og særleg framheve innsatsen og kompetansen medarbeidarar i alle helseføretaka bidreg med, kvar dag.

Økonomi

Foreløpig økonomisk resultat for 2022 viser eit positivt resultat på 419 mill. kroner, 75,6 mill. kroner lågare enn budsjettert.

I 2022 var det ein generell pris- og lønsvekst som var langt høgare enn føresetnadene i statsbudsjettet. Dette reduserte realveksten i driftsløyvingane til dei fire regionale helseføretaka for 2022.

Helseføretaka står overfor store økonomiske utfordringar. Det kan ikkje forventast at dei økonomiske rammene vil auke i same grad som tidlegare. Drifta må tilpassast dette, og føretaksgruppa må vere førebudd på omstilling i åra som kjem. Det inneber å prioritere godt, og at oppgåver må løysast på nye måtar. I denne situasjonen er det viktig at det blir gitt føreseielege rammer slik at helseføretaka kjenner kva ein kan planleggje for dei neste åra.

I Helse Vest er investeringane i fysisk infrastruktur på historisk høgt nivå. Bygg er viktige føresetnader for både godt arbeidsmiljø og god pasientbehandling. Det er viktig at det blir arbeidd målretta for å få maksimalt ut av dei investeringane som blir gjort.

Gitt dei økonomisk utfordringane er det likevel viktig å skjerme prioriterte viktige område. Det skal framleis vere satsing på psykisk helsevern, og kompetansetiltaka for

medarbeidarane i sjukehusa må halde fram. Det same gjeld for satsinga på digitalisering, den er drifta i helseføretaka heilt avhengige av.

Oppnådde resultat

Dei felles styringsmåla gjer retning til arbeidet i spesialisthelsetenesta. Årleg melding viser at helseføretaka har nådd resultatmåla på fleire område.

Hovudtrekka i oppnådde resultat knytt til styringsmålet *Styrke psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling* er:

- Auke i budsjett i alle helseføretak innan psykisk helsevern.
- Styrking av sikkerheitspsykiatri.
- Styrka tilbod for barn og unge i psykisk helsevern, som vurderingssamtale ved tilvising og utgreiing, etablering og styrking av ulike fagteam.
- Styrka samarbeid med Bufetat og kommunane innan barne- og ungdomspsykiatri.
- Fleire DPS har nye behandlarstillingar, auke i kapasitet og etablering av nye FACT-team.
- Handlingsplan og styrka opplæring for å redusere tvang i psykisk helsevern.
- Førebuing og etablering av fellesmottak for tilvising i psykisk helsevern.
- Auka merksemd på akuttlinja i tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Måla for ventetider og aktivitet er delvis nådd.

Hovudtrekka i oppnådde resultat knytt til styringsmålet *Styrke forsking, innovasjon og kompetanse og forbetre kvalitet og pasienttryggleiken* er:

- Sikring av kompetanse gjennom målretta rekrutteringsprosessar, fagleg opplæring og vidareutdanning. Talet på tildelte ulike planar for kompetanse, læringsmål og mål for aktive stillingar er om lag 246 000 for føretaksgruppa. Kompetanseplanane dekkjer om lag 2 420 000 enkelte kompetansekrav.
- Arbeid med kunnskapsgrunnlag knytt til, blant anna, ekstern turnover, berekraftig utvikling for intensivsjukepleiarar og berekraftig utvikling for psykisk helsevern og rus.
- Satsing for å auke talet på kliniske behandlingsstudiar slik at fleire pasientar kan få tilbod om utprøvande behandling. Som ein del av dette er det etablert ei regional forskingsstøtte som skal gjere det enklare for fleire føretak å delta i kliniske behandlingsstudiar, to NorTrials-sentre i regionen. Det nasjonale forskingsstøttenettverket NorCRIN blir leia frå Helse Bergen.
- Auke talet på utdanningsstillingar for vidareutdanning for spesialsjukepleiarar i anestesi, operasjon, kreft og for jordmor.

- Kontinuerleg og systematisk arbeid for å redusere pasientskadar. Det er framleis variasjon i resultata og det er sett i verk nye tiltak, for eksempel ein eigen regional plan for risikoområdet legemiddel (ROMLE).
- Reduksjon av totalforbruket av breispektra antibiotika, men ein gjer framleis tiltak for å få bruken ned på fleire enkeltområde.
- Arbeid med auke av intensivkapasiteten. Oppdraget er løyst på tre nivå; interregionalt, regionalt og lokalt, og i fleire fasar. Vurderinga er at tal intermediær-senger og intensiv senger (kategori 1-3) må sjåast i samanheng og at helseføretaka må ha fokus på tiltak for å behalde intensivsjukepleiarar og kompetansevedlikehald for sjukepleiarar som kan avlaste intensivsjukepleiarar ved behov for auka kapasitet eller beredskap; helseføretaka i Helse Vest følgjer dette vidare opp i 2023.
- Arbeid med etablering av regionalt behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens.

Hovudtrekka i oppnådde resultat knytt til styringsmålet *Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp* er:

- Overgang til DIPS Arena legg til rette for betre moglegheiter for å ta i bruk digitale tilbod, blant anna konsultasjonar.
- Prosentdel pakkeforløp gjennomført innan standard forløpstid for alle forløpa samla når målet med 70 prosent fullført innan forløpstida. Helse Vest når også målet om at alle kreftpasientar skal vere registrert i pakkeforløp kreft med 84 prosent. Det er variasjon mellom dei ulike forløpa og Helse Vest jobbar med å forbetre resultata for dei forløpa med dårlegast måloppnåing.
- Førebuing av avvikling av fritt behandlingsval kor Helse Vest RHF skal sjå til at pasientar som mottar behandling hos private leverandørar gjennom godkjenningsordninga i fritt behandlingsval får vidareført det tilbodet dei har behov for når ordninga blir avvikla.
- Oppfølging av evaluering og forbetring av Nye metoder, blant anna med tiltak for raskare saksbehandling og auka brukar- og klinikarinvolvering.
- Arbeid med styrking av elektiv aktivitet som desentraliserte tenester. I Helse Vest blir det per i dag ytt desentrale spesialisthelsetenester i eit stort omfang. Helse Vest vil byggje opp om den desentraliserte strukturen av spesialisthelsetenester som er utvikla i regionen gjennom mange år, og samtidig sjå på behovet for funksjonsfordelingar i utviklinga av tenestene slik at dei avgrensa ressursane i helseføretaka kan brukast mest mogleg effektivt.
- Innspel til kommande Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Det er fleire resultat knytt til dette styringsmålet som ikkje er nådde. Desse områda blir følgde opp vidare i 2023. Dette gjeld blant anna dei løpande måla for kvalitet. Helseføretaka har ikkje klart å redusere ventetidene slik det var lagt planar for

samanlikna med 2021. 2022 har vært prega av eit etterslep i elektiv aktivitet som følgje av pandemien.

Utviklinga vidare

Årleg melding for 2022 viser at mykje ligg til rette for god utvikling vidare, i 2023. Den økonomiske situasjonen er usikker og krevjande, verdssituasjonen like usikker og helseføretaka skal ta att for mykje arbeid som blei sett på vent under pandemien. Det går allereie vanskelege diskusjonar om prioritering i tenesta.

Men med grunnlaget for utvikling på fleire viktige område som er bygd gjennom åra, blant anna, innan planlegging, analyse og digitalisering, ligg det òg moglegheiter for nødvendig omstilling og endring. Dette må ha som mål å gi medarbeidarar gode rammer for det viktige arbeidet dei gjer og pasientane den beste behandlinga vi kan gje.

Hausten 2022 vedtok styret i Helse Vest RHF den reviderte utviklingsplanen for dei neste åra. Våren 2023 skal tiltaksplanen ligge føre.

Med grunnlaget vi har i alt arbeidet som er lagt ned i Helse Vest over fleire år, eit kunnskapsgrunnlag som stadig blir styrkt, løpande forbetring og eit tett samarbeid, både regionalt og nasjonalt, ligg det rette for mykje godt arbeid i spesialisthelsetenesta på Vestlandet vidare inn i 2023.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling

Mål 2022:

Kvalitative:

- **Styrke psykisk helsevern og TSB slik at tilbodet kan trappast opp for barn og unge, samt vaksne med alvorleg psykisk liding. Førebygging og kvalitet skal prioriterast, og utfall av behandling skal leggjast vekt på.**

Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

Alle helseføretak i Helse Vest har hatt ein auke i budsjettet som har gjort det mogleg å tilsette fleire behandlarar eller spesialistar. Fleire tiltak er etablert. Eit eksempel på dette er vurderingssamtale før eventuelt avslag på tilvising (Helse Førde), sped- og småbarnsteam, utgreiing av Ung-FACT[1] team (Helse Fonna), etablering av to Ung-FACT team og styrkt DBT[2]-team og Psykoseteam (Helse Bergen). Fleire helseføretak melder om at samarbeidet mellom barne- og ungdomsklinikken og Bufetat er styrkt for dei mest alvorleg sjuke pasientane.

Psykisk helsevern for vaksne (VOP)

Fleire helseføretak har òg styrkt budsjetta for psykisk helsevern for vaksne. Helse Bergen har blant anna etablert ein ny ROP[3]3-eining med åtte nye døgnplassar. Fleire DPS i heile regionen melder om nye behandlarstillingar og ein auke i kapasitet og etablering av nye FACT-team (Stord DPS og Haugaland DPS). Det er gjennomført internrevisjon med psykoseforløp i Helse Fonna, og på bakgrunn av funna er det utarbeidd lokale handlingsplanar.

Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

Fleire helseføretak har hatt auka merksemd på akuttlinja, som, for eksempel, auka samarbeid med prehospitale tenester/ ambulanse for å implementere nytt område i pasientforløpa om handtering av overdose. Helse Bergen har etablert «Ung rusoppdagelse» (URO) der formålet er å komme i kontakt med sårbar ungdom (15-25 år) i tidleg fase av problematisk bruk av rusmidlar. Det er etablert og det blir planlagt for fleire Ung-FACT team. Det er lagt til rette for utdanningsstilling for LIS 3 ved ruspoliklinikk. Det er etablert felles tilvising av pasientar til TSB i Helse Fonna og Helse Stavanger. Kvalitetsregister rus (KvaRus) blir nytta for å evaluere eigne tenester (særleg i Helse Stavanger).

[1] FACT = Flexible Assertive Community Treatment, og kan omsetjast til fleksibelt, aktivt oppsøkjande behandlingsteam i lokalmiljøet.

[2] DBT = «Dialektisk atferdsterapi». Dette er ein empirisk validert behandlingsmetode for personar med kronisk suicidalitet, sjølvskading og emosjonelt ustabil personlegdomsforstyrring.

[3] ROP = Begrepet ROP blir brukt som ei samlebenemning for «samtidig rusliding og psykisk liding»

- Forhindre feil bruk av tvang og leggje til rette for tenestene slik at førebygging av aggresjon og vald understøttast.

MAP (Møte med aggresjonsproblematikk) er eit nasjonalt opplæringsprogram relatert til førebygging og handtering av aggresjons- og valdsproblematikk i psykisk helsevern og rus. Eit av hovudelementa i MAP er korleis førebyggje bruk av tvangsmidlar, og korleis ein kan utøve tvang på ein skånsam og forsvarleg måte, når bruk av tvang er nødvendig. Helseføretaka i Helse Vest har alle implementert MAP. Helseføretaka har kontinuerleg fokus på å redusere bruken av tvang, og i mange føretak er det laga eigne handlingsplanar for redusert bruk av tvang.

Indikatorar:
- Gjennomsnittleg ventetid skal vere lågare enn 40 dagar for psykisk helsevern vaksne, lågare enn 35 dagar for psykisk helsevern barn og unge og lågare enn 30 dagar for TSB.

Dei siste offisielle tertialtala frå Helsedirektoratet er frå andre tertial 2022. Ikkje bekrefta månadstal frå tredje tertial viser at målet er nådd for TSB, men ikkje for VOP og BUP. Det er verd å merke seg at gjennomsnittleg ventetid er på rett veg, med langt lågare ventetider i dei tre siste månadane av 2022 enn for andre tertial.

Tala under viser gjennomsnittleg ventetid for pasientar som hadde starta med behandling per tertial, samt for dei siste fire månader av 2022. Tala er samla for alle helseføretak og private aktørar i Helse Vest.

Fagområde	1. tertial 2021	2. tertial 2021	3. tertial 2021	1. tertial 2022	2. tertial 2022	Sept. 2022*	Okt. 2022*	Nov. 2022*	Des. 2022*
BUP	43	51	47	52	58	69	49	48	50
PHV	38	40	39	46	51	51	42	43	40
TSB	28	28	29	29	32	24	30	27	28

Kjelde: Ventetider og pasientrettigheter, per tertial - Helsedirektoratet. Tal for 3. tertial 2022 er ikkje klare før 17. mars-23.
**Kjelde: Ventetider og pasientrettigheter, per måned - Helsedirektoratet viser månadstala. Dei er ikkje endeleg bekrefta.*

Fleire helseføretak peiker på høge tal for tilvising til psykisk helsevern over tid og låg rekruttering av legar og psykologar som årsak til at måla ikkje er nådd. Fleire tiltak blir nemnd:

- Vurdere den interne variasjonen blant behandlarar knytt til talet på pasientar og lengde på behandlinga.
- Deltaking i regionalt prosjekt om å behalde og rekruttere medarbeidarar.
- Kartlegging og endring av arbeidsrutinar som oppgåvegliding for å bidra til at pasientar kjem raskt inn i forløp.
- Oppstart med kveldspoliklinikk for å behandle fleire pasientar.

- Aktiviteten i psykisk helsevern skal vere høgare i 2022 samanlikna med 2021, både innan døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.

Tabellane under viser nøkkeltal for aktivitet i psykisk helsevern for vaksne (VOP) og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i Helse Vest per 2. tertial 2022, og endring frå same periode i 2021. Tala inkluderer både eigne helseføretak og private avtaleinstitusjonar. Det er ikkje korrigert for gjestepasientar mellom regionane.

Aktivitet VOP	Tal per 2. tertial 2022	Endring i % mot 2. tertial 2021
Pasientar	27 043	4 %
Utskrivingar	6 726	1 %
Opphaldsdøgn	144 058	1 %
Avdelingsopphald	9 757	3 %
Dagbehandling	3 040	31 %
Polikliniske kontaktar	229 769	-2 %
- direkte	179 849	4 %
- indirekte	49 920	-19 %

Kjelde: Statistikk frå spesialisthelsetenesta - Norsk pasientregister (helsedirektoratet.no)
Tal for 3. tertial og dermed heile 2022 bli ikkje publisert før mars 2023.

Aktivitet BUP	Tal per 2. tertial 2022	Endring i % mot 2. tertial 2021
Pasientar	13 674	6 %
Utskrivingar	780	9 %
Opphaldsdøgn	8 876	-2 %
Avdelingsopphald	844	10 %
Dagbehandling	333	36 %
Polikliniske kontaktar	137 526	-1 %
- direkte	90 643	4 %
- indirekte	46 883	-8 %

Kjelde: Statistikk frå spesialisthelsetenesta - Norsk pasientregister (helsedirektoratet.no)
Tal for 3. tertial og dermed heile 2022 bli ikkje publisert før mars 2023.

Tala viser at psykisk helsevern for vaksne har ein vekst på alle indikatorar, med unntak av indirekte polikliniske kontaktar (indirekte polikliniske kontaktar omfattar videokonsultasjon og telefonkonsultasjon, men også indirekte pasientkontakt som ikkje har omfang av konsultasjon – for eksempel reseptutskriving, brev etc. Det same gjeld for psykisk helsevern for barn og unge, men her er det i tillegg redusert aktivitet knytt til opphaldsdøgn (tala er her små).

Helseføretaka rapporterer at auken i aktivitet som blir etterspurt innan psykisk helsevern er vanskeleg å nå på grunn av mangel på fagpersonar. Einingane har tilstrekkeleg økonomi til å tilsetje fleire, men det er vanskeleg å rekruttere til fagområda, og det er høg turnover, særleg blant psykologar. Helse Vest har initiert eit regionalt prosjekt for å bidra til betra rekruttering og lågare turnover av medarbeidarar.

- Prosentdel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern vaksne og TSB skal vere minst 80 pst.

Tabellen under viser prosentdelen pasientar som har gjennomført første evaluering av behandling i poliklinikk innan tilrådd forløpstid per helseføretak, samla for Helse Vest (helseføretak og private aktørar) og samanlikna med heile landet.

Gjennomført første evaluering i poliklinikk	BUP		VOP		TSB	
	1. tertial 2022	2. tertial 2022	1. tertial 2022	2. tertial 2022	1. tertial 2022	2. tertial 2022
Helse Førde	21 %	29 %	57 %	40 %	20 %	57 %
Helse Bergen	53 %	39 %	38 %	29 %	20 %	18 %
Helse Fonna	12 %	25 %	42 %	33 %	43 %	-
Helse Stavanger	50 %	53 %	42 %	43 %	76 %	82 %
Helse Vest	**45 %**	**40 %**	**44 %**	**37 %**	**46 %**	**51 %**
Heile landet	38 %	37 %	47 %	42 %	45 %	49 %

Kjelde: Helsedirektoratet. Tal for 3. tertial 2022 er ikkje klare før 17. mars 2023

Det er for låg måloppnåing for alle tenestenivå, sjølv om det er stor variasjon mellom helseføretaka. Det er heller ikkje god nok rapportering på pasientforløpa.

Erfaringa er at pakkeforløpa har mista noko fokus i fagmiljøa etter namneendring til pasientforløp utan samtidig reell endring av innhald. Dette til tross for påpeikt rom for forbetring i to evalueringsrapportar.

Interne journalrevisjonar i helseføretaka viser likevel at føringar i pasientforløp blir følgt, men at kodinga er mangelfull. Det er ønskje om betre funksjonalitet i DIPS for å kunne følgje betre opp. Låg måloppnåing skuldast i nokre tilfelle at behandlar gløymer å registrere. Det er meldt tilbake eit ønskje om påminning frå systemet når ein gløymer å registrere. Ei anna tilbakemelding er at den første evalueringa kjem for tidleg og er for tett på ferdigstilling av behandlingsplanen. Dette gjer at evalueringa ikkje blir opplevd å vere reell. Gode og felles evalueringsverktøy er ei utfordring, særleg for feltet barn og unge.

Vurderinga er at helseføretaka kjenner til eigne resultat, og at det blir arbeidd med å betre registrering. Eksempel på tiltak er:

- Setje inn ekstra ressursar
- Oppgåvedeling og diverse forbetringsarbeid
- Identifisere konkrete utfordringar knytt til registrering av målepunkt i pasientforløp og fokus for å betre koding

- Prosentdel pasientar i pasientforløp som saman med behandlar har utarbeidd ein behandlingsplan, skal vere minst 80 pst.

Prosentdelen av pasientar i pakkeforløp som saman med behandlar har utarbeidd ein behandlingsplan er som følgjer per helseføretak, samla for Helse Vest (helseføretak og private aktørar) og samanlikna med heile landet:

Utarbeidd behandlingsplan	BUP		VOP		TSB	
	1. tertial 2022	2. tertial 2022	1. tertial 2022	2. tertial 2022	1. tertial 2022	2. tertial 2022
Helse Førde	12 %	10 %	29 %	34 %	23 %	24 %
Helse Bergen	35 %	23 %	17 %	18 %	31 %	18 %
Helse Fonna	7 %	4 %	11 %	8 %	-	-

Helse Stavanger	24 %	26 %	9 %	8 %	36 %	34 %
Helse Vest	**25 %**	**18 %**	**18 %**	**17 %**	**27 %**	**21 %**
Heile landet	41 %	40 %	42 %	42 %	44 %	42 %

Kjelde: Helsedirektoratet. Tal for 3. tertial 2022 er ikkje klare før 17. mars 2023

Målet er ikkje nådd. Det er i tillegg store variasjonar mellom helseføretaka i Helse Vest for desse tala. Det er indikasjonar for at det for dei fleste blir laga behandlingsplanar i journal, men at dette i mindre grad blir registrert i pakkeforløpsmodulen. Helseføretak med høgast måloppnåing ser også ut til å ha best rutinar. Sjå òg kommentarane over.

- **Minst 70 pst. av epikrisane skal vere sende innan 1 dag etter utskriving frå psykisk helsevern for vaksne og TSB.**

Tabellen under viser utvikling for prosentdelen epikriser sendt ut innan 1 dag etter utskriving. Tala er per helseføretak, samla for heile Helse Vest (inkludert private aktørar) og samanlikna med heile landet:

Epikriser sendt innan 1 dag	**VOP**		**TSB**	
	1. tertial 2022	**2. tertial 2022**	**1. tertial 2022**	**2. tertial 2022**
Helse Førde	42 %	34 %	53 %	56 %
Helse Bergen	72 %	76 %	76 %	68 %
Helse Fonna	47 %	56 %	57 %	59 %
Helse Stavanger	35 %	34 %	70 %	68 %
Helse Vest	**53 %**	**55 %**	**63 %**	**64 %**
Heile landet	52 %	56 %	56 %	53 %

Kjelde: Helsedirektoratet. Statistikk for VOP og TSB. Tal for 3. tertial 2022 er ikkje klare før 17. mars 2023

Samla for heile Helse Vest er ikkje målet nådd, sjølv om det har vore ei betring både for VOP og spesielt TSB sidan 2021. Det er likevel store forskjellar mellom helseføretaka, der Helse Bergen i størst grad har nådd målet for dei to første tertiala i 2022.

Det er ikkje sett inn ekstraordinære tiltak i helseføretaka for å betre ferdigstilling av epikriser. Det ligg føre oppdaterte rapportar i Helse Vest sin rapportportal, og tema blir løfta fram i dei fleste driftsmøte i føretaka.

Det regionale prosjektet «Vel Heim» har starta ein pilot ved klinikk for psykisk helsevern i Helse Stavanger HF for å teste ut moglege regionale løysingar som skal sikre epikriser frå alle PHV-einingar til legevakt i alle føretaksområda. Sjølv om prosjektet har som hovudmål at tilviser skal få epikrise, vil det også virke inn på epikrisetida. Prosjektet er forventa ferdig i juni 2023.

Oppgåver 2022:

- **Helse Vest RHF skal i tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 syte for gode basistenester innan TSB i alle helseføretak, styrke rusbehandlingstilbodet til barn og unge og utvikle rutinar for samhandling mellom somatiske avdelingar, psykisk helsevern og TSB.**

Basistenester

Alle helseføretak har basistenester innan TSB. Helse Førde og Helse Fonna har integrert struktur med TSB organisert i DPS.

Styrke rusbehandlingstilbodet til barn og unge
Tilbodet er styrka i helseføretaka i Helse Vest.

Helse Bergen har etablert «Ung rusoppdagelse» (URO) der ein vil komme i kontakt med sårbar ungdom (15-25 år) i tidleg fase av problematisk bruk av rusmidlar. Det er etablert, og det blir planlagt for, fleire Ung-FACT team. BUP Helse Fonna har laga eit eige "BUP-forløp rusmiddel" som skisserer kartlegging, utgreiing og behandling for unge frå 12 til 18 år med rusmiddelbruk. Helse Stavanger har organisert TSB i psykisk helsevern barn og unge, og har tett samarbeid om rusbehandling for dei yngste, også i samarbeid med barneverntenesta og deira institusjonar.

Samhandling mellom somatiske avdelingar, psykisk helsevern og TSB
Det er utvikla rutinar for samhandling i alle helseføretak, men med ulik innretning.

Eksempel på dette er:
Helse Stavanger har hatt ordninga med ruskonsulentar i 15 år. Dei gjer kortidsintervensjonar med pasientar innlagt i somatisk avdeling med risikofylt og/ eller skadeleg bruk av alkohol og/ eller andre rusmiddel. Ruskonsulentane har mellom 700 og 800 samtalar per år. Fleire av pasientane har aldri vore i kontakt med hjelpeapparatet for dei rusrelaterte problem dei har tidlegare.

I Helse Førde er det innført ei akuttløype for alkoholavhengigheit ved Nordfjord psykiatrisenter. Dette gir rask helsehjelp for personar som treng strakshjelp og sikrar at tilbodet blir koordinert med somatiske avdelingar. Korte ventetider gjer at liknande tilbod ikkje er nødvendig for andre pasientgrupper i TSB i Helse Førde.

Det er oppretta eit fagnettverk for avhengigheit på tvers av BUP Haugesund og BUP Stord. I fagnettverket sit det ulike fagpersonar. Fagnetteverket har blant anna som oppgåve å sjå på interne rutinar og faglege retningslinjer på tvers av dei to BUP-ane.

I Helse Bergen gjennomfører seksjon ambulant avdeling for rusmedisin på oppdrag tilsyn i somatiske einingar og i einingar i psykisk helsevern. Det er også etablert telefonisk konsulentfunksjon for legar.

- **Helse Vest RHF skal innan utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon dei felles tilvisingsmottakarane (helseføretak/avtalespesialistar) innan psykisk helsevern**.

2022 er nytta til å førebu føretaka og avtalespesialistane i ordninga. Det er også gjennomført eit eige IKT prosjekt, som har sikra at ordninga er understøtta av gode teknologiske løysingar, slik at informasjonsforløpa er digitalisert. Ordninga vil tre i kraft i heile regionen i løpet av våren 2023.

- **Helse Vest RHF skal leggje til rette for å tilby vurderingssamtale innan psykisk helsevern, særleg for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er**

behov for supplerande informasjon, eller der lege/tilvisar meiner det er behov for rask avklaring før eventuell tilvising.

Helseføretaka har anten innført eller held på å innføre ulike modellar for vurderingssamtalar i BUP. I psykisk helsevern vaksne er det berre nokre få helseføretak som testar ut å tilby vurderingssamtalar.

- **Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Midt-Norge RHF, utvikle ein felles standard for kommunane sine avtalar om busetjing av personar dømde til tvungen omsorg og hjelpe Helse- og omsorgsdepartementet i den varsla gjennomgangen av auken i talet på dommar. Føremålet er å styrke kostnadskontrollen med ordninga og utgreie tiltak som kan bidra til å avgrense vidare kostnadsvekst. Det visast til omtale under kap. 734, post 71 i Prop. 1 S (2021-2022).**

Det er oppnemnt ei interregional arbeidsgruppe som er samansett av personar med juridisk kompetanse innan rettspsykiatri og økonomi/budsjettering. Arbeidsgruppa har deltaking frå det nasjonale kompetansesenternettverket, frå RHF-a og frå KS, og har gjennomført arbeidet i samsvar med framdriftsplan og fordelte oppfølgingsaktivitetar.

Helse Midt-Norge RHF har samla delarbeida til ein sluttrapport. Dei regionale helseføretaka og representantar for KS i gruppa skal gje innspel før oversending til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Følgjande aktivitetar er gjennomført:

- Evaluering av noverande standard for etablering av avtalar om busetting i kommunane.
- Evaluering av rutinar for risikovurdering ein legg til grunn for risikohandtering/forvalting av samfunnsvernet.
- Kartlegging av variasjonar i kostnadar.
- Drøfting av offentlege kostnader i tida før dom til tvungen omsorg.
- Beskriving av kommuneperspektivet knytt til gjennomføringa av dom til tvungen omsorg, inkludert forhold som er knytt til etablering av butiltak i kommunane og førebuing av tidspunkt for opphøyr av dom.
- Forslag til forbetringar av eksisterande avtalestandard.
- Forslag til andre moglege tiltak for å avgrense kostnader og til betring av ordninga ein har i dag.

Innspel til sluttrapport og oversending til HOD er noko forseinka jamfør opphavleg framdriftsplan, men vil føreliggje innan frist for årleg melding til HOD.

- Helse Vest RHF skal syte for at helsetenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språkleg og kulturell kompetanse for samiske barn som skal plasserast utanfor heimen.

Helse Vest er i dialog med Bufetat om etablering av tverrfagleg helsekartleggingsteam med oppstart i Helse Bergen i 2023. Der det er aktuelt med språkleg og kulturell kompetanse for samiske barn, blir det brukt tolk og henta inn kompetanse frå Sami Klinihkka [4].

[4] Klinikk i Karasjok der spesialisthelsetjenestetilbudet innenfor somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling til den samiske befolkningen er samla.

Utgreiingsoppdrag:

- **Dei regionale helseføretaka skal utarbeide ein overordna plan for sikkerheitspsykiatrien og andre tiltak for dømde til tvunge psykisk helsevern, jf. statusrapport om sikkerheitspsykiatri og rapport om utskrivingsklare pasientar i sikkerheitspsykiatrien. Det skal særleg vurderast:**
  - **behova for endring i kapasitet, innhald, organisering og samanheng i tenestetilbodet**
  - **behovet for langvarig forsterka butilbod i samarbeid med kommunane og om det kan vere føremålstenleg å etablere tverrfaglege ambulante team for å ta hand om personar som utgjer ein sikkerheitsrisiko**
  - **vidareutvikling av samarbeidsavtalar med kommunane, styringsdata og retningslinjer, jf. nevnde rapportar frå dei regionale helseføretaka**

Helse Sør-Øst RHF leier arbeidet. Det er etablert ei styringsgruppe, ei interregional prosjektgruppe og ei referansegruppe. Arbeidet er forankra laupande i dei fire regionale helseføretaka. I prosjektet vil ein blant anna vurdere:

- Overordna organisering av pasientar innlagt etter strafferettsleg heimel / «To spor»
- Organisering av psykisk helsevern på området
- Pasientforløp for «sikkerheitspsykiatriske pasientar» og for domfelte pasientar
- Førebyggingsperspektivet
- Korleis kommunane kan leggje til rette for at pasientar som er dømt til tvungent psykisk helsevern kan busettast i kommunen.

Følgjande tema er særleg relevante for vurderingane:

- Kapasitet/kompetanse/organisering
- FACT/Ambulante tenester
- Forsterka bu-tilbod
- Økonomi/Finansiering
- Lovverk
- Behov for regionale/lokale variasjonar

Helseføretak, kommunar og brukarorganisasjonar er involvert i arbeidet gjennom representasjon i fleire møte, for innspel. Prosjektgruppa har bedt om innspel på følgjande problemstillingar:

1. Kva skal til for at kommunar kan gi gode helse- og omsorgstenester til pasientar med psykiske liding og risiko for vald – og til personar dømt til tvungen psykisk helsevern?
2. Korleis kan kommunar i samarbeid med spesialisthelsetenesta bidra til å redusere innleggingar i psykisk helsevern?

Prosjektgruppa vil i januar og februar 2023 ferdigstille rapporten og gjennomføre nødvendig forankring. Helse Sør-Øst RHF skal ha rapporten innan 1. mars, og den vil deretter bli behandla i styringsgruppa og i dei regionale helseføretaka, før oversending til Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av første halvår 2023.

2.2 Styrke forsking, innovasjon og kompetanse og forbetre kvalitet og pasienttryggleiken

Mål 2022:

Kvalitative:

- Det skal arbeidast med tiltak som bidreg til å rekruttere, behalde og utvikle helsepersonell. Det skal leggjast til rette for praksisplassar og læreplassar.

Føretaksgruppa Helse Vest arbeider kontinuerleg med tiltak for å sikre tilstrekkeleg fagleg kompetanse gjennom målretta tiltak for å behalde, fagleg utvikle, utdanne, vidareutdanne og rekruttere. Det er utarbeidd fleire rapportar som omhandlar dette, blant anna «Ekstern turnover» og «Berekraftig utvikling for intensivsjukepleiarar». I tillegg er arbeidet med berekraftig utvikling for psykisk helsevern og rus i gang. Styret i Helse Vest behandla ei sak i desember 2022, som tar føre seg oppdatert kunnskapsgrunnlag for helseføretaka i Helse Vest.

Helseføretaka i Helse Vest deltar i Regionalt samarbeidsorgan for utdanning. Det er høg merksemd på god planlegging for gjennomføring av hovudpraksisperiodar for studentar. Helseføretaka er store utdanningsinstitusjonar på mange område. Dette gjeld dei fleste yrkesgruppene. Tiltak for å mobilisere til heile faste stillingar er etablert, og det er laga oversikt over utviklinga målt i tråd med krav frå HOD tilbake til 2012.

Kvart år blir det utarbeida oversikt over kunnskapsinnsatsen i føretaksgruppa Helse Vest. Rapporten for 2022 vil publiserast våren 2023. Resultatet for 2021 var om lag 2,5 milliardar kroner.

Helseføretaka legg til rette for og har auka tal på hovudpraksisplassar for sjukepleie, medisin og helsefagarbeidarar. Det er gjort fleire kartleggingar og tiltak for å auke kapasiteten for praksis i helseføretaka.

Veksten i talet på studentar for bachelorutdanninga for sjukepleiarar har utfordra kapasiteten i helseføretaka. Det er lagt ned eit betydeleg arbeid for å få dette til, særleg i å gjere ei avgrensing i kva einingar som kan bli nytta. Det er langt fleire studentar enn kandidatmåltala for alle helseføretaka.

Det er etablert fleire tiltak i 2022:

- Helse Bergen har etablert traineeprogram for helsefagarbeidarar og sjukepleiarar, i tillegg til eit eige kompetanseprogram for helsefagarbeidarar.
- Helse Stavanger greier ut etablering av felles, utvida traineeordning for sjukepleiarar, basert på enkelte klinikkars erfaringar. Ordninga skal starte i 2023.
- Helse Fonna har avtale med Universitet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet (HVL) og VID vitskaplege høgskule campus Bergen og Sandnes. Ny studieplan for bachelor i sjukepleie ved HVL blei innført hausten 2020, og hausten 2022/våren 2023 skal nytt praksisemne innan fagleg leiing, tenesteutvikling og innovasjon gjennomførast for første gong. Praksis kan gjennomførast både i spesialist- og kommunehelsetenesta, og Helse Fonna har innhenta rundt 60 praksisplassar i heile føretaket til praksisemnet.

- Felles regional desentral vidareutdanning for barneintensivsjukepleiarar ved Lovisenberg diakonale høyskole er eit samarbeidsprogram for føretaksgruppa Helse Vest.

Styret i Helse Vest RHF får årleg ei sak om utvikling i talet på lærlingar i heile føretaksgruppa, og det har også i 2022 vore ei god utvikling. Totalt i 2022 var det 222 lærlingar. Det har vore 21 prosent auke i tal ordinære eigne lærlingar samanlikna med 2018.

I tillegg til dette blir det utarbeidd rapport for kunnskapsinnsatsen i føretaksgruppa kvart år. Talet på ulike tildelte kompetanseplanar, læringsmålplanar og målplanar for aktive stillingar er nå om lag 246 000 for føretaksgruppa Helse Vest. Kompetanseplanane dekkjer om lag 2 420 000 enkelte kompetansekrav basert på erfaring, om lag 1 250 000 fullførte krav og 52 prosent gjennomførte.

Det er òg lagt til rette for at allmennlegar i spesialisering (ALIS) kan oppnå læringsmåla sine i helseføretaka. Dette er ein modell som er utvikla saman med føretaka, fastlegar og RHF-et. Legeforeningen har gitt støtte til å prøve ut modellen.

- Det skal leggjast til rette for forsking og innovasjon i tenesta, og arbeidet med pasienttryggheit og kvalitet skal styrkast.

Rammeverket som forsking tilbyr er nødvendig for at sjukehusa skal kunne etablere nye diagnostiske tilbod, evaluere ny behandling og velje bort utdaterte prosedyrar og intervensjonar. Sjukehusa må leggje til rette for systematisk bruk av rutinar og kontrolltiltak for å sikre at forskingsprosjekt blir planlagt, gjennomført og avslutta i tråd med lovpålagte krav og forskingsetiske normer. Roller og ansvar for prosjektleiar, forskingsansvarlege institusjonar og samarbeidspartar må vere tydelege både før, under og etter gjennomføring av prosjekt. Det skal vere enkelt for forskarar å vere oppdatert på gjeldande rutinar og lovverk, med eit tydeleg fokus på forskingsetikk og pasienttryggleik. Det har vore eit fokus på å gje opplæring som studiesjukepleiarar til fleire.

Føretaka har organisert forskinga noko ulikt, men felles for 2023 er at alle har ulike satsingar for å auke talet på kliniske behandlingsstudiar slik at fleire pasientar kan få tilbod om utprøvande behandling. Arbeidet er forankra i nasjonale og lokale strategiske dokument. I Helse Bergen arbeider ein med ei satsing på eit «Utprøvarsjukehus», for å auke integrasjon av forsking og innovasjon i den vanlege pasientbehandlinga gjennom kompetanse, infrastruktur og auka kapasitet hos behandlar. I Helse Stavanger blei det i 2022 blant anna sett av midlar til ei 20 prosent stilling for å styrke forskingsmiljøet innan kvalitet og pasienttryggleik. Føretaket deltar i eit forskingsprosjekt om resiliens i helsetenesta (SHARE). I Helse Fonna og Helse Førde er det dels auka bemanning innan forskingsstøtte (koordinator, bioingeniør) for å auke kliniske behandlingsstudiar. Begge føretaka kan vise til auka forskingsproduksjon.

Også i dei private ideelle institusjonane med avtale er forsking og innovasjon viktig. Ved Haraldsplass Diakonale Sjukehus blei det nyleg opna ein forskingspoliklinikk, for å støtte den auka aktiviteten til forskingsgruppene ved sjukehuset.

Helse Vest RHF lyser årleg ut midlar til innovasjonsprosjekt i regionen. Utlysinga stimulerer til både inkrementell og radikal innovasjon i føretaka, og understøtter måla i Helse 2035 og Nasjonal helse- og sjukehusplan (NHSP). I 2022 fekk totalt 16 prosjekt finansiering frå den regionale innovasjonspotten, til saman 16 millionar kroner. Tenesteinnovasjon knytt til samhandling mellom spesialist- og kommunal helseteneste og digitale helsetenester er områder der innovasjonsmidlane er eit godt og viktig verkemiddel for å stimulere til desse endringane. Då det er viktig å stimulere til såkalla open innovasjon, nemleg at fagmiljøa på sjukehusa samarbeider med relevante aktørar som akademia, kommunar og næringsliv om å utvikle nye og betre tenester, kan delar av støtnaden nyttast til relevante samarbeidspartnarar. Vidare fekk heile 10 prosjekt i Helse Vest prosessrettleiing frå InnoMed, nasjonal kompetanseteneste for tenesteinnovasjon, i 2022. Fleire av desse prosjekta har finansiering frå Helse Vest RHF.

Då helsetenesta årleg gjer store investeringar gjennom anskaffingar, er innovative anskaffingar ei viktig satsing i Helse Vest. For å styrke kompetansen knytt til korleis ein kan nytte anskaffingar som eit strategisk verkemiddel for å leggje til rette for innovasjon, blei Helse Vest RHF strategisk partnar i det nasjonale Leverandørutviklings-programmet (LUP) i januar 2022[1]. Partnarplanen definerer mål og tiltak for partnarskapet mellom Helse Vest og LUP[2].

[1] LUP finansierast delvis av fire departement, mellom anna HOD. Det offentlege Noreg gjer anskaffingar for nærmare 600 milliardar i året og programmets oppgåva er å auke innovasjonseffekten av desse anskaffingane.
[2] Sykehusinnkjøp HF er også partnar i LUP.

Indikatorar:
- Talet på kliniske behandlingsstudiar i helseføretaka som inkluderte pasientar i 2022 skal aukast med minst 15 pst. samanlikna med 2021, jf. måla i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studiar.*

Alle helseføretaka jobbar jamt og systematisk med å auke talet på studiar og talet på pasientar som får delta. Helse Vest RHF har blant anna etablert regional forskingsstøtte som skal gjere det enklare for fleire føretak å delta i kliniske behandlingsstudiar. Det er etablert to NorTrials-sentre i regionen og det nasjonale forskingsstøttenettverket NorCRIN blir no leia frå Helse Bergen. Tala for 2022 ligg ikkje føre per dags dato. Nokre tal frå 2021:

- I Helse Bergen blei det i 2021 rekruttert pasientar til 105 kliniske behandlingsstudiar i føretaket (mot 104 studiar i 2020). Frå 2020 til 2021 har talet på inkluderte pasientar i denne typen studiar auka med heile 75 prosent. I 2020 blei 1130 pasientar inkludert, og i 2021 blei 1972 pasientar inkludert i kliniske behandlingsstudiar.
- I 2021 var det inkludert 689 pasientar i 49 kliniske behandlingsstudiar i Helse Stavanger.

- I 2021 var det åtte aktive kliniske behandlingsstudiar i Helse Fonna, med totalt 129 pasientar inkludert.
- I Helse Førde er 12 kliniske behandlingsstudiar opne for inkludering av pasientar. Føretaket ligg godt an til å nå målet om 15 prosent auke.
- Det er fleire KlinBeForsk-studiar i Helse Vest som har laupande rekruttering av pasientar både i regionen og nasjonalt.

- **Talet på utdanningsstillingar for sjukepleiarar innan anestesi-, barn-, intensiv-, operasjons- og kreftsjukepleie (ABIOK), samt jordmødrer, skal aukast samanlikna med 2021**.

Helseføretaka i Helse Vest har auka tal på utdanningsstillingar for vidareutdanning for spesialsjukepleiarar i anestesi, operasjon, kreft og for jordmor.
Helseføretaka samarbeider med utdanningsinstitusjonane på Vestlandet om tilgang til studieplassar og føreseielege utdanningsløp. Opptak til vidareutdanning for sjukepleiarar er no ein del av samordna opptak. Dette har gitt utfordringar for føretaka. Dei medarbeidarane helseføretaka har ønskje om å inngå utdanningsavtale med kan bli fortrengt av andre søkjarar. Dette er ein situasjon som blir behandla i Samarbeidsutvalet for utdanning. Det blir arbeidd med å vidareutvikle og forbetre samspelet mellom UH sektoren og føretaka.

- **Talet på lærlingar i helsefagarbeidarfaget skal aukast samanlikna med 2021**.

Årleg statusrapport viser ei stabil utvikling for føretaksgruppa. Alle helseføretaka har etablert eigne strategiar for å styrke utviklinga for tal lærlingar. Ved utgangen av oktober 2022 var det 109 helsefaglærlingar i føretaksgruppa Helse Vest. Det er ein auke på sju helsefaglærlingar frå same periode i 2021.

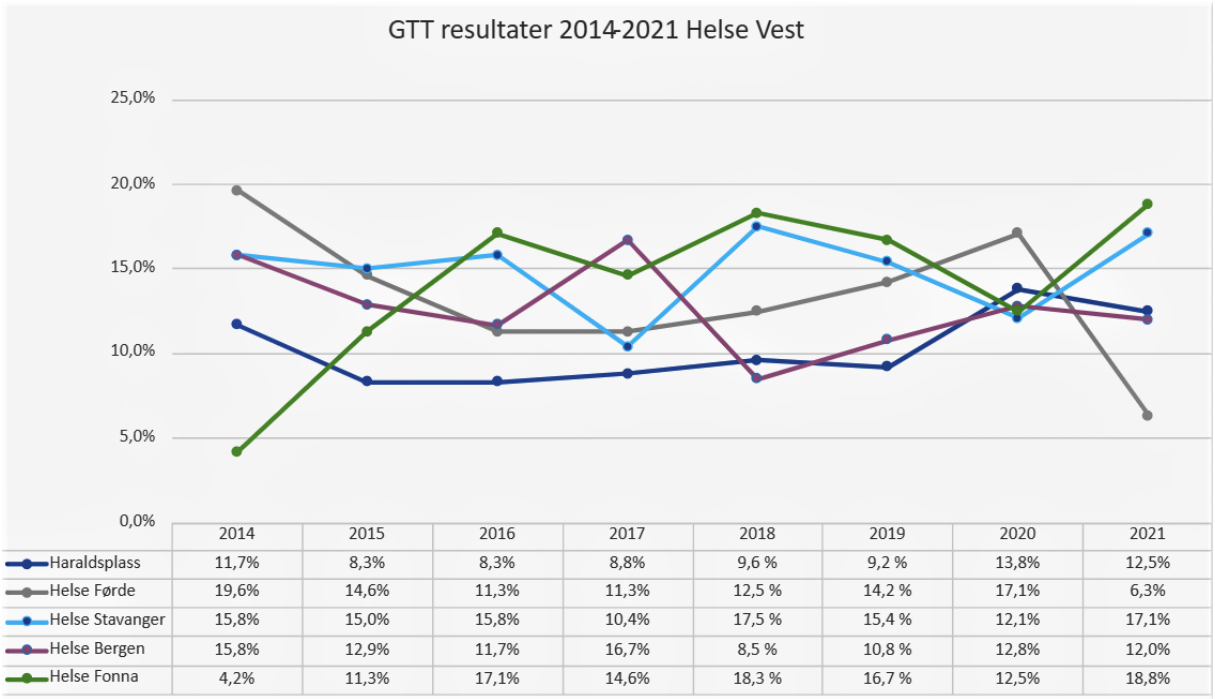
- **Talet på LIS i psykiatri skal aukast samanlikna med 2021.**

Alle helseføretaka har tredelt turnus for LIS 1 legar. I prosjektet Berekraftig utvikling for psykisk helsevern og rus blir auka tredelt turnus for LIS 1 legar vurdert.

I Helse Stavanger arbeider ein på andre område for å løyse LIS-delen i psykisk helsevern. Helse Bergen har hatt ein auke med seks LIS 1 i året samanlikna med 2021. Helse Fonna har auka talet på LIS tre innan TSB og BUP-feltet i 2022 samanlikna med 2021. Helse Førde har auka frå fire til seks LIS1 per kull. Dette er ei styrking og stabilisering av LIS1-teneste innan psykiatri samanlikna med 2021 og tidlegare år. Helse Førde har i 2022 hatt fleire vakante stillingar for LIS3 psykiatri. Det er eit mål å tilsette fleire LIS3 psykiatri, men det har vore særlege utfordringar med å rekruttere søkjarar til utlyste stillingar.

- **Prosentdelen av somatiske pasientopphald med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduserast til 10 pst. innan 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.**

Sjukehusa i Helse Vest arbeidar kontinuerleg og systematisk for å redusere pasientskadar. Det er framleis variasjon i resultat. Det er ikkje publisert tal for 2022. Tal frå 2014 visar utviklinga:



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Haraldsplass	11,7%	8,3%	8,3%	8,8%	9,6 %	9,2 %	13,8%	12,5%
Helse Førde	19,6%	14,6%	11,3%	11,3%	12,5 %	14,2 %	17,1%	6,3%
Helse Stavanger	15,8%	15,0%	15,8%	10,4%	17,5 %	15,4 %	12,1%	17,1%
Helse Bergen	15,8%	12,9%	11,7%	16,7%	8,5 %	10,8 %	12,8%	12,0%
Helse Fonna	4,2%	11,3%	17,1%	14,6%	18,3 %	16,7 %	12,5%	18,8%

Det er ein normalvariasjon mellom 19 prosent og fire prosent i Helse Vest i perioden 2014 – 2021. Dei fleste sjukehusa i Helse Vest undersøkjer 240 journalar kvart år, mens Helse Bergen undersøkjer 940 journalar.

Sjukehusa rapporterer om få alvorlege skadar i kategori 5 G, H og I. Dei fleste skadane er i kategori E og F. Det er ein trend som har heldt seg dei siste fem åra. Skadane det er flest av er legemiddelskadar, postoperative sårinfeksjonar og trykksår.

Målet om å redusere GTT-målte skadar til ti prosent er ikkje nådd i 2021. Helse Vest opprettheld fokuset på å få ned talet på skadar. Sidan ein ikkje ser endringar i normalvariasjon, er det satt i verk nye tiltak. Dette er blant anna:

- Regional plan for risikoområdet legemiddel (ROMLE) er eit av fem utvalde risikoområde som følgjast tett opp (Topp fem risiko).
- Nytt fokus på implementering og implementerings-strategiar i Helse Vest. Det er her eit samarbeid med akademia med gjennomgang av resultat frå nyare forsking på implementering.
- Det er auka fokus på opplæring av leiarar på alle nivå med fokus på forbetringar.
- Styrking av samarbeidet mellom kvalitetsregister, simulering og pasientryggleik.
- Opplæring av medarbeidarar i felles metodikk for forbetringsarbeid held fram.

Tiltaka må evaluerast og endrast for å få ønskt effekt. Sjukehusa i Helse Vest følgjer opp Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik og har sin eigen versjon av planen. Dette er med på å sørgje for at arbeidet får høgare kvalitet med minka pasientskadar og auka

[5] Kategori E: Forbigåande skade som kravde behandling
Kategori F: Forbigåande skade som førte til forlenga sjukehusopphald
Kategori G: Langvarig skade – varig mèn
Kategori H: Livreddande behandlingstiltak var nødvendig
Kategori I: Pasienten døde

pasienttryggleik. Det er framleis eit tett samarbeid mellom Helse Vest RHF og helseføretaka for å sjå ting i samanheng og for å sikre systemperspektivet i arbeidet for å redusere pasientskadar.

- **Samla forbruk av breispektra antibiotika skal reduserast med 30 pst. i 2022 samanlikna med 2012. 2021 var siste året for *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten* (2015-2020), og det blir planlagt for vidare arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.**

Noreg har hatt eit nasjonalt mål om at bruken av breispektra antibiotika i sjukehus per 100 liggedøgn skulle reduserast med 30 prosent frå 2012 og fram til utgangen av 2020. Dette styringsmålet blei vidareført til utgangen av 2022. Ved tolking av tala under er det viktig å skilje mellom antibiotikabruk per 100 liggedøgn og reduksjon av samla forbruk av breispektra antibiotika, sidan tal på liggedøgn har gått betydeleg ned i perioden.

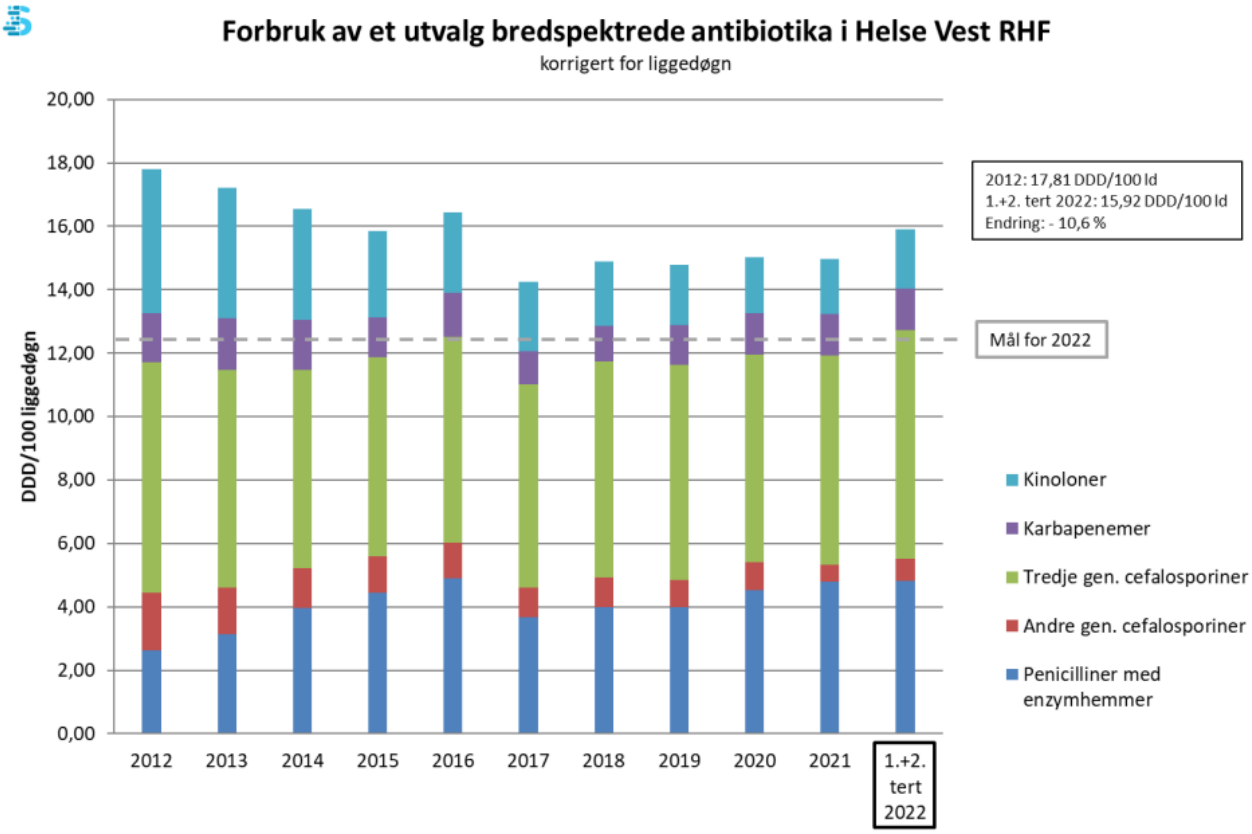
Målingane er talet definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn, samla for dei fem breispektra midla karbapenem, 2. og 3. generasjon cefalosporin, penicillin med enzymhemmar og kinolon. Tal blir publisert på Helsedirektoratet sine nettsider for nasjonale kvalitetsindikatorar: Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i sykehus - Helsedirektoratet. Dei siste publiserte tala er frå andre tertial 2022. Tabellen under viser antibiotikabruken fordelt på helseføretak, og samla for heile Helse Vest, for dei to første tertiala av 2022 samanlikna med 2012 (tal for heile året). Prosentvis endring er også lagt inn i tabellen. Sidan tal på liggedøgn har gått ned, har totalforbruket av breispektra antibiotika blitt redusert mykje meir enn det som kjem fram i denne tabellen.

Helseføretak / institusjon	**2012 (DDD/100 ld)**	**1.+2. tert 2022 (DDD/100 ld)**	**Endring (%)**
Helse Bergen HF	17,60	15,97	-9,3 %
Helse Fonna HF	19,30	17,02	-11,8 %
Helse Førde HF	17,40	14,99	-13,9 %
Helse Stavanger HF	18,40	16,89	-8,2 %
Haraldsplass Diakonale Sykehus	18,46	11,76	-36,3%
Helse Vest samla	17,81	15,92	-10,6 %

Kjelde: Antibiotikaforbruket i norske sykehus pr 2. tertial 2022 – Antibiotika.no

Alle føretaka i Helse Vest har redusert antibiotikabruken samanlikna med eige forbruk i 2012, men det er tydelege variasjonar mellom helseføretaka. Forskjellar i pasientpopulasjon og behandlingstilbod kan vere ein del av årsaka til at føretaka har ulike resultat, men dette er nok ikkje heile forklaringa. Ein medverkande faktor til at måltalet ikkje er nådd er også at styringsmålet ikkje berre er knytt til antibiotikabruk, men også aktivitet. Tal på liggedøgn i Helse Vest er redusert med 20,3 prosent frå 2012 til 2021 (tal for 2022 er ikkje publisert enno).

Oversikt under frå Antibiotika.no - Antibiotikaforbruket i norske sykehus pr 2. tertial 2022 viser årleg utvikling i samla forbruk i helseregion vest, fordelt på dei fem breispektra midla.



Ved utgangen av andre tertial 2022 var bruken av dei fem breispektra antibiotikatypane redusert med 10,6 prosent i sjukehusa i Helse Vest samla sett, frå 17,81 DDD/100 liggedøgn i 2012 til 15,92 DDD/100 liggedøgn i 1.+2. tertial 2022. Reduksjonen i forbruk av breispektra antibiotika i Helse Vest i målperioden er litt større enn reduksjonen på nasjonalt nivå, som ligg på 3,4 prosent i 1. og 2. tertial 2022, samanlikna med 2012.

I Helse Vest har forbruk av breispektra antibiotika korrigert for liggedøgn auka med 6,4 prosent frå 2021 (14,96 DDD/100 liggedøgn) til 1.+2. tertial 2022. Denne auka ser ein også i tal på nasjonalt nivå, der forbruket per 2. tertial 2022 er 9,5 prosent høgare enn i 2021. Datagrunnlaget er ikkje egna til å seie noko om årsaka til auken, men det er truleg fleire forhold som speler inn. Endra pasientsamansetting under pandemien, stor pågang med infeksjonspasientar i pandemibølga vinter og vår 2022, at oppdaterte retningslinjer for antibiotikabruk i sjukehus i større grad anbefaler breispektra antibiotika enn tidlegare, og at det har vore vanskeleg for dei kliniske einingane å oppretthalde fokuset i pandemien blir trekt fram som sannsynlege årsaker til utviklinga av sjukehus i Helse Vest.

Haraldsplass Diakonale Sjukehus har oppfylt målet om 30 prosent reduksjon i bruk av breispektra antibiotika sida 2017, og dei har også greidd å halda det lave forbruket ved lag i 2022. Sjukehuset legg vekt på tett samarbeid mellom mikrobiologisk laboratorium og klinikk, engasjerte klinikarar som følger opp yngre kollegaer og lett tilgang til nasjonale retningslinjer som viktige element for at dei har nådd målet. Dei har eit tverrfagleg antibiotikateam som har jobba aktivt for å rasjonalisera antibiotikabruken i sjukehuset, og dei er opptatt av at nye medarbeidar skal bli del av den gode antibiotikakulturen som rår på sjukehuset.

Alle føretaka i Helse Vest har frå tidlegare organisert arbeidet for antibiotikastyring med mandat, policy, målsetting, tverrfaglege antibiotikateam med sterk fagkompetanse, rapportering av antibiotikabruk og framdrift av arbeidet, samt regelbunden undervisning om rasjonell antibiotikabruk til fleire faggrupper. Det er også pågåande forbetringsarbeid for betre antibiotikabruk i fleire kliniske einingar på fleire av sjukehusa. Regionalt kompetansesenter for smittevern (RKS) i Helse Vest held sjukehusa oppdatert, koordinerer felles innsats og sørgjer for erfaringsdeling når det gjeld antibiotikastyringsarbeid.

Antibiotikastyringsarbeidet har vært krevjande å prioritera i pandemien for ei rekke sentrale ressursar i helseføretaka. Arbeidet med å redusere forbruket av breispektra antibiotika har begynt å ta seg opp igjen. Hausten 2022 er fleire aktivitetar reetablert og sjukehusa planlegg videre arbeid. Helse Vest RHF vil også sjå på korleis vi som region kan jobbe betre med rett antibiotikabruk i føretaka i 2023.

I det vidare arbeidet er det behov for ei styrking av prosessane for rett antibiotikabruk i Helse Vest. Dei kliniske avdelingane må driva med systematisk forbetringsarbeid. God oppfølging i leiarlinja er eit viktig verkemiddel for å få dette til.

Det er stort behov for ein ny nasjonal handlingsplan som kan stake ut ei felles retning for det vidare antibiotikaarbeidet i spesialisthelsetenesta.

Oppgåver 2022:

- **Intensivkapasiteten i norsk spesialisthelseteneste skal aukast. Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leiing av Helse Sør-Øst RHF, jf arbeid som er i gang, ta stilling til behovet for auke i kvar region og nasjonalt, og vurdere tiltak på kort og lang sikt. Særleg skal helseføretak med lav ordinær kapasitet (per 100 000) og/eller som har hatt høg beleggsprosent over tid bli prioriterte, samtidig som omsynet til regionale funksjonsfordelingar skal ivaretakast. Dei regionale helseføretaka skal særleg vurdere personellbehov og kompetansehevande tiltak for å skape fleksibilitet i behandlingskapasiteten og for å avlaste intensivavdelingane. Dette kan til dømes innebere å etablere opplæringstilbod for andre sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar enn intensivsjukepleiarar, samt for andre helsepersonellgrupper. Dei regionale helseføretaka skal innhente kunnskap og erfaringar om organisering av intensivkapasitet frå andre land. Det skal leverast ein felles statusrapport for arbeidet innan 15. juni 2022, med vekt på tiltak på kort sikt.**

Oppdraget er løyst på tre nivå; interregionalt, regionalt og lokalt, og omfattar tre fasar. Helse Sør-Øst RHF har leia arbeidet med oppdraga på interregionalt nivå.

Fase 1 var eit interregionalt samarbeid for å tydeleggjere definisjonar og beskrive korleis intensivkapasitet skal bli berekna. Helsedirektoratet har delteke i arbeidet. Det blei levert ein felles statusrapport om fase 1 til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2022.

I fase 2 har kvar region utført ein regional kartlegging av intensivkapasitet. I Helse Vest er det gjort ei konkretisering av intensivkapasitet i normal drift, og i situasjonar med auka kapasitet og beredskap. Fase 2 er gjennomført hausten 2022 og har tatt utgangspunkt i arbeidet utført i fase 1.

Den regionale kartlegginga bekreftar, som tidlegare utgreiingar og rapportar, at det er behov for å auka tal intensivsjukepleiarar og tal intensivsenger i regionen. Talet på kategori 3-senger er låg, sett både frå eit nasjonalt og internasjonalt perspektiv. I teljinga i 2019 var Helse Vest den helseregionen som hadde lågast tal intensivsenger per 100 000 samanlikna med dei andre helseregionane.

Kartlegginga har vore tru til den interregionale definisjonen av senger. Dette medfører eit lågt tal kategori 1 senger (21) og kategori 2 senger (20) i regionen. Om det ikkje hadde vore krav om at intensivsjukepleiar skal vere tilknytt eininga, hadde tala vore vesentleg høgare då fleire overvakings- og observasjonssenger hadde blitt inkludert.

Samleoversikt over talet på senger per 100 000 innbyggarar per helseføretak/sjukehus i Helse Vest:

	Helse Førde	Helse Bergen + HDS	Helse Fonna	Helse Stavanger	Helse Vest samla
Kategori 3 senger per 100 000 innbyggarar	1,88	4,32	2,21	2,13	3,02
Intensiv- og overvakingskapasitet (2+3) per 100 000 innb.	3,76	6,48	3,31	3,72	4,79

Grunna dagens låge grunnbemanning av kategori 2 og 3 senger er det vurdert som ein større risiko for at pasientar får behandling på eit for lågt nivå, enn eit for høgt nivå (intensivseng). Samstundes vil ei auking av kategori 1 og 2 senger mest sannsynleg gje ein avlastning av kategori 3 senger.

Vurderinga er vidare at det ikkje er realistisk å auke talet på nye senger før eksisterande intensivsenger har nødvendig bemanning.

Som oppfølging av rapporten er helseføretaka i Helse Vest bedt om å rapportere på følgjande innan 30. april 2023:

- Status tal på senger (om endringar frå november 2022).
- Plan for auking av kategori 1-3 senger.
- Konkret plan for rekruttering og tiltak for å behalde intensivsjukepleiarar, inklusive plan for reduksjon av innleidd personell.
- Konkret plan for kompetansevedlikehald for sjukepleiarar som kan avlaste intensivsjukepleiarar ved behov for auka kapasitet eller beredskap.

Det vil bli lagt fram ei sak til styret i Helse Vest RHF i juni 2023 basert på helseføretaka sin rapportar.

- **Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leiing av Helse Vest RHF utgreie og etablere felles avtaleverk for gjennomføring av desentraliserte kliniske studiar der fleire helseføretak deltek. Slike studiar bidreg til kompetanseoverføring og pasienten slepp å reise**.

Helse Vest oppnemnte ei arbeidsgruppe for oppdraget med representantar frå alle regionale helseføretak. Det blei i tillegg oppnemnt ei referansegruppe der også LMI

(bransjeforeininga for legemiddelindustrien), SLV (Statens legemiddelverk) og NorTrials var representert, i tillegg til fleire representantar frå regionane. Det interregionale fagdirektørmøtet har vore orienterte om prosessen undervegs og har også gitt si tilslutning til den endelege rapporten.

Rapport med avtalemal blei oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 18. januar 2023.

- **Helse Vest RHF skal bidra i arbeidet til departementet med revisjonen av nasjonal strategi for persontilpassa medisin, under dette levere oppdatert status for fagutvikling i spesialisthelsetenesta og for innføring av persontilpassa medisin i diagnostikk og behandling. Vidare skal Helse Vest RHF bidra i Norges forskningsråd sitt arbeid med å revidere handlingsplanen for forsking og innovasjon for persontilpassa medisin.**

Helse Vest har bidrege i arbeidet.

- **Helse Vest RHF skal leggje til rette for helsetenesteforsking og innovasjonsprosjekt som utviklar nye måtar helsetenester kan leverast på, samt prosjekt som evaluerer kvalitet og pasienttryggleik i pasientbehandling**.

Helsetenesteforsking er ein naturleg del av forskinga i Helse Vest, og forskarar er oppmoda om å søkje den opne utlysinga om forskingsmidlar. Helse Vest RHF har og innovasjonsmidlar som blir opent lyst ut årleg. Forskingsbasert innovasjon, innovative anskaffingar, leverandørutviklingsprogram og tenesteinnovasjon er viktige område. Helseføretaka har tre TTO selskap (Technology Transfer Office) og ein medisinsk inkubator (Eitri) som dei samarbeider om.

- **På bakgrunn av endra oppgåver for Statped, jf. Stortinget sitt vedtak ved behandlinga av Meld. St. 6 (2019-2020), skal Helse Vest RHF, i samarbeid med Statped, gjennomgå aktuelle fagområde og vurdere behov for avtalar for å sikre eit godt tilbod til barn med varige og omfattande behov. Dette omfattar mellom anna tilbodet til døvblinde organiserte i Helse Nord, stemmevanskar i Helse Sør-Øst og tilbodet innan leppe-, kjeve- og ganespalte i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Alternative samarbeidsformer er skildra i rapporten *Utvikle samarbeidet mellom Statped og helsesektoren* (2020).**

Samarbeidet mellom Statped og Helse Vest RHF blei starta opp våren 2022, og representantar for helseføretaka og Regionalt brukarutval blei også invitert inn. Bakgrunnen for oppdraget er at Statped har fått endra oppgåver, tydeleg avgrensa til spesialpedagogisk rådgiving og kompetansebygging, opplæring og læremiddelutvikling, innan rammene av barnehage- og opplæringslovene. Konsekvensane for samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og Statped er at ein må teikne ei klar grense mellom helseteneste og spesialpedagogisk teneste.

Det innleiande arbeidet viste eit behov for å samarbeide på tvers av regionsgrensene for å løyse oppdraget. Gjennom eit interregionalt samarbeid om utforming av aktuelle samarbeidsavtalar og samarbeidsrutinar som er så likelydande som mogleg, vil ein kunne oppnå meir likeverdige tenester landet rundt. Målet er at barn/familiar som har behov for tenester både frå Statped og spesialisthelsetenesta får samordna tenester til rett tid.

Eit interregionalt samarbeid om oppdraget blei forankra i det interregionale fagdirektørmøte 23. januar 2023, og forslag til løysing skal leggjast fram for dette møtet i løpet av året.

Det blir lagt opp til å handtere det interregionale arbeidet i tre deloppdrag:

1. Utarbeide forslag til samarbeidsavtalar og samhandlingsrutinar om «strakstilbod» for samordna tidleg innsats for barn og unge med nyoppdaga/nyoppstått sansetap (syn, høyrsel), erverva hjerneskade, og som vil ha varige, omfattande og komplekse hjelpebehov. Det kan også vere aktuelt å sjå på samhandlingsrutinar for lærings- og meistringstilbod og små, spesialiserte spesialpedagogiske fagområde. Ein vil leggje til rette for faglege møteplassar mellom Statped og spesialisthelsetenesta (habilitering og psykisk helsevern for barn og unge) på nasjonalt og regionalt nivå.
2. Gjennomgå samarbeidet med Statped knytt til den fleirregionale behandlingstenesta innan leppe-, kjeve- og ganespalte ved Haukeland universitetssjukehus (HUS) og ved Oslo universitetssykehus (OUS). I arbeidet vil blant anna grensene mellom helseteneste og spesialpedagogisk teneste bli vurdert, saman med dei økonomiske konsekvensane for HUS og OUS.
3. Sjå på konsekvensar av endringane i Statped sine oppgåver og foreslå løysingar for tilbodet innan stemmevanskar ved Oslo universitetssykehus i Helse Sør-Øst.

Den delen av oppdraget i oppdragsdokumentet som gjeld tilbodet til døvblinde, som er organisert i Nasjonal kompetanseteneste for døvblinde i Helse Nord, vil inkluderast i den pågåande gjennomgangen av nasjonale kompetansetenester.

Utgreiingsoppdrag:

- **Helse Vest RHF skal utarbeide ein behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkeleg tilgang til jordmødrer på kort, mellomlang og lang sikt. Relevante aktørar skal involverast i arbeidet.**

Helse Vest RHF har førebudd gjennomgang av bemanningsbehov ved føde- og barseleiningar. Arbeidet startar i mars 2023. Det føreligg tal for utvikling av oppbygging av jordmortilbod i kommunane som har ført til rekruttering frå sjukehusa, korleis stillingsstørrelse for eigne jordmødrer har utvikla seg over tid. Dette er deler av det som vil inngå i det regionale prosjektet.

Helseføretaka arbeider kontinuerleg med å sikre tilstrekkeleg jordmorkapasitet. Analyse og gjennomgang av jordmødrer var og del av arbeidet/rapporten Ekstern turnover. I tillegg har Helse Vest vist utviklinga over tid, særleg effekten av oppbygginga av jordmortenesta i kommunane har påverk fagleg kapasitet i føretaka. Det har blant anna ført til at svært mange jordmødrer har deltidsstillingar i helseføretaka. Arbeidet med å behalde og rekruttere jordmødrer er eit satsingsområde. Den nyoppretta jordmorutdanninga i 2019- ved Universitetet i Stavanger har vært viktig for rekrutteringa i Sør-Rogaland. Helse Stavanger har lagt systematiske planar for simulering, og det er oppretta ein klinisk jordmorrettleiar-funksjon for å trygge nye jordmødrer. Helse Bergen har arbeidd med oppgåvedeling, som er viktige for å sikre god og tilstrekkeleg tilgang på kompetanse. Nasjonal bemanningsmodell blir nytta til framskrivingar.

- **Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Midt-Norge RHF, utgreie behovet for eit spesialisert regionalt eller nasjonalt tilbod til pasientar med hovudverk, under dette organisering, kapasitet, kompetanse og lokalisering. Utgreiinga skal inkludere avtalespesialistar og ei vurdering av behov for å etablere fagnettverk og andre tiltak som forbetrar tilbodet til pasientar med hovudverk. Det blir vist til Helsedirektoratet sin rapport *«Forbedringer i behandlingstilbudet til personer med hodepine».***

Arbeidet er påbegynt. Det er utarbeidd eit forslag til prosjektorganisering og samansetting av prosjektgruppe. Dette er oversendt interregionalt fagdirektørmøte for endeleg godkjenning.

2.3 Rask tilgang til helsetenester og samanhengande pasientforløp

Mål 2022:

Indikatorar:

- **Gjennomsnittleg ventetid skal reduserast i alle regionar samanlikna med 2021. Målsetjinga på sikt er lågare enn 50 dagar.**

- **Regionen skal overhalde minst 95 pst. av pasientavtalane**.

Helseføretaka arbeider kontinuerleg med å redusere ventetid. På grunn av etterverknadar etter pandemien kor elektiv drift i periodar blei redusert og det har vore høgt fråvær blant eigne medarbeidarar, har helseføretaka ikkje klart å redusere ventetidene slik det var lagt planar for, samanlikna med 2021.

Helseføretaka har gode verktøy for å etablere gode oppgåveplanar, noko som er eit grunnleggjande og viktig tiltak for å sikre at pasientane får avtale om oppfølging innan frist. I 2022 har aktiviteten vært prega av eit etterslep i elektiv aktivitet som følgje av pandemien. Dette har ført til at ein ikkje har klart å nå målet om å overhalde 95 prosent av pasientavtalane. Samtidig har det vært ein aukande tendens at pasientar har bedt om endring av tildelte timar. Tal endring av tildelte timar frå pasientane var i 2022 om lag 240 000 pasientkontaktar, om lag 8,3 prosent av alle avslutningskodar i 2022. Ikkje møtt utgjorde 2,8 prosent av alle avslutningskodar i 2022. Det er satt inn vesentlege tiltak for å redusere tal endring av tildelte timar og ikkje møtt. Ikkje møtt er redusert med nær 50 prosent over tid. Det påverkar god og planlagt gjennomføring av aktivitet.

- **Prosentdel polikliniske konsultasjonar som gjennomførast over video og telefon skal vere over 15 pst.**

Målet om over 15 prosent video og telefonkonsultasjonar er ikkje nådd i helseføretaka. Det er etablert ein regional gruppe for digitale helsetenester (DHT). Dette arbeidet dekkjer også digital heimeoppfølging (DHO). DHT skal invitere til samarbeid og dele erfaring regionalt. Både regionalt og lokalt er det utført ein barriereundersøking for å synleggjere flaskehalsar knytt til manglande (auka) bruk av video- og telefonkonsultasjonar. Denne stadfestar ulike årsaker til at måltalet ikkje er nådd.

Overgang til DIPS Arena i november 2022 og ny oppgradering våren 2023 vil gi betre moglegheiter for å ta i bruk ulike digitale tilbod som er klare til å tas i bruk. Det er svært mange pasientar på Vestlandet som nyttar seg av ulike digitale løysingar. Alle Møter programmet har lagt til rette for ny forenkla løysing for videokonsultasjon via DIPS Arena. Løysningen via DIPS Arena gjer det enklare å planleggje og gjennomføre

videokonsultasjon direkte frå DIPS Arena. Det er og lagt til rette for strukturerte digitale skjema for å redusere tal polikliniske kontrollar og anna oppfølging. Pasientar kan og be om å endre frå oppmøte til video og telefon.

Behovsstyrd poliklinikk er prøvd ut for fleire fag. Det vil bli lagt vekt på å ta i bruk og digitalisera raskare og meir systematisk gjennom 2023. Det er gjennomført om lag 17 000 andre digitale konsultasjonar enn det som er video og telefonkonsultasjonar. Det er mottatt om lag 90 000 digitale meldingar frå pasientar i 2022. Vidare er det mottatt om lag 33 000 digitale skjema. Om lag 55 000 pasientar har oppretta digital kommunikasjon med føretaka i 2022. Det er viktig å sjå heilskapen i digital dialog og kommunikasjon som er tatt i bruk mellom pasientane og helseføretaka. Nokre av tiltaka det er vist til her vil over tid kunne erstatte telefon og video.

Bruk av video- og telefonkonsultasjonar i Helse Bergen blir følgt opp gjennom den månadlege verksemdsrapporten for alle kliniske einingar. Mål om 15 prosent blir løfta fram i nivå 2/3-møta. Føretaket har etablert støtteeining for å assistere klinikkane med rettleiing i bruk av video- og telefonkonsultasjonar, og det er utpeikt eigne koordinatorar for videokonsultasjonar i kvar eining.

Del polikliniske konsultasjonar som blir gjennomført over video og telefon er samla for Helse Bergen på 9,9 prosent. Det er likevel stor variasjon mellom somatikk på 7,9 prosent og PHV, PBU og TSB på 15,6 prosent.

Del polikliniske konsultasjonar som blir gjennomført over video og telefon er samla for Helse Stavanger på om lag ni prosent. For psykisk helsevern aleine er ein noko nærare målet.

I Helse Fonna har del polikliniske konsultasjonar som blir gjennomført over video og telefon vore relativt stabil det siste året, på omtrent 10 prosent, der telefonkonsultasjonar utgjer den langt største delen. I klinikk for psykisk helsevern og rus er det lagt til rette for bruk av video og telefonkonsultasjonar ved alle poliklinikkar, og her har det variert mellom ni og tolv prosent gjennom året med relativt store forskjellar mellom dei ulike fagområde og poliklinikkar. BUP Haugesund har for eksempel hatt ein variasjon mellom tolv prosent og 21 prosent gjennom året.

Prosentdelen digitale konsultasjonar har variert frå omtrent ti prosent til 18 prosent i 2022 ved klinikk for medisin Haugesund og Odda, og det er gjennomført totalt ca. 5500 digitale konsultasjonar per oktober 2022.

Helse Førde har i overkant av ti prosent digitale konsultasjonar i 2022. Føretaket har valt ut ulike satsingsområde og arbeider metodisk med desse. Det er etablert eit lokalt nettverk som gjev støtte til avdelingane. I 2022 er virtuell anestesipoliklinikk etablert og kommen i drift. Det er også etablert behovsstyrte poliklinikkar innan fleire fagområde i ortopedi. Dette er eit viktig digitalt tilbod som skal avklare behov for polikliniske tenester og sikre kapasitet til dei som har mest behov for hjelp. Auke i tal digitale konsultasjonar krev omlegging av arbeidsrutinar og pasientforløp. Det er tidkrevjande å gjennomføre slike endringar med varig effekt og det krev omstilling hos det kliniske personalet.

- **Prosentdel pakkeforløp gjennomført innan standard forløpstid for kvar av dei 24 kreftformene skal vere minst 70 pst.**

Helse Vest når målet samla med 70 prosent. Dette er likevel ei negativ utvikling frå 2021 då måloppnåinga var på 77 prosent. Dette skuldast spesielt ei lågare måloppnåing i Helse Bergen (68 prosent), men også i Helse Førde (63 prosent). Helse Stavanger (73 prosent) og Helse Fonna (70 prosent) når målet.

I 2022 melder HF-a at det har vore større utfordringar knytt til utgreiing, noko som blant anna skuldast auka krav til diagnostisering i samband med at fleire pasientar får individretta behandling. Det er også utfordringar med operasjonskapasitet. Alle helseføretaka følgjer opp resultata og har overordna forløpskoordinatorar som følgjer opp klinikkar og avdelingar.

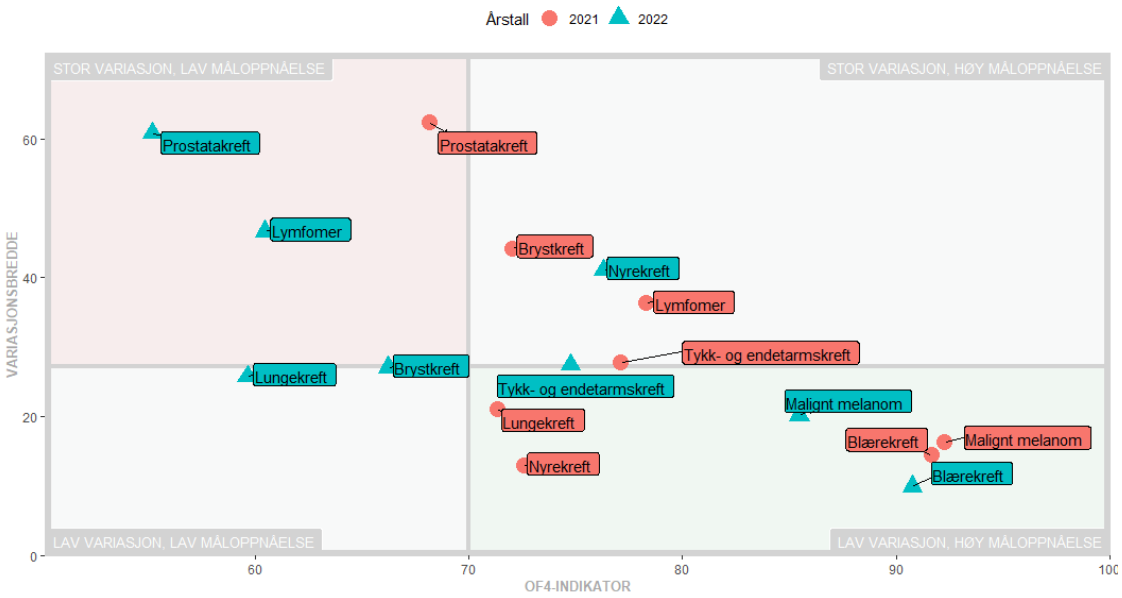
Helse Vest når målet om at alle kreftpasientar skal vere registrert i pakkeforløp kreft med 84 prosent. For den indikatoren har regionen stabile resultat over mange år. Dette gjeld alle føretaka i regionen.

Måloppnåing er ulik og varierer for dei ulike forløpa. Det var ei positiv utvikling i Helse Vest frå 2019 til 2021 med betydeleg reduksjon i variasjon mellom forløpa. Regionen hadde relativt liten variasjon i måloppnåing ved utgangen av 2021. Denne har auka noko i løpet av 2022. Det er grunn til å tru at dette har samanheng med pandemien og redusert operasjonskapasitet over fleire år samt vanskar med å halde fokus på gode pasientforløp på tvers av avdelingar og sjukehus.

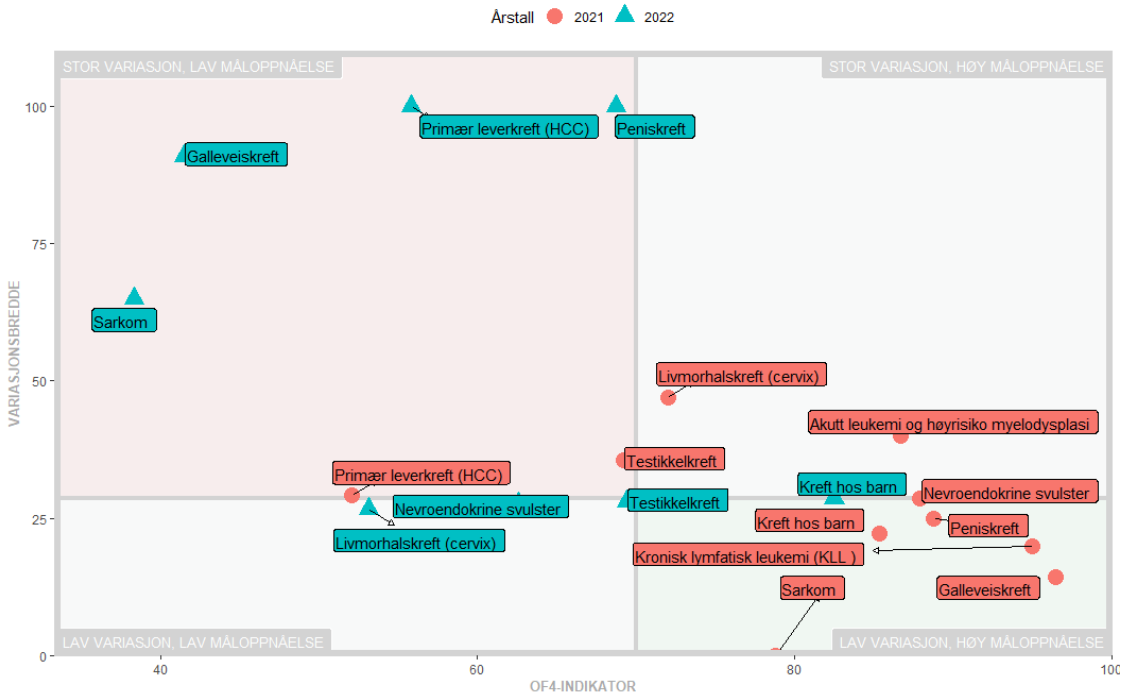
Variasjon er synleggjort i tre figurar under og viser utviklinga frå 2021 til 2022. Kreftformene med størst totalvolum er i øvste figur, dei med lågast volum i siste figur.

Dette er ei samla visning for variasjonsbredde og OF4-indikator. OF4-indikatoren viser kor stor prosentdel av forløpa som starta behandling innan standard forløpstid. Den er her berekna overordna for kvart år. Det vil sei at månadstala er vekta etter talet på starta forløp. Slik unngår ein at månadar med svært få forløp får meir enn høveleg stor påverknad på resultatet. Variasjonsbreidda er forskjellen mellom helseføretaket med størst indikatorverdi og det med minst indikatorverdi. Et eksempel kan vere: Føretak A har en OF4 på 43 prosent, føretak B har 78 prosent og føretak C har 94 prosent. Variasjonsbreidda blir 94-43 = 51.

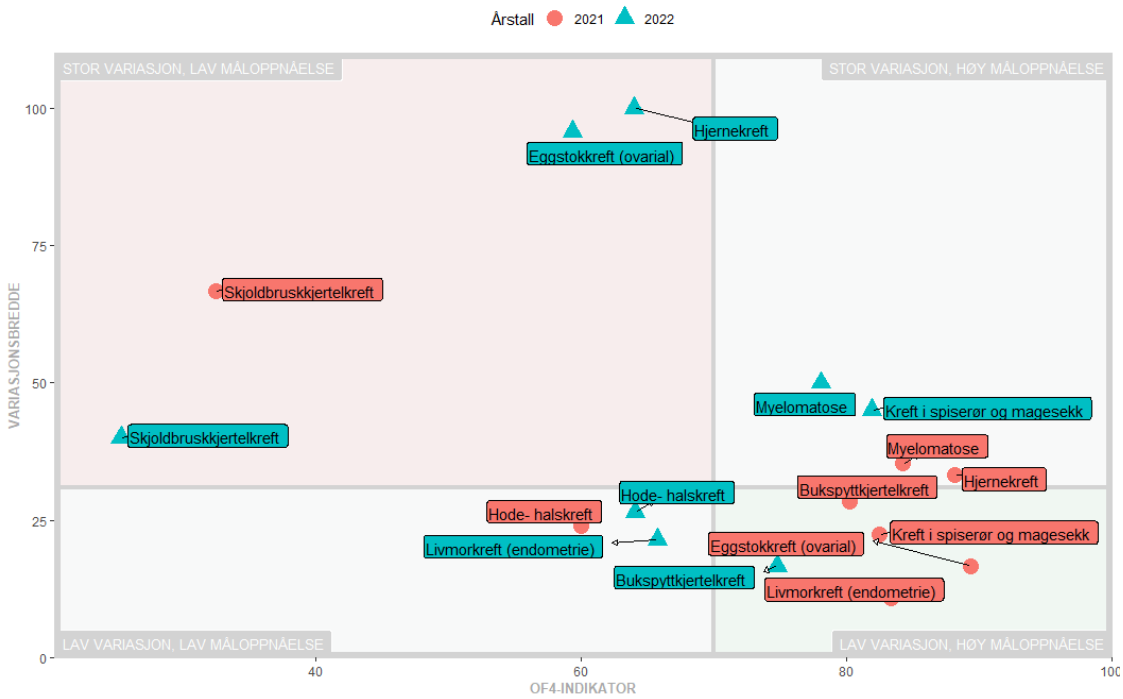
Pakkeforløpa er fordelt over fleire figurar, sortert etter volum. Pakkeforløpa med flest pasientar blir vist i den første figuren, og så vidare.



Kreftform-etikettane er tilfeldig plassert i nærleiken av tilhøyrande symbol. Det er sjølve symbolet som markerer dataverdiane.



Kreftform-etikettane er tilfeldig plassert i nærleiken av tilhøyrande symbol. Det er sjølve symbolet som markerer dataverdiane.



Kreftform-etikettane er tilfeldig plassert i nærleiken av tilhøyrande symbol. Det er sjølve symbolet som markerer dataverdiane.

- **Minst 70 pst. av epikrisane skal vere sende innan 1 dag etter utskriving frå somatisk helseteneste.**

Tabellen under viser utvikling for prosentdelen epikriser sendt ut innan 1 dag for kvart helseføretak, samla for heile Helse Vest og samanlikna med heile landet.

Epikriser sendt ut innan 1 dag, Somatikk	**1. tert. 2021**	**2. tert. 2021**	**1. tert. 2022**	**2. tert. 2022**
Helse Førde	76 %	79 %	75 %	76 %
Helse Bergen	64 %	63 %	60 %	62 %
Helse Fonna	59 %	59 %	63 %	59 %
Helse Stavanger	60 %	59 %	58 %	59 %
Helse Vest	**64 %**	**63 %**	**62 %**	**64 %**
Heile landet	66 %	66 %	65 %	67 %

Kjelde: Helsedirektoratet. Tal for 3. tertial 2022 er ikkje klare før 17. mars 2023.

Det er berre Helse Førde som har nådd målsettinga i Helse Vest. Det har for heile Helse Vest vore lite endring frå 2021 til 2022.

Det blir arbeidd i helseføretaka med å forbetre rutinane knytt til pasientadministrasjon i DIPS-Arena.

Helse Vest RHF har i tillegg gjort eit arbeid med å kartleggje ulike tiltak som kan betre epikrise-tidene innan somatikk.

Prosjektet «Epikrise til legevakt», som blei gjennomført i Stavanger i 2022, oppdaga at legevaktene i Helse Stavanger, Helse Bergen og Helse Fonna ikkje fekk epikriser etter så mykje som 40-50 prosent av tilvisingane til somatikk. Prosjektet har kartlagt ei lang kjede av feil som kan oppstå fleire stader i organisasjonen, som igjen fører til mangelfull registrering i DIPS. Tiltaka som blei sett i verk har hatt god effekt. Dei siste målingane ved Stavanger legevakt viser at legevakta no får nær 100 prosent av epikrisene dei forventar frå somatiske innleggingar. Tiltaka frå prosjektet «Epikrise til legevakt» blir no bredda ut regionalt i somatikken gjennom det regionale prosjektet «Vel Heim» og aktuell arbeidspakke «Betre informasjon frå lege».

Prosjektet avdekte òg at ei automatisering i Dips Arena kan bidra til at ein større del epikriser og polikliniske notat blir sendt til tilviser. Denne automatiseringa er forventa å komme på plass ved ny oppgradering av Dips Arena i mai 2023 og vil gjelde heile regionen.

Oppgåver 2022:

- **Helse Vest RHF skal sjå til at pasientar som mottar behandling hos private leverandørar gjennom godkjenningsordninga i fritt behandlingsval får vidareført det tilbodet dei har behov for når ordninga blir avvikla**.

Helse Vest har delteke i møte med Fritt behandlingsval (Helsedirektoratet) hausten 2022, for planlegging og gjennomføring av tilbakeføring for pasientar til helseføretaka. Pasientane vil bli tilvist til det tilbodet dei har behov når ordninga blir avvikla. RHF-et har hatt god dialog med leverandørane av fritt behandlingsval og pasientane i Helse Vest.

- **Helse Vest RHF skal, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet følgje opp evalueringa av Nye metodar, med tiltak for raskare saksbehandling og auka brukar- og klinikarinvolvering, under dette utvikle rammer for ei sterkare referansegruppe i systemet. I dette arbeidet inngår utarbeidinga av ein samla prosessrettleiar for saksbehandling i systemet og eit strategisk dokument for vidareutviklinga av systemet, som inkluderer handtering av persontilpassa medisin og medisinsk utstyr samt bruk av mini-metodevurderingar. Det skal leverast ein felles statusrapport for arbeidet 1. oktober 2022.**

Dei administrerande direktørane i RHF-a behandla i mars 2022 skisse til oppfølging av dette oppdraget. I saka blei oppdraget delt opp og foreløpig oppgåvedeling beskreven. Helse Vest RHF fekk ansvar for å samordne arbeidet med oppdraga. Sekretariatet for nye metodar fungerer som eit felles sekretariat for RHF-a i arbeidet, og er kontaktpunkt for aktørane som er involvert i arbeidet med oppdraga.

Ein statusrapport om oppfølging av evalueringa av systemet for Nye metoder blei sendt til Helse- og omsorgsdepartementet 3. oktober 2022. Sekretariatet for Nye Metoder følgjer opp implementeringa. Nettsidene til Nye metoder blir jamleg oppdatert med ny status. Siste oppdatering blei gjort 21. desember 2022.

- **Helse Vest RHF skal vurdere kva slags elektiv aktivitet som heilt eller delvis kan flyttast frå større til mindre sjukehus.**

I samsvar med protokoll frå føretaksmøte 23. juni 2022, sak 10 Nasjonal helse- og samhandlingsplan, skulle tilbakemeldinga på dette oppdraget om flytting av elektiv aktivitet

sjåast i samanheng med to av oppdraga i protokollen: oppdrag 10.2 «Gode tenester der folk bur» og oppdrag 10.4 «Kompetanseutveksling». Oppdraga skulle også sjåast i samanheng med nasjonalt oppdrag frå føretaksmøtet 10. januar 2022 om avtalespesialistordninga.

Svarfrist var 15. desember 2022. Helse Vest sendte over svar til Helse- og omsorgsdepartementet i brev datert 11.12.22.

Helse Vest viste i denne samanheng også til innspel til Nasjonal helse- og samhandlingsplan, i brev datert 15.09.22 og til oversikt over distriktsmedisinske senter (DMS), sjukestover og andre eksempel på samlokalisering av spesialisthelsetenester og kommunale helse- og omsorgstenester, i brev datert 28.09.22.

Tilbakemeldinga blei summert opp som følgjer:
Helse Vest vil byggje opp om den desentraliserte strukturen av spesialisthelsetenester som er utvikla i regionen gjennom mange år, og samtidig sjå på behovet for funksjonsfordelingar i utviklinga av tenestene slik at dei avgrensa ressursane i helseføretaka kan brukast mest mogleg effektivt.

I Helse Vest blir det per i dag ytt desentrale spesialisthelsetenester i eit stort omfang, men det er likevel behov for eit langsiktig og kontinuerleg utviklingsarbeid for å sørgje for at pasientar som treng det, får spesialisthelsetenester med god kvalitet ofte og nært.

Det vil særleg vere aktuelt å greie ut moglege tiltak for å snu pasientstraumar inn mot dei to minste føretaka, Helse Fonna og Helse Førde, særleg frå Helse Bergen. Det kan vere eit ubrukt potensial i delte pasientforløp mellom regions-/universitetssjukehusa og dei små helseføretaka/lokalsjukehusa.

Føresetnader for at slik flytting av elektiv aktivitet skal vere berekraftig, er god utnytting av lokal kompetanse og kapasitet, at sjukehusa arbeider tett saman i nettverk, at det blir lagt til rette for digital informasjonsdeling og digitale helsetenester og at læringsmåla i LIS-utdanning blir sikra.

Vidare er det kontinuerlege samarbeidet gjennom helsefellesskapa vesentleg. Ei viktig oppgåve er blant anna å leggje til rette for at kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta bidrar til god kvalitet og tenleg oppgåvedeling.

Utgreiingsoppdrag:

Det blir vist til tiltak i Nasjonal strategi for sjeldne diagnosar. Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med brukarorganisasjonane og andre relevante aktørar, utgreie korleis likeverdig og rask tilgang til høgspesialisert utgreiing, diagnostikk og behandling av personar med sjeldne diagnosar best kan takast hand om i spesialisthelsetenesta. Det skal vurderast om det bør etablerast nasjonale og/eller regionale tilbod. I arbeidet skal også utgreiing av eit nasjonalt register for sjeldne diagnosar inngå. Sistnemnde må sjåast i samanheng med oppdrag til Direktoratet for e-helse om kodeverk innan sjeldanområdet. I arbeidet skal det sjåast til internasjonalt arbeid med sjeldanområdet.

Oppdraget er organisert som eit interregionalt prosjekt, leia av Helse Sør-Øst RHF. Interregionalt fagdirektørmøte ved fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF er prosjekteigar. Brukarar og konserntillitsvalde deltek i styringsgruppa.

Det er gjennomført ein interessentanalyse. Med bakgrunn i denne blir det gjennomført innspelsmøte med relevante aktørar og interessentar, både for forankring og innspel til utgreiingsarbeidet. Ulike fagmiljø og alle helseføretak skal også bidra med innspel via strukturerte spørjeskjema. Etter oppstart av arbeidet, blei prosjektleiar involvert i EU sitt helseprogram, ERN-Joint Action, på vegner av Helse Sør-Øst RHF som Competent Authority for Noreg. Fleire av arbeidspakkene i ERN-Joint Action er samanfallande med tema og tiltak i utgreiingsarbeidet. Arbeidet i ERN-Joint Action startar først opp hausten 2023, og dei to prosessamen er slik ikkje samanfallande i tid. Tilrådingar frå interregionalt utgreiingsarbeid vil dermed kunne bli drøfta videre i arbeidet med ERN-Joint Action, tentativt registerarbeid (Work Package 8 Data Management) og utvikling av nasjonale fagnettverk (Work Package 7 National reference networks and undiagnosed disease programmes or equivalent strategies interlinked with ERN) som harmonerer med ERN-strukturen internasjonalt.

Det blei gitt løypemelding om framdrifta i interregionalt prosjekt i oppfølgingsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2022. Utgreiing vil etter planen bli levert primo juli 2023.

3. Nye oppgåver 2022

Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022):

3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

De regionale helseforetakene bes om å prioritere å styrke psykisk helsevern og TSB, jf oppdragsdokumentet for 2022 hvor det er innført mål om å styrke tilbudet for blant annet barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser, samt krav om at aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021 både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.

Oppgaver 2022:

- **Det har vært en økning i henvisninger og antall i behandling for spiseforstyrrelser de siste årene. De regionale helseforetakene skal prioritere tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser gjennom å videreutvikle og styrke tilbudet for barn, unge og unge voksne. De regionale helseforetakene må selv vurdere hvilke tilbud og tiltak som må styrkes i sin region, for å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på alle nivå. Ved mistanke om utvikling av alvorlige lidelser, er det viktig med tidlig oppfølging og behandling. Her vil også kommunal helse- og omsorgstjeneste ha en viktig rolle. Det vises til at barn og unge, samt personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, er to av de fire pasientgruppene som helseforetakene skal prioritere å planlegge og utvikle tjenester til i samarbeid med kommunene i helsefellesskapene.**

Dei siste åra har helseføretaka sett ein markant auke av barn og unge med spiseforstyrringar. Helseføretaka har derfor vore opptatt av å sikre at medarbeidarane

har rett kompetanse, og det går derfor føre seg eit regionalt samarbeid om kompetanseheving.
Føretaka har styrka ressursane både med fleire stillingar, eigt team og samhandling mellom psykisk helsevern barn og unge og barneklinikkane.

Internrevisjonen i Helse Vest har starta ein revisjon i BUP-ane. Der blir det lagt spesielt vekt på å revidere tenester til barn og unge med spiseforstyrringar. Revisjonen er planlagt ferdig våren 2023.

- **Statsforvalter, Helsetilsynet og Ukom har gjennomført tilsyn der personer i psykotisk tilstand eller under dom på overføring til psykisk helsevern har vært involvert. Manglende informasjonsutveksling, voldsrisikovurderinger og samarbeid mellom sektorer øker risikoen for nye hendelser. De regionale helseforetakene skal vurdere om det er behov for prosedyrer og tiltak for å følge opp funn fra tilsyn etter alvorlige hendelser. Departementet viser til oppdrag om å lage en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for dømte til psykisk helsevern i oppdragsdokument for 2022. De regionale helseforetakene må vurdere om det er behov for regionale tiltak før planen er ferdig.**

Helse Vest har dei siste åra gjort eit stort arbeid innan sikkerheitspsykiatrien, som blant anna resulterte i ein eigen utviklingsplan. Styret i Helse Vest har godkjent ein opptrappingsplan som har satt helseføretaka i stand til å møte utviklinga. Fagområdet er styrka gjennom ein opptrappingsplan, med styrking på 20 millionar kroner i 2021 og 40 millionar kroner i 2022. Den nasjonale planen vil ha fleire tiltak som er identiske til, eller ei utvikling av det som ligg i den regionale planen. Planen er under utvikling. Arbeidet blir leia av Helse Sør-Øst.

Utredningsoppdrag:

- Det vises til rapport av 1. juli 2021 med forslag til ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det skal legges fram en opptrappingsplan for psykisk helse og en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, dvs. behov og tiltak skal vurderes. De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av en fornyet helhetlig analyse og framskriving av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse to fagområdene. Det bes herunder om at de regionale helseforetakene vurderer hvordan BUP, i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Det må vurderes hvordan fragmentering av ansvar for oppfølging av sårbare barn og unge kan motvirkes gjennom tettere samarbeid og deling av kunnskap. De regionale helseforetakene bes vurdere muligheter for å prøve ut nye modeller for samarbeid hvor BUP kan ta et større helhetlig ansvar sammen med kommunene. Det vurderes om Helsedirektoratet skal gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for å forstå hva som hindrer/fremmer bruk av kompetanse i fellesskap, samt hva som virker av tiltak. De regionale helseforetakene skal eventuelt bidra i dette arbeidet.

Rapport for det interregionale utgreiingsoppdraget blei behandla i styra til dei regionale helseføretaka i desember 2022. Rapporten ble deretter oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 21. desember 2022.

- De regionale helseforetakene skal vurdere status og utfordringsbilde innen TSB-området, herunder status for etablering av basistjenester i alle helseforetak og en beskrivelse av hvordan den foreslåtte avviklingen av fritt behandlingsvalg-ordningen (FBV-ordningen) vil påvirke TSB.

Helse Vest har kartlagt tal pasientar innan TSB som fekk behandling ved Helfo-godkjente institusjonar, og kartlagt kapasiteten innan slik behandling i eigne føretak. Det er tilstrekkeleg kapasitet i eigne helseføretak, og dermed ikkje behov for Helfo-godkjente institusjonar som yter tenester innan TSB i Helse Vest. Alle helseføretak har basistenester innan TSB. Helse Førde og Helse Fonna har integrert struktur med TSB organisert i DPS.

- Det vises til at dagens nasjonale kompetansetjenester innenfor psykisk helsevern og TSB på sikt skal organiseres utenfor det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere hvilke områder innen psykisk helsevern og TSB det eventuelt er et særskilt behov for å bygge opp og spre kompetanse nasjonalt og hvordan dette best kan organiseres.

Arbeidet skal ledes av Helse Sør-Øst RHF og det skal innen 20. oktober 2022 leveres en rapport med innspill om behov og tiltak fra alle regioner.

Rapport for utgreiingsoppdraget blei behandla i styrane til dei regionale helseføretaka i desember 2022. Rapporten blei sendt til Helse- og omsorgsdepartementet den 21. Desember 2022.

Helse Vest har også eit større prosjekt som blir vidareført i 2023, der alle faktorar som har påverknad på tenestetilbodet er til vurdering. Det er etablert fem mindre prosjekt knytt til rekruttering og fagutvikling. Ordninga 'Barn og unge si helseteneste' er innført i heile regionen.

3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

Oppgaver 2022:

- **Det vises til oppgave i oppdragsdokumentet for 2020 om å etablere regionale behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens. De regionale helseforetakene bes avklare hva som skal være innholdet i tilbudet innen 1. oktober 2022.**

Dei regionale helseføretaka arbeidar i lag med kommunar og brukarorganisasjonar med å etablere eit heilskapleg pasientforløp for barn og unge med kjønnsinkongruens. I prosjektet blir det også arbeidd med å anbefale innhald i dei regionale sentra. Eit interregionalt prosjekt med mange ulike tenestenivå kan berre anbefale kva som bør liggje av oppgåver og kompetanse i dei ulike tenestenivåa. Det er dei som er ansvarleg for tenesta som sjølv må vurdere, både ut ifrå tilgjengeleg kompetanse og midlar, kva som er forsvarleg og mogleg å få til.

Ut ifrå innsiktsarbeidet som er gjort i prosjektperioden hausten 2022, så anbefaler prosjektet at følgjande oppgåver bør liggje til eit regionalt senter:

- Individuell kartlegging av pasienten sine behov
- Oppfølging psykososiale behov
- Rettleiing hjelpemidlar
- Leggje til rette for foreldrestøtte

- Utforsking av kjønnsidentitet
- Koordinering av barn og unges forløp og oppfølging
- Utgreie behov for medisinsk behandling i samråd med den nasjonale behandlingstenesta
- Følgje opp hormonbehandling

Helse Bergen har fått i oppdrag å etablere eit regionalt senter for kjønnsinkongruens i 2022 i Helse Vest. Dei har fått 2 millionar kroner årleg til oppdraget.

Helse Bergen lyste ut stillingar til senteret hausten 2022, utan at dei fekk søkjarar. I januar 2023 er stillingane lyst ut på nytt. Det er mål om tilsetjing av koordinator i 100 prosent stilling, barnelege i 50 prosent stilling og psykologspesialist i 50 prosent stilling. Så snart tilsetjingane er klare, vil etableringa av senteret starte opp.

3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Oppgaver 2022:

- De regionale helseforetakene skal vurdere hvorvidt godkjente virksomheter i fritt behandlingsvalg-ordningen i dag leverer tjenester som oppfyller et viktig nasjonalt eller regionalt behov og påse at slike tjenester også i fremtiden gjøres tilgjengelige.

Helse Vest har kartlagt talet på pasientar som fekk behandling ved Helfo-godkjente institusjonar, og kapasiteten innan slik behandling i eigne føretak. Det er tilstrekkeleg kapasitet i eigne helseføretak for aktuelle tenester, og dermed ikkje behov for Helfo-godkjente institusjonar som yter tenester i Helse Vest.

- **- Stortinget har behandlet Meld. St. 28 (2020-2021) om prioritering i helse- og omsorgstjenesten, og sluttet seg til felles prinsipper for prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene skal legge de reviderte prinsippene for prioritering til grunn. Det vises til stortingsbehandling av Dokument 8:233 S (2021-2022) og Innst. 359 S (2021-2022). De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Vest RHF, gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen i system for Nye metoder. De regionale helseforetakene skal herunder vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018-2019) og undersøke variasjon i praktiseringen av unntak for enkeltpasienter. Arbeidet skal vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen. Gjennomgangen skal også vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjenningsfritak eller kliniske studier.**

Rapport om unntaksordninga i system for Nye metoder blei oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 24. januar 2023. Rapporten er utarbeidd av ei interregional arbeidsgruppe under leiing av Helse Vest RHF.

Utredningsoppdrag:

- **De regionale helseforetakene skal følge opp evalueringen av Ekspertpanelet gjennom følgende endringer i mandatet:**
    - **Utvide Ekspertpanelets sammensetning med en nevrolog.**

- **Erstatte dagens avgrensning i aktuelle pasientgrupper med å bruke som et utgangspunkt en situasjon der alle behandlingsalternativer er utprøvd uten tilstrekkelig effekt, og at det er tale om en alvorlig tilstand. Begrensningen i mandatet med hensyn til Nye metoder skal videreføres.**

I tillegg skal de regionale helseforetakene vurdere alternative tekniske løsninger for henvisning av pasienter til panelet. Med hensyn til henvisningspraksis gir departementet en tilslutning til forslaget om at pasientens situasjon og behandlings-muligheter først gjennomgås i regionen, før saken sendes Ekspertpanelet. Departementet vurderer at dette er en videreføring av gjeldende mandat. Endringene innebærer at det må settes av mer ressurser til Ekspertpanelet. Departementet vil komme tilbake til de juridiske problemstillingene som reises i evalueringsrapporten i et rundskriv.

1. Ekspertpanelet er utvida med nevrolog.
2. Nytt mandat som tar omsyn til ny avgrensing av kva for pasientar som kan tilvisast, jf. formulering i utgreiingsoppdraget frå HOD, er vedteke innført av dei fire RHF-a.
3. Teknisk løysing er utgreidd av Helse Vest i samarbeid med Helse Bergen. Foreslått løysing er bruk av ein forbetra versjon av Checkware. Denne løysinga har fått tilslutning av dei andre RHF-a. Helse Vest oppfattar at løysinga er tilfredsstillande, og det einaste alternativ som kan bli gjennomført innan rimeleg tid og gitt ein samla prioritering av tilgjengelege IKT-ressursar.

4. Rapportering på krav frå føretaksmøte

Rapporteringa skal følgje struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til protokoll frå føretaksmøte i januar 2021. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre føretaksmøte skal leggjast til i avsnitt 4.2, saman med omtale av eventuelle andre aktuelle saker.

4.1 Krav og rammer for 2022

<u>Bemanning, leiing og organisasjon</u>
Bemanning
Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- **vidareføre og forsterke arbeidet med å utvikle ein heiltidskultur i helseføretaka**.

Føretaksgruppa Helse Vest har over år jobba aktivt med tiltak for å auke heiltidsdelen for medarbeidarar. Haldninga er at hovudregelen skal vere heile faste stillingar. Uavhengig av desse prinsippa vil det vere behov for noko deltid og vikarar grunna fråvær og sjukefråvær.

Meir enn 11 000 medarbeidarar har fått høgare stillingsprosent i foretaksgruppa Helse Vest i løpet av åra Heiltidsmodulen har eksistert, frå 2010 til 2022. Det er og om lag 8 000 fleire medarbeidarar som har 100 prosent stilling. Desse tala representerer ein viktig utvikling. Heiltidsmodulen og tett oppfølging på dette området har over tid vist resultat. Det vil vere viktig å halde fram eit godt arbeid, i tråd med dei overordna måla. Helse Vest har tidlegare synleggjort kva effekt høgare stillingsprosent vil ha for framtid fagleg kapasitet.

Føretaka har óg eigne bemanningssentre for å kombinera arbeid på fleire einingar til heile stillingar og redusere behovet for bruk av innleidde helsepersonellvikarar.

- **iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for legar ved dei mindre sjukehusa i distrikta.**

Regionalt utdanningssenter, (RegUt,) arrangerer regelmessige samarbeidsmøte med utdanningsansvarlege overlegar i regionen. Helse Vest har òg organisert samarbeidet for fagmiljøa med regionale utdanningsråd for kvar spesialitet. Det er faste oppfølgingsmøte på fleire nivå i føretaksgruppa Helse Vest for å sikre gode, planlagde og strukturerte utdanningsløp. Ein er ikkje i mål, men det er lagt eit godt fundament for halde fram med et godt samarbeid.

Prosessen med utvikling av «Vestlandslegen» vil vere eit viktig bidrag til rekruttering, då studentane vil ha ein mykje lengre del av utdanninga si på sjukehusa i Helse Fonna, som vil gi betre moglegheit for å rekruttera dei til vidare arbeid i føretaket.

- **delta i arbeid med forslag til endringar i spesialistforskrifta.**

Det er gjennomført to vesentlege høyringar knytt til endringane i spesialistforskrifta, der helseføretaka har samarbeida med det regionale helseføretaket i høyringsuttalen. RegUt har koordinert eit grunnlag for felles høyring på vegner av føretaksgruppa Helse Vest til Helsedirektoratet.

ForBedring
Helse Vest RHF skal vidareutvikle arbeidet med å sjå arbeidsmiljø og pasienttryggleik i samanheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasienttryggleik og kvalitetsforbetring og undersøkinga ForBedring.

- **Helse Vest RHF ba helseføretaka om å lage handlingsplanar som del av gjennomføring av ForBedring i Synergi og bruke Synergi aktivt for å følge status og framdrift på identifiserte tiltak.**

Resultata av ForBetring er tilgjengeleg for alle leiarar, medarbeidarar, vernetenesta og tillitsvalde så snart undersøkinga er gjennomført. ForBetring har òg vært tema på regionale samlingar for tillitsvalde og vernetenesta. Det er lagt til rette for å nytte Synergi for utvikling og oppfølging av lokale handlingsplanar. ForBetring skal vere eit grunnlag for lokalt forbetringsarbeid. Det er derfor viktig at handlingsplanar skal vere opne og tilgjengelege for medarbeidarar, tillitsvalde og vernetenesta.

I Helse Bergen har dei laga eit «dashbord» for handlingsplanar for dei ulike einingane for at dei skal ha enklare tilgang til planane og bruke dei aktivt i forbetringsarbeidet. Ytterlegare forbetring for støtte til etablering og oppfølging av handlingsplanar blir stilt til disposisjon mars 2023. I tillegg tar føretaksgruppa Helse Vest i bruk felles Risikostyrings modul i Synergi. Begge desse tiltaka skal bidra til betre oversikt over operasjonell og strategiske utfordringar og risiko.

Stadleg leiing
- **Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka gjere greie for korleis dei ulike verksemdene i regionen er organisert for å ivareta prinsippet om stadleg leiing. Dette skal gå fram av årleg melding for 2022.**

Føretaksgruppa Helse Vest har stadleg leiing på lokalsjukehus, distriktspsykiatriske sentre (DPS) og ambulansestasjonar. Sjukehusutvalet er gitt ei brei orientering om leiarnivå og stadleg leiing. Gjennomgåande klinikkstruktur i dei føretaka som har organisert verksemda slik, har i tillegg ein lokal stadleg leiar. Andre føretak har lokalsjukehus som eigen eining som er representert i føretaksleiinga. Stadleg leiar har

ein koordinatorfunksjon og samordnar arbeidet og bidreg til samarbeid lokalt. I Helse Førde er stadleg leiar del av føretaksleiinga.

Inkludering og mangfald

- **Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å vidareføre arbeidet med inkludering og mangfald og leggje til rette for rekruttering av personar som har utfordringar med å kome inn i arbeidslivet, samt å forhindre fråfall frå arbeidslivet.**

Føretaksgruppa Helse Vest vidareførar og forbetrar arbeidet med inkludering og mangfald. Det blir lagt til rette for rekruttering av personar som har utfordringar med å komme inn i arbeidslivet. I tillegg har føretaksgruppa Helse Vest fokus på å forhindre fråfall frå helseføretaka i form av uføre mv. Uføredelen blant tilsette i helseføretaka har gått ned med 0,5 prosent for sjukepleiargruppa, 0,26 prosent for legegruppa og med 5,04 prosent for fellesordninga samanlikna med 2021 og 2012. Statistikk for 2022 er venta 1. kvartal 2023.

Det er etablert ei regionalt ressursgruppe for arbeid med likebehandling, inkludering og mangfald (LIM). Alle føretaka, inkludert Helse Vest IKT, har to representantar i den regionale ressursgruppa i Helse Vest. Denne gruppa har utarbeida mal til årleg likestillingsutgreiing.

I tillegg deltek Helse Vest i felles nasjonalt arbeid for inkluderingsarbeid i Spekter. Inkluderingsarbeidet er fast sak i regionalt PO-direktørmøte.

Helse Vest har i 2021-2022 hatt særleg merksemd på system og retningslinjer rundt inkluderande rekruttering. Følgjande tiltak er gjennomført:

- Det er laga mangfaldserklæring som er tatt inn i alle stillingsutlysingar i føretaksgruppa.
- Det er tatt i bruk eit felles e-læringskurs i Helse Vest for inkluderande rekruttering for alle leiarar, rekrutterarar og tillitsvalde. Kurset er del av obligatoriske krav for nye leiarar.
- Det er tatt inn eit eige punkt knytt til inkluderande rekruttering i kompetanseplan for leiarar, der e-læringskurset inkluderande rekruttering er lagt inn.
- Personalhandbøkene (intervjumal og vurderingsskjema til bruk for vurdering av søkjarar i etterkant av intervju) er oppdatert for sikre strukturerte prosessar i tråd med obligatoriske e-læringskurs for inkluderande rekruttering.

Føretaka har sett ned eigne arbeidsgrupper/utval som arbeider med likebehandling, inkludering og mangfaldsarbeid lokalt, og føretaka har godt samarbeid med NAV og andre tilsvarande aktørar. Det blir i tillegg arbeida aktivt for å spreie kunnskap om

inkluderande rekruttering og korleis leiarane skal bli betre på å inkludere og behalde menneske som har nedsett funksjonsevne, lengre opphald frå arbeidslivet eller er innvandrarar.

I Helse Bergen er likebehandling, inkludering og mangfald frå hausten 2022 inkludert i det interne 40 timars HMS-kurset for leiarar og verneombod.

Føretaksgruppa har stadig deltakar i arbeidstrening, både i språktrening og arbeidstrening/arbeidsutprøving. I tillegg kan nemnast at helseføretaka er representert med deltakar i bedriftsnettverk leia av NAV arbeidslivsenter. Eitt nettverk med erfaringsdeling og fagleg påfyll i inkluderingsarbeid og ivaretaking av eigne medarbeidar.

Uføretilbøyelegheita blant eigne medarbeidarar har gått ned for fellesordninga frå 8,60 prosent i 2021 til 8,33 prosent i 2022. Uføredel årsverk har gått ned frå 7,11 i 2021 til 7,07 i 2022, og del uføre for aktive stillingar har gått ned frå 1 328 i 2021 til 1 312 i 2022.

For fellesordninga er det ein nedgang i kostnadar over tid frå 1,3 milliardar til 1,04 milliardar. Det er viktig å sjå endring i tala over tid.

Beredskap og sikkerheit
Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- **vidareutvikle beredskapsarbeidet og -planane med tanke på pandemiar og andre alvorlege kriser, ved å følgje opp eigenevaluering av pandemihandteringa, Koronakommisjonen sin rapport og eigne analysar av risiko og sårbarheit knytt til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorar mv.**

Gjennom pandemien har det vore kontinuerleg læring og evaluering av iverksette tiltak. Beredskaps- og smittevernplanar har blitt kontinuerleg oppdatert med bakgrunn i erfaringar frå pandemien. Det har blitt utført både lokale del-evalueringar og regional del-evaluering av pandemihandteringa.

Helseføretaka var framleis i beredskap grunna pandemien då krigen i Ukraina braut ut i februar 2022. Krigen og den sikkerheitspolitiske situasjonen har gitt auka fokus på fleire beredskapsområde som CBRNE-hendingar, auka flyktningstraum og medisinsk evakuering. Det blir også arbeidd med å handtere sårbarheit knytt til IKT-sikkerheit og anna kritisk infrastruktur som vatn, straum og kommunikasjon.

Beredskapsleiinga i alle føretak, inkludert Helse Vest RHF, har gjennomført diskusjonsøvingar innan atomberedskap hausten 2022. Helseføretaka jobbar også med planar for å handtere eit eventuelt råd om innandørsmelding ved atomhending. Ein ser at god og tryggande kommunikasjon til befolkninga (og eigne tilsette) omkring dette

tema er svært viktig. Vi føresett at det er ein førebudd og omforeint kommunikasjonsstrategi/plan på alle nivå.

Samanhengande etablert beredskap gjennom fleire år har medført at det i liten grad har vore ressursar til ein overordna sluttevaluering av pandemihandteringa. Kontinuerleg læring, gjennomførte del-evalueringar og Koronakommisjonen sine rapportar er nytta til å betre beredskapen og revidere planverk.

Regional helseberedskapsplan for Helse Vest er ferdig revidert i februar 2023, og vil vere førande for dei lokale planverka. Den regionale beredskapsplanen vil ikkje vere tidsavgrensa, men vil vere under kontinuerleg forbetring i tråd med ny kunnskap og læring. Det vil bli utarbeidd fleire del-planar underordna regional helseberedskapsplan. Arbeidet med ein regional del-plan for CBRNE-beredskap er i sluttfasen.

- **bidra med innspel til departementet sin nasjonale gjennomgang av helseberedskapen i 2022.**

Helse Vest har bidratt med innspel til gjennomgangen.

- **delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av nasjonal atomberedskapsøving 2022.**

Helse Vest RHF har bidratt til planlegging av nasjonal atomberedskapsøving og har delteke på felles planleggingskonferansar og i ulike undergrupper i denne prosessen. Øvinga blei dessverre utsett som følgje av krigen i Ukraina. Helse Vest RHF har saman med helseføretaka planlagt og gjennomført diskusjonsøvingar med utgangspunkt i scenario for den nasjonale atomberedskapsøvinga Artic Reihn.

- **sørge for at militært personell som gjer teneste under NATO-øvinga Cold Response 2022 får tilgang til spesialisthelsetenester utan etterfølgjande fakturering frå norske myndigheiter.**

Helse Vest RHF har delteke i interregional arbeidsgruppe for å utarbeide eit vertsnasjonsstøttedokument for øvinga Cold Response 2022. Helseføretaka har sørgja for tilgang til spesialisthelsetenester i vår region utan etterfølgjande fakturering.

<u>Nasjonal samordning</u>
Klima og miljø
Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:
- **dokumentere årleg status i arbeidet med å nå dei langsiktige måla innan klimaområdet gjennom spesialisthelsetenesta sin rapport om samfunnsansvar.**

Klimaarbeidet er dokumentert i klimarekneskapen og i rapport for samfunnsansvar.

- **vurdere om det er riktig av omsyn til ressursbruken å vidareføre tredjepartssertifiseringa av system for miljøleiing, eller om ein skal ivareta målsettingane for miljøleiing på annan måte.**

Helse Vest RHF, Helse Vest IKT og Helse Førde har vald å gå bort frå tredjepartssertifiseringa. Dei andre føretaka har vidareført dette også i 2022.

- **bidra i arbeidet med nasjonal analyse av sårbarheiter og tilpassingsbehov knytt til klimaendringar og helse.**

Helse Bergen deltek i arbeidet. Alle krava er gjennomført.

Luftambulansetenesta

- **Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å følgje opp funna i rapporten frå Helsetilsynet og setje i verk nødvendige tiltak. Det skal rapporterast til departementet innan utgangen av 2022.**

Helse Nord RHF har leia eit arbeid for å følgje opp funna i rapporten frå Helsetilsynet. Helse Vest RHF har bidratt i arbeidet. Rapporten er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Bygg og vedlikehald mv.
Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- **fastsette mål for tilstandsgrad for sine sjukehusbygg.**
- **sikre at helseføretaka utarbeider verdibevarande vedlikehaldsplanar med bakgrunn i tilstandsregistreringa av bygningsmassen som vert gjort kvart fjerde år, slik at fastsette mål for tilstandsgrad blir nådde.**

Helse Vest har i samarbeid med helseføretaka i regionen utarbeidd følgjande mål for tilstandsgraden for bygningsmassen:

- den vekta aggregerte tilstandsgraden for bygningsmassen skal ikkje vere dårlegare enn 1,2
- ingen bygningsdelar eller komponentar som inngår i målinga skal ha tilstandsgrad 3

Målet er behandla i styra i helseføretaka, og styra har i tillegg bedt om å få seg førelagt ei sak som seier korleis det respektive helseføretaket skal nå målet. Sakene skal gjere greie for:

- noverande tilstandsgrad basert på siste kartlegging med informasjon om kva som er gjort etter denne kartlegginga.
- planar for bygningsmassen, under dette kva bygg som skal nyttast til sjukehusdrift framover og såleis inngår i mål for tilstandsgrad.
- plan for korleis helseføretaket gjennom systematisk arbeid, med delmål, kan nå målet for samla tilstandsgrad. Planen bør ha eit tidsperspektiv på 5-10 år.
- korleis helseføretaket årleg vil rapportere på framdrift.

Styret i Helse Vest RHF har i styremøte 15. februar 2023 gitt sin tilslutning til målsettinga for tilstandsgrad som er vedteke i helseføretaksstyra, og til det arbeidet

helseføretaka no gjer for å nå måla for tilstandsgrad for eigedomane i regionen. Krav knytt til dette er innarbeidd i styringsdokumenta til helseføretaka for 2023.

- **Føretaksmøtet bad Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF rapportere om korleis Sykehusbygg HF vert brukt i dei prosjekta der det er tildelt nye lånerammer for 2022**.

Helse Vest RHF blei i 2022 tildelt lån til eit nytt prosjekt – byggetrinn 2 ved Haugesund sjukehus (Helse Fonna HF). Helse Fonna HF har hatt samarbeid med Sykehusbygg HF i byggetrinn 1 i konkrete problemstillingar, med rådgiving i kontraktsspørsmål, entreprisestrategi, «second opinion» mv. Representant for Sykehusbygg satt tidlegare i styringsgruppa for prosjektet (Byggetrinn 1), men Sykehusbygg trakk ut sin representant etter eiga ønskje i 2017 på grunn av kapasitetsproblem. I samarbeidsmøtet 20. mars 2017 blei det avtalt samarbeidsformer i kommande fasar.

Det er avtalt følgjande samarbeidsform mellom Helse Fonna og Sykehusbygg for byggetrinn 2:

- Prosjektdirektør ByggHgsd2020 får tilbod om å delta i samarbeidsforum med tilsvarande nybygg/ombyggingsprosjekt (A-hus, Telemark og Ålesund). Dette samarbeidsforumet kan nyttast til å drøfte for eksempel val av entreprisestrategi
- Prosjektdirektør ByggHgsd2020 blir kobla på når prosjektleiarane i dei nemnde prosjekta skal ha sin gjennomgang i Sykehusbygg sin metodikk for val av entreprisestrategi.
- Sykehusbygg gjer tilgjengeleg entreprisebeskrivelse av luftsmitteisolat i Hammerfest.
- Med omsyn til dRofus blir avtalen oppdatert med m2 for byggetrinn 2, og Sykehusbygg sender forslag til ny avtale på dRofus.
- Dersom det seinare blir aktuelt med andre konkrete rådgivaroppdrag frå Sykehusbygg kjem ein tilbake til dette etter kvart og eventuelt utformar ein avtale på dette.

<u>IKT-utvikling og digitalisering</u>
Journal- og samhandlingsløysingar
Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka leggje følgjande til grunn i det vidare arbeidet for betre journal- og samhandlingsløysningar:

Felles språk
- **Dei regionale helseføretaka skal utarbeide felles planar for bruk av felles språk innan prioriterte fagområde, medrekna legemiddelområdet, pleieplanar, og medisinske kvalitetsregistre. Helse Midt-Noreg RHF skal ha ei leiande rolle i arbeidet**.

Felles plan blei levert den 1. oktober 2022.

Pasienten si legemiddelliste

- **Dei regionale helseføretaka skal gjere nødvendige førebuingar for trinnvis innføring av pasienten si legemiddelliste frå 2023 og utarbeide ein felles plan for vidare utprøving og innføring i alle regionar. Arbeidet skal baserast på erfaringane i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Vest RHF skal ha ei leiande rolle i arbeidet.**

Arbeidet med Pasienten si legemiddelliste (PLL) er ein del av det nasjonale samarbeidet leia av Direktoratet for e-helse. Det nasjonale arbeidet var i 2022 organisert i programmet Pasienten si legemiddelliste (PLL). Programmet har 4 delprosjekt; Utprøving av PLL i Bergen/Helse Vest, innføring av Kjernejournal i kommunal sektor, innføring av e-multidose og utvikling av Sentral forskrivningsmodul (SFM).

Fokus for delprosjekt Utprøving av PLL i Bergen/Helse Vest har vore å prøve ut arbeidsflyt i ulike system for å understøtte Pasienten si legemiddelliste som felles informasjonsgrunnlag på tvers av sjukehus, legekontor og kommunale helse- og omsorgstenester. IKT-løysingane har vore best utvikla og tilpassa for bruk av legekontor. Meir enn 50 prosent av fastlegekontora i Bergen kommune kan lage PLL for sine pasientar. Etablering av PLL er primært ei oppgåve for fastlegen. Løysinga er og innført ved nokre avtalespesialistar, for å få erfaring frå desse i tillegg. Meir enn 10.000 pasientar i Bergen har fått sin PLL. Løysingane har vore nytta av ei avgrensa gruppe legar på Haraldsplass Diakonale Sykehus og Mottaksklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus. IKT-løysing er delvis tilgjengeleg for helsepersonell i Bergen kommune. Det blir arbeid med forbetring og forenkling av IKT-løysing for sjukehus og kommune. Det er utarbeid ein midtvegsrapport som oppsummarar erfaringane. Desse er drøfta både i den lokale gruppa «PLL i praksis» og med den nasjonale gruppa «PLL i praksis».

Mot slutten av 2022 blei programmet Pasienten si legemiddelliste organisert inn som ein del av Program Digital samhandling. Planlegging av vidare utvikling og innføring av PLL nasjonalt inngår i arbeidet som blir leia av Direktoratet for e-helse og som blir lagt fram for programstyret for Digital samhandling.

Digital samhandling

Dei regionale helseføretaka skal:
- **samordne krav til dokumentdeling via kjernejournal og utarbeide planar for vidareutvikling og trinnvis innføring i dei enkelte regionane. Helse Sør-Øst RHF har ei leiande rolle for arbeidet i helseregionane. Arbeidet skal gjerast i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.**

Helse Vest har delteke i arbeidet med dokumentdeling via kjernejournal. Arbeidet med å definere og samordne krav til dokumentdeling via kjernejournal blei gjennomført medio 2022 med god involvering av alle regionar, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Helse Sør-Øst leia dette arbeidet. Det endelege dokumentet blei behandla i det

inter-regionale IKT-direktørmøtet i desember 2022. Det er semje om at kravdokumentet fungerer godt som eit mogeleg målbilete, men at partane må evne å gå stegvis vidare i utprøving og implementering utan at alle krav er oppfylt, og der krav må vurderast opp mot løysingsmønster som kan realiserast og skalerast.

Helse Vest IKT har etablert deler av den tekniske løysinga som er nødvendig for å kunne realisere dokumentdeling via kjernejournal.

- **vidareføre arbeidet med utprøving av grensesnitt for deling av kritisk informasjon mellom journalsystema i sjukehus og kjernejournal. Helse Vest RHF har leiarrolla for helseregionane i arbeidet. Arbeidet skal gjerast i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.**

Prosjektet «Kritisk informasjon» har eit nasjonalt og eit regionalt oppdrag. I det nasjonale oppdraget skal Norsk Helsenett og Helse Vest/DIPS utvikle og prøve ut eit programmeringsgrensesnitt (API) for synkronisering av kritisk informasjon mellom Kjernejournal og DIPS. Denne delen av prosjektet blir gjennomført av Helse Vest og Norsk Helsenett på vegner av heile helse- og omsorgssektoren som ein del av Program Digital samhandling.

I den regionale del av prosjektet blir DIPS etablert som regional master for kritisk informasjon i Helse Vest. DIPS skal bli kjelde for dei andre regionale IKT-løysingane som har behov for slik informasjon, ved at dei kan synkronisere kritisk informasjon med DIPS.

Den første delmengda av kritisk informasjon som blir prøvd ut er legemiddelreaksjonar. Etter planen skal denne bli tatt i bruk i første kvartal i 2023 i Helse Vest. Resterande kategoriar av kritisk informasjon i Kjernejournal er planlagt for uttesting i 4. kvartal 2023.

- **starte utprøving og sørge for innføring av nasjonal informasjonsteneste for laboratorie- og radiologisvar (NILAR) i eigen region og delta i styringsgruppa for prosjektet som vert leia av Direktoratet for e-helse.**

Helse Vest har meldt følgjande tilbake til Norsk Helsenett SF vedrørande deltaking i utprøving av Pasienten sine prøvesvar (tidlegare NILAR); *"Helse Vest er kommet svært langt i konsolidering av felles laboratorie-informasjonsløsning (LIMS), levert av AlfaSoft (Unilab). Unilab omfatter alle laboratoriefag inkl. patologi. Helse Vest vil bare bidra med laboratoriesvar fra den regionale fellesløsningen. Helse Vest har en regional konsolidert felles løsning for radiologi (Sectra). Dermed har Helse Vest et godt grunnlag for raskt å kunne konfigurere flere kopi-mottakere for radiologiske meldinger."*

Helse Vest har også, på vegner av det interregionale prosjektstyret for Nasjonal digital

patologi, meldt til Norsk Helsenett SF at fagmiljøa innan patologi er positive til å bidra i arbeidet med utprøving av pasienten sitt prøvesvar for patologiske prøvesvar.

Digital heimeoppfølging og digitale innbyggjartenester

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- **samordne krav og føresetnader som bør ligge til grunn ved vidare innføring av digital heimeoppfølging i spesialisthelsetenesta. Arbeidet skal gjerast i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF, og inngå i *Felles plan 2022*.**
- **leggje til grunn felles prinsipp for tilgjengeleggjering av digitale innbyggjartenester.**

Helse Vest etablerte tidleg i 2022 eit regionalt nettverk for auka bruk og effekt av digitale helsetenester. Det regionale nettverket har vore leia av Helse Bergen HF. Nettverket har delteke aktivt på inter-regionale og nasjonale arenaer der digitale helsetenester har vore tema. Nettverket har hatt utstrekt dialog med ulike helseføretak utanfor Helse Vest når det gjeld satsingar på digitale helsetenester. Helse Vest har dialog med Direktoratet for e-helse og med Norsk Helsenett SF i arbeidet med digitale helsetenester. Helse Vest har gjennom mange år vore ein sentral aktør i arbeidet med utvikling av digitale innbyggjartenester via helsenorge.no.

Helse Vest arbeidar no med eit eige "satsingsforslag" knytt til digitale helsetenester. Målbildet for dette arbeidet vil vere; "Digitale helsetenester skal bidra til pasienten si helseteneste ved å auke tilgjengelegheit og effektivitet i tenesta. Befolkninga skal få forsvarlege helsetenester utan at bruk av helsepersonell aukar."

For å lukkast med å få høgare tempo i digitale helsetenester, vil det vere svært viktig å kombinere arbeid som kan gjennomførast og ha effekt på kort sikt, med ein langsiktig plan som skal realiserast. Arbeid som kan ha effekt på kort sikt er viktig for å gi legitimitet til det videre arbeidet, avlaste helsetenesta, gi betre opplevingar for pasientar og pårørande, samt utvikle erfaringar som vil gi vidare innsikt.

Betre bruk av helsedata

- **Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å bidra i det vidare arbeidet med realisering av Helseanalyseplattforma.**

Helse Vest har delteke i arbeidet med realisering av Helseanalyseplattforma. Arbeidet har til dels vore prega av usikkerheit knytt til rammevilkår for delar av arbeidet med Helseanalyseplattforma.

Informasjonssikkerheit

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- **rapportere på arbeidet med dei regionale handlingsplanane for det systematiske arbeidet med å styrke informasjonssikkerheita, og med å lukke dei sårbarheitene som Riksrevisjonen si undersøking avdekka innan utgangen av 2022.**

Det regionale arbeidet med informasjonssikkerheit er i Helse Vest organisert som ein del av arbeidet med Topp fem risiko. I det arbeidet er det etablert ei eiga arbeidsgruppe med deltakarar frå alle føretak i føretaksgruppa Helse Vest RHF, samt med representantar frå dei private, ideelle føretaka.

Handlingsplanen er operasjonalisert i følgjande prosjekt; (1) Felles tilnærming til NSM 2.0, (2) Revisjon av regionalt styringssystem for informasjonssikkerheit og personvern, (3) Vidareutvikling av sikkerheitskultur, (4) Tiltak for IKT-sikkerheit i regi av Helse Vest IKT, (5) Felles tiltak for økt IKT-sikkerheit for MU og TU, (6) Tiltak for økt IKT-sikkerheit for Lokal IKT.

Arbeidet med informasjonssikkerheit er eit kontinuerleg arbeid for å sikre at personell har tilgang til relevant informasjon på rett tid og stad, sikre integriteten i informasjonen og unngå truslar knytt til konfidensialitet. Gjennomføring av «Regional handlingsplan for informasjonssikkerheit» har godt fart og rett retning.

Informasjonstryggleik er på agendaen kvar dag. Sjølv om den regionale handlingsplanen gjev eit løft i 2022 og 2023, er det også viktig å erkjenne at dette er eit arbeid utan tidshorisont og ende. IKT-systema våre blir stadig utsett for angrep – kvar dag, året rundt. Dette viser at informasjonstryggleik krev eit kontinuerleg arbeid, der kvar dag kan gje nye, uventa utfordringar. Då blir det ekstra viktig å skape innhald i tanken om at i Helse Vest er vi over 30.000 som arbeider med informasjonssikkerheit, slik at vi saman kan vere på den sikre sida.

- **utarbeide ein årleg rapport i samarbeid med Norsk helsenett SF om truslar, trendar, sårbarheiter og relevante tiltak som spesialisthelsetenesta kan nytte i sitt arbeid med vurderingar av risiko og sårbarheiter innan 1. juni kvart år. Erfaringar frå penetrasjonstesting og portskanningstestar vil vere relevante.**

Helse Nord IKT HF og Sykehuspartner HF har saman med Helse Vest IKT AS, HEMIT HF og Norsk helsenett SF (HelseCERT) utarbeid ein felles trusselvurdering om IKT- og informasjonstryggleik for 2022. Dette er ei felles trusselvurdering som dekkjer heile spekteret av verksemder og verdiar i spesialisthelsetenesta.

- **samarbeide med HelseCERT om regional og nasjonal kapabilitet for å oppdage og handtere sikkerheitshendingar, og gjennom det sørge for at hensiktsmessige kapabilitetar vert etablert for å styrke eigenbeskyttelsen og regionen sin samla evne til å oppdage digitale angrep.**

Helse Vest IKT samarbeider tett med HelseCERT om gjennomføring av regelmessige penetrasjonstestar. Dette samarbeidet er særs viktig for å styrke eigenbeskyttelsen for den samla IKT-infrastrukturen for helseføretaksgruppa Helse Vest. Helse Vest IKT har

også etablert samarbeid med HelseCERT om sikringstenester knytt til "sikring i djupna". Gjennom dette samarbeidet er Helse Vest IKT sin evne til å oppdage digitale angrep styrka.

Økonomiske krav og rammer

Økonomisk resultatkrav og endringar i driftskredittramma

- **Føretaksmøtet la til grunn at dei regionale helseføretaka innrettar verksemda innan økonomiske rammer og krav som følgjer av Prop. 1 S (2021–2022), føretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2022, slik at sørgje for-ansvaret vert oppfylt og at det vert lagt til rette for ei berekraftig utvikling over tid.**

Resultat

Styret i Helse Vest har vedtatt eit samla budsjett i 2022 med eit resultatkrav på 495 mill. kroner. I dette resultatkravet ligg det ein reserve for å fange opp uføresette forhold. Resultatkravet skal sikre eit tilstrekkeleg finansielt grunnlag for å gjennomføre investeringsplanane i 2022. Foreløpig resultat for 2022 viser eit positivt resultat på 419 mill. kroner, 75,6 mill. kroner lågare enn budsjettert.
Foreløpig resultat i føretaka fordeler seg som følgjar:

	Hittil i år		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik
Helse Stavanger	107 697	226 000	-118 303
Helse Fonna	-155 740	-19 999	-135 740
Helse Bergen	-15 029	100 000	-115 029
Helse Førde	2 584	30 000	-27 416
Sjukehusapoteka VEST	9 984	8 000	1 984
Helse Vest IKT	-3 199	1 000	-4 199
Helse Vest Morselskap	473 058	150 000	323 057
Til saman	**419 356**	**495 001**	**-75 645**

Rekneskapen for 2022 er ikkje ferdig og ikkje gjennomgått av revisor. Ein må derfor rekne med at det blir gjort endringar i det endelege resultatet for 2022.
I Nysalderingsproposisjonen for 2022 Prop. 19 S (2022-2023) som blei lagt fram 25. november 2022 blei Helse Vest tildelt 477,4 mill. kroner. Desse midlane er fordelt ut til føretaka og innarbeidd i foreløpig resultat for 2022. Foreløpig resultat ville ha vore vesentleg lågare utan desse midlane. Årsakane til det er i hovudsak høgare løns- og prisvekst enn det som låg til grunn for deflator i statsbudsjettet for 2022, samt høgt sjukefråvær som har gitt negative avvik på overtid, innleige, ekstravakter og anna variabel løn, samt utfordringar med rekruttering og kompetanse. Vidare har generell høg prisvekst i samfunnet, høge kostnader til energi, samt nye behandlingsmetodar gitt negative avvik i forhold til budsjett.

Driftskredittramme

Driftskredittramma til Helse Vest var ved starten av året på 2 164 mill. kroner. I føretaksmøtet i januar blei denne vedtatt auka med 546 mill. kroner til 2 710 mill. kroner. I føretaksmøtet i juni blei driftskredittramma redusert med 54 mill. kroner til

2 656 mill. kroner. I føretaksmøtet i desember blei driftskredittramma igjen auka med 153 mill. kroner. Driftskredittramma var per 31.12.2022 på 2 809 mill. kroner. Helse Vest har ikkje trekt på denne ramma i 2022 ut over trekket som stod ved inngangen til 2022 på om lag 2 mill. kroner.

Investeringar og lån

For 2022 er Helse Vest RHF tildelt 2 450,56 mill. kroner i lån. Det er sett av 1 446 mill. kroner til nytt sjukehus i Helse Stavanger, 173 mill. kroner til å oppgradere og modernisere Haugesund sjukehus, 240 mill. kroner til Protonsenter ved Haukeland sjukehus, 386,56 mill. kroner til byggjetrinn II av barne- og ungdomssjukehuset ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen og 205 mill. kroner til å oppgradere og modernisere sjukehuset i Helse Førde.

For 2022 er Helse Vest tildelt 95 mill. kroner til Protonsenter ved Haukeland universitetssjukehus.

Investeringsbudsjettet for 2022 blei vedtatt av styret i Helse Vest i møte den 15. februar 2022, sak 011/22.

Tabellen nedanfor viser ei foreløpig samanstilling av investeringar i føretaksgruppa for 2022. Tala er ikkje endelege, rekneskapen for 2022 er ikkje ferdig og ikkje gjennomgått av revisor.

Investeringar 2022 Helseføretak	Regnskap per desember 2022	Budsjett 2022
Helse Stavanger HF	2 545 269	3 033 930
Helse Fonna HF	349 362	492 176
Helse Bergen HF	1 441 629	1 672 800
Helse Førde HF	406 258	316 900
Sjukehusapoteka Vest AS	24 998	27 546
Helse Vest IKT AS	471 200	598 275
Sum	5 238 716	6 141 627

Alle tall i heile tusen

Det samla investeringsbudsjettet for 2022 er på om lag 6,1 mrd. kroner. Samla investeringar for 2022 ligg foreløpig an til å bli om lag 5,2 mrd. kroner. Hovudårsaka til at foreløpig rekneskap for 2022 er lågare enn budsjett er etterslep på investeringar. Alle helseføretaka har utbyggingsplanar som er i gjennomføringsfasen. Av det samla investeringsbudsjettet i 2022 er om lag 4 mrd. knytt til store byggjeprosjekt. Mindreforbruket i forhold til budsjett 2022 knytt til byggjeprosjekta vil bli innarbeidd og overført til investeringsbudsjettet for 2023.

Andre krav

Oppfølging av Riksrevisjonen sine undersøkingar

Riksrevisjonen si undersøking av psykiske helsetenester

- **Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka følgje opp Riksrevisjonen si undersøking om psykiske helsetenester**.

Dei lokale helseføretaka har utarbeidd handlingsplanar for å følgje opp Riksrevisjonen si undersøking, og handlingsplanane er blitt gjennomført.

Riksrevisjonens undersøking av kliniske behandlingsstudiar i helseføretaka

- **Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka følgje opp Riksrevisjonen si undersøking av kliniske behandlingsstudiar i helseføretaka.**

For å auke integrasjon av kliniske behandlingsstudiar i pasientbehandlinga har helseføretaka i regionen forsøkt å gjera det enklare for klinikarar å starte og praktisk gjennomføre studiar, ved å auke kompetanse på støttepersonell og leggje til rette infrastruktur. Helse Vest har ein stor fordel i at det på tvers av helseføretaka er ein felles e-Infrastruktur i bruk i pasientbehandling, og at det integrert i denne også er ei regional løysing for å behandle data samla for forsking.
For å auke tilgangen til kliniske studiar for pasientar har Helse Vest RHF i 2022 finansiert ei regional forskingsstøtte som sikrar juridisk kompetanse og enklare budsjettering av industri-studiar i heile regionen. Dette er i tillegg til regional statistikarteneste og regional monitorering av kliniske studiar. For å sikre god leiarforankring har forsking i 2022 vore tema i styremøta i helseføretaka og i møte på ulike leiarnivå i Helse Vest. Eit eksempel på dette er behandlinga i Helse Bergen sitt styre av ei sak om «Organisering og internkontroll av klinisk forsking i sjukehuset» (sak 46/22) som spesifikt omhandla pasienttryggleik, rutinar og kontrolltiltak i forbindelse med organiseringa av forskingsverksemda.

Riksrevisjonen si undersøking om helse og omsorgstenester til barn og unge med funksjonsnedsettingar

- **Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka følgje opp Riksrevisjonen sin rapport om helse- og omsorgstenester til barn og unge med funksjonsnedsettingar.**

Riksrevisjonen peiker på at det er geografiske skilnader og utilstrekkeleg kapasitet i helseføretaka sine habiliteringstilbod til barn og unge. Helseføretaka i Helse Vest fekk i oppdrag å følgje opp rapporten frå Riksrevisjonen. Helseføretaka hadde også i oppdrag å følgje opp den regionale planen for habilitering og rehabilitering i Helse Vest, der eit av innsatsområda er å «styrke medisinsk og helsefagleg kompetanse i habilitering for barn, unge og vaksne».

Helseføretaka har utarbeidd eigne opptrappingsplanar for habilitering for barn og unge. Helse Vest har bidratt med styrkingsmidlar som skal komme i tillegg til helseføretaka si eiga styrking. Status for opptrappinga blei det gjort greie for i ei sak til styret i Helse Vest i november 2022. Dette blei gjort i samband med oppfølging av tilsyn med habiliteringstenestene til barn og unge i tre av helseføretaka, gjennomført av Statsforvaltaren i Vestland.

Helseføretaka rapporterer om at det blir arbeidd med å styrke tenestene, og at det er tilsett i nyoppretta stillingar, men at det er utfordringar med rekruttering og med å få tilstrekkeleg med fagpersonar med riktig kompetanse. Tenestene, særleg ved dei minste helseføretaka, er små og sårbare for fråvær/vakanse. Opptrappinga vil gå over fleire år. Det blir arbeidd med å utvikle tenestene, betre samhandlinga med psykisk helsevern for barn og unge, og med kommunane. Helse Bergen er godt i gang med å utarbeide pasientforløp med tilstrekkeleg kapasitet for barn med erverva hjerneskade og behov for intensiv habilitering, med regional dekning.

Helse Vest vil i 2023 fortsette å følgje opp korleis helseføretaka styrker habiliteringstenestene til barn og unge.

Avtalespesialistar

- **Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka, under leiing av Helse Vest RHF, utarbeide ei felles vurdering av korleis avtalespesialistordninga kan bli nytta i tenesta på best mogleg måte. Vurderinga må inkludere kva for endringar som bør gjerast og forslag til målsettingar som bør gjerast gjeldande. Frist for rapportering er innan utgangen av 2022.**

Arbeidet har blitt utført gjennom eit interregionalt prosjekt med deltaking frå alle fire regionar, konserntillitsvalde, brukarar og profesjonsforeiningane. Det har blitt gitt forlenga frist til medio februar 2023 for overlevering av rapport. Ferdig rapport er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innan ny tidsfrist. Rapporten er samstemt, og peiker på at det er behov for fornying og modernisering av avtalespesialistordninga. Det er nødvendig å gjennomføre større integrering mellom avtalespesialistar og anna spesialisthelseteneste, samt meir dynamisk samhandling.

Fyrtårnsprosjektet

Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å:

- **leggje til rette for at dei sju helseføretaka som deltar i Fyrtårnprosjektet arbeider med å betre kvaliteten på registrering av data etter trafikkskadar.**
- **byggje opp kompetanse i arbeidet med registreringa og sørge for erfaringsoverføring til dei andre helseføretaka.**

I Helse Vest er det Helse Bergen som har oppretta koordinatorar på akuttmottaket og skadepoliklinikk i dette nasjonale prosjektet. Elektronisk skjema for registrering er tatt i bruk. Fase 2 av prosjektet med å sørgje for erfaringsoverføring til dei andre helseføretaka står igjen å gjennomføre.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2022

Føretaksmøte 18. mars 2022

Tiltak i samband med ankomst av flyktningar frå Ukraina

Dei regionale helseføretaka vert bedne om å:

- **førebu seg på ei stor flyktningetilstrøyming frå Ukraina, og i samband med det mellom anna sikre stor nok kapasitet til tuberkulosescreening.**

Alle føretak førebudde seg tidleg på å ta i mot flyktningar frå Ukraina. Det har blitt satt inn ekstra ressursar for å sikre stor nok kapasitet til å handtere tuberkulosescreening. Det er etablert eit godt samarbeid med kommunane.

Helseføretaka si rolle er i hovudsak avgrensa til behandling av dei som har behov for spesialisthelsetenester. Pasientar blir tilvist til spesialisthelsetenesta på vanlig måte.

Det vil vere eit auka behov for psykososial støtte, samt behandling for psykiske helseplagar. Helse Bergen viser her til at Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmordsførebygging (RVTS Vest) saman med e-helse og kommunane har utarbeidd og gjort tilgjengeleg sjølvhjelpsprogram (tilpassa mobiltelefon) og anna relevant informasjon innan psykisk helse på ukrainsk og russisk språk. Desse er tilgjengeleg på internettsider og kan brukas av alle.

- **etablere nasjonal og regional koordinering av mottak av medisinsk evakuerte pasientar frå Ukraina og sørgje for behandling og oppfølging av desse pasientane. Omfanget skal løpande avklarast med Helse- og omsorgsdepartementet.**

Helse Vest har bidratt i etableringa av ein nasjonal og regional koordinering av mottak av medisinsk evakuerte pasientar frå Ukraina (MEDEVAC). Det er vedteken ei ramme på 550 pasientar i MEDEVAC-ordninga. Oslo universitetssykehus er nasjonalt kontaktpunkt mot EU og har ein koordinerande rolle mot dei andre regionsjukehusa. Helse Bergen har fått ansvar for å koordinere dette i Helse Vest-regionen. Helse Bergen har etablert regional koordinering mellom helseføretaka i regionen og det er utarbeidd retningslinjer for hurtig å kunne avklare førespurnader om mottak av pasientar.

Alle sjukehusa i Helse Vest har tatt imot MEDEVAC-pasientar, men Haukeland universitetssjukehus har teke imot flest pasientar. På grunn av personvernomsyn oppgjer vi ikkje eksakt tal MEDEVAC-pasientar.

Til no har MEDEVAC-pasientane i hovudsak vore kreftpasientar og skadde pasientar som trenger sekundæroperasjonar eller rehabilitering. Vi ser no ein auke i talet på krigsskadde pasientar, og forventar at talet på pasientar som kjem til Noreg gjennom MEDEVAC-ordninga kan auke. Noreg er no eit av åtte land som evakuerer såra ukrainske soldatar gjennom eit samarbeid.

Føretaksmøte 8. april 2022

Beredskap for å handtere covid-19-pandemien framover

- **Dei regionale helseføretaka skal leggje regjeringa sin oppdaterte strategi og beredskapsplan for vidare handtering av covid-19-pandemien til grunn.**

Helseføretaka har igjennom pandemien kontinuerleg oppdatert sine planverk med bakgrunn i sine eigne erfaringar og evalueringar. Regional del-evaluering og regjeringas

oppdaterte strategi for vidare handtering av covid-19 pandemien er lagt til grunn i dette arbeidet.

- **Kapasitet for PCR-analysar skal inntil vidare tilsvare moglegheit til å analysere prøver av èin prosent av befolkninga per veke.**

Helse Stavanger og Helse Bergen vil på relativt kort varsel kunne etablere kapasitet for å analysere prøvar tilsvarande ein prosent av befolkninga per veke.

Føretaksmøte 23. juni 2022

- **Sak 7: Bruk av vikarar i ambulansetenesta**

Akuttmedisinforskrifta trådde i kraft i 2015, ambulansetenesta har i alle år vore avhengig av en viss tilgang til timelønna vikarar for å dekkje opp for fråvær og ferier. I 2019 blei det gjort ei kartlegging i bruk av vikarar i prehospitale tenester. Kartlegginga førte til endringar for periodar der ein hadde ubalanse i bemanninga.

Gjennom pandemien har det vore noko auka bruk av vikarar i periodar, men på det jamne har bruken av vikarar frå 2020 gått ned.

HOD har gitt Helsedirektoratet i oppgåve å utarbeide en nasjonal rettleiar som skal definere nasjonalt minimumskrav for nødvendig ambulansefagleg kompetansenivå, her under bruk av vikarar. Helse Vest har sett ned ei referansegruppe i det pågåande arbeidet som vil bli avslutta i løpet av 1. kvartal 2023.

Vikarar i ambulansetenesta skal ha same grunnkompetanse som fast tilsette.

- **Sak 9: Pasientreiser – drosjebruk**

Helse Vest RHF sendte 17.11.2022 ein rapport til Helse- og omsorgsdepartementet der det blei gitt ei oppsummering av erfaringane med samarbeid med fylkeskommunane om transporttilbod og skisse til område for utvikling av samarbeid med fylkeskommunane med forslag til tiltak.

I region vest er det ikkje sett i gang noko arbeid om koordinering eller tett samarbeid med fylkeskommunane om transporttilbod. Helse Stavanger har forsøkt å få til møte med fylkeskommunen utan å lykkast. Helse Førde har kontakt med fylkeskommunen om transporttilbod der dei står utan avtale. Helse Fonna har ikkje noko samarbeid. Helse Bergen har dialog mellom pasientreiser og fylkeskommunen, det er ønskjeleg med samarbeid med det er ikkje blitt sett i gang noko enda.

Føretaka i Helse Vest meiner at det er fleire område der det ligg ein felles interesse med fylkeskommunane for tettare samarbeid, for eksempel betre kollektivtilbod, fortrinnsrett på ferjestrekningar og samarbeid om konkurransegrunnlag/utlysingar. Rapporten seier avslutningsvis at dei føreslegne endringane for hausten 2022 er ei innskjerping av dei to år gamle krava til drosjenæringa, at det vil bli noko vanskelegare å etablera seg for nye aktørar og at dette vil kunne gi redusert konkurranse og auka priser i kontraktsmarkedet.

- **Sak 10: Nasjonal helse- og samhandlingsplan**

- **Føretaksmøtet ba dei regionale helseføretaka om å hauste erfaringar frå spesialisthelsetenesta med dei lovpålagde ordningane for koordinering og med forløpskoordinator, og i tillegg kome med innspel til forbetringar slik at ein kan oppnå intensjonane med ordningane. Frist for oppdraget er 15. november 2022.**

Helse Vest sendte tilbakemelding på oppdraget om koordineringsordningar i spesialisthelsetenesta til Helse- og omsorgsdepartementet i brev datert 15. november 2022. Tilbakemeldinga kan summerast opp slik:

Intensjonen med koordineringsordningane (koordinator, koordinerande eining, kontaktlege og individuell plan) er å bidra til samanhengande pasientforløp, både internt og mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Ordningane er heimla i både spesialisthelsetenestelova og pasient- og brukarrettslova. Ordningane gjeld både innan somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern. I tillegg er det ordningar med forløpskoordinator i samband med pakkeforløp/pasientforløp.

Det vidare arbeidet med å forbetre koordineringa for å sikre at tenestene verkar godt saman, bør ha ei praktisk tilnærming. Det kan for eksempel rettast meir fokus på å engasjere klinikarane og få dei til å forstå nytten av ordningane. Men det er også eit klart behov for at overordna styresmakter i større grad avgrensar og definerer når dei ulike ordningane skal brukast. Ein bør søkje å gjere ordningane meir praktisk nyttige, blant anna ved å klargjere i kva samanheng dei ulike ordningane og tiltaka passar best, og når dei bør setjast i verk. Dette verkar klart mest tydeleg for kontaktlegeordninga der helseføretaka peiker på stor ulikskap mellom rettleiar og den praktiske handteringa av ordninga.
Det må vere ambisjonar om å leggje opp til at ein del av koordineringa, i alle fall logistikk-delen, kan ivaretakast av teknologi.

Helsefellesskapa er eit sentralt grep for å bidra til meir samordna og heilskapleg helsehjelp. Det gjeld særleg for dei fire prioriterte gruppene; barn og unge, personar med alvorlege psykiske lidingar og rusvanskar, personar med kroniske lidingar og skrøpelege eldre. I tillegg skal endringar i velferdstenestelova frå august 2022 styrke samarbeidet og samordninga av velferdstenester, særleg for barn og unge og deira

familiar. Det inkluderer etablering av eigen barnekoordinator i kommunane. Desse endringane må også gje eit bakteppe for å vurdere korleis spesialisthelsetenesta skal samvirke med kommunane for å få til meir samanhengande helsehjelp på tvers av tenestenivåa og innsatsfaktorane.

Eit arbeid med å forbetre ordningane bør truleg byggjast på ei nærare evaluering; kvifor fungerer ikkje ordningane som tiltenkt og kva skal til for å sikre pasientane desse rettane. Helse Vest har starta med eit arbeid på dette når det gjeld koordinator i somatisk spesialisthelseteneste.

Erfaringa med innføring av forløpskoordinatorar for pakkeforløp kreft har vore god for både pasientar, pårørande og sjukehusa. Ein kan ikkje sjå den same verknaden med forløpskoordinatorar for pakkeforløp innan psykisk helsevern og TSB. Forløpskoordinator bør som hovudregel berre innførast for forløp som er komplekse og krev høg grad av individuell tilpassing. For andre forløp bør ein heller arbeide med prosessforbetring enn å innføre fleire forløpskoordinatorar.

- **Føretaksmøtet ba dei regionale helseføretaka om ei oppsummering av korleis det vert lagt til rette for desentralisering av spesialisthelsetenester. Føretaksmøtet ønskte at dette oppdraget vert svart på samstundes med oppdraga frå føretaksmøtet 10. januar 2022 om avtalespesialistar og elektiv aktivitet slik at dette kan sjåast i samanheng. Frist for oppdraget er 15. desember 2022. Dette inneber at fristen for oppdraget om flytting av elektiv aktivitet vert framskunda.**

Det blir vist til svaret under oppdraget om elektiv aktivitet ovanfor.

- **Føretaksmøtet ba dei regionale helseføretaka om ei vurdering av korleis spesialisthelsetenesta kan bidra til at førebyggjing vert ein integrert del av det samla helse- og omsorgstilbodet, og kva for hinder og moglegheiter dei ser for å oppnå dette. Relevante forslag som kan vere eigna for innføring fleire stader skal takast med. Frist for oppdraget er 20. oktober 2022.**

Helse Vest sendte tilbakemeldinga på oppdraget om spesialisthelsetenesta si rolle i førebyggande helsearbeid til Helse- og omsorgsdepartementet i brev datert 19.10.22. Tilbakemeldinga kan summerast opp slik:

Det helsefaglege tilbodet i spesialisthelsetenesta omfattar førebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering. Hovudansvaret for førebygging, helsefremming og folkehelse ligg til kommunane ettersom dei disponerer heile breidda av verkemiddel. Spesialisthelsetenesta har likevel eit viktig ansvar for å bidra i førebygging.

At førebygging i større grad blir ein integrert del av det samla helse- og omsorgstilbodet er viktig for å gi helsetenester av god kvalitet til innbyggjarane no og i framtida, men også for å bidra til å dempe veksten i behovet for helsetenester.

Eit viktig hinder for å få dette til er at førebyggjande helsetenester kan vere tidkrevjande og krevje ekstra ressursar i helseføretaka. Innstrammingar i økonomien i helseføretaka kan dermed føre til at førebyggjande helsetenester ikkje kan prioriterast like høgt som ønskt.

Det blei peikt på følgjande moglegheiter for å integrere førebygging som ein del av det samla helse- og omsorgstilbodet:

- Betre implementering av allereie eksisterande førebyggjande tiltak for å hindre at sjukdom og skade blir påført under behandling, for eksempel for å redusere talet på sjukehusinfeksjonar.
- Samhandling og kunnskapsdeling med kommunane gjennom helsefellesskapsmodellen vil vere vesentleg i utvikling av det førebyggjande arbeidet, for å bidra til løysing av felles utfordringar.
- Samarbeid om tenesteinnovasjon og kunnskapsdeling på tvers av sektorar (helseklyngesamarbeid) kan bidra til å styrke innsatsen på førebygging og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.
- Ta i bruk pasientar og pårørande som ressurs i førebygging. Spesialisthelsetenesta må gi pasientane meir ansvar for eigen helse, og informasjon om korleis dei skal få det til, både munnleg og skriftleg i epikriser.

- **Føretaksmøtet ba dei regionale helseføretaka om ei vurdering av korleis rettleiing og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta kan bidra til god kvalitet og tenleg oppgåvedeling. Vurderinga skal supplere pkt. 10.2 Gode tenester der folk bur.**

Det blir vist til svaret under oppdraget om elektiv aktivitet ovanfor.

5. Styret sitt plandokument

Regional utviklingsplan for Helse Vest RHF blei vedteken av styre i Helse Vest i styremøte 6. - 7. desember 2022 og er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i eigen ekspedisjon.

Den regionale utviklingsplanen bygg på den regionale strategien – Helse 2035 - og dei lokale utviklingsplanane.

Det vil våren 2023 bli gjennomført ein revidering av tiltaksplanen til utviklingsplanen.

ÅRLIG MELDING 2022

REGIONALT BRUKERUTVALG

I HELSE VEST RHF 2022

Et godt samarbeid mellom fagmiljø, forskning, pasient- og pårørenderepresentanter og helseforetakets administrasjon gir en god plattform for å oppnå kvalitet i pasientens helsetjeneste.

Følsomhet Intern (gul)

INNHOLDSFORTEGNELSE

Innledning s. 1

Regionalt brukerutvalgs sammensetning s. 2

Aktivitet og oppgaver s. 4

- MØTEAKTIVITET
- VIKTIGE SAKER OG TEMA
- LIKEVERDIG BEHANDLING AV PASIENTGRUPPER
- ALVORLIG PSYKISK SYKE
- UTVALG, GRUPPER, PROSJEKTER
- KURS, SEMINAR, KONFERANSER

Utfordringer og muligheter videre s. 11

Følsomhet Intern (gul)

ÅRLIG MELDING RBU 2022

Innledning

2022 ble det andre virkeåret for utvalget som ble oppnevnt høsten 2020.

Som vi alle vet - det ble nok et spesielt år for hele samfunnet generelt og helsetjenesten spesielt.

2022 har stort sett vært et godt år for brukermedvirkning, og RBU har aktivt blitt involvert i sentrale prosesser i Helse Vest. Imidlertid har RBU registrert at det er stor variasjon i graden av brukermedvirkning i Helse Vest. Brukermedvirkning på systemnivå er tema for internrevisjonen i Helse Vest i 2023. RBU ser frem til resultatene av denne revisjonen våren 2023.

RBU deltar i interregionalt samarbeid mellom de 4 RBU'ene i de Regionale Helseforetakene. I tillegg har RBU videreført Lederforum i Helse Vest som består av leder og nestleder i hvert brukerutvalg i HF'ene og Haraldsplass. Hensikten er å lære av hverandre, utveksle erfaringer, koordinere og diskutere strategier for arbeidet i brukerutvalgene.

RBU har i 2022 hatt representanter i 60-talls ulike utvalg, nettverk, arbeidsgrupper og prosjekter, hvor der er gitt innspill i viktige prosesser, høringer og tema både regionalt og nasjonalt. Dette arbeidsomfanget betinger at vi – i tillegg til de faste RBU-medlemmene og varamedlemmene – også for enkelte verv må finne ressurspersoner med riktig kompetanse i pasientorganisasjonene.

RBU jobber godt sammen, med utfyllende og bred kompetanse og med stort engasjement, men vi ser at der er mangel på brukerrepresentanter innen psykisk helse og rus. Økt satsing og derved økt aktivitet innen dette området medfører store utfordringer i tiden fremover knyttet til rekruttering av brukerrepresentanter.

Brukerrepresentantene føler seg generelt stort sett godt inkludert. Det er et lederansvar å sørge for at brukerrepresentantene får komme med sine innspill uten at deres representativitet og legitimitet blir trukket i tvil.

RBU vil takke administrasjonen, styret og andre samarbeidspartnere i Helse Vest for godt samarbeid i 2022. Vi ser frem til å ta tak i nye oppgaver i året som kommer.

Følsomhet Intern (gul)

ÅRLIG MELDING RBU 2022

Regionalt brukerutvalgs sammensetning

Det regionale brukerutvalget ble vedtatt opprettet av styret i Helse Vest RHF 27. mai 2002. Sammensetningen skal tilstrebe å ha representanter innen rus, psykisk helsevern, somatikk og innvandring samt ha god geografisk og aldersmessig sammensetning og jevn fordeling mellom kjønnene. Utvalget oppnevnes av styret i Helse Vest RHF for to år, etter styrevedtaket av 27. mai 2002.

Regionalt brukerutvalg i 2022 besto av:

Karl Olaf Sundfør og Jostein Bildøy var ikke tilstede da bildet ble tatt.

Navn	Verv	Tilknytning
Jan Oddvar Gjerde	RBU-leder	FFO Vestland
Henrik Aasved	RBU-nestleder	Kreftforeningen
Sigrun Marit Hansen	RBU-medlem	Pensjonistforbundet
Joe R. Aseerwatham	RBU-medlem	Det felles Innvandrerråd
Atle Lunde	RBU-medlem	FFO Rogaland

Følsomhet Intern (gul)

Karl Olaf Sundfør	RBU-medlem	RIO, Rusmisbrukerens interesseorganisasjon
Merete Hauge	RBU-medlem	FFO Vestland,
Astrid Gytri	RBU-medlem	FFO Vestland
Jostein Bildøy	RBU-medlem	FFO Vestland, Sonja Ljostveit fra sept. 2022
Anne Marie Auestad	RBU-medlem	SAFO SørVest
Cicel T. Aarrestad	RBU-vara	FFO Rogaland
Hege Skjelbred-Knudsen	RBU-vara	Kreftforeningen
Lars Olav Traa	RBU-vara	FFO Vestland, vara for Jan Oddvar Gjerde
Sonja Ljostveit	RBU-vara	FFO Vestland, vara for Jostein Bildøy
Vidar Myhren	RBU-vara	FFO Vestland, vara for Astrid Gytri
Anne-Grethe Høisæther	RBU-vara	FFO Vestland, vara for Merete Hauge
Sajjad Younas	RBU-vara	Det Felles Innvandrerråd
Veronika N. Hansen	RBU-vara	RIO, Rusmisbrukerens interesseorganisasjon
Else-Berit Ingvaldsen	RBU-vara	SAFO SørVest
Hans Otto Robberstad	RBU-vara	Pensjonistforbundet

RBU har i 2022 fortsatt med et arbeidsutvalg består av leder, nestleder og sekretær for det regionale brukerutvalget.

Følsomhet Intern (gul)

Aktivitet og oppgaver

RBU har en rådgivende funksjon, og vi har gitt innspill til saker og prosjekter til styret og administrasjonen i Helse Vest RHF. Dette med utgangspunkt i ivaretagelse av pasienters og pårørendes interesser, behov, ønsker og verdier i Helse Vest.

Hovedoppgavene til RBU har vært å:

- representere pasienter og pårørende i Helse Vest
- være et forum for tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende
- gi innspill i høringsprosesser
- delta i eller oppnevne brukerrepresentanter i ulike relevante prosjekter, grupper og nettverk på systemnivå regionalt og nasjonalt
- delta med innlegg og representasjon i aktuelle fora, og holde oss oppdatert på viktige saker for pasienter og pårørende

---

MØTEAKTIVITET

RBU har hatt totalt 10 møter i 2022, 9 fysiske og 1 digitalt. Det årlige fellesmøtet med styret ble avholdt som fysisk møte.

I tillegg har RBU gjennomført en todagers samling på Kokstad med alle brukerutvalgene i de fire HF'ene; Førde, Bergen, Fonna og Stavanger samt Haraldsplass Diakonale Sykehus. Det har i 2022 vært holdt to møter i Lederforum som består av leder og nestleder i de nevnte foretakene.

Leder og nestleder har deltatt på to møter i det interregionale brukerutvalget sammen med de 3 øvrige RBU'ene.

Dessuten har leder og nestleder deltatt på et møte med Helse- og omsorgsdepartementet - sammen med leder og nestleder for de andre RBU'ene - der det ble gitt innspill til Oppdragsdokumentet for 2023.

Leder eller nestleder stiller fast som observatør i Helse Vest RHF sine styremøter, styreseminarer og annen relevant møteaktivitet i styret.

Følsomhet Intern (gul)

ÅRLIG MELDING RBU 2022

VIKTIGE SAKER OG TEMA

Nedenfor er listet en uprioritert oversikt over viktige saker og tema som er behandlet i RBU i 2022:

- **Årlig melding for RBU 2021**
- **Oppdragsdokumentet for 2022**
- **Årlig melding for Helse Vest RHF 2021**
- **Saker til drøfting/avgjørelse i styremøtene i Helse Vest RHF**
- **Pandemiutviklingen – informasjon/oppfølging**
- **Innspill til, og oppstart av internrevisjon om brukermedvirkning**
- **Felles tilvisningsmottak psykisk helsevern**
- **Oppdragsdokumentet fra HOD 2023, innspill**
- **Innspill til Oppdragsdokument fra RHF'et til HF'ene**
- **Likeverdig behandling av pasientgrupper**
- **Kompetansesenter for seneffekter etter kreftbehandling**
- **Nasjonale kompetansesentra i Helse Vest**
- **Arbeidsfordeling mellom sykehusene Haukeland – Haraldsplass**
- **Økonomi/Budsjett 2022**
- **Datavarehus for helseinnsikt**
- **Helse Vest sine avtaler med private/ideelle**
- **Forbedringsarbeid - pakkeforløp kreft**
- **Pakkeforløp heim**
- **Regional utviklingsplan**
- **Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen**
- **Funksjonsfordeling kreftkirurgi**
- **Statsbudsjettet 2023 – konsekvenser**
- **Unntaksordning for Nye metoder**
- **Beredskap – problemstillinger/områder**
- **Sikkerhetspsykiatri – relevans for spesialisthelsetjenesten**
- **Oppfølging av tvang i psykisk helsevern**
- **Oppfølging av vedtak i RHF-styret**

Følsomhet Intern (gul)

LIKEVERDIG BEHANDLING AV PASIENTGRUPPER

RBU i Helse Vest har fått informasjon om at en del pasienter innen rus, psykiske lidelser, muskel- og skjelett-, smerte- og utmatting- og typiske kvinnesykdommer uten anerkjente biomarkører, opplever å bli møtt på en uheldig og lite respektfull måte i helkse- og omsorgstjenestene. Andre kronisk syke og funksjonshemmede kan også oppleve dette.

Pasientgruppene kan oppleve forsinket og utilstrekkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten eller at tilvisningene blir vurdert å ikke gi rett til nødvendig helsehjelp. Når spesialisthelsetjenesten overfører til primærhelsetjenesten, mangler ofte relevante tjenestetilbud eller kapasitet.

Disse forholdene er til dels dokumentert I Riksrevisjonens rapport om psykiske helsetjenester og i rapporten etter evaluering av pakkeforløp psykisk helse og rus. En undersøkelse blant pasienter med ME/CFS viser at over 50% har opplevd at møtet med helsevesenet hadde negativ innvirkning på pasientforløpet.

RBU i Helse Vest er opptatt av hvordan helsetjenestene kan bli i stand til å møte disse pasientgruppene på en adekvat og respektfull måte og hvordan de kan gis det behandlingstilbudet de trenger.

RBU har derfor hatt dette oppe i det årlige fellesmøtet med styret i Helse Vest. Sammen med med øvrige RBUer ble temaet tatt opp i møte med Helse- og omsorgsdepartementet som innspill til Oppdragdokumentet for 2023. I RBU sitt årlige møte med de andre brukerutvalgene i Helse Vest, var dette hovedtemaet.

Følsomhet Intern (gul)

ALVORLIG PSYKISK SYKE

Brukerrepresentantene i RBU i Helse Vest deltar i et stort antall arbeidsgrupper, fagnettverk, styringsgrupper osv., både internt i Helse Vest og i interregionale grupper. Ervervet kunnskap fra levd liv og erfaringsutveksling i brukerorganisasjoner benyttes i forbedringsarbeid. Kombinasjonen av brukererfaring og kunnskap om helsetjenestene gir brukerrepresentantene unik kompetanse og motivasjon til å legge ned en betydelig frivillig innsats for å forbedre behandlingstilbudene til pasientene i Helse Vest.

Der har vært en nasjonal satsing på psykisk helsevern over mange år, men likevel viser stadige rapporter fra Sivilombudet, Statens helsetilsyn, Statsforvalter, UKOM m.fl. at tjenestene innen dette fagområdet ikke tilfredsstiller lovverk og retningslinjer.

I Helse Vest sin egen internrevisjonsrapport om tvang fra august 2021 står følgende: «***Helse Vest RHF bør ta eit særskilt ansvar for å avklare med Helsedirektoratet kva som er rett praksis når det gjeld pasientar som er tilvist frivillig, og som mangler samtykkekompetanse»***
Til tross for anbefaling fra Internrevisjonen til administrasjonen om oppfølging, så er dette ennå ikke gjort, begrunnet i kapasitetsutfordringer. Det er i tillegg til variasjon i lovforståelse også store forskjeller og variasjon innad i helseregionen med hensyn til hvilket behandlingstilbud alvorlig psykisk syke får i helseforetakene.

På denne bakgrunn har RBU i desember 2022 gitt et innspill til Internrevisjonen til revisjonstema. RBU ønsker revisjon på hvilket behandlingstilbud som faktisk blir gitt av helseforetakene til pasientene med alvorlig psykisk sykdom.
Det er viktig å snu den negative utviklingen som har vært de siste årene.

Følsomhet Intern (gul)

UTVALG, GRUPPER OG PROSJEKTER

RBU har hatt representanter i følgende utvalg, grupper og prosjekter hvor der er gitt innspill i viktige prosesser, høringer og tema både regionalt og nasjonalt:

Regionalt nettverk for LMS (læring- og mestring)
Regional klinisk ressursgruppe for barn og unge med ME/CFS i Helse Vest
Nettverk for pasienterfaringsundersøkingar
'Alle møter' - styringsgruppa
Samarbeidsorganet forskning- og innovasjon
Samarbeidsorganet utdanning og praksisopplæring
Nettverk lungerehabilitering
Implementering av pakkeforløp rus- og psykisk helse
Referansegruppa til Nasjonal kompetanseteneste for leddprotesar og hoftebrot
ForBetringsundersøking i Helse Vest
Referansegruppe SESAM
Pasientoppfølging etter rehabilitering-prosjekt
Traumenettverket
Referansegruppa for regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering
Fagnettverk habilitering
Arbeidsgruppe 'Helse og arbeid'
Fagrevisjon Knekirurgi
Regional ressursgruppe tvang i psykisk helsevern
Regional ressursgruppe psykisk helsevern barn og unge
Fagnettverk revmatologi
Koordineringsgruppe for samhandlingsløp for barn og unge
Regionalt prosjekt for innføring av tarmscreening kreft
Pasientoppfølging etter rehabilitering-prosjekt
Regionalt nettverk innen presisjonsmedisin Helse Vest
Vel heim
Anskafffelse TSB 2023
Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester
Uønskt variasjon radiologi og ortopedi. To regionale arbeidsgrupper.
Norse Feedback – tilbakemeldingssystem for psykisk helse og rus
Regionalt faglig nettverk for sikkerhetspsykiatri.
H2035-strategien og den nye regionale utviklingsplanen
Seineffekter etter kreftbehandling Helse Vest
Internrevisjon – uønskt variasjon i pasientforløp (BUP)
Kunnskapsoppsummering barn og unge
Styringsgruppe for prosjektet Koordinator i sjukehus.
Prosjekt Dialog med inneliggende pasienter

Følsomhet Intern (gul)

Samarbeid mellom Statped og spesialisthelsetenesta
Regional beredskapsplan, revisjon
Avtalespesialistordningen

NASJONALT
LIS spesialistgruppe for TNF-hemmarar
Programstyret for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK)
Pasientreiser HF brukerutvalg
Pasientreiser HF observatør til styret
Nasjonal rapport for forsking og innovasjon 2022
LIS - Onkologisk spesialistgruppe
Interregionalt mottaksprosjekt AMK-IKT
Bestillerforum for nye metoder
Interregionalt prosjekt innan intensivmedisin.
Referansegruppeprosjekt i videreutvikling av GTT-metoden
Oppdrag sikkerhetspsykiatri
Oppdrag – sjeldne diagnoser
Desentraliserte kliniske studier
Arbeidsgruppe framskriving PHV og TSB
Utarbeidelse av kunnskapsgrunnlag i regi av Sykehusbygg HF

Stort sett er tilbakemeldingene fra brukerrepresentantene i disse utvalgene, gruppene og prosjektene at de blir både lyttet til og anerkjent.

Brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten er nedfelt i lovverket, så vel som i retningslinjer både fra Departement og ledelsen i RHF'ene. RBU opplever god ivaretagelse i sentral ledelse, mens der er stor grad av variasjon ute i organisasjonen. Videre registrerer vi også at det er store forskjeller mellom somatikk og psykisk helse/rus, sistnevnte har åpenbart et klart forbedringspotensiale.

Et sentralt moment innen brukermedvirkning er god rekruttering av brukerrepresentanter og sikring av legitimiteten til disse. Dette gjøres gjennom aktiv bruk av de relevante brukerorganisasjonene (pasient- og deres paraplyorganisasjoner) og ikke gjennom bruk av tilfeldig utvalgte eller egne ansatte i helsetjenesten, f.eks. erfaringskonsulenter.

Følsomhet Intern (gul)

RBU får mange forespørsler som kommer sent i tid og med store mangler hva gjelder omfang, tidsbruk og varighet. Gode forespørsler er en forutsetning for å sikre god og reell medvirkning.

KURS, SEMINAR OG KONFERANSER

Som ledd i å øke RBU's kompetanse har RBU vanligvis sendt medlemmer på utvalgte kurs, seminar og konferanser, RBU setter stor pris på å bli invitert til slike arrangementer, men i 2022 har dette vært noe begrenset pga. pandemien. Unntaket var Forskningskonferansen i Helse Vest der vi hadde flere deltakere med og deltok i paneldebatten.

Følsomhet Intern (gul)

Utfordringer og muligheter videre

Innledningsvis under denne overskriften, så må vi peke på virkningen av pandemien både på kort og lang sikt, hva er innvirkningen på spesialisthelsetjenesten? Hva vil forskningen fortelle oss om pandemien og konsekvensene? Vil der bli langsiktige eller tilnærmet permanente adferdsendringer i befolkningen? Mange kompetente og dedikerte mennesker som gjør en stor innsats i norsk helsetjeneste vil helt sikkert komme opp med gode svar og ny kunnskap i tiden fremover.

BRUKERMEDVIRKNING

På bakgrunn av erfaringer i 2022 anser RBU at det vil det være viktig å fortsette å styrke plattformen for brukermedvirkning i Helse Vest. Brukermedvirkning er både en rettighet og gir en stor verdi i et nytteperspektiv. Samarbeid på bakgrunn av tverrfaglig kompetanse gir mulighet blant annet for økt treffsikkerhet i tjenestetilbudet, etablering av nye innovative effektive løsninger og en helhetlig forståelse for mennesket bak diagnosen. Dette vil være sentralt i den videre utvikling av integrerte helsetjenester.

Der er for stor variasjon i brukermedvirkningen i Helse Vest sitt område, og RBU ser frem til den gjennomgangen som styret i Helse Vest har besluttet i revisjonsplanen for 2022-23. En videre utvikling av brukermedvirkning i regionen vil ha denne gjennomgangen som grunnlag, men også deltagelse i utarbeiding av mandater og styringsverktøy som bl.a. Oppdragsdokumenter.

Det bør nevnes at brukerrepresentasjonen er styrket i Nye metoder (Bestillerforum og Beslutningsforum) fra 1 til 4. De felleseide foretakene Pasientreiser, Sykehusinnkjøp, Luftambulansetjenesten, Sykehusbygg og Driftsorganisasjonen for nødnett forbereder etablering av brukerutvalg. Regionalt har Sykehusapotekene Vest besluttet å opprette brukerutvalg.

RBU'ene i RHFene vil se nærmere på hvordan brukermedvirkningen vil best bli ivaretatt innen evaluering av forskning og innovasjonsprosjekt i spesialisthelsetjenesten sett opp mot den regionale organiseringen. Det vil være naturlig å ta et initiativ i interregionalt RBU knyttet til Ungdområd, bl.a. på bakgrunn av erfaringene i Helse Nord.

Følsomhet Intern (gul)

SAMHANDLING

Samhandling er viktig i helsetjenesten, på tvers av tjenester og i samarbeidet mellom alle som jobber for å utvikle helsetjenesten. Både planer og konkret erfaring i pandemien viser at det er mulig å få til god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Vi håper at disse erfaringene blir tatt med inn i det videre arbeid med å gi konkret innhold i helsefellesskapene og at Samhandlingsutvalgene i stadig sterkere grad vil bidra til koordinerte tjenester. Pakkeforløp hjem er et av de konseptene som kan få stor betydning i denne sammenheng. Vi ser behov for at flere pasientgrupper får tilbud om pakkeforløp. Fra et brukerperspektiv vil det å skape sømløse pasientforløp og helhetlige helsetjenester være viktige satsingsområder. Brukermedvirkning må integreres i disse prosessene.

SAMVALG

Noen av de viktigste komponentene i samvalg er kompetanse, kultur og holdning. Å ha opplæring i samvalg i tjenesten og gjøre samvalg kjent blant pasienter og pårørende og skape en kultur der samvalg er en naturlig del av pasientforløpet, vil være et viktig bidrag til å videreutvikle pasientens helsetjeneste. Uten grunnleggende kompetanse, forståelse og kulturell modenhet vil vi ikke få realisert det potensialet som ligger i samvalg. Helsepersonellets evne og kompetanse til å kommunisere godt med pasientene er avgjørende for å lykkes.

VIKTIGE OMRÅDER

Spesialisthelsetjenesten er i stadig utvikling i skjæringspunktet mellom politiske prioriteringer, faglige vurderinger, pasientenes behov og demografiske fakta. Dette innebærer at RBU har og vil fortsette å engasjere seg i en rekke områder som:

- Utvikle et bedre tilbud til pasienter innen rus, psykiske lidelser, smerte- og utmatting, postvirale og multisystemiske sykdommer, overvekt og typiske kvinnesykdommer uten anerkjente biomarkører
- Videreutvikling og prioritering av psykiatri, særlig for barn og unge, bruk av tvang og sikkerhetspsykiatri

Følsomhet Intern (gul)

- Utvikle pasientforløp for pasienter med flere diagnoser og sammensatte utfordringer
- Øke oppmerksomheten på pasienter med sjeldne diagnoser
- Utvikle et bedre tilbud til barn og unge med smerte og utmatting og postvirale og multisystemiske sykdommer
- Utvikle et bedre tilbud til pasienter med langvarige pasientforløp uten avklart diagnose/ totalsituasjon i helsetjenesten
- Oppfølging og videreutvikling av habilitering og rehabilitering
- Oppfølging og videreutvikling av LMS-tilbud til pasienter og pårørende
- Pasientsikkerhet og utvikling av HMS-kultur i alle deler av organisasjonene
- Videreutvikle brukermedvirkningen i hele Helse Vest
- Ny teknologi med tilhørende nye arbeidsprosesser inkl. digitale helsetjenester
- Nybygg og oppgradering med de muligheter dette gir for utvikling
- Virkning av evt. politisk initierte omlegginger og at disse medfører reelle forbedringer for pasientene

Følsomhet Intern (gul)

Regionalt brukerutvalg vil også i årene som kommer være en aktiv og konstruktiv samarbeidspartner for administrasjon og styre i Helse Vest, fagmiljø, forskningsmiljø og alle våre pasient- og pårørendeorganisasjoner.

Følsomhet Intern (gul)

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 06.02.2023
SAKSHANDSAMAR: Gjertrud Jacobsen
SAKA GJELD: **Avtaler om kompenserande tiltak for kreftkirurgi**

ARKIVSAK: 2020/3
STYRESAK: **028/23**

STYREMØTE: **22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tar til orientering at avtaler om kompenserande tiltak for kreftkirurgi er inngått i tråd med styresak 100/19.

2. Styret sluttar seg til at ordninga med avtaler mellom helseføretaka om kompenserande tiltak for kreftkirurgi får verke over tid.

3. Styret ber om at det kvart år blir lagt fram sak som vurderer om gjeldande ordning med avtaler fungerer etter hensikta.

Oppsummering

Helse Vest vedtok i styresak 100/19 funksjonsfordeling for kreftkirurgi i regionen. Ein føresetnad for funksjonsfordelinga er at det blir sett i verk kompenserande tiltak innan nokre kreftområde kor mellom anna volum og bemanning er låg.

Helse Vest har i samarbeid med føretaka arbeidd for å få på plass formelle avtaler mellom helseføretaka om dei kompenserande tiltaka som lagt til grunn for gjeldande funksjonsfordeling. Innhald i avtalene er basert på krav i styresak 100/19 og innspel frå faggrupper og regulerer både organisatorisk og fagleg samarbeid.

Helse Bergen har nå inngått avtaler med dei tre andre sjukehusføretaka om kompenserande tiltak for kreftkirurgi

Bakgrunn

I styresak 100/19 vedtok styret i Helse Vest funksjonsfordeling for kreftkirurgi i regionen. Ein føresetnad for vedtaket er at det blir satt i verk kompenserande tiltak.

I styresakene 057/22 og 096/22 blei styret i Helse Vest orientert om status for arbeid med kompenserande tiltak, og korleis faggrupper har utarbeidd grunnlag for avtaler mellom helseføretaka om kompenserande tiltak basert på krava i styresak 100/19.

Avtaler om kompenserande tiltak for kreftkirurgi i Helse Vest

Helseføretaka har i samarbeid med Helse Vest utarbeidd avtaler for kompenserande tiltak for kreftkirurgi. Innhald i avtalene er basert på rapportar frå faggrupper med deltakarar frå alle helseføretaka. Avtalene består av ein kort hovudavtale som regulerer organisatoriske forhold, og vedlegg for kvart fagområde som regulerer det faglege samarbeidet mellom føretaka.

Helse Bergen har inngått avtaler med dei tre andre sjukehusføretaka. Avtalene omfattar fagområda nyrekreft, brystkreft, lungekreft, gynekologisk kreft og bukspyttkjertelkreft.

I vedlegga for kvart kreftområde er det konkretisert korleis fagleg samarbeid, regelmessige møter og hospitering skal organiserast. Ordningar for konkret samarbeid om enkeltpasientar og anna fagleg samarbeid er også klargjort i vedlegga for alle fagområda. Ansvarlege for tiltaka og kontaktpersonar er synleggjort. Vedlegga for dei ulike kreftområda har noko ulikt innhald basert på dei krava som er satt i styresaka.

For fagområde med enten små volum totalt i regionen, eller små volum i eit av helseføretaka er det laga ordningar for hospitering der ein utvekslar personell mellom helseføretaka. Dette gjeld for nyrekreft i Helse Førde og Helse Fonna der det er inngått avtale med Helse Bergen. Tilsvarande er gjort for alle føretaka innan gynekologisk kreft, og for Helse Stavanger og Helse Bergen for bukspyttkjertelkreft.

For alle fagområda er det lagt konkrete planer for årlege regionale fagmøte der alle føretaka deltek. I desse møta skal mellom anna resultat i kvalitetsregistra, fagleg samarbeid på tvers av føretaksgrensene og forbetring av pasientforløp drøftast. Det skal utarbeidast referat frå desse møta.

Helseføretaka skal i samarbeid utarbeide årsrapportar til Helse Vest, og samtidig vurdere behov for revidering av vedlegga til avtalene før oversending til Helse Vest.

For tilbodet for lungekreftkirurgi i Helse Stavanger og brystkreftkirurgi i Helse Fonna er det i dag løysingar som er knytt til individuelle avtaler mellom eit HF og tilsette i anna HF.

Helse Stavanger leiger i dag kirurgar tilsett i Helse Bergen for å utføre lungekreftkirurgi for nokre av dei pasientane som skal opererast. Resten blir sendt til Helse Bergen for operasjon. Ein stor del av pasientane som blir sendt til Helse Bergen skal opererast med teknikk som ikkje blir utført for lungekreftkirurgi i Helse Stavanger (thorakoskopi der brysthula ikkje blir opna og eventuell bruk av operasjonsrobot). Innleige av kirurgar frå Helse Bergen er ikkje ei avtale mellom HF-a, og er ikkje ei robust organisatorisk løysning. Administrerande direktør vil i løpet av 2023 i samarbeid med HF-a vurdere korleis ein kan trygge dette tilbodet på annan måte. Det er ikkje aktuelt å bygge opp eit fagmiljø i Helse Stavanger for lungekreftkirurgi åleine. Denne ordninga bør derfor ikkje handterast i samanheng med vurdering av kreftkirurgi, men i samband med det samla thoraxkirurgiske tilbodet i regionen.

Helse Fonna leiger i dag inn ein plastikkirurg som tilsett i Helse Bergen knytt til brystkreftkirurgitilbodet i føretaket. Dette er ei avtale mellom Helse Fonna og tilsett i Helse Bergen som fungerer nå. Helse Fonna har i dag eit befolkningsgrunnlag og volum for brystkreftkirurgi som er stort nok jf. krav frå Helsedirektoratet. Volumet har også auka dei siste åra fordi pasientar som tidlegare blei operert i Helse Stavanger nå blir operert i eige føretak. Med bakgrunn i at volumet nå er høgare enn når gjeldande avtale blei inngått vil administrerande direktør be om at Helse Fonna i løpet av 2023 vurderer om det er mogleg å få på plass ei meir stabil og varig løysing.

Helsedirektoratet varsla hausten 2022 at Rapporten Kreftkirurgi i Norge IS-2284, som blei lagt til grunn for arbeidet med kreftkirurgi i regionen i 2019, skulle komme i oppdatert versjon i byrjinga av 2023. Helse Vest har nå fått melding om at dette arbeidet er forsinka, og at rapporten vil bli ferdig før sommaren 2023.

Møte med regionalt brukarutval (RBU)
Det vil i møte 15. mars 2023 bli orientert om avtaler om kompenserande tiltak mellom helseføretaka og innhaldet i desse. Innspel frå RBU vil bli presentert i styremøtet.

Konklusjon
Administrerande direktør erfarer at regionen har eit godt fungerande tilbod for kreftkirurgi per i dag i regionen. Etter at styrevedtak om funksjonsfordeling blei fatta i 2019 har det ikkje vore større endringar i insidens, behov for kirurgi, eller endringar i bemanning. For ein del område er det små men stabile fagmiljø i regionen. Spesielt i dei minste føretaka er ordningane sårbare. Det er derfor svært viktig, særskilt for dei små føretaka, at dei får avtalene til fungere på ein god måte framover, også med tanke på rekruttering. Eit godt samarbeid mellom helseføretaka innan kvart fagområde er viktig for at dette skal fungere.

Helse Vest har hatt eit svært godt samarbeid med kontaktpersonane i helseføretaka i denne prosessen, og føretaka har sjølve meld om at samarbeidet om arbeidet med avtalene har fungert godt.

Som det blei peika på i sak 96/22 har det ikkje oppstått forhold som gjer at administrerande direktør ser grunn til å endre på dei tiltaka som nå er etablert. Ordninga med avtaler mellom helseføretaka er ny, og bør få verke over tid før ein vurderer eventuelle endringar. For å sikre rekruttering og stabile personellforhold er det viktig for helseføretaka med ei føreseieleg ordning. Administrerande direktør vil tilrå at dersom det ikkje oppstår forhold som krev ny vurdering av funksjonsfordeling bør dagens ordning få fungere over tid.

Ein føresetnad for dette er at Helse Vest følgjer utviklinga innan kreftkirurgi i regionen nøye. Det vil bli gjort med ei årleg vurdering av årsrapportar saman med resultat i kvalitetsregistre, volum og bemanning. I og med at ordninga med avtaler nå er ny, og vi ikkje har erfaring med oppfølging av desse vil Helse Vest i løpet av 2023 ha regelmessige møter med kontaktpersonane i helseføretaka. I tillegg vil saka bli tatt opp i regionalt fagdirektørmøte. Vidare oppfølging må også bli vurdert opp mot eventuelle nye krav som måtte komme frå nasjonale myndigheiter.

HELSE VEST HELSE SØR-ØST HELSE MIDT-NORGE HELSE NORD

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 07.03.2023
SAKSHANDSAMAR: Brita Mauritzen Næss
SAKA GJELD: **Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar**

ARKIVSAK: 2023/39
STYRESAK: **029/23**

STYREMØTE: **22.03.2022**

Saka er felles for alle 4 helseregionar og er difor ikkje på nynorsk.

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret vedtar *Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar*, med de merknader som fremkom i møtet.

1. Hva saken gjelder

Denne styresaken er behandlet i det interregionale AD-møtet 13. februar 2023 og fremlegges likelydende for styrene i de fire regionale helseforetakene, derav målformen. Saken omhandler *Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar.* Formålet med rammeverket er å klargjøre hvilke rammer/føringer som gjelder for området og hvordan spesialisthelsetjenesten kan arbeide med samfunnsansvaret, herunder oppfølging av statens forventninger til ansvarlig virksomhet.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Samfunnsansvaret handler om hvordan spesialisthelsetjenesten løser sitt samfunnsoppdrag i samspill med andre, og hvordan vår virksomhet påvirker mennesker, miljø og samfunn. Spesialisthelsetjenesten forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet og har en forpliktelse overfor samfunnet i å forvalte disse ressursene på en bærekraftig måte.

Staten stiller krav og forventninger til selskapene de eier gjennom eierskapsmeldingen, *Meld. St. 6 (2022-2023) Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap*. Staten forventer at selskapene er ledende i arbeid med ansvarlig virksomhet eller samfunnsansvaret. Styret har det overordnede ansvaret for å påse at virksomheten oppfyller gjeldende føringer og krav til samfunnsansvar. Administrerende direktør skal innrette virksomheten slik at det gir rimelig sikkerhet for at føringer og krav knyttet til samfunnsansvaret oppfylles. Rammeverket beskriver hvordan spesialisthelsetjenesten ivaretar sitt ansvar. I foretaksmøte 17.januar 2023 fikk de regionale helseforetakene følgende oppdrag: *«Foretaksmøtet viste til Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap — Statens direkte eierskap i selskaper (eierskapsmeldingen) hvor regjeringens forventninger til statlige selskaper framgår. Hensynet til bærekraft i statens mål som eier er tydeliggjort og forsterket.»*

Strukturen i *Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar* gjenspeiler inndelingen i den nye eierskapsmeldingen med tre aspekter «sosiale forhold», «miljøforhold» og «økonomiske forhold». Kapittel 2 omhandler relevante lover og sentrale føringer innenfor samfunnsansvarsområdet. Oversikten er ikke uttømmende, men skal gi en oversikt over lover og sentrale føringer som er særlig relevante for spesialisthelsetjenesten. I kapittel 3 beskrives aktiviteter og forventninger til arbeidet med samfunnsansvar i helseforetakene. Prosesser knyttet til åpenhetsloven er spesielt relevant for helseforetakene som nå er i en implementeringsfase med aktsomhetsvurderingsprosessen. Samarbeid med felleseide helseforetak om samfunnsansvarsaktiviteter er vesentlig. Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF har god fagkompetanse på området og er en viktig ressurs for helseforetakene. Sykehusinnkjøp HF har arbeidet med etisk handel i leverandørkjeden i en årrekke. Dette letter arbeidet med nye krav om oppfølging av menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i åpenhetsloven.

Redegjørelse for samfunnsansvar, er et vedlegg til rammeverket, som skal være et hjelpemiddel for helseforetakene med en oversikt over rapporteringskrav. Det foreligger noe ulik rapporteringspraksis på samfunnsansvarsområdet i årsberetningen i regionene. Det vil være opp til det enkelte helseforetak å vurdere hvor omfattende det skal rapporteres på områdene, og om redegjørelsen skal inngå i årsberetningen eller vises til som et eget

Sensitivity: Internal

dokument. Helseforetakene er godt i gang med årsberetningen for 2023, og det vil først være i 2024 redegjørelsen for samfunnsansvar vil kunne implementeres fullt ut.

I Helse Vest har foretaksgruppen utarbeidet en egen mal for redegjørelse for områdene likestilling, inkludering og mangfold (LIM) (se vedlegg 3 til rammeverket). I Helse Vest benyttes denne malen for LIM -områdene.

Redegjørelsene for samfunnsansvar skal vises til i helseforetakenes årsberetning.

For å arbeide effektivt og unngå dobbeltarbeid på samfunnsansvarsområdet vurderes det som hensiktsmessig å arbeide helhetlig med samfunnsansvar. Helseforetakene har i en årrekke arbeidet systematisk med miljøledelse. Et felles rammeverk for samfunnsansvar kan bidra til mer systematisk oppfølging av hele området. For å unngå flere overordnende dokumenter under paraplyen samfunnsansvar, erstattes *Rammeverk for miljø og bærekraft* med *Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar*.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Spesialisthelsetjenesten ønsker å være en tjeneste som belaster klima og naturmangfoldet i minst mulig grad, som skal være åpne om prioriteringer og hvordan ressursene utnyttes, og som skal sørge for at alle som jobber hos oss eller hos våre leverandører, ivaretas og sikres anstendige arbeidsforhold. Spesialisthelsetjenesten skal prioritere og fatte beslutninger i et bærekraftperspektiv som favner hele bredden i samfunnsansvaret. Rammeverket for samfunnsansvar kan bidra til å synliggjøre at helseforetakene er ansvarlige arbeidsgivere. Dette kan være viktig i et beholde og rekruttere-perspektiv.

Saken legges frem for styrene i de regionale helseforetakene for å gjøre styrene kjent med rammer og forventninger til helseforetakenes arbeid med samfunnsansvar. Spesialisthelsetjenesten forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet og har en forpliktelse overfor samfunnet i å forvalte ressursene på en bærekraftig måte. Gjennom *Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap — Statens direkte eierskap i selskaper (eierskapsmeldingen)* er forventningene til statlige selskaps arbeid med samfunnsansvar forsterket.

Et felles rammeverk kan bidra til mer systematisk oppfølging av hele samfunnsansvarsområdet, og til å tydeliggjøre helseforetakenes ansvar for hvordan virksomheten påvirker mennesker, miljø og samfunn.

Regjeringen forsterket Norges klimamål i november 2022 i forbindelse med klimatoppmøte i Egypt. Norges oppdaterte klimamål er å kutte utslipp med 55 prosent innen 2030, sammenlignet med 1990. Spesialisthelsetjenesten har mål om å redusere direkte utslipp med 40 prosent i perioden 2019-2030. Felles rammeverk for alle RHF –HF bør henvise til det nye målet fra regjeringen.

Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar *Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar* med denne oppdateringen.

Sensitivity: Internal

Trykte vedlegg:

1. Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar
2. Vedlegg 2 til rammeverket, Rapporteringsmal redegjørelse for samfunnsansvar
3. Vedlegg 3 til rammeverket, Rapporteringsmal redegjørelse for likestilling, inkludering og mangfold

Utrykte vedlegg:

- Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten
- Eierskapsmeldingen St.6 (2022-2023)

Sensitivity: Internal

Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar

HELSE NORD HELSE MIDT-NORGE HELSE VEST HELSE SØR-ØST

Følsomhet Intern (gul)

1 Formål 4
1.1 Omfang 4
1.2 Roller og ansvar 4
2 Sentrale lover og føringer 5
2.1.1 Etiske retningslinjer 5
2.1.2 Varsling 6
2.1.3 FNs bærekraftsmål 6
2.1.4 Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap (Eierskapsmeldingen) 7
2.1.5 Åpenhetsloven 8
2.1.6 Klimaloven 9
2.1.7 Menneskerettighets- og ILO konvensjonen 9
2.1.8 Regnskapsloven 10
2.1.9 Likestillings- og diskrimineringsloven 10
3 Spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar 11
3.1 Sosiale forhold 11
3.1.1 Menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold 11
3.1.2 Aktsomhetsvurderinger 12
Helseforetak og regionale helseforetak 12
Sykehusinnkjøp HF 14
Sykehusbygg HF 14
3.1.3 Medarbeidere og mangfold 15
3.2 Miljøforhold 17
3.2.1 Miljø og klima 17
3.2.2 Naturmangfold og økosystemer 18
3.3 Økonomiske forhold 19
3.3.1 Skatt og forebygging av økonomisk kriminalitet, Antikorrupsjon og misligheter 19
4 Rapportering 20
4.1.1 Redegjørelse for samfunnsansvar 20
4.1.2 Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 21

Følsomhet Intern (gul)

4.1.3 Klimaregnskap 21
4.1.4 Lederdialog 21
4.1.5 Revisjoner 21
5 Kommunikasjon og samarbeid 21
5.1.1 Nettverk 22
5.1.2 Medvirkning 22
5.1.3 Felles nettside 22
5.1.4 Konferanse og webinarer 22
5.1.5 Informasjonsplikten 22
6 Vedlegg: 23

Følsomhet Intern (gul)

1 Formål

Samfunnsansvaret handler om hvordan spesialisthelsetjenesten løser sitt samfunnsoppdrag i samspill med andre og hvordan vår virksomhet påvirker mennesker, miljø og samfunn. Spesialisthelsetjenesten forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet, og har en forpliktelse overfor samfunnet i å forvalte disse ressursene på en bærekraftig måte.

Spesialisthelsetjenesten ønsker å være en tjeneste som belaster klima og naturmangfoldet i minst mulig grad, vi skal være åpne om prioriteringer og hvordan ressursene utnyttes og vi skal sørge for at alle som jobber hos oss eller hos våre leverandører ivaretas og sikres anstendige arbeidsforhold. Spesialisthelsetjenesten skal prioritere og fatte beslutninger i et bærekraftperspektiv som favner hele bredden i samfunnsansvaret.

Formålet med Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar er å klargjøre hvilke rammer/føringer som gjelder for området og hvordan spesialisthelsetjenesten arbeider med samfunnsansvaret, herunder oppfølging av statens forventninger til ansvarlig virksomhet. Med ansvarlig virksomhet menes hvilket ansvar selskaper forventes å påta seg for mennesker, samfunn og miljø som påvirkes av virksomheten.

1.1 Omfang

Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar gjelder for regionale helseforetak og helseforetak i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst, samt felleseide helseforetak.

1.2 Roller og ansvar

Arbeidet med samfunnsansvar skal inngå som en del av den helhetlige virksomhetsstyringen i de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Følsomhet Intern (gul)

Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter. Av dette følger det at helseforetakene har et selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav og sentrale føringer som gjelder for virksomheten.

Styret har det overordnede ansvaret for å påse at virksomheten oppfyller gjeldende føringer og krav til samfunnsansvar. Administrerende direktør skal innrette virksomheten slik at det gir rimelig sikkerhet for at føringer og krav knyttet til samfunnsansvaret oppfylles.

De regionale helseforetakene skal legge til rette for regional og nasjonal samordning og koordinering av arbeidet med samfunnsansvar i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert et nasjonalt samarbeidsutvalg for samfunnsansvar med representanter fra de regionale helseforetakene, helseforetak, Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF, konsernverneombud og konserntillitsvalgt. I hver region er det etablert regionale nettverk. Roller og ansvarsfordeling mellom helseforetak og felleseide helseforetak er nærmere beskrevet i rammeverket der det er relevant.

2 Sentrale lover og føringer

I dette kapittelet omtales relevante lover og sentrale føringer innenfor samfunnsansvarsområdet. Oversikten er ikke uttømmende, men skal gi en oversikt over lover og sentrale føringer som er særlig relevante for spesialisthelsetjenesten.

2.1.1 Etiske retningslinjer

Alle medarbeidere i spesialisthelsetjenesten, og alle som handler på vegne av spesialisthelsetjenesten skal opptre i tråd med allmenne etiske normer og etter gjeldende lover og forskrifter. Etiske retningslinjene tar utgangspunkt i virksomhetens verdier og gjeldende lov- og regelverk.

Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst har etiske retningslinjer som gjelder for alle medarbeidere. Det omfatter også studenter, vikarer, konsulenter, samt alle med styreverv eller tillitsverv knyttet til virksomheten. Ledere

Følsomhet Intern (gul)

har et særskilt ansvar for at medarbeiderne er kjent med og handler i tråd med retningslinjene.

2.1.2 Varsling

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven) kapittel 2 A omtaler arbeidsgiver og arbeidstakers plikter knyttet til varsling. De fire regionale helseforetakene, samt helseforetakene i regionene har system for at medarbeidere skal kunne melde fra til leder om forhold som man blir kjent med og som kan påføre pasienter, medarbeidere, virksomheten eller omgivelsene tap eller skade, slik at det kan settes i verk tiltak. Det er også system lagt til rette for at man kan varsle anonymt eller direkte til ekstern part dersom man ikke ønsker å varsle til leder.

2.1.3 FNs bærekraftsmål

Bærekraft defineres av FN til å inkludere tre dimensjoner: klima og miljø, økonomi og sosiale forhold. FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030, se figur 1.

Figur 1 FNs bærekraftsmål. Kilde: FN

Norge signerte i 2015 Paris-avtalen som er en bindende internasjonal avtale hvor partene forplikter seg til å sette seg mål for å redusere utslipp. Målene skal representere landets høyeste ambisjon og avtalen forplikter landene til å legge fram nye og mer ambisiøse mål hvert femte år. Norges mål er å redusere utslippet av

Følsomhet Intern (gul)

klimagasser med 50 til 55 prosent innen 2030. Under FNs klimakonferanse i Glasgow, COP26, sluttet Norge seg til klimakonferansens helseprogram. Programmet oppfordrer land til å kutte klimagassutslipp fra helsesektoren.

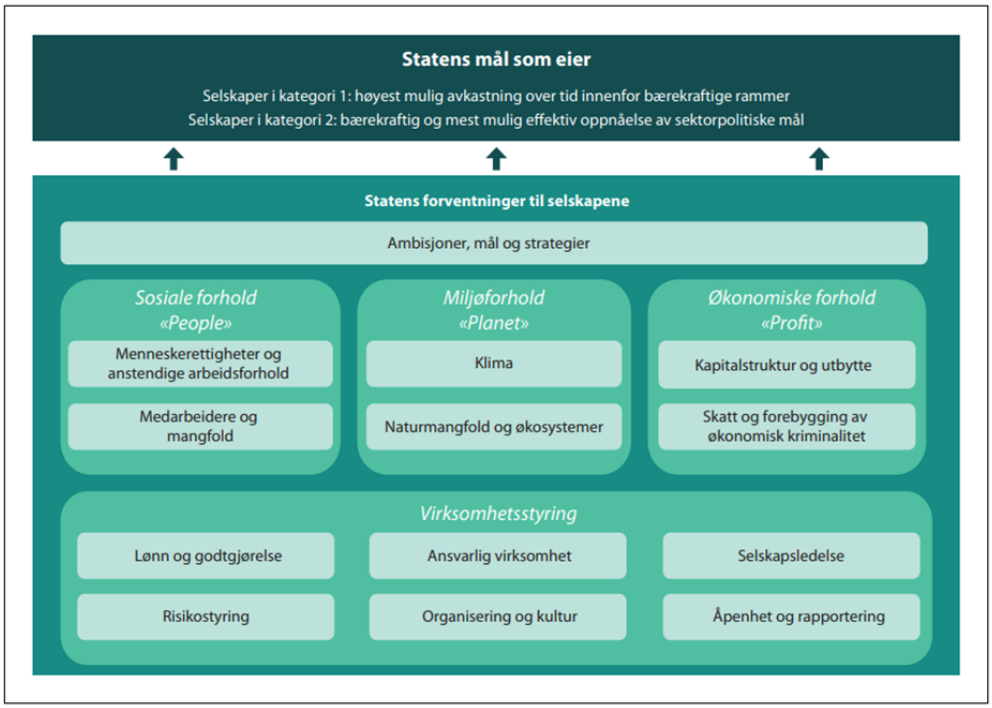
2.1.4 Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap (Eierskapsmeldingen)

Staten stiller krav og forventninger til selskapene de eier gjennom eierskapsmeldingen, Meld. St. 6 (2022-2023) Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap. Staten forventer at selskapene er ledende i arbeid med ansvarlig virksomhet. [1]

Statens mål som eier er at et selskap som spesialisthelsetjenesten drifter bærekraftig og har mest mulig effektiv oppnåelse av helsepolitiske mål. Eierskapsmeldingen viser til ambisjoner, mål og strategier både innen «sosiale forhold», «miljøforhold» og «økonomiske forhold», se figur 2. For alle områdene skal spesialisthelsetjenesten styres etter prinsipp om å opptre ansvarlig, identifisere og vurdere risiko, muliggjøre rapportering og fremstå åpne.

[1] https://www.regjeringen.no/contentassets/b45b4a63e301435293bd1b10d1ede45b/no/pdfs/stm202220230006000dddpdfs.pdf

Følsomhet Intern (gul)



Figur 2: Statens forventninger til selskapene. Kilde: Eierskapsmeldingen Meld. St. 6 (2022-2023)

2.1.5 Åpenhetsloven

Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold (åpenhetsloven) trådte i kraft 1. juli 2022. Loven gjelder for større virksomheter hjemmehørende i Norge og som tilbyr varer/tjenester i- og utenfor Norge, herunder de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Åpenhetsloven har to formål. Den skal fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, og sikre publikum tilgang til informasjon.
Det følger av loven at virksomheter har en plikt til å utføre aktsomhetsvurderinger, i tråd med OECDs retningslinjer for flernasjonale selskaper. Formålet med aktsomhetsvurderingene er å få oversikt og vurdere risiko for om det skjer brudd på menneskerettighetene og anstendige arbeidsforhold, både internt i virksomheten og hos leverandørkjeder og forretningsforbindelser.
Videre er det en plikt etter loven at virksomheter skal redegjøre for de aktsomhetsvurderingene som er foretatt, og at redegjørelsen skal offentliggjøres

Følsomhet Intern (gul)

innen 30. juni hvert år. Loven stiller flere krav til redegjørelsens innhold, herunder en beskrivelse av vesentlige risikoområder som er avdekket, og tiltak som er iverksatt eller planlagt iverksatt. Redegjørelsen skal være tilgjengelig på virksomhetens nettsider, og det skal i årsberetningen opplyses om hvor redegjørelsen er tilgjengelig.
Åpenhetsloven oppstiller også en informasjonsplikt til virksomhetene, ved at den gir enhver rett, etter forespørsel, på informasjon om hvordan virksomheten jobber med tematikken, og deres håndtering av risikoområder. Informasjonsplikten gjelder fra 01.07.2022.

2.1.6 Klimaloven

Norges klimamål for 2030 under Parisavtalen er å redusere utslipp av klimagasser med minst 50 pst. og opp mot 55 pst. i 2030, sammenlignet med nivået i 1990. Dette målet er lovfestet i klimaloven.
I følge klimaloven skal det redegjøres for Norges karbonbudsjett. I samarbeid med EU har Norge et utslippsbudsjett for ikke-kvotepliktig utslipp i perioden 2021-2030.

Norge har lovfestet mål om å bli et lavutslippssamfunn i 2050. Formålet med å lovfeste målet om lavutslippssamfunn er å legge til rette for en langsiktig omstilling i klimavennlig retning i Norge. Med lavutslippssamfunn menes et samfunn der klimagassutslipp, ut fra beste vitenskapelige grunnlag, utslippsutvikling globalt og nasjonale omstendigheter, er reduserte for å motvirke skadelig påvirkning av global oppvarming som beskrives i Parisavtalen.

2.1.7 Menneskerettighets- og ILO konvensjonen

FNs menneskerettslige normgrunnlag består av ni sentrale FN-konvensjoner. Den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter og Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter utgjør, sammen med Verdenserklæringen om menneskerettigheter, kjernen i de internasjonale menneskerettighetskonvensjonene, og angir den normative standarden spesialisthelsetjenesten som et minimum bør legge til grunn for sine aktsomhetsvurderinger.

Følsomhet Intern (gul)

Andre sentrale konvensjoner for arbeid med aktsomhetsvurderinger er blant annet FNs konvensjon om barnets rettigheter, FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner, samt ILO-konvensjon 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater.
ILOs konvensjoner og anbefalinger setter minstestandarder for arbeidslivet. ILOs ti kjernekonvensjoner utgjør et minimum av rettigheter som skal respekteres i arbeidslivet, og deles inn i fire hovedkategorier: organisasjonsfrihet og rett til kollektive forhandlinger, forbud mot barnearbeid, forbud mot tvangsarbeid og forbud mot diskriminering.

2.1.8 Regnskapsloven

I henhold til regnskapsloven § 3-3 c så skal foretak som er omfattet av loven utarbeide en redegjørelse om samfunnsansvar som minst omhandler miljø, sosiale forhold, arbeidsmiljø, likestilling og ikke-diskriminering, overholdelse av menneskerettigheter og bekjempelse av korrupsjon og bestikkelser. Redegjørelsen skal blant annet omfatte de vesentlige risikoene knyttet til foretakets virksomhet relatert til disse områdene.

2.1.9 Likestillings- og diskrimineringsloven

Aktivitets- og redegjørelsesplikten etter likestillings og diskrimineringsloven er et viktig verktøy for å
oppnå reell likestilling. For å oppnå likestilling kreves det i tillegg til et diskrimineringsvern for
enkeltindivider også en aktiv innsats fra arbeidsgivere og myndigheter. I årsrapporten skal det
redegjøres for den faktiske tilstanden når det gjelder kjønnslikestilling i virksomheten, og hva som
konkret gjøres for å oppfylle den lovpålagte aktivitetsplikten for å fremme likestilling og hindre
diskriminering.

Regionale helseforetak, helseforetak og felleseide helseforetak er omfattet av aktivitetsplikten og skal:

Følsomhet Intern (gul)

a) Undersøke om det finnes risiko for diskriminering eller andre hindre for likestilling

b) Analysere årsaker til identifiserte risikoer

c) Iverksette tiltak som er egnet til å motvirke diskrimineringen og bidra til økt likestilling og mangfold i virksomheten

d) Vurdere resultatet av arbeidet etter bokstav a –c

I årsrapporten skal det redegjøres for:

- Faktisk tilstand for kjønnslikestilling i virksomheten
- Arbeidet helseforetaket har gjort for å oppfylle aktivitetsplikten

3 Spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar

I dette kapittelet redegjøres det for sentrale aktiviteter i spesialisthelsetjenesten innenfor områdene: «sosiale forhold», «miljøforhold» og «økonomiske forhold». Hensikten er å beskrive aktiviteter på områdene og å klargjøre forventningene til arbeidet med samfunnsansvar.

3.1 Sosiale forhold

3.1.1 Menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold

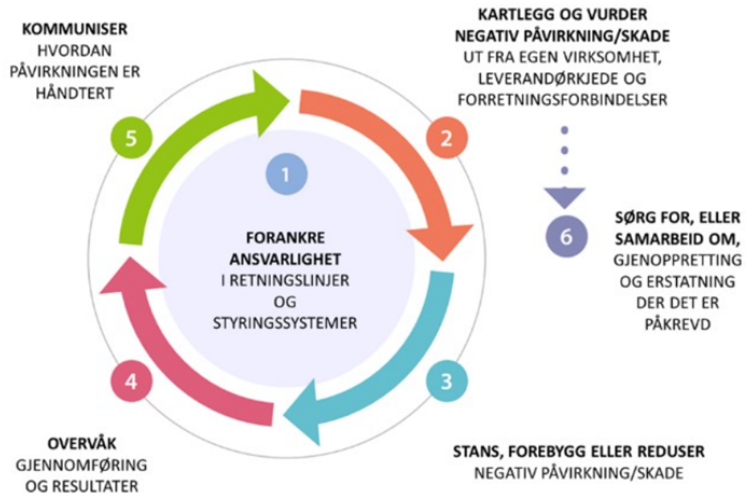
Bekjempelse av arbeidslivskriminalitet (akrim) og sosial dumping er en viktig del av spesialisthelsetjenestens oppdrag for ivaretakelse av samfunnsansvaret. I et arbeidsmarked preget av å redusere kostnader til arbeidstakere, er risikoen stor for utnyttelse av sårbare arbeidstakere. I et mer globalisert og mobilt arbeidsmarked er det særlig migrantarbeidere som blir utnyttet. Ved å
unnlate å stille krav og følge opp akrim og sosial dumping, kan man bidra til å undergrave
velferdssystemet ved at kriminelle utnytter et tillitsbaserte system. Etisk handel er å fremme forsvarlige arbeids- og miljøforhold i globale leverandørkjeder.

Spesialisthelsetjenesten skal bidra til ivaretakelse av menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, i leverandørkjeden globalt og i alle aktiviteter lokalt.

Følsomhet Intern (gul)

3.1.2 Aktsomhetsvurderinger

Formålet med aktsomhetsvurderingene er å få oversikt og vurdere risiko for om det skjer brudd på menneskerettighetene og anstendige arbeidsforhold, både internt i virksomheten og hos leverandørkjeder og forretningsforbindelser.

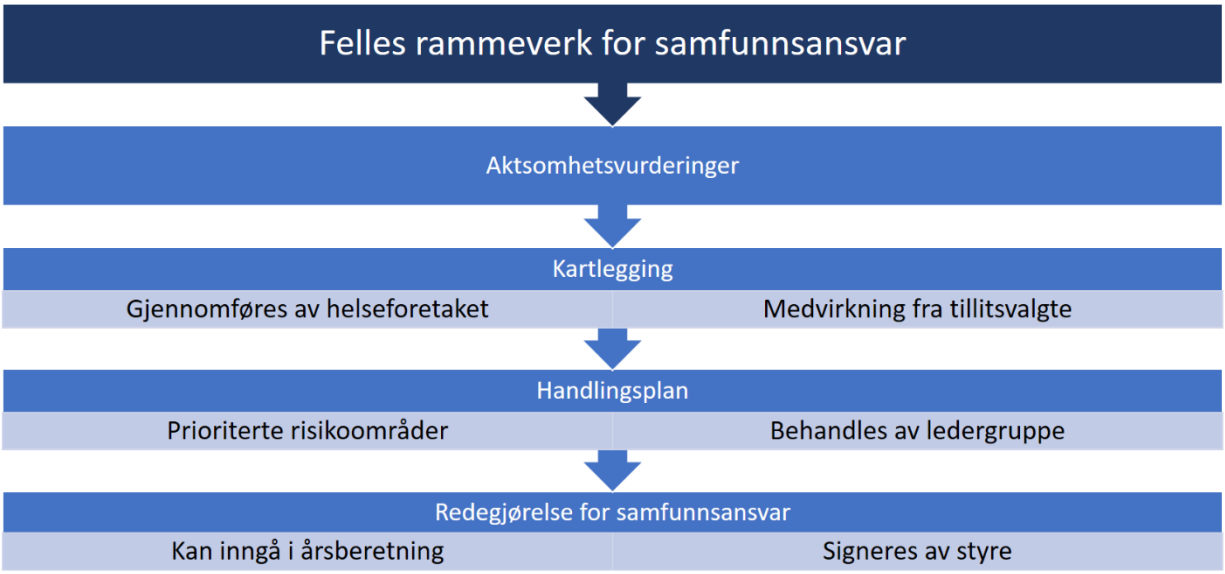


Figur 3: OECDs systematikk for aktsomhetsvurderinger.

Helseforetak og regionale helseforetak

Aktsomhetsvurderingsprosessen består av ulike aktiviteter som helseforetakene må gjennomføre for å ivareta lovkrav og føringer på samfunnsansvarsområde. Aktivitetene er illustrert i figur 4 under.

Følsomhet Intern (gul)



Figur 4: Prosess for aktsomhetsvurderinger i spesialisthelsetjenesten. Kilde: Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF.

1. Aktsomhetsvurderinger

En aktsomhetsvurdering er definert som en prosess der virksomheten skal kartlegge, forebygge, begrense og gjøre rede for hvordan virksomheten håndterer eksisterende og potensielle negative konsekvenser av sin virksomhet. I dette ligger det at virksomheten må:

A. kartlegge egen virksomhet og leverandørkjeder
B. beskrive risikobilde basert på en analyse av risiko for brudd på grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i de ulike delene av virksomheten. I tillegg skal også risikobildet for medarbeidere og mangfold, naturmangfold og klima, og forebygging av økonomisk kriminalitet kartlegges og analyseres.
C. foreta prioriteringer av de områdende der risikoen er størst og forsøke å stanse, redusere eller forebygge den negative påvirkningen (risikoen).

2. Kartlegging

Helseforetakene kan benytte OECDs verktøy, Ansvarlighetskompasset, for å kartlegge risikoområder (vedlegg 1). Eventuelt kan kartlegging av

Følsomhet Intern (gul)

samfunnsansvar inngå i etablerte prosesser for virksomhetsstyring i helseforetakene. Medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten skal ivaretas. Områder som skal kartlegges er: menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, medarbeidere og mangfold, naturmangfold og klima, og forebygging av økonomisk kriminalitet.

3. Handlingsplan

Risikoområder som er kartlagt skal innarbeides i en handlingsplan. Handlingsplanen skal prioritere tiltak etter en risikobasert tilnærming. Handlingsplanen skal behandles av ledelsen i helseforetaket.

4. Redegjørelse for samfunnsansvar

Det er utarbeidet en felles mal som helseforetakene kan benytte, se vedlegg 2. Redegjørelsen skal signeres av styre og administrerende direktør. Redegjørelsen for samfunnsansvar kan inngå i helseforetakenes årsrapport.

Sykehusinnkjøp HF

En stor del av virksomheten består av anskaffelser av varer og tjenester. Sykehusinnkjøp HF er helseforetakene og de regionale helseforetakenes innkjøpssentral i henhold til regelverket for offentlige anskaffelser. For anskaffelser som gjennomføres i regi av Sykehusinnkjøp HF, gjennomfører Sykehusinnkjøp HF aktsomhetsvurderinger. Det er etablert kommunikasjonslinjer mellom Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene i henhold til inngått samarbeidsavtale. Sykehusinnkjøp HF behandler forespørsler om informasjon om aktsomhetsvurderinger for anskaffelser gjort av dem. Der helseforetakene og de regionale helseforetakene selv foretar anskaffelsen har de selv ansvar for aktsomhetsvurderingene. Redegjørelsen utarbeides av helseforetakene basert på egne aktsomhetsvurderinger, og redegjørelsen fra Sykehusinnkjøp HF skal omfatte den totale virksomheten.

Sykehusbygg HF

Sykehusbygg utfører tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter, og leverer tjenester innen eiendom som gir felles gevinster for spesialisthelsetjenesten. En vesentlig del av virksomheten består av anskaffelse av

Følsomhet Intern (gul)

entreprenører og leverandører i byggeprosjekt på vegne av helseforetakene. For anskaffelse av leverandører (byggevarer mm) i regi av kontraktsparter til byggherre påser Sykehusbygg HF ved prosjektet at kontraktspart ivaretar kravet til aktsomhetsvurderinger. For innkjøp som foretas av prosjektet selv gjennomfører Sykehusbygg HF, eller samarbeidende helseforetak (eksempelvis Sykehusinnkjøp HF) aktsomhetsvurderinger for prosjektets anskaffelser.

Sykehusbygg HF behandler forespørsler om informasjon om aktsomhetsvurderinger for anskaffelser gjort i pågående byggeprosjekt. For de tilfeller der Sykehusbygg HF ikke leder prosjektorganisasjonen for prosjektgjennomføringen har helseforetakene selv ansvar for aktsomhetsvurderingene. Redegjørelsen utarbeides av helseforetakene basert på egne aktsomhetsvurderinger og redegjørelsen fra Sykehusbygg HF skal omfatte den totale virksomheten. Redegjørelsen fra samarbeidende helseforetak i byggeprosjekt kommer direkte fra disse.

3.1.3 Medarbeidere og mangfold

Spesialisthelsetjenesten skal arbeide systematisk med å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk og kombinasjon av disse grunnlagene, i alle arbeidsprosesser.

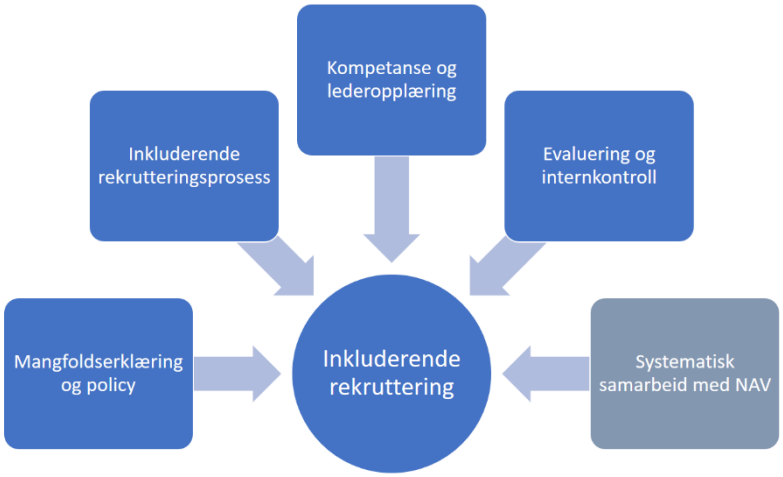
Aktivitets- og redegjørelsesplikten etter likestillings og diskrimineringsloven er et viktig verktøy for å
oppnå reell likestilling. For å oppnå likestilling kreves det i tillegg til et diskrimineringsvern for
enkeltindivider også en aktiv innsats fra arbeidsgivere og myndigheter. I årsrapporten skal det
redegjøres for den faktiske tilstanden når det gjelder kjønnslikestilling i virksomheten, og hva som
konkret gjøres for å oppfylle den lovpålagte aktivitetsplikten for å fremme likestilling og hindre

Følsomhet Intern (gul)

diskriminering.

Likestilt rekruttering

Likestilt rekruttering er implementert i helseforetakene i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. *Likestilt rekruttering* krever at arbeidsgivere gjennomfører ansettelsesprosesser som ivaretar alle kvalifiserte søkere, uavhengig av bakgrunn, nedsatt funksjonsevne og «hull i CV». Metodikken skal bidra til å redusere diskrimineringsrisikoen ved ansettelser.



Figur 5: Modell for *Likestilt rekruttering* Kilde: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst.

ForBedringsundersøkelsen

ForBedring er en undersøkelse som kartlegger arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS. Undersøkelsen gjennomføres årlig og viser blant annet hvordan medarbeidere oppfatter muligheter for varsling av kritikkverdige forhold, medarbeidernes kjennskap til virksomhetens arbeid med ytre miljø og øvrige forhold med betydning for arbeidsmiljøet.

Helse, miljø og sikkerhet

Gjennom målrettet og systematisk HMS-arbeid skal helseforetakene skape et godt, sikkert og helsefremmende arbeidsmiljø for å sikre ansattes helse og velferd på kort og lang sikt. Det prioriteres og iverksettes tiltak på bakgrunn av risikovurdering av

Følsomhet Intern (gul)

arbeidsforhold. Det er utviklet interregionale HMS-indikatorer for å følge utviklingen på området og det er gjort regionale tilpasninger til disse.

3.2 Miljøforhold

3.2.1 Miljø og klima

Miljøledelse

Spesialisthelsetjenesten har i flere år arbeidet systematisk med klima og miljøområdet og alle regionale helseforetak og helseforetak har vært sertifisert iht. ISO standard 14001. Sertifisering ble valgfritt da spesialisthelsetjenesten vedtok felles mål for klima og miljø og utarbeidet et eget rammeverk for klima og miljø som nå erstattes av rammeverk for samfunnsansvar. Helseforetaket er ansvarlig for at det arbeides systematisk med miljøledelse i linjeledelsen i henhold til systematikken i ISO 14001. Forbedringssystematikken i ISO 14001 standarden skal videreføres og integreres i ordinær virksomhetsstyring i helseforetakene. Helseforetakene vurdere selv om det er hensiktsmessig å gjennomføre tredjepartsrevisjon av miljøledelsessystemet med eksternt revisjonsselskap.

Felles klima- og miljømål

Høsten 2021 vedtok de fire helseregionene felles klima og miljø-mål for spesialisthelsetjenesten, se figur 6. Det overordna målet er at spesialisthelsetjenesten innen 2030 har redusert CO2e utslipp med 40 %. Et langsiktig mål er at spesialisthelsetjenesten er klimanøytral innen 2045. Videre er det vedtatt syv delmål som skal nås innen 2030:

1) Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner, 2) Andel produkt uten helse- og miljøskadelige stoffer skal være 75 %, 3) Redusere energiforbruket med 20 % og øke andelen gjenvinningskraft, 4) Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 %, 5) Matavfall reduseres med 50 %, 6) Fossilfri virksomhet innen 2030 og redusert reisevirksomhet for medarbeidere, 8) Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter.

Det har blitt utarbeidet indikatorer for alle målene, se vedlagt indikatorkatalog.

Følsomhet Intern (gul)

Figur 6: Felles klima- og miljømål vedtatt av de fire RHF-styrene høsten 2021.

Felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten kommer i tillegg til lokale mål i helseforetakene. Helseforetakene har ulike utgangspunkt for potensiell reduksjon av CO2e-utslipp. Det er derfor hensiktsmessig at hvert enkelt helseforetak vurderer hvilke tiltak som iverksettes for å redusere 40 prosent utslipp innen 2030. Statens veileder for samfunnsøkonomiske analyser skal benyttes for å sikre gode kost-nytte vurderinger.

Klimarisiko

Helseforetakene skal identifiserer klimarisiko, og iverksette klimatilpasningstiltak ved behov. *Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap (Eierskapsmeldingen)* viser til at det skal benyttes anerkjente standarder for rapportering på klimarisiko.

3.2.2 Naturmangfold og økosystemer

Naturmangfold og økosystemer er et tema som fremheves i Eierskapsmeldingen (Meld. St. 6). Spesialisthelsetjenesten har jobbet med naturmangfold i forbindelse med lokalisering av nye sykehusbygg. «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekt» utarbeidet av Sykehusbygg HF og godkjent i alle RHF styrene, har som et av fire hovedmål at det ikke skal velges lokalisering for nye sykehus som er ugunstig for klima- og miljø (klimafotavtrykk, ekstremvær, lokalmiljø). Standarden beskriver blant annet at tomt til byggeprosjekt skal sikre artsmangfold og skape gode uterom for lokalmiljøet. Lokalisering av bygg, naturbasert avrenning og tiltak

Følsomhet Intern (gul)

på tomt og bygg er viktig og en miljøvennlig byggeprosess skal redusere luftforurensning lokalt og forhindre akutte utslipp til jord eller vann.

Et av spesialisthelsetjenestens felles miljømål omhandler reduksjon av produkter med helse- og miljøskadelige stoffer som benyttes i helseforetakene. Sykehusinnkjøp HF har et særlig ansvar for å følge opp at produkter med uønskede stoffer og kjemikalier fases ut i tråd med standardisert europeiske utfasningsliste.

3.3 Økonomiske forhold

3.3.1 Skatt og forebygging av økonomisk kriminalitet, Antikorrupsjon og misligheter

Som statlige selskaper må helseforetakene ha retningslinjer, systemer og tiltak for å hindre korrupsjon, og for å håndtere mulige lovbrudd eller tvilstilfeller som måtte avdekkes på dette feltet.

En virksomhetskultur basert på gjensidig respekt og åpen kommunikasjon skaper færre mislighetsmuligheter. Arbeidsmiljø hvor noen føler urettferdighet og urimelig press kan lede til motivasjon for misligheter. Korrupsjon skjer oftest som skjulte handlinger. En kultur som fremmer varsling uten sanksjoner for varsleren er en forutsetning for å avdekke slike handlinger.
ForBedringsundersøkelsen kartlegger arbeidsmiljøet og resultatene fra undersøkelsen kan være en del av analysen av risiko for korrupsjon og misligheter.

Antikorrupsjonsprogram

Antikorrupsjonsprogram er en måte å arbeide systematisk med å forhindre korrupsjon og misligheter. Følgende aktiviteter kan inngå i et antikorrupsjonsprogram:

- Kartlegge risikoområder.
- Iverksette kontrolltiltak for å hindre muligheten for å begå økonomisk kriminalitet.
- Sørge for at regler og retningslinjer er tilstrekkelig og blir fulgt, og at opplæring blir gitt.
- Iverksette kontrolltiltak for å avdekke økonomisk kriminalitet.

Følsomhet Intern (gul)

- Sørge for en godt kjent varslingskanal for kritikkverdige forhold som ivaretar varslerens konfidensialitet eller anonymitet.

Dilemmatrening

Etisk bevissthet blant ansatte og ledere er viktige forebyggende elementer. Enkeltpersoners integritet og motstandskraft i møte med dilemmaer, interessekonflikter og mulige fristelser kan være avgjørende for hvordan den enkelte handler i krevende situasjoner. Dilemmatrening er et godt og hensiktsmessig verktøy for å øve opp den enkeltes evne til å vurdere etisk forsvarlighet. Dilemmasirkelen kan benyttes når de ulike problemstillingene diskuteres.

Figur 7: Dilemmasirkelen, kilde: Kvalnes, Øverenget 2012

4 Rapportering

Rapportering på samfunnsansvarsområde skal inngå i ordinær virksomhetsstyring. Ved spesifikke styringskrav på samfunnsansvarsområde i dokument «oppdrag og bestilling» skal det rapporteres i årlig melding.

4.1.1 Redegjørelse for samfunnsansvar

I tråd med krav i åpenhetsloven, regnskapsloven og likestillings- og diskrimineringsloven skal helseforetakene rapportere eller redegjøre for arbeid med

Følsomhet Intern (gul)

samfunnsansvar i en offentlig rapport. Det er utarbeidet en felles mal som anbefales å ta i bruk, se vedlegg.

4.1.2 Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar

Samarbeidsutvalget for samfunnsansvar utarbeider årlig en felles rapport for samfunnsansvar. Formålet med rapporten er å dele beste praksis på prosjekter og tiltak i helseforetakene innenfor samfunnsansvarsområde.

4.1.3 Klimaregnskap

Helseforetakene rapporter årlige utslipp i spesialisthelsetjenestens klimaregnskap. Klimaregnskapet omfatter utslipp knyttet direkte til drift (scope 1 og 2); energiforbruk, forbruk av lystgass, anestesigasser og kuldemedier (F-gasser), transport av ansatte i tjenestereise og transport av pasienter. Klimaregnskapet omfatter ikke (scope 3) utslipp knyttet til innkjøp av varer og tjenester som er vesentlige kilder til klimautslipp fra sykehus. Klimaregnskapet videreutvikles årlig, og Sykehusinnkjøp HF arbeider med et kunnskapsgrunnlag knyttet til indirekte utslipp.

4.1.4 Lederdialog

Helseforetakene rapporterer årlig status på arbeidet med samfunnsansvar, inkludert felles klima og miljømål, i oppfølgingsmøte/dialogmøte mellom helseforetak og regionale helseforetak. Felleseide selskap gjennomfører tilsvarende prosess med eierstyringsgruppen.

4.1.5 Revisjoner

Det skal gjennomføres årlige internrevisjoner i helseforetakene og tema for revisjonene knyttes opp til felles klima -og miljømål. Revisjonstemaer velges ut fra identifiserte kritiske områder eller områder der det er behov for forbedring. Tema kan være en del av en større internrevisjon i helseforetaket der flere tema inngår. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med helseforetakene foreslå felles tema for årlig internrevisjon og utarbeide felles revisjonsplan og sjekkliste for internrevisjon.

5 Kommunikasjon og samarbeid

Følsomhet Intern (gul)

5.1.1 Nettverk

Interregionalt samarbeidsutvalg for samfunnsansvar koordinerer spesialisthelsetjenestens arbeid på området. Inneværende periode ledes samarbeidsutvalget av Helse Sør-Øst. I tillegg har hver region etablerte regionale miljøfaggrupper.

5.1.2 Medvirkning

Samfunnsansvar angår alle medarbeidere i spesialisthelsetjenesten og medvirkning skjer i etablerte faste dialogmøter mellom de konserntillitsvalgte og ledelsen i det regionale helseforetaket og i helseforetakene. Relevante saker legges også frem for Brukerutvalgene.

5.1.3 Felles nettside

Det skal utarbeides en felles temaside for samfunnsansvar, lett tilgjengelig på spesialisthelsetjenesten sine nettsider, med tilhørende verktøykasse.

5.1.4 Konferanse og webinarer

Samarbeidsutvalget for samfunnsansvar arrangerer årlig felles konferanse for samfunnsansvar.
Samarbeidsutvalget for samfunnsansvar arrangerer fire webinarer i året med ulike tema innenfor samfunnsansvar.

5.1.5 Informasjonsplikten

Fra 1. juli 2022 har alle rett til å kreve informasjon om hvordan virksomhetene som omfattes av åpenhetsloven håndterer negative konsekvenser på grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold.

Alle kan skriftlig ta kontakt med helseforetak og be om informasjon om hvordan helseforetaket håndterer faktiske og potensielle negative konsekvenser som er vurdert i aktsomhetsvurderingene.
Retten til informasjon omfatter både generell informasjon om hvordan helseforetaket håndterer negative konsekvenser, og spesifikk informasjon knyttet til

Følsomhet Intern (gul)

varer og tjenester. Virksomhetene må svare på slike informasjonskrav skriftlig og innen tre uker.

6 Vedlegg:

1. Ansvarlighetskompasset
2. Rapporteringsmal: redegjørelse for samfunnsansvar
3. Rapporteringsmal: redegjørelse for likestilling, inkludering og mangfold (kun i Helse Vest)
4. Felles indikatorkatalog klima og miljø

Endringslogg

Versjon	Godkjent dato	Godkjent av	Endringer
1.0	13.02.23 (sak 018/2023)	Nasjonalt AD-møte	Første versjon

Følsomhet Intern (gul)

Mal for redegjørelse for samfunnsansvar

Denne malen gir en oversikt over lovkrav i regnskapsloven, likestillings- og diskrimineringsloven og åpenhetsloven som helseforetakene skal rapportere på i redegjørelsen for samfunnsansvar. Lovverket stiller flere krav til redegjørelsens innhold, herunder en beskrivelse av vesentlige risikoområder som er avdekket, og tiltak som er iverksatt eller planlagt iverksatt. Redegjørelsen skal signeres av styre og administrerende direktør. Redegjørelsen for samfunnsansvar kan inngå som et vedlegg i helseforetakenes årsberetning.

Staten stiller gjennom Eierskapsmeldingen St.6 (2022-2023), krav og forventninger til at statlig eide virksomheter er ledende i arbeidet med ansvarlig virksomhet. Statens mål som eier er at et virksomheter i spesialisthelsetjenesten drifter bærekraftig og har mest mulig effektiv oppnåelse av helsepolitiske mål. Eierskapsmeldingen inkluderer ambisjoner, mål og strategier innen sosiale forhold, miljøforhold og økonomiske forhold.

Følsomhet Intern (gul)

Sosiale forhold
Menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold
Lover og sentrale føringer: Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold (åpenhetsloven) § 4.Plikt til å utføre aktsomhetsvurderinger Åpenhetsloven Loven pålegger en informasjonsplikt og en plikt til å gjennomføre aktsomhetsvurderinger som skal være tilgjengelig i en offentlig rapport. § 5.Plikt til å redegjøre for aktsomhetsvurderinger
Helseforetakets redegjørelse: *(vesentlige risikoområder som er avdekket, og tiltak som er iverksatt eller planlagt iverksatt)* - *Opplæring i Etiske retningslinjer* - *Aktsomhetsvurderinger, kartlegging, prioriterte risikoområder og handlingsplan*

Følsomhet Intern (gul)

Medarbeidere og mangfold

Lover og sentrale føringer:

Likestillings- og diskrimineringsloven § 26

Arbeidsgivere i offentlige virksomheter, og private virksomheter med flere enn 50 ansatte skal:

- jobbe med likestilling og diskriminering gjennom en lovbestemt metode, herunder annethvert år kartlegge lønn og ufrivillig deltid (aktivitetsplikt).
- redegjøre for likestilling i årsberetning/-rapport (redegjørelsesplikt).

Helseforetakets redegjørelse:

I Helse Vest redegjøres det for dette punktet i egen mal som er godkjent av foretaksgruppen i Helse Vest høsten 2022: Rapporteringsmal: likestilling, inkludering og mangfold. Malen ligger som vedlegg 3 til Rammeverk for samfunnsansvar.

Miljøforhold

Klima

Lover og sentrale føringer:

Regnskapsloven § 3-3 c

foretak som er omfattet av loven utarbeide en redegjørelse om samfunnsansvar som minst omhandler miljø, sosiale forhold, arbeidsmiljø, likestilling og ikke-diskriminering, overholdelse av menneskerettigheter og bekjempelse av korrupsjon og bestikkelser.

Felles klima og miljømål for spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakets redegjørelse:

(vesentlige risikoområder som er avdekket, og tiltak som er iverksatt eller planlagt iverksatt)

Følsomhet Intern (gul)

- *Omtale av miljøledelsesystem*
- *Resultater felles klima og miljømål*
- *Rapportering i klimaregnskap*

Naturmangfold og økosystemer

Lover og sentrale føringer:

Regnskapsloven § 3-3 c

foretak som er omfattet av loven utarbeide en redegjørelse om samfunnsansvar som minst omhandler miljø, sosiale forhold, arbeidsmiljø, likestilling og ikke-diskriminering, overholdelse av menneskerettigheter og bekjempelse av korrupsjon og bestikkelser.

Standard for klima og miljø i byggeprosjekter (Sykehusbygg)

Helseforetakets redegjørelse:

(vesentlige risikoområder som er avdekket, og tiltak som er iverksatt eller planlagt iverksatt)

- *Ivaretagelse av naturmangfold i byggeprosjekter*
- *Utslipp helse- og miljøskadelige stoffer*

Økonomiske forhold

Skatt og forebygging av økonomisk kriminalitet

Lover og sentrale føringer:

Regnskapsloven § 3-3 c

foretak som er omfattet av loven utarbeide en redegjørelse om samfunnsansvar som minst omhandler miljø, sosiale forhold, arbeidsmiljø, likestilling og ikke-diskriminering, overholdelse av menneskerettigheter og bekjempelse av korrupsjon og bestikkelser.

Følsomhet Intern (gul)

Eierskapsmeldingen: Selskapet arbeider systematisk for å forebygge økonomisk kriminalitet som korrupsjon og hvitvasking i egen virksomhet og i leverandørkjeden
Helseforetakets redegjørelse: *(vesentlige risikoområder som er avdekket, og tiltak som er iverksatt eller planlagt iverksatt)* - *Helseforetakets arbeid med misligheter og korrupsjon* - *Forebygging av Akrim i byggeprosjekter?* - *Antikorrupsjonsprogram?*

Følsomhet Intern (gul)

LIKESTILLING, INKLUDERING OG MANGFOLD (LIM)

(Redegjørelse fra virksomhetene Helse Vest)

[FORETAK] arbeider aktivt og målrettet for å fremme lovens formål innenfor vår virksomhet. Aktivitetene omfatter blant annet rekruttering, lønns- og arbeidsvilkår, forfremmelse, utvikling/opplæring, tilrettelegging, kombinasjon av arbeid og familieliv, beskyttelse mot trakassering og kjønnsbasert vold samt andre relevante forhold.

Likestillings- og diskrimineringsarbeid er forankret i foretakets ulike strategier, verktøy, undervisning, retningslinjer/rutiner og er ellers inkludert i den øvrige personalpolitikken. Det er et mål å oppnå en balansert alders- og kjønnssammensetning, og å rekruttere kvalifiserte personer med innvandrerbakgrunn. Fokusområdet for mangfold og inkludering ved [FORETAK] [ÅRSTALL]- [ÅRSTALL] er:

- Ledelse på alle nivå skal ha oppmerksomhet på likestilling og mangfold samt høy kompetanse om alle former for diskriminering.
- Foretaket vil i sitt rekrutteringsarbeid ha fokus på og tiltak som skal bidra til øke mangfoldet.
- Det skal være nulltoleranse for mobbing, trakassering og diskriminering
- Skape likeverdige arbeids-, trivsels- og utviklingsbetingelser for både kvinner og menn og fremme en mer lik fordeling av begge kjønn i lederstillinger og ellers innen alle faggrupper og stillingsnivåer.
- Hindre at foretakets medarbeidere som får helseplager faller ut av arbeidsmiljøet og arbeide med seniorpolitikken som har til hensikt å øke pensjonsalder

[FORETAK] har et mangfold – og inkluderingsutvalg sammensatt av [ANTALL] medlemmer som representerer ledelsen, tillitsvalgte, vernetjenesten, bedriftshelsetjenesten og personal- og organisasjonsutvikling.

Hvert år skal det kartlegges:

- Kjønnsbalanse i virksomheten (antall kvinner og menn)
- Andel menn og kvinner som er midlertidig ansatt (antall eller prosent)
- Andel menn og kvinner som er ansatt i deltidsstillinger (antall eller prosent)
- Det gjennomsnittlige antall uker foreldrepermisjon for menn og kvinner som har rett til permisjon (regnet om til hele uker).

Minimum annethvert år (fra og med regnskapsåret 2021) skal det kartlegges:

- Ufrivillig deltid. Med ufrivillig deltid menes deltidsarbeid der stillingsinnehaver ønsker og er tilgjengelig for å jobbe mer. Kartleggingen kan skje i vanlige medarbeidersamtaler dersom det ikke er for krevende. Det stilles ikke krav om at det skal settes i verk tiltak dersom man finner at bedriften har ufrivillig deltid blant de ansatte.
- Lønnsforskjeller mellom kvinner og menn (kroner eller prosent).

Del 1 Kjønnslikestilling - lønn og deltid

Lønnspolitikk

Lønn er et viktig virkemiddel for å sikre at [FORETAK] har tilstrekkelig og riktig kompetanse for å nå foretakets mål. Foretaket har i samarbeid med fagforeningene utarbeidet en egen lønnspolitikk. Lønnspolitikken i [FORETAK] skal bidra til å:

Beholde, motivere, utvikle og rekruttere kvalifiserte medarbeidere slik at vi kan tilby helsetjenester av høy kvalitet.

Lønnspolitikken skal videre bidra til å belønne og kompensere og gi medarbeiderne en lønn som står i forhold til:

- Stillingens ansvar, oppgaver og myndighet
- Medarbeiderens kvalifikasjoner og kompetanse i forhold til foretakets behov der det er avtalt mellom partene
- Medarbeiderens innsats og resultatoppnåelse i forhold til eventuelt avtalte vurderingskriterier og mål.

Foretakets lønnspolitikk skal være basert på lik lønn for likt arbeid uavhengig av kjønn og etnisk bakgrunn. Samtidig skal det være muligheter for individuelle ulikheter, men slike ulikheter bør i størst mulig grad baseres på objektive og kjente kriterier.

Lønnsstatistikk

Foretaket har et uttalt mål om likelønn. Likelønn er et tema i de årlige lønnsforhandlingene.

For å analysere forskjell i lønn på tvers av kjønn er lønn per februar [ÅRSTALL] anvendt. Alle lønnselementer er omgjort til 100 % størrelser og brutt ned på hovedkategorier av stillingsgrupper. Se vedlegg 1 for lønnsstatistikk.

Som tabellen viser i vedlegg 1 er det små forskjeller på minstelønn/årslønn for de stillingsgruppene som har avtalt minstelønnstabeller i overenskomsten. Vi ser at disse forskjellene i all hovedsak skyldes lengre ansiennitet. Vi ser imidlertid at det er større forskjeller når det gjelder fast tilleggslønn (seniortillegg, funksjonstillegg, kompetansetillegg,

rekrutteringstillegg o.l.). Dette er noe partene må se nærmere i forbindelsen med gjennomføring av lokale forhandlinger.

I utvalg for lønnsstatistikk har vi en fordeling som teller [TALL] % kvinner og [TALL] % menn.

Andre områder for kjønnslikestilling

[FORETAK] er en kvinnedominert arbeidsplass, hvor ca. [TALL] prosent av medarbeiderne er kvinner. I enkelte yrkesgrupper er kvinneandelen særlig stor, det gjelder blant annet for sykepleiere, hjelpepleiere og renholdspersonale. Ledergruppen i foretaket består pr. dags dato av ti kvinner og syv menn, og styret av seks kvinner og fem menn. De andre ledernivåene preges av at den største andel av lederne er kvinner, mens det er en overvekt av menn som er avdelingsoverleger. Arbeidet med å utjevne forskjell vil dels være en del av rekrutteringsarbeidet og dels ligge i å gjøre arbeidsplassen attraktiv for begge kjønn.

Når det gjelder foreldrepermisjon ser en at andelen kvinner som velger 80 % dekningsgrad ved utgangen av [ÅRSTALL] var [TALL] %, mot [TALL] % i [ÅRSTALL]. De fleste kvinnene tok ut hele felleskvoten. Andelen menn som valgte [TALL] % dekningsgrad var [TALL] % mot [TALL] % året før. De fleste tar ut hele fedrekvoten og ingen felleskvote. Den tydelige trenden med nedgang i 80 % dekningstype fra 2019 til 2020 ble noe reversert i [ÅRSTALL].

Tilstand for kjønnslikestilling i [ÅRSTALL]

Kjønnsbalanse* Oppgis i antall		**Midlertidig ansatte*** Oppgis i prosentandel		**Deltid** Oppgis i antall		**Foreldrepermisjon** ** Oppgis i gjennomsnitt antall uker	
Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
[TALL]	[TALL]	[TALL] %	[TALL] %	[TALL]	[TALL]	[TALL]	[TALL]

**OBS!: Tabellen viser en oversikt over fast- og midlertidig ansatte med en juridisk stillingsprosent fra 1-100 %, dvs. at timelønnede, hospitanter, innleide, studenter o.l. er ekskludert i tallene.*

***OBS! Tabellen omfatter de som mottok foreldrepenger i [ÅRSTALL]. Ettersom foreldrepenger kan gis inntil barnet fyller tre år, gir tabellen ikke et fullstendig bilde av foreldres totale uttak.*

Alternativt oppsett

Ansettelsesform	**Kvinner**	**Menn**	**Andel kvinner**	**Andel menn**
Fast ansatt				
Utdanningsstillinger				
Midlertidig ansatt				
Vikarer				

Timelønnede				

Deltid

I samsvar med styringsdokumentet for [ÅRSTALL], har [FORETAK] hatt fokus på å redusere andelen deltid, ved å etablere og ivareta en heltidskultur. Foretaket ønsker at hele faste stillinger skal være hovedregel. Som del av Helse Vest RHF sin politikk lyses det ikke ut stillinger på under 50 %, med unntak av helgestillinger som lyses ut på minimum 20 %. Alle medarbeidere, faste og midlertidige, som har en samlet stillingsprosent under 100 % blir bedt om å registrere om de ønsker høyere stillingsprosent eller ikke i systemet Heltidsmodulen. Medarbeidere som ønsker høyere stilling i avdelingen har dialog med sin leder, der en ser på mulighet for økt stillingsstørrelse. Gjennomsnittlig total juridisk stillingsprosent er i dag på [TALL] % i foretaket.

Deltid er et av temaene som ligger i malen for den årlige medarbeidersamtalen. Temaet skal med andre ord kunne reises både av medarbeider selv og leder, minst én gang i året. Dette forutsetter selvsagt at medarbeidersamtaler holdes årlig slik som retningslinjene tilsier.

Per desember [ÅRSTALL] har [TALL] kvinner og [TALL] menn oppgitt at de ønsker høyere stilling (Kilde: Heltidsmodul).

Vi vet fra tidligere undersøkelser at antall medarbeidere som registrerer ønske om høyere stillingsprosent i heltidsmodulen, kan være lavere enn det reelt sett er. Noen registrer ikke ønsket fordi de ikke kjenner til at de skal gjøre det, andre fordi de ikke tror at de kan få økt stilling i egen enhet. En del som blir tilbudt å øke stillingen sin med deler av stillingen i en annen enhet, takker "nei", da de fleste er ut til å ønske å jobbe kun i en/egen enhet.

SSB definisjon på ufrivillig/uønsket deltid: Med ufrivillig deltid menes deltidsarbeid der stillingsinnehaver ønsker og er tilgjengelig for å jobbe mer.

Del 2: Vårt arbeid for likestilling og mot diskriminering

Kartlegging: Det gjennomføres årlig kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur i [FORETAK] - ForBedringsundersøkelsen. I undersøkelsen kartlegges blant annet om medarbeidere har kjennskap til om man blir utsatt for diskriminering, mobbing og trakassering og seksuell trakassering. Det var i [ÅRSTALL] en deltakelsesprosent på [TALL] %. I[ÅRSTALL] svarer ca. [TALL] % av medarbeiderne at de er helt eller delvis uenig i at de ikke kjenner til at noen er blitt utsatt for seksuell trakassering der de arbeider. Denne tilbakemeldingen tas på høyeste alvor og følges opp på den enkelte enhet. Kartleggingsresultater for foretaket blir årlig orientert om i foretakets arbeidsmiljøutvalg, foretaksledelsen og styret.

Uønskede hendelser: [FORETAK] har et elektronisk meldesystem, Synergi, hvor alle ansatte kan melde fra om uønskede hendelser. I[ÅRSTALL] er det meldt [TALL] saker knyttet til trakassering fra pasient/pårørende/bruker. Leder er ansvarlig for å følge opp meldte uønskede hendelser.

Handlingsplaner: Resultater fra ForBedringsundersøkelsen og meldte uønskede hendelser er kilder som benyttes når enhetene skal risiko vurdere og utarbeide lokale handlingsplaner med risikoreduserende tiltak. Det blir utarbeidet handlingsplaner på alle organisatoriske nivå. Handlingsplaner utarbeides i samarbeid mellom ledelse, verneombud, tillitsvalgte og medarbeidere.

Varsling: [FORETAK] ønsker en åpenhetskultur som gjøre det mulig for medarbeidere å varsle uten å være redd for negative konsekvenser.

I[ÅRSTALL] har [FORETAK] evaluert og revidert de interne rutinene for varsling og konflikthåndtering. Loven gir ansatte rett og en plikt til å melde ifra om de observerer andre bli utsatt for trakassering og diskriminering. Arbeidsgruppen sitt overordnede mål var å skape retningslinjer som er i tråd med, og underbygger [FORETAK] sin overordnede målsetting om at det oppleves, og er trygt og forutsigbart å si fra om kritikkverdige forhold. Arbeidet har blant annet avdekket at det er behov for økt kompetanse på temaene konflikthåndtering, varsling av kritikkverdige forhold, og forebygging og håndtering av trakassering. På den bakgrunn er det utarbeidet [TALL] nye retningslinjer;

- Retningslinje for varsling av kritikkverdige forhold
- Retningslinje for forebygging og håndtering av konflikter er splittet i:
    - Retningslinje for forebygging og håndtering av trakassering og utilbørlig opptreden, med tilhørende vedlegg
    - Retningslinje for forebygging og håndtering av konflikter, med tilhørende vedlegg
    - Retningslinje for håndtering av personalsaker, med tilhørende vedlegg.

Rekruttering

[FORETAK] legger vekt på mangfold på arbeidsplassen, og skal rekruttere kvalifiserte medarbeidere uavhengig av kjønn, alder og etnisitet. Foretaket følger et prinsipp om likelønn, og tariffavtalene har en kjønnsnøytral lønnsregulering. Regjeringen lanserte 20. juni 2018 en inkluderingsdugnad, hvor hovedmålsettingen er økt yrkesdeltakelse. I [ÅRSTALL] var inkluderende rekruttering et satsningsområde for helseforetakene i Helse Vest RHF. Hovedmålet er å øke yrkesdeltaking, og en av målsettingene er at minst fem prosent av nye tilsatte skal være personer med lengre opphold fra arbeidslivet eller nedsatt funksjonsevne. Som del av arbeidet ble det publisert e-læringsprogram for inkluderende rekruttering, som inngår i lederopplæringen ved foretaket. Videre er det et mål for foretaksgruppen i Helse Vest RHF at medarbeiderne skal speile befolkningen, noe som betyr at 6-10 prosent av ansatte skal ha innvandrerbakgrunn. Tall fra [ÅRSTALL] viser at [TALL] % prosent av

medarbeiderne i [FORETAK] er ikke norske statsborgere. Dette er den høyeste prosentandelen blant helseforetakene i Helse Vest RHF.

I alle stillingsannonser er foretakets "Mangfoldserklæring" inkludert. Alle annonser kontrolleres før publisering. ***Mangfoldserklæringen*:**

«*Foretaksgruppen i Helse Vest ønsker å gjenspeile mangfoldet i befolkningen i vår rekruttering. Vi oppfordrer alle som er kvalifiserte til å søke ledige stillinger uansett kjønn, alder, funksjonshemming og flerkulturell bakgrunn. Det samme gjelder dersom man har hatt et lengre opphold fra arbeidslivet. Foretaksgruppen Helse Vest ønsker å legge til rette for et inkluderende rekruttering.»*

Arbeidsmiljø og tilrettelegging

Alle arbeidstakere skal ha et helsefremmende og godt arbeidsmiljø, hvor det legges til rette for medvirkning og utvikling. Noen arbeidstakere kan ha et særlig behov for tilrettelegging. Som arbeidsgiver har vi særlig oppmerksomhet overfor gravide medarbeidere, medarbeidere med nattarbeid, funksjonshemmede medarbeidere og seniormedarbeidere. Behov for individrettede forebyggende tiltak avdekkes og vurderes i dialog mellom leder og medarbeider.

Tilrettelegging av arbeidsplassene ivaretas først og fremst gjennom det systematiske HMS arbeidet. Det gjennomføres årlige kartlegginger av arbeidsmiljøet med påfølgende risikoreduserende tiltak. Det er utarbeidet «prosedyre for årlig kartlegging av helse, miljø og sikkerhet».

Tilrettelegging – muligheter og begrensninger: Arbeidsgiver har plikt til å forebygge helseproblemer, tilrettelegge, samt følge opp medarbeidere som er syke. Tilretteleggingstiltak skal tidsavgrenses, evalueres og dokumenteres. Dersom det viser seg at behovet for tilrettelegging er varig og/eller større enn det som er mulig å få til i arbeidstakerens egen stilling, vurderes omplassering i dialog med arbeidstaker og ev. dennes tillitsvalgte.

Kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel/adopsjon, omsorgsoppgaver: [FORETAK] ønsker å tilrettelegge for gravide arbeidstakere under svangerskapet, slik at gravide kan være på arbeid og ha det bra. Ved å ivareta og tilrettelegge arbeidet vil gravide få et trygt og godt arbeidsmiljø, slik at de kan stå i arbeid lengst mulig.

Foretaket har en egen rutine for gravide arbeidstakere. Rutinen beskriver oppfølging, tilrettelegging og forhold som man må være spesielt oppmerksom på i XX. Gravide arbeidstakere og deres ledere skal gjennomføre 3 samtaler i løpet av svangerskapet. I samtalene skal den gravide og leder samarbeide om å finne gode løsninger slik at den gravide kan fortsette i arbeidet så lenge som mulig. Bedriftssykepleier kan delta i disse samtalene. Videre arrangeres det jevnlig egne kurs for gravide medarbeidere.

Særlig tilrettelegging for enkelte medarbeidere: Selv om krav til universell utforming er oppfylt, vil det ikke være tilrettelagt for alle typer funksjonsnedsettelse alle steder. Ved behov må den enkelte avdeling skaffe nødvendige hjelpemidler, eksempelvis tilpasset stol eller bord. I andre tilfeller etableres prosjekt for særlig tilrettelegging.

[FORETAK] jobber aktivt for å redusere antall ansatte som skader seg som følge av forflytning eller uheldig arbeidsstilling. I 2020 ble det registrert [TALL] saker i avvikssystemet «Synergi» med hendelsestype «Ergonomisk arbeidsmiljø». I [ÅRSTALL] ble der registrert [TALL] % og dette er en reduksjon på [TALL] %. De fleste sakene handler om forflytning og ubekvem arbeidsstilling. Pasientforflytning er en viktig del av arbeidsoppgavene til mange av medarbeiderne i sykehuset. Enheter hvor dette er relevant skal ha minimum 2 forflytningsveiledere. Det gjennomføres kurs for forflytningsveiledere 2 ganger i året, men en ser også behov for å behov for å etablere et forum for å opprettholde kompetanse hos dem som allerede er forflytningsveiledere.

Etnisitet, religion, livssyn

Seksjon prestetjeneste, etikk og livssyn arbeider aktivt for «å gjøre tros- og livssynsbetjeningen bredere». Seksjonens medarbeidere har formell kultur - og religionsvitenskapelig kompetanse og driver med forskning innenfor feltet. Sykehusprestene betjener pasienter, pårørende og ansatte med ulikt livssynsmessig ståsted. Ved behov tilkalles representanter fra ulike tros- og livssynssamfunn, dersom vedkommende ønsker dette i stedet for sykehusprestens tjenester.

Selv om tjenesten i praksis på mange måter ivaretar mangfoldet, har den tatt grep for å imøtekomme en populasjon som er mer livssynsmessig sammensatt, samt ivareta de prinsipielle og menneskerettighetsmessige anliggender som ledsager dette kulturelle skiftet. Seksjonen har ansatt en kultur- og livssynsrådgiver for å styrke kompetansen på en måte som ytterligere understøtter en inkluderende tjeneste. Rådgiveren samarbeider med sykehusprestene med å bistå helseforetaket i å tenke prinsipielt og praktisk om kultur- og livssynsspørsmål. En av oppgavene er å innhente og samle erfaringer fra ulike avdelingers kulturmøter, og gjøre disse erfaringene og praksisene tilgjengelig for flere på sykehuset. Kultur- og livssynsrådgiveren bidrar til kompetanseheving i forhold til kultur og livssyn, i form av undervisning og veiledning, samt forestår kvalitetssikring av representanter fra ulike tros- og livssynssamfunn som ved tilkalling kan bistå pasienter og pårørende på sykehuset.

(Utøvelse av) religion: Det er mulighet for å tilrettelegge for at arbeidstakere kan be i arbeidstiden og fleksibilitet i arbeidstid/turnus i forhold til feiring av religiøse høytider. Dette behandles individuelt med nærmeste leder.

Religiøse plagg**:** Arbeidstakere som av kulturelle eller religiøse grunner ønsker å bruke hijab, skal bruke foretakets spesialsydde hijab som del av arbeidsantrekket. Dette gjelder imidlertid kun for stillinger hvor det er krav om at sykehusets arbeidstøy benyttes.

Alder: [FORETAK] ønsker en personalpolitikk som ser alle medarbeidere i et ressurs- og utviklingsperspektiv, og slik også legger til rette for at eldre medarbeidere kan stå lengre i arbeidet. Dette skjer i dialog mellom leder og medarbeider.

Seksuell trakassering*:* [FORETAK] har stort fokus på oppfølging av resultatene i ForBedringsundersøkelsen, herunder tilbakemeldinger ift. seksuell trakassering.

Det er videre utarbeidet en egne dialogpresentasjon om seksuell trakassering på arbeidsplassen, denne kan man for eksempel bruke for å snakke om dette temaet på enhetenes personalmøter.

Foretaket har nylig utarbeidet ny retningslinje for forebygging og håndtering av mobbing, trakassering og annen utilbørlig opptreden. Det utarbeides nå et nytt kursopplegg som skal inneholde elementer både i forhold til det forebyggende arbeidet og håndteringen av konkrete saker.

Ledermobilisering og lederutdanning

Ledermobilisering og lederutvikling er et viktig satsingsområde og rekrutteringsverktøy for foretaket. I et helseforetak er det mange ledere som har en utdanning som er relatert til andre funksjoner og oppgaver enn kjernen i selve lederrollen. Dette kan resultere i at en mangler en enhetlig faglig referanseramme i vurderingen av hva som er godt lederskap. Dette vil få konsekvenser for i hvilken grad medarbeidere blir ivaretatt i [FORETAK], og for deres trivsel. I [ÅRSTALL] var det [TALL] kvinner og [TALL] menn som deltok på ledermobiliseringsprogrammet og [TALL] kvinner og [TALL] menn på lokalt lederutviklingsprogram.

Husk: TILTAKSPLAN enten som vedlegg eller på slutten av dokumentet

Handlingsplan trenger ikke å legges ved, men må utarbeides for intern bruk.

Vedlegg1: Lønnsstatistikk

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	Helse Vest RHF
DATO:	23.02.2023
SAKSHANDSAMAR:	Randi Nisja Heskestad
SAKA GJELD:	**Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF 17. februar 2023 - Den økonomiske situasjonen**
ARKIVSAK:	2023/17
STYRESAK:	**030/23**
STYREMØTE:	**22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret i Helse Vest RHF tar protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF den 17. februar 2023 til etterretning.

Oppsummering

Fredag 17. februar 2023 kl. 12.00 vart det halde felles føretaksmøte i Helse Vest RHF. Møtet vart halde på video som felles føretaksmøte for dei regionale helseføretaka.

Fakta

I møtet vart følgande saker behandla:

Sak 1 Føretaksmøtet vert konstituert
Sak 2 Dagsorden
Sak 3 Den økonomiske situasjonen

Kommentarar

Den økonomiske situasjonen

Føretaksmøtet viste til at helseføretaka står i ein krevjande situasjon. Pandemien har sidan starten av 2020 påverka drifta av sjukehusa i stor grad. Arbeidspresset har vore høgt, sjukefråværet har i periodar vore veldig høgt og ventetidene har auka som følgje av smittevernreglar og prioritering av pasientar med covid-19. Kostnadene har auka blant anna som følgje av høgare beredskapsnivå og behovet for å sikre tilstrekkeleg bemanning. Samstundes har elektiv behandling gått ned. Det tar tid å kome tilbake til driftsforhold tilsvarande perioden før pandemien. Økonomiske utfordringar har den siste tida også ført til at helseføretaka har måtta skyve på planlagde investeringar.

Føretaksmøtet viste til at det vil vere vanskeleg for sjukehusa å handtere utfordringane framover med dei gjeldande budsjettvilkåra. Regjeringa vil derfor legge fram forslag for Stortinget om ein varig budsjettauke på 2,5 mrd. kroner i samband med revidert nasjonalbudsjett for 2023. Auken på 2,5 mrd. kroner vert fordelt slik mellom regionane:

- Helse Sør-Øst 1 354,6 mill. kroner
- Helse Vest 478,7 mill. kroner
- Helse Midt-Norge 356,9 mill. kroner
- Helse Nord 309,7 mill. kroner

Den ekstraordinære kompensasjonen er ei teknisk endring for å unngå ei utilsikta innstramming i det budsjettet Stortinget vedtok i desember 2022 og dei prioriteringane som vart lagt til grunn for vedtaket. Det vert lagt til grunn at det aktivitetsnivået som er planlagt i helseføretaka i liten grad vert påverka av dette. Justeringa reduserer likevel usikkerheita i budsjettet for 2023 i betydeleg grad.

Det vil framleis vere omstillingsbehov. Budsjettet vil vere stramt, trass i auken i løyvingane som er omtala ovanfor.

Føretaksmøtet vedtok at dei regionale helseføretaka vert bedne om å vurdere korleis ny informasjon om forventa endringar i dei økonomiske rammevilkåra bør takast omsyn til i drift og planlegging.

Protokolltilførsel frå styremedlem i dei fire regionale helseføretaka går fram av protokollen.

Vedlegg:

1 Protokoll føretaksmøte i Helse Vest RHF 17 februar 2023

Helse- og
omsorgsdepartementet

Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF 17. februar 2023

Den økonomiske situasjonen

HELSE VEST

PROTOKOLL FRÅ FØRETAKSMØTE I HELSE VEST RHF

Fredag 17. februar 2023 kl. 12.00 vart det halde felles føretaksmøte i dei regionale helseføretaka. Møtet vart halde på video.

Dagsorden

Sak 1 Føretaksmøtet vert konstituert
Sak 2 Dagsorden
Sak 3 Den økonomiske situasjonen

Frå Helse- og omsorgsdepartementet møtte

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

I tillegg møtte:
Statssekretær Karl Kristian Bekeng
Ekspedisjonssjef Målfrid Bjærum
Ekspedisjonssjef Espen Aasen
Ekspedisjonssjef Thomas Baardseng
Avdelingsdirektør Astri Knapstad
Avdelingsdirektør Fredrik A. S. R. Hanssen
Seniorrådgiver Mikkel Hovden Aas

Frå styret møtte

Styreleiar Agnes Landstad
Nestleiar Olin Johanne Henden
Gunnar Berge
Anne Karin Hamre
Oddvar Kaarbøe
Solfrid Borge
Wenche Kristin Røkenes
Marie Skontorp
Egil Olsen

Frå administrasjonen møtte

Fungerande administrerande direktør Ivar Eriksen

Riksrevisjonen var varsla i samsvar med lov om Riksrevisjonen § 13, men deltok ikkje.

Sak 1 Føretaksmøtet vert konstituert

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol ønskte, som øvste eigarmyndigheit og møteleiar, velkomen. Ho spurde om det var merknader til innkallinga. Det var ingen merknader til innkallinga.

Føretaksmøtet vedtok:

Innkallinga er godkjent. Føretaksmøtet er lovleg sett.

Styreleiar Agnes Landstad og helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol vart valde til å godkjenne protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol spurde om nokon hadde merknader til dagsorden. Det var ingen som hadde merknader til dagsorden.

Føretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Den økonomiske situasjonen

Føretaksmøtet viste til at helseføretaka står i ein krevjande situasjon.

Pandemien har sidan starten av 2020 påverka drifta av sjukehusa i stor grad. Arbeidspresset har vore høgt, sjukefråveret har i periodar vore veldig høgt og ventetidene har auka som følgje av smittevernreglar og prioritering av pasientar med covid-19. Kostnadene har auka blant anna som følgje av høgare beredskapsnivå og behovet for å sikre tilstrekkeleg bemanning. Samstundes har elektiv behandling gått ned. Det tar tid å kome tilbake til driftsforhold tilsvarande perioden før pandemien. Økonomiske utfordringar har den siste tida også ført til at helseføretaka har måtta skyve på planlagte investeringar.

Det framstår no klart at det vil vere vanskeleg for sjukehusa å handtere utfordringane framover med dei gjeldande budsjettvilkåra. Regjeringa vil derfor legge fram forslag for Stortinget om ein varig budsjettauke på 2,5 mrd. kroner i samband med revidert nasjonalbudsjett for 2023. Det tilsvarar tilleggsløyvinga i nysalderinga for 2022 og vil sette sjukehusa i betre stand til å følgje opp styringsdokumenta for 2023, der prioriterte tiltak er psykisk helsevern og rask tilgang til helsetenester. Det er og viktig at helseføretaka kan gjennomføre nødvendige investeringar i kompetanse, bygg, IKT og medisinsk utstyr.

Auken på 2,5 mrd. kroner vert fordelt slik mellom regionane:
- Helse Sør-Øst 1 354,6 mill. kroner
- Helse Vest 478,7 mill. kroner
- Helse Midt-Norge 356,9 mill. kroner
- Helse Nord 309,7 mill. kroner

Oppdaterte anslag for løns- og prisvekst for 2023 er no betydeleg høgare enn det som vart lagt til grunn då statsbudsjettet vart utarbeida. Regjeringa vil i samband med revidert nasjonalbudsjett i mai også fremme forslag for Stortinget om ei pris- og lønsjustering av

budsjettet som veg opp for den ekstraordinære kostnadsveksten i 2023. Oppdaterte anslag vil også omfatte investeringspostar. Den ekstraordinære kompensasjonen er ei teknisk endring for å unngå ei utilsikta innstramming i det budsjettet Stortinget vedtok i desember 2022 og dei prioriteringane som vart lagt til grunn for vedtaket. Det vert lagt til grunn at det aktivitetsnivået som er planlagt i helseføretaka i liten grad vert påverka av dette. Justeringa reduserer imidlertid usikkerheita i budsjettet for 2023 i betydeleg grad.

Det vil fortsatt vere omstillingsbehov. Budsjettet vil vere stramt, trass i auken i løyvingane som er omtala ovanfor. Utviklinga framover tilseier at sektoren står ovanfor betydelege bemanningsutfordringar, som også Helsepersonellkommisjonen har peika på. Situasjonen er spesielt krevjande i Helse Nord.

Helseføretaka jobbar no med omstillingstiltak for i år og med økonomiske langtidsplanar, som vanlegvis vert lagt fram i juni kvart år. Dei regionale helseføretaka må vurdere korleis dei kan ta omsyn til regjeringa sitt varsla forslag om auka løyvingar i samband med revidert nasjonalbudsjett i si drift og planlegging.

Føretaksmøtet vedtok:

Dei regionale helseføretaka vert bedne om å vurdere korleis ny informasjon om forventa endringar i dei økonomiske rammevilkåra bør takast omsyn til i drift og planlegging.

Protokolltilførsel fra følgende:
Helse Nord RHF: Sissel Alterskjær, Kari Baadstrand Sandnes, Martin Øien Jenssen
Helse Midt-Norge RHF: Anita Solberg, Tore Brudeseth, Lindy Jarosch-von Schweder
Helse Vest RHF: Wenche Kristin Røkenes, Egil Olsen, Marie Skontorp
Helse Sør-Øst RHF: Kristin Brubakk, Lasse Sølvberg, Christian Grimsgaard

«Disse styremedlemmene oppfatter at regjeringen erkjenner at manglende kompensasjon for prisvekst vil sette helsetjenesten i en særdeles krevende situasjon. Vi vil uttrykke lettelse for den varslede justeringen.

Behovsvekst, rekrutteringssvikt og mange store pågående byggeprosjekt vil uansett medføre betydelige utfordringer for spesialisthelsetjenesten de kommende årene. Vi vil derfor anmode om at sykehusene i det videre blir fullt ut kompensert for lønns og prisvekst. Behovet for medvirkning og involvering øker under krevende omstillingsperioder. Disse medlemmene forutsetter at dette ivaretas i alle deler av tjenesten. Samtidig vil vi understreke viktigheten av at de regionale helseforetakene styrker arbeidet med HMS og arbeidsmiljø i den krevende situasjonen sykehusene står i.»

Møtet vart heva kl. 12.10.

Oslo, 17. februar 2023

Ingvild Kjerkol Agnes Landstad

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikkje handskrevne signaturar

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 28.02.2023
SAKSHANDSAMAR: Ann-Elin Djuvik Kro
SAKA GJELD: **Årleg gjennomgang av styrande dokument for styret i Helse Vest RHF 2023**

ARKIVSAK: 2019/5380
STYRESAK: **031/23**

STYREMØTE: **22.03.23**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret er kjend med og tek til etterretning følgjande dokument:
    - Vedtekter for Helse Vest RHF, sist revidert i føretaksmøte 10. januar 2022
    - Rettleiaren «Styrearbeid i regionale helseforetak»
    - Eigarskapsmeldinga - Meld. St. 6 (2022-2023)
    - Statens retningslinjer for leiarlønn i selskap med direkte statleg eigardel, datert 12. desember 2022
    - Styreinstruks for styret i Helse Vest RHF, sist revidert 30. september 2019
    - Instruks for administrerande direktør i Helse Vest RHF
    - Fullmaktstruktur for Helse Vest RHF
    - Etiske retningslinjer for Helse Vest
    - Instruks for internrevisjonen

2. Styret vedtek den tilrådde endringa i instruks for revisjonsutvalet

Oppsummering
Styret etablerte i 2013 ein praksis med å få seg førelagt eit utval styrande dokument ein gong årleg. Tanken er å sikre god kunnskap om og oversikt over desse dokumenta samstundes som det legg til rette for at ein jamleg kan fange opp om det er naudsynt med endringar eller tilpassingar i dei gjeldande styrande dokument.

Saka inneheld både omtale av overordna styrande dokument som Helse Vest RHF skal forhalda seg til, og dokument som Helse Vest RHF sjølve eig og fastset.

Fakta

Det er lova om helseføretak saman med anna lovverk knytt opp mot helsetenestene, som utgjer det overordna rammeverket for spesialisthelsetenesta. I tilknyting til opprettinga av helseføretaka har eigar også fastsett vedtekter for dei regionale helseføretaka. Vedtektene for Helse Vest RHF blei sist endra i føretaksmøtet 10. januar 2022.

Helse- og omsorgsdepartementet la i mars 2019 fram ein revidert rettleiar for styrearbeid i regionale helseføretak . Rettleiaren gir ein orientering om styrearbeid i regionale helseføretak og er meint å vere eit bidrag til styra sin rolleforståing og rolleutøving. Rettleiaren samanfattar gjeldande rettsreglar og omtalar praktisering av desse. I tillegg blir det gitt ein omtale av styrearbeid som er meint å vere av meir rettleiande karakter. Rettleiaren er tilgjengeleg på heimesida til Helse- og omsorgsdepartementet og er sist oppdatert per 9. november 2020. Styrearbeid i regionale helseforetak (regjeringen.no)

I føretaksmøte 17. januar 2023 blei det lagt til grunn at Helse Vest RHF skal følgje staten sine forventningar som kjem fram av eigarskapsmeldinga. Den nye eigarskapsmeldinga - Meld. St. 6 (2022-2023) *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap - Statens direkte eierskap i selskaper* Meld. St. 6 (2022–2023) - regjeringen.no blei lagt fram for Stortinget den 21. oktober 2022. Meldinga blei presentert for styret i Helse Vest RHF i styremøte 7. desember 2022 jf. styresak 129/22.

Dei sentrale rammene for eigarpolitikken ligg gjennom den nye eigarskapsmeldinga fast, og regjeringa legg til grunn allment kjente eigarskapsprinsipp, -standardar og konvensjonar. Samtidig har regjeringa vidareutvikla og tilpasse eigarpolitikken til moglegheiter og utfordringar i dette tiåret med sikte på auka verdiskaping i heile Noreg og ein god og berekraftig forvalting av det statlege eigarskapet.

Dei vesentlege endringane i eigarpolitikken, som blei løfta frem i styresak 129/22 er følgjande:

- Omsynet til berekraft i statens sine mål som eigar er tydeleggjort og forsterka
- Nye og vidareutvikla grunngjevingar for statleg eigarskap
- Grunngjeving for kvifor staten er eigar, og staten sine mål som eigar er gjennomgått og oppdatert for kvart selskap
- Kategoriseringa av selskapa er forenkla og endra frå tre til to kategoriar

- Staten sine ti prinsipp for god eigarutøving er justert for å reflektere at staten skal vere ein aktiv og ansvarleg eigar med eit langsiktig perspektiv
- Fleire og tydelegare forventingar til selskapa, blant anna
    - Tydeleggjort og styrka forventingane til selskapa sitt arbeid med klima og nye forventingar til selskapa sitt arbeid med natur
    - Ny forventing om at selskapa inkluderer arbeidet med FNs berekraftsmål i selskapa sine strategiar og arbeidar aktivt med å følgje dette opp i dagleg drift
    - Tydeleggjort forventingar til selskapa sitt arbeid med menneskerettar og styrka forventing om anstendige arbeidsforhold
    - Ny forventing om at selskapa nyttar fag- og yrkesopplæring og læreplassar der det er relevant for selskapet
    - Ny forventing til selskapa om at dei særskilt grunngjev høgare lønsjustering for leiande tilsette enn for selskapet sine andre tilsette
    - Ny forventing om at selskapa i kategori 2 ikkje har eigne bonusordningar for leiande tilsette. For selskapa i kategori 1 er forventinga om maksimalt tilleten bonusramme redusert frå 50 til 25 prosent
    - Styrka forventing om at selskapa er leiande i arbeidet med openheit og rapportering

Eit sentralt område i regjeringa sin eigarskapsmelding er løn for leiande tilsette. Dei forventningane til godtgjering til leiande tilsette som kjem til uttrykk i eigarskapsmeldinga blir supplert og utdjupa i staten sine retningslinjer for leiarløn. Nærings- og fiskeridepartementet kom den 12. desember 2022 med nye retningslinjer til staten for leiarlønn i selskap med direkte statleg eigardel.

Følgjande er sagt om leiarløn i føretaksprotokollen frå føretaksmøtet 17. januar 2023.

Det går fram av eigarskapsmeldinga at det er vesentleg at dei statleg eide selskapa kan tilby konkurransedyktig godtgjering, slik at dei får rekruttert og behaldt gode leiarar. Lønsvilkår er eit sentralt verkemiddel for å rekruttere og behalde slik kompetanse. Staten forventar at godtgjering til leiande tilsette er konkurransedyktig, men ikkje lønsleiande samanlikna med tilsvarande selskap, samt at styret varetar omsynet til moderasjon ved fastsetting og justering av godtgjeringa. For å vurdere kva som er eit konkurransedyktig, men ikkje lønnsleiande nivå på godtgjeringa, vil ein normalt sjå på forhold som erfaring, ansiennitet, kompetanse og løn i tilsvarande selskap. Moderasjonsomsynet saman med forventninga om konkurransedyktig godtgjering inneber at godtgjeringa ikkje skal vere høgare enn naudsynt for å rekruttere og behalde ønska kompetanse. Dersom leiande tilsette får høgare årleg justering i fastløn enn gjennomsnittet for øvrige tilsette, er staten opptatt av at selskapet grunngir dette i selskapet sin lønsrapport. Staten sine retningsliner for leiarløn vart oppdatert i tråd med eigarskapsmeldinga med verknad frå 12. desember 2022.

Som følgje av dei nye statlege retningslinjene for leiarløn må det gjerast ein gjennomgang med tanke på revidering av Helse Vest RHF sine retningslinjer for leiarløn som blei vedteke i styresak 051/22. Administrerande direktør vil legge fram forslag til nye retningslinjer for leiarløn i styremøtet i april.

Dei dokumenta som styret har rådigheit over og sjølv fastset, er følgjande:

- Styreinstruks
- Instruks for administrerande direktør
- Fullmaktsstruktur
- Etiske retningslinjer
- Instruksar for revisjonsutvalet og internrevisjonen

Desse dokumenta blir kort omtala nedanfor.

Kommentarar

1. Styreinstruks og instruks for administrerande direktør

Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav om at styret i regionalt helseføretak skal fastsette ein instruks for styret og ein instruks for administrerande direktør. Styreinstruksen har vore revidert ved fleire høve, seinast i styremøte 30. september 2019, sak 101/19.
Når det gjeld instruks for administrerande direktør, blei denne revidert i styremøte 23. mars 2022 (sa 035/22) ved at ein valde å konsekvent nytte det kjønnsnøytrale omgrepet «administrerande direktør» i dokumentet i staden for «hans».

Det blir ikkje gjort framlegg om nye endringar i instruksane for styret og administrerande direktør.

2. Fullmaktsstruktur

Gjeldande fullmaktstruktur blei sist gjennomgått i 2013. Fullmaktsstrukturen har til hensikt å klargjere myndigheits-, ansvars- og oppgåvefordelinga mellom føretaksmøtet, styret og administrerande direktør.

I 2021 blei det innført eit nytt økonomisystem i føretaksgruppa som har gitt betre og meir heilskapleg systemstøtte og handtering av fullmakter knytt til økonomiske transaksjonar.

3. Etiske retningslinjer for Helse Vest

Dei etiske retningslinjene blei gjennomgått og revidert i 2017. Dei reviderte retningslinjene blei presentert i møte med dei konserntillitsvalde og konsernhovudverneombodet 28. november 2017 og er å finne på Helse Vest si heimeside på internett. Dei etiske retningslinjene blei også presentert for styret i Helse Vest RHF i eiga sak i styremøte 5. september 2018, sak 091/18.

4. Instruksar for revisjonsutvalet og internrevisjonen

Revisjonsutvalet har lagt til grunn at det er god praksis å jamleg gjennomgå instruksane, og det er lagt til grunn at instruksane blir ein del av den årlege saka om gjennomgang av styrande dokument.

Både i instruks for revisjonsutvalet og instruks for internrevisjonen blei det gjort mindre endringar i styremøte 23. mars 2022, sak 035/22.

Revisjonsutvalet behandla sak om instruksane i møte 14. februar 2023, og det blei gjort følgjande vedtak:

> *Revisjonsutvalet sluttar seg til at instruksen for internrevisjonen vert ståande uendra, og at instruks for revisjonsutvalet endrar ordet «han» til «vedkommande» i punkt 7.1 første setning for å gjera instruksen kjønnsnøytral.*

Administrerande direktør tilrår at styret endrar instruksen for revisjonsutvalet i samsvar med vedtak gjort i revisjonsutvalet.

Vedlegg:

Vedlegg 1 - Statens retningslinjer for leiarlønn i selskap med direkte statleg eigardel
Vedlegg 2 – Vedtekter for Helse Vest RHF, sist revidert i føretaksmøte 10. januar 2022
Vedlegg 3 – Rettleiaren «Styrearbeid i regionale helseføretak»
Vedlegg 4 – Styreinstruks for styret i Helse Vest RHF, sist revidert 30. september 2019
Vedlegg 5 – Instruks for administrerande direktør i Helse Vest RHF
Vedlegg 6 – Fullmaktstruktur for Helse Vest RHF
Vedlegg 7 – Etiske retningslinjer for Helse Vest
Vedlegg 8 – Instruks for revisjonsutvalet
Vedlegg 9 – Instruks for internrevisjonen

Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med direkte statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 12. desember 2022[1])

DEL I

1 Formål og virkeområde

Statens forventninger til selskaper med direkte statlig eierandel fremgår av eierskapsmeldingen.[2] Formålet med statens retningslinjer for lederlønn er å gi en oversikt over og utdypning av staten som eiers forventninger knyttet til godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper med statlig eierandel.[3] Statens forventninger gjelder hele konsernet.

Allmennaksjeloven §§ 6-16 a og 6-16 b med tilhørende forskriftsbestemmelser[4] pålegger styrene i noterte selskaper å utarbeide retningslinjer for godtgjørelse til ledende personer (styrets retningslinjer) samt rapport om godtgjørelse til ledende personer (lønnsrapport) som skal behandles av generalforsamlingen. I unoterte selskaper med statlig eierandel vil staten foreslå å fastsette i selskapets vedtekter at allmennaksjelovens bestemmelser om styrets retningslinjer og lønnsrapport skal gjelde for selskapet.[5]

Statens retningslinjer viser hva staten vektlegger ved vurderinger av styrets retningslinjer og lønnsrapport, herunder utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte.[6] På generalforsamling vil staten i utgangspunktet stemme mot ordninger som er i strid med statens retningslinjer. Unntak kan f.eks. vurderes dersom avvik fra statens retningslinjer er godt nok begrunnet i styrets retningslinjer eller lønnsrapport.

Statens retningslinjer består av generelle forventninger som knytter seg til all godtgjørelse som mottas av ledende ansatte og spesifikke forventninger til enkelte godtgjørelseselementer. I retningslinjenes del II er det utdypende kommentarer til forventningene for veiledning.

2 Generelle forventninger

Staten forventer at:

A. Godtgjørelsen fremmer oppnåelse av selskapets og eiers mål, herunder at godtgjørelsen bidrar til selskapets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
B. Godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende og at hensynet til moderasjon ivaretas.
C. Hovedelementet i godtgjørelsesordningen er fastlønn.

---

[1] Retningslinjene erstatter retningslinjene datert 30.4.2021.
[2] Meld. St. 6 (2022 – 2023) *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap - Statens direkte eierskap i selskaper*
[3] Som "ledende ansatte" anses daglig leder og øvrig ledergruppe i selskapet, samt eventuelt andre som regnes som "ledende ansatte", jf. regnskapsloven § 7-31b.
[4] Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse til ledende personer av 1. januar 2021.
[5] Dette vil ikke bli foreslått i selskaper som defineres som "små foretak" etter regnskapsloven § 1-6, med mindre det vurderes som hensiktsmessig. Dette vil heller ikke bli foreslått for Folketrygdfondet som allerede er underlagt verdipapirfondforskriftens bestemmelser om godtgjørelse gjennom mandat for forvaltningen av Statens pensjonsfond Norge, fastsatt av Finansdepartementet.
[6] I selskaper hvor styret ikke utarbeider retningslinjer og lønnsrapport, vurderer staten godtgjørelsesordningene gjennom annen informasjon.

D. Godtgjørelsen ikke er urimelig, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.
E. Selskapet er åpen om utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, herunder at godtgjørelsesordningene er klart forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.
F. Forskjeller i godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte hensyntas i moderasjonsvurderingen, og at selskapet særskilt begrunner høyere lønnsjustering for ledende ansatte enn gjennomsnittlig lønnsjustering for selskapets øvrige ansatte. I denne vurderingen sees det også hen til kronemessig lønnsvekst for øvrige ansatte.
G. Styret redegjør for hvordan det følger opp statens retningslinjer i datterselskaper.[7]
H. Styret tar eierskap til, og arbeider aktivt med, styrets retningslinjer om godtgjørelse til ledende personer, lønnsrapporten samt daglig leders godtgjørelse.

3 Spesifikke forventninger knyttet til enkelte godtgjørelseselementer

3.1 Bonus, aksjeprogrammer og opsjoner

Staten forventer at:

A. Selskapet gir nok informasjon om den resultatavhengige godtgjørelsen i styrets retningslinjer og lønnsrapport til at det er mulig å vurdere om ordningen fremmer selskapets ambisjoner, mål og strategier, virker insentiverende og er reelt variabel.
B. Resultatavhengig godtgjørelse er basert på relevante, transparente og målbare kriterier.
C. Maksimalt oppnåelig bonus ikke overstiger 25 pst. av fastlønn.
D. Aksjeprogrammer[8], herunder langtidsinsentivordninger[9] (LTI), har bindingstid[10] på minst tre år, uavhengig av om den ledende ansatte fortsatt er ansatt i selskapet.
E. Summen av oppnåelig bonus og aksjeprogrammer i noterte selskaper ikke overstiger 55 pst. av fastlønn.
F. Selskaper i kategori 2 ikke benytter egne bonusordninger for ledende ansatte.
G. Opsjoner eller opsjonslignende ordninger ikke benyttes.
H. Selskapet søker adgang til å kreve tilbake resultatbasert godtgjørelse som er tildelt på åpenbart feilaktig grunnlag eller villedende opplysninger fra vedkommende.

3.2 Pensjon

Staten forventer at:

A. Pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet.
B. Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon ikke overstiger maksimalgrensen, herunder satsene, i de skattefavoriserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G).
C. Det ved avtaler om ytelsespensjon tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger og at samlet pensjonsutbetaling ikke overstiger 66 pst. av lønn opp til 12 G.
D. Det ikke påløper pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavorisert ytelsesordning når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet.

[7] Jf. aksjeloven-/allmennaksjeloven §§ 1-3 (3)
[8] Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjer som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer.
[9] Langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. LTI er en prestasjonsbasert godtgjørelse hvor nettobeløpet etter skatt må investeres i selskapets aksjer med bindingstid.
[10] Bindingstid etter tildeling av godtgjørelsen etter en eventuell opptjeningsperiode.

3.3 Sluttvederlag[11]

Staten forventer at:

A. Dersom selskapet inngår avtale om sluttvederlag, overstiger ikke avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden 12 månedslønner i sum.
B. Sluttvederlaget reduseres normalt krone for krone dersom den ledende ansatte i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
C. Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, gis det ikke sluttvederlag.

4 Virkningstidspunkt og implementering

Statens retningslinjer for lederlønn er fastsatt 12. desember 2022. Staten forventer at statens retningslinjer er fulgt opp i styrets retningslinjer for lederlønn gjeldende fra 2023, og reflektert i lønnsrapporten for regnskapsåret 2023.

Del II – kommentarer

1 Innledning

For å gi veiledning med hensyn til hva staten legger i forventningene som fremgår i retningslinjenes del I, gis utdypende kommentarer i del II. I kommentarene presiseres, utdypes og eksemplifiseres statens forventninger.

2 Kommentarer til generelle forventninger

Staten forventer at:

A. Godtgjørelsen fremmer oppnåelse av selskapets og eiers mål, herunder at godtgjørelsen bidrar til selskapets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.

Statens mål som eier er høyest mulig avkastning over tid innenfor bærekraftige rammer (kategori 1) eller bærekraftig og mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål (kategori 2). Staten forventer at selskapet utarbeider og implementerer ambisjoner, tydelige mål og strategier, og at selskapet definerer tydelige prestasjonsindikatorer og måler selskapets måloppnåelse og gjennomføring av strategiene. Oppnåelse av statens mål som eier forutsetter at selskapene integrerer økonomiske, sosiale og miljømessige forhold gjennomgående i selskapenes ambisjoner, mål, strategier og virksomhetsstyring.

Gode godtgjørelsesordninger gjenspeiler selskapets ambisjoner, mål og strategier. Dette er særlig relevant ved resultatavhengig godtgjørelse og insentivbaserte ordninger i form av bonus-, aksjeprogrammer e.l. For at resultatavhengig godtgjørelse skal kunne medvirke til oppnåelse av selskapets og eiers mål, er det en forutsetning at det er en klar sammenheng mellom kriteriene for den resultatavhengige godtgjørelsen og selskapets ambisjoner, mål og strategier, og at kriteriene knyttes opp til vesentlige forhold som har betydning for selskapets måloppnåelse.

[11] *Sluttvederlag* omfatter kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

For at resultatavhengig godtgjørelse skal stimulere til ønsket adferd, bør resultatkriteriene både knyttes til selskapets overordnede mål og til målbare kriterier som den enkelte kan påvirke ved egen innsats. Med målbare kriterier menes at det inntas relevante og dekkende forklaringer på hva som skal måles og hva som har gitt uttelling.

Resultatavhengig godtgjørelse skal gjenspeile verdiskaping for eierne og ikke i praksis være et fastlønnselement. Staten er derfor opptatt av at styret vurderer den reelle variabiliteten i ordningen ved fastsettelse av kriterier og innslagspunkter, og at innslagspunktene fastsettes på en måte som ikke fører til at uttellingen for enkeltkriterier i praksis alltid er tilnærmet lik. Eventuell utbetaling av resultatavhengig godtgjørelse bør som hovedregel reflektere oppnådde resultater ut over det forventede.

For noen noterte selskaper kan det å knytte kriteriene til verdiutvikling for eierne til en referansegruppe, f.eks. konkurrenters aksjekursutvikling eller indekser, være formålstjenlig. Det gjør at ledende ansatte ikke får belønning for økt aksjekurs som skyldes eksterne faktorer de ikke har kontroll over, f.eks. utviklingen i råvarepriser. En slik utforming innebærer samtidig at ledende ansatte kan få belønning dersom selskapet presterer bedre enn sin referansegruppe selv om aksjekursen faller pga. eksterne faktorer. Det kan bidra til at ledende ansatte kontinuerlig motiveres til å prestere bedre enn sine konkurrenter.

I selskaper som benytter resultatavhengig godtgjørelse, bør styret vurdere om det er mest formålstjenlig å bruke en kollektiv bonusordning, f.eks. i form av overskuddsdeling, noe som kan gi *alle* ansatte eierskap til selskapets resultater. Hva som er hensiktsmessige insentiver vil variere mellom selskapene. I den grad selskapene benytter slike ordninger bør ordningene utarbeides slik at forskjellen i potensiell utbetaling for ledende ansatte og øvrige ansatte ikke blir for stor.

Staten forventer at:

B. *Godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende, og at hensynet til moderasjon ivaretas.*

Staten er opptatt av at godtgjørelsen til ledende ansatte er konkurransedyktig slik at selskapet får rekruttert og beholdt gode ledere. Samtidig skal godtgjørelsen ikke være lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper, og hensynet til moderasjon skal ivaretas. Dette innebærer bl.a. at godtgjørelsen ikke er høyere enn nødvendig for å tiltrekke og beholde ønsket kompetanse. Hensynet til moderasjon er vesentlig for å ivareta selskapets langsiktige interesser, blant annet for å unngå at omdømmet svekkes gjennom at lederlønningene bidrar til urimelige forskjeller i selskapet og samfunnet for øvrig. Moderasjon kan også forhindre urimelig verdioverføring fra aksjeeiere til ledende ansatte. Det er verken i selskapets eller eiernes interesse om selskapet betaler mer i godtgjørelse enn nødvendig.

Godtgjørelsen til ledende ansatte fastsettes gjerne slik at den oppfyller to formål. Det ene er at godtgjørelsen er høy nok til at personen aksepterer og forblir i stillingen. Det andre er at godtgjørelsen er innrettet slik at den motiverer til å maksimere måloppnåelse for eierne. For det første formålet vil det normalt bl.a. sees hen til forhold som erfaring, ansiennitet, kompetanse og lønnsbetingelser som er vanlige i andre, tilsvarende selskaper. Ifm. lederbytter skal det med andre ord gjøres en konkret vurdering av riktig godtgjørelse, og ikke være automatikk i at eksisterende betingelser og nivåer videreføres i nye avtaler. Ved vurdering av tilsvarende selskaper kan det være relevant å se hen til en referansegruppe av sammenlignbare selskaper. Styret bør imidlertid være bevisst på at en eventuell bruk av slike referansegrupper kan ha en uheldig lønnsdrivende effekt, særlig hvis referansegruppen består av få selskaper, da høyere oppjustering i ett selskap kan medføre press på lederlønningene i de øvrige selskapene. Styret bør også ha et bevisst forhold til sammensetningen av en eventuell referansegruppe. For ledende ansatte som opererer i det norske lederlønnsmarkedet bør det normalt sees hen til sammenlignbare *norske* selskaper i fastsettelsen av godtgjørelsen. Lederlønnsnivået i Norge er lavt i internasjonal sammenheng. Dersom utenlandske selskaper inkluderes i en referansegruppe, kan dette presse opp lederlønningene uten at det er et reelt behov for det. Videre bør det være aktsomhet rundt det å inkludere noterte selskaper i en referansegruppe for unoterte selskaper da det kan medføre unødig lønnsøkning i unoterte selskaper. For utenlandske ledende ansatte som opererer i lederlønnsmarkedet utenfor Norge, vil staten ha forståelse for behovet for visse lokale tilpasninger som avviker fra statens forventning på enkelte godtgjørelseselementer.

Staten er opptatt av at styret ivaretar hensynet til moderasjon også i forbindelse med endringer i godtgjørelsesordningene. For eksempel vil hensynet til moderasjon i liten grad ivaretas dersom økt bindingstid på aksjer i aksjeprogrammer kompenseres med større økning i samlet godtgjørelse. Et annet eksempel er eventuell økt fastlønn som følge av redusert pensjonsgodtgjørelse, men hvor økningen i fastlønnen i liten grad reflekterer moderasjon. Det bør videre ikke være automatikk i at redusert bonusramme medfører økning i fastlønnen.

De enkelte godtgjørelseselementene skal vurderes både enkeltvis og samlet mot statens forventninger.

Staten forventer at:

D. Godtgjørelsen ikke er urimelig, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme.

Godgjørelsesordninger som er urimelige, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme, kan føre til at selskapet må bruke mye tid på å håndtere intern uro i selskapet, omtaler i media osv. på bekostning av andre oppgaver, noe som igjen kan gi svakere måloppnåelse.

Eksempler på godtgjørelsesordninger som kan utfordre denne forventningen er inngåelse av for gunstige retrettavtaler, sluttvederlagsavtaler hvor vederlaget ikke faller bort dersom vilkårene for avskjed foreligger, uoppsigelige eller langvarige bonusordninger, bonusordninger som gir høy uttelling når aksjonæravkastningen eller annen måloppnåelse har vært svak, eller som gir ekstra godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke, som for eksempel råvarepriser. Også særskilt godtgjørelse til ledende ansatte for styreverv i samme konsern vil typisk anses som urimelig. Staten er opptatt av åpenhet om begrunnelsen for eventuelle ordninger som kan fremstå som urimelige, slik at staten og andre interessenter kan vurdere ordningene.

Staten forventer at:

> *E. Selskapet er åpen om utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, og at godtgjørelsesordningene er klart forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.*

Staten er opptatt av åpenhet om styrets vurderinger av statens forventninger, f.eks. hvordan godtgjørelsen bidrar til selskapets mål og hvordan styret ved fastsettelse og justering av godtgjørelsen ivaretar at godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende samt hensynet til moderasjon.

Videre, for at eiere og andre interessenter skal kunne vurdere godtgjørelsen til ledende ansatte, er det avgjørende med åpenhet om utformingen av, nivået på og utviklingen i godtgjørelsen til de ledende ansatte, herunder at ordningene er klart forståelige. Generelt oppleves særlig utformingen av resultatavhengig godtgjørelse, hva som skal til for å oppnå slik godtgjørelse og hvordan kriteriene vurderes i forbindelse med utbetaling, å være lite tilgjengelige. Kompliserte ordninger gjør at eiere, styrer, ledende ansatte og andre må bruke uforholdsmessig mye tid på å forstå ordningene. En grunnleggende forutsetning for at resultatavhengig godtgjørelse skal være egnet til å insentivere mottaker, er at mottaker forstår hva som skal til for å øke uttellingen. Eksempelvis forventer staten at kriteriene som ligger til grunn for resultatavhengig godtgjørelse er uttalte og kan måles. For variable godtgjørelseselementer, bør det i styrets retningslinjer også komme klart frem hva som er potensiell maksimal utbetaling for den enkelte ledende ansatte.

Som det fremgår nedenfor i kommentarene til forventningen i avsnitt 2F forventer staten også åpenhet rundt styrets begrunnelser der ledende ansatte gis en høyere lønnsvekst, i prosent eller kroner, enn hva som er den gjennomsnittlige lønnsøkningen for øvrige ansatte.

Staten forventer at:

> *F. Forskjeller i godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte hensyntas i moderasjonsvurderingen, og at selskapet særskilt begrunner høyere lønnsjustering for ledende ansatte enn gjennomsnittlig lønnsjustering for selskapets øvrige ansatte. I denne vurderingen sees det også hen til kronemessig lønnsvekst for øvrige ansatte.*

Større forskjell i godtgjørelsen mellom ledende ansatte og øvrige ansatte i selskapet kan være uheldig bl.a. fordi det kan skade selskapets omdømme gjennom å medføre urimelige forskjeller i selskapet og i samfunnet for øvrig.

Hensynet til moderasjon tilsier blant annet at styret tar hensyn til forskjeller i nivået på godtgjørelsen til ledende og øvrige ansatte. Dersom ledende ansatte får høyere årlig justering i fastlønn enn gjennomsnittet for øvrige ansatte, er staten opptatt av at selskapet begrunner dette. Moderasjon innebærer videre at styret og daglig leder i sin vurdering av lønnsjusteringer til ledende ansatte også ser hen til den kronemessige lønnsjusteringen til øvrige ansatte. Det kan også være relevant å se hen til samlet godtgjørelse.

Dersom veksten i samlet godtgjørelse, eller i enkelte godtgjørelseselementer, er større for ledende ansatte enn for øvrige ansatte, enten prosentvis eller kronemessig, er staten opptatt av at styret gir en særskilt begrunnelse i selskapets lønnsrapport. Regjeringen vurderer det slik at en bevisstgjøring rundt lønnsnivåer, herunder at lik prosentvis økning gir ulik kronemessig økning, er vesentlig for å bidra til å dempe lønnsveksten for ledende ansatte og for å forhindre at lønnsforskjellen mellom ledere og øvrige ansatte øker, da dette antas å kunne ha negativ påvirkning på selskapets omdømme og utvikling. Ved behandling av selskapets lønnsrapport på generalforsamling vil staten vurdere selskapets begrunnelse opp mot statens forventninger.

Staten forventer at:

G. Styret redegjør for hvordan det følger opp statens retningslinjer i datterselskaper.

Statens forventninger gjelder hele konsernet.[12] Selskapets organisering av virksomheten vil med andre ord ikke være avgjørende for forventningenes anvendelse. Samtidig er det i henhold til selskapslovgivningens rollefordeling generalforsamlingen og styret i det enkelte selskap som skal følge opp selskapets lederlønn. På denne bakgrunn forventer staten at styret i morselskapet følger opp at statens forventninger blir fulgt opp i hele konsernet og at det på et generelt og overordnet nivå fremgår av styrets retningslinjer for morselskapet hvordan dette gjøres. Hvis relevant og dekkende kan det for eksempel forklares at hele eller deler av styrets retningslinjer for morselskapet også er gjort gjeldende for godtgjørelse til ledende ansatte i selskapets datterselskaper.

Staten har forståelse for at det kan være særlige hensyn i datterselskaper. For utenlandske datterselskaper vil det for eksempel kunne være behov for lokale tilpasninger som innebærer avvik fra statens forventninger. Dette gjelder særlig de spesifikke forventningene knyttet til enkelte godtgjørelseselementer.

Staten forventer at:

H. Styret tar eierskap til, og arbeider aktivt med, styrets retningslinjer om godtgjørelse til ledende ansatte, lønnsrapporten samt daglig leders godtgjørelse.

Staten er ikke representert i styrene i selskapene med statlig eierandel, og er derfor avhengig av at styrene følger opp statens forventninger. Dersom utformingen og fastsettelsen av godtgjørelsesordningene i praksis delegeres til administrasjonen, kan dette gi uheldig press på godtgjørelsesordningene, f.eks. gjennom for enkelt oppnåelig resultatavhengig godtgjørelse. Styret bør bl.a. ta hensyn til at administrasjonen består av ansatte som også selv kan bli

[12] Jf. aksjeloven/allmennaksjeloven §§ 1-3.

direkte berørt av fastsettelsen av godtgjørelsesordningene, og at disse ofte rapporterer til konsernledelsen og/eller daglig leder. Staten vil som hovedregel ha dialog om lederlønn direkte med styret.

3 Kommentarer til spesifikke forventninger til enkelte godtgjørelseselementer

Nedenfor følger spesifikke forventninger og tilhørende kommentarer knyttet til enkelte godtgjørelseselementer. Det gjøres oppmerksom på at disse må vurderes i sammenheng med de generelle forventningene og kommentarene ovenfor.

3.1 Bonus, aksjeprogrammer og opsjoner

Staten forventer at:

A. Selskapet gir nok informasjon om den resultatavhengige godtgjørelsen i styrets retningslinjer og lønnsrapport til at det er mulig å vurdere om ordningen fremmer selskapets ambisjoner, mål og strategier, virker insentiverende og er reelt variabel.
B. Resultatavhengig godtgjørelse er basert på relevante, transparente og målbare kriterier.
C. Maksimalt oppnåelig bonus ikke overstiger 25 pst. av fastlønn.
D. Aksjeprogrammer[13], herunder langtidsinsentivordninger[14] (LTI), har bindingstid[15] på minst tre år, uavhengig av om den ledende ansatte fortsatt er ansatt i selskapet.
E. Summen av oppnåelig bonus og aksjeprogrammer i noterte selskaper ikke overstiger 55 pst. av fastlønn.
F. Selskaper i kategori 2 ikke benytter egne bonusordninger for ledende ansatte.
G. Opsjoner eller opsjonslignende ordninger ikke benyttes.
H. Selskapet søker adgang til å kreve tilbake resultatbasert godtgjørelse som er tildelt på åpenbart feilaktig grunnlag eller villedende opplysninger fra vedkommende.

Gode godtgjørelsesordninger gjenspeiler selskapets ambisjoner, mål og strategier slik at det skapes et interessefellesskap mellom eiere og ledende ansatte. Resultatavhengig godtgjørelse, insentivbaserte ordninger i form av bonus-, aksjeprogrammer e.l., er særlig relevant i denne sammenheng. Det vises til de generelle forventningene beskrevet i avsnitt 2A og 2E ovenfor, og kommentarene til disse, for en nærmere beskrivelse av statens forventninger knyttet til utforming av resultatavhengig godtgjørelse, herunder kriteriene som benyttes. Statens forventning om maksimal størrelse på resultatavhengig godtgjørelse bidrar til å begrense eventuelle negative virkninger av ordninger som ikke sammenfaller med eiernes mål, jf. kommentarer til avsnitt 2H.

Staten er en langsiktig eier, som er opptatt av verdiutvikling over tid. Formålet med aksjeprogrammer med bindingstid, som langtidsinsentivordninger (LTI), er å bidra til langsiktig verdiutvikling gjennom at ledende ansatte eier aksjer i selskapet som ikke kan selges før bindingstiden har utløpt. Slike ordninger kan bidra til større sammenfall i interesser mellom eier og ledelse. Særlig for daglig leder, som antas å kunne påvirke aksjekursen mest gjennom sitt helhetlige ansvar for selskapet, kan en større andel LTI være mer hensiktsmessig. Som følge av reduksjon i maksimal tillatt bonus, kan summen av bonus og aksjeprogrammer ikke overstige 55 pst. av fastlønn. Maksimalt oppnåelig bonus skal fortsatt ikke overstige 25 pst. av fastlønn.

[13] Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som godtgjørelse, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram.
[14] En prestasjonsbasert godtgjørelse hvor nettobeløpet etter skatt må investeres i selskapets aksjer med bindingstid.
[15] Bindingstid etter tildeling av godtgjørelsen etter en eventuell opptjeningsperiode.

Staten forventer bindingstid på minst tre år på aksjeprogrammer, men oppfordrer til lengre bindingstid. For at formålet med aksjeprogrammer ikke skal undergraves forventer staten at bindingstiden på aksjene overholdes også hvis arbeidsforholdet avsluttes i bindingsperioden, med mindre aksjene, eller markedsverdien av aksjene ved arbeidsforholdets sluttidspunkt, tilbakeføres/-betales av den ledende ansatte på sluttidspunktet.

Aksjeeierskap kan være egnet til å styrke interessefellesskapet mellom eiere og ledende ansatte. Staten er derfor positiv til aksjeeierskap i noterte selskaper også ut over det ledende ansatte eventuelt får gjennom aksjeprogrammer, f.eks. ved at en andel av et annet godtgjørelseselement, som fastlønn eller bonus, investeres i selskapets aksjer. Dette anses ikke som et aksjeprogram.

Aksjespareprogrammer for alle ansatte omfattes også av statens retningslinjer i den grad de benyttes av ledende ansatte. Det betyr at ledende ansattes deltakelse i alle former for aksjepareprogrammer skal ha en bindingstid på minst tre år og verdien av aksjespareprogrammet skal være inkludert i rammen på 55 pst. av fastlønn.

Staten vil i utgangspunktet kun støtte aksjeprogrammer i noterte selskaper. Det kan imidlertid unntaksvis være helt spesielle tilfeller hvor aksjebasert godtgjørelse kan være formålstjenlig for unoterte selskaper i kategori 1 innenfor rammen for bonus på 25 pst. av fastlønn. Staten vil ved eventuelle konkrete forslag fra styret vurdere om den kan støtte aksjebasert godtgjørelse basert på om det er klart i eiers interesse.

For selskaper i kategori 2 hvor staten søker bærekraftig og mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål, kan det være særlig krevende å finne gode kriterier som gjenspeiler selskapets strategier og mål. Staten har derfor en forventning om at denne typen selskaper ikke skal benytte egne bonusordninger for ledende ansatte.

3.2 Pensjon

Staten forventer at:

A. Pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet.
B. Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon ikke overstiger maksimalgrensen, herunder satsene, i de skattefavoriserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G).
C. Det ved avtaler om ytelsespensjon tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger og at samlet pensjonsutbetaling ikke overstiger 66 pst. av lønn opp til 12 G.
D. Det ikke påløper pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavorisert ytelsesordning når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet.

Forventningen om at pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet innebærer bl.a. at særskilte ordninger for ledende ansatte som førtidspensjon og kort opptjeningstid som gir gunstige utbetalinger, ikke er i tråd med statens forventning.

Staten har siden 2015 ikke støttet pensjonsgrunnlag for alderspensjon som overstiger maksimalgrensen i de skattefavoriserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G og maksimalsatser på 7 pst. av lønn mellom 0 G og 12 G, samt tillegg på 18,1 pst. av lønn mellom 7,1 G og 12 G). Dette innebærer at pensjoner ikke finansieres over selskapets egen drift, som innebærer en stor langsiktig kostnad. Forventningen støtter også opp under hovedprinsippet om at fastlønn bør være hovedelementet i en godtgjørelsesordning. Videre vil en ramme på 12 G bidra til økt åpenhet om nivået på lederlønningene. Pensjon synes i mindre

grad å påvirke innsats og motivasjon enn lønn som mottas i dag eller i nær fremtid. Høye pensjonskostnader kan derfor koste mer for selskapet enn det gir i opplevd lønnseffekt for mottakeren.

Det er få selskaper som tilbyr sine ansatte ytelsespensjon. Omtalen i avsnitt 3.2. C er beholdt ettersom det fremdeles er en del ledende ansatte som har slike avtaler.

3.3 Sluttvederlag[16]

Staten forventer at:

A. Dersom selskapet inngår avtale om sluttvederlag, overstiger ikke avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden 12 månedslønner i sum.
B. Sluttvederlaget reduseres normalt krone for krone dersom den ledende ansatte i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
C. Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, gis det ikke sluttvederlag.

Staten er opptatt av at selskapet ikke skal betale urimelige vederlag til ansatte som forlater selskapet. Samtidig er det klart at situasjoner hvor det er aktuelt å betale sluttvederlag kan ha mange aspekter. Sluttvederlag som overstiger 12 måneders fastlønn inkludert oppsigelsestid vil sjelden være rimelig og i samsvar med hensynet til moderasjon. Videre er det urimelig dersom vedkommende får sluttvederlag samtidig med inntekt fra andre stillinger, verv eller for øvrig mottar inntekt som gir eller erstatter arbeidsinntekt. Med "verv" menes profesjonelle verv.

4 Virkningstidspunkt og implementering

Statens retningslinjer for lederlønn er fastsatt 12. desember 2022. Staten forventer at statens retningslinjer er fulgt opp i styrets retningslinjer for lederlønn gjeldende fra 2023, og reflektert i lønnsrapporten for regnskapsåret 2023.

Staten har forståelse for at det kan være krevende å endre godtgjørelsesavtaler som er i strid med disse retningslinjene, men som er inngått før fastsettelsen av retningslinjene. Staten er opptatt av at styret vurderer hvilket handlingsrom det har i det enkelte tilfellet.

Når det gjelder hvilke avtaler som anses å være inngått etter fastsettelsen av retningslinjene foruten nyinngåtte avtaler, anser staten også en reforhandlet avtale i forbindelse med en ny stilling som en ny avtale. Et eksempel er dersom en ledende ansatt skifter stilling i konsernledelsen og i den forbindelse reforhandler sine vilkår. I et slikt tilfelle vil statens forventninger gjelde, herunder rammen på 12 G for pensjon, i forbindelse med reforhandlingen av avtalen.

[16] *Sluttvederlag* omfatter kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

Vedtekter for Helse Vest RHF
Fastsatt ved kgl. res. 31. august 2001

§ 1 Navn
Det regionale helseforetakets navn er Helse Vest RHF.

§ 2 Eier
Helse Vest RHF eies fullt ut av Den norske stat.

§ 3 Ansvarsområde for Helse Vest RHF
Ansvarsområdet for Helse Vest RHF er Helseregion Vest. Helseregion Vest omfatter fylkene Rogaland og Vestland.

Justeringer av ansvarsområdet foretas av Kongen.

§ 4 Hovedkontor
Helse Vest RHF har sitt hovedkontor i Stavanger kommune.

§ 5 Formål
Formålet for virksomheten til Helse Vest RHF er å bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor det geografiske ansvarsområdet som er angitt i § 3. Målsettingen er nedfelt blant annet i helseforetaksloven § 1, spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, psykisk helsevernloven § 1, pasientrettighetsloven § 1-1 og i annen helselovgivning som retter seg mot foretakets virksomhet.

§ 6 Hovedoppgaver
Helse Vest RHF skal oppfylle de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale helsepolitiske, forskningspolitiske og utdanningspolitiske vedtak og planer. Virksomheten skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Helse Vest RHF skal samordne virksomheten i de helseforetakene det eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.

Helse Vest RHF skal fastsette hvilke virksomheter som skal løse de enkelte hovedoppgavene innenfor områdene:
- helsefremmende og forebyggende arbeid
- helsemessig og sosial beredskap

Sist endret 14. januar 2020

- rehabilitering og habilitering
- somatisk helsetjeneste
- psykisk helsevern
- tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk
- laboratorie- og radiologiske tjenester
- syketransport, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste
- apotektjeneste på sykehus

Hovedoppgavene som Helse Vest RHF skal legge til rette for, planlegge, organisere og fremme innenfor regionen er:
- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Helse Vest RHF skal oppfylle sitt ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a gjennom egeneide helseforetak og kan også benytte andre leverandører av spesialisthelsetjenester når det bidrar til å oppfylle foretakets mål.

Helse Vest RHF skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til samarbeidspartnere som blant annet det statlige barne- og familievern, samt øvrige aktuelle statlige ansvarsområder.

Helse Vest RHF skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med universitetet og høgskole og andre relevante institusjoner med hensyn til disse oppgavene.

Helse Vest RHF skal ta initiativ til og medvirke til samarbeid med andre regionale helseforetak når dette er egnet til å fremme de regionale helseforetakenes formål og løsning av hovedoppgavene.

§ 7 Eiermøter i Helse Vest RHF

Det skal avholdes foretaksmøte i januar hvert år der styrings- og prestasjonskrav på økonomi og organisasjonsområdet blir fastlagt. Videre avholdes foretaksmøte hvert år innen utgangen av juni måned for fastsettelse av årsregnskap og årsberetning, jf. helseforetaksloven § 43, jf. regnskapsloven § 3-1, og for behandling av årlig melding som omtalt i helseforetaksloven § 34, jf. § 15 i vedtektene for Helse Vest RHF. Ytterligere foretaksmøter utover de som er nevnt over, avholdes etter særskilte behov.

§ 8 Styrende organer

Helse Vest RHF ledes av et styre. Styret kan ha inntil ti medlemmer. Inntil sju medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet. Foretaksmøtet velger leder og nestleder.

I tillegg velger de ansatte tre styremedlemmer med varamedlemmer. Med utgangspunkt i de partsforhold som da vil gjelde, deltar styremedlemmer som er valgt av de ansatte ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Den daglige ledelsen av Helse Vest RHF utøves av den styret ansetter.

§ 8 a Oppnevning av styremedlemmer i helseforetak
Eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Styret skal samlet sett ha en geografisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6, jf. helseforetaksloven § 21 første ledd.

§ 9
Opphevet 7. januar 2014.

§ 10 Salg av sykehusvirksomhet
Styret skal oversende eventuelle saker med forslag om salg av hele eller deler av et helseforetaks virksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten, eller tjenester som står i naturlig sammenheng med spesialisthelsetjenesten, til departementet slik at sakene kan forelegge for Stortinget, jf. helseforetaksloven § 32.

§ 11 Salg av foretakets faste eiendommer
Styret kan beslutte salg av fast eiendom som Helse Vest RHF eier, når eiendommen er verdsatt til 10 mill. kroner eller mindre, jf. helseforetaksloven § 31 annet ledd, med mindre lov, andre bestemmelser eller rettigheter er til hinder for det. Styret kan overlate til helseforetak å treffe beslutning om salg innenfor denne rammen.

§ 12 Låneopptak
Helse Vest RHF kan kun ta opp lån gjennom statlige lånebevilgninger. Helse Vest RHF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 mill. kroner pr. avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må forelegges føretaksmøtet.

Alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.

Helse Vest RHFs låneopptak til investeringsformål foretas innenfor de prosedyrene og reglene som er gitt i "Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene" av 26. februar 2003 med senere endringer.

§ 13 Universitetenes og høyskolenes oppgaver
Styret skal påse at universiteters og høyskolers rettigheter og interesser i tilknytning til undervisning og forskning ved helseforetak som Helse Vest RHF eier blir ivaretatt, og at sakene belyses tilstrekkelig ut fra forsknings- og undervisningsperspektivene.

Helse Vest RHF skal tre inn i de pliktene som fylkeskommunene og staten som sykehuseiere hadde overfor universiteter og høyskoler da Helse Vest RHF overtok ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenesten i Helseregion Vest, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Dette omfatter også alle rettigheter som universiteter og høyskoler har til å bruke foretakets faste eiendom, utstyr og andre formuesgjenstander, både rettigheter som fremgår av avtaler, vilkår for bevilgninger og lignende. Helse Vest RHF skal bidra til en klargjøring av universiteters og høyskolers rettigheter i forhold til de helseforetak som Helse Vest RHF eier.

Foretaksmøtet skal fastsette instruks om forholdet til universiteter og høyskoler.

§ 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende
Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrerorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til departementet.

§ 15 Melding til departementet
Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.
Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier

og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

§ 16 Pensjon

Helse Vest RHF skal sørge for at de ansatte i Helse Vest RHF og i de helseforetak som Helse Vest RHF eier, skal omfattes av offentlig tjenestepensjon.

§ 16 a Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Ved utarbeidelse av egne retningslinjer skal Helse Vest RHF og underliggende virksomheter følge "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel", fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Helse Vest RHF skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet.

Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a, herunder:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse som nevnt i første ledd for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret

Erklæringen skal i tillegg inneholde en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter.

Erklæringen skal behandles på tilsvarende vis som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a i foretaksmøtet som avholdes i Helse Vest RHF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd.

§ 17 Arbeidsgivertilknytning
Helse Vest RHF skal være medlem av Arbeidsgiverforeningen Spekter og skal sørge for at alle helseforetak som det eier, også er medlem av Arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 18 Kontaktmøter med fylkeskommuner o.a.
Helse Vest RHF skal som et minimum ha faste kontaktmøter med fylkeskommunene i regionen to ganger per år. Tilsvarende møter bør også holdes med øvrige relevante interessenter i regionen. Helse Vest RHF skal sørge for at det etableres lignende ordninger med kommunene mv. i underliggende helseforetak.

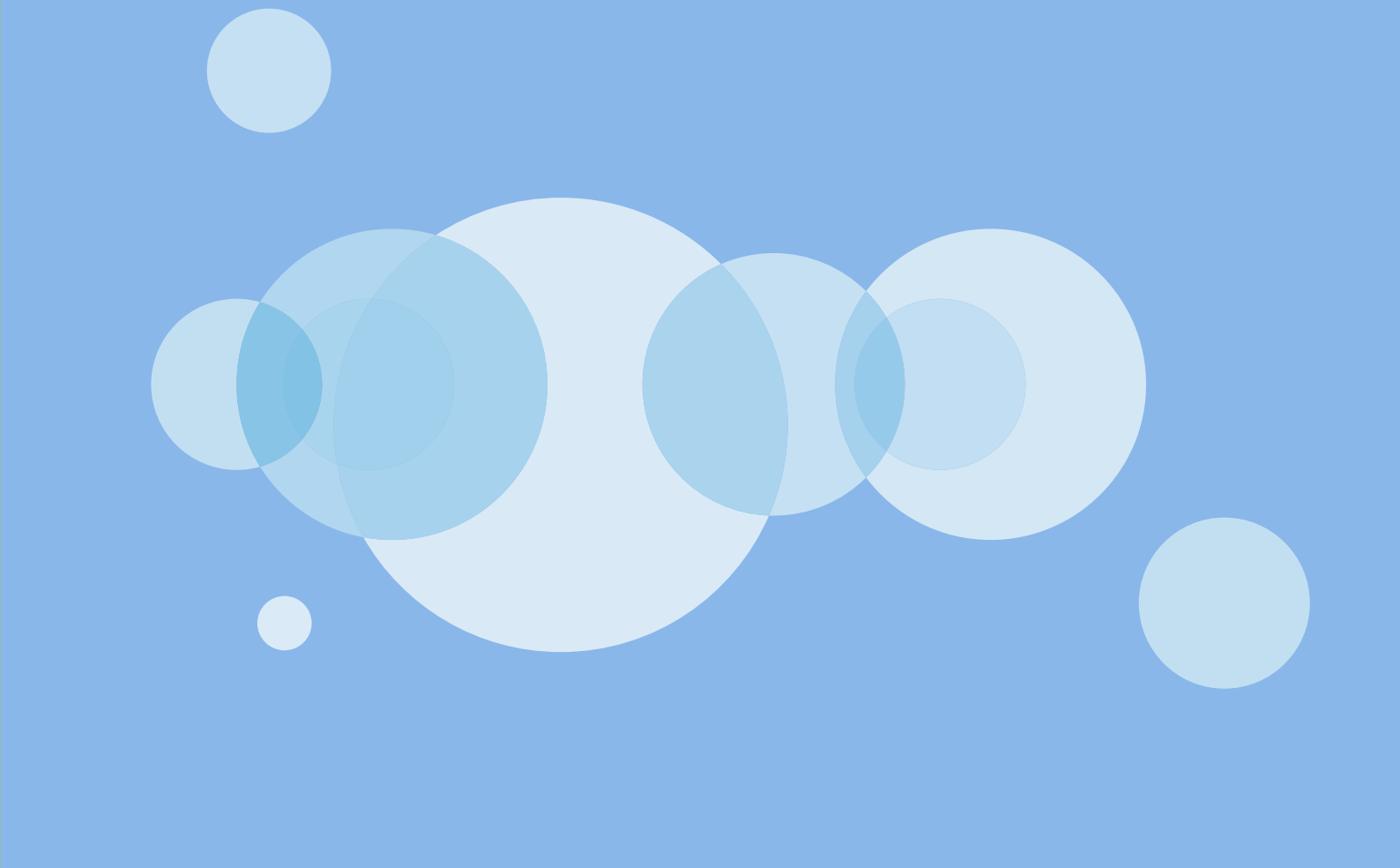
§ 19 Endring av vedtektene
Endring av disse vedtektene foretas av foretaksmøtet i Helse Vest RHF, jf. helseforetaksloven § 12.

Styret vurderer og tar eventuelt opp endringer i vedtektene dersom dette er nødvendig for å ivareta Helse Vest RHF sitt formål og hovedoppgaver.

Helse- og omsorgsdepartementet

Veileder

Styrearbeid i regionale helseforetak



Innhold

Om dette dokumentet 3

1 Helseforetaksmodellen 4

1.1 Samfunnsoppdrag og ansvar 4

1.2 Etikk – etiske retningslinjer 4

2 Rammer for statens eierskap 5

2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar 5

2.2 Kontakt mellom Stortinget og regionale helseforetak 5

2.3 Riksrevisjonens kontroll 5

2.4 Helseforetaksloven – rettslige rammer for departementets eierstyring 6

2.5 Statens eierskapspolitikk 8

3 Styret – god virksomhetsstyring 9

3.1 Styret som kollegium 9

3.2 Styrets sammensetning: kompetanse, mangfold, kapasitet 9

3.3 Styrene – rammer og oppgaver 11

4 Praktisk styrearbeid 16

4.1 Styreleders særlige oppgaver 16

4.2 Styresekretær 16

4.3 Strategi, kontroll- og organiseringsoppgaver og egenoppgaver 16

4.4 Mer om styrets egenoppgaver 17

4.5 Forholdet til annen lovgivning 18

5 Vedlegg 20

Vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter 1

1 Eierstyring og roller - vedtakskompetanse 1

1.1 Om rolledelingen mellom Storting, statsråd og regionale helseforetak 1

1.2 Styrets selvstendige ansvar for å fatte vedtak etter egen overbevisning 3

1.3 Om helseforetaksloven § 30 - når må en sak vedtas av statsråden i foretaksmøtet? 3

1.4 Nærmere om vedtak knyttet til nedleggelse av sykehus 4

2 Om adgangen til å ha dialog og utveksle synspunkter med inderliggende virksomhet utenom foretaksmøtene 5

2.1 Eierstyring skal skje i foretaksmøte 5

2.2 Begrepsbruk 6

2.3 Uttalelser fra eier utenom foretaksmøtet er ikke rettslig bindende 6

2.4 Dialog og meningsutvekslinger er tillat utenom foretaksmøtet 6

2.5 Eier kan ha dialog med styreleder 7

2.6 Om forholdet mellom administrerende direktør i helseforetak, styret, foretaksmøtet og administrerende direktør i regionalt helseforetak 7

3 Om åpenhet og lukking av styrets møter 8

3.1 Overordnet 8

3.2 Om offentlighet ved styremøter 9

3.3 Om adgangen til å avholde styreseminarer 10

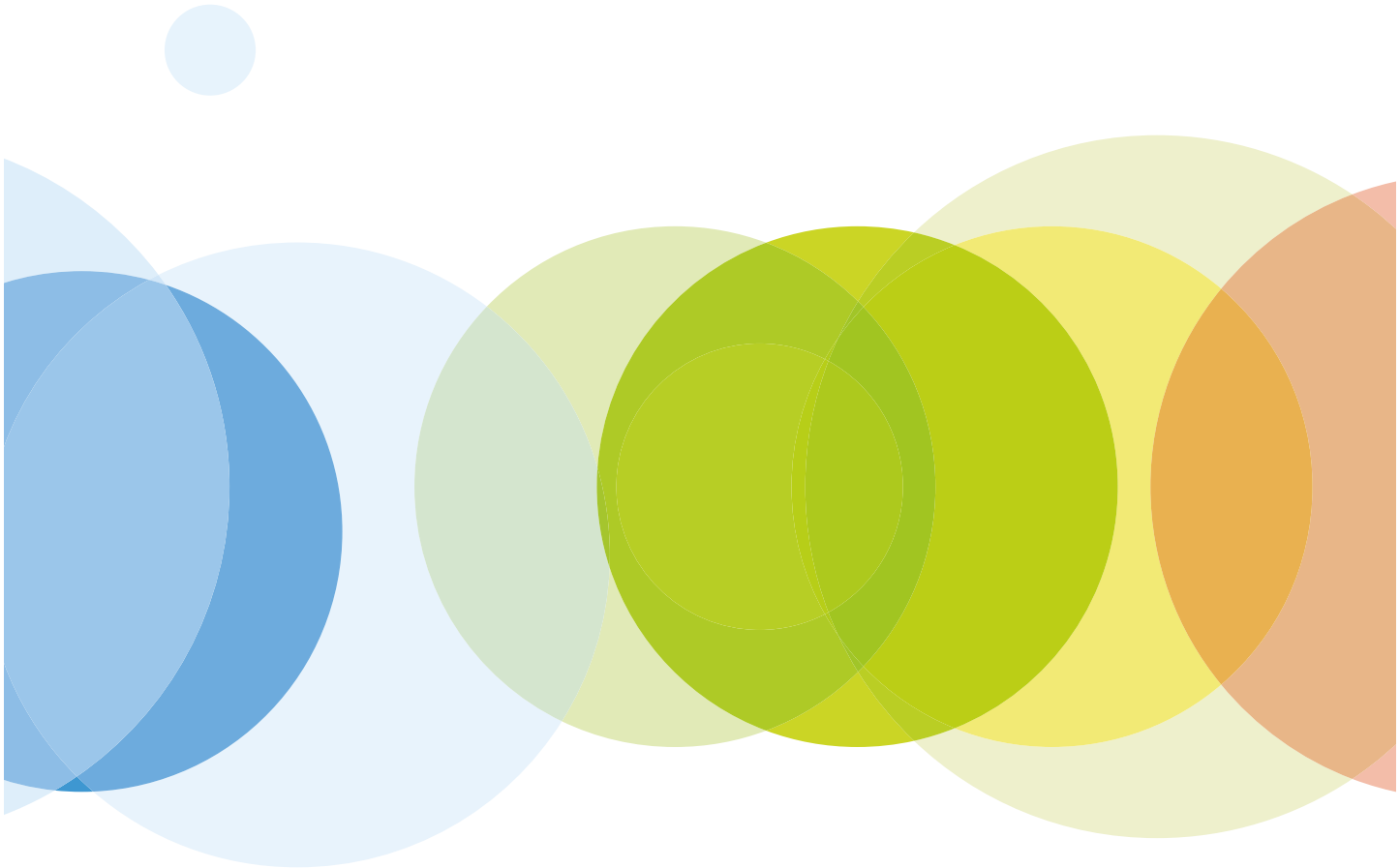
3.4 Om styrets egenevaluering 10

Om dette dokumentet

Styreveileder i regionale helseforetak gir en kort orientering om styrearbeid i regionale helseforetak, og er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser praktisering av disse og gir en omtale av styrearbeid som er av veiledende karakter.

Veilederen benyttes i opplæring av nye styremedlemmer. De regionale helseforetakene har laget egne veiledere til styrene i helseforetakene, basert på departementets veileder. Departementet vil oppdatere en elektronisk versjon ved behov.

Veilederen er tilgjengelig på departementets hjemmeside på regjeringen.no.



1 Helseforetaksmodellen

Grunnpilaren i helsepolitikken er en offentlig styrt helsetjeneste som skal gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helsetjenester – uansett sosial og økonomisk status eller bosted.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organisering av foretakene.

Helseforetaksmodellen ble innført da helseforetaksloven trådte i kraft 1. januar 2002. Eierskapet til sykehusene ble overført til staten, etter 30 år med fylkeskommunalt eierskap. Sykehusene ble organisert som selvstendige rettssubjekter i form av helseforetak med egne styrer.

Det statlige eierskapet styrker statens mulighet til å styre spesialisthelsetjenesten ved at eierrollen kommer i tillegg til statens øvrige roller, som politikkutformer, finansiør (bestiller), myndighetsutøver og tilsynsmyndighet.

De regionale helseforetakene har to viktige lovpålagte oppgaver; de eier helseforetakene i helseregionen (eieransvar) og skal sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar). Spesialisthelsetjenestene skal enten tilbys av egne helseforetak eller kjøpes fra private aktører.

1.1 Samfunnsoppdrag og ansvar

Det statlige eierskapet skal sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursbruk for å ivareta og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen, samt legge til rette for utdanning, forskning og opplæring.

De regionale helseforetakene skal kommunisere med alle aktører som berøres av virksomheten og innrette virksomheten slik at de gir et positivt bidrag til samfunnet. Den praktiske utøvelsen tilligger daglig leder. Styret må sørge for gode rutiner og retningslinjer for å ivareta sitt ansvar.

1.2 Etikk – etiske retningslinjer

De regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter sentrale velferdsgoder for befolkningen. Det er derfor viktig at både ansatte og styremedlemmer har nødvendig tillit i offentligheten.

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha retningslinjer for etisk ansvarlig opptreden som er tilgjengelige på foretakets hjemmeside. De etiske retningslinjene skal gjelde de ansatte og, så langt de passer, styremedlemmer og andre som representerer foretaket.

2 Rammer for statens eierskap

De regionale helseforetakene er egne rettssubjekter. Dette setter rammer for hvordan styringskrav kommuniseres og i hvilken grad og hvordan det kan gripes inn i virksomhetens drift.

2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar

I følge Grunnloven §19 forvalter regjeringen statens aksjer og eierskap i statsforetak og andre selskap. Forvaltningen av de regionale helseforetakene er delegert til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helseministerens forvaltning av eierskapet til de regionale helseforetakene utøves under parlamentarisk og konstitusjonelt ansvar. Det parlamentariske ansvaret er statsrådens politiske ansvar overfor Stortinget og kan gjøres gjeldende overfor den enkelte statsråd eller for regjeringen som kollegium ved mistillitsvotum. Det konstitusjonelle ansvaret er statsrådens individuelle straffe-rettslige ansvar for brudd på grunnlov og lov.

2.2 Kontakt mellom Stortinget og regionale helseforetak

Stortinget kan ikke styre foretakene direkte, men vedtar rammene for regjeringens forvaltning av det statlige eierskapet. Det skal legges til rette for at Stortinget og stortingsrepresentantene får den informasjonen de har behov for og etterspør. Som følge av statsrådens politiske og konstitusjonelle ansvar skal Helse- og omsorgsdepartementet være informert om slik kontakt, og informeres i forkant av avtalte møter.

2.3 Riksrevisjonens kontroll

Riksrevisjonen fører kontroll med statsrådens (Helse- og omsorgsdepartementets) forvaltning av det statlige eierskapet. Riksrevisjonen kan foreta undersøkelser i regionale helseforetak, helseforetak og heleide datterselskap etter riksrevisjonsloven og instruks fastsatt av Stortinget. Riksrevisjonen har rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, både fra foretaket selv og fra revisor, eventuelt selv foreta undersøkelser. Riksrevisjonen skal varsles om foretaksmøtene og har rett til å være til stede og tale.

Riksrevisjonen foretar årlige selskapskontroller og forvaltningsrevisjoner i foretakene. Resultatet rapporteres til Stortinget.

Dokumentene i saker som Riksrevisjonen vurderer å legge fram for Stortinget er underlagt utsatt offentlighet. Dette betyr at dokumentene først kan offentliggjøres når saken er mottatt i Stortinget.

2.4 Helseforetaksloven – rettslige rammer for departementets eierstyring

Statens (departementets) eierstyring skal skje innenfor rammer og mål som Stortinget fastsetter gjennom budsjettvedtak (Prop 1 S) og lovgivning.

Statens økonomireglement er også relevant for statens eierstyring og oppfølging av eierinteresser.

Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for eiers, styrets og administrerende direktørs myndighet. Den statlige eierstyring skal skje gjennom:

- fastsetting av vedtekter
- oppnevning av styremedlemmer og
- gjennom enkeltstående vedtak og foretaksmøter

Helseforetaksloven § 16 første ledd bestemmer at «eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte» og at «eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte». Eierstyring skjer således i foretaksmøte.

Det innebærer at all kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger. Det er ikke instrukser. Styremedlemmene skal fatte vedtak på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak.

Adgangen til å ha dialog og utveksle synspunkter med underliggende virksomhet utenom foretaksmøtene er omtalt i punkt 2 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer

Overordnede og langsiktige styringskrav gis i de regionale helseforetakenes vedtekter. Endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet.

Foretaksmøtet oppnevner styremedlemmer for de regionale helseforetakene. Se nærmere omtale under punkt 3.2.

2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ

Foretaksmøtet er omtalt i helseforetaksloven kapittel 5 og i vedtektene. Foretaksmøtet er det regionale helseforetakets øverste organ. Eier kan ikke utøve eierstyring utenom foretaksmøtet. Eier kan avholde felles foretaksmøte for foretak som ikke eies sammen med andre.

I foretaksmøtet i de regionale helseforetakene representerer Helse- og omsorgsdepartementet staten som eier. I foretaksmøtet i helseforetakene er (styret for) de regionale helseforetakene eier.

Daglig leder i regionalt helseforetak kan etter vedtak i styret representere eier. For de regionale helseforetakene:

- skal det avholdes foretaksmøte i løpet av årets to første måneder hvert år for å godkjenne økonomiske og organisatoriske krav og rammer
- skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år for å fastsette årsregnskap, årsberetning og behandle årlig melding
- skal foretaksmøtet håndtere saker som i følge lov, forskrift eller vedtekter hører under foretaksmøtet.

Ytterligere foretaksmøter besluttes av eier og kan avholdes ved behov.

2.4.2.1 Innkalling

Eier innkaller styret og daglig leder til foretaksmøte. Revisor innkalles dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom Riksrevisjonen krever det. Riksrevisjonen skal varsles og har rett til å være til stede og tale i foretaksmøtene (riksrevisjonsloven § 13 og helseforetaksloven § 45). Styreleder og daglig leder plikter å delta i foretaksmøtet. Dersom styreleder eller daglig leder har gyldig forfall, skal det utpekes stedfortreder fra henholdsvis styret eller administrasjonen. Eier kan bestemme at foretaksmøtet holdes som video- eller telefonmøte.

2.4.2.2 Møteledelse og protokoll

Foretaksmøtet i de regionale helseforetakene ledes av statsråden eller den statsråden gir fullmakt. Eier kan overlate til styrets leder å lede foretaksmøtet.

Det skal føres protokoll fra foretaksmøtet, som gjengir eiers vedtak. Er styremedlem eller daglig leder uenig i eiers vedtak, skal dette føres inn i protokollen. I etterkant av foretaksmøtene sluttfører eier protokollen og oversender den til styreleder, daglig leder og Riksrevisjonen. Protokollen legges også ut på www.regjeringen.no.

Reglene om varsling av Riksrevisjonen og føring av protokoll utgjør et grunnlag for kontroll med statsrådens forvaltning av eierskapet.

2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helsepolitiske bestillingen

Helseforetaksmodellen innebærer at flere roller samles på statens hånd. I tillegg til eierskapet, finansieres de regionale helseforetakene i all hovedsak gjennom bevilgninger på statsbudsjettet. Dette innebærer at de regionale helseforetakene styres etter andre prinsipper enn andre statlig eide selskaper som ikke finansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet.

Helseforetaksloven gir hjemmel for at eier kan tildele foretak midler utenfor foretaksmøtet og sette vilkår for tildelingen. Til de regionale helseforetakene gjøres dette gjennom oppdragsdokumentet, som også omtales som den helsepolitiske bestillingen, der Stortingets bevilgning stilles til disposisjon. Oppdragsdokumentet skal på en helhetlig måte klargjøre rammer, mål og resultatkrav for de regionale helseforetakene det kommende året, knyttet til pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring. Oppdragsdokumentet stiller også krav til hvordan de regionale helseforetakene skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet om gjennomførte tiltak og oppnådde resultater (se punkt 3.3). Oppdragsdokumentet ferdigstilles etter at Stortingets budsjettvedtak for det kommende året foreligger og publiseres på www.regjeringen.no. Det har de siste årene vært praksis for at oppdragsdokumentet overleveres samme dag som foretaksmøtet i januar.

2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom eier og regionalt helseforetak

Departementet har ansvar for å holde seg orientert om virksomheten og at virksomhetene drives i samsvar med kravene som er stilt i foretaksmøter og vilkårene som er satt for tildeling av bevilgning.

Helse- og omsorgsdepartementet skal innhente skriftlige opplysninger fra regionale helseforetak og avholde rapporteringsmøter. Departementet gjennomfører regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen i de regionale helseforetakene. I disse møtene deltar departementets eieravdeling og spesialisthelsetjenesteavdeling. I møtene rapporterer de regionale helseforetakene på styringskrav satt i foretaksmøter og oppdragsdokument. I tillegg utveksles informasjon om aktuelle saker.

Det faktum at eier kun styrer gjennom foretaksmøter, er ikke til hinder for kontakt mellom departementet som eier og de regionale helseforetakene utenom foretaksmøtet, men det må legges vekt på å etablere hensiktsmessige kommunikasjonsformer.

2.5 Statens eierskapspolitikk

Som eier forvalter staten betydelige verdier på vegne av fellesskapet. Dette stiller krav til at virksomhetene drives profesjonelt og ansvarlig.

Det legges til grunn at styrene og ledelsen i de regionale helseforetakene er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk. Det vises videre til Statens prinsipper for godt eierskap, som er i tråd med allment aksepterte eierstyringsprinsipper.

3 Styret – god virksomhetsstyring

Foretakets styre og daglige ledelse er regulert i helseforetaksloven kapittel 6 og i vedtektene. God virksomhetsstyring omhandler rollefordelingen og samspillet mellom eier, styret og daglig leder. God virksomhetsstyring omhandler også samspillet mellom virksomheten og dens interessenter, som f.eks. ansatte og brukere og deres organisasjoner, samarbeidsparter, leverandører, lokalt og regionalt nærmiljø og andre sektorer.

Staten ønsker å legge til rette for god virksomhetsstyring. Helseforetaksmodellen bygger på en klar rollefordeling mellom eier, styret og daglig leder.

3.1 Styret som kollegium

Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Styrelederen har ikke instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Det enkelte styremedlem skal ikke representere bestemte interesser eller grupper.

Styremedlemmer kan utsettes for sterke forventninger om å engasjere seg i enkeltsaker og enkelthensyn. Det kan være en krevende balansegang for styremedlemmet og også utfordre styret ved at oppmerksomhet rettes inn mot detaljer heller enn en strategisk og overordnet tilnærming.

Forutsetningen for at styret skal kunne opptre som et kollegium er at styremedlemmene har god forståelse av styrets rolle og formålet og rammene for virksomheten.

3.2 Styrets sammensetning: kompetanse, mangfold, kapasitet

De regionale helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet. Styret skal sørge for at virksomheten oppnår målene som er satt og samtidig drive kostnadseffektivt.

Styret må settes sammen slik at det samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgaver som styret har og de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk. Det forventes at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for å utveksle nødvendig kunnskap og informasjon med relevante interessenter. Styrene for de regionale helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og styremedlemmer valgt av og blant de ansatte.

3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer

Eieroppnevnte styremedlemmer i de regionale helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Styremedlemmene i de regionale helseforetakene må ha tilknytning til regionen. Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Ved oppnevning av nye styremedlemmer legges det vekt på at styret samlet sett har et mangfold og en bredde kompetansemessig, geografisk og aldersmessig. Styret skal oppfylle kravet til kjønnsmessig balanse. Det er videre praksis for å balansere hensynet til kontinuitet og fornyelse i styret.

3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer

Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte bidrar med kunnskap om foretaksinterne forhold som kan være vesentlige for styrets vurderinger. Inntil en tredel av styremedlemmene skal velges av og blant de ansatte. De ansatte har en ubetinget rett til å være representert i styret for det regionale helseforetaket og en betinget rett til å være representert i styret for helseforetaket (mer enn 30 ansatte).

Til styret for det regionale helseforetaket velges styremedlemmer blant de ansatte i det regionale helseforetaket og i underliggende helseforetak. Forskrift om ansattes rett til representasjon regulerer valget.

Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte har samme ansvar og rettigheter som eieroppnevnte styremedlemmer. De deltar likevel ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer

Det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Styreleder kan selv sørge for dette eller delegere til andre. Styret kan også gjennomføre styreseminarer for å styrke styret som kollegium

Departementet gir nye styremedlemmer i de regionale helseforetakene relevant informasjon og avholder «konstituerende» styreseminar.

3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang mv.

Styremedlemmene oppnevnes for to år. Et styremedlem blir sittende inntil et nytt styremedlem er valgt selv om tjenestetiden er utløpt. Et styremedlem kan gjenoppnevnes for flere perioder.

Når særlige grunner foreligger, kan styremedlemmet tre tilbake før tjenestetiden er utløpt. Dette kan være f.eks. familiære eller helsemessige forhold, eventuelt at rollen som styremedlem er uforenlig med andre forhold eller posisjoner styremedlemmet innehar.

Eier kan i foretaksmøte avsette eller bytte ut ett eller flere eieroppnevnte styremedlemmer. Det kreves ingen begrunnelse.

Ved suppleringsvalg kan det fastsettes kortere tjenestetid. I situasjoner der eieroppnevnte styremedlemmer har fratrådt før tjenestetiden er ute, blir nye styremedlemmer i tråd med etablert praksis valgt med tjenestetid fra valget og frem til nye styremedlemmer ordinært skal velges.

Foretaksmøtet kan ikke avsette eller bytte ut styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte.

3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse

Foretaksmøtet fastsetter styregodtgjørelse for styremedlemmene. Styregodtgjørelsen for styremedlemmene i de regionale helseforetakene blir fastsatt i forbindelse med valg av nye styremedlemmer annethvert år. Ved fastsettelsen ses det hen til styregodtgjørelser i andre virksomheter, samt den alminnelige lønnsutviklingen.

3.3 Styrene – rammer og oppgaver

Styret er virksomhetens øverste styrings- og ansvarsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven (særlig kapitlene 6 og 7) og vedtektene. Det er viktig for styret å ha god kunnskap om disse bestemmelsene i utøvelsen av styrearbeidet.

3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar

Styret har ansvar for forvaltning og tilsyn med foretaket. Styret må rette seg etter eiers styringskrav i foretaksmøte og oppdragsdokument.

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **forvaltningsansvar** må:

- sørge for forsvarlig organisering av foretaket
- fastsette planer og budsjett for foretakets virksomhet
- holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling

Styret skal også sørge for betryggende kontroll av bokføring og formuesforvaltning. Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **tilsynsansvar** må:

- føre tilsyn med den daglige ledelse
- føre tilsyn med foretakets virksomhet, og at det drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjett

Styret for de regionale helseforetakene skal også føre tilsyn med at underliggende helseforetak drives i samsvar med helseforetakets vedtekter, foretaksmøtets vedtak og vedtatt budsjett og plan.

Den daglige driften av foretaket er et ansvar for foretakets daglige leder. Styret kan tydeliggjøre sine krav og forventninger til daglig leder gjennom fastsetting av instruks for administrerende direktør. Mange av foretakene har fastsatt slik instruks (se 4.4). Daglig leder må følge retningslinjer og pålegg styret har gitt. Styrets retningslinjer og pålegg utformes normalt på overordnet nivå, slik at daglig leder har handlingsrom til å lede virksomheten.

Helseforetaksloven stiller krav om at daglig leder hver fjerde måned skal gi styret skriftlig rapport om foretakets økonomiske stilling og virksomhet. I regionalt helseforetak skal rapporteringen også omfatte virksomheten til de underliggende helseforetakene. Gjeldende praksis er at daglig leder gir månedlige rapporteringer. Dette skal sikre at styret regelmessig får den informasjonen det trenger for å ivareta sitt forvaltnings- og tilsynsansvar. Det er i tillegg viktig at styret og daglig leder i fellesskap blir enige om hvordan rapporteringen skal struktureres (form/innhold).

Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Styrene skal fatte sine egne vedtak og stå for disse.

Styrets plikt til å fatte vedtak etter egen overbevisning er omtalt i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

3.3.2 Bruk av styreutvalg

Enkelte styrer har valgt å opprette styreutvalg til saksforberedende arbeid. Dette kan bidra til grundig saksforberedelse på komplekse felt og frigjøre tid i styremøtene. Ulempen er at utvalgsbehandlingen kan bidra til å pulverisere styrets ansvar. Utvalg bør derfor kun benyttes der sakenes kompleksitet og omfang krever det. Styreutvalgenes saksbehandling endrer ikke styrets ansvar for å treffe beslutningene i styremøtet.

Det bør praktiseres stor grad av offentlighet for arbeidet i styreutvalgene. Hensynet til legitimitet og åpenhet tilsier at prinsippene for offentlighet i helseforetaksloven § 26a så langt som mulig legges til grunn for møter i styrets ulike utvalg. Styret bør ha retningslinjer for styreutvalgenes saksbehandling. Styreutvalgenes arbeidsform kan tilsi at møtene ikke åpnes, men at offentligheten så langt som mulig gis tilgang til saksdokumenter og informative protokoller fra møtene.

3.3.3 Internkontroll og risikostyring

3.3.3.1 Internkontroll

Internkontroll er et ledelsesverktøy for intern styring og kontroll av virksomheten og skal inngå som en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Internkontroll innebærer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivningen. Internkontroll skal forebygge, forhindre, avdekke og rette opp eventuell svikt. Internkontroll i helseforetakene er systematisk styring i form av blant annet prosedyrer, instrukser, rutiner og andre tiltak som styret, daglig leder og ansatte gjennomfører for å sikre:

- faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester
- kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- etterlevelse av regler, relevante retningslinjer, veiledere, styringskrav og selvpålagte krav

Internkontrollen må tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig.

Det stilles krav til internkontroll i helse- og omsorgstjenesten i blant annet helsetilsynsloven § 3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Daglig leder har ansvar for å etablere og gjennomføre et forsvarlig styringssystem, og holde styret tilstrekkelig orientert. Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt.

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene har en kontrollfunksjon og må for eksempel aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må også sørge for å være informert om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret plikter å gripe inn i tilfelle der foretaket ikke korrigerer ulovlig og uforsvarlig virksomhet, som for eksempel der foretak unnlater å korrigere sin virksomhet til tross for at tilsynet har gitt pålegg om dette.

Regler om internkontroll finnes også på flere andre områder, for eksempel innenfor brann- og sikkerhet-, arbeidsmiljø- og næringsmiddellovgivningen.

3.3.3.2 Internrevisjon

Det regionale helseforetaket skal etablere en uavhengig og objektiv internrevisjon for egen virksomhet og helseforetakene det eier. Internrevisjonen skal også omfatte inngåelse og oppfølging av avtaler med andre tjenesteytere.

Internrevisjonen skal vurdere foretakenes prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Formålet er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring. Internrevisjonen kan kreve innsyn i helseforetakenes virksomhet og i alle opplysninger den finner nødvendig for å utføre de revisjonsoppgavene den er pålagt i loven og av styret.

Styret tilsetter leder og fastsetter revisjonsplaner og instruks for internrevisjonen.

3.3.3.3 Revisjonsutvalg

Det regionale helseforetaket skal ha et revisjonsutvalg. Revisjonsutvalget støtter styret i arbeidet med å ha oversikt og kontroll med foretaksgruppens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll.

Revisjonsutvalget utfører sitt arbeid på vegne av styret og har både det regionale helseforetaket og helseforetakene som arbeidsområde. Revisjonsutvalget velges av og blant styrets medlemmer, begge kjønn skal være representert og minst ett av medlemmene skal ha kunnskap om regnskap eller revisjon.

3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte

Styret skal sørge for at det regionale helseforetaket har en kompetent daglig leder. Styret treffer vedtak om å tilsette, si opp eller avskjedige daglig leder. Dette er ikke til hinder for at statsråden kan gi uttrykk for sitt syn hvis han mener at den daglige ledelsen i foretaket ikke utøves på en god måte. Se omtale i punkt 2.6 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Vedtak om å tilsette, si opp eller avskjedige daglig leder i helseforetak tilligger helseforetakets styre. I slike saker kan styrene ikke instrueres av eier. Eier må forholde seg til styret, og eventuelt gjøre endringer i styresammensetningen dersom eier ikke finner at virksomheten drives på en tilfredsstillende måte.

Styret fastsetter og justerer daglig leders lønn. Daglig leder evalueres ofte i forbindelse med lønnsjusteringer.

De regionale helseforetakene og underliggende virksomheter skal utarbeide egne retningslinjer som følger «Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel», fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 13.2.2015. Retningslinjene klargjør prinsippene for fastsetting og justering av lønn for daglig leder og andre ledende ansatte. Det slås blant annet fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Erklæringen skal tas inn som en note i årsregnskapet og skal beskrive det totale omfanget av forpliktelser helseforetaket har pådratt seg gjennom avtaler inngått med ledende ansatte. Dette inkluderer f.eks. eventuelle avtaler om retrettstillinger.

Erklæringen skal blant annet inneholde:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter

Erklæringen skal inngå som note til årsregnskapet, som behandles i foretaksmøtet for det regionale helseforetaket innen utgangen av juni hvert år. Departementet redegjør for daglig leders lønnsforhold i Prop. 1 S.

3.3.5 Rapportering til eier – årlig melding, årsregnskap og årsberetning

De regionale helseforetakene skal rapportere til departementet om virksomheten i foretakene. Rapportering skjer i oppfølgingsmøtene nevnt under punkt 2.4, samt gjennom årlig melding og gjennom årsregnskap og årsberetning. Ved behov kan skriftlig informasjon innhentes.

Styret for regionalt helseforetak skal innen 15. mars hvert år sende årlig melding til departementet. I årlig melding skal det redegjøres for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak foregående år, samt for gjennomføringen av styringskrav departementet har stilt i foretaksmøter og oppdragsdokument.

Foretakene fører regnskap etter regnskapslovens prinsipper. Årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet, se også punkt 2.4.

3.3.6 Begrensninger i styrets kompetanse (myndighet)

Foretaksmøtet i det regionale helseforetaket skal fatte vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller for løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Dette følger av helseforetaksloven § 30.

Hvilke saker som er av vesentlig betydning må vurderes konkret. Følgende vedtak må alltid fattes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak:

- vedtak som kan endre virksomhetens karakter
- vedtak om nedleggelse av sykehus
- omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen
- omfattende endringer i tjenestetilbudet
- vedtak om endringer i antall helseforetak i helseregionen
- vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak

Saker omfattet av helseforetaksloven § 30 skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket, også saker som angår helseforetak. Dersom det er tvil om saken faller inn under § 30 vil det være naturlig å ha en dialog med eier for å avgjøre om saken skal behandles i foretaksmøte. Det regionale helseforetaket skal derfor ha rutiner for å fange opp slike saker. Saken skal behandles i styret for det regionale helseforetaket før eier gjør sitt vedtak i foretaksmøtet.

Foretaksmøtets eksklusive vedtakskompetanse er omtalt i punktene 1.3 og 1.4 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Foretaksmøtet skal treffe vedtak om pantsettelse eller salg av fast eiendom etter forslag fra styret. Unntak følger av vedtektene.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke. Formålet med bestemmelsen er ifølge forarbeidene til loven å sikre en betryggende demokratisk behandling av saken og å sette en prosessuell sperre mot privatisering av sykehusvirksomhet.

3.3.7 Representasjon og styreansvar

Foretakets representasjon utad er regulert i helseforetakslovens kapittel 9.

3.3.7.1 Representasjon

Styret representerer foretaket utad og kan binde foretaket ved å inngå avtaler med tredjemann, f.eks. driftsavtaler med private leverandører. Daglig leder representerer foretaket utad i saker som hører til foretakets daglige ledelse.

3.3.7.2 Styrets ansvar

Styremedlemmer og daglig leder plikter å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, foretakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave. Beslutning om at foretaket skal gjøre ansvaret gjeldende treffes av foretaksmøtet. Erstatningsansvaret kan lempes etter skadeerstatningsloven § 5-2.

4 Praktisk styrearbeid

Hvert styremedlem har ansvar for at styrets arbeid og beslutninger er til foretakets beste.

4.1 Styreleders særlige oppgaver

Styrelederen leder styret. Styret er et kollegium og styreleder har ingen instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Styrelederen skal bidra til at styremedlemmenes samlede kompetanse brukes for å oppnå mål og verdiskaping for foretaket. Styrets arbeidsform og fungeringsmåte påvirkes sterkt av hvordan styreleder utøver sin rolle.

Styreleder skal sørge at det avholdes styremøter ved behov og at saker som hører inn under styrets ansvar blir behandlet der. Styremedlemmer og daglig leder kan også kreve at styremøte blir avholdt.

Styreleder planlegger styremøtet i samråd med daglig leder. Styreleder skal sørge for at daglig leder gir styret god informasjon og et godt beslutningsgrunnlag.

Styreleder skal sørge for at styret arbeider målrettet og godt sammen, og at det er åpenhet og trygghet i styret slik at ulike synspunkt kan bringes frem. Styreleder leder styremøtene og har ansvar for at protokollen gjengir styrebehandlingen korrekt.

Styrelederen er en viktig støttespiller og sparringspartner for daglig leder. Styreleder må ha forståelse for den politiske konteksten som helseforetakene opererer innenfor. Styreleder må f.eks. kunne bedømme når det er nødvendig å informere eier i saker som har, eller kan få, politiske konsekvenser.

4.2 Styresekretær

Flere av styrene har en styresekretær som blant annet utarbeider dagsorden, koordinerer saksdokumenter, innkaller til styremøte, skriver styreprotokoll og holder oversikt over styremedlemmenes personalia og kontaktinformasjon. Styresekretærens rolle og oppgaver kan reguleres i instruks for styret.

4.3 Strategi, kontroll- og organiseringsoppgaver og egenoppgaver

Styrets oppgaver kan beskrives som følger:

Forvaltningsansvaret innebærer å etablere strategier og en hensiktsmessig organisering for at de ressurser som staten stiller til disposisjon anvendes i samsvar med formålet. Styret skal etablere mål, og fastsette stategiske planer, rammer for operative planer ogbudsjett for å nå målene. Styret skal sørge for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet samt gode rutiner for kommunikasjon og rapportering.

Tilsynsansvaret innebærer at styret skal forvisse seg om at foretaket er på målsatt kurs innenfor rammebetingelsene, samt sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes. Styret må holde seg orientert om utviklingen innen helsesektoren for å kunne være i stand til å vurdere om formålet oppnås på best mulige måte. Styret må påse at foretakets midler disponeres innenfor rammen av de vedtatte budsjetter, slik at foretaket kan ha tilstrekkelig utstyr og kvalifisert personell til å løse de oppgavene det er pålagt.

Styret skal i tillegg fastsette mål og plan for eget arbeid, etablere gode arbeidsformer og evaluere eget arbeid.

Styret må i sitt praktiske arbeid ta utgangspunkt i hva styret selv definerer som sine oppgaver. Styrets oppgaver skal fremgå av instruks for styret. Styret må finne en hensiktsmessig fordeling og tidsbruk mellom oppgavene, gitt foretakets situasjon og utfordringer.

4.4 Mer om styrets egenoppgaver

Styret skal ha en plan for eget arbeid. Nedenfor omtales konkrete hjelpemidler som årsplaner og styringsinstrukser.

4.4.1 Årsplan

Årsplaner for styrets arbeid tidfester styremøtene, gir oversikt over hvilke saker som skal behandles i hvert av styremøtene og angir hvem som skal foreberede saken for styret.

4.4.2 Instruks for styret og instruks for administrerende direktør

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Det oppfordres til å samarbeide om utformingen av instruksene innad i regionen og mellom regionene. Det oppfordres også til å publisere instruksene på foretakets hjemmesider.

Styreinstruksen kan blant annet beskrive rolleavklaring mellom styret og daglig leder, struktur på arbeidet, krav til dokumentasjon, saksbehandling, styremedlemmers plikter og rettigheter og styresekretærens rolle og oppgaver.

Instruks for daglig leder kan blant annet beskrive rolleavklaring mellom styret og daglig leder, oppgaver, plikter og rettigheter.

4.4.3 Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag

Daglig leder skal utarbeide styredokumentene. Styret kan sette krav til utformingen av styredokumentene.

Saken skal fremstilles konsist, informasjon skal være sortert og det vesentligste skal trekkes ut. Dokumentene skal så langt det er mulig inneholde en klar konklusjon eller anbefaling fra daglig leder.

4.4.4 Protokoll fra styremøtene

Protokoll fra styremøtene skal underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Styret beslutter hvilken form protokollen skal ha. Protokollen skal minst angi tid, sted, deltakere, hva den enkelte sak gjelder og styrets beslutning. Ved uenighet, kan styremedlemmer eller daglig leder kreve uenigheten protokollert.

4.4.5 Styrets evaluering av egen virksomhet

Styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet én gang i året, gjerne mot slutten av året. Hele styret og daglig leder bør delta i evalueringen. Styret skal vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte er egnet til å ivareta oppgavene. Evalueringen kan avdekke områder der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles i et påfølgende styremøte.

Evalueringen kan gjennomføres ved bruk av samtaler, intervjuer eller eget evalueringsskjema. Styret kan velge å gjennomføre evalueringen selv eller å engasjere ekstern bistand. Styret må uansett klargjøre hva som er styrets viktigste oppgaver og foretakets utfordringer, slik at evalueringen kan gjøres i forhold til dette.

Styrene bør vurdere behovet for å utarbeide felles rutiner eller retningslinjer for gjennomføring av styrets egenevalueringer i det regionale helseforetaket og i underliggende helseforetak.

Hensikten med gjennomgangen av egenevalueringen er å dyktiggjøre styret som kollegium og gi styremedlemmer innspill til hvordan styret kan forbedre sin arbeidsform. Egenevalueringen kan derfor normalt drøftes i styreseminar som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke. Se omtale i punkt 3.6 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

4.4.5.1 Formidling av resultatene av evalueringen til eier

Styrets evaluering av eget arbeid er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering). Styret skal også oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eier årlig og på forespørsel. Formidling skal skje slik at eier får nødvendige opplysninger, men uten at evalueringen forringer sin verdi som internt forbedringsarbeid i styret. Hensikten er at eier skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte, særlig om styrets sammensetning er hensiktsmessig for å ivareta oppgaver og utfordringer (rekrutteringsevaluering).

4.4.5.2 Åpne styremøter

Det skal være møteoffentlighet ved styremøter i regionalt helseforetak og helseforetak. Krav til åpne styremøter innebærer normalt at alle som ønsker det, kan være tilstede og overhøre møtene, men uten tale-, forslags- eller stemmerett.

Åpne styremøter er begrunnet i at hensynene bak offentlighetsprinsippet må veie tungt på arenaer der det treffes beslutninger om forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder.

Styret kan vedta å behandle en sak for lukkede dører dersom det foreligger et reelt og saklig behov og vilkårene i helseforetaksloven § 26 a er oppfylt.

Krav til åpenhet i styremøter og adgangen til å avholde styreseminar er omtalt i punkt 3 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.

Det er ikke krav til åpne foretaksmøter. Offentlighetens interesse ivaretas gjennom retten til innsyn i foretaksprotokollen.

4.5 Forholdet til annen lovgivning

4.5.1 Regnskapsloven, krav til revisor

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens regler og prinsipper. Det innebærer blant annet at inntekter og kostnader skal periodiseres og at årlige avskrivninger skal framgå av driftsregnskapet. Investeringer føres som tilgang i balansen. De regionale helseforetakene avlegger konsoliderte regnskap. Konkurs og gjeldsforhandlinger etter konkursloven kan ikke åpnes i foretak.

De regionale helseforetakene skal ha revisor som velges av eier i foretaksmøtet. Årsregnskapet skal revideres av registrert revisor eller statsautorisert revisor. Revisor skal innkalles til foretaksmøtet dersom sakene som behandles tilsier det, ellers Riksrevisjonen krever det.

4.5.2 Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven

Forvaltningsloven (med visse begrensninger), offentleglova og arkivloven gjelder for foretakene. Foretakene regnes som offentligrettslige organer.

4.5.2.1 Dokumentoffentlighet

Foretakene er omfattet av rettsregler om dokumentoffentlighet. Det skal derfor gis innsyn i styredokumenter, styreprotokoller og foretaksprotokoller.

4.5.2.2 Taushetsplikt

Det enkelte styremedlems taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven. Taushetsplikten gjelder f.eks. personlige forhold og driftsforhold som det av konkurransemessige hensyn er av betydning å hemmeligholde. Eventuell taushetsplikt må også vurderes ut fra generelle prinsipper om å opptre forsvarlig overfor virksomheten. En nærmere omtale av styremedlemmers taushetsplikt kan tas inn i instruksen for styret.

4.5.2.3 Inhabilitet

Styret som et kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av reglene om inhabilitet i forvaltningsloven.

Styremedlemmer som antar at de kan være inhabile i behandlingen av enkeltsaker skal gjøre styret oppmerksom på dette. Det bør være en lav terskel for å ta spørsmål om inhabilitet opp i styret og for å be administrasjonen om en vurdering.

Avgjørelsen treffes av styret uten at det aktuelle styremedlemmet selv deltar i avgjørelsen.

Styret bør utarbeide rutiner for vurdering av habilitet og veiledningsmateriell til alle styremedlemmer om når de bør gjøre styret oppmerksom på spørsmål om inhabilitet.

Styremedlemmene bør så tidlig som mulig i forbindelse med tiltredelse og ved senere endringer opplyse styret om alle relevante stillinger, forretningsforbindelser og andre forhold som kan tenkes å aktualisere habilitetsspørsmålet. Styret bør ha rutiner for å innhente og dokumentere slik informasjon. Styremedlemmene bør være spesielt oppmerksomme på behovet for å holde styret orientert når det oppstår endringer i kundeforhold mv. i den virksomhet hvor styremedlemmet er ansatt.

5 Vedlegg

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene av 30. juni 2015 vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter.

Sentrale dokumenter (www.regjeringen.no)

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Innst. O. nr. 118 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

St. meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Prop. L 120 (2011-2012) Endringer i helseforetaksloven mv.

Innst. 62 L (2012-2013) Innstilling om endringer i helseforetaksloven mv.

Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal

Meld. St. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap

Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan

Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering

NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Meld. St. 11 (2018-2019) Kvalitet og pasientsikkerhet 2017

Prop. 1 S (2018-2019) Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Helse Midt-Norge RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Helse Nord RHF

Deres ref	Vår ref	Dato
	15/2164-	30.06.2015

Vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter

Departementet har tidligere utarbeidet en egen veileder for styrearbeid i de regionale helseforetakene med omtale av blant annet rammene for det statlige eierskapet, roller, oppgaver og praktisk styrearbeid. Veilederen ble sist oppdatert i 2014. Departementet tar sikte på å oppdatere veilederen med bakgrunn i omtalen nedenfor.

1. EIERSTYRING OG ROLLER – VEDTAKSKOMPETANSE

1.1 Om rolledelingen mellom Storting, statsråd og regionale helseforetak

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i helseregionene. De forvalter en viktig samfunnsoppgave og store ressurser på vegne av fellesskapet. Målene og kravene som staten pålegger foretakene, er mer omfattende og den politiske styringen tettere enn ved flere av de andre statlige selskapene med sektorpolitiske mål.

Det er forventninger i Stortinget til tydelig politisk styring av sektoren, og at helseforetakene følger opp politiske beslutninger. Styrene i foretakene må orientere seg i det politiske landskapet for å kunne vurdere om vedtak, tidsplaner og finansiering er realistiske samfunnsprosjekter.

Gjennom helseforetaksreformen fikk staten gjennom sitt eierskap vesentlig større muligheter til å styre spesialisthelsetjenesten enn tidligere, selv om sykehusene ble organisert som foretak og egne rettssubjekter underlagt departementet, og dermed ble mer fristilt enn om de hadde vært forvaltningsorganer.

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Besøksadresse
Teatergt. 9

www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org no.
983 887 406

Helserettsavdelingen

Saksbehandler
Vegard Pettersen
22 24 85 07

Stortinget styrer gjennom å vedta reglene i helselovgivningen og andre lover, gjennom behandlingen av stortingsmeldinger og ikke minst gjennom vilkårene som stilles når statsbudsjettet vedtas.

Det er helse- og omsorgsministerens oppgave å utøve den politiske styringen og sørge for at staten setter de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle politiske mål.

Styrene i helseregionene og helseforetakene er ikke selvstendige politiske beslutningsnivåer. Styrene i helseregionene er helse- og omsorgsministerens redskap for å gjennomføre regjeringens helsepolitikk. På samme måte er styrene i helseforetakene helseregionens redskap for å gjennomføre regionens sørge-for-ansvar.

Foretaksmøtet kan når som helst gi instrukser og omgjøre styrets vedtak i alle saker. For ikke å undergrave styrets ansvar, har staten likevel vært relativt tilbakeholden med å styre de regionale helseforetakene og helseforetakene ved å gi instrukser i foretaksmøte i mindre enkeltsaker.

Helseforetaksmodellen innebærer at statsråden normalt ikke skal holdes ansvarlig for avgjørelser om drift og tjenesteytingen. Dette er riktig for svært mange beslutninger, men ikke for de beslutningene som Stortinget ved helseforetaksloven § 30 har vedtatt skal fattes i foretaksmøtet i regionalt helseforetak. I disse tilfellene har lovgiver vedtatt at det lokale og regionale nivået ikke skal ha beslutningsmyndighet, bare en saksforberedende rolle.

Ved begynnelsen av hvert år avholdes foretaksmøte med styrene i de regionale helseforetakene der departementet som eier fastsetter organisatoriske og økonomiske krav og rammer. Beslutningene fremgår av protokoll fra foretaksmøtet som distribueres til styrene og administrasjonen i helseregionene og publiseres på regjeringen.no.

Hoveddelen av foretakenes inntekter stammer fra staten. Departementet viderefører Stortingets vilkår overfor foretakene og gir i januar hvert år føringer om hvordan foretakene skal bruke inntektene i oppdragsdokumentet.

Foretakene skal etter loven legge frem årlige meldinger og årsregnskap som behandles i foretaksmøtet i mai–juni hvert år. Dette danner grunnlag for rapportering til Stortinget gjennom Prop. 1 S. Gjennom året følger departementet opp med månedlige rapporteringsmøter om blant annet økonomi, aktivitet, ventetid og kvalitet, i tråd med de kravene som er stilt i oppdragsdokument og foretaksmøte. I tillegg utveksles det informasjon om aktuelle saker.

Dette systemet ble synliggjort i helseforetaksloven gjennom endringene som ble vedtatt av Stortinget høsten 2012. I Prop. 120 L (2011–2012), om endringer i helseforetaksloven, er det redegjort for fleksibiliteten som ligger i helseforetaksmodellen. Staten kan velge å styre tett på eller ha en mer tilbaketrukket posisjon. Dette er i realiteten et politisk valg og kan tilpasses situasjonen og det situasjonen krever.

Når det velges nye styrer til de regionale helseforetakene, blir styremedlemmene gjort kjent med styringssystemet både i egne seminarer og gjennom skriftlig materiale, herunder styreveilederen utarbeidet av departementet.

1.2 Styrets selvstendige ansvar for å fatte vedtak etter egen overbevisning

Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Styrene skal fatte sine egne vedtak og stå for disse.

Dersom eier ikke er enig i et styrevedtak eller ser behov for et vedtak i en sak som styret ikke har tatt stilling til, må eier vurdere å fatte vedtak i foretaksmøte.

I den grad styremedlemmene viser til statsrådens vurderinger, må dette knytte seg til de argumentene som statsråden har anført for sitt syn og at styremedlemmet deler disse. Det vil ikke være en selvstendig vurdering fra styremedlemmenes side dersom den eneste begrunnelsen for vedtaket er at statsråden har uttalt noe utenom foretaksmøtet.

Det er bare i tilfeller hvor foretaksmøtet har gitt instruks om at foretaket skal handle på en bestemt måte at styret kan vise til beslutninger fra eier. Dersom statsråden har uttalt synspunkter utenom foretaksmøtet som er i strid med styrets egen oppfatning, skal styret fatte vedtak etter egen overbevisning eller be om instruks i foretaksmøtet.

Styrets medlemmer vil kunne vektlegge signaler som er gitt utenfor foretaksmøte, men må likevel på selvstendig grunnlag fatte det vedtaket man finner riktig. I brev fra departementet av 19. april 2004 er følgende uttalt:

> *"Dersom eier gir instrukser utenom foretaksmøtet, er dette ikke bindende for foretakets styre. Det er selvfølgelig ikke noe i veien for at styret treffer beslutninger i samsvar med uformelle "signaler" fra eier, men styret er ikke forpliktet til å gjøre dette, og det fritar ikke styret for det ansvar det er pålagt i helseforetaksloven."*

Styrets enkelte medlemmer har ingen plikt til å gi en begrunnelse for hvordan de individuelt stemmer i styret. Styret som kollegium skal heller ikke gi en uttalelse om hvordan de enkelte styremedlemmene har stemt og hvorfor. Begrunnelsen for vedtaket følger av innstillingen fra administrerende direktør med de endringene og tilleggene som fremkommer i styremøtet.

Uenighet mellom beslutningsnivåene skal synliggjøres. Dersom et foretaks styre fatter et vedtak som senere overprøves av eier, vil uenigheten fremgå av styrets vedtak, protokoll og eventuelt også av beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen. Det samme gjelder dersom et foretaks styre skulle ha motforestillinger mot å treffe vedtak i tråd med instruks gitt av eier i foretaksmøte. Det er ikke et krav at uenighet som i løpet av prosessen frem til et styrevedtak blir vendt til enighet skal beskrives og offentliggjøres.

1.3 Om helseforetaksloven § 30 - når må en sak vedtas av statsråden i foretaksmøtet?

Helseforetaksloven § 30 lyder som følger:

> *§ 30 Saker av vesentlig betydning*
>
> *Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle*

sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger, som:

1. *Vedtak som kan endre virksomhetens karakter*
2. *Vedtak om nedleggelse av sykehus.*
3. *Omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen.*
4. *Omfattende endringer i tjenestetilbudet.*
5. *Vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen.*
6. *Vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak.*

Hvilke saker foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte vedtak i etter denne bestemmelsen, kan det fastsettes nærmere bestemmelser om i vedtektene.

Saker som nevnt i første og annet ledd skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket.

I følge forarbeidene begrenser bestemmelsen styrets kompetanse. Styret i det regionale helseforetaket har ikke anledning til å fatte endelig vedtak om igangsetting av tiltak i saker som omfattes av § 30. Statsråden i foretaksmøtet er derfor forpliktet etter loven til å fatte vedtak i saker som omfattes av § 30.

Loven krever ikke at vedtak omtales som en "*§ 30-sak*", verken i møtet eller i protokollen. I de tilfellene hvor foretaksmøtet følger styrets anbefaling, kan det i selve vedtaket være nærliggende å bruke en formulering som for eksempel "*foretaksmøtet stadfester styrets vedtak*". Det gjør det mulig å fatte vedtak uten å måtte gjenta konklusjonspunktene i sin helhet.

Hvor detaljert departementet til enhver tid vil styre de regionale helseforetakene som eier, er langt på vei et politisk spørsmål. Forståelsen av hvilke konkrete vedtak foretaksmøtet skal fatte, vil påvirkes av den politiske situasjonen og statsrådens vurdering av hvilke beslutninger som anses å være prinsipielle, overordnede eller for å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Den enkelte statsråd kan derfor ta et prinsipielt standpunkt til hvordan *vedkommende* ønsker å forstå og praktisere bestemmelsen i helseforetaksloven § 30. Han eller hun kan bygge på, men er ikke bundet av, tidligere statsråders politiske vurderinger av betydning for praktiseringen av § 30.

På denne bakgrunn er det viktig at underliggende foretak har en aktiv dialog med eier om hvilke saker som skal behandles etter helseforetaksloven § 30. I tvilstilfeller vil det være foretakets ansvar å klarlegge om saken er å anse som en § 30-sak.

1.4 Nærmere om vedtak knyttet til nedleggelse av sykehus

Vedtak om nedleggelse av sykehus er etter lovendring med virkning fra 1. januar 2013 nevnt i § 30 første ledd nr. 2 som eksempel på "*saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger".*

Nedleggelse av sykehus må derfor anses som en beslutning som alltid skal vedtas i foretaksmøtet for regionalt helseforetak (statsråden). Står man først overfor en konkret sykehusnedleggelse, skal det derfor ikke vurderes om nedleggelsen er av vesentlig betydning

eller ikke. Slik har det vært siden 2001, og det er blitt forsterket med eksemplene som fra 2013 kom inn i § 30.

Spørsmålet er så hva som menes med "*nedleggelse av sykehus*". Forarbeidene gir få eller ingen holdepunkter for tolkningen.

Statsråden har et relativt stort handlingsrom for selv å definere hva som i det konkrete tilfellet vil være en sykehusnedleggelse eller om saken av andre grunner er av så stor betydning at den bør vedtas av foretaksmøtet i regionale helseforetak etter helseforetaksloven § 30. I denne vurderingen er det viktig å se hen til de konkrete politiske realitetene og konsekvensene for lokalbefolkningen. Det vil derfor være behov for kontakt og dialog mellom beslutningsnivåene i forkant av slike prosesser.

Det kan være ulike oppfatninger av om saken innebærer flytting av sykehustilbud eller om det er nedleggelse av sykehustilbud. Det er på den ene siden åpenbart ikke naturlig å bruke begrepet sykehusnedleggelse dersom sykehusets totale virksomhet videreføres i nye lokaler på en tomt som ligger kun få minutter unna. På den annen side vil det åpenbart være tale om nedleggelse dersom det totale pasienttilbudet opphører uten at pasientene får et tilsvarende tilbud annet sted. Reiseavstand vil ofte være avgjørende for vurderingen.

Bortfall eller flytting av oppgaver fra sykehuset vil også kunne regnes som nedleggelse dersom man ikke lenger kan betegne det gjenværende tilbudet som sykehus. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven er døgnopphold omtalt som en sentral del av sykehusdefinisjonen.

Det er bestemt i helseforetaksloven § 30 at sykehusnedleggelser skal vedtas av foretaksmøtet. Det må legges til grunn en forventning fra Stortinget om at i hvert fall noen endringer i sykehustilbud og sykehusstruktur skal besluttes av statsråden. Definisjonen av hva som regnes som sykehusnedleggelser bør av denne grunn ikke bli så snever at det svært sjelden eller aldri vil bli fattet vedtak i saker om endringer i sykehustilbudet i foretaksmøtet.

2. OM ADGANGEN TIL Å HA DIALOG OG UTVEKSLE SYNSPUNKTER MED UNDERLIGGENDE VIRKSOMHET UTENOM FORETAKSMØTENE

2.1 Eierstyring skal skje i foretaksmøte

Helseforetaksloven § 16 første ledd bestemmer at "*eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte*" og at "*eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte*". Eierstyring skjer således i foretaksmøte.

Det innebærer at all kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger. Det er ikke instrukser. Styremedlemmene skal fatte vedtak på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak.

Dette er en grunnleggende forutsetning for all kontakt mellom departementet og de regionale helseforetakene og kontakten mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

2.2 Begrepsbruk

Eierstyring skal skje i foretaksmøtet. Det skaper derfor uklarhet når det snakkes om uformell eierstyring, styring utenom foretaksmøtet eller styringssignaler. Utveksling av synspunkter og dialog mellom eier og foretakets ledelse utenom foretaksmøtet bør derfor konsekvent omtales ut fra hva det i realiteten er: Dialog, innspill, orienteringer, meningsutvekslinger mv.

Eier kan ha dialog og gi innspill på ethvert tidspunkt. I mange tilfeller er det nødvendig og hensiktsmessig for å sikre en god og forsvarlig drift av sektoren at eier og underliggende foretak har løpende kontakt.

2.3 Uttalelser fra eier utenom foretaksmøtet er ikke rettslig bindende

Helseforetaksloven § 16 avklarer rollefordelingen mellom eier og foretakets ledelse (styret). I merknadene til § 16 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) på side 136 uttrykkes virkningen av eiers uttalelser utenom foretaksmøtet slik: *"Dersom eier gir styringssignaler i kraft av sin eierposisjon utenfor foretaksmøtet er ikke dette bindende for foretakets ledelse."*

Loven forbyr ikke statsråden å tilkjennegi sitt syn på saker av betydning for eieren også utenom foretaksmøter, men avklarer at disse meningsutvekslingene og synspunktene ikke er rettslig bindende for de regionale helseforetakene når de ikke er gitt i et foretaksmøte. Bestemmelsen er derfor ikke til hinder for at det er kontakt mellom eier og styret utenfor foretaksmøte.

2.4 Dialog og meningsutvekslinger er tillat utenom foretaksmøtet

Både departementet og statsråden har jevnlig kontakt med alle de regionale helseforetakene, både administrativt og med styrelederen. Styrelederen i helseregionen har ofte behov for å diskutere vanskelige saker med statsråden. Det kan være behov for å sondere eller drøfte politiske konsekvenser av ulike saker. Dette anses å være i tråd med god eierstyring. At denne kontakten skjer i fortrolighet, er viktig for muligheten til å utøve godt lederskap overfor styrelederne.

Det er både legitimt og nødvendig at det er løpende og tett dialog mellom statsråden og styrene, og mellom ledelsen i de regionale helseforetakene og ledelsen i helseforetakene for avklaringer. Dette er uttrykt slik i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) på side 34-35: "*På grunn av de regionale helseforetakenes sentrale rolle som redskap for statens ansvar for spesialisthelsetjenesten, er tilknytningen mellom staten ved departementet og foretaksledelsen tettere enn det som er tilfelle i aksjeselskaper og til dels også i statsforetak*".

På samme måte er styrene i helseforetakene redskaper for det regionale helseforetaket. I merknadene til § 16 i helseforetaksloven (side 137) er det angitt at "*Det vil trolig være nærmere og mer løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene enn det er mellom departementet og det regionale helseforetaket. Slike kontaktsopplegg bør kunne utvikles med utgangspunkt i praksis som generelt er utviklet i konsernforhold*."

Behovet for å formidle synspunkter mellom eier og eid virksomhet er også omtalt i statens eierskapsmelding, senest i Meld. St 27 (2013-2014) hvor det heter:

> "*Rammene omkring eierstyring er ikke til hinder for at staten, som andre aksjeeiere, i møter tar opp forhold som selskapene bør vurdere i tilknytning til sin virksomhet og*

utvikling. De synspunkter staten gir uttrykk for i slike møter, er å betrakte som innspill til selskapets administrasjon og styre."

Statsråden kan derfor, uten hinder av helseforetaksloven, gi uttrykk for sitt foreløpige syn på om en bestemt løsning er hensiktsmessig eller ønskelig i samtaler med styreleder. Det har i så måte ikke betydning om det synet som formidles stemmer overens med det synet som styrelederen forfekter eller ikke. Det skal heller ikke være av betydning om synspunktet formidles på oppfordring fra styrelederen eller på statsrådens eget initiativ. Felles for slike samtaler er at det som fremkommer ikke på noen måte er bindende for styret.

Styrene har en selvstendig plikt til å vurdere saker og å treffe vedtak ut fra egen overbevisning. Styrets medlemmer vil kunne vektlegge signaler eier har gitt utenfor foretaksmøte, men må likevel fatte det vedtaket de selv finner riktig.

Dersom eier ikke er enig i et styrevedtak, må det vurderes om saken er så viktig at vedtak bør fattes i foretaksmøtet.

Det fremgår direkte av helseforetaksloven § 16 at foretaksmøtet utøver den øverste myndigheten i det regionale helseforetaket. Loven forutsetter med dette at styrene kan fatte vedtak som foretaksmøtet overprøver. Det vil derfor også være i tråd med helseforetaksloven § 16 dersom eier sier seg uenig og varsler muligheten for at det vil være behov for senere å holde foretaksmøte. Dette legger grunnlag for ryddige prosesser og gir styret bedre forutsetninger for å fatte vedtak.

2.5 Eier kan ha dialog med styreleder

Departementet legger til grunn at hele styret skal få ta del i informasjon formidlet fra eier som er av betydning for saken før vedtak fattes. Det er likevel ikke krav om å informere hele styret om detaljene i dialogen mellom styreleder og eier når en sak er på et tidlig stadium og foretaksstyret ikke har sett behov for å ta stilling til saken.

2.6 Om forholdet mellom administrerende direktør i helseforetak, styret, foretaksmøtet og administrerende direktør i regionalt helseforetak

2.6.1 Administrerende direktørs rolle

Administrerende direktør i helseforetak skal kun forholde seg til instrukser fra sitt styre. Administrerende direktør eller styre i regionalt helseforetak kan ikke gi instrukser til administrerende direktør i helseforetaket. Dialog med eier skal derfor på ingen måte binde administrasjonen i helseforetaket.

Det er imidlertid ingenting i veien for en dialog som sikrer gode og effektive prosesser.

2.6.2 Samarbeid for å opplyse beslutningsgrunnlaget

Det er en selvfølge at uformell kontakt mellom eier og administrasjonen i regionale helseforetak eller helseforetak ikke skal undergrave saksbehandlingen for styret. Eier kan derfor ikke i en dialog forut for styrebehandling kreve at opplysninger skal endres, at argumenter skal utelates, at konklusjonen skal endres eller på annen måte overstyre administrasjonen i helseforetak.

Administrerende direktør skal fremstille relevante fakta og hensyn i sin innstilling til eget styre etter egen overbevisning.

Det er samtidig viktig å understreke at det ikke er noe til hinder for at eier kan engasjere seg i spørsmål som skal eller vil kunne behandles i foretaksmøtet.

Det er også rom for å arbeide sammen på administrativt nivå mellom regionalt helseforetak og helseforetak for å se om man kan bli enige om fremstilling av argumenter og faktum til saksforberedelsene. Dette er ikke eierstyring, men et ledd i en forsvarlig opplysning av saken. Saken skal opplyses så godt som mulig. Da kan det være viktig å ha et samarbeid med eier og administrasjonen der.

2.6.3 Oppsigelse og avskjedigelse av administrerende direktør

Helseforetaksloven § 36 bestemmer at "*styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder*". Med bakgrunn i forarbeidenes merknader om at "*det ikke er adgang til å ta inn i vedtektene at foretaksmøtet skal ha denne myndigheten*"[1], legger departementet til grunn at foretaksmøtet ikke kan treffe vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør. Vedtak i saker om tilsetting, oppsigelse eller avskjed kan bare fattes av styret i det regionale helseforetaket for administrerende direktør i regionalt helseforetak, og av styret i helseforetak for administrerende direktør i helseforetak.

Bestemmelsen gjelder etter sin ordlyd kun ved vedtak om tilsetting, oppsigelse og avskjed. Forarbeidene gir ikke grunn til å tolke virkeområdet utvidende. Bestemmelsen kommer derfor ikke til anvendelse i tilfeller hvor administrerende direktør selv velger å si opp sin stilling eller å gå inn i forhandlinger med styret om å avslutte sitt arbeidsforhold.

Helseforetaksloven § 36 forbyr ikke statsråden å gi uttrykk for eller formidle dersom han eller hun vurderer at den daglige ledelsen i foretaket ikke utøves på en god måte. Statsråden kan derfor drøfte bekymringer om ledelsen med styreleder i regionalt helseforetak, og også be om at det vurderes tiltak som kan få den daglige ledelsen av helseregionen til å fungere bedre. Det vil deretter være opp til styrelederen å legge frem en sak for styret og opp til styret å vurdere og konkludere i saken. Styret skal fatte en selvstendig beslutning. Dersom eier og styret er uenige, kan eier velge å skifte ut hele eller deler av styret i foretaksmøte. Tilsvarende gjelder for regionalt helseforetaks dialog med helseforetak.

3. OM ÅPENHET OG LUKKING AV STYRETS MØTER

3.1 Overordnet

Styrets hovedoppgave er ifølge helseforetaksloven § 28 første ledd forvaltning av foretaket. Saker som "*etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning*" skal i utgangspunktet behandles av styret, jf. § 37 tredje ledd. Styret behandler saker i styremøter.

Utgangspunktet vil derfor være at alt arbeid som innebærer styrearbeid, skal legges til styremøter.

[1] Se de spesielle merknadene til § 36 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001).

Det er anledning til å lukke styrets møter med to begrunnelser:

- Styremøter kan lukkes dersom vilkårene i helseforetaksloven § 26 a andre ledd er oppfylt.
- Det kan arrangeres forberedende møter/styreseminarer for saker som ikke forutsetter styrebehandling, eksempelvis drøfting av utfordringer, strategisk arbeid og planlegging. Slike møter er ikke omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter.

3.2 Om offentlighet ved styremøter

Ifølge helseforetaksloven § 26 a er hovedregelen at "*styremøter i foretak skal holdes for åpne dører*". Unntak følger av andre ledd som bestemmer at "*dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret vedta å behandle en sak for lukkede dører*" i nærmere bestemte tilfeller.

Begrunnelsen for at styremøtene som hovedregel skal være åpne er at fellesgoder av stor betydning for befolkningen drøftes og at åpne styremøter bidrar til tillit og legitimitet for de vedtakene som fattes.

Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret med hjemmel i helseforetaksloven § 26 a vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

1. Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede dører.
2. Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket.
3. Informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol.
4. Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket.
5. Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort.

Vurderingen av om dørene bør lukkes skal gjøres på styremøtet, jf. § 26 a tredje ledd.

§ 26 a andre ledd nr 2 legger til rette for at styremedlemmer kan diskutere saker i lukket møte underveis i en saksgang før sluttbehandling. Dette er omtalt slik i bestemmelsens forarbeider:

> "*Styret kan også ha behov for å foreta uforpliktende drøftelser omkring slike orienteringer, uten at synspunktene som drøftes på dette stadiet blir eksponert utenfor styret. Offentlighet rundt foreløpige synspunkter fra styrets side kan skape forventninger om et bestemt resultat. Dette kan binde styremedlemmer i forhold til behandlingen i seinere styremøter. Det kan for eksempel være vanskelig for et styremedlem å endre sine foreløpige synspunkter i en sak når tidligere synspunkter allerede er eksponert utad. På denne bakgrunn mener departementet at regelverket bør åpne for at styret kan vurdere å lukke styremøtet av hensyn til orienteringer om saker som er på et tidlig og forberedende stadier i saksbehandlingen. Det vil også legge til rette for at denne type saker blir formidlet i styremøtet og at det ikke oppstår andre uformelle arenaer for å utveksle intern informasjon til styret. Det foreslås å avgrense unntaksbestemmelsen til saker som ikke skal realitetsvurderes eller ferdigbehandles i det aktuelle styremøtet*".

De øvrige unntakshjemlene omtales ikke nærmere her.

3.3 Om adgangen til å avholde styreseminarer

Saker som ikke forutsetter styrebehandling, kan legges til andre fora enn styremøtene.

Styret har kun formell beslutningskompetanse når saker behandles i styremøter. Det er viktig at kravet om åpenhet ikke uthules eller omgås ved at styrets arbeidsoppgaver legges til andre fora enn selve styremøtet. Dersom deler av saken undergis behandling på forhånd, for å sørge for at bare "sikre" saker behandles i styremøtene, vil en unnta noe av beslutningsprosessen fra styremøtene. Det vil derfor ikke være anledning til å forberede en sak i et forberedende møte i en slik grad at det kun gjenstår å ta den formelle beslutningen i et styremøte.

Departementet legger til grunn at styreseminarer vil kunne avholdes når det er behov for å drøfte generelle strategier og utfordringer.

Aktiviteter som tar sikte på å dyktiggjøre styret som kollegium og nye styremedlemmer på prosessene og styrets arbeid hører normalt ikke hjemme i et formelt styremøte. Styremedlemmene må ha anledning til å finne sin plass i kollegiet og delta i opplæring. Eksempler kan være drøftinger av styrets arbeidsform, plikter, roller, spenninger mellom det å være ansattvalgt og det å være ordinært styremedlem, spørsmål som vedrører ledelse og administrasjonen og hvilket ansvar som påligger styret. Dette er samtaler om hva det innebærer å ta del i et styre og hvordan styret bør fungere.

I forlengelsen av dette anser departementet at samtaler om hvordan styret som kollegium bør arbeide med og nærme seg en konkret sak prosessuelt ikke nødvendigvis hører hjemme i et styremøte.

Loven § 26 a første ledd nr. 2 forutsetter at det skal holdes styremøter – ikke styreseminarer – når sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket legges frem for orientering. Dette samme må gjelde når slike saker drøftes. Lukkingsadgangen reguleres i slike tilfeller av loven.

Styreleder må, i samråd med de andre styremedlemmene og administrasjonen, vurdere konkret om sakene krever behandling i styremøte. Dersom det i praksis oppstår tvil, må saken legges til et styremøte.

Styrene bør tilstrebe å organisere sitt arbeid på en måte som skaper legitimitet og tillit til prosessene og beslutningene.

3.4 Om styrets egenevaluering

Det vises til omtale av styrets egenevaluering i departementets styreveileder.

Egenevalueringen kan normalt drøftes i styreseminarer som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke.

I den grad styret på bakgrunn av evalueringsprosessen faktisk ønsker å fatte vedtak, må det imidlertid behandles i styremøte på ordinær måte. Vi antar at dette sjelden vil være tilfellet. Et eksempel kan være behovet for å drøfte hvordan resultatet av egenevalueringen bør omtales i årlig melding.

Bakgrunnen for departementets vurdering er at styrets egenevaluering er et eksempel på drøftinger av utfordringer som normalt ikke er knyttet direkte til et fremtidig styrevedtak. En egenevaluering er ikke et ledd i foretakets beslutningsprosesser. Arbeidet skal ikke lede frem til vedtak om forvaltning av foretaket.

I motsetning til det som kjennetegner alminnelig styrearbeid, er det ikke et krav eller en nødvendighet for foretakets virksomhet som sådan at styret fatter vedtak med bakgrunn i evalueringsprosessen. Det er ikke naturlig eller hensiktsmessig at styret fatter vedtak knyttet til enkelte medlemmers fungering. Styret kan ikke vedta forbedringspunkter for det enkelte styremedlem, men medlemmet kan selv ta til seg konstruktive innspill og vurdere endringer på det personlige plan.

Styremøter er heller ikke et egnet forum for en grundig og ærlig drøfting av styrets arbeidsform og de enkelte styremedlemmenes fungering hver for seg og samlet. Formålet med egenevalueringen vil derfor ikke kunne oppnås ved å anse dette som styrearbeid. Allmennheten vil selv kunne danne seg et godt bilde av samspillet og fungeringen blant styrets medlemmer ved å benytte seg av muligheten til å lytte til foretakenes åpne styremøter.

Med vennlig hilsen

Frode Myrvold (e.f.)
ekspedisjonssjef

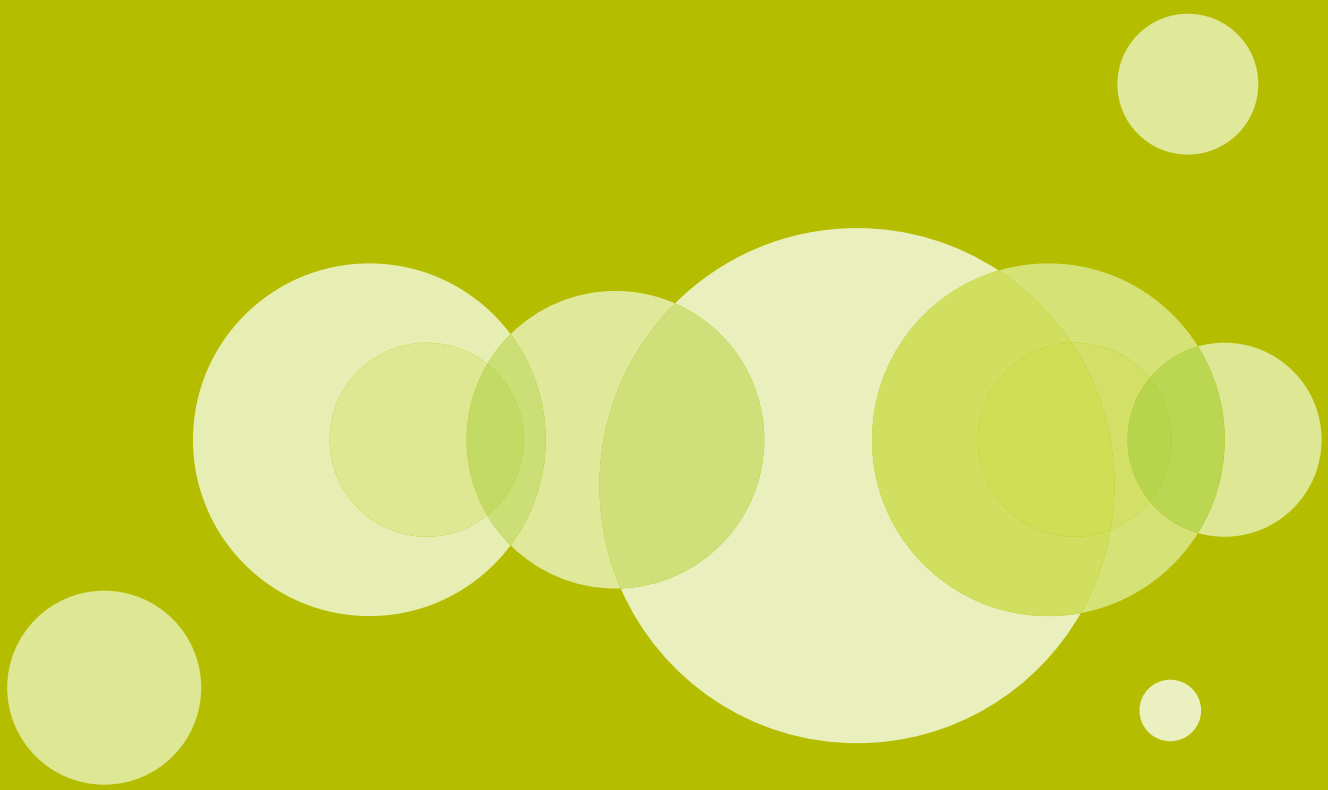
Kari Sønderland (e.f.)
ekspedisjonssjef

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kopi til:
Nærings- og fiskeridepartementet

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Design: DSS, DepMedia - 03/2019



Styreinstruks for Helse Vest RHF

1. Formål med instruksen

Instruksen blir fastsett av styret og trekkjer rammene for styret sitt arbeid og byggjer på lova om helseføretak og vedtektene for Helse Vest RHF. Formålet med instruksen er å klargjere form, innhald og gjennomføring av styrearbeidet. Instruksen er ei rettesnor for styremedlemane og administrerande direktør sine roller, plikter og ansvar.

Instruksen er ikkje ei fullstendig opplisting av styret sine oppgåver og ansvar og må derfor supplerast med dei lover, forskrifter og myndigheitsvedtak som gjeld for spesialisthelsetenesta samt styrande dokument som er utarbeidde for verksemda.

2. Administrerande direktør og styret

Administrerande direktør tar hand om den daglege leiinga av føretaket og skal følgje dei retningslinjer og pålegg styret gir. Styret har utarbeidd eigen instruks for administrerande direktør.

3. Saker styret skal behandle

3.1 Hovudoppgåver

Styret er det øvste utøvande organet med ansvar for forvaltninga av helseføretaket. Dei rettslege rammene for oppgåvene og pliktene, deriblant grensene for kompetansen og myndigheita til styret går fram av helseføretakslova, særleg kapittel 6 og 7 og vedtektene til Helse Vest RHF.

Følgande hovudoppgåver høyrer dermed til styret:

1) ***Strategi***
   Styret har ansvaret for den strategiske utviklinga i føretaket.

2) ***Utvikling av helsefagleg kvalitet og tenesteinnhald***
   Styret skal i helseføretakslova legge til rette for eit best mogleg helsetilbod i regionen ved bruk av tildelte ressursar. Slike oppgåver vil ofte være fellesoppgåver i helseføretaksgruppa.

3) ***Organisering og leiing***
   Styret har ansvar for ei tilfredsstillande organisering og leiing av den samla verksemda i helseføretaket.

4) ***Tilsyn og kontroll med føretaket si verksemd og drift***
   Desse oppgåvene relaterer seg til mål nedfelt i helseføretakslova, vedtektene til føretaket, vedtak i føretaksmøtet og vedtekne planar og budsjett. Styret skal også føre kontroll med helseføretak og andre verksemder som Helse Vest RHF eig.

   Styret skal som ein del av tilsynsansvaret føre tilsyn med at føretaka driv forsvarleg og arbeidar systematisk med kvalitetsforbetring.

   Kontrolloppgåvene til styret inkluderer også:

- Sikre medisinsk forsvarleg beredskap og behandling i føretaksgruppa.
- Sjå til at risikostyring og styringssystemet fungerer, og at regelverket blir etterlevd i føretaksgruppa.
- Vurdere økonomi og likviditetssituasjonen i føretaksgruppa.

Styret har plikt til å setje i verk undersøkingar der styret finn det nødvendig. Revisjonsutvalet utfører desse oppgåvene for styret i samsvar med eigen instruks for revisjonsutvalet.

3.2 Verksemdstyring/internkontroll

Styret skal sjå til at Helse Vest RHF har ein internkontroll som kan førebyggje, hindre, avdekkje og rette opp svikt. Internkontroll i helseføretaka er system, prosessar, rutinar og andre tiltak leiing og tilsette gjennomfører for å sikre:

- fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester
- kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik
- etterleving av reglar, retningslinjer, rettleiarar, styringskrav og sjølvpålagde krav

Eit berande prinsipp er at intern styring og kontroll må tilpassast risikoen og eigenarten til verksemda. Risikoen må derfor identifiserast, analyserast og kontrollerast (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir følgd opp i stort nok omfang og på ein systematisk måte. Styret skal vidare sjå til det blir gjort tiltak for å korrigere svikt.

4. Eigenoppgåvene til styret

Styret skal sette opp ein årsplan for styrearbeidet. Planen skal gje ei oversikt over hovudoppgåver og møtetidspunkt. Planen gjev også ei oversikt over kva styresaker som skal behandlast i kvart av styremøta.

Utover fastlagt møteplan kan styreleiar innkalle til ekstraordinære møte ved behov. Også medlemmer av styret og administrerande direktør kan krevje at styret blir samankalla til møte.

Leiar av regionalt brukarutval har observatørstatus med tale- og forslagsrett i styremøte.

Styret skal årleg evaluere arbeidet og arbeidsforma til styret.

5. Innkalling/saksforberedelse

Styreleiar har det formelle ansvaret for at styret blir kalla inn til møte. Styreleiaren planlegg styremøtet i samråd med administrerande direktør. Innkallinga blir sendt ut av administrerande direktør.

Til innkallinga skal det følgje ei saksliste, og det skal følgje dokumentasjon som gir eit tilfredsstillande handsamingsgrunnlag for sakene som er sett på sakslista, samt administrerande direktør sine forslag til vedtak. Sakene skal vere påført nummer og årstal.

6. Behandling i møte

Styremøter blir leia av styreeleiar, eller ved fråvær, av nestleiar. Er ingen av disse til stede, vel styret sjølv møteleiar.

Med mindre styret i den enkelte sak fastset noko anna, har administrerande direktør rett og plikt til å være til stades på styremøtet og rett til å uttale seg.

Styret har vedtakskompetanse når meir enn halvparten av styremedlemmene er til stades, jf. helseføretakslova § 27. Har eit styremedlem forfall og det er valt varamedlem, skal varamedlemmet gis moglegheit til å møte. Styremedlemane blir oppmoda om å varsle administrasjonen om fråvær så tidleg som mogeleg slik at eventuelle varamedlem kan innkallast.

Som styret sitt vedtak gjeld det som fleirtalet av dei møtande har stemt for. Ved stemmelikheit er møteleiar si stemme avgjerande.

Innkalling og saksliste skal godkjennast innleiingsvis i møtet.

Styret kan behandle saker som ikkje er oppført i sakslista for møtet med mindre møteleiar eller ein tredel av møtande styremedlemmer motset seg behandling av saken.

Det skal førast protokoll for møtet. Dersom eit vedtak ikkje er samrøystes, skal stemmegjevinga gå fram av protokollen. Styremedlemmer eller administrerande direktør som ikkje er einig i eit vedtak, kan krevje si oppfatning innført i protokollen.

Styret skal ha sekretær som er til stades på styremøta og fører møteprotokollen. I samarbeid med styreleiar og administrerande direktør sørgjer styresekretær for dei praktiske oppgåvene rundt styret sitt arbeid. Administrerande direktør peikar ut styresekretær.

7. Styremedlemmene sine rettigheter og plikter

Styremedlemmane har plikt til å stemme i alle saker som blir behandla av styret.

Alle styremedlemmar har dei same rettigheitene og pliktene med unnatak av det som særskilt er fastsett for styreleiar, eventuelt avløysande møteleiar. Kvart styremedlem har plikt til å leggje fram all informasjon som har betyding for styret si handsaming av den enkelte sak. Dette gjeld også administrerande direktør.

8. Habilitet

Habilitetskrava i forvaltingslova § 6 gjeld for styremedlemmane. Dette inneber mellom anna at den som har personlege eller økonomiske interesser i ei sak eller nære slektningar eller familie med slike interesser, er inhabil til å ta del i handsaming av saka.

Styremedlemmane er pliktige til å opplyse om forhold som kan ha betyding for deira habilitet til å delta i handsaminga av enkeltsaker. Det er styret som avgjer om eit medlem er inhabil til å delta i handsaming av ei sak. Den habilitetsspørmålet gjeld kan ikkje delta i handsaminga av habilitetsspørmålet.

Styremedlem som er inhabil bør som hovudregel fråtre møtet under handsaming av den aktuelle saka. Møteleiar kan likevel tillate at den inhabile styremedlemmen ikkje behøver å forlate møterommet, men ta plass som tilhøyrar.

9. Møteoffentlegheit og teieplikt

Forvaltingslova og offentlegheitslova gjeld for verksemda i helseføretaka, jf. helseføretakslova § 5, og såleis også for styret.

Alle dokument for styret er som hovudregel offentlege. I den grad det ligg føre informasjon i sakspapira som ikkje kan delast med andre enn dei som har krav på informasjon, til dømes fordi det dreier seg og opplysningar underlagd teieplikt, skal desse haldast konfidensielle. Dette skal i så tilfelle gå fram av sakspapaira.

Styremøta skal være opne, jf. helseføretakslova §26a, med mindre reglane om teieplikt i forvaltingslova er til hinder. Styret kan også vedta å lukke dørene ved handsaming av ei sak dersom det er eit reelt og sakleg behov og eitt eller fleire av vilkåra nemnt i §26a andre ledd pkt. 1-5 er oppfylt.

10. Informasjonshandtering

Styreleiar uttalar seg på vegne av styret dersom ikkje anna er avtalt. Dei tilsette, styret og leiinga i helseføretak som styrevedtak har betyding for, må informerast på hensiktsmessig måte snarast mogleg etter at styremøtet er avslutta.

11. Oppfølging av felleseigde helseføretak

Dei regionale helseføretaka eig i fellesskap fleire helseføretak. Eigarstyring og oppfølging av verksemda i desse helseføretaka blir tatt hand om av dei administrerande direktørane i dei regionale helseføretaka, sjå også styresak 103/15. Styret skal haldast orientert om rapportering og planar for verksemda i dei felleseigde helseføretaka i økonomisk langtidsplan og tertialrapportar.

Vedtatt av styret i Helse Vest 30.09.2019

INSTRUKS FOR ADMINISTRERANDE DIREKTØR I HELSE VEST RHF

1. Formål med instruksen

Denne instruksen omhandlar rammene for administrerande direktør sitt arbeid og definerer ansvar, oppgåver, plikter og rettigheiter. Instruksen byggjer på lova om helseføretak og vedtektene for Helse Vest RHF.

2. Overordna rolleavklaring

Styret fastset strategiar og rammer for Helse Vest RHF. Administrerande direktør si rolle er å utvikle og iverksetje strategiar og handlingsplanar på lang og kort sikt i samsvar med styret sine beslutningar og instruksar, samt å følgje desse opp, jf. § 37 i helseføretakslova.

Styret tilset administrerande direktør og fastset lønn og andre tilsetjingsvilkår. Styret skal føre tilsyn med administrerande direktør sitt arbeid og kan fatsetje instruks for denne, jf. § 29 i helseføretakslova. Styret gjer vedtak om å seie opp eller avskjedige administrerande direktør, jf. § 36 i helseføretakslova.

Administrerande direktør deltek på styremøta med mindre særlege grunnar tilseier noko anna. Administrerande direktør har tale- og forslagsrett i styremøta og kan krevje at styret vert samankalla i møte, jf. §26 i helseføretakslova.

3. Administrerande direktør si myndigheit

Administrerande direktør utøver den daglege leiinga av Helse Vest RHF og skal følgje dei retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Administrerande direktør i Helse Vest RHF skal også føre løpande tilsyn med helseføretak som Helse Vest RHF eig og sjå til at verksemda der er i samsvar med vedtekter og vedtak gjort i føretaksmøtet og styret.

Administrerande direktør har, som ledd i oppfølginga mellom Helse Vest RHF og det enkelte helseføretak, rett og plikt til innsyn i det enkelte helseføretak med tilhøyrande administrasjon.

Den daglege leiinga omfattar ikkje saker som etter forholda i føretaket er av uvanleg art eller av stor betydning. Administrerande direktør pliktar å føreleggja slike saker for styret. Dersom det vil medføre vesentleg ulempe for føretaket si verksemd å avvente vedtak i styret, kan dagleg leiar avgjere slike saker. Styret må i slike tilfelle bli underretta om saka snarast råd.

Den nærmare avgrensinga av myndigheita til administrerande direktør i forhold til styret, kan styret, om det er ønskeleg, fastsetje i eigen fullmaktsmatrise.

Administrerande direktør representerer føretaket utad i saker som fell inn under hans myndigheit, jf. helseføretakslova § 39. Dette inneber at dagleg leiar representerer føretaket utad i saker som høyrer inn under den daglege leiinga i føretaket.

4. Administrerande direktør sine oppgåver

4.1. Overordna føringar

Administrerande direktør skal arbeide for at Helse Vest RHF utfører sine hovudoppgåver i samsvar med vedtektene § 6, føretaksprotokollar, oppdragsdokument og overordna føretaksplan for Helse Vest. Administrerande direktør skal vidare i samsvar med måla nedfelt i overordna føretaksplan aktivt bidra til å sikre vidareutvikling av helsefagleg innhald og kvalitet i Helse Vest RHF og helseføretak eigd av Helse Vest RHF.

4.2. Hovudoppgåver

Administrerande direktør sine hovudoppgåver følgjer naturleg av rolla som dagleg leiar av Helse Vest RHF, jf. helseføretakslova § 37. Innafor denne rolla ligg både oppgåver og ansvar knytt opp mot det overordna «sørgje for-ansvaret» ovafor befolkninga i regionen og rolla som konsernleiar i føretaksgruppa. Nedanfor er ei oversikt over hovudoppgåver som inngår i ansvaret til administrerande direktør:

4.2.1. *Strategisk planlegging, samordning av oppgåver og budsjettering*
Administrerande direktør skal innan rammene fastsett av styret, sørgje for at det for føretaksgruppa vert gjennomført felles langsiktig strategisk planlegging, samordning av oppgåver og budsjettering.

4.2.2. *Rekneskap*
Administrerande direktør skal sørgje for at føretaket si registrering og dokumentasjon av rekneskapsopplysningar er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltninga er ordna på betryggande måte, jf. helseføretakslova § 37, siste ledd.

4.2.3. *Rapportering.*
a) Informasjon til styret:
Administrerande direktør har plikt til å informere styret om føretaket si verksemd, stilling og resultatutvikling. Minst kvar 4. månad (tertial) skal administrerande direktør gi styret skriftleg rapport om situasjonen i Helse Vest RHF og helseføretak eigd av Helse Vest RHF, jf. § 38 i helseføretakslova. Rapporten skal innehalda både økonomiske og ikkje-økonomiske forhold, herunder eit spesielt fokus på helsefagleg kvalitet og innhald samt effektivitet.

På kvart styremøte skal det orienterast om selskapet sin økonomiske og driftsmessige situasjon. Styret har til eikvar tid rett til å krevje at administrerande direktør gir styret informasjon både av generell art og i saker av særskilt interesse. Tilsvarande har administrerande direktør ansvar for å halde styret informert om vesentlege forhold så vel internt som eksternt, jf. punkt 3.

b) Årleg melding til departementet
Administrerande direktør skal utarbeide forslag til årleg melding til departementet som styret i Helse Vest RHF pliktar å levere til departementet i samsvar med helseføretakslova § 34 og vedtektene for Helse Vest RHF § 15.

c) Årsmelding og årsrekneskap
Administrerande direktør skal utarbeide forslag til årsmelding og årsrekneskap til styret. Administrerande direktør har ansvar for at årsmelding og årsrekneskap blir sendt føretaksregisteret.

4.3 Saksførebuing

4.3.1. *Styremøter*
Styreleiar har det formelle ansvaret for styrebehandlinga av sakene. Saksliste vert sett opp av styreleiar i samråd med administrerande direktør. Administrerande direktør førebur sakene til styremøtet i samråd med styreleiar. Administrerande direktør føretek innkalling til styremøta i samråd med styreleiar.
Styreprotokollen skal førast i tråd med offentlegheitslova og krava til meiroffentlegheit.

4.4. Føretaksmøtet

Administrerande direktør pliktar å møte i føretaksmøtet i Helse Vest RHF og føretaksmøta i helseføretaka og har rett til å uttale seg i møta. Ved lovleg forfall møter stedfortredar.

4.5. Leiarfora

Administrerande direktør har ansvar for at det vert etablert fora for samarbeid og utvikling i føretaksgruppa i Helse Vest med spesielt fokus på samhandling og samordning.
Administrerande direktør har eit overordna ansvar for at det vert etablert og drive gode leiarutviklingsprosessar innafor føretaksgruppa.
Administrerande direktør skal ha ei regional leiargruppe i Helse Vest samansett av leiarane for verksemdene og leiargruppe innan eigen administrasjon i Helse Vest RHF.

4.6. Samarbeid med andre

Administrerande direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid i regionen, slik at ein totalt sett oppnår ein føremålstenleg og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerande direktør skal også bidra til samarbeid med andre regionale helseføretak og helseføretak eigd av desse, når dette er eigna til å fremje formålet til Helse Vest RHF og å nå nasjonale helsepolitiske målsettingar.

Administrerande direktør skal innan ramma for «sørgje for-ansvaret» tilrettelegge for samarbeid med private aktørar, når dette medverkar til å fremje Helse Vest RHF sine formål og i eit heilheitleg perspektiv medverkar til hensiktsmessig og rasjonell ressursutnytting.

Administrerande direktør skal medverke til at det vert etablert samarbeid med kommunane i helseregionen om utvikling av samhandlingsreforma og målsetjinga om at pasientar og

brukarar får eit heilheitleg tilbod om helse- og omsorgstenester i samsvar med lova om helse- og omsorgstenester.

Administrerande direktør skal også medverke til at det vert etablert rettleiing ovafor kommunane innan ramma av «sørgje for-ansvaret», både administrativt og klinisk, slik at pasientane vert sikra heilskapelege helsetilbod. Det same gjeld i forhold til fylkeskommunale samarbeidspartar og i forhold til andre aktuelle statlige ansvarsområde.

Administrerande direktør skal medverke til at det vert etablert nødvendig samarbeid med universitet og høgskular, slik at Helse Vest RHF kan ivareta dei plikter som er nedfelt i eigen instruks om dette.

Administrerande direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukarorganisasjonar tilrettelegge for at Helse Vest RHF sikrar medverking i samsvar med § 35 i helseføretakslova, vedtektene § 14 og styrande dokument frå Helse- og omsorgsdepartementet.

4.7. Kommunikasjon og openheit

Administrerande direktør har ansvar for at det vert utvikla system, rutinar og haldningar som tilrettelegg for openheit og innsyn og som er eigna til å byggje tillit til og styrke omdømmet til verksemda. I dette arbeidet skal lova om offentlegheit og krava til meiroffentlegheit leggjast til grunn.

4.8. Personal og organisasjon

Administrerande direktør har ansvaret for at Helse Vest RHF til eikvar tid er organisert i forhold til dei samla oppgåvene og har ein samla kompetanse som sikrar at oppgåvene vert ivaretekne på ein god måte.

Administrerande direktør har ansvar for at det vert utvikla system, rutinar og haldningar som sikrar at krava til helse, miljø og sikkerheit vert ivaretekne og at det blir tilrettelagt for eit godt arbeidsmiljø. Dette omfattar også samfunnsansvaret nevnt under pkt. 4.9.

Administrerande direktør har ansvaret for at det vert etablert organisasjonskart som klargjer rolle og ansvar til den enkelte medarbeidar, og fullmaktsstrukturar som sikrar at det er klarheit omkring fullmaktsforhold.

4.9. Samfunnsansvar og etikk.

I staten sin eigarskapspolitikk er det formulert forventningar om samfunnsansvar innafor 4 hovudområde knytt til menneskerettigheiter, arbeidstakarrettigheiter, førebygging mot korrupsjon samt klima og miljø. Administrerande direktør har ansvar for korleis den samla verksemda påverkar desse områda både gjennom kjøp av varer og tenester og som direkte effekt av eiga verksemd, og må difor sørgje for at det er etablert gode rutinar og retningslinjer for å ivareta dette ansvaret.

Det er uttrykt klar forventning til at statleg eigde verksemder har etablert etiske retningslinjer som del av samfunnsansvaret sitt. Helseføretaka forvaltar sentrale velferdsgoder i samfunnet og det er viktig at leiing og tilsette har tillit i offentlegheita. Administrerande direktør har ansvar for at verksemda har etablert etiske retningslinjer som er kjende og som alle tilsette føreheld seg til.

5. Resultatkrav og evaluering av administrerande direktør

Styret skal ein gong årleg gjennomføre evaluering av administrerande direktør. Styret kan etablere årlege resultatkrav til administrerande direktør. Styreleiar skal årleg ha ein leiarsamtale med administrerande direktør.

Fullmaktsmatrise.

Disposisjonar.	**Føretaksmøte.**	**Styret.**	**Dagleg leiar.**	**Grunnlaget for fullmakta.**
Økonomi				
Finansiering/låneopptak		Styret godkjenner alle låneopptak innafor rammer fastsett i vedtektene § 12.		Helseføretakslova § 33, jf. vedtektene § 12.
Driftsbudsjett Helse Vest RHF		Styret godkjenner	Dagleg leiar kan omdisponere mellom postar innafor budsjettramma	Helseføretakslova § 28. Styret vedtar at dagleg leiar kan omdisponere mellom postar innafor budsjettramma
Stillingsramme Helse Vest RHF			Dagleg leiar godkjenner	
Investeringsbudsjett Helse Vest RHF		Styret godkjenner		Helseføretakslova § 28
Inntektssystemet og inntektsfordelinga i		Styret godkjenner		Helseføretakslova § 28

helseføretaksgruppa				
Konsernbudsjett		Styret godkjenner		Helseføretakslova § 28
Årsrekneskap og årsberetning	Føretaksmøtet godkjenner			Helseføretakslova § 43, jf. vedtektene § 7
Revisjon	Revisor blir vald av føretaksmøtet som også fastset godtgjersle			Helseføretakslova § 44
Årleg melding til departementet		Styret godkjenner		Helseføretakslova § 34 og vedtektene §15
Saker av vesentleg eller prinsipiell betydning				
Alle saker som blir vurderte å vere av vesentleg eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig Saker i helseføretaka som er av vesentleg eller prinsipiell betydning	Føretaksmøtet treffer vedtak	Styret i Helse Vest RHF må også behandle saker i helseføretaka som er av vesentleg eller prinsipiell betydning, og deretter føreleggja saka for departementet		Om ei sak er av vesentleg eller prinsipiell betydning må vurderast konkret i forhold til helseføretakslova § 30. Politisk og samfunnsmessig interesse som saka har og praksis som har etablert seg på området, må også vurderast. Helseføretakslova § 30,2.ledd
Utskiljing av større deler av verksemda. Deltaking i omfattande samarbeid eller vesentlege	Føretaksmøtet treffer vedtak			

endringar i dette. Omfattande endringar i tenestetilbodet.				
Fullmakt for styreleiar i Helse Vest RHF til å representere eigar i føretaksmøte i helseføretak.				
Omfattar alle saker som vert behandla i føretaksmøtet i helseføretaka etter at dei er behandla i styret i Helse Vest RHF.				Helseføretakslova §§ 16 – 18, jf. lovkommentarar i Ot.prp. nr. 66 om helseføretakslova.
Omfattar også saker som ikkje er behandla i styret i Helse Vest RHF, dersom saka er kurant og styret blir underretta snarast råd.				Helseføretakslova §§ 16 – 18, jf. lovkommentarar i Ot.prp. nr. 66 om helseføretakslova
Andre saker der behandlingsmåten er lov- eller vedtektsbestemt				
Sal av sjukehusverksemd.	Departementet førelegg saka for *Stortinget*	Styret oversender sak med forslag til departementet.		Helseføretakslova § 32, jf. vedtektene § 10.
Sal av faste eigedomar tilhøyrande føretaket	Føretaksmøtet treffer vedtak.	Styret kan treffe vedtak når eigedomen er verdsett til kr. 10mill eller mindre		Helseføretakslova § 31, jf. vedtektene § 11.
Sal av fast eigedom tilhøyrande helseføretak	Føretaksmøtet i Helse Vest RHF må			Helseføretakslova § 31,2.ledd

Sal av fast eigedom tilhøyrande helseføretak verdsett til under 10 mill.	førehandsgodkjenne sal av eigedom til helseføretak	Styret vedtek sal før det blir godkjent i føretaksmøtet til helseføretaket.		Vedtektene til Helse Vest RHF § 11, jf. vedtektene til helseføretaka § 9.
Instruks om forholdet til universitet og høgskular	Føretaksmøtet fastset instruks			Vedtektene § 13
Endring av vedtektene	Føretaksmøtet			Helseføretakslova § 12, jf. vedtektene § 19
Val av styremedlemmer, styreleiar og nestleiar.(Gjeld ikkje tilsetterepresentantane). Avsetjing av styremedlemmer.	Føretaksmøtet			Helseføretakslova § 21
Val av styremedlemmer, styreleiar og nestleiar i helseføretak.(Gjeld ikkje tilsetterepresentantane). Avsetjing av styremedlemmer.		Styret gjer vedtak før det blir formell utpeiking i føretaksmøtet til helseføretaket.		
Godtgjersle til styremedlemmane	Føretaksmøtet			Helseføretakslova § 21
Godtgjersle til styremedlemmane i helseføretaka		Styret gjer vedtak før endeleg fastsetting i føretaksmøtet til helseføretaket.		
Årleg eigarstyringsdokument for Helse Vest RHF	Føretaksmøtet			Helseføretakslova § 16
Årleg bestilling til Helse Vest RHF (Oppdragsdokumentet)	*Helse- og omsorgsdepartementet*			Helseføretakslova § 16
Årleg styringsdokument til helseføretaka i Helse Vest		Styret vedtek styringsdokumentet før det blir fastsett i		Helseføretakslova § 2, jf. § 16 om eigarstyring.

		føretaksmøtet til helseføretaket		
Disponering av midlane i føretaket (overføring av verdiar)	Føretaksmøtet besluttar.	Styret føreslår dette		Helseføretakslova § 15
Signaturrett (teikne firmaet)		Styreleiar åleine	Dagleg leiar åleine	Helseføretakslova § 39, jf. delegasjon frå styret til styreleiar
Personal og organisasjon				
Overordna organisasjonsstruktur for føretaket, arbeidsgivarpolitikken og overordna retningslinjer for utøving av personalpolitikken Styreinstruks Instruks for dagleg leiar		Styret godkjenner dette Styret fastset denne Styret fastset denne		Jf. § 28 i helseføretakslova om oppgåvene til styret Etablert praksis innan selskaps- og føretaksretten Helseføretakslova § 29
Tilsetjing, oppseiing, lønsfastsetting Andre personalfunksjonar		Styret tilset dagleg leiar og fastset løna. Styret gjer vedtak om oppseiing, evt. avskjed av dagleg leiar	Dagleg leiar tilset personell i administrasjonen Dagleg leiar utøver desse personalfunksjonane	Helseføretakslova §36 om styret sine oppgåver og § 37 om dagleg leiar sine oppgåver. Helseføretakslova § 37 om dagleg leiar sine oppgåver.
Avtalar.				

Avtalar av stor betydning eller av uvanleg art Andre avtalar		Styret godkjenner slike avtalar.	Dagleg leiar inngår andre avtalar	Helseføretakslova § 37 slår fast at dagleg leiing ikkje omfattar saker av uvanleg art eller stor betydning
Myndigheitsfordelinga mellom styret og dagleg leiar m.h.t. andre oppgåver.				
Fastsetting av målsettingar for verksemda. Strategiske planar knytt til drift og utvikling av verksemda.		Styret har ansvar for å fastsette/godta dette		Jf. § 28 i helseføretakslova om styret sine oppgåver
Etablering av prosjekt			Dagleg leiar godkjenner etablering av prosjekt	Helseføretakslova § 37 om avgrensinga mellom styret og dagleg leiar si myndigheit
Uttale i høyringssaker.		Styret godkjenner desse i saker som har stor betydning	Dagleg leiar gir uttale i andre saker	Helseføretakslova §37
Retningslinjer i.f.m. drift innan kjernefunksjonar og støttefunksjonar		Styret godkjenner desse i saker som har stor betydning	Dagleg leiar fastset desse i andre saker	Helseføretakslova § 37
Styringssystem		Styret godkjenner desse i saker som har stor betydning	Dagleg leiar fastset desse i andre saker	Helseføretakslova §37
Endringar i tenestetilbodet	Føretaksmøtet må godkjenne alle endringar	Styret godkjenner andre endringar i		Helseføretakslova § 30

	som har vesentleg betydning eller prinsipiell interesse	tenestetilbodet		
Fullmakt for dagleg leiar til å avgjere saker som normalt høyrer under styret si myndigheit.				
Omfattar i prinsippet alle typar saker som høyrer under styret sitt myndigheitsområde.			Dagleg leiar kan avgjere slike saker dersom saka ikkje kan avvente styret si behandling utan vesentleg ulempe for føretaket si verksemd. Styret må underrettast snarast råd.	Helseføretakslova § 37.

HELSE VEST

ETISKE RETNINGSLINJER

føretaksgruppa Helse Vest

Generelt

Vi i føretaksgruppa Helse Vest (heretter kalla Helse Vest)[1] har ansvar for å yte spesialisthelsetenester til befolkninga på Vestlandet. Dei etiske retningslinjene tek utgangspunkt i verdiane våre og i gjeldande lov- og regelverk.

Verksemda vår skal vere kjenneteikna av høg etisk standard. Dei etiske retningslinjene skal vere til hjelp i vanskelege situasjonar som vi kan møte i arbeidet vårt i Helse Vest. Det kan vere i situasjonar som gjeld oss som fagperson, kollega eller leiar. Dersom vi er i tvil, skal vi ta opp spørsmål om etiske dilemma med leiaren eller kollegaer. Vi vil ofte ha nytte av å bruke tid på vanskelege avgjerder.

Dei etiske retningslinjene gjeld for alle medarbeidarar i Helse Vest. Dette omfattar òg mellombels tilsette og personar som utfører oppdrag på vegner av helseføretaka eller Helse Vest IKT AS.

1 Vi som arbeider i Helse Vest

Vi skal kjenne verdiane til Helse Vest og leggje dei til grunn for arbeidet vårt.

- Vi opptrer profesjonelt og med respekt, og vi er høflege og opne.
- Vi avstår frå handlingar som klart kan svekkje tilliten til helsetenestene.
- Vi er bevisste på etiske problemstillingar i helsetenestene generelt og pasientbehandlinga spesielt, både faglege problemstillingar og problemstillingar som gjeld menneskerettar, arbeidslivsstandard, miljø og korrupsjon.
- Det er vårt ansvar som leiar, medarbeidar og kollega å medverke til å halde ein høg etisk standard, òg i høve til samarbeidspartnarar.
- Som medarbeidarar i Helse Vest har vi lovpålagd teieplikt og skal signere teielovnaden til føretaka. Lovnaden gjeld òg ved all bruk av IKT-systema. Vi behandlar sensitiv informasjon med aktsemd og lojalitet, òg i situasjonar der vi ikkje har teieplikt.
- Vi følgjer IKT-sikkerheitsinstruksen for Helse Vest.
- I Helse Vest melder vi frå om uønskte hendingar og avvik til leiaren og registrerer dei i datasystemet Synergi. Teieplikta er ikkje eit hinder for å melde frå om forsømingar og andre uhaldbare eller lovstridige forhold.

1.1 Møtet med kollegaer og leiarar

Som medarbeidarar i føretaksgruppa Helse Vest skal vi bidra til eit godt arbeidsmiljø og behandle kollegaene våre med respekt og omtanke.

1.2 Lojalitet

Lojalitet betyr at vi opptrer etisk, lovleg og i tråd med verdiane våre. Vi skal opptre slik at vi bidreg til å ivareta føretaket sine interesser og omdømme. I lojaliteten ligg òg at vi melder frå om kritikkverdige forhold til rette instansar.

1.3 Rapporterings- og varslingsplikt

Vi pliktar å melde frå til leiaren om forhold vi blir kjende med som kan påføre pasientar, medarbeidarar, verksemda eller omgivnadene tap eller skade, slik at det kan setjast i verk tiltak for å unngå eller avgrense tapet eller skaden.

Dersom vi oppdagar svikt i tenestene eller i behandlinga og pleia av pasientar, pliktar vi å ta det opp med den nærmaste overordna og elles følgje dei etablerte rutinane som gjeld for verksemda.

Vi skal følgje reglane om plikt til fråhald. Bruk av alkohol eller andre rusmiddel er ein trussel for kvaliteten på arbeidet som skal utførast, for pasientbehandlinga og tryggleiken mellom kollegaer. Vi skal varsle nærmaste overordna dersom vi oppdagar at ein kollega er påverka av alkohol eller andre rusmiddel i arbeidstida.

Mobbing eller trakassering av kollegaer skal ikkje skje. Vi pliktar å melde frå til leiar eller verneombod om kollegaer blir utsette for trakassering eller diskriminering.

1.4 Bierverv

Vi pliktar å informere den nærmaste overordna dersom vi har lønna eller ulønna arbeid utanfor helseføretaket, har styreverv eller eigarskap i ei anna verksemd eller har oppdrag for andre/ei anna verksemd. Vi treng ikkje å registrere bierverv som er utan betyding for forsvarleg tenesteutøving i helseføretaket, og der det ikkje er tvil om habiliteten vår. Vi pliktar å halde -opplysningar om rollene vi har utanfor helseføretaket, oppdaterte i føretaket sitt system for registrering av bierverv.

Leiaren skal godkjenne eventuelle bierverv innanfor rammene av dei regionale retningslinjene og tilhøyrande rettleiing.

1.5 Opplæring og etterutdanning

Spesialisthelsetenestelova § 3-10 seier at opplæring, etterutdanning og vidareutdanning for helsepersonell er arbeidsgivaren sitt ansvar. Vi skal ikkje ta imot støtte frå leverandørar eller andre kommersielle aktørar som kan påverke vår habilitet i forbindelse med kurs, konferansar og kongressar.

2 Møtet med pasienten

Som medarbeidarar i Helse Vest skal vi utføre arbeidet vårt i samsvar med dei krava til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som vi kan vente ut frå kvalifikasjonane våre, arbeidet sin karakter og situasjonen elles.

Vi skal behandle alle pasientane våre med medmenneskelegheit og respekt. Vi skal opptre profesjonelt og ikkje involvere oss personleg med pasientane, og vi skal heller ikkje ta imot gåver eller andre fordelar for oss sjølve eller andre som er eigna til å påverke handlingane våre.

Vi kan i vanskelege etiske problemstillingar knytt til pasientbehandlinga kontakte den kliniske etikkomiteen for å få råd.

2.1 Rettane til pasienten

Pasienten har rett til å få informasjon om si eiga helse, og han eller ho skal kunne vere trygg på at vi held teieplikta vår. Pasienten har rett til å medverke ved si eiga behandling og skal samtykkje til denne, jf. reglane i pasient- og brukarrettslova. Pårørande skal inkluderast til det beste for pasienten.

Vi har alle ansvar for å leggje forholda til rette for ei verdig avslutning på livet for pasientar i livets sluttfase. Det inneber at behandling og pleie skal leggjast opp slik at pasienten unngår unødig smerte, og at dei psykiske og åndelege behova kan bli dekte på ein best mogleg måte.

2.2 Prioritering

Dei daglege prioriteringane er ein del av etikken. Retningslinjer, rettleiarar og refleksjon skal sikre at vi bruker ressursane rett på alle områder slik at det verkeleg er dei sjukaste pasientane og dei som vil ha mest nytte av helsehjelpa som blir prioriterte (jf. Prioriteringsforskrifta). Korleis prioriterer vi når nye og spennande behandlingsmetodar eller medikament står klare til å bli tekne i bruk i staden for andre tiltak? I Helse Vest skal vi sikre ein etisk forsvarleg bruk av dei ressursane samfunnet har sett oss til å forvalte på best mogleg måte for pasientane.

3 Forsking

Som forskarar i føretaksgruppa Helse Vest har vi plikt til å verne om livet, helsa, privatlivet og verdigheita til personar som deltek i forskingsprosjekt. Vi må vurdere risikoen i prosjekta på ein realistisk måte.

Ingen skal starte medisinsk eller helsefagleg forsking utan godkjenning frå Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskingsetikk vest (REK vest), og vi skal følgje retningslinjene REK fastset.

Velferda til dyr som blir brukte i forsking, skal òg respekterast. Retningslinjene til dei nasjonale forskingsetiske komiteane gjeld for all forsking i Helse Vest.

4 Tillit til helsetenestene

Som medarbeidar i Helse Vest er vi bundne av habilitetsreglane i forvaltingslova (forvaltingslova kapittel II, § 6 f.). Vi skal ikkje ta imot gåver, tenester eller økonomiske fordelar som kan påverke forholdet til leverandørane. Mindre gåver som blomar, og andre mindre gåver, for eksempel i samband med høgtider, kan aksepterast så lenge dei ikkje er knytte til direkte innkjøpsavtalar.

Vi viser til samarbeidsavtalen mellom Helse Vest RHF og Leverandørforeningen for Helsesektoren (LFH) og til samarbeidsavtalen mellom Helse Vest RHF og Legemiddelindustriforeningen (LMI).

4.1 Innkjøp

Det er etablert etiske retningslinjer for innkjøp som gjeld alt arbeid med innkjøp innanfor Helse Vest. Retningslinjene for innkjøpsarbeidet skal skape tillit og tryggje omdømmet til verksemda.

4.2 Initiativ for etisk handel

Føretaksgruppa Helse Vest er medlem av IEH (Initiativ for etisk handel) og har plikt til å følgje prinsipperklæringa og retningslinjene til IEH. Formålet til IEH er samarbeid for handel som sikrar menneskerettar, arbeidstakarrettar, utvikling og miljø.

4.3 Miljø og klima

Helse Vest har eit spesielt ansvar innanfor miljøsatsing i kraft av å vere blant dei største verksemdene på Vestlandet. Vi arbeider for å oppfylle dei nasjonale miljø- og klimamåla. Vi skal vere bevisste på kva konsekvensar åtferd og avgjerder kan få for miljøet. Miljø-vurderingar og miljøkostnader skal inkluderast i alle avgjerder.

4.4 Etisk rekruttering

Føretaksgruppa Helse Vest følgjer dei globale retningslinjene til WHO for internasjonal rekruttering av helsepersonell. WHO tilrår ikkje å rekruttere helsepersonell frå utviklingsland som har kritisk mangel på helsepersonell. Helse Vest ventar at alle samarbeidspartnarar og leverandørar legg tilsvarande etiske standardar til grunn.

[1] *Føretaksgruppa Helse Vest består av Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF, Sjukehusapoteka Vest HF, Helse Vest IKT og Helse Vest RHF.*

Helse Vest
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger
Telefon: 51 96 38 00
www.helse-vest.no

Dei etiske retningslinjene med alle vedlegg finn du på
helse-vest.no/etikk

INSTRUKS FOR REVISJONSUTVALET I HELSE VEST RHF

1. FORMÅL

Revisjonsutvalet er eit underutval av styret i Helse Vest RHF og har eit særleg ansvar for å støtte styret til å utøve god verksemdstyring gjennom tilsyn med risikostyring og internkontroll i føretaksgruppa.

2. ORGANISERING

2.1 Styret vel tre medlemmer til revisjonsutvalet frå medlemmene i styret, deriblant leiar av utvalet. Minst ein av medlemmene skal ha kunnskap innan rekneskap eller revisjon.

2.2 Styret vel medlemmene av revisjonsutvalet for to år om gangen. Ny oppnemning skjer når medlemmer trer ut av styret eller når nokon av medlemmene eller styret ønskjer skifte.

2.3 Styret fastset instruks for revisjonsutvalet.

2.4 Internrevisjonen i RHF er sekretariat for revisjonsutvalet.

3. MYNDE OG ANSVAR

3.1 Revisjonsutvalet er ansvarleg for utføringa av sine oppgåver berre overfor styret i Helse Vest RHF. Ansvaret til styret og det einskilde styremedlem vert ikkje endra som følgje av revisjonsutvalet sitt arbeid.

3.2 Revisjonsutvalet har mynde til å undersøke alle forhold ved helseføretaka. Alle tilsette skal gje dei opplysningane og yta den bistand som revisjonsutvalet måtte be om, med atterhald om avgrensingar i lov og regelverk.

3.3 Revisjonsutvalet kan setje i verk dei undersøkingane det finn nødvendig for å ivareta sine oppgåver. Revisjonsutvalet utfører normalt sine oppgåver ved å nytte internrevisjonen, men kan også hente inn ekstern bistand.

4. OPPGÅVER

Revisjonsutvalet skal:

4.1 Føre tilsyn med at det er etablert risikostyring og internkontroll som kan bidra til å sikre

- målretta og kostnadseffektiv bruk av ressursar
- påliteleg styringsinformasjon
- etterleving av regelverk, eigarkrav og eigne vedtekne krav (mellom anna etikk)
- oppfølging og læring av feil og avvik rapportert frå interne og eksterne tilsyns- og kontrollinstansar.

4.2 Sjå etter at Helse Vest har ein uavhengig og effektiv intern revisjon. I dette ligg bl.a.:

- halde seg orientert om internrevisjonen sitt arbeid og sjå til at dette går føre seg i samsvar med faglege standardar og profesjonelle krav
- innstille overfor styret på internrevisjonens budsjett og årleg plan for internrevisjon
- godkjenne vesentlege oppgåver for internrevisjonen utanom vedteken revisjonsplan

4.3 Sjå etter at Helse Vest har ein uavhengig og effektiv ekstern revisjon. I dette ligg bl.a.:

- sjå til at revisjonen går føre seg i samsvar med faglege standardar og profesjonelle krav
- gjennomgå vesentlege forhold knytt til Helse Vest sin årsrekneskap saman med ekstern revisor
- sjå til om ekstern revisor eller revisjonsselskapet har levert andre tenester enn revisjon som bidrar til å svekke eksternrevisor sin uavhengige rolle

5. RAPPORTERING TIL STYRET

Revisjonsutvalet skal for styret i Helse Vest RHF leggje fram:

- Protokoll frå møta i revisjonsutvalet, til orientering
- Årleg møte- og aktivitetsplan for utvalet, til orientering
- Budsjett og plan for internrevisjon, til behandling
- Rapportar og større saker, til behandling eller orientering. Styret kan også be om at andre saker og rapportar som utvalet har behandla, blir lagt fram for styret
- Årleg rapport om sitt arbeid og internrevisjonens arbeid, til orientering

6. MØTER

6.1 Ordinær behandling i revisjonsutvalet skal skje i møter. Det må vera minst to medlemmer til stades for at møte skal vere lovleg sett.

6.2 Revisjonsutvalet møter så ofte den finn det nødvendig, men minst fire gonger årleg.

6.3 Møta i revisjonsutvalet er opne. Lukking av møte kan skje etter same reglar som for styret, sjå styreinstruks.

6.4 Revisjonsutvalet bestemmer sjølv si møteform.

6.5 Innkalling til møta skal skje skriftleg og dei sakene som skal handsamast skal gå fram av innkallinga. I spesielle tilfelle kan leiar av revisjonsutvalet avgjera at innkalling kan skje munnleg.

7. ANDRE SIN MØTE- OG TALERETT

7.1 Styremedlemmer og administrerande direktør eller den vedkommande utpeikar i HelseVest RHF, har møte- og talerett. Administrerande direktør deltar personleg minimum eingang i året.

7.2 Internrevisjonen deltar på møta, har talerett og er sekretær for utvalet.

7.3 Ekstern revisor deltar på møter minimum ein gang i året for gjennomgang av årsrekneskapen.

7.4 Styreleiarar og administrerande direktørar i helseføretaka har møte- og talerett når saker under deira ansvarsområde blir handsama.

8. INFORMASJON

8.1 Verksemda i Helse Vest er omfatta av offentleglova. Informasjon i saksdokument skal nyttast slik at den ikkje er til skade for arbeidet i utvalet og i styret.

8.2 Det skal gå fram av sakspapira dersom informasjon skal handsamast konfidensielt med heimel i lov, og det inneber også at medlemmene i utvalet har teieplikt om desse sakene.

9. IVERKSETTING

Denne instruksen gjeld frå 6. mars 2019 og erstattar instruks vedteken av styret 8. februar 2018.

INSTRUKS FOR INTERNREVISJONEN I HELSE VEST RHF

1. FORMÅL

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll.

2. ORGANISERING

2.1 Internrevisjonen er underlagt styret i Helse Vest RHF. Den rapporterer fagleg til styret sitt revisjonsutval og administrativt til administrerande direktør.

2.2 Styret tilset og seier opp leiar for internrevisjonen i samråd med revisjonsutvalet. Administrerande direktør fastset i samråd med revisjonsutvalet godtgjersle til leiar av internrevisjonen.

3. ANSVAR OG MYNDE

3.1 Internrevisjonen skal være uavhengig og objektiv i sitt arbeide, og har ingen instruksjonsmynde overfor andre avdelingar eller føretak.

3.2 Internrevisjonen skal ha høg revisjons- og kontrollfagleg kompetanse, og skal kunne trekke på ressursar i føretaksgruppa i den grad det er nødvendig for å utføre oppgåvene sine.

3.3 Internrevisjonen har uinnskrenka innsynsrett i alle forhold i føretaka og skal ha tilgang til informasjon og dokumentasjon som er nødvendig for å utføre sine oppgåver, med dei avgrensingar som er sett i lov og regelverk.

3.4 Alle som utfører arbeid for internrevisjonen, også mellombels tilsette og eksterne ressursar, har teieplikt. Dei pliktar å verna tausheit rundt alle forhold som kjem til kunnskapen deira om føretaksgruppa, brukarar eller personale under arbeidet sitt. Internrevisjonen har sjølv ansvar for at mellombels tilsette og eksterne ressursar blir underlagt teieplikta. Revisjonsrapportar og/eller samandrag av slike rapportar, skal ikkje innehalda personopplysningar

3.5 Internrevisjonen har rett til å være til stades på interne møter der det vert informert om og diskutert forhold som vedrører internrevisjonens oppgåver etter denne instruksen.

3.6 Internrevisjonen skal utføre arbeidet sitt i samsvar med gjeldande definisjonar, etiske reglar og standardar for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av The Institute of Internal Auditors (IIA). Det betyr at ein følgjer desse kjerneprinsippa:

- Har og synleggjer integritet.
- Har og synleggjer kompetanse og tilbørlig fagleg aktsomhet.
- Er objektiv og fri for utilbørlig påverknad (uavhengig).
- Tilpassar seg organisasjonens strategiar, mål og risikoar.
- Er hensiktsmessig posisjonert organisasjonsmessig og har dei riktige ressursane.
- Har og synliggjør kvalitet og kontinuerlig forbetring.
- Kommuniserer virkningsfullt.
- Gir risikobaserte bekreftelser.
- Er innsiktsfull, proaktiv og framtidsfokusert.
- Fremmer forbetring i organisasjonen.

4. OPPGÅVER

4.1 Internrevisjonen skal sjå etter at risikostyring og internkontroll er tilpassa risikoen i føretaksgruppa og bidrar til å sikre

- målretta og kostnadseffektiv bruk av ressursar
- påliteleg styringsinformasjon
- etterleving av regelverk, eigarkrav og eigne vedtekne krav (mellom anna etikk)
- oppfølging og læring av feil og avvik rapportert frå interne og eksterne tilsyns- og kontrollinstansar.

4.2 Internrevisjonen skal uavhengig og objektivt gje uttalar og råd for å bidra til verdiskaping i føretaksgruppa.

4.3 Internrevisjonen skal vurdere korleis føretaksgruppa handterer risikoen for mislige tilhøve.

4.4 Internrevisjonen er sekretariat for revisjonsutvalet.

4.5 Internrevisjonen kan gjennomføre kontrollar i avtaleinstitusjonar og hos avtalespesialistar innan dei rammene som er sett i avtalen med vedkommande.

5. REVISJONSPLANLEGGING

5.1 Arbeidet til internrevisjonen skal nedfellast i ein årleg rullert plan som skal behandlast av revisjonsutvalet og godkjennast av styret.

5.2 Revisjonsplanen skal være basert på risikovurderingar av overordna, vesentlege forhold.

5.3 Internrevisjonen skal i arbeidet med revisjonsplanen søke å involvere styra og administrerande direktørar i RHF'et og helseføretaka, for eit best mogleg plangrunnlag.

5.4 Vesentlege oppgåver for internrevisjonen utanom vedteken revisjonsplan kan godkjennast av revisjonsutvalet. Internrevisjonen kan også på sjølvstendig grunnlag ta opp saker innan sitt ansvars- og arbeidsområde.

6. GJENNOMFØRING AV REVISJONEN

6.1 Internrevisjonen skal i gjennomføring av revisjonen leggje til rette for ein god dialog med reviderte føretak.

6.2 Administrerande direktør i det føretak revisjonsoppdraget vedkjem, er formell kontaktperson i alle saker, og skal som minimum ha oppstartsmelding, høyringsrapport og endeleg rapport tilsendt.

6.3 Internrevisjonen skal utarbeide oppdragsplan og ressursoverslag før eit prosjekt startar opp. Revisjonsutvalet og administrerande direktør i det føretaket som skal reviderast skal orienterast om dette.

6.4 Utkast til rapport skal sendast på høyring til administrerande direktør i revidert føretak. Høyringa skal gi høve til å kvalitetssikre faktagrunnlaget og uttale seg til rapporten.

6.5 Endeleg rapport skal behandlast av styret for revidert helseføretak. Administrerande direktør for helseføretaket har ansvar for at dette vert gjort.

6.6 Internrevisjonen skal leggje fram endelege rapportar for revisjonsutvalet med kopi til administrerande direktør i Helse Vest RHF. For prosjekt som har fleire rapportar, til dømes til kvart enkelt føretak, kan det vurderast å utarbeide ein samlerapport.

6.7 Internrevisjonen skal følgje opp om nødvendige tiltak på bakgrunn av revisjonsprosjekt blir sette i verk, og rapportere resultata av dette til revisjonsutvalet.

7. RAPPORTERING OG KOMMUNIKASJON

7.1 Internrevisjonen skal utarbeide ein årleg rapport til revisjonsutvalet. Rapporten skal oppsummere revisjonane og korleis funn som vart påpeikt blir følgt opp av føretaka.

7.2 Internrevisjonen skal uoppmoda informere revisjonsutvalet og administrerande direktør om vesentlege feil, tap, mislege tilhøve, svikt i internkontrollen eller andre forhold som revisjonen vert kjend med.

7.3 Internrevisjonen skal utveksle informasjon med eksternrevisor, Riksrevisjonen og ulike tilsynsstyresmakter i det omfang som er naturleg og hensiktsmessig for eit gjensidig effektivt kontroll- og tilsynsarbeid.

8. IVERKSETTING

Denne instruksen gjeld frå 24. mars 2022 og erstattar instruks vedteken av styret 6. mars 2019.

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	Helse Vest RHF
DATO:	23.02.2023
SAKSHANDSAMAR:	Bjørn Munthe
SAKA GJELD:	**Årsrapport 2022 for revisjonsutval og internrevisjon**
ARKIVSAK:	2019/7908
STYRESAK:	**032/23**
STYREMØTE:	**22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar årsrapport 2022 for revisjonsutval og internrevisjon til orientering.

Oppsummering

Etter instruks skal utvalet og internrevisjonen legge fram ein årsrapport, og den er som tidlegare år samla i eit felles dokument.

./.
Vedlegg: Årsrapport 2022

ÅRSRAPPORT 2022 FOR REVISJONSUTVALET OG INTERNREVISJONEN I HELSE VEST RHF

Tittel:
Årsrapport 2022 for revisjonsutvalet og internrevisjonen i Helse Vest RHF

Last ned dokumentet her:
https://helse-vest.no/om-oss/internrevisjon

Framsideillustrasjon:
Foto: Bjørn Munthe

FORORD

Revisjonsutvalet og internrevisjonen i Helse Vest RHF er begge ledd i å styrke styret si overvaking av internkontrollen. I samsvar med gjeldande instruksar utgjer dette dokumentet den årlege rapporten om utvalet og internrevisjonen sitt arbeid.

INNHALD

1. Revisjonsutvalet **4**
- 1.1 Formål og samansetnad 4
- 1.2 Oppgåver 4
- 1.3 Instruks og møte 4

2. Internrevisjonen **5**
- 2.1 Formål og samansetnad 5
- 2.2 Instruks og møte 6
- 2.3 Oppgåver 7
- 2.4 Fagleg fundament og eksterne dialogar 7

3. Internrevisjonsprosjekt i 2022 **9**
- 3.1 Ny rapport: Internrevisjon – læring på tvers av uønskte hendingar 9
- 3.2 Oppfølging av internrevisjonsrapport "Økonomistyring i byggeprosjekt" 11
- 3.3 Fleire prosjekt 12
- 3.4 Fleire aktivitetar 13

4. Ekstern evaluering av internrevisjonen **14**

1. REVISJONSUTVALET

1.1 Formål og samansetnad

Revisjonsutvalet er eit underutval av styret i Helse Vest RHF og har eit særleg ansvar for å støtte styret til å utøve god verksemdstyring gjennom tilsyn med risikostyring og internkontroll i føretaksgruppa.

Revisjonsutvalet hadde i 2022 følgjande samansetnad:

- Olin Johanne Henden, leiar
- Oddvar Martin Kaarbøe
- Wencke Kristin Røkenes

1.2 Oppgåver

Revisjonsutvalet skal:

- Føre tilsyn med at det er etablert risikostyring og internkontroll som kan bidra til å sikre:
  - målretta og kostnadseffektiv bruk av ressursar
  - påliteleg styringsinformasjon
  - etterleving av regelverk, eigarkrav og eigne vedtekne krav (mellom anna etikk)
  - oppfølging og læring av feil og avvik rapportert frå interne og eksterne tilsyns- og kontrollinstansar.
- Sjå etter at Helse Vest RHF har ein uavhengig og effektiv internrevisjon og ekstern revisjon

1.3 Instruks og møte

Revisjonsutvalet har lagt til grunn at internrevisjonen og revisjonsutvalet ved kvart årsskifte gjer ein gjennomgang av instruksane, og at ei tilråding frå utvalet kan følgje samlesaka til styret, saman med sjølve instruksane. Det ligg til styret å fastsette instruksar for revisjonsutvalet og internrevisjonen.

I 2022 gjorde styret ei klargjerande justering i instruksen til internrevisjonen knytt til teieplikt (sjå kapittel 2.2). Instruksen til revisjonsutvalet vart ikkje endra.

Revisjonsutvalet hadde seks ordinære, samt to ekstra, møte i 2022. Totalt åtte møte. I alt handsama revisjonsutvalet 57 saker i 2022. Protokollane frå utvalet sine møte vert lagt fram for styret til orientering. Internrevisjonen er sekretær for utvalet. Frå administrasjonen i Helse Vest RHF deltek eigardirektør og økonomi- og finansdirektør fast, med talerett. Administrerande direktør deltek normalt på eitt av møta i året.

Utvalet har i løpet av året fått framlagt rapport frå eit internrevisjonsprosjekt og har drøfta oppstart av mandat for internrevisjon på to nye prosjekt.

I revisjonsutvalet sitt møte i april gjekk ekstern revisor gjennom risikobilete og erfaringar frå revisjonen. Årsrekneskapen for Helse Vest RHF vart gjennomgått av konsernrekneskapssjefen i Helse Vest RHF. I utvalet sitt desembermøte presenterte ekstern revisor resultata frå interimsrevisjonen på hausten og planane for komande årsrevisjon.

Andre aktivitetar og oppgåver

Revisjonsutvalet og internrevisjonen har ut over dei meir omfattande revisjonsprosjekta gjennomført førebuande analysar og/eller kontrolloppgåver knytt til blant anna:

- IKT- og IKT tryggleik
- Grensekrenkande åtferd og tap av autorisasjon
- Budsjett og økonomisk berekraft i helseregionen for åra som kjem
- Samfunnsansvar og klimarisiko
- Eigenevaluering
- Med meir

For meir informasjon om desse aktivitetane blir det vist til protokollar frå møte i revisjonsutvalet.

2. INTERNREVISJONEN

2.1 Formål og samansetnad

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll.

I 2020 valde styret å gjennomføre ein grundig prosess for å vurdere den mest hensiktsmessige organiseringa av internrevisjonen i Helse Vest RHF framover. BDO vart engasjert, og arbeidet resulterte i ein rapport som vart presentert for styret i desember 2020. Hovudkonklusjonen var at styret ønska å fortsette med ein kombinasjon av internt tilsette og innleige av eksterne konsulentar. Konklusjonen i sin heilskap kan lesast i styresak 142/20.

Internrevisjonen har sidan 2012 hatt tre stillingar. Sjølv med full bemanning er det ei lita og sårbar eining med eit stort virkefelt, og med ein omfattande revisjonsplan som ligg til grunn for arbeidet. Situasjonen vart ekstra krevjande grunna koronapandemien, som framleis var gjeldande inn i første kvartal av 2022.

Ny leiar av internrevisjonen tiltredde i slutten av august 2021. Leiar starta omgåande jobben knytt til å rekruttera to nye internrevisorar. Desse vart signerte i desember 2021 og starta i mars 2022. Internrevisjonen var fulltalig resten av året 2022 og består no av:

- Bjørn Munthe, leiar internrevisjonen
- Caroline Øie, internrevisor
- Sara Svela, internrevisor

Det er avgjerande at internrevisjonen kan supplere eigen kompetanse og kapasitet med innleidd bistand. Det held vi fram med, men erfaring viser at det er svært viktig å bruka ressursar for å følgje opp konsulentselskapa for å sikre gode leveransar. Best resultat vert oppnådd når oppdragsgjevar følgjer revisjonsteamet aktivt; dette sikrar erfaringsoverføring begge vegar. I dei to prosjekta som starta opp på slutten av 2022, blir ein av revisjonane gjennomført utelukkande med interne ressursar - og ein med innleidd prosjektleiing. I tillegg knyta internrevisjonen til seg fagleg bistand frå ressursar internt i RHF-et i prosjektstyringa.

Sjølv om det er krevjande med nytt team vil internrevisjonen seia seg fornøgd med situasjonen og meiner vi er godt rusta til å tre inn i eit nytt revisjonsår, denne gongen med full bemanning.

2.2 Instruks og møte

I 2022 gjorde styret ei klargjerande justering i instruksen til internrevisjonen knytt til teieplikt.

Internrevisjonen bruker i oppdraga sine innleidde ressursar. Ein innhentar òg ressursar frå det regionale helseføretaket og/eller i føretaka. Desse ressursane blir definerte som mellombelse, men gjennom bistanden sin skal desse både bli oppfatta som, og vera ein del av, sjølve internrevisjonen. For å ytterlegare presisera dette faktumet, og dessutan at dei mellombelse ressursane òg blir omfatta av teieplikta så er det naturleg å presisera dette i instruksen til internrevisjonen. Ei slik presisering klargjer dei mellombelse si rolle og deira ansvar.

I instruksen til internrevisor er teieplikta omhandla spesifikt i punkt 3.4:

«3.4. Internrevisjonen har teieplikt om alt den får kjennskap til under arbeidet sitt.»

Dette punktet vart endra til:

«3.4 Alle som utfører arbeid for internrevisjonen, også mellombels tilsette og eksterne ressursar, har teieplikt. Dei pliktar å verna tausheit rundt alle forhold som kjem til kunnskapen deira om føretaksgruppa, brukarar eller personale under arbeidet sitt. Internrevisjonen har sjølv ansvar for at mellombels tilsette og eksterne ressursar blir underlagt teieplikta. Revisjonsrapportar og/eller samandrag av slike rapportar, skal ikkje innehalda personopplysningar.»

2.3 Oppgåver

Innan oppgåva med stadfestingar er det i 2022 avslutta eit prosjekt, nærare omtalt seinare i årsrapporten. Oppfølging av tidlegare prosjekt er viktig, for å sikre gjennomføring av vedtekne tiltak. Erfaringa viser at det er nødvendig å vere klar overfor både RHF og HF-a på premissane for denne oppfølginga, for å sikre gjennomføring av dei tiltaka styret i Helse Vest RHF, og føretaksstyra, har vedteke. Det vart avslutta to prosjekt i 2021. Eit av desse har hatt oppfølginga si i haust (Økonomistyring i byggeprosjekt). Det andre prosjektet, Tvangsbruk i psykisk helsevern, vil bli følgt opp i første kvartal 2023. Brev om dette er sendt til både RHF og HF-a.

I tillegg til stadfestingsoppgåva (prosjekta) skal internrevisjonen på uavhengig og objektivt vis kunne gje uttalar og råd for å bidra til verdiskaping i føretaksgruppa. Vidare skal internrevisjonen vurdere korleis føretaksgruppa handterer risikoen for mislege tilhøve. Desse to oppgåvene blir i størst mogleg grad integrert i dei prosjekta revisjonen gjennomfører.

Sekretariatsfunksjonen for revisjonsutvalet er òg oppgåver som krev kapasitet gjennom året.

Verkeområdet til internrevisjonen er heile føretaksgruppa, altså dei fem helseføretaka og Helse Vest IKT AS. Internrevisjonen har høve til å gjennomføre kontrollar i avtaleinstitusjonar og hjå avtalespesialistar innan dei rammene som er sett i gjeldande avtalar. Dermed femner internrevisjon heilskapen i det som utgjer "sørgje-for"-ansvaret.

Internrevisjonen er fagleg uavhengig av linjeorganisasjonen. Den rapporterer funksjonelt til revisjonsutvalet og styret, og administrativt til administrerande direktør i Helse Vest RHF. I tråd med internasjonale standardar skal leiar for internrevisjonen minst årleg stadfeste for styret si uavhengige rolle. Internrevisor vil for 2022 gje uttrykk for at det ikkje har vore tilfelle der internrevisjonen sin uavhengige posisjon er blitt utfordra, og seier seg tilfreds med den rolla funksjonen har i føretaksstrukturen.

Internrevisjonen har jamlege møte i revisjonsutvalet. Ordninga med faste, jamlege kontaktmøte med administrerande direktør, eigardirektør og økonomi- og finansdirektør i RHF-et har vore gjennomført gjennom heile 2022.

2.4 Fagleg fundament og eksterne dialogar

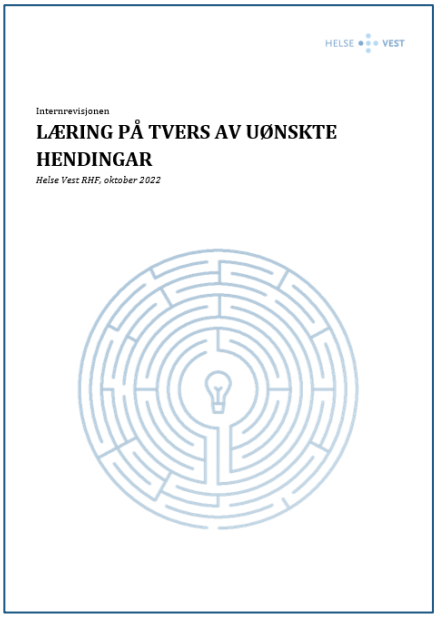
Internrevisjonsfunksjonen utøver virket sitt med basis i lov om helseføretak og instruks fastsett av styret i Helse Vest RHF. Vidare utfører internrevisjonen sitt arbeid i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av Institute of Internal Auditors (IIA). Standardane inneheld etiske reglar og krav til profesjonell utøving av intern revisjon.

Internrevisjonseiningane i dei regionale helseføretaka har eit tett og godt samarbeid. Samarbeidet er nyttig, gitt einingane sin likskap i størrelse og funksjon. Det har òg i 2022 vore møte på leiarnivå og samling med alle medarbeidarane. Den årlege nasjonale konferansen for internrevisorar vart fysisk gjennomført i juni. Internrevisjonen hadde som tidlegare informasjons- og erfaringsutvekslingsmøte med Riksrevisjonen. Dette vart i år halde fysisk hos Riksrevisjonens lokale i november.

Dialogen med revisjonsfunksjonar i helseføretaka blir handtert på ad-hoc basis.

3. INTERNREVISJONSPROSJEKT I 2022

3.1 Ny rapport: Internrevisjon – læring på tvers av uønskte hendingar



Formålet med prosjektet har vore å undersøkje om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre l**æring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka.**

Ut i frå bakgrunn og formålet har vi undersøkt følgjande **hovudproblemstillingar**:

1. Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?

2. Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka?

3. Styring og oppfølging av pasienttryggleik, under dette:

- Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringsliner?
- Korleis er styra i helseføretaka og i RHF-et involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka?

Metode

- **Dokumentanalyse**
  - Rutinar og prosedyrar, planar, mål og tiltak, kurs, rapportering, styresaker
- **Intervju i kvart føretak**
  - Leiarar og tilsette ved ulike avdelingar
  - Fagdirektør
  - Administrerande direktør

- **Spørjeundersøking**
    - Utval: leiarar og tilsette innan fagområda kreft, fødselsomsorg, gastrokirurgi og ortopedi (basert på omfang av erstatningssaker/erstatningsbeløp – NPE)
    - Svarprosenten kunne vore høgare, men har ikkje vore til hinder for å kunne bruke resultata
    - Har gitt mykje viktig informasjon til revisjonen
- **Casegjennomgang av åtte uønskte hendingar**
    - For å undersøke læringsprosessen meir i detalj – ikkje saumfara sakene i seg sjølv
    - Fleire alvorlege hendingar – avgrensa kva som kan omtalast i rapporten

Konklusjon

Internrevisjonen meiner Helse Vest RHF og føretaka er i gang med eit viktig arbeid for å leggje til rette for læring på tvers.

Samtidig meiner internrevisjonen at det per i dag er ei rekke barrierar som hindrar læring på tvers, og at det i for liten grad blir følgt opp at læring på tvers skjer i praksis, sjølv om system og rutinar for dette på fleire område er på plass.

I det vidare arbeidet er det avgjerande å sikre at systema blir brukt og fungerer etter formålet, slik at pasientar kan møte ei helseteneste som lærer av sine feil uavhengig av kor dei skjer, og som kontinuerleg arbeider med å gi trygge og gode tenester.

På grunn av tett styrekalender vil den ferdigstilte rapporten først bli behandla av styret i Helse Vest RHF i mars 2023.

3.2 Oppfølging av internrevisjonsrapport "Økonomistyring i byggeprosjekt"

Det vart i 2021 gjennomført eit internrevisjonsprosjekt av korleis helseføretaka i Helse Vest handterer økonomisk risiko i byggjeprosjekt .

Formålet med internrevisjonen var å undersøkje om helseføretaka i Helse Vest på forsvarleg og tilfredsstillande vis vurderer og handterer økonomisk risiko i byggeprosjekt som er i gjennomføringsfasen, slik at prosjekta vert gjennomført i samsvar med dei gitte rammene, og evaluere kva slags læringspunkt ein kan hente til framtidige byggeprosjekt i Helse Vest.

Totalvurderinga var at helseføretaka i hovudsak følgjer opp økonomisk risiko i prosjekta på eit tilfredsstillande sett. Tilsvarande vart det ikkje identifisert vesentlege manglar i Helse Vest RHF si økonomioppfølging av store byggeprosjekt. Det vart gjort nokre observasjonar av område kor ein vurdererte at oppfølginga av økonomisk risiko kunne styrkast. Dette gjaldt både på RHF-nivå og dei undersøkte prosjekta.

Helse Vest RHF stilte i liten grad krav til styringssystem for prosjekt i gjennomføringsfasen, og på tvers av føretak og prosjekt vart det i liten grad lagt til grunn felles prinsipp for korleis operativ økonomistyring skal takast i vare. Føretaka har ikkje krav på seg om å dokumentere at prosjekta er rigga i samsvar med «Fullmakter i utbyggingsprosjekt» vedteke av styret i Helse Vest RHF. Revisjonen viste at det er risiko for at ikkje alle krav i fullmaktsdirektivet vert etterlevd i alle prosjekt.

I undersøkte prosjekt var det i liten grad nedfelt detaljerte prosedyrar for dei oppgåver og kontrollar som vert utført for å vurdere og handtere økonomisk risiko.

Vidare viste undersøkinga at det mellom prosjekta var skilnadar når det gjeld systematisk bruk av usikkerheitsanalysar og usikkerheitsstyring for å handtere økonomisk risiko.

Undersøkinga viste eit potensial for at det på tvers av føretak og prosjekt vert gjennomført meir regelbunden og systematisk erfaringsoverføring. Til tross for skilnadar som krev lokale tilpassingar verka prosjekta på ulike område å ha etablert gode praksisar som kan gje læringspunkt på tvers av prosjekta.

Styra i RHF-et og HF-a behandla rapporten og handlingsplanar frå administrasjonane i september og oktober 2021.

På seinhausten i år sende internrevisjonen ut brev til alle føretak kor vi bad om ei tilbakemelding som beskreiv kva som er gjort frå administrasjonen si side innan dei

tema rapporten tok opp. Føretaka blei bedd om å sjå til anbefalingane i rapporten, og den handlingsplan som de hadde lagt fram for sitt styre. Deretter blei dei samla tilbakemeldingane sendt til Helse Vest RHF, ved eigardirektør, for å få deira tilbakemelding på dei same spørsmåla.

Konklusjon

Konklusjonen er at internrevisjonen i det store ser seg nøgd med dei tilbakemeldingane som har komme inn. Samtidig ønskjer internrevisjonen å visa til at det er noko variasjon i kva grad råda frå revisjonen er teken til følge i dei respektive føretaka. Undersøkinga viste at det mellom prosjekta eksempelvis er skilnadar når det gjeld systematisk bruk av usikkerheitsanalysar og usikkerheitsstyring for å handtera økonomisk risiko. Dette er framleis gjeldande. Relatert til dette registrerer internrevisjonen at krav om oppdaterte usikkerheitsanalysar er tekne inn i Helse vest RHF sin oppdaterte "Prosedyre for avgjerd og gjennomføring av investeringsprosjekt" (behandla i Helse Vest RHF sitt styre den 20.04.22, sak 49/22).

3.3 Fleire prosjekt

Internrevisjon av uønskt variasjon i pasientforløp BUP

Prosjektet kom opphaveleg inn i revisjonsplanen i 2018, og eit prosjekt starta opp våren 2019. Men etter oppmodingar frå føretaka vart det utsett og først prioritert att i 2021.

Formålet med prosjektet er å undersøkje om det er uønskte variasjonar i Helse Vest kva gjeld mottak av tilvising, vurdering av tilvising, og behandling av barn og unge i det psykiske helsevernet. Bakgrunnen er at det er ein gjennomgåande risiko innan psykisk helsevern for at like pasientar får ulike rettar og forløp, både i og mellom helseføretak.

Prosjektet vil mellom anna kartleggje og vurdere om føretaka sikrar:

- at barn og unge i psykisk helsevern blir prioritert i tråd med nasjonale prioriteringsrettleiarar,
- at barn og unge innan same diagnosegruppe får mest mogleg likeverdige utrednings- og behandlingsforløp,
- spesialisert kompetanse for behandling av dei mest komplekse psykiske lidingane.

Internrevisjonen varsla at ein i gjennomføringa av dette prosjektet ville ha behov for innleie av ekstern kompetanse og kapasitet. Etter gjennomføringa av minikonkurranse vart oppdraget tildelt Deloitte AS. Oppstart av sjølve prosjektgjennomføringa vart utsett til hausten 2022 av omsyn til føretaka si utfordrande bemanningssituasjon som følgje av koronapandemien.

Internrevisjonsprosjektet er omfattande, men har god framdrift og internrevisjonen reknar med å ha sluttrapporten klar i løpet av våren 2023.

Internrevisjon av brukarmedverknad i helseføretaka

Prosjektet kom inn i revisjonsplanen i 2020, etter innspel frå regionalt brukarutval (RBU). Det vart vist til at det er skilnader både mellom ulike fagområde og mellom dei ulike føretaka. Ein har peikt på stor uønskt variasjon i brukarmedverknaden på systemnivå. Brukarrepresentantar har ulike verv i prosjekt- og styringsgrupper. Mange opplever god dialog og konstruktive møte. Andre opplever dårleg informasjonsutveksling og at dei ikkje blir tekne skikkeleg med. Nokre blir involvert alt for seint i prosjekta, etter at viktige avgjerder allereie er tekne.

Det er viktig at ein prøver å kartleggje omfanget av ein slik uønskt variasjon. Eit internrevisjonsprosjekt kan søke å identifisere korleis dette arter seg, og kvifor det er slik.

Formålet med revisjonen er å undersøkje korleis brukarmedverknaden på systemnivå er i dag - korleis han fungerer og kor han eventuelt ikkje fungerer. Dette vil gje oss innsikt i eventuelle uønskte variasjonar.

Brukarrepresentantar utgjer ein betydeleg ressurs med mykje erfaring. Der brukarmedverknaden fungerer, og brukarane sin kunnskap vert tilført prosjekta dei er med i, får ein styrka kvalitet på helsetenestene.

Prosjektplanlegging, kartlegging, analysar og rapportering går føre seg hausten og vinteren 2022-23 og vil resultere i ein rapport juni 2023.

Denne internrevisjonen blir utelukkande gjennomført med interne ressursar.

3.4 Fleire aktivitetar

Internrevisjonen i Helse Vest RHF skal halda fagleg høg standard. For ytterlegare å sikra dette så følger dei tilsette i internrevisjonen ein mastermodul på Handelshøyskolen BI, Oslo, innanfor områda compliance, governance, risk og internrevisjon. Kurset går over eit år, frå hausten 2022 med både prosjektoppgåve og eksamen seint på våren 2023. Kurset tek i denne perioden ein del av kapasiteten til revisjonen.

4. EKSTERN EVALUERING AV INTERNREVISJONEN

Internrevisjonen har over tid blitt søkt utført i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon. Standardane inneheld etiske reglar samt omfattande krav til profesjonell utøving av intern revisjon.

Ein viktig del av krava i standarden er at leiar for internrevisjonen gjennomfører løpande oppfølging av internrevisjonens prestasjonar. Vidare skal det gjennomførast periodiske eigenevalueringar, samt periodisk evaluering gjennomført av andre partar innanfor organisasjonen med tilstrekkeleg kunnskap om internrevisjon. Minst kvart femte år skal det òg gjennomførast ein ekstern evaluering. Sjå IIA standard 1312:

«1312 Eksterne evalueringer

Eksterne evalueringer må utføres minst en gang hvert femte år av en kvalifisert, uavhengig person eller et evalueringsteam utenfor organisasjonen. Leder av internrevisjonen må drøfte følgende med styret:

- *metode og hyppighet av eksterne evalueringer og*
- *kvalifikasjonene og uavhengigheten til den eksterne personen eller evalueringsteamet, herunder mulige interessekonflikter»*

Siste eksterne evaluering av internrevisjonen i Helse Vest RHF vart gjennomført i 2017. Den gang var det generalsekretæren i IIA Norge som leia evalueringa. Den overordna konklusjonen frå evalueringa var:

«Etter vår mening er rammebetingelser, organisering og utøvelsen av internrevisjon hovedsakelig i overensstemmelse med definisjon av internrevisjon, de etiske regler og internasjonale standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon.»

Då siste eksterne evaluering vart gjennomført i 2017 skal det igjen gjennomførast ei evaluering i 2022.

På grunn av redusert bemanning i starten av året, erfaring og kapasitet var det ikkje formålstenleg å gjennomføra ei ekstern evaluering av internrevisjonen før mot slutten av året. Dette ga dei nye tilsette tid til å bli sett inn i sine oppgåver og ansvar før ekstern evaluering finn stad. Det vart av den grunn tilrådd frå revisjonsutvalet at den eksterne evalueringa blir gjennomført vinteren 2022-23.

Den eksterne evalueringa starta opp i månadsskiftet november/desember og er leidd av PwC. Evalueringa vil ferdigstillast i mars 2023.

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 23.02.2023
SAKSHANDSAMAR: Bjørn Munthe
SAKA GJELD: Plan for internrevisjonen 2023-24

ARKIVSAK: 2022/872
STYRESAK: **033/23**

STYREMØTE: **22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK
Styret godkjenner forslaget til ny plan for internrevisjon 2023-24.

Oppsummering
Plan for internrevisjon vert utarbeidd med ein tidshorisont på to år og med årleg rullering. Det vedlagte planforslaget gjeld 2023 og 2024. Planarbeidet for kommande periode har vore gjennom ein prosess med mellom anna fleire behandlingar i revisjonsutvalet og med innspel frå helseføretaka, Helse Vest IKT, regionalt brukarutval og dessutan med innspel og erfaring frå både munnlege og skriftlege kjelder innanfor og utanfor føretaksgruppa.

Innspela er diskutert, og sett opp mot topp 5 risiko og leiinga sin gjennomgang for Helse Vest RHF. Merk at internrevisjonen skal ha ein dynamisk tilnærming. Dette inneber mellom anna at internrevisjonen justerer planen dersom det er endringar i organisasjonen som tilseier dette.

Forslaget er at følgjande prosjekt inngår i planen for dei kommande to åra:

- **Implementering av pakkeforløp for kreft**
- **Koordinering av luftambulansehelikoptertenesta og flight following av ambulansehelikopteroppdrag i Helse Vest**
- **Implementering av arbeidsprosessar ved innføring av IKT-verktøy**
- **Risikostyring i Helse Vest**
- **Beredskap**
- **Etterleving av innkjøpsavtalar**
- **Brukartilgangskontroll**

Følgjande prosjekt er i arbeid og kjem truleg til avslutning i første halvdel av perioden:

- **Uønskt variasjon i pasientforløp, psykisk helsevern for barn og unge** (pågåande prosjekt - planlagt ferdigstilt 1. kvartal 2023)
- **Brukarmedverknad i føretaka** (pågåande prosjekt – planlagt ferdigstilt 2. kvartal av 2023)

Andre innkomne innspel til plan er arkivert og blir ein del av dei framtidige vurderingane i Revisjonsutvalet.

Praksis er at internrevisjonen avklarar rekkefølgja på prosjekta med revisjonsutvalet etter at planen er vedteken av styret. Fleire prosjekt blir tekne med frå førre plan og to av desse er allereie prioriterte - og enten i arbeid eller under oppstart.

I tillegg til dei revisjonane som skal gjennomførast i regi av internrevisjonen, **så skal òg sjølve internrevisjonen og –revisjonsfunksjonen i Helse Vest RHF bli revidert** av ekstern part i 2022. Dette er ein type revisjon som er pålagd kvart femte år (ref. IIA Standard 1312 – Eksterne evalueringar).

Revisjonsutvalet hadde planforslaget til behandling 14.02.2023. Følgjande er protokollert.

«Revisjonsutvalet rår styret i Helse Vest RHF til å vedta framlagte utkast til plan for internrevisjon 2023-24 med dei endringane som blei diskutert i møtet.»

Endringane som er omtalt i vedtaket er innarbeid i dette saksnotatet, og dessutan i den vedlagde revisjonsplanen.

Vedlegg:

Forslag til plan for internrevisjon 2023-24

Internrevisjonen

PLAN FOR INTERNREVISJON 2023-2024

Vedteke i styremøte:
xx.xx..2023

Tittel:
Plan for internrevisjon 2023-2024

Last ned dokumentet her:
https://helse-vest.no/om-oss/internrevisjon

Illustrasjonar:
Framside: Bjørn Munthe
Øvrig: Colourbox

FORORD

Helse Vest RHF har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland og Vestland. Helseføretaka har om lag 30 000 medarbeidarar, omfattar 50 sjukehus og institusjonar og yter tenester til 1,1 million innbyggjarar.

Den fremste oppgåva til den regionale internrevisjonen er å stadfeste at styringa av verksemda i Helse Vest gir tryggleik nok for styret til å feste lit til at måla vert nådd. Det er nødvendig å velje ut avgrensa felt som lar seg undersøkje i form av revisjonsprosjekt. Det er mykje som er viktig, og endå meir ein kan analysere. Kunsten er å velje dei rette prosjekta.

Etter instruks skal arbeidet til internrevisjonen vere nedfelt i ein årleg rullert plan som revisjonsutvalet skal behandla og styret skal vedta. Denne planen femner 2023 og 2024, og omfattar Helse Vest RHF, dei fem underliggande HF-a og Helse Vest IKT AS.

INNHALD

1. Premissar for ny plan **6**

2. Tema: Helsetenester **10**

3. Tema: Økonomi **11**

4. Tema: Personal og organisasjon (HR) **12**

5. Tema: Teknologi **13**

6. Tema: Andre område **14**

7. ekstern revisjon av internrevisjonen **15**

8. Etter planvedtaket **15**

UTKAST

OPPSUMMERING

Det er i planarbeidet lagt til grunn ein inkluderande prosess med innspel og erfaring frå både munnlege og skriftlege kjelder innanfor og utanfor føretaksgruppa. Revisjons-utvalet i Helse Vest RHF har drøfta det som er kome fram, og legg dette dokumentet til grunn for innstillinga si til styret i Helse Vest RHF.

Forslaget er at følgjande prosjekt inngår i planen for dei kommande to åra:

- **Implementering av pakkeforløp for kreft**
- **Etterleving av innkjøpsavtalar**
- **Koordinering av luftambulansehelikoptertenesta og flight following av ambulansehelikopteroppdrag i Helse Vest**
- **Implementering av arbeidsprosessar ved innføring av IKT-verktøy**
- **Brukartilgangskontroll**
- **Risikostyring i Helse Vest**
- **Beredskap**

Følgjande prosjekt er i arbeid og kjem truleg til avslutning i første halvdel av perioden:

- **Uønskt variasjon i pasientforløp, psykisk helsevern for barn og unge** (pågåande prosjekt - planlagt ferdigstilt 1. kvartal 2023)
- **Brukarmedverknad i føretaka** (pågåande prosjekt – planlagt ferdigstilt 2. kvartal av 2023)

Læring på tvers etter uønskte hendingar er eit prosjekt som er ferdigstilt i 2022, men ventar styrebehandling både i RHF-et og i føretaka i starten av 2023.

Andre innkomne innspel til plan er arkivert og blir ein del av dei framtidige vurderingane i revisjonsutvalet. Resten av dette plandokumentet orienterer kort om planprosessen, innkomne innspel, utdjuping av kulepunkta ovanfor, og neste steg.

Praksis er at internrevisjonen avklarar rekkefølgja på prosjekta med revisjonsutvalet etter at planen er vedteken av styret. Fleire prosjekt blir tekne med frå førre plan og to av desse er allereie prioriterte og i arbeid. Historisk har internrevisjonen levert frå 0 til 4 sluttrapportar kvart år.

I tillegg til dei revisjonane som skal gjennomførast i regi av internrevisjonen, **er sjølve internrevisjonen og –revisjonsfunksjonen i Helse Vest RHF i gang med å bli revidert** av ekstern part. Arbeidet er pågåande, og skal ferdigstillast første halvår 2023. Dette er ein type revisjon som er pålagd kvart femte år (ref. IIA Standard 1312 – Eksterne evalueringar).

1. PREMISSAR FOR NY PLAN

Føringane for utarbeiding av dette plandokumentet finn vi i Helse Vest RHF sin instruks for internrevisjon og i internasjonale standardar for internrevisjon. I planprosessen vert ei rekke kjelder undersøkt for å søke fram til eit godt grunnlag å gjere valet ut i frå.

1.1 Formelle krav

Tabellen under viser kva formelle krav som er stilt.

Tabell 1 - Krav til revisjonsplanlegging i internrevisjonsinstruksen og eksterne standardar
Instruks for internrevisjon i Helse Vest: «5.1 Arbeidet til internrevisjonen skal nedfellast i ein årleg rullert plan som skal behandlast av revisjonsutvalet og godkjennast av styret. 5.2 Revisjonsplanen skal være basert på risikovurderingar av overordna, vesentlege forhold. 5.3 Internrevisjonen skal i arbeidet med revisjonsplanen søke å involvere styra og administrerande direktørar i RHF'et og helseføretaka, for eit best mogleg plangrunnlag. 5.4 Vesentlege oppgåver for internrevisjonen utanom vedteken revisjonsplan kan godkjennast av revisjonsutvalet. Internrevisjonen kan òg på sjølvstendig grunnlag ta opp saker innan sitt ansvars- og arbeidsområde.» Internrevisjonsstandard (IIA) Nr «2010 Planlegging»: «Leder av internrevisjonen må utarbeide en risikobasert plan for å fastsette prioriteringene til internrevisjonen, i samsvar med organisasjonens målsetninger.» Tolkning «For å utarbeide den risikobaserte planen må leder av internrevisjonen konsultere toppledelsen og styret for å få en forståelse av organisasjonens strategier, de viktigste forretningsmessige målene, relaterte risikoer og risikostyringsprosesser. Leder av internrevisjonen må gjennomgå og justere planen, i den grad det er nødvendig, for å ta hensyn til endringer i organisasjonens forretningsvirksomhet, risikoer, drift, programmer, systemer og kontroller.»

I instruksane for både internrevisjonen og revisjonsutvalet er hovudoppgåvene peikt ut til å sjå nærare på om føretaksgruppa oppfyller krav til målretta og kostnadseffektiv bruk av ressursar, påliteleg styringsinformasjon; etterleving av regelverk, eigarkrav og eigne vedtekne krav (mellom anna etikk); samt oppfølging og læring av feil og avvik rapportert frå interne og eksterne tilsyns- og kontrollinstansar.

Internrevisjonen er pålagt å justere planen dersom det er endringar i organisasjonen som tilseier dette. Dette kan gå føre seg utanom den ordinære rulleringa av revisjonsplanen.

1.2 Kjelder til prioritering av nye prosjekt

Tidlegare rapportar frå internrevisjonen ligg offentleg tilgjengelege på nettstaden til Helse Vest RHF. Dei utgjer òg eit bakgrunnsbilete for val av framtidige prosjekt.

Dei kanskje fremste målområda for Helse Vest RHF kjem fram av strategiplanen Helse 2035. Andre sentrale dokument er oppdragsdokumenta frå departementet og eigne styringsdokument til helseføretaka. Likeins kan andre regionale og nasjonale planar og strategiar påverke valet av prosjekt. Føretaka kan ha sine eigne føretaksinterne strategiar og handlingsplanar, og la dei tene som grunnlag for innspel til den regionale internrevisjonsplanen.

Revisjonsutvalet og internrevisjonen har vurdert planen opp mot Topp 5 risikoar i føretaksgruppa, samt fokusområda i leiinga sin gjennomgang for RHF-et. Topp 5 risikoane er:

- Legemiddelområdet
- Vald og truslar mot medarbeidarar
- Uønskt variasjon – radiologi og ortopedi
- IKT og informasjonssikkerheit
- Ekstern turnover av medarbeidarar

Fokusområda i leiinga sin gjennomgang er:

- Klima og miljø
- Kvalitet og pasienttryggleik
- Beredskap og sikkerheit
- HMS-området
- Informasjonssikkerheit og personvern
- Arkiv og dokumentasjon
- Økonomistyring

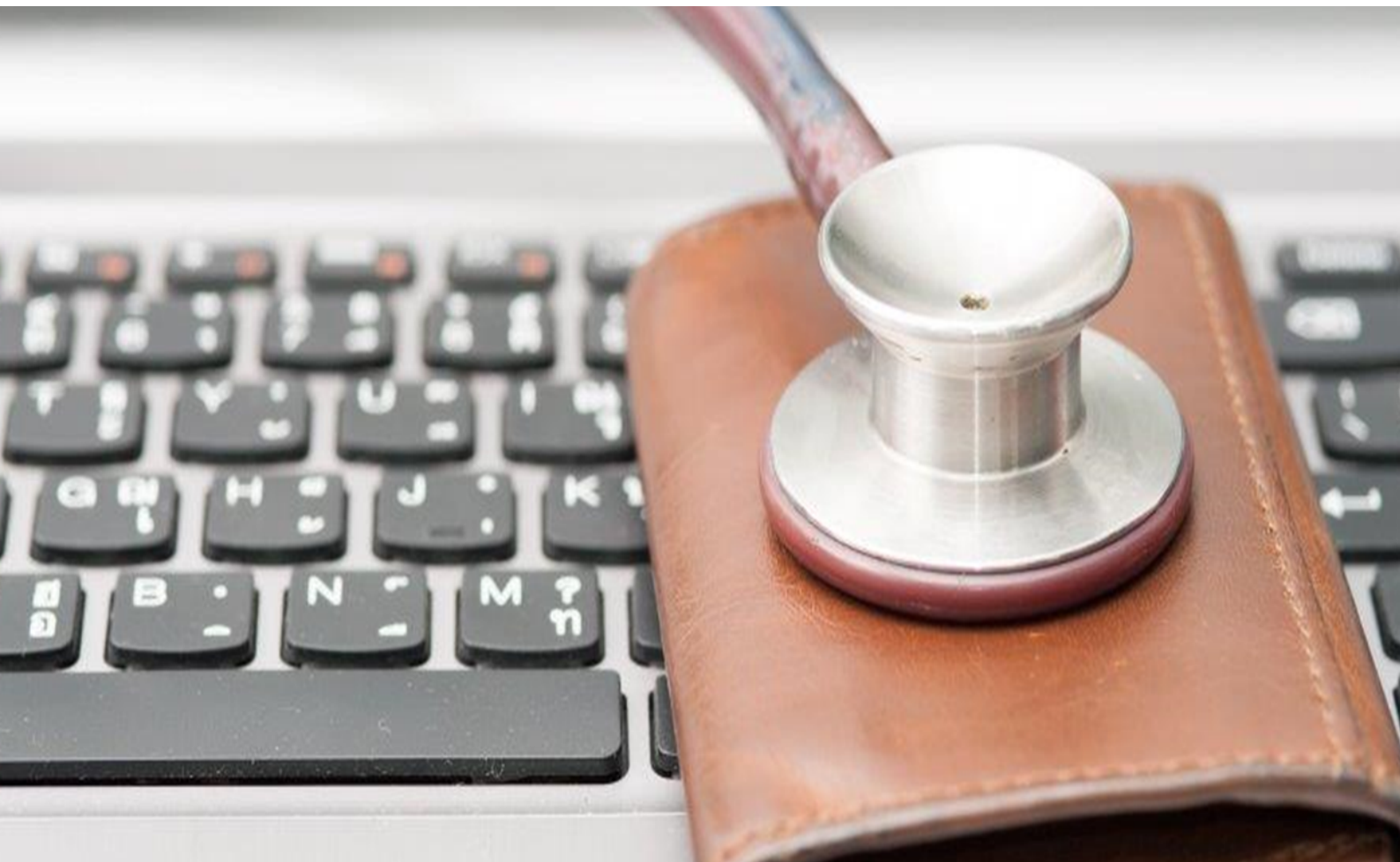
Ein ser òg i planarbeidet til andre instansar som driv med liknande oppgåver. Føremålet er dels å unngå å gå i same fotefar og belaste organisasjonen unødig, men òg å få idear til eigne analysar. Eksempelvis vil det gjelde kva statlege tilsynsorgan (særs Helsetilsynet) og Riksrevisjonen har gjort. Med sistnemnte har internrevisjonen jamleg dialog og informasjonsutveksling. Ein ser òg på kva internrevisjonane i dei andre RHF-a har prioritert, samt internrevisjonane (eller tilsvarande) i helseføretaka i Helse Vest.

Til sist er det som før lagt stor vekt på å fange opp signal frå møter og skriftlege innspel frå mellom anna helseføretaka, leiinga i RHF-et og regionalt brukarutval. Som tidlegare år vart det ved denne rulleringa særskilt oppmoda til at føretaksstyra fekk høve til å kome med innspel. Det er gjort i alle føretaka.

Revisjonsutvalet har gitt innspel på fleire av sine møte i løpet av perioden, og har òg ei formell rolle i å innstille til styret om innhaldet i denne revisjonsplanen.

1.3 Kapasitet

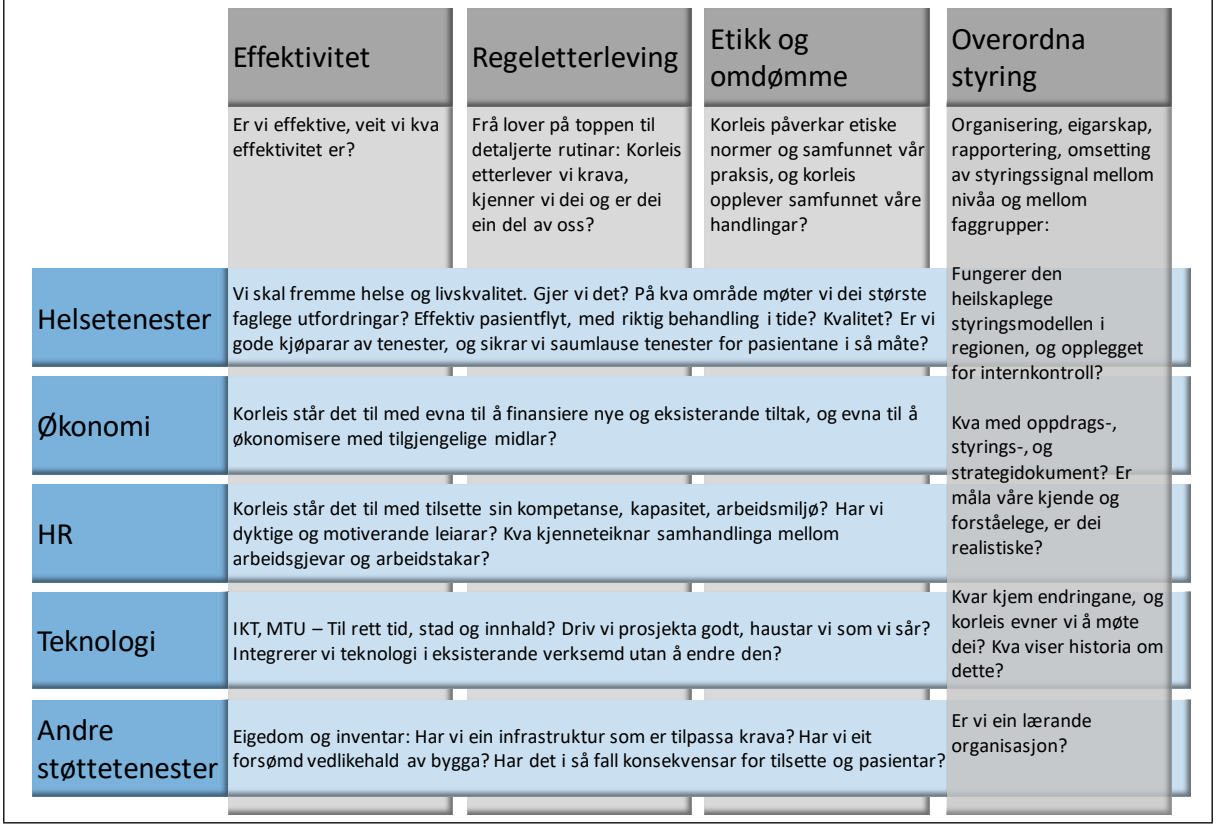
Internrevisjonen i Helse Vest RHF består av tre stillingar, med eit budsjett som òg legg opp til å sikra kapasitet gjennom kjøp av eksterne tenester. Det aller meste av aktiviteten går med til å gjennomføre dei prosjekta som er blitt prioriterte i revisjonsplanen, og dessutan utføre sekretariatsoppgåver for revisjonsutvalet. Alle tilsette i internrevisjonen tar i 2022-2023 vidareutdanning, mellom anna for å sikre at ein oppfyller krav som vert stilt nasjonalt og internasjonalt til kompetanse, med mål om å oppnå sertifiseringa «Diplomert internrevisor».



1.4 Modell

Internrevisjonen i Helse Vest RHF har i fleire år brukt den følgjande modellen i revisjonsplanlegginga og i dialog med andre, og stikkorda i venstre del vert brukt som overskrifter i resten av dette plandokumentet.

Figur 1 – Pedagogisk modell for søk etter kandidatprosjekt til revisjonsplanen



2. TEMA: HELSETENESTER

Denne overskrifta femner «fag»-dimensjonen i helseføretaka, det kliniske området. Her ligg det inne ein revisjon som er pågåande, i tillegg til eitt nytt prosjekt.

2.1 Prosjekt i gjeldande plan

I gjeldande revisjonsplan er det inne tre prosjekt knytt til dette temaet, som vi tar med oss vidare.

- **Uønskt variasjon i pasientforløp, psykisk helsevern barn og unge**. Tematikken vart tatt inn i planen for 2018-2019, og prosjektet vart forsøkt starta i august 2019, men føretaka ønskja utsetjing. Formålet med prosjektet er å undersøkje om det er uønskte variasjonar i Helse Vest kva gjeld mottak av tilvising, vurdering av tilvising, og behandling av barn og unge i det psykiske helsevernet knytt til spiseforstyrrelser.

  Prosjektet er no i arbeid, og kjem truleg til avslutning i første halvdel av 2023.

2.2 Prosjekt som går ut av planen

«Administrasjon av pasientar på venteliste» er tatt ut av planen for 2023-2024. Grunngjevinga for dette er at den vil ha store likskapstrekk med internrevisjonen «Avansert oppgåveplanlegging» som vart gjennomført i 2019.

«Bruk av avtalespesialistar» er òg teken ut av planen. Det er ønskje om å revidera sjølve avtalespesialistane sin praksis, og per no er det ikkje høve til dette grunna avgrensingar i rammeavtalane. Ein revisjon av dette vil gå utanfor mandatet til internrevisjonen. Arbeidet med avtalespesialistar blir fylgt opp av andre einingar i RHF-et.

2.3 Nye prosjekt i planen

Det er eit nytt prosjekt i planen under tema «Helsetenester»:

- **Implementering av pakkeforløp for kreft.** Innspel frå styret i Helse Bergen. Prosjektet er knytt til kvalitet og pasienttryggleik, medrekna standardisering av pasientforløp.

3. TEMA: ØKONOMI

Økonomiområdet er det som går på økonomistyring, løn, rekneskap og innkjøp. Det er eitt prosjekt knytt til dette område i planen for 2023-2024.

3.1 Nye prosjekt i planen

Det er eit nytt prosjekt i planen under dette temaet:

- **Etterleving av innkjøpsavtalar.** Innspel frå revisjonsutvalet. Prosjektet er knytt til økonomistyring og korleis ein forvaltar ressursane i føretaksgruppa. Ein ønskjer å sjå på om ein hentar ut verdiane som ligg i innkjøpsavtalane, og eventuelt kvifor ein ikkje nyttar seg av avtalane som ligg føre.

4. TEMA: PERSONAL OG ORGANISASJON (HR)

Kompetanse, kultur, leiing og organisering er alle stikkord som går inn under denne overskrifta. Revisjonsplanen inneheld to prosjekt, i tillegg til eitt ferdig prosjekt som er klar til styrebehandling.

4.1 Prosjekt i gjeldande plan, inkludert prosjekt klar til styrebehandling

Det er eit prosjekt i gjeldande plan, i tillegg til eitt prosjekt som er ferdigstilt og klar til styrebehandling:

- **Læring på tvers av uønskte hendingar**. Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik og læring integrert i etablerte styringsliner? Sentrale element er både leiing, kultur, prosess og system. Legg kulturen til rette for læring og openheit? Kva system, rutinar og strukturar har vi for å overføre erfaringar mellom einingar i føretaka og mellom føretaka, og lærer vi varig av både det vi får til og av feila våre?

  Prosjekt er ferdigstilt i 2022, og kjem til styrebehandling i RHF-et og føretaka i første kvartal i 2023.

- **Koordinering av luftambulansehelikoptertenesta og flight following av ambulansehelikopteroppdrag i Helse Vest**

  Prosjektet kom som innspel frå styret i Helse Bergen HF i 2021.

  Sentraliseringa av luftambulansekoordineringa til ein AMK-LA sentral i kvar helseregion er eit tiltak som skal bidra til betre pasienttryggleik og ytterlegare profesjonalisering av flight-following i tenesta. Ei internrevisjon vil kunne evaluere i kor stor grad måla for sentraliseringa er nådd.

4.2 Nye prosjekt i planen

Det vert ikkje føreslått nye prosjekt i denne planen med hovudvekta si under overskrifta «Personal og organisasjon (HR)»

5. TEMA: TEKNOLOGI

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi femner på sett og vis alt vi driv med i helsesektoren, og vil vere ein sentral mogleggjerar for å løyse mange av utfordringane i det framtidige helsevesenet.

5.1 Prosjekt i gjeldande plan

I gjeldande revisjonsplan ligg det inne eitt prosjekt innafor dette temaområdet, som vi tar med vidare.

- **Implementering av arbeidsprosessar ved innføring av IKT-verktøy.** Prosjektet skal sjå på implementering av arbeidsprosessar ved innføring av IKT-verktøy. Det vert i den forbindelse vist til dei store utgiftene og krava til omstilling som vert stilt, der ein kan vere usikker på om effektane faktisk blir som forventa.

  IKT og informasjonssikkerheit er eit av områda som er vurdert å ha høg risiko i Helse Vest.

5.2 Nye prosjekt i planen

Det er eit nytt prosjekt i planen under «Teknologi»:

- **Brukartilgangskontroll.** Innspel frå revisjonsutvalet. Prosjektet er knytt til informasjonssikkerheit som er omtalt i Topp 5 risikoar for føretaksgruppa og leiinga sin gjennomgang i Helse Vest RHF. Her har ein, mellom anna, moglegheit til å sjå på oppfølging av brukartilgangar, til dømes om tilgangar vart fjerna når ein person sluttar i føretaket.

6. TEMA: ANDRE OMRÅDE

Kategorien femner beredskap, bygg og eigedom, planlegging og støttetenester som ikkje er omfatta av dei andre overskriftene.

6.1 Prosjekt i gjeldande plan

I gjeldande plan ligg det inne eitt prosjekt, som vi tar med oss vidare.

- **Brukarmedverknad i føretaka.** Forslaget kom inn ved revidering av plan for internrevisjonen for 2021-22, etter innspel frå regionalt brukarutval, der det vart vist til at det er skilnader mellom dei ulike føretaka og samarbeidspartane i det private/ideelle området. Eit internrevisjonsprosjekt kan søke å identifisere korleis dette arter seg, og omfanget.

  Prosjektet er i arbeid og kjem truleg til avslutning i første halvdel av perioden.

6.2 Prosjekt som går ut av planen

På bakgrunn av det pågåande «ROMLE»-prosjektet (risikoområde legemiddel) vil det ikkje vera formålstenleg å revidere **«Tryggare legemiddelbehandling med utgangspunkt i registrerte alvorlege feil og hendingar»**, og prosjektet er difor tatt ut av denne rulleringa. Det kan vera ein aktuell revisjon når «ROMLE» er ferdigstilt.

6.3 Nye prosjekt i planen

Under overskrifta «Andre område» tek vi inn to nye prosjekt:

- **Risikostyring i Helse Vest.** Dette er eit innspel av internrevisjonen, på bakgrunn av revisjonen av internkontrollen i Helse Vest i 2019. Ein ny revisjon vil undersøkje korleis den heilskaplege risikostyringa er i Helse Vest sett opp mot topp 5 risiko og leiinga sin gjennomgang. Ei heilskapleg risikostyring er ein kontinuerleg prosess som må gå føre seg i alle delar av føretaksgruppa.

- **Beredskap.** Prosjektet kjem som innspel frå Helse Vest RHF. Dette er eit av områda som er gjennomgått i leiinga sin gjennomgang i RHF-et, kor dei ønskjer ein vurdering frå internrevisjonen på området.

7. EKSTERN REVISJON AV INTERNREVISJONEN

I tillegg til dei revisjonane som skal gjennomførast i regi av internrevisjonen, **er sjølve internrevisjonen og – revisjonsfunksjonen i Helse Vest RHF i gang med å bli revidert** av ekstern part. Arbeidet er pågåande, og skal ferdigstillast første halvår 2023. Dette er ein type revisjon som er pålagd kvart femte år (ref. IIA Standard 1312 – Eksterne evalueringar).

8. ETTER PLANVEDTAKET

Det er ønskjeleg å ha ein beredskap til å kunne handtere moglege andre prosjekt, dersom det oppstår nye behov undervegs i planperioden. I praksis vil nye prosjekt undervegs i året gå ut over framdrifta i andre, vedtekne prosjekt. Til ein viss grad kan ein moderere effekten gjennom kjøp av eksterne tenester, eller gjennom å avgrense tematikken i planlagde prosjekt. Slike konsekvensar vil internrevisor ta opp med revisjonsutvalet.

Alle tema vil verte konkretiserte ved starten av prosjekta. Dei er i planen formulerte på eit overordna nivå for å gi ei retning for tematikken i revisjonsprosjektet. Planen er internrevisjonen sitt arbeidsverktøy, men både rekkefølgja på prosjekta og problem-stillingar som skal undersøkjast vert lagt fram for revisjonsutvalet til drøfting.

I internrevisjonen sin prosessorienterte arbeidsmetodikk er oppfølging av tidlegare prosjekt definert som ein integrert fase i det samla prosjektforløpet. Internrevisjonen legg stor vekt på systematisk oppfølging av tidlegare prosjekt, og tilbakemelding til revisjonsutval og styre.

Eit godt gjennomført prosjekt, kor ein har hatt ein god dialog med reviderte verksemder og fagpersonar, aukar utsiktene for at tilrådde tiltak vert gjennomførte. På same måten verker handlingsplanane til dei administrerande direktørane i føretaka. Det å forplikte seg til endring, og erkjenne grunnlaget for ho, legg eit godt grunnlag for at det faktisk skjer noko.

Helse Vest
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 14.02.2023
SAKSHANDSAMAR: Bjørn Munthe
SAKA GJELD: Protokoll frå møte i revisjonsutvalet 14.02.2023

ARKIVSAK: 2023/127
STYRESAK: **034/23**

STYREMØTE: **22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tek protokoll frå møte i revisjonsutvalet den 14. februar til orientering.

Oppsummering

Revisjonsutvalet i Helse Vest RHF hadde møte den 14. februar. Styret vert orientert om revisjonsutvalet sitt arbeid gjennom protokollane.

Protokollane frå møta blir godkjent fortløpande av medlemmene av revisjonsutvalet, anten i etterfølgjande møte eller skriftleg over e-post.

Vedlegg:
Protokoll frå møte i revisjonsutvalet 14.02.2023

Protokoll frå revisjonsutvalsmøte i Helse Vest RHF

DATO: 14.02.2023
MØTESTAD: Møterom Kjerag, Helse Vest RHF, Stavanger

Deltakarar frå utvalet

Olin Johanne Henden	Leiar
Oddvar Martin Kaarbøe	Medlem
Wenche Kristin Røkenes	Medlem

Deltakarar frå internrevisjonen
Leiar internrevisjonen Bjørn Munthe
Internrevisor Sara Svela
Internrevisor Caroline Øie

Deltakar frå administrasjonen
Direktør for e-helse Erik M. Hansen (i sak 6/23 og 05/23)

Forfall frå administrasjonen
Eigardirektør Ivar Eriksen
Kst. økonomi- og finansdirektør Synnøve Odden Teigelid

Andre deltakarar
Bente Enehaug-Rebnord, styremedlem i Helse Bergen

Sakliste:

Sak 01/23 B	Godkjenning av innkalling og dagsorden
Sak 02/23 B	Protokoll frå møte i revisjonsutvalet 07.12.2022
Sak 03/23 B	Budsjett
Sak 04/23 O	Instruks IR og RU
Sak 05/23 O	IKT og IKT-sikkerheit
Sak 06/23 O	Læring etter hendingar - erfaringar frå Equinor
Sak 07/23 O	Status på internrevisjonen
Sak 08/23 B	Oppfølging av internrevisjon «Tvangsbruk i psykisk helsevern»
Sak 09/23 B	Revisjonsplan 2023-2024
Sak 10/23 O	Årsrapport 2022 for revisjonsutvalet og internrevisjonen
Sak 11/23 O	Nye skriv og meldingar
Sak 12/23 O	Eventuelt

Sak 01/23 B Godkjenning av innkalling og dagsorden

Vedtak (samrøystes):
Det var ingen merknader til innkalling og dagsorden.

Sak 02/23 B Protokoll frå møte i revisjonsutvalet 07.12.2022

Oppsummering:
Førebels protokoll var formidla til medlemmane for kommentarar etter møtet. Ingen merknader til sjølve protokollen.

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet godkjenner protokollen frå møte 07.12.2022

Sak 03/23 B Budsjett

Oppsummering:
Leiar for internrevisjonen la fram budsjettet for internrevisjonen for 2023. Det vart peika på forskjellar frå 2022 budsjettet og dei faktiske kostnadene for 2022 sett mot budsjett for 2023. Det vart også presisert at budsjettet for 2023 er redusert frå førre års budsjett. Budsjettet blir vurdert som tilstrekkeleg for inneverande år.

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet sluttar seg til forslaget til budsjett for 2023, og til at dette blir å behandle vidare i samla sak om budsjettet for RHF-et. Revisjonsutvalet ber om at styret i saka blir gjort merksam på utvalet si innstilling.

Sak 04/23 B Instruks IR og RU

Oppsummering:
Årleg gjennomgang av instruksane til internrevisjonen og revisjonsutvalet vart gjennomført utan vesentlege endringar. I styresak 0235/22 anbefalte styret å endre instruksen til revisjonsutvalet til å vera kjønnsnøytral i punkt 7.1.

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet sluttar seg til at instruksen for internrevisjonen vert ståande uendra, og at instruks for revisjonsutvalet endrar ordet «han» til «vedkommande» i punkt 7.1 første setning for å gjera instruksen kjønnsnøytral.

Sak 05/23 O IKT og IKT-sikkerheit

Oppsummering:
Erik M. Hansen heldt ein presentasjon om IKT og IKT-sikkerheit.

Revisjonsutvalet fekk ei god orientering om sikkerheitsarbeidet og moglegheitene for felles IT-løysingar. Revisjonsutvalet merkar seg at arbeidet med ein god sikkerheitskultur i føretaksgruppa er viktigare enn nokon gong i den sikkerheitspolitiske situasjonen vi er i. Utvalet fekk og ein påminning om at det er viktig med felles IT-løysingar for å underbygge god kvalitet og pasienttryggleik.

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet tar saka til orientering.

Sak 06/23 O Læring etter hendingar - erfaringar frå Equinor

Oppsummering:
Bente Enehaug-Rebnord, styremedlem i Helse Bergen, heldt ein presentasjon om læring etter hendingar – erfaringar frå Equinor.

Det er likskapar mellom temaet som vart presentert og revisjonsprosjektet "Læring på tvers etter uønskte hendingar". Revisjonsutvalet drøfta mellom anna utfordringar knytt til bakanforliggande årsaker, kultur og system.

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet tar saka til orientering.

Sak 07/23 O Status på internrevisjonen

Oppsummering:
For prosjekt i arbeid, læring på tvers etter uønskte hendingar, er rapporten behandla i styret i Helse Fonna med tiltaksplan den 13.01.23. IR har hatt presentasjon av rapporten i Helse Førde den 26.01.23, men dato for styrebehandling av tiltaksplan er ikkje offentleggjort. Rapporten er sett opp for behandling i styret i Helse Stavanger den 21.02.23, i Helse Vest RHF 22.03.23, og i Helse Bergen 30.03.23.

For prosjekt i arbeid, uønskt variasjon i pasientforløp, psykisk helsevern barn og unge, er alle intervju no gjennomførte, og skriving av rapport er påbegynt.

For prosjekt i arbeid, brukarmedverknad i helseføretaka, har internrevisjonen starta arbeidet. Intervjuguide er utarbeidd, og IR jobbar med å avtale tidspunkt for intervju. Sekretæren til regionalt brukarutval er allereie intervjua, og intervju er avtalt med sekretærane til brukarutvala i Helse Stavanger og Helse Fonna.

Internrevisjonen har òg sendt brev om oppfølging av revisjonen «Tvangsbruk i psykisk helsevern» som blir behandla i sak 08/23.

Den eksterne evalueringa av internrevisjonen er påbegynt, og PwC har intervjua alle relevante partar i Helse Vest RHF. Leiar for internrevisjonen deltok i oppsummeringsmøte med utgangspunkt i dei avslutta intervjua den 09.02.23.

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet tar saka til orientering.

Sak 08/23 B Oppfølging av internrevisjon «Tvangsbruk i psykisk helsevern»

Oppsummering:
Internrevisjonen gav ei orientering om tilbakemeldingane frå føretaka knytt til oppfølging av internrevisjonsrapporten «Tvangsbruk i psykisk helsevern». Revisjonsutvalet drøfta saka, og er nøgd med handlingsplanar som er motteken frå Helse Førde, Helse Fonna og Helse Bergen. Revisjonsutvalet merkar seg at Helse Stavanger ikkje har svart på førespurnaden, etter jamlege påminningar.

RHF-et svarte ut to av fire tilrådingar. Den eine tilrådinga knyter seg til ei avklaring med Helsedirektoratet om kva som er rett praksis knytt til pasientar som er tilvist frivillig, men som manglar samtykkekompetanse. Denne avklaringa vart ikkje sendt til Helsedirektoratet før primo februar 2023.

Det er viktig å presisere at det òg vart gitt tilrådingar knytt til datakvalitet og rapport om tvang innan psykisk helsevern. Dette arbeidet er ikkje ferdig då ein har venta på at alle føretaka skulle ta i bruk DIPS Arena. Internrevisjonen har difor ikkje henta inn oppfølging knytt til desse tilrådingane..

Revisjonsutvalet viser til prosess med oppfølging av internrevisjonsrapporten. Prosessen har vist at det er mykje arbeid som står att for å oppnå betre overordna og heilskapleg kontroll med utvikling av tvangsbruk. Internrevisjonen vil be om ny oppfølging av tilrådingane som er knytt til:

- Tvangsrapporten og data frå DIPS Arena

- RHF-et sitt arbeid med den første tilrådinga i rapporten:

«1. Helse Vest RHF og helseføretaka bør i større grad konkretisere mål og innsatsfaktorarar knytt til tvang, for å legge til rette for målretta arbeid og god oppfølging og vurdering av utviklinga i tvangsbruken. Under dette må føretaka vurdere kva tiltak som er mest relevante både for å redusere og førebyggje tvangsinnleggingar, vedtak om tvang og andre tiltak, under dette

a. Kultur og leiing
b. Samhandling med kommunar (m.a. FACT/ACT)
c. Bemanning, kompetanse, rettleiing
d. Fysiske omgjevnader og kapasitet»

- RHF-et sin avklaring med Helsedirektoratet som er nemnd over

- Status på arbeid med alle tilrådingar frå Helse Stavanger HF

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet tek oppfølginga til orientering, og vil at internrevisjonen skal jobba vidare med oppfølging av resterande punkter før tilbakemeldingane blir framlagt styret i Helse Vest RHF.

Revisjonsutvalet viser til prosess med oppfølging av internrevisjonsrapporten. Prosessen har vist at det er mykje arbeid som står att for å oppnå betre overordna og heilskapleg kontroll med utvikling av tvangsbruk.

Revisjonsutvalet påpeikar også viktigheita av at helseføretaka svarar ut når internrevisjonen har oppfølging av tilrådingane vedteke av styret knytt til tidlegare revisjonsrapportar.

Sak 09/23 B Revisjonsplan 2023-2024

Oppsummering:
Det er i planarbeidet lagt til grunn ein inkluderande prosess med innspel og erfaring frå både munnlege og skriftlege kjelder innanfor og utanfor føretaksgruppa. Revisjonsutvalet i Helse Vest RHF har drøfta det som er kome fram, og legg dette dokumentet til grunn for innstillinga si til styret i Helse Vest RHF. Forslaget er at følgjande prosjekt inngår i planen for dei kommande to åra:

- **Implementering av pakkeforløp for kreft**
- **Koordinering av luftambulansehelikoptertenesta og flight following av ambulansehelikopteroppdrag i Helse Vest**
- **Implementering av arbeidsprosessar ved innføring av IKT-verktøy**
- **Risikostyring i Helse Vest**
- **Beredskap**
- **Etterleving av innkjøpsavtalar**
- **Brukartilgangskontroll**

Følgjande prosjekt er i arbeid og kjem truleg til avslutning i første halvdel av perioden:

- **Uønskt variasjon i pasientforløp, psykisk helsevern for barn og unge** (pågåande prosjekt - planlagt ferdigstilt 1. kvartal 2023)
- **Brukarmedverknad i føretaka** (pågåande prosjekt – planlagt ferdigstilt 2. kvartal av 2023)

I møtet blei innspela diskutert, sett opp mot topp 5 risiko og leiinga sin gjennomgang for Helse Vest RHF. Merk at internrevisjonen skal ha ein dynamisk tilnærming. Dette inneber mellom anna at internrevisjonen justerer planen dersom det er endringar i organisasjonen som tilseier dette.

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet rår styret i Helse Vest RHF til å vedta framlagte utkast til plan for internrevisjon 2023-24 med dei endringane som blei diskutert i møtet.

Sak 10/23 O Årsrapport 2022 for revisjonsutvalet og internrevisjonen

Oppsummering:
Årsrapport for revisjonsutvalet og internrevisjonen vart lagt fram og drøfta i møtet. Revisjonsutvalet famnar nå eitt større spenn av saker enn tidlegare og har i 2022 behandla 57 saker, som er ein merkbar auke frå førre år.

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet rår styret i Helse Vest RHF til å ta årsrapporten for revisjonsutvalet og internrevisjonen 2022 til orientering med dei endringane som blei diskutert i møtet.

Sak 11/23 O Nye skriv og meldingar

Oppsummering:
Vedlegg: Trender og utviklingsmuligheter innen sykehustjenester - IIA

Vedtak (samrøystes):
Revisjonsutvalet tok skriv og meldingar til orientering.

Sak 12/23 O Eventuelt

Ingen saker under eventuelt.

14.02.2023
Ref. Bjørn Munthe

Olin Johanne Henden (Leiar)

Oddvar Martin Kaarbøe (Medlem) Wenche Kristin Røkenes (Medlem)

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 23.02.2023
SAKSHANDSAMAR: Bjørn Munthe
SAKA GJELD: Internrevisjon – Læring på tvers av uønska hendingar

ARKIVSAK: 2021/1084
STYRESAK: **035/23**

STYREMØTE: **22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK
Styret sluttar seg til tilrådingane i rapporten og ber om å bli orientert om det vidare arbeidet med oppfølging av dei tiltaka som føretaket sett i verk.

Oppsummering

Formålet med revisjonsprosjektet har vore å undersøkja om helseføretaka si handtering av uønskte pasientrelaterte hendingar bidreg til å sikra læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka.

Metodane som er nytta er dokumentanalyse, intervju, casegjennomgangar (journalar mm), og dessutan spørjeundersøking blant tilsette og leiarar.

Internrevisjonen viser at alle føretaka i Helse Vest har gode rutinar og retningslinjer for oppfølging av uønskte hendingar. Avvikssystemet Synergi, og dei fire tilgjengelege e-læringskursa er regionale. Desse skal vera til hjelp ved at ein kan ta ut rapportar til bruk i vidare arbeid, gje ein innføring i saksbehandling i Synergi, og dessutan fremma ein god meldekultur. Gjennomføringsgrada er for låg på desse kursa sjølv om mange gir tilbakemelding om at dei kjenner seg usikre på kva som skal meldast, kven som skal melda og korleis følga opp forbetringsområde.

Prosjektet har hatt tre hovudmålsetjingar, og under vil det bli peika på nokre av dei viktigaste funna knytt til desse:

1) Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?

   Internrevisjonen påpeikar at sjukehusa har system som skal sikra læring av uønskte hendingar på tvers, i hovudsak via kvalitets- og pasienttryggingsutvalet i føretaket. Informasjonsdelinga går primært i styringslinja og når ikkje i tilstrekkeleg grad dei kliniske fagmiljøa. Vidare blir det i lita grad etterspurt korleis informasjonen blir delt og følgt opp i dei ulike einingane. Det blir vist til at manglande oversikt over årsakssamanhengar og underliggande årsaker kan gjera det vanskeleg for føretaka å læra av uønskte hendingar, og setja i verk dei rette tiltak for å redusera risiko. Det store omfanget av saker i Synergi kan føra til at viktige saker ikkje blir følgt opp i tilstrekkeleg grad.

2) Korleis sikrar helseføretaket læring etter uønskte hendingar på tvers mellom helseføretaka?

   Føretaka har etablert melde på tvers grupper som skal vareta meldingar som skal delast mellom føretak. Rapporten peikar på at det er meldt få saker mellom føretak og at ordninga er lite kjend. Det kjem fram at medarbeidarar i lita grad veit kva det inneber å melda på tvers, og kva som skjer når funksjonen blir brukt. Informasjon og oppfølging av meldingar frå andre føretak har same utfordringar som internt i føretaket med mangelfull oppfølging og informasjon til klinisk fagpersonell. Rapporten peikar på at opplevd tryggleik og kultur for å dela er føresetnader for læring på tvers av uønskte hendingar.

3) Styring og oppfølging av pasienttryggleik, under dette:

   - Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringslinjer?

     Arbeidet med pasienttryggleik er på ulike måtar integrert i styringslinjene i føretaket.

     Internrevisjonen viser at leiarar på ulike nivå får tilgang til rapportar knytt til uønskte hendingar og andre indikatorar for kvalitet og pasienttryggleik. Det kjem fram i undersøkinga at leiarar ikkje opplever å mangla vesentleg informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold som har noko å seia for pasienttryggleik. Likevel

blir det peika på at leiarar i mindre grad blir systematisk bedt om å rapportera til overordna leiing om risiko knytt til pasienttryggleik i einingane sine.

- Korleis er styra i helseføretaka og RHF-et involvert i arbeidet med å førebygga og læra av uønskte hendingar, på tvers mellom føretaka og internt?

  Internrevisjonen viser at styra i mindre grad har ei aktiv rolle i arbeidet med å førebygga og læra av uønskte hendingar, og at det er variasjon mellom føretak i omfanget av rapportering til styret. Internrevisjonen set spørsmålsteikn ved om det i tilstrekkeleg grad blir lagt til rette for at styra kan vurdera om etablerte system og rutinar som skal legga til rette for læring av uønskte hendingar – og om læring på tvers fungerer tilfredsstillande.

For ytterlegare skildring av funn etter internrevisjonen, blir det vist til vedlagd rapport.

Rapporten har vore behandla i revisjonsutvalet den 1. november 2022 (sak 2022-40) med følgande vedtak:

«Revisjonsutvalet sluttar seg til tilrådingane i rapporten og ber om å bli orientert om det vidare arbeidet med oppfølging av dei tiltak som føretaket sett i verk.»

Vidare arbeid

Rapporten er sendt til dei reviderte helseføretaka (Stavanger, Fonna, Bergen og Førde) med oppmoding om å lage handlingsplanar, og leggje desse og rapporten fram for føretaksstyra. Rapporten har vært til orientering i styret i Helse Førde og i styret Helse Stavanger i påvente av handlingsplanar. I Helse Stavanger HF er handlingsplanen vedteken i KVAPS, og styret har fått presentert denne i etterkant av sin behandling av revisjonsrapporten. Styret i Helse Fonna HF har vedtatt rapporten saman med handlingsplan. Styret i Helse Bergen HF skal behandla rapporten 22.mars.

Internrevisjonen vil gi ei tilbakemelding til revisjonsutvalet om oppfølginga i helseføretaka når det er gått ei tid. Det vil venteleg skje haust 2023.

Vedlegg:

Internrevisjon – Læring på tvers av uønskte hendingar

Internrevisjonen

LÆRING PÅ TVERS AV UØNSKTE HENDINGAR

Helse Vest RHF, oktober 2022

Tittel:
Læring på tvers av uønskte hendingar

Publisert:
Dd mmmm åååå

Kontakt:
Internrevisjonen i Helse Vest RHF

Last ned rapporten på:
https://helse-vest.no/internrevisjon

Bilete:
Namn på fotograf/biletarkiv

Til lesarane av internrevisjonen sine rapportar:
Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styra og ansvarlege i føretaka og institusjonane som har vore reviderte, og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument som skal vere tilgjengeleg òg for media og andre interesserte. Behova varierer, men dei som vil ha eit overblikk kan få det ved å lese innhaldslista og samandraget.

INNHALD

1 Samandrag 4
1.1 Føremål, problemstillingar og metode 4
1.2 Læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak 4
1.3 Læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka 5
1.4 Styring og oppfølging av pasienttryggleik 6
1.5 Konklusjon 7
2 Innleiing 9
2.1 Bakgrunn 9
2.2 Føremål og problemstillingar 9
2.3 Revisjonskriterium og metode 9
2.4 Omgrep og avgrensingar 12
3 Læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak 13
3.1 Innleiing 13
3.2 System og rutinar for å melde og følgje opp avvik 14
3.3 Omfang av pasientrelaterte avvik i Helse Vest 14
3.3.1 Erstatningssaker og skadar 16
3.4 Grad av openheitskultur 18
3.5 Faktorar og hindringar som kan påverke omfanget og innhaldet av det som blir meldt i føretaka sitt avvikssystem 20
3.5.1 Rangering av hindringar for å melde avvik 22
3.5.2 Mangel på tid 23
3.5.3 Oppleving av at det ikkje nyttar å melde avvik 24
3.5.4 Ulike oppfatningar av kva som skal meldast og kven som skal melde 26
3.5.5 Bekymring for å henge ut kollegaer 28
3.5.6 Negative reaksjonar/konsekvensar av å melde avvik 29
3.5.7 Tilgang til Synergi og opplevd brukarvennlegheit 30
3.5.8 Opplæring til medarbeidarar 31
3.6 Analysar av bakanforliggjande årsakar til at uønskte hendingar oppstår 34
3.6.1 Kompetanse til å følgje opp uønskte hendingar 34
3.6.2 Rutinar for å analysere bakanforliggjande årsaker i den enkelte sak 37
3.6.3 Systematiske analysar av omfanget og typar avvik 42
3.7 System og rutinar for å lære av uønskte hendingar på tvers i eige føretak 43
3.8 Vurdering 46
4 Læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretak 48
4.1 Innleiing 48
4.2 Synergi er tilrettelagt for å melde avvik på tvers mellom føretaka i regionen 48

4.2.1 Omfang av saker meldt på tvers i Helse Vest er lågt 49
4.2.2 Kjennskap til melde på tvers-funksjonen i Synergi 50
4.2.3 Vurdering av om uønskte hendingar kan vere relevante for andre avdelingar 51
4.3 Potensial for å dele meir 52
4.3.1 Mangel på arenaer for fagpersonell 55
4.3.2 Kultur og psykologisk tryggheit som faktorar for å lære på tvers 55
4.4 Casegjennomgang av uønskte hendingar 56
4.5 Læring av dei tinga ein gjer rett 58
4.6 Vurdering 59
5 Styring og oppfølging av pasienttryggleiksarbeidet i føretaka 60
5.1 Innleiing 60
5.2 Integrering av pasienttryggleiksarbeidet i styringslinjene i føretaka 60
5.2.1 Regionale satsingar på pasienttryggleik 62
5.3 Styra si involvering i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers 64
5.4 Vurdering 68
6 Konklusjon og tilrådingar 69
7 Vedlegg 73

1 SAMANDRAG

1.1 Føremål, problemstillingar og metode

Føremålet med revisjonsprosjektet har vore å undersøkje om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka. Revisjonen er avgrensa til handtering av pasientrelaterte uønskte hendingar.

Ut i frå bakgrunn og føremålet har vi undersøkt følgjande hovudproblemstillingar:

1. *Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?*
2. *Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka?*
3. *Styring og oppfølging av pasienttryggleik, under dette:*
    a. *Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringsliner?*
    b. *Korleis er styra i helseføretaka og i RHF-et involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka?*

Metodane som er nytta er **dokumentanalyse** av relevant dokumentasjon frå helseføretaka, **intervju** med leiarar og tilsette på fleire nivå i organisasjonane, **casegjennomgang** av eit utval uønskte hendingar, samt ei **spørjeundersøking** som blei distribuert til eit utval tilsette og leiarar. Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

Under oppsummerer vi viktige funn og vurderingar for kvart hovudkapittel.

1.2 Læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak

Omfanget av pasientrelaterte avvik og uønskte hendingar som er meldt i Synergi ligg på i underkant av 20 000 meldingar per år for heile Helse Vest, med noko variasjon frå år til år.

Ein betydeleg andel av dei som har svart på spørjeundersøkinga i revisjonen opplever at det **skjer *for* mange uønskte hendingar** som har eller kan få konsekvensar for pasienttryggleiken på si avdeling, og at det er uønskte hendingar som gjentek seg. Tilsette peikar på samansette årsakar til at uønskte hendingar oppstår, mellom anna knytt til mangel på tid og personell, samtidigheitskonfliktar, manglande samhandling mellom yrkesgrupper og avdelingar, samt system som ikkje snakkar saman.

For å kunne lære av uønskte hendingar og avvik er det ein føresetnad at det er etablert ein god **avviksmeldekultur** i det enkelte føretak. I undersøkinga går det fram at det er noko varierande oppfatningar av om det er ein god openheitskultur, og det blir peikt på variasjonar både på individnivå, på avdelingsnivå og mellom ulike fagmiljø. Undersøkinga viser vidare at det er ei rekke faktorar som påverkar omfanget og innhaldet av det som blir meldt i Synergi. Mangel på tid, opplæring, tydelegheit rundt kva som skal meldast og kven som skal melde, samt frykt for å henge ut kollegaer synest å vere dei mest betydelege hindringane som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt. Det er også ein del tilsette som svarar at dei har opplevd negative konsekvensar av å melde avvik. Dette gjeld primært negative kommentarar frå kollegaer og leiarar, men også nokre som har opplevd formelle arbeidsrettslege reaksjonar.

Manglande oversikt over **årsakssamanhengar og bakanforliggjande årsaker**, kan gjere det vanskelegare for føretaka å lære av uønskte hendingar. For å kunne setje i verk tilstrekkelege tiltak for å redusere risiko for at hendinga gjentek seg på nytt, må tiltaka adressere rotårsakene til at hendinga skjedde. Gjennom system og rutinar er det lagt opp til at det skal gjennomførast årsaksanalysar av uønskte hendingar i Synergi, og meir omfattande hendingsanalysar i alvorlege hendingar. Internrevisjonen meiner funn i undersøkinga indikerer at ein ikkje alltid gjer analysar av bakanforliggande årsaker til uønskte hendingar. Ein del leiarar og tilsette opplever at det kan vere uklart kva som er årsaka til hendinga, og at læring blir hindra som følgje av at det ikkje er klart kva som vil vere gode tiltak for å lukke avvika. Leiarane opplever at saksbehandling tar mykje tid, og at viktige saker kan «drukne» litt i det store omfanget av avvik som blir meldt. Systemet blir i stor grad brukt til rapportering, og i mindre grad til læring. Det er også ulikt om føretaka meiner at det i tilstrekkeleg grad blir gjennomført hendingsanalysar ved alvorlege hendingar. Dette er også eit ressursspørsmål.

Mange leiarar opplever at dei ikkje har tilstrekkeleg **kompetanse i forbetringsarbeid**. I intervju blir det vist til at kompetansen til leiarane i Helse Vest er svært varierande. Det å gjere gode årsaksanalysar av kvifor uønskte hendingar oppstår, setje i verk korrigerande tiltak, samt evaluere om tiltaka adresserer rotårsakene og verkar, er avgjerande for å lære, men dette krev både systematikk og kompetanse.

Føretaka analyserer også statistikk frå Synergi, mellom anna med omsyn til omfang og typar avvik, for å sjå om det er hendingar som går igjen og for å vurdere tiltak på systemnivå. Samtidig viser undersøkinga at **datakvaliteten** i Synergi ikkje er god nok til å kunne brukast aktivt i forbetringsarbeid, mellom anna som følgje feil- og dobbeltregistrering av hendingar, og feil eller ulik bruk av kategoriar.

Det er etablert **system og rutinar** på føretaksnivå som skal bidra til å sikre **læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak**, i hovudsak ved at uønskte hendingar blir tatt opp i føretaka sine kvalitets- og pasienttryggleiksutval. Internrevisjonen meiner i utgangspunktet at helseføretaka har etablerte hensiktsmessige system, strukturar og rutinar for å lære på tvers i eige føretak, men undersøkinga viser likevel at informasjonsdelinga primært går i styringslinja. Leiarane har mange arenaer der dei blir informert om uønskte hendingar som har skjedd hos andre, men informasjonen – og dermed **læringsgrunnlaget – når ikkje i tilstrekkeleg grad fram til klinisk fagpersonell**. Mangel på einskaplege rutinar for korleis leiarane skal ta informasjonen vidare, samt mangel på gode arenaer for fagpersonell, framstår som betydelege hindringar for å lære på tvers internt i eige føretak. Også kulturen for å dele, og forbetringskompetansen til leiarane, er faktorar som verkar å ha betydning. Internrevisjonen stiller også spørsmål ved at kvalitets- og pasienttryggleiksutvala i liten grad ettergår eller etterspør korleis uønskte hendingar som er delt i utvala er blitt følgt opp.

1.3 Læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka

Avviksmeldesystemet Synergi har sidan 2021 hatt funksjonalitet for å kunne **dele meldingar om uønskte hendingar på tvers mellom føretaka**, og det er etablert melde på tvers-grupper i kvart føretak som har ansvar for å ta imot, vurdere og vidaresende meldingar som er meldt på tvers, både frå eige føretak og frå andre føretak.

Internrevisjonen meiner helseføretaka har gjort eit hensiktsmessig grep ved å tilretteleggje for at Synergi kan brukast til å sende meldingar om uønskte hendingar på tvers av føretaka. Internrevisjonen meiner vidare at strukturen med melde på tvers-grupper i kvart føretak er eit godt tiltak for å sikre at det er dei rette sakene som blir sendt vidare til andre, og for å sikre at informasjonen kjem til dei avdelingane og personane dei er relevant for, og ikkje blir spreidd generelt.

Det er sidan innføringa av systemet i januar 2021 meldt omlag 15 saker på tvers i regionen. Fleire viser til at det var ei bekymring at leiarane ville bli overlessa med melde på tvers-saker frå andre føretak. Dette synast ikkje å ha blitt ei aktuell problemstilling, og det framstår som ei større utfordring at melde på tvers-funksjonen i for liten grad er kjent i føretaka. Mange leiarar peikar på at dei ikkje har fått informasjon eller signal om å bruke funksjonen, og at det er uklart kva saker systemet skal brukast til. Samtidig viser undersøkinga at mange opplever at det er potensiale for å kunne lære meir av uønskte hendingar på tvers av avdelingar og føretak.

«Det ser ut til å vere høg terskel for å melde på tvers, og mykje kunne potensielt ha vore delt. Men samtidig: kven skal ta imot og korleis skal ein handtere det? Det er jo enkelt å melde på tvers, men utfordringa er å implementere det inn i drifta.» Sitat frå intervju

Undersøkinga viser at det gjenstår arbeid med implementering og å gjere viktige **avklaringar knytt til bruken av melde på tvers-funksjonen** i Synergi. Fagdirektørane gjorde ei evaluering av melde på tvers-funksjonen i november 2021, og det blei då reist spørsmål om teieplikt og personvern når føretaka deler informasjon om uønskte hendingar med kvarandre. Det blei gjort eit vedtak om at desse spørsmåla skulle vurderast, men vedtaket er ikkje blitt følgt opp.

Det å sikre betre kjennskap til melde på tvers-funksjonen er likevel ikkje nok for å sikre at læring skjer på alle relevante nivå. Internrevisjonen har gjennom ein **casegjennomgang undersøkt korleis åtte uønskte hendingar er følgt opp i helseføretaka**. Casegjennomgangen viser at sjølv om det blir delt informasjon og læringspunkt frå hendingane, er ikkje dette tilstrekkeleg for å sikre læring på tvers i praksis. I fleire av sakene var leiarar ved andre avdelingar ikkje kjent med hendingane og læringspunkta, og dei visste heller ikkje kor dei kunne finne informasjonen sjølv om den er tilgjengeleg. Samtidig var det døme på at leiarar ved andre avdelingar meinte at hendinga også kunne skjedd på deira avdeling, og at det er risiko for at feilen skjer igjen.

Manglande rutinar for korleis informasjon som er blitt delt skal følgjast opp, manglande arenaer for læring for fagpersonell, samt opplevd tryggheit og kultur for å dele, er føresetnadar ein må arbeide vidare med for å leggje til rette for læring på tvers av uønskte hendingar. Leiardimensjonen og tonen på toppen, er i denne samanheng viktig.

1.4 Styring og oppfølging av pasienttryggleik

Som del av denne revisjonen er det også undersøkt i kva grad arbeidet med pasienttryggleik er **integrert i etablerte styringsliner**, og korleis **styra** er involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka.

Arbeidet med pasienttryggleik er på ulike måtar integrert i styringslinjene i føretaka. Alle føretaka har sentrale kvalitet- og pasienttryggleiksutval i styringslinjene, leia av anten administrerande direktør (tre føretak), eller fagdirektør (eit føretak). Vidare er det etablert fast rapportering på indikatorar knytt til kvalitet og pasienttryggleik, og leiinga blir informert om alvorlege hendingar som skjer i føretaka. Alle føretaka gjennomfører også årleg «leiinga sin gjennomgang», som ledd i

å vurdere styringssystemet og sitt kontinuerlege forbetringsarbeid. Det finst vidare ei rekke planar og mål knytt til pasienttryggleik.

Internrevisjonen meiner undersøkinga viser at toppleiinga i føretaka har høg merksemd på kvalitet og pasienttryggleik. Dette er viktig fordi tonen på toppen påverkar det som skjer lenger nede i organisasjonen. Føretaka jobbar med kvalitet og pasienttryggleik på ulike nivå og på mange område. For at toppleiinga skal ha betryggande kontroll, utan at kjenne alle detaljane i drifta, er det nødvendig med god rapportering på risikoforhold og korleis desse blir følgt opp. Det er gjennom undersøkinga ikkje kome fram at leiarane opplever å mangle vesentleg informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold som har betydning for pasienttryggleiken, sjølv om det blir vist til at ein arbeider med å finne ei god form på risikostyring og leiinga sin gjennomgang. Internrevisjonen har gjennom intervjua likevel merka seg at både oppfølging av planar og gjennomføring av leiinga sin gjennomgang, ikkje nødvendigvis framstår systematisk nok. Det blir vist til at pandemien har prega sjukehus på alle nivå, og at ei viktig prioritering i pandemien har vore å sikre stabil drift framfor å rapportere på planar og tiltak.

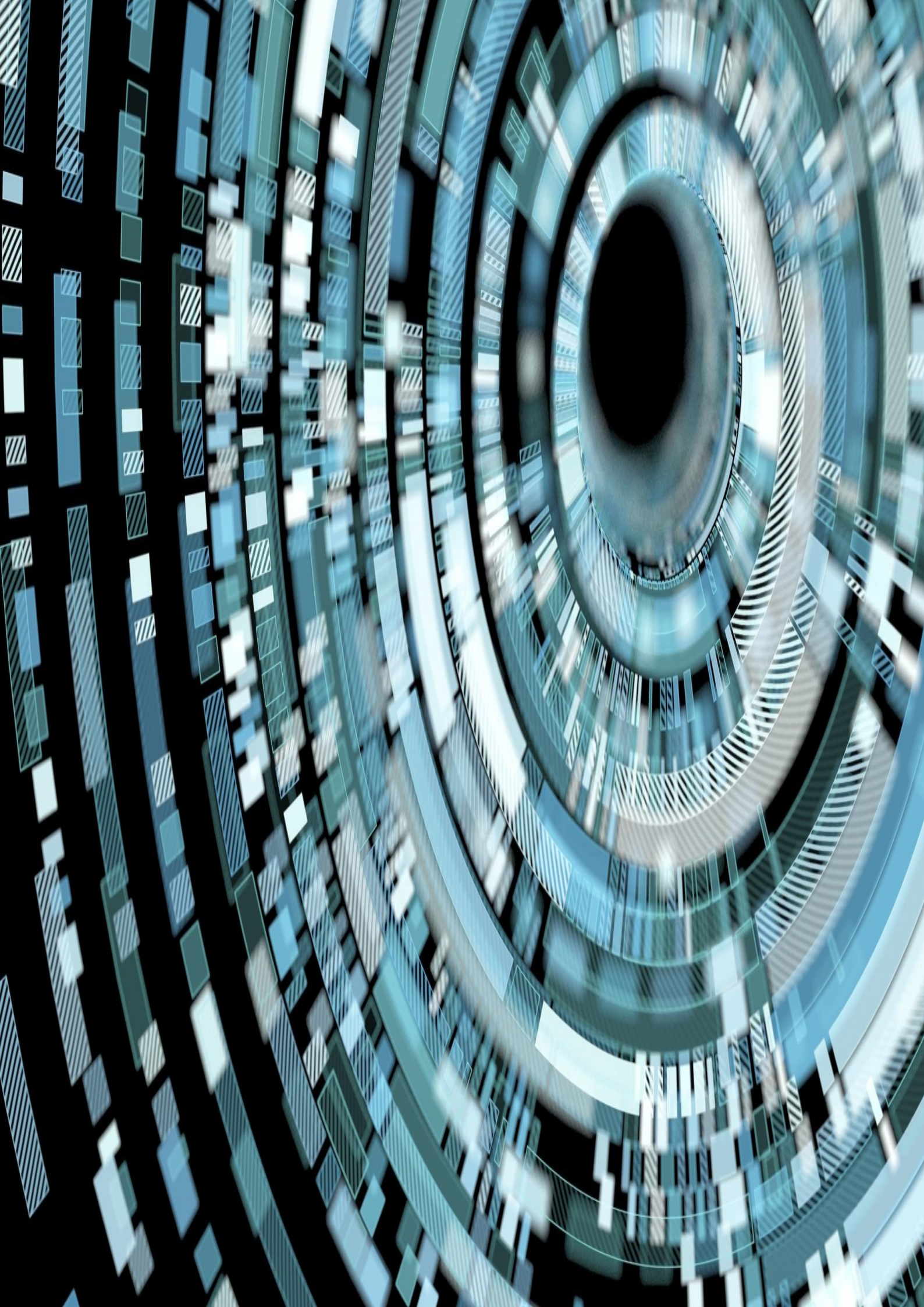
Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers, men får generelt mykje rapportering på kvalitet- og pasienttryggleik og risikoforhold knytt til dette. Når det gjeld rapportering om uønskte hendingar spesielt, er det internrevisjonen si samla vurdering av rapporteringa til styra at den hos nokre føretak framstår noko fragmentert. Internrevisjonen stiller spørsmål ved om rapporteringa legg til rette for at styra kan vurdere om etablerte system og rutinar som skal leggje til rette for læring av uønskte hendingar – og læring på tvers – fungerer tilfredsstillande.

1.5 Konklusjon

Internrevisjonen meiner Helse Vest RHF og føretaka har påbegynt eit viktig arbeid med å leggje til rette for læring på tvers. Samtidig meiner internrevisjonen at det per i dag er ei rekke barrierar som hindrar læring på tvers, og at det i for liten grad blir følgt opp at læring på tvers skjer i praksis, sjølv om system og rutinar for dette på fleire område er på plass.

I det vidare arbeidet er det avgjerande å sikre at systema blir brukt og fungerer etter føremålet, slik at pasientar kan møte ei helseteneste som lærer av sine feil uavhengig av kor dei skjer, og som kontinuerleg arbeider med å gi trygge og gode tenester.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, kjem internrevisjonen med nokre tilrådingar til føretaka og Helse Vest RHF for det vidare arbeidet. Desse går fram av kapittel 6, *Konklusjon og tilrådingar.*



2 INNLEIING

2.1 Bakgrunn

Internrevisjonen har undersøkt om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka. Temaet kom inn i revisjonsplanen i 2021, etter forslag frå Helse Bergen. Som bakgrunn for forslaget skriv dei følgjande: «Føretaka si evne til organisatorisk læring må kome høgt opp på prioriteringslista for revisjonsarbeidet til Helse Vest. Dette må gjelde heile organisasjonen inkludert utdanninga av helsepersonell. Fleire tiltak for å forbetre system, rutinar og strukturar for læring etter uønskte hendingar er planlagd dei siste åra som følgje av alvorlege uønskte hendingar, tilsyn og revisjonar. Alvorlege hendingar i Helse Bergen frå Barneklinikken, Akuttmottak og Kreftavdelinga er døme på hendingar med læringspotensiale».

Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

2.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet har vore å undersøkje om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka.

Ut i frå bakgrunn og føremålet har vi undersøkt følgjande hovudproblemstillingar:

1. **Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?**
2. **Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka?**
3. **Styring og oppfølging av pasienttryggleik, under dette:**
    a. **Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringsliner?**
    b. **Korleis er styra i helseføretaka og i RHF-et involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka?**

Strukturen i rapporten følgjer desse hovudproblemstillingane. Underproblemstillingar og operasjonaliseringar er nærare beskrive i innleiinga i kvart av dei tre hovudkapitla i rapporten.

2.3 Revisjonskriterium og metode

Revisjonskriterium er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterium skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak.

I dette prosjektet er i hovudsak følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

Spesialisthelsetenestelova: Etter § 2-1 a tredje ledd omfattar dei regionale helseføretaka sitt ansvar mellom anna plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at tenestene sitt omfang og innhald er i samsvar med krav fastsett i lov eller forskrift. Desse pliktene er nærare fastsett i eiga forskrift om leiing- og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta.

Etter § 3-3 a i spesialisthelsetenestelova skal verksemder som er omfatta av lova straks varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstenesta om dødsfall eller svært alvorleg skade på pasient. Varslingsplikta gjeld dersom utfallet er uventa ut i frå «påregnelig risiko».

Vidare skal helseinstitusjonar etter § 3-4 i lova opprette kvalitets- og pasienttryggleiksutval som ledd i det systematiske arbeidet institusjonane skal utføre ihht. § 2-1 a og § 3-4 a. Sistnemnde paragraf seier at einkvar som yt helsetenester etter spesialisthelsetenestelova, skal sørge for at verksemda arbeider systematisk for kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta har som føremål å bidra til fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, samt at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivinga blir etterlevd (§ 1).

Forskrifta inneheld ei rekke internkontrollplikter som er knytt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda sine aktivitetar. I desse pliktene ligg også ansvar for å handtere risiko og uønskte hendingar. Mellom anna seier forskrifta at verksemda skal:

- *Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten* (§ 6 d.)
- *Planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt (§ 6 e.)*
- *Planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt (§ 6 g.)*
- *Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges (§ 8 e.)*
- *Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten (§ 8 f.)*

Forskrifta seier at den som har det overordna ansvaret for verksemda skal sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av verksemda sine aktivitetar i tråd med forskrifta og at medarbeidarane i verksemda medverkar til dette (§ 3).

Nærare om ansvaret for styringssystem i spesialisthelsetenesta: Det er dagleg leiar for det enkelte regionale helseføretak og helseføretak som har det overordna ansvaret innanfor sitt føretaks ansvarsområde. I følgje rettleiing til forskrifta, må ansvaret for styringssystemet og det systematiske arbeidet med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik sjåast i samanheng med kva oppgåver det gjeld og kven som har nærmast moglegheit til å påverke:

> *Daglig leder for det regionale helseforetaket vil for eksempel ha det overordnede ansvaret for at det etableres styringssystem på de ulike helseforetakene. Samtidig er det klart at de daglige lederne ved de enkelte helseforetakene også har en selvstendig plikt for at helseforetaket etablerer og gjennomfører styringssystem for helse- og omsorgstjenesten.*
>
> *Styrene for RHF-ene og HF-ene må gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må også*

sørge for å være informert om informasjon som sier noe om helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret plikter å gripe inn i tilfelle der foretaket ikke korrigerer ulovlig og uforsvarlig virksomhet.

Metodane som er nytta er **dokumentanalyse** av relevant dokumentasjon frå helseføretaka, **intervju** med leiarar og tilsette på fleire nivå i organisasjonane, **casegjennomgang** av eit utval uønskte hendingar, samt ei **spørjeundersøking** som blei distribuert til eit utval tilsette og leiarar. Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

I dokumentanalysen har vi mellom anna gått gjennom rutinar og prosedyrar, planar, mål og tiltak, kurs, rapportering, styresaker m.m.

Internrevisjonen har intervjua medarbeidarar (leiarar og tilsette) i alle fire føretaka om erfaringar knytt til å melde, følgje opp og lære av uønskte hendingar, både internt i eiga avdeling og føretak, og mellom føretaka. Det er også gjennomført intervju med dei administrerande direktørane i føretaka og i RHF-et. Totalt er det gjennomført 23 intervju med i alt 28 personar.

I casegjennomgangen av eit utval uønskte hendingar bad vi om innspel på inntil 10 saker frå kvart helseføretak som helseføretaka sjølv meiner har læringspotensial. Vi valde deretter ut to saker frå kvart føretak, totalt åtte saker. Føremålet med å sjå nærare på konkrete saker har vore å undersøkje læringsprosessen i uønskte hendingar, ikkje å ettergå hendingane i seg sjølv. Internrevisjonen har fått tilsendt noko skriftleg informasjon om dei aktuelle sakene og korleis føretaka har arbeidd med å følgje opp desse. I tillegg har vi stilt spørsmål om sakene i intervjua vi har gjennomført. Av personvernomsyn omtalar rapporten desse sakene svært overordna og utan å identifisere kva saker som kjem frå kvart føretak.

Målgruppa for spørjeundersøkinga som er gjennomført var tilsette og leiarar innan fagområda gastrokirurgi, ortopedi, fødselsomsorg og kreft (vaksne). Omfanget av erstatningssaker/erstatningsbeløp blei brukt som indikator for å velje ut og avgrense kva fagområde/avdelingar som skulle inkluderast i spørjeundersøkinga. Internrevisjonen er kjent med at det er noko overlapp mellom desse fagområda, der det til dømes kan vere tilsette som både arbeider innan kreft og gastrokirurgi. Spørjeundersøkinga blei totalt sendt ut til 2312 personar. Av desse har 675 personar svart på undersøkinga, noko som tilsvarar ein samla svarprosent på 29 prosent. Sjå svarprosent per føretak i tabellen under. [1]

[1] Vi gjer merksam på at talet på respondentar (N) varierer mellom ulike spørsmål. Ein del spørsmål i undersøkinga er betinga, dvs. at kva ein har svart på føregåande spørsmål, har betydning for om respondenten får oppfølgingsspørsmål eller ikkje. I ein del spørsmål som har gått til alle respondentane og som ikkje er betinga, er det også tilfelle av at nokre respondentar har valt å ikkje svare på spørsmålet, slik at N blir lågare enn totalen som har svart på undersøkinga.

Tabell 1: Svarprosent på spørjeundersøkinga fordelt på føretak

Føretak	Svarprosent
Helse Bergen	31 prosent
Helse Fonna	28 prosent
Helse Førde	27 prosent
Helse Stavanger	30 prosent
Totalt	**29 prosent**

Internrevisjonen vurderer at det har kome fram mykje viktig informasjon gjennom spørjeundersøkinga sjølv om svarprosenten ikkje er så høg som ønskjeleg. Det har løpande blitt vurdert kor lenge spørjeundersøkinga skulle vere aktiv, og det har blitt sett i verk fleire tiltak for å auke svarprosenten. Det er sendt ut ei rekke purringar, svarfristen er utsett ved fleire høve og leiinga/kontaktpersonar i føretaka har blitt informert om undersøkinga og svarprosenten. Internrevisjonen har også oppmoda føretaka om å publisere informasjon om spørjeundersøkinga på sine respektive intranett.

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

2.4 Omgrep og avgrensingar

I ein revisjonsrapport frå internrevisjonen i 2016 om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar blir det peikt på at det i liten grad er etablert eit tydeleg skilje mellom omgrepa «uønskte hendingar» og «avvik», i daglegtalen. Dette er framleis tilfelle, og i intervjua blir omgrepa i stor grad brukt om kvarandre. I denne rapporten nyttar vi også omgrepa om kvarandre.

Prosjektet har vore avgrensa til *pasientrelaterte* uønskte hendingar, i samsvar med prosjektmandatet som er vedtatt av revisjonsutvalet. Pasientrelaterte uønskte hendingar inkluderer både uønskte hendingar med og utan konsekvens, altså hendingar som anten har fått eller som potensielt kunne fått negative konsekvensar for pasientane. Sjølv om revisjonen primært har omhandla handtering av uønskte hendingar, har fleire påpeikt potensiale for å også lære meir av kvarandre på dei områda der ein gjer ting rett.

Kvalitet og pasienttryggleik er to relevant omgrep i ein revisjon av korleis føretaka følgjer opp og lærer av uønskte hendingar. Samtidig er dette omgrep som omfattar langt meir enn å melde og følgje opp uønskte hendingar. Kvalitet og pasienttryggleik inkluderer mellom anna forhold som bemanning og kompetanse, fagutvikling, forsking, kliniske prosedyrar, kvalitetsregister, simuleringstrening, gode legemiddelrutinar m.m. Revisjonen vil kort omtale sentrale utval, arbeid og målsettingar i kvalitet- og pasienttryggleiksarbeidet, men vil ikkje gå nærare inn i korleis helseføretaka arbeider med kvalitet og pasienttryggleik på ulike felt og nivå utover det som er relevant for å svare på problemstillingane i revisjonen.

3 LÆRING ETTER UØNSKTE HENDINGAR PÅ TVERS I EIGE FØRETAK

For å kunne lære av uønskte hendingar og avvik er det ein føresetnad at det er etablert ein god avviksmeldekultur i det enkelte føretak. Undersøkinga viser at mangel på tid, manglande tydelegheit rundt kva som skal meldast, manglande oppleving av at det nyttar å melde avvik, samt bekymring for å henge ut kollegaer, påverkar omfanget og innhaldet av det som blir meldt i føretaka sitt avvikssystem. Det er også variasjon i kor vidt ein opplever at det er ein tilstrekkeleg god openheitskultur.

Det er etablert system og rutinar for å analysere årsakssamanhengar og bakanforliggande faktorar til at uønskte hendingar skjer. Desse blir primært brukt ved større/alvorlege hendingar. Undersøkinga indikerer at leiarane ikkje alltid gjer analysar av bakanforliggande årsakar ved hendingar som er av mindre alvorleg karakter. Eit stort omfang avvik som til dels blir opplevd som lite viktige, samt at saksbehandlinga i Synergi tek tid, blir oppgitt som forklaringsfaktorar til dette. Gjennomgåande ønskjer leiarane å få frigitt meir tid til å arbeide med dei viktige sakene. Det er også ulikt om føretaka meiner det i tilstrekkeleg grad blir gjennomført hendingsanalysar i alvorlege saker.

Det er etablert system og rutinar på føretaksnivå som skal bidra til å sikre læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak, men strukturane som er etablert legg i hovudsak til rette for deling av informasjon i styringslinjene. Det er i liten grad etablert einskaplege system og rutinar som sikrar at informasjon og læring frå uønskte hendingar skjer horisontalt og når heilt fram til fagmiljøa og personalet som står nærmast pasienten.

3.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?

- *Kva påverkar omfanget og innhaldet av det som blir meldt i helseføretaka sitt avviksystem?*
- *I kva grad er organisasjonen prega av ein kultur der leiarar søker etter bakanforliggande årsaker til hendingar, for å finne potensielle systemforklaringar?*
- *Kva for system, rutinar og strukturar har helseføretaka for å bruke det som blir meldt til læring i eige føretak, og korleis blir desse brukt?*

3.2 System og rutinar for å melde og følgje opp avvik

Alle føretaka har etablert system og rutinar for å følgje opp avvik og uønskte hendingar. Dette inkluderer også rutinar for å varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstenesta ved alvorlege hendingar.

Alle uønskte hendingar som skjer i føretaka i Helse Vest skal rapporterast og saksbehandlast i Synergi.

Det ligg ikkje føre regionale rutinar for melding og oppfølging av uønskte hendingar. Kvart føretak har eigne rutinar for dette.[2,3,4,5] Samtlege rutinar inneheld informasjon om kva som er ei uønskt hending/avvik, ansvarsfordeling, informasjon om kor avviket skal meldast (Synergi) og korleis avviket skal sakshandsamast. Helse Bergen har i tillegg eit prosedyredokument med prinsipp for handtering av uønskte hendingar, som skildrar målsettingar og grunnleggjande prinsipp i arbeidet med å følgje opp uønskte hendingar.

Ansvarsdelinga når det gjeld avvikshandtering er som følgjer:

- Alle tilsette har ansvar for å melde avvik når avvik oppstår
- Leiarar er ansvarlege for å følgje opp/saksbehandle avvika. Avvik blir i første instans behandla på avdelingsnivå. Vanlegvis er det næraste leiar som er saksbehandlar i Synergi

I avdelingane internrevisjonen har gjennomført intervju ved, er det varierande om det er etablert klinikk- eller avdelingsvise rutinar for å melde og følgje opp uønskte hendingar. Nokre viser til at dei i hovudsak nyttar føretaket sine overordna rutinar, medan andre har etablert spesifikke rutinar som gjeld deira avdeling. Nokre av avdelingane som ikkje har avdelingsspesifikke rutinar, viser samtidig til at det kunne vore føremålstenleg med eigne rutinar då definisjonen av kva ein skal melde som avvik vil kunne variere mellom ulike fagområde.

Føretaka har også rutinar for å melde om alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstenesta (UKOM), ofte omtalt som såkalt § 3-3 a melding. Dette er hendingar som har ført til dødsfall eller betydeleg skade på pasient, og der utfallet er uventa ut i frå pårekneleg risiko.

3.3 Omfang av pasientrelaterte avvik i Helse Vest

Det samla omfanget av pasientrelaterte uønskte hendingar i Helse Vest ligg på i underkant av 20 000 meldingar per år, med noko variasjon frå år til år. Ein betydeleg andel av dei som har svart på spørjeundersøkinga i revisjonen, opplever at det skjer *for* mange uønskte hendingar som har eller kan få konsekvensar for pasienttryggleiken på si avdeling, og at det er uønskte hendingar som gjentek seg. Tilsette peikar på samansette årsakar til at uønskte hendingar oppstår, mellom anna knytt til mangel på tid og personell, samtidigsheitskonfliktar, manglande samhandling mellom yrkesgrupper og avdelingar, samt system som ikkje snakkar saman.

[2] Helse Bergen. *Uønskede hendelser – melding, saksbehandling og læring.* Gyldig frå/til: 21.03.2021-21.09.2021.
[3] Fonna Fonna. *Retningslinje for håndtering av uønskede hendelser, avvik og ide til forbedring i Synergi*. Godkjent frå: 29.03.2021.
[4] Helse Stavanger. *Avvik og uønskede hendelser – håndtering i Helse Stavanger HF.* Gyldig frå: 13.02.2020. Revisjonsfrist: 12.01.2022.
[5] Helse Førde. *Handsaming av uønska hendingar/avvik i Synergi*. Gyldig frå: 19.11.2021.

For å gje ei **oversikt over omfanget av pasientrelaterte uønskte hendingar** har vi i tabellen under oppsummert kor mange saker som er meldt i Synergi dei siste tre åra.

Tabell 2: Tal pasientrelaterte uønskte hendingar i perioden 2020 – september 2022

	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Førde	Helse Stavanger	Alle føretak totalt
2020	9432	2467	1164	5118	**18181**
2021	9843	2773	936	5963	**19515**
2022 (pr. 15.09)	7069	1817	779	4100	**13 765**

Kjelde: Dashboard Synergi - Helse Vest RHF

Omfanget av meldte uønskte hendingar varierer noko frå år til år. Omfanget varierer også betydeleg mellom føretaka, der det er tydeleg at det største føretaket melder flest uønskte hendingar, og det minste føretaket melder færrast. Det er naturleg å tenke at omfanget av avvik heng saman med talet på pasientbehandlingar, men det er krevjande å gjere ei analyse på føretaksnivå utelukkande basert på tal meldte hendingar og tal pasientbehandlingar. Det er i tillegg ei rekke andre forhold som kan påverke omfanget av uønskte hendingar, og kva som blir meldt som uønskte hendingar. Mellom anna vil oppgåvefordeling og spesialiserte funksjonar kunne ha betydning for omfang av uønskte hendingar, t.d. grunna prosedyrar med høgare risiko. Vidare spelar avviksmeldekultur ei rolle. Til dømes treng ikkje ei auke i talet på meldte uønskte hendingar bety at omfanget uønskte hendingar går opp, det kan like så godt vere eit uttrykk for at ein har blitt betre på å melde. Motsett treng ikkje ein nedgang eller eit lågt tal meldte uønskte hendingar bety at det faktiske talet er lågt eller at det er ein reell nedgang. Det kan også vere eit uttrykk for at meldekulturen ikkje er god nok. Ulike faktorarar og tersklar som kan påverke omfanget og innhaldet i det som blir meldt, vil bli omtalt seinare i dette kapittelet.

Halvparten av respondentane (tilsvarande 328 respondentar) som har svart på spørjeundersøkinga opplever at det **skjer *for mange* uønskte hendingar** som har eller kan få konsekvensar for pasienttryggleiken på si avdeling. [6] Men det er skilnadar mellom føretaka. I Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger er andelen som opplever at det skjer for mange uønskte hendingar nær 50 prosent, medan den er betydeleg lågare – omlag 33 prosent – i Helse Førde.

Ein betydeleg andel av dei som har svart på spørjeundersøkinga (68 prosent, tilsvarande 443 respondentar) opplever vidare at det skjer **uønskte hendingar som gjentek seg**.

I fritekstfelt fekk respondentane moglegheit til å utdjupe på kva område/type hendingar dette gjeld. Blant 330 svar, peikte mange på hendingar knytt til legemiddelhandtering, fall og nesten-ulukker og manglande etterleving av prosedyre, under dette:

- Legemiddelhandtering, t.d. medisinkurver som ikkje er godkjente, manglande dobbeltkontroll og medisinar som blir gitt for seint eller ikkje gitt (136 respondentar)
- Fall og nesten-ulukker (83 respondentar)
- Manglande etterleving av prosedyrar og rutinar (77 respondentar)

[6] 16 prosent av respondentane svarte «ja» og 34 prosent svarte «delvis» på spørsmål om dei opplever at det skjer for mange uønskte hendingar som har eller kan få få konsekvensar for pasienttryggleiken på si avdeling.

Når det gjeld kva som er **årsakene til at uønskte hendingar oppstår**, peikar leiarar og tilsette på **mangel på personellressursar** og **mangel på tilstrekkeleg tid** som nokon av dei viktigaste opplevde årsakene. I fritekstkommentarar blir det utdjupa at dette også handlar om personell utan tilstrekkeleg erfaring, mellom anna nyutdanna og bruk av vikarar, samtidigheitskonfliktar og samansette årsakar. Det blir også peikt på utdaterte, datasystem som ikkje snakkar saman, manglande samhandling mellom ulike personalgrupper (t.d. legar og sjukepleiarar) og manglande samhandling mellom avdelingar mellom anna ved overføring av pasientar.

«Det oppleves ofte som sammensatt når disse tingene skjer. For eksempel at man glemte en rutine; eksempelvis legge inn elektronisk kurve at man har lagt inn et kateter. Det er både dårlig etterleving av rutiner og menneskelig svikt. Og for å gjøre det enda mer sammensatt så kan man ofte spørre seg om man hadde glemt den rutinen dersom man ikke hadde hatt det så travelt at man var helt «kokt», utslitt i hodet på jobb. For eksempel oppdager vi ofte egne glipper etter endt arbeidsdag, når hodet etter hvert får giret litt ned. Dette tenker jeg sier noe om at vi ofte går med sprengt mental kapasitet på jobb, og glippene vi gjør er som regel små, men det er likevel kjempeskummelt med tanke på alt vi har ansvar for.» Sitat frå spørjeundersøkinga

3.3.1 Erstatningssaker og skadar

I tillegg til dei uønskte hendingane som medarbeidarar melder i Synergi, viser føretaka til at dei også følgjer opp pasientskadesaker, under dette erstatningssaker frå Norsk pasientskadeerstatning (NPE) der pasienten har fått medhald, samt saker som er avdekka ved Global Trigger Tool (GTT)-metoden.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) handsamar erstatningskrav frå pasientar som meiner dei har fått ei skade etter behandlingssvikt i helsetenesta. Ved medhald, får pasienten utbetalt erstatning for skaden som er påført. I intervju blir det opplyst at ikkje alle NPE-saker er å finne igjen i Synergi. Det blir vist til at det ikkje nødvendigvis er å forvente fullt samsvar heller, for eksempel fordi skaden først blir oppdaga etter utskriving, eller fordi personalet som har vore involvert i pasientbehandlinga ikkje har oppfatta at det har skjedd svikt i behandlinga. Alle føretaka viser til at dei følgjer opp NPE-saker, men har litt ulike rutinar for korleis det blir gjort. Helse Fonna har eksempelvis ei skriftleg rutine for å sikre at saker der pasienten har fått medhald blir registrert i Synergi slik at saka kan nyttast til læring. Helse Førde på den andre sida viser til at dei har gjort forsøk på dette, men at dei har erfart at det ikkje er så hensiktsmessig å saksbehandle saker som går langt tilbake i tid (det kan gå lang tid frå hendinga skjedde til saka er ferdigbehandla av NPE).

Ei undersøking[7] NPE gjennomførte i 2019 om samsvar mellom NPE-saker og saker som er meldt i sjukehusa sine meldesystem, viser at 33 prosent av NPE-sakene blir funne igjen i sjukehusa sine meldesystem på landsbasis. Undersøkinga til NPE viser at det er variasjon mellom føretak, også i Helse Vest. [8]Sjå tabellen under.

[7] NPE: 33 prosent av NPE-saker blir funnet igjen i sykehusenes meldesystemer. Publisert 24. oktober 2019.
[8] NPE: Resultater fra undersøkelse om samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusen15,4%es meldesystemer. Publisert 5. september 2019.

Tabell 3: Samsvarsandel NPE-saker og saker meldt i avviksmeldesystemet - 2019

Føretak	Samsvarsandel NPE-saker og saker meldt i Synergi
Helse Bergen	34 prosent (38 av 111 NPE-saker blei funne igjen i Synergi)
Helse Fonna	28 prosent (15 av 64 NPE-saker blei funne igjen i Synergi)
Helse Førde	19 prosent (7 av 36-NPE saker blei funne igjen i Synergi)
Helse Stavanger	39 prosent (24 av 62 NPE-saker blei funne igjen i Synergi)

Kjelde: NPE

Føretaka gjennomfører også ei kartlegging av omfanget av pasientskadar gjennom **GTT-metoden**. Metoden inneber gjennomgang av eit tilfeldig utval journalar der ein ser etter og identifiserer førekomsten av spesifikke «triggerar» som markørar på uønskte hendingar. I intervju blir det vist til at det heller ikkje er samsvar mellom saker som blir avdekka gjennom GTT og det som er meldt i Synergi. Det blir peikt på at dette kan handle om at triggarane som ein identifiserer gjennom GTT ikkje nødvendigvis skal meldast som eit avvik. Biverknad på legemiddel blir her nemnt som eksempel. Fleire framhevar også at det totale omfanget av pasientskadar avdekka gjennom GTT er relativt lågt sett opp mot omfanget av avviksmeldingar totalt sett. Helse Bergen viser som eksempel til at 960 journalar blei gjennomgått i 2021, og der andelen med pasientskadar var på rundt 12 prosent (dette tilsvarar 116 saker). Av desse 116 sakene, var det fire saker som ikkje var registrert i Synergi og som blei lagt inn i etterkant for saksbehandling hos aktuell eining.

Andelen pasientskadar avdekka gjennom GTT-metoden blir innrapportert nasjonalt, og Helsedirektoratet publiserer nasjonale data på omfanget.[9]

Tabell 4: Andel pasientskadar avdekka gjennom GTT-metoden.

Føretak	2018	2019	2020	2021
Helse Bergen	8,5 %	10,8 %	12,8 %	12,1 %
Helse Fonna	18,3 %	16,7 %	12,5 %	18,8 %
Helse Førde	12,5 %	14,2 %	17,1 %	6,3 %
Helse Stavanger	17,5 %	15,4 %	12,1 %	17,1 %

Kjelde: årleg melding frå Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet 2021 og Helsedirektoratet[10]

Tala viser at omfanget av pasientskadar som blir avdekka gjennom GTT-metoden varierer både mellom føretaka og mellom ulike år.

I intervju i alle føretaka blir det framheva at GTT har sine svakheiter, mellom anna ved at det er noko variasjon i korleis metoden blir brukt, samt at det er relativt små tal. Det blir vist til at GTT-

[9] Helsedirektoratet: Pasientskader i Norge 2020. Målt med Global Trigger Tool. Publisert september 2021.
[10] Helsedirektoratet: Pasientskader i Norge 2021. Målt med Global Trigger Tool. Publisert august 2022

data derfor i utgangspunktet må brukast saman med andre data i kvalitetsarbeid, ettersom dataane ikkje er gode nok aleine. Samtidig er GTT også brukt som indikator på kor god pasienttryggleiken er. Helse Bergen viser mellom anna til følgjande i si årlege melding til Helse Vest RHF i 2021, der det er vist til nedgong i andelen med pasientskadar per 1. tertial 2021[11]:

> *Dei siste åra har vi hatt ei betydeleg auka og vedvarande merksemd på pasienttryggleik i Helse Bergen, med mellom anna oppretting av sentralt og lokale kvalitets- og pasienttryggleiksutval (KPU), gjennomføring av pasienttryggleiksvisittar, merksemd på forbetringsarbeid og bruk av verktøy som tavlemøte, Det grøne korset og avvikssystemet Synergi. Leiinga set arbeidet med pasienttryggleik høgt på dagsorden. Vi trur dette er sentrale årsaker til reduksjonen i førekomst av pasientskadar målt ved GTT i Helse Bergen*

3.4 Grad av openheitskultur

Internrevisjonen har spurt tilsette og leiarar om dei opplever at det er ein openheitskultur om uønskte hendingar. Sjølv om mange opplever at det er ein god kultur for å melde, er det også tydeleg at det er variasjon.

I intervjua i føretaka, er det noko varierande oppfatningar av om føretaka har ein god openheitskultur. Fleire viser til at dei opplever at det er ein god openheitskultur, andre er usikre, og atter andre igjen viser til at det varierer både mellom personar og avdelingar. I forbetringsundersøkinga til Helse Vest, er det derimot jamt over god score på spørsmål om ein opent diskuterer feil og hendingar som oppstår, for å lære av dei (i alle føretaka er andelen tilsette som svarar på den positive enden av svarskalaen 80 prosent eller høgare).

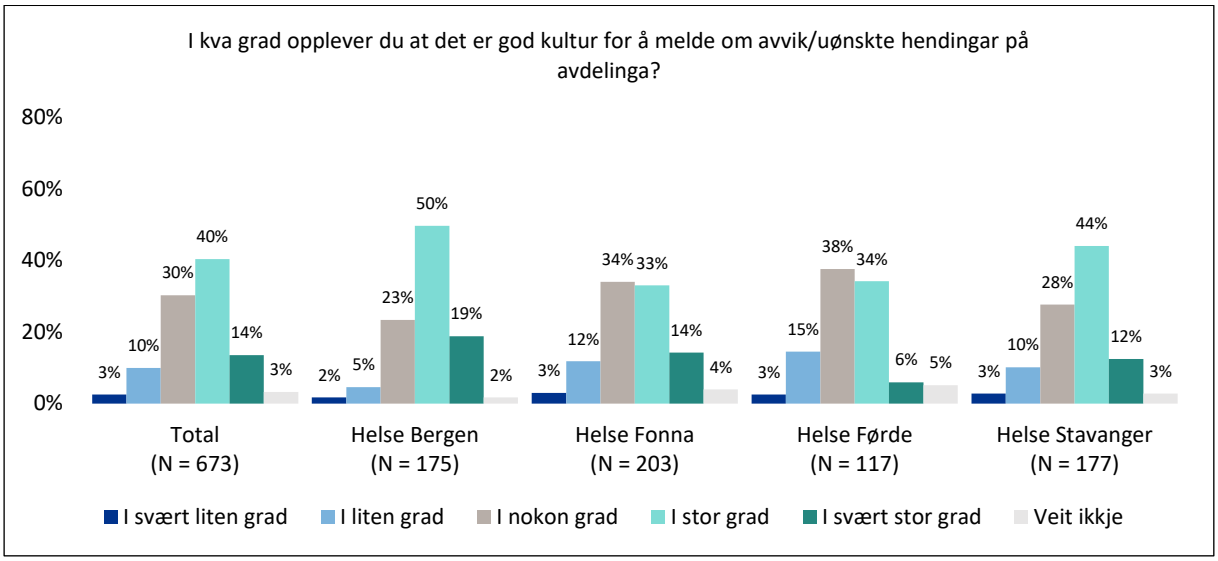
I intervju blir det også vist til at føretaka er opptatt av å oppfordre til å melde avvik i ulike fora. Fleire viser til at dei har arbeidd med å endre oppfatninga av at å melde avvik er å «klage» på kollegaer.

Spørjeundersøkinga viser også at det er ein viss variasjon i kva oppfatning tilsette og leiarar har om meldekulturen i føretaka (sjå figuren under). Sjølv om over halvparten meiner at deira avdeling i stor/svært stor grad har ein god kultur for å melde uønskte hendingar, er det ein betydeleg del som også meiner at avdelinga berre i *nokon* grad har ein god meldekultur. Figuren under viser også at det er variasjonar i svara fordelt per føretak. Det er høgast andel i Helse Bergen som opplever å ha ein god meldekultur, og lågast i Helse Førde.

> *«For at jeg skal skrive avvik opplever jeg at jeg må forankre det i vedkommende som jeg skriver avvik på - få forsikring om at det er ok og en systemfeil som ev kan rettes på hvis det skrives mange nok avvik.» Sitat frå spørjeundersøkinga*

[11] Helse Bergen: Årleg melding 2021. Vedlegg til styremøte i Helse Bergen desember 2021.

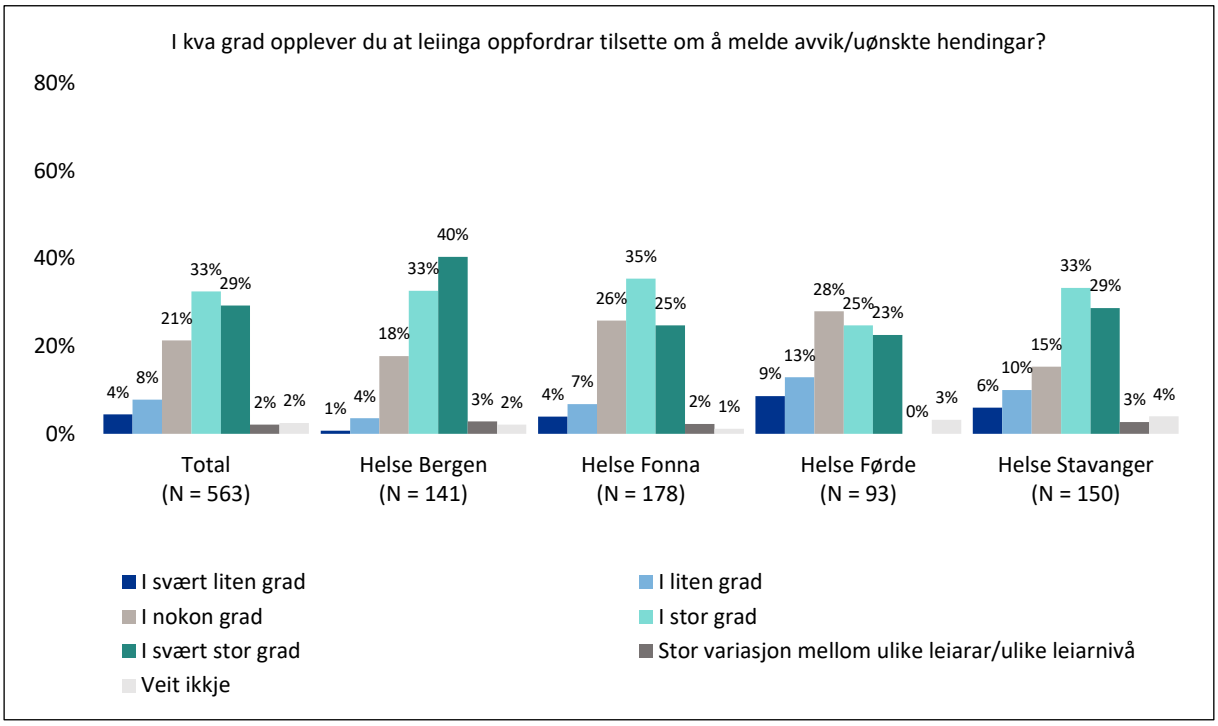
Figur 1: Oppleving av meldekultur på eiga avdeling – tilsette og leiarar



Opplevinga av meldekultur varierer også mellom fagområde. Når vi ser på korleis tilsette og leiarar innan dei fire fagområda som er omfatta av undersøkinga svarar, er kreft det fagområdet der flest opplever at det er god meldekultur, der 64 prosent (tilsvarande 94 av 147 respondentar) svarar at dei i stor/svært stor grad har god kultur for å melde om avvik. Til samanlikning er andelen som opplever god meldekultur lågast innan gastrokirurgi, der 47 prosent (tilsvarande 63 av 134 respondentar) svarar at dei i stor eller svært stor grad har god kultur for å melde om avvik.

Tilsette fekk også spørsmål om i kva grad dei opplever at leiinga oppfordrar tilsette til å melde avvik/uønskte hendingar. Totalt ein tredjedel, opplever at leiinga berre i nokon eller i liten/svært liten grad oppfordrar til dette. Sjå figuren under.

Figur 2: Oppleving av om leiinga oppfordrar tilsette til å melde avvik – tilsette og leiarar[12]



Figuren over viser samtidig at det er forskjellar mellom føretaka. I Helse Bergen svarar flest respondentar (73 prosent) at dei i stor/svært stor grad opplever at leiinga oppfordrar til å melde uønskte hendingar. I Helse Stavanger og Helse Fonna er denne andelen på rundt 60 prosent, og i Helse Førde er den 48 prosent.

3.5 Faktorar og hindringar som kan påverke omfanget og innhaldet av det som blir meldt i føretaka sitt avvikssystem

Ein høg andel av dei som har svart på spørjeundersøkinga opplever at det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt. Nokre hindringar utpeikar seg som meir betydeleg enn andre. Dette gjeld tid til å melde, at det ikkje er tydeleg kva som skal meldast og kven som har ansvar for å melde, opplevinga av at det ikkje nyttar å melde og at tilsette er bekymra for å henge ut kollegaer. Nokre opplever også Synergi som teknisk vanskeleg eller lite brukarvennleg. Manglande tilgang til Synergi framstår ikkje som ei betydeleg hindring for å melde avvik.

Vidare er det tydelege indikasjonar på at det er behov for meir opplæring og rettleiing når det gjeld å melde avvik og uønskte hendingar.

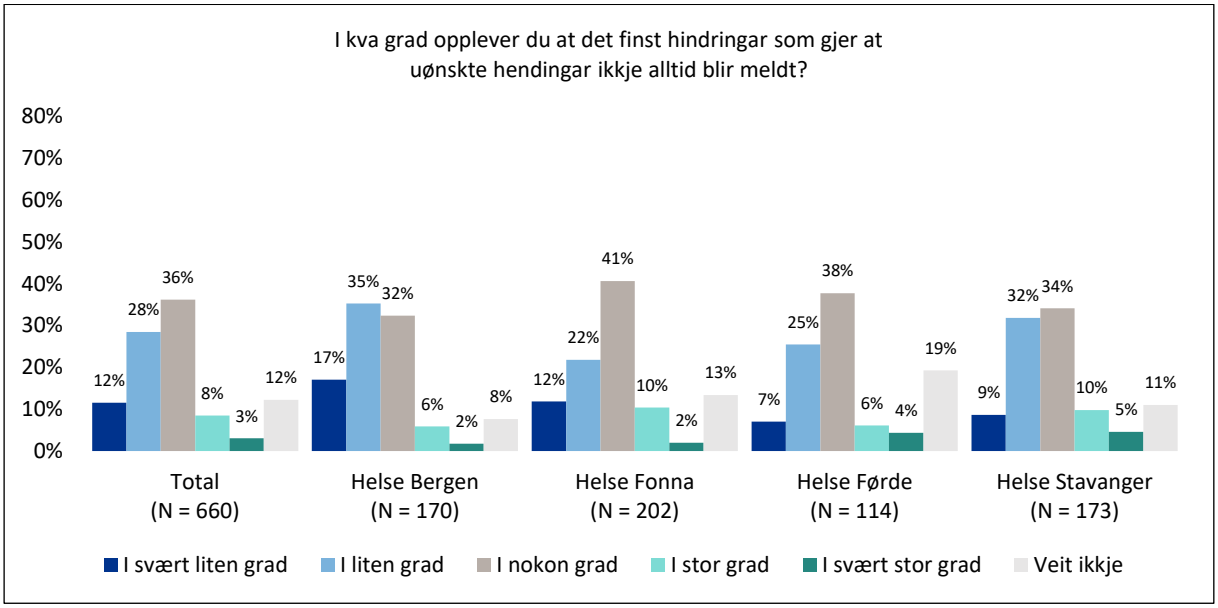
Sjølv om fleirtalet av respondentane oppgir at uønskte hendingar ofte eller alltid (73 prosent, tilsvarande 486 av 662 respondentar) blir meldt i Synergi, er det ein betydeleg andel som svarar at dei ikkje alltid blir meldt. Undersøkinga viser vidare at det er relativt vanleg å melde uønskte hendingar munnleg til leiar eller anna overordna (53 prosent, tilsvarande 343 av 653

[12] Spørsmålet er berre stilt til tilsette som har oppgitt at dei ikkje har leiaransvar, eller at dei har leiaransvar, men ikkje har ansvar for å ta imot og følgje opp meldte avvik

respondentar) eller munnleg på avdelingsmøte eller fagmøte (41 prosent, tilsvarande 278 av 654 respondentar).

Totalt sett svarar nær halvparten av respondentane at det i nokon eller stor/svært stor grad finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt. Sjå figuren under.

Figur 3: Oppleving av om det finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt – tilsette og leiarar[13]

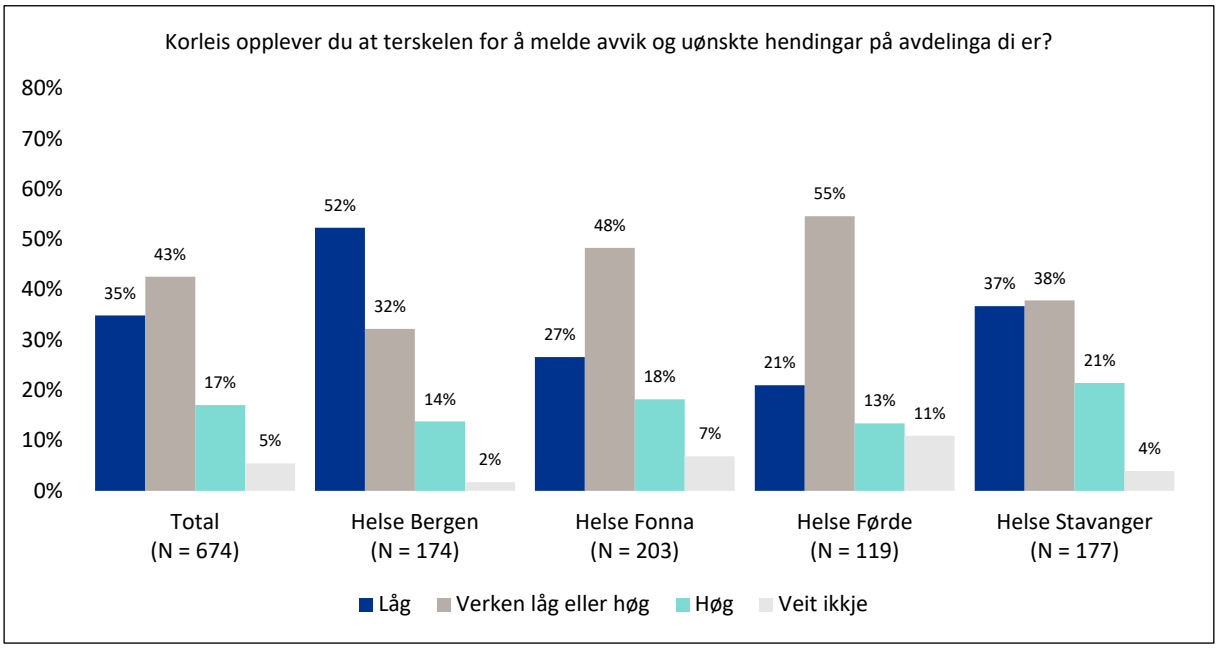


Det er noko variasjon mellom føretaka. Andelen respondentar som meiner at det enten i nokon eller stor/svært stor grad finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt, er lågare i Helse Bergen (to av fem) enn i dei andre føretaka (rett over eller under halvparten av respondentane).

Spørjeundersøkinga viser vidare at det er ei varierande oppfatning av terskelen for å melde uønskte hendingar. Sjølv om omlag ein av tre respondentar meiner terskelen for å melde på si avdeling er låg, er det ein betydeleg del som meiner den verken er låg eller høg (to av fem) og nesten ein av fem meiner terskelen for å melde er høg. Sjå figuren under.

[13] Spørsmålet er stilt til respondentar som tidlegare har svart at det skjer pasientrelaterte avvik dagleg, vekentleg, månadleg, kvart halvår eller årleg på deira avdeling.

Figur 4: Opplevd terskel for å melde avvik[14]



Det er ein viss skilnad mellom føretaka når det gjeld opplevd terskel for å melde avvik. Både i Helse Bergen og Helse Førde er andelen tilsette som meiner det er høg terskel for å melde, lågare enn snittet for Helse Vest, medan den er høgare i Helse Fonna og Helse Stavanger.

I intervjua som er gjennomført, blir det peikt på ei rekke faktorar og tersklar som kan påverke omfanget og innhaldet av det som blir meldt som avvik. Gjennom intervjua er det ikkje avdekka systematiske forskjellar mellom føretaka, tvert om blir det i stor grad peikt på dei same faktorane uavhengig av føretak. Dette handlar mellom anna om mangel på tid, frykt for å henge ut kollegaer, kultur og leiing og opplæring. Svar på spørjeundersøkinga som internrevisjonen har gjennomført, indikerer likevel at det er noko skilnad mellom føretaka når det gjeld kva betydning ulike faktorar har. Det er samtidig viktig å påpeike at det i eitt og same føretak kan vere vel så store forskjellar på tvers av avdelingar og fagområde, som på tvers av føretaka. I intervju er det også fleire som framhevar dette.

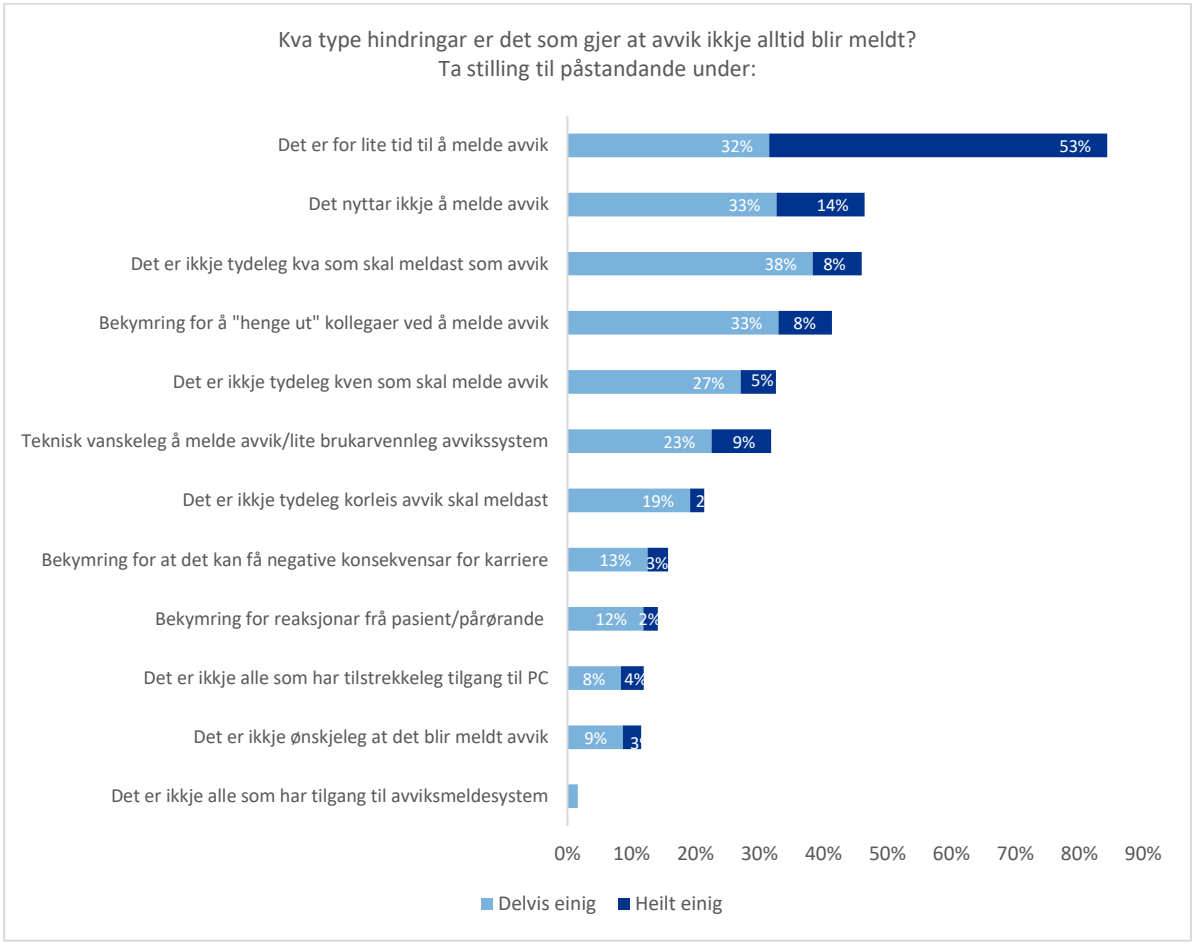
I dei påfølgjande underoverskriftene vil vi gjere nærare greie for kva faktorar og hindringar som kan påverke omfanget av det som blir meldt.

3.5.1 Rangering av hindringar for å melde avvik

Leiarar og tilsette som svarte at det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt, blei bedt om å ta stilling til påstandar om kva type hindringar dette er. Figuren under viser kor stor andel tilsette som er *heilt* eller *delvis einige* i ulike påstandar om hindringar for å melde avvik.

14

Figur 5: Hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt – tilsette og leiarar (N er mellom 310 og 314)[15]



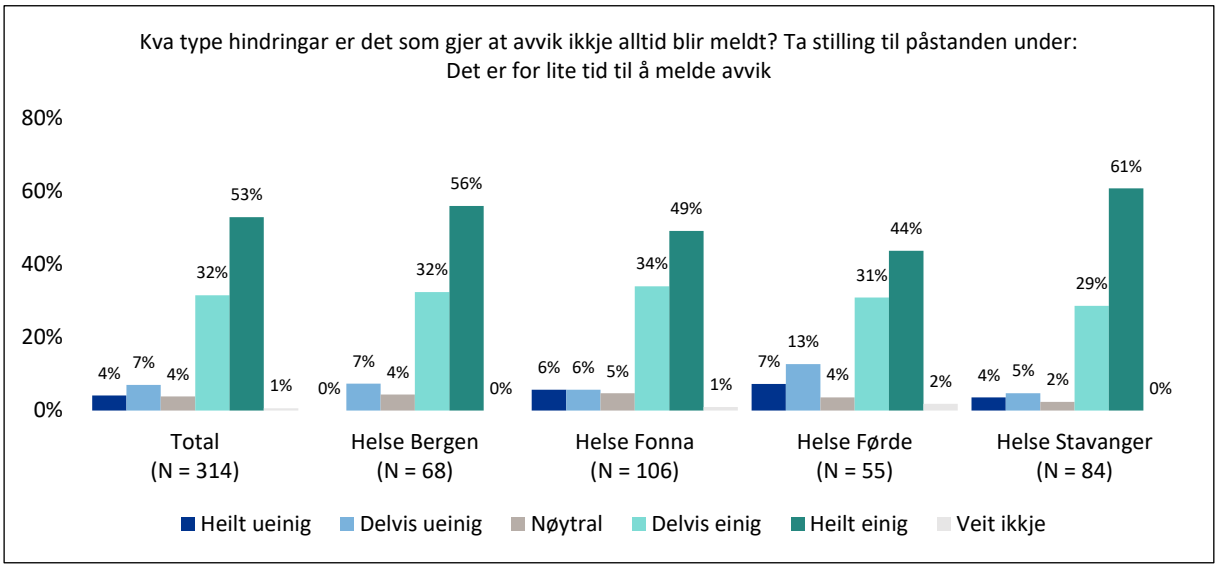
I dei påfølgjande delkapitla vil vi gjere nærare greie for ein del av desse hindringane, samt også i kva grad tilsette opplever å ha fått tilstrekkeleg opplæring når det gjeld det å melde avvik og uønskte hendingar.

3.5.2 Mangel på tid

Ein betydeleg andel av dei som svarar at det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt, opplever at **mangel på tid** er ei slik hindring (85 prosent av 310 respondentar). Sjå figuren under.

[15] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

Figur 6: Mangel på tid som opplevd hindring for at avvik ikkje alltid blir meldt – tilsette og leiarar[16]



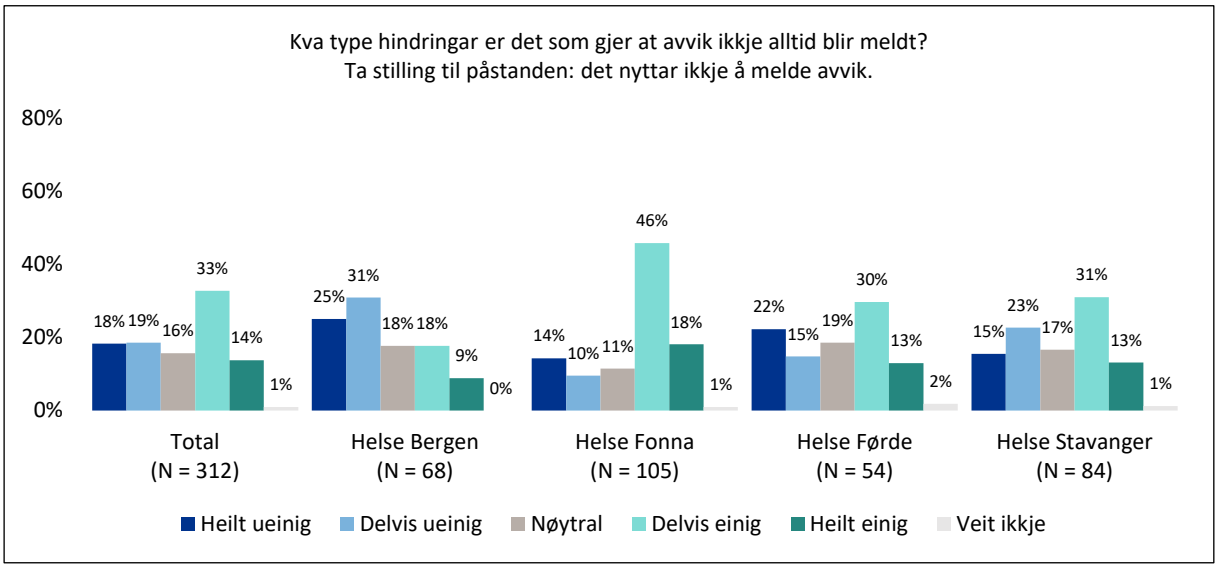
I fritekstfeltet peikar fleire på at det ikkje er tid i løpet av ein arbeidsdag til å melde avvik. Ein respondent påpeikar til dømes at eventuell ledig tid «prioriteres til å spise eller gå på WC». Det blir også vist til at tilsette kan måtte jobbe overtid dersom dei skal ha tid til å melde avvik. I intervju med føretaka blir det også kommentert at det truleg er slik at det å melde avvik blir nedprioritert i ein del situasjonar, og at tilsette si første prioritering er å følgje opp pasientane på ein god måte.

3.5.3 Oppleving av at det ikkje nyttar å melde avvik

Ein betydeleg andel av dei som svarar at det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt, er heilt eller delvis einig i at ei hindring for dette er at det **ikkje nyttar å melde avvik** (totalt 47 prosent). Sjå figuren under.

[16] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

Figur 7: Manglande oppleving av at det nyttar å melde avvik – tilsette og leiarar[17]



Figuren viser også at det er variasjon mellom føretaka på dette spørsmålet. Det er ein betydeleg større andel i Helse Fonna (64 prosent) som er heilt/delvis einige i at det ikkje nyttar å melde avvik og at dette er ei hindring, samanlikna med Helse Bergen (27 prosent). I Helse Førde og Helse Stavanger er andelen høvesvis 43 og 44 prosent.

I intervju blir det peikt på at lang saksbehandlingstid påverkar tilsette si oppleving av om det nyttar å melde avvik. Dersom det tar lang tid før tilsette får tilbakemelding på avviket, eller det ikkje blir satt i verk tiltak fordi saksbehandlingstida er for lang, kan det skape ei oppleving av at det ikkje nyttar å melde avvik.

I fritekstfelta i spørjeundersøkinga blir det også påpeikt at det kan opplevast som lite hensiktsmessig å melde avvik dersom situasjonen i liten grad endrar seg som følgje av avviksmeldinga. Sjølv om tilsette t.d. meldar avvik på manglande kapasitet og bemanning, er opplevinga at avvik som blir meldt om dette ikkje medfører endringar, og at det derfor er opplevd som lite føremålstenleg å fortsette å melde avvik om same problemstilling. Her viser nokre av leiarane til at tilsette må vere tydelege på kva som er konsekvensen av manglande bemanning, for at dei skal kunne bruke avviket i forbetringsarbeid. Det er også enkelte leiarar som viser til at dei har fått gehør for auka bemanning som følgje av at det er tydeleggjort både gjennom avviksmeldingar og andre indikatorar at det er eit reelt behov for dette.

> *«Det sies at det er viktig å melde avvik for å kunne oppnå forbedringer, men hva er vitsen når det ikke blir noen forbedringer?» Sitat frå spørjeundersøkinga*

[17] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

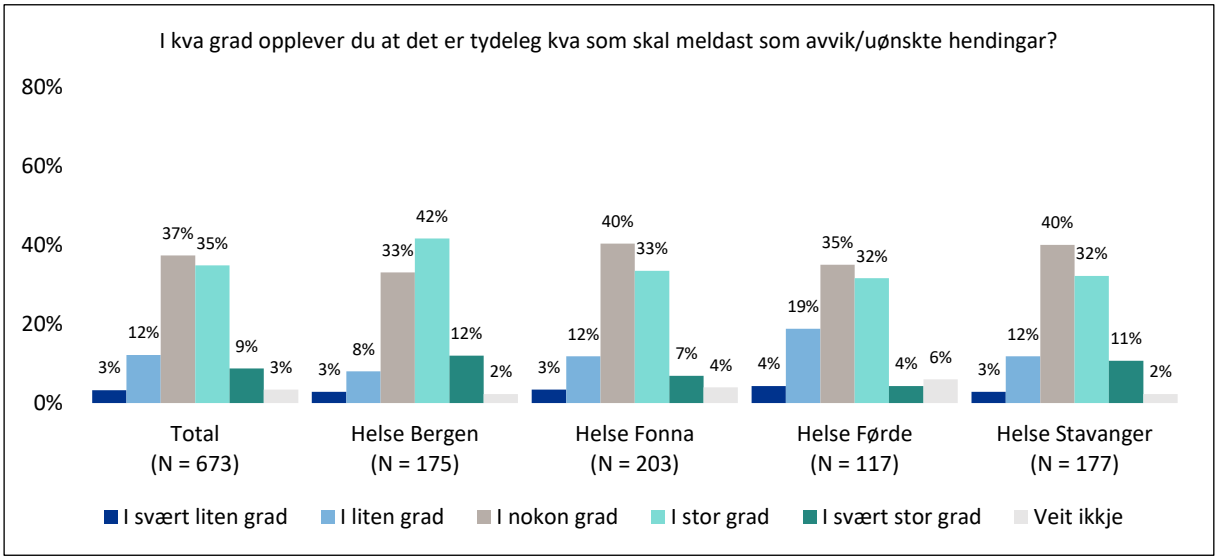
Nokre leiarar meiner også generelt at det er potensiale for å involvere personalgruppa i større grad for å kome fram til gode tiltak, og at dei ser at dette kan bidra til at tilsette i større grad opplever at det nyttar å melde avvik.

«Vi burde ha en jevnlig gjennomgang av meldte uønskede hendelser, og hva som er blitt gjort for å lukke sakene på avdelingen. Helst en gang pr uke, eller oftere. På den måten går det ikke så lang tid mellom hver gang temaet er opp, og det blir en del av en forbedringskultur å snakke om ting vi kan bli bedre på. Det vil også være mer motiverende å melde uønskede hendelser fordi den ansatte da ser at det blir gjort noe konkret med saken som blir meldt. Det blir også ufarliggjort å melde.» Sitat frå spørjeundersøkinga

3.5.4 Ulike oppfatningar av kva som skal meldast og kven som skal melde

Undersøkinga viser at mange tilsette ikkje opplever at det er tydeleg kva som skal meldast som avvik. Over halvparten av dei tilsette svarar at dette berre i nokon eller i liten/svært liten grad er tydeleg. Sjå figuren under.

Figur 8: Oppleving av om det er tydeleg kva som skal meldast som avvik – tilsette og leiarar



Figuren viser at det er variasjon mellom føretaka på dette spørsmålet. I Helse Bergen er det ein større andel som meiner at det i stor/svært stor grad er tydeleg kva som skal meldast, samanlikna med dei andre føretaka.

I intervju blir det vist til at dei fleste alvorlege uønskte hendingar blir meldt i Synergi. Samtidig peikar fleire i intervju på at det er gråsoner og/eller fagleg og personleg ueinigheit i kva som blir definert som «påreknelig risiko» og kva som blir definert som eit faktisk avvik eller feil i behandlinga. Det blir vist til at dette kan medføre at det er variasjon i kva saker som blir meldt i Synergi.

Denne typen gråsoner og ueinigheiter rundt kva som er å rekne som «påreknelig risiko» blir også vist til å påverke kva saker som blir meldt vidare til Statens helsetilsyn som ei såkalla § 3-3 a

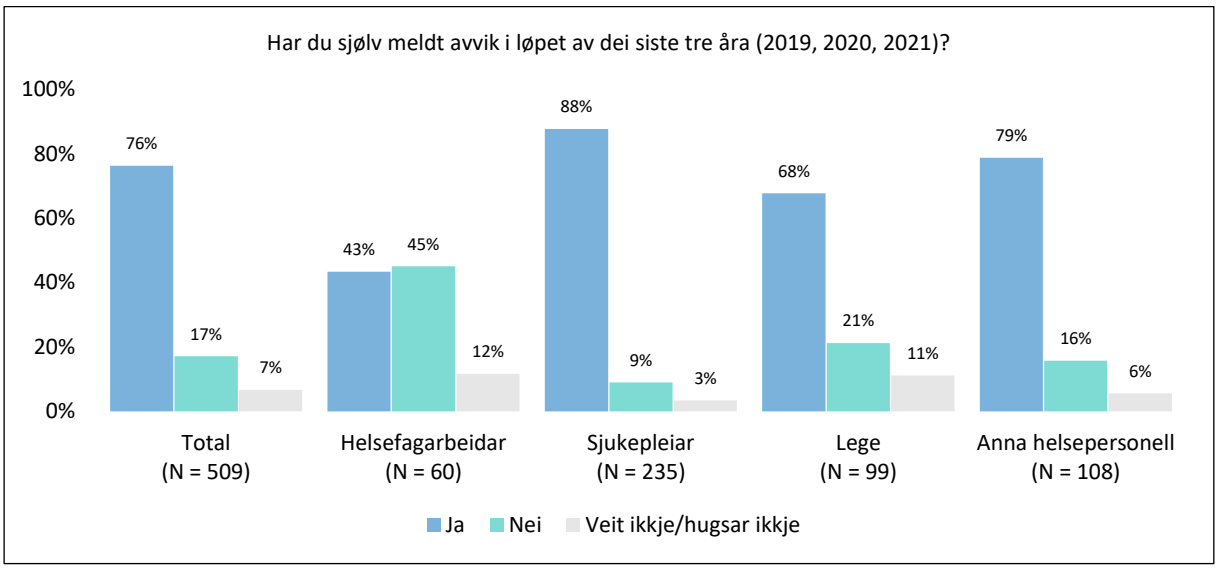
melding[18]. Det blir som eksempel frå eit av føretaka vist til at det frå nokre fagområde/avdelingar blir meldt «raust» med slike saker, inkludert saker der føretaket ikkje sjølv har identifisert svikt eller feil i behandlinga, medan andre fagområde i mindre grad melder saker til Statens helsetilsyn. Det blir også peikt på at det kan vere mykje viktig læring som kan gå tapt om ein i for stor grad konkluderer med at pasientskadar- og komplikasjonar skjer som følgje av påreknelig risiko. Ein av dei intervjua viser blant anna til at ein kanskje bør snakke om dette på ein annan måte, frå «er dette ei uønskt hending» til «er dette noko ein kan lære av», og viser til at det sentrale er å vurdere om det er mogeleg å redusere risiko også i dei prosedyrane der det er ein påreknelig risiko.

Gjennomgåande blir det også peikt på at ein erfarer at sjukepleiarar i større grad melder avvik enn legar, og at det også er ulikt kva det blir meldt om mellom yrkesgruppene. Det blir også vist til at det truleg er skilnadar mellom ulike fagområde, der anestesi og intensiv blir vist til som ei faggruppe som typisk er flinkare til å melde avvik enn til dømes kirurgi. Det blir samtidig understreka at ein ikkje har data som understøttar denne typen forskjellar verken mellom fagområde eller profesjon sjukepleiar/lege.

Spørjeundersøkinga som internrevisjonen har gjennomført blei sendt ut til tilsette og leiarar innan fagområda kreft, fødselsomsorg, ortopedi og gastrokirurgi (sjå grunngjeving for utval i kapittel 2.3). **Når vi ser på korleis svara fordeler seg mellom fagområda, er det lite forskjell mellom desse på spørsmål om dei har meldt avvik i løpet av dei tre siste åra**. Andelen som har svart «ja» på spørsmålet om dei har meldt avvik, er lågast i fagområdet gastrokirurgi (72 prosent) og høgast innan ortopedi (78 prosent).

Spørjeundersøkinga internrevisjonen har gjennomført tyder likevel på at **det er forskjell mellom profesjonar**. Dei siste tre åra oppgir 88 prosent av sjukepleiarane at dei har meldt avvik, men det same gjeld berre 68 prosent av legane. Helsefagarbeidarar er den yrkesgruppa der ein lågast andel har meldt avvik, her er andelen berre 43 prosent. Sjå figuren under.

Figur 9: Avvik meldt dei siste tre åra fordelt på ulike profesjonar



[18] Saker som har medført dødsfall eller svært alvorleg skade på pasient som er uventa ut i frå «påreknelig risiko» skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a meldast til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstenesta.

I intervju blir det også gitt fleire døme på ulik praksis mellom profesjonane. Mellom anna blir det vist til at sjukepleiarar melder mange avvik relatert til pleie og omsorg, fall og samtidigheitskonfliktar. Legane melder i eit mindre omfang, og på andre typar hendingar. Det blir vist til at meldingane frå legane ofte er knytt til meir alvorlege saker eller medisinskfaglege feil. Som døme viser ein av dei intervjua til at vedkomande aldri har erfart at ein lege har meldt avvik på at det er gitt for dårleg informasjon til pasient ved utskriving, medan dette gjerne ville blitt meldt av ein sjukepleiar.

«Sjukepleiarane har mykje lågare terskel for å melde avvik enn legane. Usikker på om det er kulturen eller om det berre er fordi dei har betre tid? Legane melder helst viss det skjer reelle feil som potensielt kan skade pasientane. Sjukepleiarane melder i større grad uønskte hending på systemnivå som potensielt kan bli eit uønskte hending/problem ein gong». Sitat frå spørjeundersøkinga

Fleire av dei intervjua har også erfart situasjonar der sjukepleiarar har ønska å melde ei uønskt hending, men der legane ikkje har meint at dette har vore nødvendig. Dette blir også understøtta i spørjeundersøkinga, der omlag ein fjerdedel av respondentane svarar at det *nokre gongar* er ueinigheit rundt kva som skal meldast. Dette gjeld både spørsmål om ueinigheit mellom kollegaer (26 prosent av 661 respondentar) og mellom tilsette og leiinga (22 prosent).

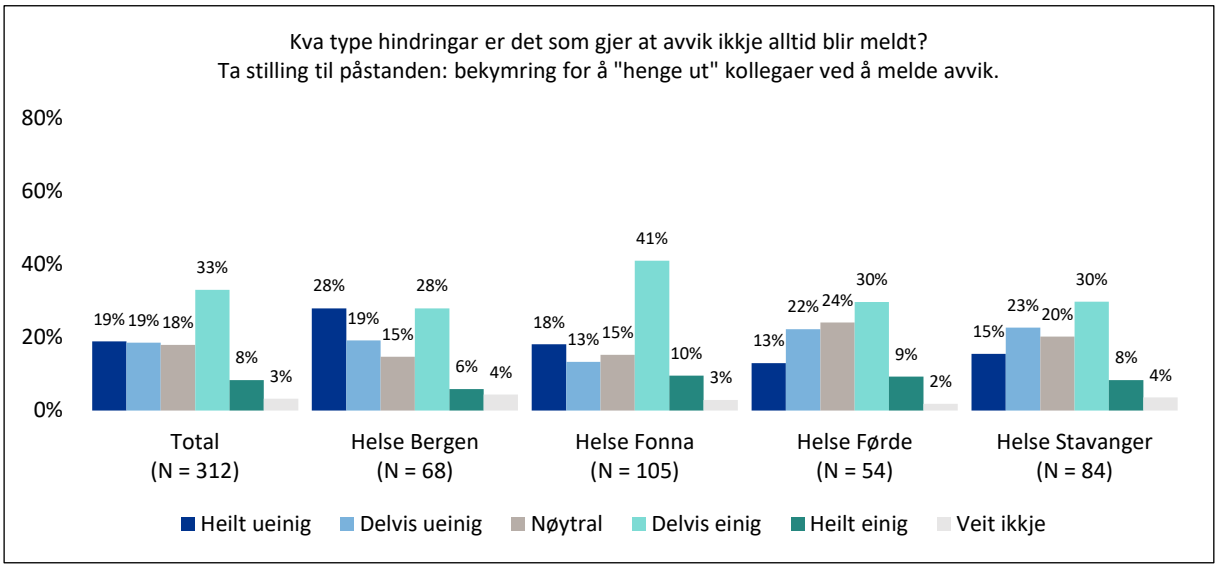
«Det er ulik praksis i yrkesgrupper om hvilke hendelser som meldes. Til dels for hyppig melding av bagateller uten stort potensiale for forbedring, og tildels for sjelden melding av andre.» Sitat frå spørjeundersøkinga

I spørjeundersøkinga blei dei tilsette også spurt om det er tydeleg **kven** som har ansvar for å melde uønskte hendingar. Sjølv om over halvparten meiner at dette i stor grad er tydeleg, er det samtidig omlag ein tredjedel som meiner dette berre i nokon grad er tydeleg.

3.5.5 Bekymring for å henge ut kollegaer

Undersøkinga viser at ein betydeleg andel av dei som meiner det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt, peikar på at bekymring for å «henge ut» ein kollega er ei slik hindring. Sjå figuren under.

Figur 10: Oppleving av om bekymring for å "henge ut» kollegaer er ei hindring for å melde avvik – tilsette og leiarar[19]



Andelen som er heilt eller delvis einige i at bekymring for å «henge ut» kollegaer er ei hindring for å melde avvik, er høgare i Helse Fonna (51 prosent) samanlikna med dei andre føretaka (høvesvis 34 prosent i Helse Bergen, 39 prosent i Helse Førde og 38 prosent i Helse Stavanger).

I både spørjeundersøkinga og i intervju går det fram at fleire tilsette har ei oppfatning av at det å melde avvik inneber å «klage» på ein kollega. Det blir vist til at det er ubehageleg at ein ikkje har kontroll på kva konsekvensane vil bli etter at ein har meldt eit avvik, at kollegaer kan ta avviksmeldingar personleg eller at kollegaer kan gå i forsvar dersom ein melder eit avvik.

I intervju blir det kommentert at det er retta merksemd mot å endre oppfatninga av avviksmelding som «uthenging» av kollegaer. Det blir i intervju påpeikt av fleire leiarar at dei forsøker å kommunisere til tilsette at det er menneskeleg å gjere feil, og viktig å melde avvik. Ein avdelingsdirektør fortel at dei på sine leiarmøte har diskutert dette fleire gonger, og som eit resultat opplever at fleire melder avvik.

> *«Avvik blir ofte tatt som negativt og personlig i sykehusmiljøet, det brukes ikke åpent for dokumentering med tanke på å få til gode forandringer.» Sitat frå spørjeundersøkinga*

3.5.6 Negative reaksjonar/konsekvensar av å melde avvik

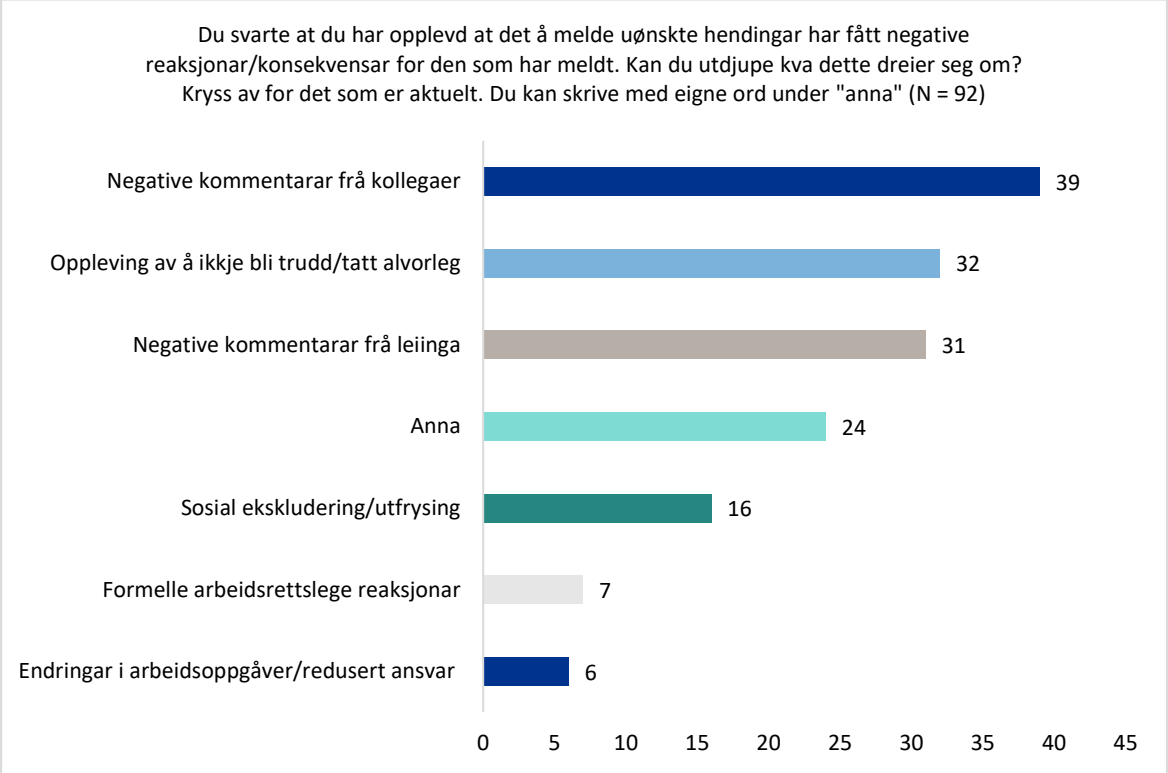
16 prosent av respondentane som har svart at det finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt, er heilt eller delvis einige i ein påstand om at frykt for negative konsekvensar for karrieren er eit hinder for å rapportere. Dette gjeld 49 av 312 respondentar.

Vidare har 92 personar (14 prosent av 662 respondentar) i spørjeundersøkinga svart at dei har opplevd at det å rapportere uønskte hendingar har ført til negative reaksjonar/konsekvensar overfor den som har meldt. Dette dreier seg både om «uformelle» konsekvensar slik som negative kommentarar frå leiinga og frå kollegaer, sosial ekskludering, oppleving av å ikkje blir tatt

[19] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

alvorleg, endring i arbeidsoppgåver, samt også nokre tilfelle av formelle arbeidsrettslege reaksjonar. Sjå figuren under.

Figur 11: Opplevde negative reaksjonar/konsekvensar av å melde avvik[20]. Absolutte tall



I intervju blir det kommentert at det er ulike fagmiljø på sjukehusa, og der nokre tradisjonelt er kjent for å vere meir kompetitive og/eller ha ein skarpare tone med kvarandre, noko som kan påverke i kva grad ein melder avvik eller er opne om feil som har skjedd.

3.5.7 Tilgang til Synergi og opplevd brukarvennlegheit

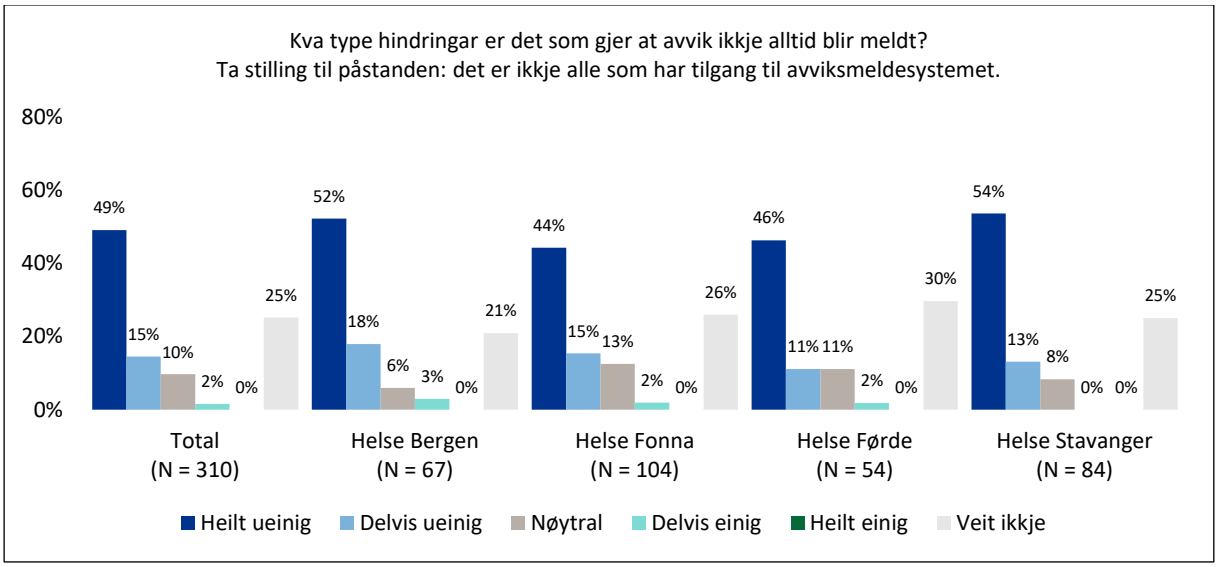
Alle tilsette skal ha tilgang til Synergi gjennom intranett i føretaket dei er tilsett i. I intervjua som er gjennomført er det ikkje gitt indikasjonar på at det er ei utfordring av tilsette ikkje har **tilgang** til Synergi og at dei dermed ikkje får meldt avvik. Dette blir også understøtta av spørjeundersøkinga som internrevisjonen har gjennomført.

Spørjeundersøkinga viser at det er svært få respondentar (2 prosent av 310 respondentar[21]) som opplever at manglande tilgang til avvikssystemet er til hinder for å melde avvik. Sjå figuren under.

[20] Spørsmålet er berre stilt til respondentar som har svart «ja» på spørsmålet «Har du opplevd at det å melde om avvik/uønskte hendingar (anten som du sjølv har meldt eller som andre har meldt) har ført til negative konsekvensar eller reaksjonar frå leiinga eller kollegaer mot den som har meldt?»

[21] Respondentar som i spørjeundersøkinga svarte at dei opplever at det finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt, fekk oppfølgingsspørsmål om kva hindringar dette er.

Figur 12: Oppleving av om manglande tilgang til avviksmeldesystemet er ei hindring for å melde avvik – tilsette og leiarar[22]



Respondentane blei også bedne om å ta stilling til om manglande tilgang til PC er eit hinder for å melde avvik. Ein relativt liten andel (12 prosent av 310 respondentar) svarte at dei var heilt eller delvis einige i dette.

Gjennom intervjua som er gjennomført går det fram at det er ulike oppfatningar av **brukarterskelen** for å melde uønskte hendingar i Synergi. Medan nokre opplever at det er enkelt å melde saker i Synergi, viser andre til at det er eit lite brukarvennleg system og at det er omstendeleg i bruk. Likevel er det gjennomgåande peikt på at det er enklare å *melde* sakene enn å saksbehandle dei. Omlag ein tredjedel av respondentane i spørjeundersøkinga som opplever at det finst hindringar for å melde avvik, er heilt eller delvis einige i at det er teknisk vanskeleg å melde avvik/at Synergi er eit lite brukarvennleg avvikssystem (31,8 prosent av 311 respondentar), men det er også mange som er ueinige i dette. I ny versjon av Synergi, implementert sommaren 2022, er det gjort endringar i brukargrensesnittet.

3.5.8 Opplæring til medarbeidarar

Internrevisjonen får opplyst at nye medarbeidarar får opplæring i Synergi og innføring i rutinar for å melde avvik. Det er utarbeidd fire regionale kurs som omhandlar melding og oppfølging av uønskte hendingar og som er tilgjengeleg i Læringsportalen:

- Synergi for meldarar
- Meldekultur
- Læring frå uønskte hendingar
- Synergi for saksbehandlerar

Kurset «Meldekultur» inneheld informasjon om kva som skal reknast som ei uønskt hending, kva type saker som skal meldast i Synergi og kva som er føremålet med å rapportere uønskte hendingar. «Synergi for meldarar» er eit noko meir teknisk kurs, og omtalar t.d. korleis ein skal melde ei uønskt hending i Synergi. Læring frå uønskte hendingar omhandlar korleis ein i praksis

[22] Spørsmålet er berre stilt til respondentar som tidlegare har svart på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

kan arbeide med å sikre læring etter uønskte hendingar, slik som rettleiing knytt til å vurdere årsakssamanhengar, introduksjon til forbetringssirkelen, vurdering av årsak og konsekvens, samt rettleiing knytt til å setje i verk gode/målbare tiltak og korleis ein kan vurdere effekt av kvalitetsarbeidet. Kurset vektlegg også at det er viktig at hendingar med læringsverdi for andre, blir delt på tvers. Kurset «Synergi for saksbehandlarar» er retta mot leiarar, og blir nærare omtalt i kapittel 3.6.1.

Internrevisjonen har etterspurt statistikk på gjennomføringsgraden av desse kursa. Statistikken som er tilsendt frå føretaka er varierande, og gir samla sett ikkje eit tydeleg bilete av om alle medarbeidarar faktisk gjennomfører obligatoriske kurs. Det er likevel tydeleg at det relativt sett er få som har gjennomført kurset «læring frå uønskte hendingar».

Det finst ifølgje fleire av dei intervjua funksjonalitet for at leiarar kan hente ut statistikk over kva tilsette (ved si avdeling) som har gjennomført e-læringskurs i Læringsportalen, men det blir peikt på at dette i varierande grad blir gjort. Dette skuldast mellom anna at ein manglar kapasitet. Det blir også vist til at særleg vikarar og studentar i mindre grad gjennomfører kurs knytt til melding av uønskte hendingar, og at dette handlar om manglande tid/anledning til å gjennomføre kursa.

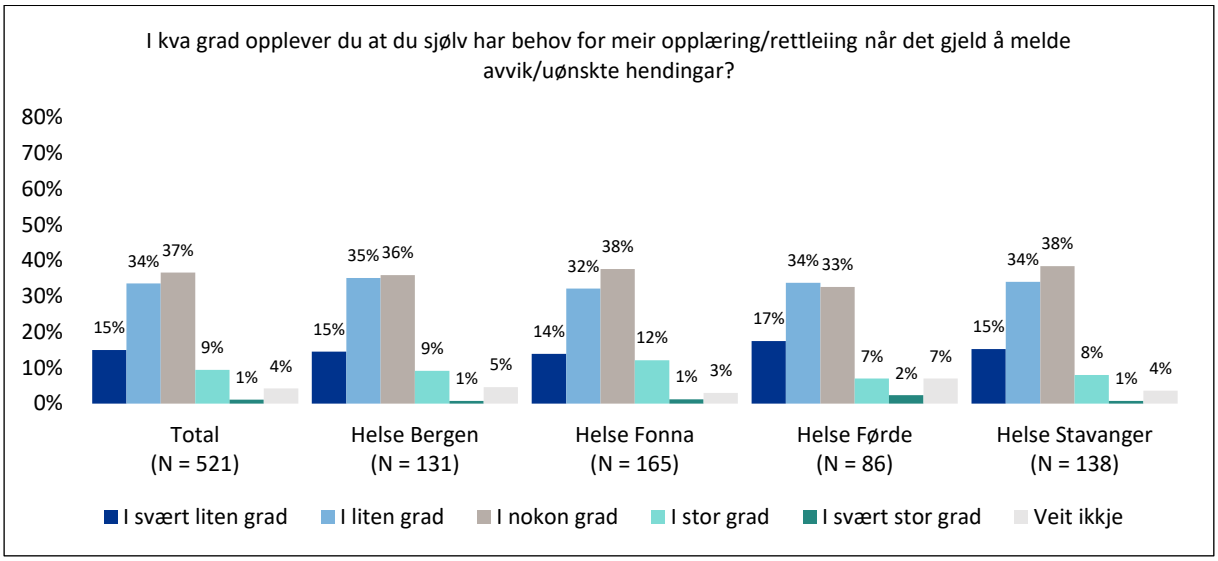
Vidare går det fram at det er ulikt om dei obligatoriske kursa automatisk blir lagt inn i tilsette sine kompetanseplanar, eller om avdelingsleiar/ansvarleg leiar sjølv må sikre at dette blir gjort. Ein leiar i Helse Bergen viser til at dette ikkje skjer automatisk hos dei, medan Helse Førde opplyser at registrering/tildeling av kurs til nye medarbeidarar skjer automatisk. Helse Fonna viser til at det har vore ein periode der den enkelte leiar skulle tildele kursa, men at ein har sett på gjennomføringsgraden og har endra det til automatisk tildeling for å sikre at alle medarbeidarar blir registrert på obligatoriske kurs. Helse Stavanger viser til at kursa «Synergi for meldarar» og «Meldekultur» er obligatorisk for alle tilsette og blir tildelt automatisk. Kursa «Læring frå uønskte hendingar» og «Synergi for saksbehandlarar» er obligatorisk for leiarar og blir tildelt av leiar.

Føretaka har i tillegg til dei regionale kursa, ofte eigne opplegg på avdelingsnivå for opplæring av medarbeidarar når det gjeld det å melde avvik.

Over ein tredjedel av tilsette som har svart på spørjeundersøkinga svarar at dei *i nokon grad* har behov for meir opplæring/rettleiing når det gjeld å melde uønskte hendingar. 10 prosent[23] svarar at dei *i stor/svært stor grad* har behov for meir opplæring. Sjå figuren under.

[23] Dette tilsvarar 52 personar

Figur 13: Behov for opplæring når det gjeld å melde avvik – tilsette



I Helse Fonna er det ein noko høgare andel enn i andre føretak som meiner at dei i stor/svært stor grad har behov for meir opplæring/rettleiing når det gjeld å melde avvik.

Tilsette blei også spurt om dei opplever at **avdelinga/personalgruppa** generelt har behov for meir opplæring i å melde uønskte hendingar. Ein betydeleg del (43 prosent) svarar at avdelinga i *nokon grad* har behov for meir opplæring.

Dei som anten svarte at det i nokon eller i stor/svært stor grad er behov for meir opplæring når det gjeld det å melde uønskte hendingar fekk høve til å gje innspel i fritekst på kva opplæring dei meiner det kunne vore nyttig å få meir av. Totalt er det 174 personar som har gitt innspel til dette. Her blir det vist til at det er behov for meir opplæring både når det gjeld bruk av Synergi (korleis melde), kva som skal meldast og kven som skal melde. Fleire viser også til behov for meir informasjon og fokus på oppfølging av meldte uønskte hendingar, samt viktigheita av å melde uønskte hendingar og kva som er føremålet med dette. Under er nokre sitat frå respondentane om kva dei meiner det er behov for:

- *Kva skjer vidare ved innmelding av avvik/uønskt hending? Kva konsekvensar kan det få?*
- *Hvilke avvik som skal prioriteres, når og hvordan skrive best mulig avvik for å få fram det viktigste i hendelsen.*
- *Kanskje en internundervisning om viktigheten av å melde med fokus på at det er ment som forbedring, og ikke for å "ta noen", som sikkert mange føler det blir brukt som. Skal jo bare være en "forbedringsmelding" på en måte.*
- *Ulike caser som demonstrerer ulike former for avvik, ulik alvorlighetsgrad etc. Kanskje også noe basert på rapporterte avvik fra andre avdelinger som har fått konsekvenser for rutiner eller annet, dette for å få forståelse av viktigheten av rapportering, og hvordan det jobbes med de avvikene som skrives. Kanskje også noe hjelp til å formulere "mindre alvorlige" avvik...*
- *Korleis melde avvik (bli kjent med Synergi) Kva skal meldast til Helsetilsynet? - og kven skal melde det? Få ein felles kultur for kva type hendingar som skal meldast.*

3.6 Analysar av bakanforliggjande årsakar til at uønskte hendingar oppstår

Manglande oversikt over årsakssamanhengar og bakanforliggjande årsaker, kan gjere det vanskelegare for føretaka å lære av uønskte hendingar. For å kunne setje i verk tilstrekkelege tiltak for å redusere risiko for at hendinga gjentek seg på nytt, må tiltaka adressere rotårsakene til at hendinga skjedde.

Leiarane skal som del av saksbehandlingsprosessen gjere årsaksanalysar av uønskte hendingar i Synergi. Internrevisjonen meiner funn i undersøkinga indikerer at ein ikkje alltid gjer slike årsaksanalysar. Ein del leiarar og tilsette opplever at det kan vere uklart kva som er årsaka til hendingar, og at læring blir hindra som følgje av at det ikkje er klart kva som vil vere gode tiltak for å lukke avvika. Leiarane opplever at saksbehandling tar mykje tid, og at viktige saker kan «drukne» litt i det store omfanget av avvik som blir meldt. Mange leiarar opplever vidare at dei ikkje har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid. I intervju blir det vist til at kompetansen til leiarane i Helse Vest er svært varierande.

Alle føretaka har rutinar for å gjennomføre meir omfattande årsaksanalysar i dei mest alvorlege hendingane, såkalte hendingsanalysar og hendingsgjennomgangar. Dette er ressurskrevjande analysar som ofte krev involvering av støtteressursar innan kvalitet- og pasienttryggleik. Det er ulikt om føretaka opplever at det i eit tilstrekkeleg omfang blir gjennomført slike årsaksanalyser.

Føretaka analyserer også statistikk frå Synergi, mellom anna med omsyn til omfang og typar avvik, for å sjå om det er hendingar som går igjen og vurdere tiltak på systemnivå. Samtidig er det vist til at datakvalitetet i Synergi ikkje nødvendigvis er god nok til å kunne brukast i forbetringsarbeid, mellom anna som følgje av ulik bruk av kategoriar i systemet, samt også feil- og dobbeltregistrering av hendingar.

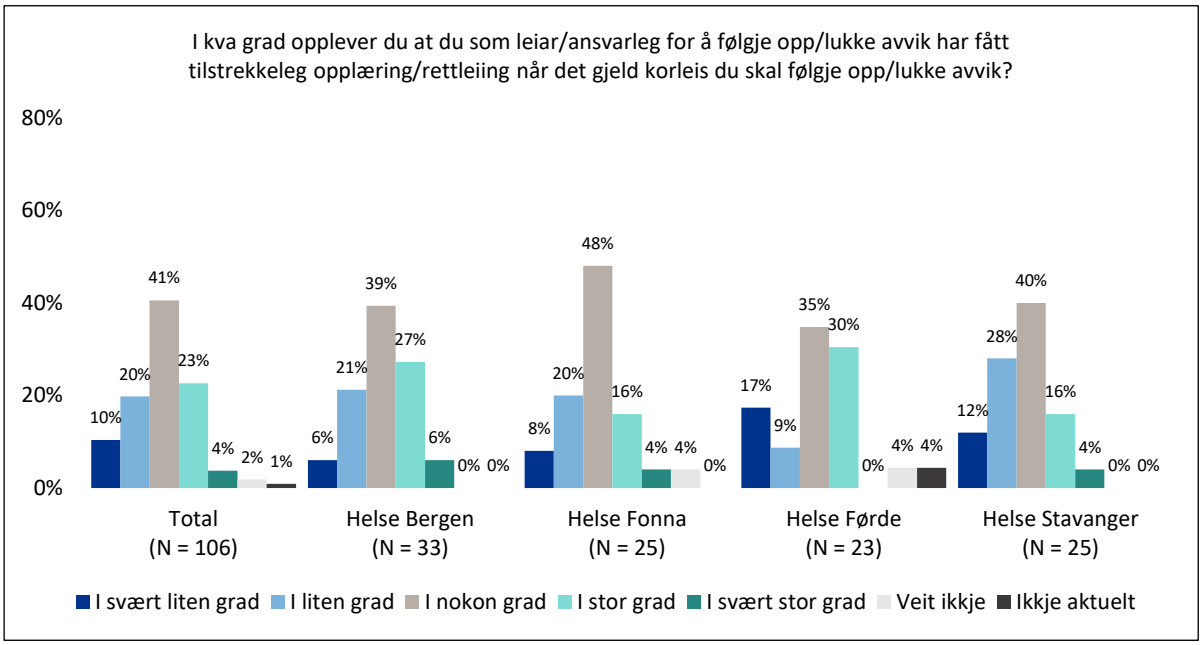
3.6.1 Kompetanse til å følgje opp uønskte hendingar

Som nemnd i kapittel 3.5.8 er det utarbeidd regionale e-læringskurs for melding og oppfølging av uønskte hendingar. Kurset «Synergi for sakshandsamarar» er retta mot leiarar som har rollen som saksbehandlar i Synergi. Kurset går gjennom dei ulike stega i saksbehandlingsprosessen, samt også korleis leiarar kan hente ut rapport og statistikk frå Synergi som kan nyttast til å analysere omfanget av avvik. Kurset «læring etter uønskede hendelser» inneheld rettleiing knytt til å vurdere årsakssamanhengar, introduksjon til forbetringssirkelen, vurdering av årsak og konsekvens, samt rettleiing knytt til å setje i verk gode/målbare tiltak og korleis ein kan vurdere effekt av kvalitetsarbeidet.

I intervju er det fleire leiarar med saksbehandlingsansvar som viser til at dei ikkje i tilstrekkeleg grad har fått opplæring eller deltatt på kursing i korleis dei skal saksbehandle avvik, eller korleis dei skal ta ut statistikk frå Synergi. Fleire viser til at dei har måtte finne ut av korleis systemet fungerer på eiga hand.

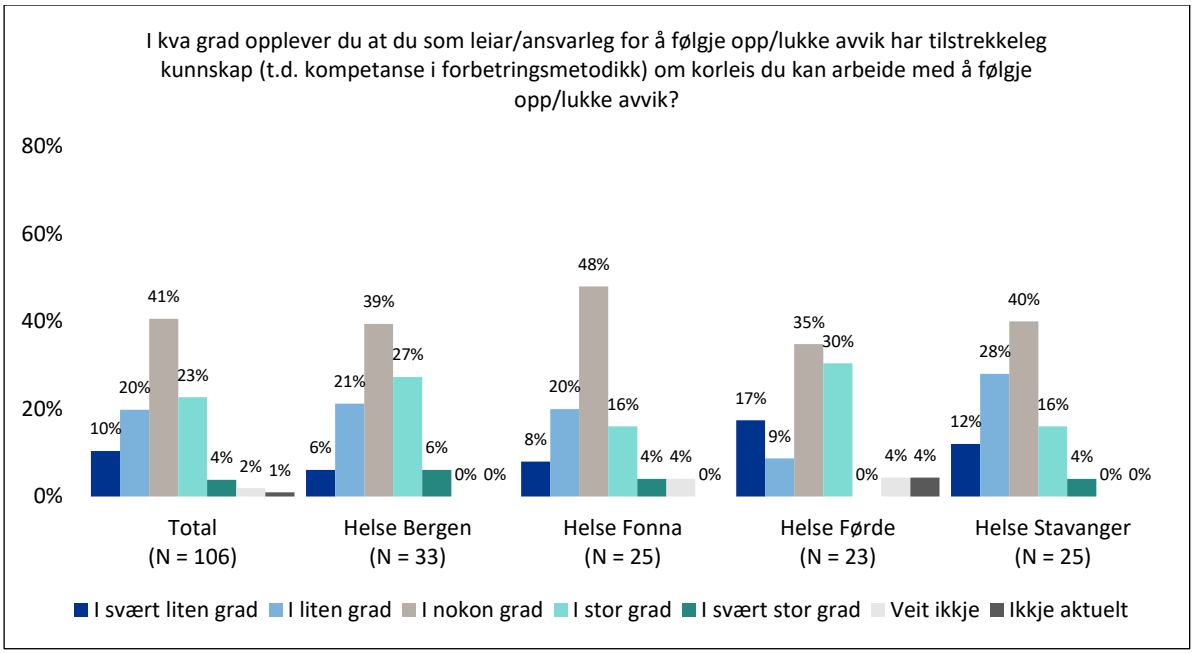
Spørjeundersøkinga viser også at ein betydeleg andel leiarar med saksbehandlingssansvar opplever å ikkje ha fått tilstrekkeleg opplæring i avvikshandtering. Berre rundt 1 av 4 leiarar opplever at dei i stor/svært stor grad har fått tilstrekkeleg opplæring i korleis dei skal følgje opp eller lukke avvik. Sjå figuren under.

Figur 14: Opplæring i å følgje opp og lukke avvik -leiarar[24]



Spørjeundersøkinga viser vidare at nesten ein av tre leiarar svarar at dei i liten/svært liten grad opplever å ha tilstrekkeleg kunnskap om korleis dei kan arbeide med å følgje opp og lukke avvik (t.d. kompetanse i forbetringsmetodikk). Det er også ein betydeleg andel som svarar at dei berre i nokon grad har dette. Sjå figuren under.

Figur 15: Kunnskap/kompetanse i korleis følgje opp avvik – leiarar[25]

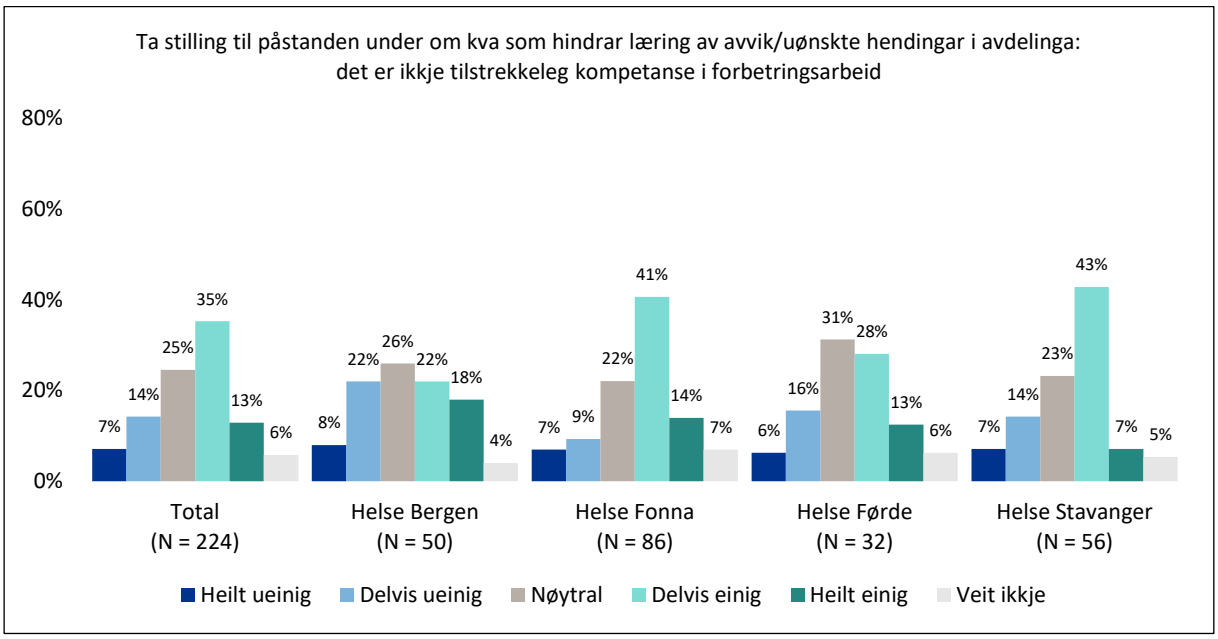


I intervju oppgir også fleire av leiarane i føretaka at dei ikkje har fått formell opplæring i forbetringsmetodikk eller kvalitetsarbeid, og at dei ser behov for meir opplæring.

[24] Spørsmålet er berre stilt til leiarar som har ansvar for å ta imot og følgje opp avvik.
[25] Spørsmålet er berre stilt til leiarar som har ansvar for å ta imot og følgje opp avvik.

Spørjeundersøkinga viser vidare at ein del av respondentane opplever at manglande kompetanse i forbetringsarbeid er eit hinder for å lære av uønskte hendingar. Sjå figuren under.

Figur 16: Ikkje tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid som hinder for å lære av avvik[26]



For å sikre tilstrekkeleg kompetanse blant leiarar i forbetringsmetodikk, er det ønskjeleg å leggje til rette for ei **felles regional leiaropplæring knytt til forbetringsmetodikk.** Internrevisjonen får opplyst at det i utgangspunktet skulle vore klart i 2021, men at det ikkje har vore mogeleg å få til, mellom anna som følgje av covid-19-pandemien. Internrevisjonen får opplyst at det i 2022 pågår arbeid med å få etablert eit rammeverk for leiaropplæringa i Helse Vest.

Fleire av føretaka viser også til at dei arbeider på eiga hand med kompetansetiltak overfor leiarane. Helse Førde opplyser t.d. å vere i gang med å utarbeide eit individuelt utviklingsprogram (ILUP) med fokus på endring og forbetring, som skal ruste leiarar til å vere pådrivarar og ha ei aktiv rolle i forbetringsarbeidet i si eining. Helse Bergen opplyser at dei arbeider med å sikre betre saksbehandling i Synergi, der det mellom anna blir vurdert å sette saksbehandlingskrav til dei som skal vurdere årsakssamanhengar, og om det berre bør vere utvalt personell som skal gjere denne oppgåva.

Helse Vest RHF har etablert ei **regional forbetringsutdanning** som gir ei innføring i forbetringsmetodikk. Utdanninga er retta mot alle yrkesgrupper i sjukehusa, og strekkjer seg over ti månader. Føremålet er å gje tilsette kompetanse til å drive og gjennomføre forbetringsprosjekt, samt til å lære opp andre i organisasjonen til å arbeide med kontinuerleg forbetring. Dette er altså utdanning som fleire enn leiarane kan ta.

I følgje Helse Vest RHF sin regionale plan for kvalitet og pasienttryggleik er det eit mål at ti prosent av tilsette i kliniske avdelingar skal ha forbetringskompetanse (t.d. gjennom regional forbetringsutdanning) som går utover den grunnleggande opplæringa som alle tilsette i Helse Vest får. Det er også eit mål at ein prosent av tilsette i Helse Vest skal ha rettleiarkompetanse i

[26] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare har svart på spørsmålet «I kva grad opplever du at det er hindringar for å kunne lære av avvik/uønskte hendingar i avdelinga?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

kvalitetsforbetring (t.d. gjennom «regional veilederutdanning»). I intervju blir det kommentert at ein er langt unna desse måla, og enkelte peikar også på at dette truleg er for ambisiøse mål som vil vere vanskeleg å oppfylle i praksis. I fleire av føretaka sine lokale oppfølgingsplanar for regional plan for kvalitet og pasienttryggleik er status sett som «pågår» for måla knytt til forbetringsutdanning, utan at det er nærare konkretisert korleis ein ligg an. Føretaka har gjennom dokumentasjonen som er sendt i samband med internrevisjonen opplyst følgjande om talet på tilsette som har forbetringskompetanse eller utdanning:

- Helse Bergen har opplyst at 86 tilsette har fullført eller er undervegs i løpet med regional forbetringsutdanning. Vidare har 16 personar fullført eller er undervegs med rettleiarkompetanse. Det er også andre forbetringsutdanningar, mellom anna BLEST (forbetringsopplæring på legemiddeltryggleik) med 90 deltakarar som er ferdige, samt også om lag 30 personar som har tatt anna kvalitetsforbetringsutdanning.
- Helse Fonna har opplyst at 36 tilsette har fullført eller er undervegs i løpet med regional forbetringsutdanning I tillegg har dei registrert andre 10 tilsette med utdanning innan forbetringsmetodikk og teoretisk kvalitetsforbetring frå andre utdanningsinstitusjonar. I følgje føretaket sin oppfølgingsplan for regional plan for kvalitet og pasienttryggleik hadde 3 tilsette rettleiarkompetanse i forbetringsmetodikk per januar 2021. Det blir ifølgje planen vurdert å vere vanskeleg å nå målet om 1 prosent innan 2024, dette gjeld også målet om 10 prosent som skal ha fullført forbetringsutdanning.
- Helse Stavanger har opplyst at i overkant av 70 tilsette har forbetringskompetanse (der i underkant av 40 har tatt regional forbetringsutdanning) per november 2021. Tala er ikkje medrekna dei som starta frå hausten 2021. Vidare er det opplyst at 20 tilsette har rettleiarkompetanse.
- Helse Førde har opplyst at føretaket har 40 tilsette med forbetringskompetanse, der dei fleste har tatt utdanninga anten gjennom regional forbetringsutdanning, nasjonalt program eller i felles forbetringsutdanning mellom Helse Førde og kommunane i området (USHT – Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimeteneste).

Fleire av leiarane som er intervjua har tilsette på si avdeling som er i gang med, eller som har fullført, den regionale forbetringsutdanninga. Utdanninga blir framheva som eit positivt tiltak, som gir inspirasjon og motivasjon til å arbeide vidare med tematikken på heile avdelinga. Samtidig blir det også i intervju påpeikt at det kan vere enkelte utfordringar som hindrar avdelingane å ta i bruk forbetringsmetodikk og kompetanse etter fullført utdanning, mellom anna knytt til manglande tid til å prioritere forbetringsarbeid, manglande forståing og forankring hos leiinga til å få jobbe med forbetringsarbeid og manglande kultur for å systematisk bruke forbetringsmetodikk til å setje i verk og teste ut tiltak.

3.6.2 Rutinar for å analysere bakanforliggjande årsaker i den enkelte sak

Hendingsanalysar og hendingsgjennomgangar ved alvorlege hendingar

Alle føretaka har etablert rutinar som skal bidra til å kartleggje hendingsforløp og avdekke bakanforliggande systemårsaker ved alvorlege uønskte hendingar. Det er skilt mellom

hendingsanalysar[27,28,29] og **hendingsgjennomgangar**,[30,31] der førstnemnte er meir omfattande og ressurskrevjande enn sistnemnde. Ei hendingsanalyse er vidare ofte forankra på eit høgare nivå, ved administrerande direktør eller fagdirektør (dette varierer mellom føretaka), og gjennomført i regi av eller med betydeleg støtte frå sentrale stabsressursar. Ein hendingsgjennomgang er normalt ofte leia og analysert på klinikk- eller avdelingsnivå.

Internrevisjonen får opplyst at omfanget av hendingsanalysar varierer både frå år til år og mellom føretaka. Omfanget er generelt avgrensa til dei mest alvorlege sakene og talet er derfor relativt lågt. Helse Bergen viser som eksempel til at det blir gjennomført fem-seks hendingsanalysar hos dei per år, og Helse Stavanger viser til at det blir gjennomført mellom to og fire per år. Det er noko variasjon når det gjeld om ein meiner det er behov for å gjere fleire slike analysar eller om det i hovudsak blir gjennomført på eit hensiktsmessig nivå. I Helse Stavanger er det fleire som er tydelege på at avgrensa ressursar og kompetanse hos støttefunksjonar innan kvalitet og pasienttryggleik har betydning for kor mange slike analysar det er mogeleg å gjennomføre, og at ein gjerne skulle sett at ressursane og kompetansen var styrka slik at dette kan gjerast i større grad enn i dag. Også i Helse Førde blir det peikt på at det kunne vore føremålstenleg å gjennomføre slike analysar i eit noko større omfang.

Alvorlege hendingar endar ofte opp som tilsynssaker

Fleire viser til at dei mest alvorlege hendingane ofte endar opp i ei tilsynssak ved Statsforvaltaren og/eller Statens Helsetilsyn, eller undersøking ved UKOM, og at desse sakene dermed både er gjennomgått internt og eksternt. Fleire viser til at både undersøkingar frå UKOM og tilsyn av Statsforvaltaren blir opplevd som nyttige og at det er eit tydeleg føremål at tilsyna skal bidra til læring og forbetring. Enkelte viser til at tilsyna frå helsetilsynet ikkje i like stor grad blir opplevd å bidra til dette, og at desse tilsyna ber meir preg av å avdekke brot på lov og forskrift og har karakter av «straff».

Fleire toppleiarar viser også til at det er krevjande i dei sakene der politiet er involvert. Det blir peikt på at pågåande etterforsking hos politiet kan vere til hinder for læring fordi tilsette kan vere redde for å inkriminere seg sjølve, og dermed ikkje tør å vere heilt opne om kva som har skjedd. Ein annan dimensjon som blir trekt fram, er at politiet ikkje nødvendigvis har god nok kompetanse til å vurdere sakene, og at etterforskinga ofte tek lang tid. Dette blir peikt på å vere svært belastande og krevjande for tilsette som har vore involvert. Internrevisjonen får opplyst at Helse Vest RHF ønskjer å løfte desse problemstillingane med politiet.

Saksbehandling i Synergi – leiarane opplever at saksbehandlingsprosessen er for tidkrevjande

I spørjeundersøkinga går det fram at ein betydeleg andel av leiarane totalt sett behandlar mange meldingar om uønskte hendingar i løpet av eit år. 20 prosent av leiarane svarar at dei i løpet av eit år behandlar over 100 uønskte hendingar. Ein leiar oppgir å handsame 500 uønskte hendingar årleg.

[27] Helse Bergen. *Hendelsesanalyser*. Gyldig frå/til: 28.01.2021/28.01.2022
[28] Helse Førde. *Hendingsanalyse etter alvorleg pasientskade*. Gyldig frå: 30.03.2021.
[29] Helse Stavanger. *Hendelsesanalyser ved uønskede hendelser*. Gyldig frå 11.06.2019. Revisjonsfrist 26.11.2020.
[30] Helse Bergen. *Hendelsesgjennomgang*. Gyldig frå/til: 28.01.2021/28.01.2022
[31] Helse Førde. *Handbok i årsaksanalyse etter uønskte hendingar*. Gyldig frå 26.03.2020. Rev. Innan 26.03.2022.

Tabell 5: Tal uønskte hendingar leiarar behandlar årleg

Tal behandla uønskte hending årleg per leiar	
10 eller færre uønskte hendingar	29 prosent (tilsvarande 28 leiarar)
11-50 uønskte hendingar	36 prosent (tilsvarande 35 leiarar)
51 – 100 uønskte hendingar	15 prosent (tilsvarande 15 leiarar)
Over 100 uønskte hendingar	20 prosent (tilsvarande 20 leiarar)

I intervju med leiarar blir det gjennomgåande vist til at det er for tidkrevjande å saksbehandle saker i Synergi. Noko av dette er knytt til omfanget av saker, og noko er knytt til sjølve systemet.

Det blir vist til at det totalt sett **blir meldt mange saker i Synergi**, inkludert mange driftsrelaterte avvik. Tomt for papir og manglande såpe i dispenser blir gitt som eksempel på avvik som burde vore ordna opp i utan at det nødvendigvis er behov for å melde og saksbehandle i Synergi. Det blir også vist til at det blir meldt ein del uønskte hendingar på manglande tid, t.d. «travelt på avdelinga i dag», utan at det er konkretisert kva som var konsekvensen eller mogeleg konsekvens av dette. Fleire leiarar gir uttrykk for at det er krevjande å bruke denne typen avviksmeldingar i forbetringsarbeid. Nokre viser til at dei konkret har jobba med å rettleie tilsette om at dei i større grad må formulere kva som er konsekvensen av at det er lite personell eller travelt på avdelinga, t.d. at det har medført at pasient har fått medisin for seint. Det blir også peikt på at det kan vere føremålstenleg å ha objektive kriterier som seier noko om kor travelt det er på avdelingane, og at ein også kan sjå hen til dette når ein saksbehandlar meldte avvik. Nokre av leiarane i Helse Stavanger viser mellom anna til sjukehuset sin plan for høg aktvitet (PHA), som inneber at data på mellom anna ventetid på lege og tal på pasientar blir lagt til grunn for å vurdere kva nivå avdelinga er på, frå nivå 0 til nivå 2, der nivå 2 er høgaste aktivitetsnivå. På nivå 2 vil ein ofte måtte prioritere mellom oppgåver, og i visse tilfelle avvike frå prosedyre ved normal aktivitet. Det blir peikt på at dersom det blir meldt i Synergi at det vore avvik frå prosedyre for eksempel knytt til prøvetaking som normalt sett blir gjort før pasienten blir overført til anna avdeling, og avdelinga var på nivå 2, kan det vere at det reelt sett ikkje var eit avvik fordi avdelinga måtte prioritere i situasjonen. Også ein leiar i Helse Bergen viser til at ein bør vurdere hensiktsmessigheten av å fortsette å melde på dei områda dei ikkje nødvendigvis får gjort noko med, og viser som eksempel til at det er krevjande å ha 100 prosent bemanning for alle akuttsituasjonar. Også denne leiaren framhevar at ein i periodar med mykje pågang må prioritere oppgåver, og at også Helse Bergen har system for dette gjennom prioriteringssirklar.

«Mitt inntrykk er at det er mer underrapportering av mer «ufarlige» ting, ting som er mindre synlige/ åpenbare, men som kanskje en dag likevel kan føre til alvorlige hendelser. Tenker kanskje vi burde hatt mer fokus på den type avvik som jeg tror meldes i mindre grad, men som kunne gitt oss viktig læringsutbytte på sikt.» Sitat frå spørjeundersøkinga

«Dei viktige sakene druknar i mengden». Sitat frå intervju

Sjølv om fleire peikar på at dei brukar mykje tid på å saksbehandle meldte avvik som dei ikkje opplever at inneber risiko for pasienttryggleiken, er det også enkelte som påpeikar at mangel på oppfølging av mindre alvorlege hendingar eller hendingar utan faktisk konsekvens, kan medføre risiko for at avdelingane ikkje fangar opp små åtvaringar før det skjer ei større alvorleg hending. I ei av sakene internrevisjonen har undersøkt i casegjennomgangen (sjå nærare omtale i kapittel 4), er det eksempel på at det var varsla om risiko for svikt og fare for pasienttryggleiken før hendinga skjedde, men at risikoen ikkje blei følgt opp før den faktiske konsekvensen inntraff og ein pasient døde.

«Flere hundre saker ligger ubehandlet. Det er ikke nok at ansatte melder, sakene må behandles kontinuerlig. Det er for lite fokus på saksbehandling. Har inntrykk at det er noe som skjer innimellom en travel drift.» Sitat frå spørjeundersøkinga

Leiarane viser vidare til at saksbehandlingsprosessen i Synergi er **tidkrevande**. Prosessen inneber mange klikk, og er ikkje tilpassa type sak, eksempelvis alvorsgrad. I systemet skal ein gjennom ei rekke steg, uavhengig av type sak. Dette inkluderer mellom anna å:

- Velge rett type sakstype og kva type hending det er snakk om (her må ein velje mellom ei rekke ulike kategoriar. T.d. kan ei sak vere Sakstype «Uønskt hending – pasientrelatert», kategorisert som «legemiddelrelatert», og underkategori «Feil legemiddel gitt»
- Gjere ei vurdering av alvorsgrad og faktisk konsekvens
- Gjere ei risikovurdering/potensiell konsekvens (m.a. sannsynleg gjentakingsfrekvens)
- Gjere årsaksanalyse
- Leggje til tiltak

Det blir peikt på at det at ein skal gjennomføre alle desse stega uavhengig av type sak, inneber at ein nesten kan bruke like lang tid på å saksbehandle saker som i utgangspunktet er enkle og lite alvorlige, som på dei komplekse og alvorlege sakene. Som omtalt i kap. 3 blei det meldt om lag 19 500 pasientrelaterte uønskte hendingar i Synergi i 2021. Dersom det i snitt tar 10 minutt å saksbehandle ei sak i Synergi, tok det 195.150 minutt eller 3252,5 timar å saksbehandle hendingane som blei meldt i 2021 i Synergi. Dette inkluderer ikkje andre uønskte hendingar klassifisert som sakstype HMS, drift eller informasjonstryggleik og personvern.

Fleire av leiarane etterlyser ein «fast track» for å raskare kunne saksbehandle saker av mindre alvorleg karakter i Synergi, og peikar på at dette ville frigitt tid til å arbeide meir med dei sakene der det er eit reelt behov for å gjere gode analyser av årsakssamanhengar og setje i verk tiltak og forbetringsarbeid. Det blir også peikt på at det manglar funksjonalitet for å lukke forelda saker. Ein avdelingssjukepleiar viser i intervju til at han ved oppstart i stillinga hadde 480 gamle saker i Synergi som ikkje var handsama, og at det i slike tilfelle vil vere føremålstenleg med ein enkel måte å registrere at saka er lukka utan å handsame den vidare.

Vidare blir det vist til at det ville vore føremålstenleg dersom det var mogleg å samle like saker i Synergi for å handsame dei under eitt. Det blir vist til at det enkelte dagar kan kome fleire avvik om same sak, og at det i slike tilfelle vil vere meir effektivt å saksbehandle desse ilag, framfor å saksbehandle kvar enkelt sak slik systemet no krev at ein gjer.

Det at det tek lang tid å handsame saker i Synergi, blir også påpeikt å kunne medføre at «restanselista» blir lang. Det tek dermed også lang tid før tilsette får tilbakemelding på uønskte hendingar som dei har meldt, noko som kan påverke tilsette sin motivasjon for å melde.

Helse Bergen omtalar tidsbruken for saksbehandlinga i si årlege melding til Helse Vest RHF i 2021. Her blir det vist til at: *Helse Bergen har registrert mange meldingar om uønskte hendingar. Det er per i dag ressurskrevjande å saksbehandle desse sakene. Vi må utvikle Synergi slik at vi bruker mindre tid på saksbehandling og meir tid på å forbetre helsetenestene.*

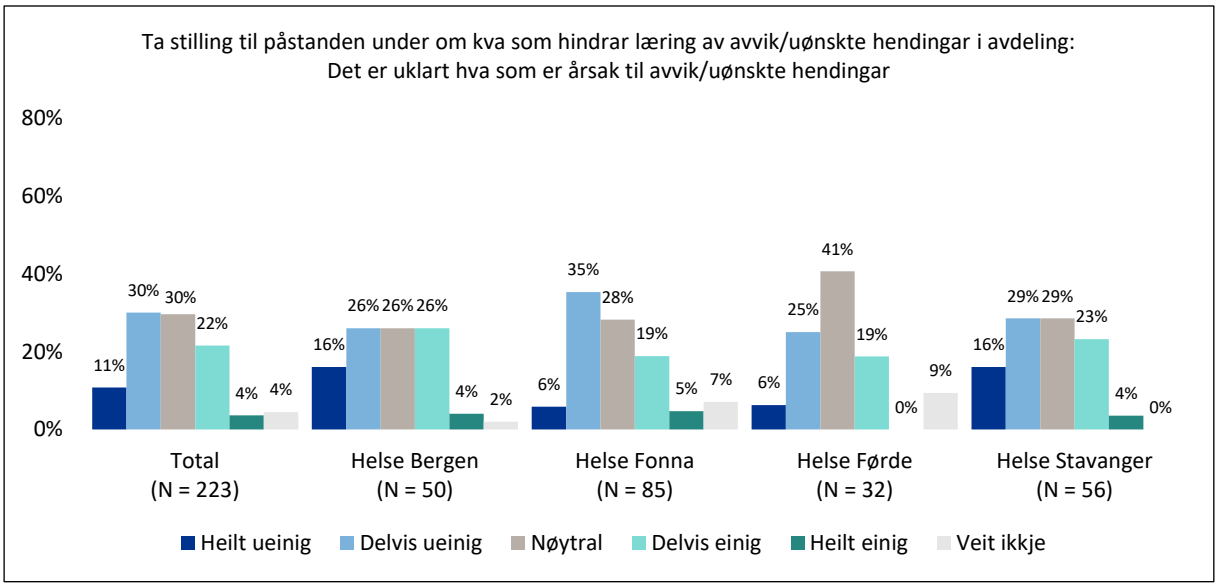
Internrevisjonen får opplyst at ein ny versjon av Synergi er implementert i 2022 der brukargrensesnittet er noko endra, men at det i utgangspunktet ikkje er gjort store endringar med omsyn til kva som skal vurderast i saksbehandlingsprosessen.

Ein del opplever at manglande oversikt over årsaker hindrar læring frå uønskte hendingar

Manglande oversikt over årsakssamanhengar og bakanforliggjande årsaker, kan gjere det vanskelegare for føretaka å lære av uønskte hendingar. For å kunne setje i verk tilstrekkelege tiltak for å redusere risiko for at hendinga gjentek seg på nytt, må tiltaka adressere rotårsakene til at hendinga skjedde.

Ein del tilsette og leiarar er heilt eller delvis einige i at læring etter uønskte hendingar blir hindra av at det er uklart kva som er årsaka til den uønskte hendinga. Sjå figuren under.

Figur 17: Hindringar for å lære av avvik/uønskte hendingar – uklare årsaker til avvik[32]

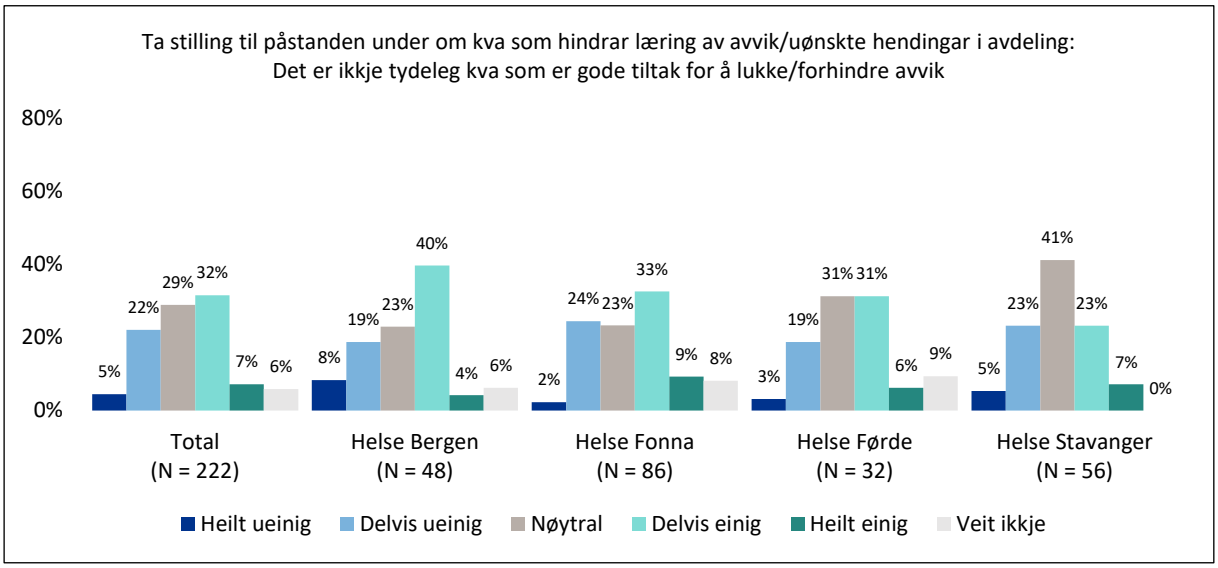


Totalt sett meiner omlag ein fjerdedel av dei som meiner at det finst hindringar for å lære av avvik, at uklarheit i kva som er årsaka til avviket er ei slik hindring.

Det er også ein del som opplever at utydelegheit rundt kva som er gode tiltak for å lukke og forhindre avvik, hindrar læring av uønskte hendingar i deira avdeling. Sjå figuren under.

[32] Spørsmålet er betinga, og berre stilt til respondentar som tidlegare har svart på spørsmålet «I kva grad opplever du at det er hindringar for å kunne lære av avvik/uønskte hendingar i avdelinga?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

Figur 18: Hindringar for å lære av avvik/uønskte hendingar – ikkje tydeleg kva som er gode tiltak[33]



3.6.3 Systematiske analysar av omfanget og typar avvik

Helse Vest RHF har lagt til rette for at det kan hentast ut rapportar frå Synergi til bruk i forbetringsarbeidet (t.d. rapportar over omfang og type sak/hending). Funksjonen finst som eit «dashboard». I intervjua går det fram at det er varierande i kva grad leiarane aktivt brukar denne funksjonen. Det blir vist til at dette både handlar om manglande kompetanse om korleis ein skal gjere det, og at tida blir prioritert på andre oppgåver som blir opplevd å vere meir presserande. Nokre avdelingar opplyser at dei har eigne ressursar (kvalitetsrådgjevar e.l.) som bistår med å gjere analyser av omfanget av og typar avvik.

Leiarar som viser til at dei brukar dashboard-funksjonen peikar på at dei opplever dette som eit godt verktøy for å få oversikt over både omfanget av avvik og kva kategoriar avvik som blir meldt. I ny versjon av Synergi, som er implementert etter at intervjua var gjennomført, er det også gjort forbetringar av rapportfunksjonen/dashboardet i Synergi. Helse Vest IKT har også oppdatert elæringskursa for saksbehandlarar i Synergi med meir informasjon om endringar i rapportfunksjonen.

Fleire peikar på at kategoriseringa av type sak/hending i Synergi ikkje fungerer tilfredsstillande. Nokre viser til at det **manglar kategoriar**, slik som eksempelvis uønskte hendingar knytt til manglande omsorg for pasienten eller at Synergi blir opplevd å vere meir tilrettelagt for legefaget enn for sjukepleiarfaget, medan andre opplever at utfordringa i større grad gjeld at **kategoriane blir brukt feil** eller tolka ulikt.

Det blir også peikt på at datakvaliteten i Synergi ikkje nødvendigvis er god nok. Helse Bergen opplyser at dei gjennom eigne undersøkingar har erfart at datakvaliteten i Synergi ikkje er tilfredsstillande, og at den ikkje er god nok til å kunne brukast aktivt i kvalitetsarbeid. Det blir vist til at føretaket har gjort eit uttrekk av Synergi der ein ville måle effekten av intervenering (tiltak) på legemiddeltryggleik ved å sjå på dødsfall knytt til legemiddel. I uttrekket frå Synergi fann Helse

[33] Spørsmålet er betinga, og berre stilt til respondentar som tidlegare har svart på spørsmålet «I kva grad opplever du at det er hindringar for å kunne lære av avvik/uønskte hendingar i avdelinga?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

Bergen eit visst tal dødsfall på legemiddelfeil dei siste to åra, men tala var ikkje i samsvar med omfanget § 3 3 a saker som var meldt i same periode. Det blei derfor gjort nærare analyse av sakene i Synergi, og ein såg mellom anna at det var mange dublettar og feil, mellom anna at pasientar var registrert som død fleire gongar i Synergi. Dermed kunne ein ikkje bruke data frå Synergi til å måle effekten av interveneringa.

I intervju er det fleire som også påpeikar at Synergi i stor grad er brukt som eit «rapporteringssystem» heller ein eit system som bidreg til læring. Ein av respondentane i spørjeundersøkinga oppsummerer dette slik:

> *Det er nødvendig med bedre saksbehandling av sakene. Hensikten med systemet er læring, ikke rapportering. I dag brukes systemet mye til å rapportere i, og i mindre grad til å hente ut læring fra.*

3.7 System og rutinar for å lære av uønskte hendingar på tvers i eige føretak

Føretaka har etablert både system, rutinar og fora som skal bidra til å lære på tvers av uønskte hendingar som har skjedd i eige føretak. Dei etablerte strukturane ser i stor grad ut til å leggje til rette for læring i styringslinjene, der det primært blir sikra at leiarar på ulike nivå blir informert om uønskte hendingar som har skjedd hos andre. Det framstår som ei utfordring å sikre at informasjonen når ut til fagmiljøa, og at læringa skjer horisontalt.

Kvalitets- og pasienttryggleiksutval

Alle dei fire føretaka har etablert kvalitets-/pasienttryggleiksutval. Samansetjing, organisering og namna på utvala varierer noko, men utvala har i stort same funksjon, under dette sikre at føretaka arbeider systematisk med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.[34] Oppfølging av uønskte hendingar, både på enkeltsaksnivå og på systemnivå, samt deling av informasjon og læring på tvers, ligg også i utvala sine oppgåver.

Det er både etablert overordna utval på føretaksnivå, samt utval eller råd på klinikk- og avdelingsnivå. I tillegg har fleire av føretaka etablert meir saksførebuande eller rådgjevande organ som ligg utanfor styringslinja. Sjå oversikten nedanfor. Vi gjer merksam på at fleire av føretaka også har andre utval/nettverk/møtefora som arbeider med kvalitet og pasienttryggleik som ikkje er inkludert i denne oversikten.

[34] Helse Fonna: Mandat for kvalitetsutvalet. Helse Bergen: Mandat for kvalitets- og pasienttryggleiksutvalget. Helse Førde: Mandat kvalitetsutvalet og mandat pasienttryggleiksutvalet. Helse Stavanger: Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

FØRETAK	UTVAL I STYRINGSLINJA	RÅDGJEVANDE/FØREBUANDE ORGAN	MANDAT OVERORDNA UTVAL (FORKORTA)
HELSE BERGEN	Sentralt kvalitets- og pasienttryggleiksutval – nivå 1 (leia av AD) Kvalitets- og pasienttryggleiksutval på nivå 2 (klinikk/avdelingsnivå)	Fagrådet for kvalitet og pasienttryggleik	Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget skal sørge for at Helse Bergen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-4 og 3-4 a.
HELSE FONNA	Kvalitetsutvalet, (leia av fagdirektør) Kvalitetsutvalet kan løfte saker til direktørmøtet i føretaket (leia av AD) Medisinsk klinikk har kvalitetsråd. Dei andre klinikkane gjennomgår referat frå kvalitetsutvalet i leiarmøte.		Kvalitetsutvalet skal vera eit verkemiddel i føretaket sitt arbeid med å sørgje for å fremje tryggleik og kvalitet på helsetenestene gjennom å stimulere til førebyggjande og kvalitetsfremjande arbeid i institusjonane.
HELSE FØRDE	Kvalitetsutvalet – føretaksnivå (leia av AD) Klinikkråd på nivå 2	Pasienttryggleiksutvalet	Kvalitetsutvalet er eit rådgjevande organ for administrerande direktør, og har som hovudoppgåve å vere pådrivar for kvalitetsforbetrande tiltak samt medverke til å førebyggje kvalitetssvikt i tenesta. Utvalet skal og sørgje for gode interne system for måling, oppfølging og utvikling av kvalitet i helsetenesta og organisasjonen i samsvar med kvalitetsstyringssystemet.
HELSE STAVANGER	Kvalitets- og pasientsikkerhetsutval – føretaksnivå (leia av AD) Kvalitetsråd på nivå 2		Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg skal sikre foretaket systematiske internkontrollarbeid på området kvalitet og pasientsikkerhet, i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd og § 3-4 a.

Utvala på klinikk- og avdelingsnivå behandlar avvik og uønskte hendingar frå si avdeling/sin klinikk. Dersom det er saker som er av ein slik karakter at det er relevant for andre, kan saka løftast til sentralt kvalitet/pasienttryggleikutval for behandling der. Det blir vist til at dette ofte er dei alvorlege sakene, eller saker som kan knyttast til system eller risikofaktorar som vil gjelde for fleire avdelingar i føretaket.

Utvala går gjennom avviksstatistikk, enkeltsaker og gjer vurderingar av kva det er behov for å undersøkje nærare på eige initiativ, og er derfor ikkje avhengig av at den enkelte saksbehandlar identifiserer kva saker eller områder som bør løftast opp til utvalet. Fleire viser til utvala gjer dette

kontinuerleg, og at det til kvart møte blir vurdert om det er enkelthendingar eller områder/trendar som bør takast opp.

I intervju går det fram at det er noko ulike oppfatningar rundt kva betydning det har at uønskte hendingar blir tatt opp og behandla i kvalitets- og pasienttryggleiksutvala. Mange gir uttrykk for at det er viktig at uønskte hendingar blir behandla i utvala, og gir uttrykk for at dette sikrar at det blir delt viktig informasjon på tvers. Samtidig peikar nokre på at det ikkje nødvendigvis fører til læring på alle relevante nivå, ettersom det i liten grad ligg føre rutinar eller uttrykte forventningar om *korleis* informasjonen skal behandlast vidare av dei som deltek i utvalet, utover at dette er eit linjeansvar. Ingen av føretaka har etablert rutinar som skal sikre tilbakerapportering til kvalitets-/pasienttryggleiksutvala om korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers i utvalet er blitt følgt opp. Det blir i alle føretaka vist til at det er eit leiaransvar å sørgje for at viktig informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold blir følgt opp og delt vidare med klinisk personell på eiga avdeling. Samtidig blir det peikt på at det nok er varierande korleis og kor systematisk dette blir gjort. Det blir mellom anna peikt på at tid, ressursar og kompetanse til å følgje opp informasjonen, kan variere.

Læringsmeldingar, læringsnotat, les og lær og liknande tiltak

I eit utval saker utarbeider føretaka læringsmeldingar/læringsnotat eller liknande etter uønskte hendingar, som grunnlag for å kunne dele viktige læringspunkt med fleire enn det personalet som har vore direkte involvert. Formata og forma varierer mellom føretaka, men i korte trekk beskriv denne typen notat kva som har skjedd, kva som var årsaka, og kva som er viktige læringspunkt. Internrevisjonen har også sett eksempel på notat som minner om at det er viktig å bruke rutinar og for å varsle om mogeleg risiko knytt til utstyr og liknande.

Læringsmeldingar/læringsnotat blir ofte lagt fram for kvalitetsutval, men fleire av føretaka publiserer også dokumenta på sine intranett/e-handbøker slik at det skal vere tilgjengeleg for dei tilsette. Men fleire peikar likevel på at det er ei utfordring at dokumenta ikkje blir lest i stor nok grad. Helse Fonna viser som eksempel til at dei har sjekka kor mange som har lest læringsmeldingane som er tilgjengelege i e-handboka, og at talet er for lågt. Også Helse Førde, som har ein tilsvarande modell med å gjere tilgjengelege slike les og lær-meldingar elektronisk, erfarer at dei ikkje i stor nok grad blir lest av tilsette.

Det er krevjande å få ut informasjon til klinisk personell

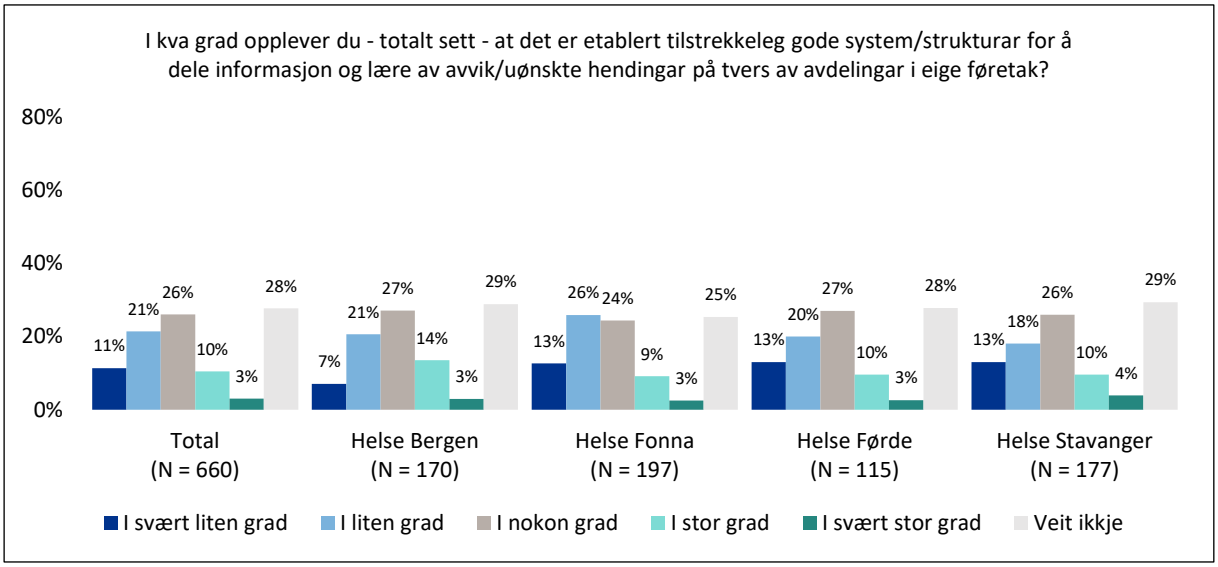
Fleire peikar på at det er mange utval på leiarnivå, slik som klinikkråd, avdelingssjefmøte, kvalitetsutval og pasienttryggleiksutval, men at det ikkje gjennomgåande finst arenaer for å sikre at klinisk personell får informasjon om uønskte hendingar som har skjedd hos andre. Fleire viser til at dei tek opp uønskte hendingar på avdelingsmøte og liknande, men at det likevel er krevjande å nå ut til alle. Det blir mellom anna vist til at det er vanskeleg å få samla alle tilsette i same personalmøte på grunn av turnus, kvelds- og nattevakt, ferie m.m.

I intervju på avdelingsnivå der vi har spurt om korleis uønskte hendingar som er delt på tvers i føretaket er følgt opp, er det fleire av dei intervjua som ikkje var kjent med sakene. I fleire intervju blir det vist til at ein berre unntaksvis har fått informasjon om uønskte hendingar som har skjedd på andre avdelingar, og at det ikkje er noko struktur rundt å informere på tvers anna enn på leiarnivå. Det er også tilfelle av at tilsette ikkje er kjent med uønskte hendingar som har skjedd på eiga avdeling – på trass av at informasjon om den uønskte hendinga finst tilgjengeleg og/eller er delt gjennom læringsmeldingar, les og lær eller liknande tiltak.

Fleire viser til at det blir sendt mange e-postar, informert på møter, lagt ut informasjon på intranett og hengt opp informasjon på lunsjrom og liknande, men at det likevel ikkje er tilstrekkeleg for å sikre at alle tilsette får med seg viktig informasjon. Medan nokre viser til behov for å etablere betre arenaer for tilsette der læring etter uønskte hendingar er tema, peikar nokre leiarar også på at det i større grad bør vere fokus på at helsepersonell har eit sjølvstendig ansvar for å halde seg oppdatert, mellom anna på det som blir formidla gjennom e-post.

Spørjeundersøkinga internrevisjonen har gjennomført, viser at 32 prosent av respondentane i liten/svært liten grad opplever at det er etablert tilstrekkeleg gode system/strukturar for å dele informasjon og lære av avvik på tvers i eige føretak. Sjå figuren under.

Figur 19: Oppleving av om det er etablert tilstrekkeleg gode system for å lære av avvik på tvers i eige føretak – tilsette og leiarar



Andelen respondentar som meiner det i liten/svært liten grad er etablert tilstrekkeleg gode system for å lære av avvik på tvers av avdelingar i eige føretak, varierer noko mellom føretaka, frå 28 prosent i Helse Bergen, 31 prosent i Helse Stavanger, 33 prosent i Helse Førde og 39 prosent i Helse Fonna.

3.8 Vurdering

Undersøkinga viser at det er ei rekke faktorar som påverkar omfanget og innhaldet av det som blir meldt i Synergi. Mangel på tid, opplæring, tydelegheit rundt kva som skal meldast og kven som skal melde, samt frykt for å henge ut kollegaer synest å vere dei mest betydelege hindringane som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt. Dette er faktorar som det er mogeleg å gjere noko med gjennom både betring av rutinar, opplæring og oppfølging frå leiinga. Å systematisk arbeide langs desse aksane, vil også truleg bidra til å etablere eller vedlikehalde ein god avvikskultur. Undersøkinga viser at det både er varierande tersklar for å melde avvik, og at det er varierande om tilsette og leiarar opplever at det er ein god avviksmeldekultur.

Internrevisjonen meiner funn i undersøkinga indikerer at ein ikkje alltid gjer analysar av bakanforliggande årsaker til uønskte hendingar. Ein del leiarar og tilsette opplever at det kan vere uklart kva som er årsaka til hendinga, og at læring blir hindra som følgje av at det ikkje er klart kva som vil vere gode tiltak for å lukke avvika. Leiarane opplever at saksbehandling tar mykje tid, og at viktige saker kan «drukne» litt i det store omfanget av avvik som blir meldt. Det er også ulikt

om føretaka meiner at det i tilstrekkeleg grad blir gjennomført hendingsanalysar. Dette er også eit ressursspørsmål.

Tid – både hos tilsette og leiarar – er ein knapp ressurs i sjukehusa. Det er mange oppgåver, krav og forventningar. Det er derfor viktig at tidsbruken blir prioritert riktig. Internrevisjonen meiner at det er klare indikasjonar på at føretaka bør arbeide med å tydeleggjere både kva som skal og ikkje skal meldast i Synergi, for å sikre at det er dei rette sakene som blir meldt, og for å frigi tid til å jobbe med dei viktige sakene. Vidare meiner internrevisjonen at det er mykje som talar for at RHF-et og føretaka bør vurdere om det er mogeleg å setje i verk tiltak for å gjere saksbehandlinga av like hendingar eller mindre alvorlege hendingar enklare for leiarane. Risikoen for å gjere saksbehandlinga enklare, t.d. gjennom ein slags «fast track» funksjon, er at også saker som bør behandlast grundig blir behandla i «fast track» som følgje av at tida ikkje strekk til. Likevel framstår det som at det også i dag blir meldt mange avvik som i avgrensa grad blir reelt saksbehandla. Om det blir gjort endringar i systemet som forenklar saksbehandlinga for visse typar saker, bør det vere tydelege rutinar på kva saker som ev. kan behandlast på ein mindre omfattande måte.

Mange leiarar opplever ikkje at dei har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid. I intervju blir det vist til at kompetansen til leiarane i Helse Vest er svært varierande. Det å gjere gode årsaksanalysar av kvifor uønskte hendingar oppstår, setje i verk korrigerande tiltak, samt evaluere om tiltaka adresserer rotårsakene og verkar, er avgjerande for å lære, men dette krev både systematikk og kompetanse.

Internrevisjonen meiner i utgangspunktet at helseføretaka har etablerte hensiktsmessige system, strukturar og rutinar for å lære på tvers i eige føretak, men undersøkinga viser likevel at informasjonsdelinga primært går i styringslinja. Leiarane har mange arenaer der dei blir informert om uønskte hendingar som har skjedd hos andre, men informasjonen – og dermed læringsgrunnlaget – når ikkje i tilstrekkeleg grad fram til klinisk fagpersonell. Mangel på einskaplege rutinar for korleis leiarane skal følgje opp informasjon om uønskte hendingar, samt mangel på gode arenaer for fagpersonell, framstår som betydelege hindringar for å lære på tvers internt i eige føretak. Også kulturen for å dele, og forbetringskompetansen til leiarane, er faktorar som verkar å ha betydning. Vi vil omtale dette ytterlegare i kapittel 6.

Internrevisjonen stiller også spørsmål ved at kvalitets-/pasienttryggleiksutvala i liten grad ettergår eller etterspør korleis uønskte hendingar som er delt på tvers i utvala er blitt følgt opp.

4 LÆRING ETTER UØNSKTE HENDINGAR PÅ TVERS MELLOM FØRETAK

Avviksmeldesystemet Synergi har sidan 2021 hatt funksjonalitet for å kunne dele meldingar om uønskte hendingar på tvers mellom føretaka. Gjennomgåande er det uttrykt at det er viktig å lære på tvers mellom føretaka, men det gjenstår arbeid med å sikre god implementering og å gjere viktige avklaringar knytt til bruken av systemet. Sidan 2021 har det blitt meldt omlag 15 saker på tvers mellom føretaka. Dette tilsvarar omlag *fem promille* av det samla omfanget pasientrelaterte uønskte hendingar som blei meldt i Helse Vest sidan 2021.

4.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstillingar med underproblemstillingar:

Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka?
Under dette:

- *Kva for system, rutinar og strukturar har helseføretaka for å bruke det som blir meldt, til læring mellom føretak?*
- *Er avviksmeldesystemet tilstrekkeleg tilrettelagt for å melde og følgje opp avvik som gjeld på tvers av føretak/avdelingar?*
- *Korleis blir system, rutinar og strukturar brukt?*
- *Vurderer den som behandlar avviksmeldinga om den uønskte hendinga kan vere relevante for andre føretak/avdelingar/personell?*
- *Korleis sikrar helseføretaka at avviksmeldingar og informasjon om uønskte hendingar kjem til dei avdelingane og personane som dei er relevante for og blir behandla der, og ikkje blir spreidd generelt?*
- *Korleis blir avvik og korrigerande tiltak som er vurdert å vere relevante for andre enn dei som har vore involvert i den aktuelle hendinga delt og følgt opp?*
- *I kva utstrekning blir varig læring oppnådd både av det ein får til og av det ein gjer feil?*

4.2 Synergi er tilrettelagt for å melde avvik på tvers mellom føretaka i regionen

I januar 2021 blei det gjort mogeleg å sende meldingar om avvik og uønskte hendingar på tvers mellom føretaka gjennom Synergi. Føretaka har utarbeidd rutinar for dette, samt melde på tvers-grupper som er ansvarleg for mottak, vurdering og vidaresending av meldingar.

Fagdirektørane i Helse Vest har slutta seg til eit forslag frå ei arbeidsgruppe i Helse Bergen som har utarbeidd ein metode for å sende meldingar om viktige/alvorlege uønskte hendingar **på tvers mellom føretak gjennom Synergi**. Føremålet med ordninga er å dele informasjon om hendingar

som har potensiale for å kunne skje igjen, med ei viss alvorsgrad, slik at andre kan førebyggje og lære av hendinga.

Melde på tvers-funksjonen var ferdig etablert januar 2021, og ligg inne som ein knapp i Synergi. Tilsette melder uønskte hendingar på vanleg måte i Synergi, medan saksbehandlar får anledning til å melde saka vidare på tvers dersom det blir vurdert at andre føretak kan lære av hendinga.

Føretaka har utarbeidd eigne rutinar som skildrar korleis ein kan melde saker på tvers, og for vidare saksbehandling av mottekne saker som blir meldt inn via denne funksjonaliteten. I korte trekk er det etablert melde på tvers-grupper i kvart føretak som går gjennom innmeldte saker frå eige føretak. Melde på tvers-gruppa har ansvar for vurdere om saka skal vidaresendast, samt også kvalitetssikre/gjere justeringar i saka før den ev. blir vidaresendt til andre avdelingar og føretak. Gruppa har også ansvar for at saker frå andre føretak blir sendt til relevante mottakarar i eigen organisasjon.

Det er ikkje etablert funksjonalitet knytt til å sikre tilbakemelding på saker som blir meldt på tvers, dvs. at ein leiar som brukar melde på tvers-funksjonen i Synergi får ikkje nødvendigvis tilbakemelding om saka er mottatt hos andre og korleis den ev. er følgt opp.

4.2.1 Omfang av saker meldt på tvers i Helse Vest er lågt

Undersøkinga viser at det totalt sett er meldt få saker på tvers mellom føretaka. I 2021 var det delt 12 meldingar på tvers i Helse Vest. Sjå tabellen under. I 2022 er omfanget endå lågare, 3-4 saker etter det internrevisjonen får opplyst.

Tabell 6: Omfang av meldingar på tvers i Helse Vest per 2021

Føretak/sjukehus	**Tal på meldingar**
Helse Bergen	8
Helse Stavanger	2
Haraldsplass Diakonale sykehus	1
Helse Fonna	1
Helse Førde	0
SAV	0
Totalt	**12**

Kjelde: notat til det regionale fagdirektørmøtet 9.11.2021 frå FoU-avdelinga i Helse Bergen samt opplysningar gitt frå føretaka

I november 2021 behandla fagdirektørmøtet ei sak om evaluering av melde på tvers-funksjonen (notat frå FoU-avdelinga, Helse Bergen). I evalueringsnotatet til fagdirektørmøtet blir det peikt på at erfaringane så langt viser at det har vore behov for råd og støtte til saksbehandlarane for å få utforma meldingane på ein god måte slik at dei kan delast med andre føretak.

Det blir også vist til at ein har sett at det juridiske grunnlaget angåande personvern og teieplikt når det gjeld deling av informasjon om hendingar på tvers mellom føretak er utfordrande. Det blir utdjupa at sjølv om meldingane blir bearbeidd, vil informasjonen kunne vere eigna til identifisering. Det blir peikt på at for stor grad av bearbeiding vil innebere at meldinga kan miste sin verdi for læring. Vidare blir det vist til at media har vist stor interesse for avvikssaker og

uønskte hendingar, og at ein derfor også må vurdere om melde på tvers-funksjonen er å betrakte som interne meldingar som kan unntakast offentleglova § 14.

Fagdirektørane gjorde følgjande vedtak i møtet sak 122/21:

> *Fagdirektørane bad Helse Vest RHF avklare korleis personvern og teieplikt er ivaretatt mellom helseføretak/sjukehus og RHF, ev. sak til regionalt personvernutval.*

Internrevisjonen blei først gjort kjent med dette vedtaket hausten 2022, etter at intervjua var gjennomført, og har i etterkant etterspurt kva som er status for oppfølging av vedtaket. Det er opplyst at vedtaket ikkje er følgt opp, og det går fram at det har vore ulike oppfatningar om kven som hadde ansvar for å følgje opp vedtaket. Internrevisjonen merkar seg at vedtakslyden er at Helse Vest RHF skulle følgje det opp.

Ingen av dei som er intervjua som del av revisjonen har konkret vist til at dette vedtaket har vore til hinder for å dele på tvers. Helse Bergen opplyste først hausten 2022 at dei har vore restriktive i bruken av systemet i vente på ei avklaring frå Helse Vest RHF, men føretaket rapporterte også om behov for avklaring knytt til systemet i si årlege melding til Helse Vest RHF i 2021:

> *Helse Bergen har utarbeidd ei evaluering av «Melde på tvers» med forslag til tiltak som er presentert for fagdirektørmøtet i Helse Vest. Oppfølging av denne vil sette retning for vidare arbeid.*

Internrevisjonen har etterspurt oppdaterte tal på kor mange meldingar som er delt på tvers i etterkant av evalueringa av ordninga i november 2021. Etter det internrevisjonen har fått informasjon om er det berre Helse Stavanger og Helse Bergen som har sendt meldingar på tvers i 2022. Helse Bergen opplyser at dei berre har sendt to-tre meldingar, typisk knytt til utstyr, og at dei har vore restriktive med å sende vidare pasientrelaterte hendingar i vente på avklaring frå Helse Vest RHF. Helse Stavanger viser til at dei har sendt ei melding på tvers i 2022.

Totalt sett er det altså sendt færre meldingar på tvers i 2022 enn i 2021.

Fagdirektørane har i tillegg til evalueringa av melde på tvers-funksjonen, hatt oppe «læring av avvik på tvers» som fast sak på sine møte. Seinare er dette tatt ut som fast sak, og blir no tatt opp etter behov. Det blir kommentert at det har vore ulike oppfatningar om kor godt dette har fungert, mellom anna med omsyn til om ein opplever å ha fått tilstrekkeleg informasjon om sakene som har blitt presentert. Etter det internrevisjonen får opplyst har presentasjonane i hovudsak vore gjort munnleg eller med nokre lysbilde, og at til dømes hendingsanalysar som er gjennomført i dei aktuelle sakene ikkje har blitt delt av ulike årsaker. Etter det internrevisjonen får opplyst, er det to til tre saker som har blitt presentert. Det blir peikt på at det ikkje har blitt presentert saker den siste tida, fordi fagdirektørane må vurdere om forma er hensiktsmessig og om det er rett arena å ta opp desse sakene på.

4.2.2 Kjennskap til melde på tvers-funksjonen i Synergi

Fleire leiarar som er intervjua i samband med denne revisjonen har opplyst at dei ikkje har kjennskap til «melde på tvers»-funksjonen i Synergi. Dette gjeld i hovudsak leiarar på nivå 3 og 4 som har saksbehandlingsansvar i Synergi. Nokre viser til at dei berre har sett den aktuelle knappen i Synergi og ikkje veit kva som skjer om dei trykker på den, andre viste til at dei så vidt har høyrt om funksjonen, t.d. på eit møte, men at det i liten grad er gitt informasjon eller signal om

at det er forventa at funksjonen blir brukt og i kva tilfelle den skal brukast. I intervju med leiarar på nivå 1 og 2, og med leiarar i stab, er funksjonaliteten derimot godt kjent.

Som nemnd i kapittel 3 er det etablert eit regionalt e-læringskurs om læring på tvers etter uønskte hendingar. Dette kurset inneheld ikkje informasjon om melde på tvers-funksjonen i Synergi. Det er heller ikkje utarbeidd eigne spesifikke kurs knytt til melde på tvers-funksjonen.

Svara i spørjeundersøkinga stadfestar inntrykket av at mange leiarar med saksbehandlingsansvar i Synergi ikkje har kjennskap til melde på tvers-funksjonen i systemet. 106 leiarar har i spørjeundesøkinga svart på spørsmål om dei kjenner til denne funksjonen, og omlag halvparten av desse leiarane svarte nei.[35]

Dei 54 leiarane som svarte at dei kjente til funksjonen, fekk oppfølgingsspørsmål om i kva grad dei opplever at melde på tvers i Synergi er eit godt system for erfarings/informasjonsdeling om uønskte hendingar på tvers av føretaka. Svara er ikkje eintydige. Nokre opplever det som eit godt system, andre meiner det i nokon grad er eit godt system, og ein del svarar at dei ikkje veit, noko som kan indikere at dei ikkje har brukt funksjonen sjølv.

> *«Avviksmeldingane er konkrete og det er pasientinformasjon, og eg er redd for at det kan bli dårleg omdømme. Eg kunne heller tenka meg å skriva eit læringsnotat der eg «anonymiserer» meldaren. Det er ikkje sikkert at meldar ønsker meldinga si ut i heile Helse Vest.» Sitat frå spørjeundersøkinga*

I fritekstsvar blir det også peikt på at ein er usikre på kva saker som er relevante å melde og på korleis informasjonen om uønskte hendingar blir delt vidare.

At «melde på tvers»-funksjonen i liten grad er kjent og blir brukt, blir ytterlegare understreka av at berre 15 prosent (av 54 leiarar) svarar at dei har nytta funksjonaliteten ein gong eller meir det siste året.

4.2.3 Vurdering av om uønskte hendingar kan vere relevante for andre avdelingar

Som omtalt i kapittel 3.6 går føretaka sine kvalitet- og pasienttryggleiksutval gjennom avviksstatistikk, enkeltsaker og gjer vurderingar av kva det er behov for å undersøkje nærare på eige initiativ. Desse utvala blir vist til å vere viktig for å identifisere saker med læringspotensial og bidreg til å dele informasjon om uønskte hendingar på tvers i eige føretak, men det blir også gitt eksempel på at utvala har tatt opp saker som er meldt frå andre føretak.

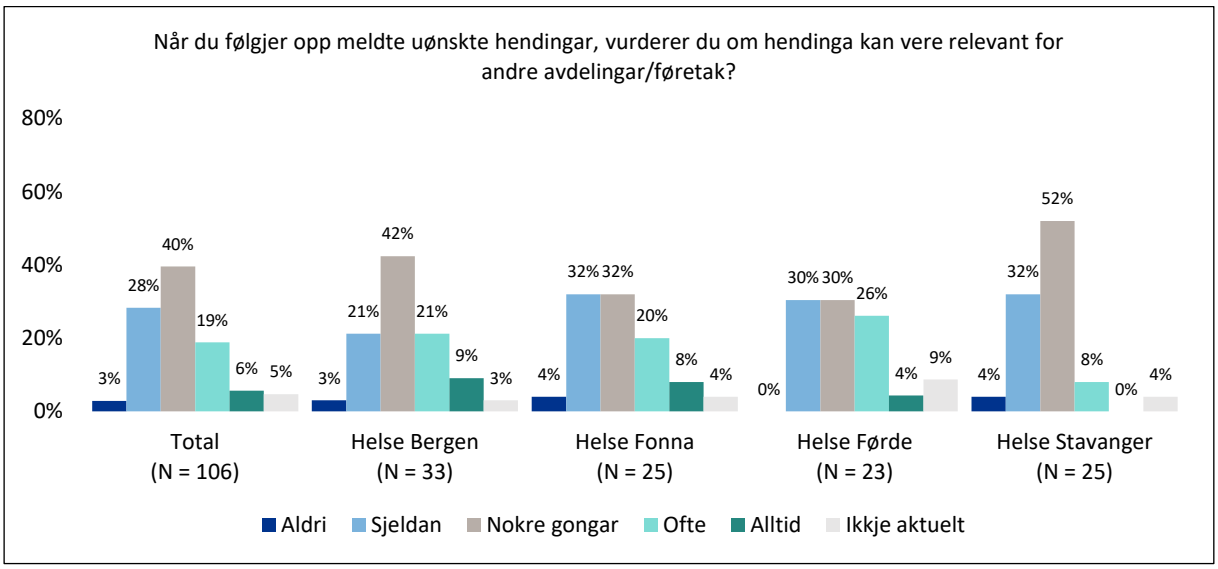
Når det likevel er lagt til rette for at den enkelte saksbehandlar kan melde saker på tvers i Synergi, er ein føresetnad at saksbehandlar vurderer om avvik som blir meldt og behandla kan vere av relevans for andre føretak.

Internrevisjonen har spurt leiarane som har saksbehandlingsansvar i Synergi om dei i saksbehandling av enkelthendingar vurderer om hendinga kan vere relevant for andre avdelingar og føretak. Flest leiarar, om lag 40 prosent, svarar at dei «nokre gongar» gjer dette. Om lag ein av

[35] Flest leiarar kjenner til funksjonaliteten i Helse Fonna (76 prosent, tilsvarande 19 respondentar), medan færrast kjenner til funksjonaliteten i Helse Stavanger (28 prosent, tilsvarande 7 respondentar). Internrevisjonen understrekar at det er få respondentar som har svart på spørsmålet, og at svara ikkje nødvendigvis er representative for føretaka.

fem svarar at dei ofte vurderer om hendinga kan vere relevant for andre avdelingar og føretak. Sjå figuren under.

Figur 20: Vurdering av om uønskte hendingar kan vere relevant for andre avdelingar/føretak – leiarar[36]



4.3 Potensial for å dele meir

Samtidig som melde på tvers-funksjonen i Synergi så langt er lite brukt, viser undersøkinga at både leiarar og tilsette opplever at avvik som har skjedd på deira avdeling er av relevans for andre, og at det er potensiale for å dele meir på tvers.

Både i intervju og i spørjeundersøkinga blir det gitt uttrykk for at det er eit potensiale for å lære meir på tvers av kvarandre.

I intervju blir det gjennomgåande peikt på at det er potensiale for å sende fleire meldingar på tvers av føretaka, men at ein ikkje heilt har funne forma og det riktige nivået endå. Det blir også peikt på at systemet må bli betre kjent ute i organisasjonen. Vidare blir det kommentert at ein ved implementeringa av systemet var bekymra for at det ville bli sendt for mange meldingar på tvers, og at leiarane ville bli overlessa av e-postar med meldingar som ikkje nødvendigvis var relevant for dei. Dei fleste medgir at dette ikkje har blitt ei reell problemstilling så langt, og at det nok er ei større utfordring at systemet ikkje er godt nok kjent endå.

> *«Det ser ut til å vere høg terskel for å melde på tvers, og mykje kunne potensielt ha vore delt. Men samtidig: kven skal ta imot og korleis skal ein handtere det? Det er jo enkelt å melde på tvers, men utfordringa er å implementere det inn i drifta.» Sitat frå intervju*

Samtidig er mange leiarar tydelege på at det må vere eit avgrensa omfang meldingar som blir sendt gjennom melde på tvers-funksjonen. Fleire framhevar at det er viktig å gjere gode og kritiske vurderingar av kva meldingar som blir sendt vidare til andre. Føretaka opplyser at nokre saker som har kome inn via melde på tvers-funksjonen i eige føretak ikkje har blitt vidaresendt til andre

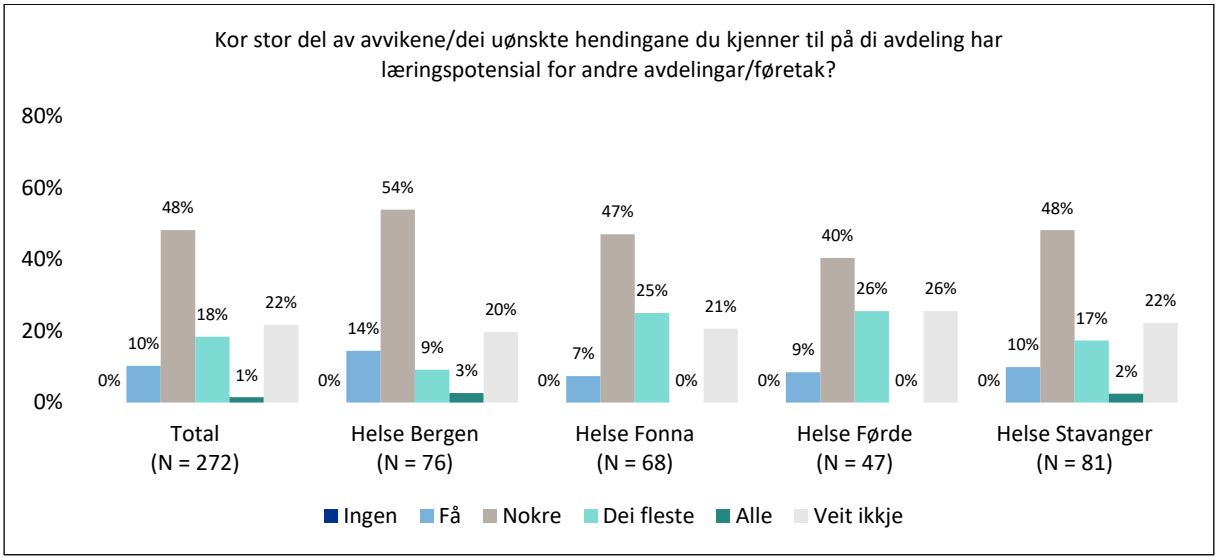
[36] Spørsmålet er berre stilt til leiarar som har oppgitt at dei har ansvar for å ta imot og følgje opp uønskte hendingar.

føretak. Her blir det vist til at melde på tvers-gruppa har ein viktig funksjon med å gå gjennom meldingane og vurdere kva som vil vere relevant for andre. Nokre viser til eksempel der meldinga berre er delt på tvers internt i eige føretak, fordi ein ser at dei andre føretaka har rutinar på det aktuelle området og at hendinga dermed ikkje vil vere relevant for dei.

I spørjeundersøkinga blei tilsette spurt om dei kjente til uønskte hendingar som har oppstått på deira avdeling som kunne vore nyttig for andre avdelingar eller føretak i Helse Vest å lære av. Over halvparten av alle respondentane svarte ja på dette. Respondentane som svarte ja, blei vidare spurt om informasjonen om den uønskte hendinga faktisk blei delt på tvers med andre avdelingar eller føretak. Berre 18 prosent av respondentane svarte bekreftande på dette, medan over halvparten svarte at dei ikkje visste.

I spørjeundersøkinga blei respondentane[37] bedt om å ta stilling til kor stor del av dei uønskte hendingane dei kjente til som har læringspotensial for andre avdelingar eller føretak. Flest respondentar (48 prosent) svarte at *nokre* av dei uønskte hendingane hadde slik læringspotensial, mens 18 prosent meinte at *dei fleste* av sakene hadde læringspotensial for andre.

Figur 21: Andel av avvik som har læringspotensial for andre avdelingar/føretak – tilsette og leiarar



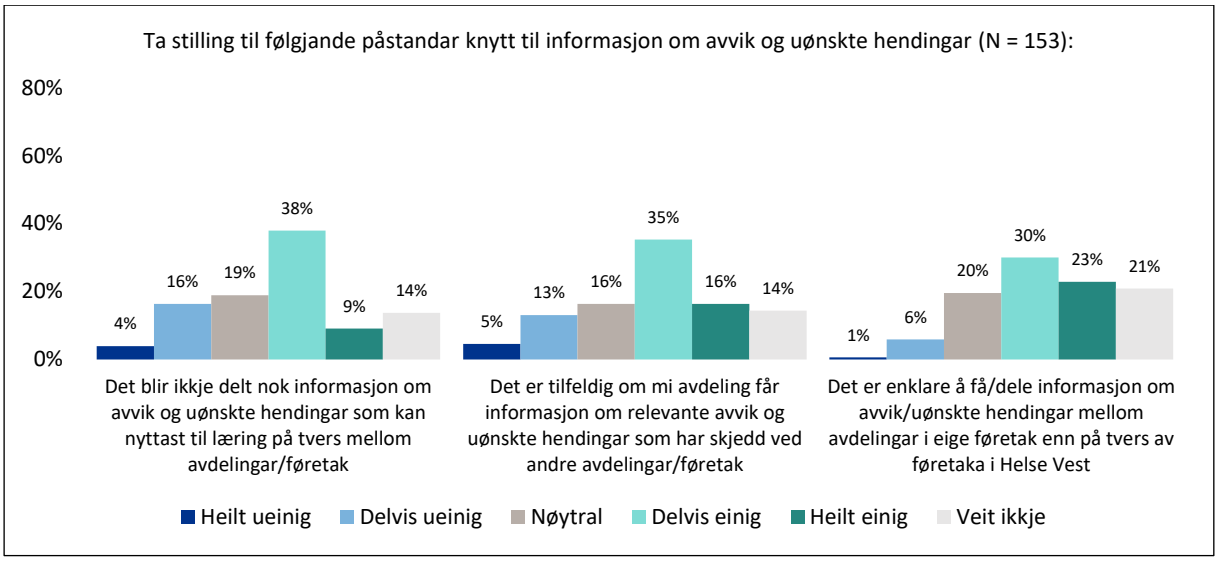
I spørjeundersøkinga er også tilsette og leiarar spurt om dei har fått informasjon om uønskte hendingar som har skjedd andre stadar enn på si avdeling. Medan 30 prosent (tilsvarande 206 av 675 respondentar) svarar at dei har fått informasjon om uønskte hendingar i andre avdelingar i eige føretak, er det berre 14 prosent (tilsvarande 95 av 668 respondentar) som har fått informasjon om uønskte hendingar som har skjedd i eit anna føretak. Flest oppgir å få denne informasjonen gjennom uformell informasjon frå kollegaer og fagmiljø eller på avdelingsmøte og fagmøte i avdelinga.

Samtidig som undersøkinga viser at leiarar i liten grad tar i bruk «melding på tvers» i Synergi, viser undersøkinga at om lag halvparten av leiarane er delvis eller heilt einige i at det ikkje blir delt nok informasjon om uønskte hendingar som kan nyttast til læring på tvers. Tilsvarande er også om lag halvparten av leiarane delvis eller heilt einige i at det kan vere tilfeldig om deira

[37] Spørsmålet blei berre stilt til respondentar som tidlegare hadde svart at dei kjenner til avvik/uønskte hendingar på eigen avdeling som kunne vore nyttig for andre avdelingar/føretak i Helse Vest å lære av.

avdeling får informasjon om uønskte hendingar som har skjedd på andre avdelingar/føretak. Leiarane er vidare delvis eller heilt einige i at det er enklare å dele/få informasjon om uønskte hendingar i eige føretak enn på tvers av føretaka. Sjå figuren under.

Figur 22: Deling av informasjon om avvik og uønskte hendingar mellom avdelingar og føretak - leiarar[38].

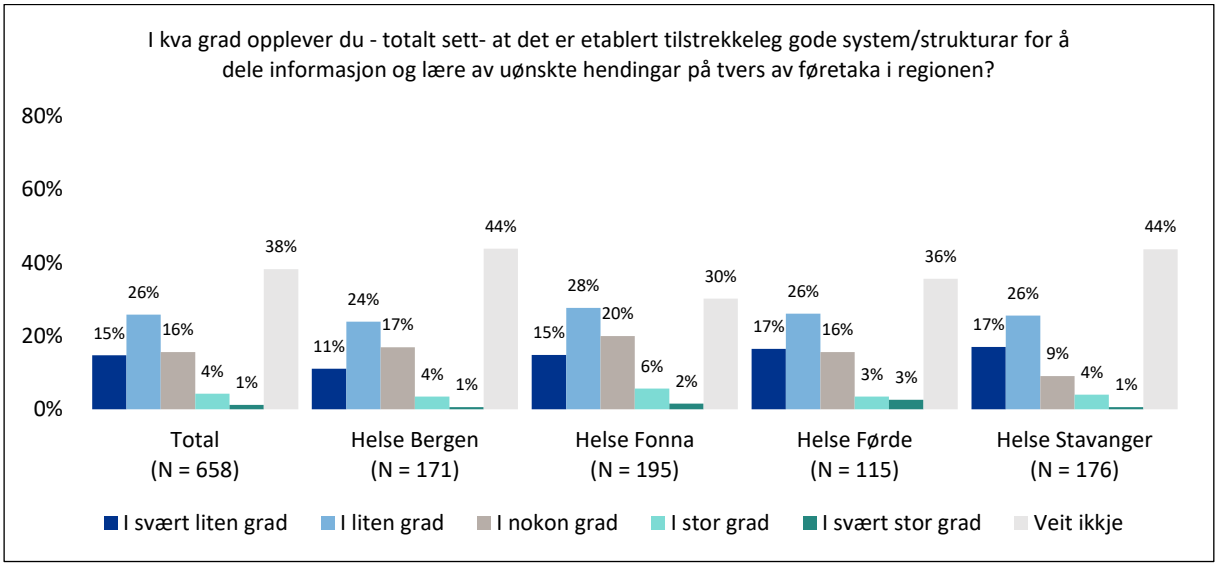


I spørjeundersøkinga svarar ein del leiarar (60 av 105 respondentar) at dei **brukar andre kanalar enn Synergi for å dele informasjon om uønskte hendingar på tvers**. Leiarar deler og mottar informasjon om uønskte hendingar frå andre føretak og avdelingar i størst grad gjennom ulike møtefora og uformelle samtalar/dialog. Gjennom fritekstsvar går det også fram at kvalitetsråd, kvalitetsutval og leiarmøte er viktige kanalar for å dele informasjon om uønskte hendingar med andre føretak og avdelingar.

Svara i spørjeundersøkinga viser vidare at 40 prosent av leiarar og tilsette i liten/svært liten grad opplever at det totalt sett er etablert tilstrekkeleg gode system/strukturar for å dele informasjon og lære av uønskte hendingar på tvers av føretaka i regionen. Ein betydeleg andel svarar samtidig «veit ikkje».

[38] Spørsmålet er berre stilt til leiarar.

Figur 23: Oppleving av om det er etablert gode system for å dele informasjon på tvers av føretaka i regionen – tilsette og leiarar



4.3.1 Mangel på arenaer for fagpersonell

Som omtalt tidlegare viser fleire til at det på leiarnivå er etablert fleire utval og møtefora som er sentrale for å dele informasjon og lære på tvers av uønskte hendingar, men at det er ei utfordring å sikre at informasjonen når ut til klinisk personell. Dette blir peikt på å vere ei endå større utfordring å få til når det gjeld å sikre læring mellom fagpersonell på tvers av føretaka, og at det på regionalt nivå ikkje er etablert tilstrekkeleg med arenaer der fagpersonell kan møtast for å lære av uønskte hendingar på tvers av miljøa.

> *«Avvikene blir kanskje tatt opp på møter med bare ledere. Ledere deltar også i alle utvalg og møter, mens klinisk personell blir «skånet» for læring fordi de kanskje ikke har tid, selv om det er de som burde deltatt.» Sitat frå intervju*

Fleire av leiarane internrevisjonen har intervjua, er opptatt av at læring må skje på det nivået det er relevant for, og at systemet ikkje må bli for topptungt. Engasjement og gode diskusjonar mellom fagpersonell blir peikt på som ein viktig faktor for å få til læring på tvers, og det blir peikt på som avgjerande at fagmiljø sjølv får ta eigarskap til læringsprosessane. Det blir vist til at det også vil bli ein «propp i toppen» om alle uønskte hendingar skal innom leiinga, og at dette ikkje legg til rette for gode diskusjonar mellom fagpersonell på tvers.

Når det gjeld kva arenaer som kan fungere for å sikre læring på tvers mellom fagmiljø, peikar fleire på regionale kasuistikkmøter og regionale fagnettverk som potensielt gode møteplassar der ein kan diskutere uønskte hendingar og korleis ein kan arbeide med å lære frå slike. Fleire viser i intervju til at det også kan vere føremålstenleg å formalisere ansvaret for læring, for å rette ei tydeleg forventing om dette. Ein administrerande direktør viser mellom anna til at det bør gå fram av mandatet til dei regionale fagnettverka at læring og deling på tvers skal vere tema for nettverka.

4.3.2 Kultur og psykologisk tryggheit som faktorar for å lære på tvers

Openheitskultur, ivaretakande leiarar og psykologisk tryggheit i organisasjonane blir peikt på å vere avgjerande for at føretaka skal kunne lære av kvarandre, på tvers av avdelingar, fagmiljø og

føretak, og frå topp til botn i linja. Som tidlegare omtalt i rapporten blir det peikt på at det er variasjon på slike faktorarar på fleire nivå, både på personnivå, avdelingsnivå og mellom ulike fagmiljø. Enkelte viser også til eksempel der ein har erfart at informasjon om feil som har skjedd i eige føretak og som er delt på tvers med andre føretak, blir gjort «narr av» i fagmiljøa i andre føretak. Det blir peikt på at dette er øydeleggande dersom ein skal klare å vere opne om feil som har skjedd.

Andre framhevar at det er belastande for den som har gjort «feil» å stå fram. Det blir kommentert at det er enklare å dele og lære på tvers dersom det er tekniske feil eller utstyr som sviktar. Vidare blir det kommentert at det er mange omsyn å ta når ein melder uønskte hendingar på tvers i regionen, både overfor tilsette, pasientar og pårørande. Mange av dei mest alvorlege uønskte hendingane er mogeleg å kjenne igjen, og gjer det potensielt mogeleg å identifisere kven som har vore involvert.

4.4 Casegjennomgang av uønskte hendingar

Casegjennomgangen av eit utval uønskte hendingar viser at sjølv om det blir delt informasjon og læringspunkt frå hendingane, er ikkje dette tilstrekkeleg for å sikre læring på tvers i praksis.

Internrevisjonen har gjennom ein casegjennomgang undersøkt korleis åtte uønskte hendingar er følgt opp i helseføretaka, for å kartleggje læringsprosessen meir i detalj. Vi har undersøkt om sakene er meldt i Synergi, om det er gjennomført analysar av årsaker til hendingane, kva tiltak som er sett i verk, om informasjon om hendinga og læringspunkt er delt internt i eige føretak og på tvers av føretak, og om andre avdelingar kan stadfeste å ha motteke og følgt opp informasjonen og læringspunkta.

Under er ei anonymisert oversikt over sakene.

Sak nr.	Kategori/type sak	Konsekvens for pasient
1	Svikt i system og rutinar, legemiddelrelatert	Død
2	Svikt i system og rutinar, legemiddelrelatert	Død
3	Svikt i rutine - manglande informasjon ved overføring av pasient mellom to avdelingar	Unødvendig smerte
4	Svikt i system og rutinar, legemiddelrelatert	Livstruande reaksjon
5	Svikt i system og rutinar, manglande tilsyn av pasient	Død
6	Svikt i system og rutinar, kompetanse og tilsyn av pasient	Død
7	Feilkopling av utstyr	Midlertidig forverring i tilstand
8	Monitorering/oppfølging av tilstand	Død

Alle saker er meldt i Synergi

Alle sakene som er undersøkt som del av casegjennomgangen, er meldt som avvik i Synergi. I dei fleste tilfelle har internrevisjonen kjennskap til saksnummeret i Synergi.

Det er gjennomført hendingsanalysar i fire av åtte saker

I fire av åtte saker er det gjennomført anten hendingsanalyse eller hendingsgjennomgang. I sak 3, 4 og 7 er saka gjennomgått og det er utarbeidd læringsmelding eller liknande. I sak 2 er det ikkje gitt informasjon om at det er gjennomført hendingsanalyse eller hendingsgjennomgang.

Det er sett i verk tiltak i alle saker, men i varierande omfang

Det er sett i verk forbetringstiltak i alle saker, men omfanget varierer betydeleg. I dei fem sakene der konsekvensen er dødsfall, er det sett i verk tiltak både når det gjeld system, rutinar og opplæring. I hovudsak blir det peikt på at hendingsanalysane har vore viktige for å avdekke kva som er årsakene til hendingane og for å kunne setje i verk tilstrekkelege tiltak. I sakene 3, 4 og 7 som er av mindre alvorleg karakter, er tiltaket primært å informere tilsette om risiko og minne om bruk av allereie etablerte rutinar.

Alle saker er delt på tvers internt i eige føretak

Alle åtte saker er opplyst å vere behandla internt i kvalitets/pasienttryggleiksutval eller -råd. Det varierer i kva utval dei er lagt fram. I nokre av sakene er det i tillegg delt informasjon på anna vis, mellom anna gjennom læringsmeldingar.

Tre av åtte saker er delt på tvers mellom føretak, men på ulike måtar

Berre ei av åtte saker er meldt på tvers i Helse Vest gjennom melde på tvers-funksjonen. Fleire av hendingane som er undersøkt skjedde før melde på tvers-funksjonen i Synergi var innført. Internrevisjonen har i desse sakene spurt om det på anna vis er informert på tvers mellom føretaka. Dette har berre unntaksvis blitt gjort. I ei av sakene blir det opplyst at det blei ringt rundt til andre føretak då hendinga skjedde, for å gjere andre merksame på risikoen. Det kjem også fram at det før hendinga inntraff, var varsla om risiko, men at den ikkje blei tatt på alvor og følgt opp. I ei anna sak blir det opplyst at saka er delt på tvers ved at den er presentert for det regionale fagdirektørmøtet.

I dei øvrige sakene, er informasjon om hendingane primært delt internt i føretaket.

I ei av åtte saker har leiarar i andre føretak vurdert behov for tiltak

Casegjennomgangen indikerer at det i for liten grad har skjedd *læring på tvers* i dei utvalte åtte sakene, men med nokre unntak.

I sak 1 kan fleire stadfeste å ha motteke informasjon om hendinga og viktige læringspunkt. Det er i denne saka sett i verk tiltak eller undersøkt behov for tiltak i alle føretak. Dei intervjua som kjenner til saka meiner det er liten risiko for at hendinga kan gjenta seg.

I tre av åtte saker har leiarar i andre avdelingar i same føretak vurdert behov for tiltak. Dette gjeld sak 1, sak 5 og sak 6. Fellesnemnaren for desse sakene er at fleire avdelingar og miljø anten var direkte eller indikerte involvert i hendingane.

I sak 5 og 6 meiner dei intervjua at risikoen for at tilsvarande hendingar kan skje igjen er redusert som følgje av tiltak som er sett i verk på systemnivå, men at det likevel ikkje kan utelukkast som følgje av den menneskelege dimensjonen (m.a. at folk kan gjere feil).

I fleire av dei andre sakene, er det indikasjonar på at det ikkje har skjedd læring på tvers:

- I sak 2 er det gjennomført intervju ved ei anna avdeling enn der hendinga skjedde (i same føretak), og avdelinga skal ha motteke informasjon om hendinga. Dei intervjua var ikkje kjent med hendinga.
- I sak 3, 4 og 7 er det i alle sakene formidla informasjon om hendingane gjennom læringsmelding eller liknande tiltak, men i intervju ved andre avdelingar enn der hendingane skjedde, er det ingen som kjenner til desse. Fleire medgir at dei ikkje kjenner til kor dei kan finne informasjon om læringsmeldingar.
    - I sak 4 er det fleire leiarar som meiner det er risiko for gjentaking av hendinga, ettersom feilen er knytt til to system som ikkje snakkar saman (Meona og Dips). Internrevisjonen får opplyst at det er ei kjent problemstilling i Helse Vest at desse systema ikkje kommuniserer godt nok med kvarandre.
    - Fleire av dei intervjua meiner også at det er risiko for at sak 7 kan gjenta seg. Sak 7 er knytt til feilkopling av utstyr som blir brukt på mange sjukehusavdelingar. I denne saka er det også døme på at tilsette ved avdelinga der hendinga skjedde, heller ikkje var kjent med saka.
- I sak 8 går det fram at det er ulikt korleis ein vurderer læringspotensialet. Nokre av dei intervjua meiner hendinga har viktige læringspunkt som kan vere relevante for andre, medan enkelte meiner at saka ville enda i dødsfall uavhengig av kva ein gjorde, og at det i liten grad er læringspunkt i denne saka. Uavhengig av denne saka var det på føretaksnivå igangsett eit arbeid knytt til å innføre system for å monitorere og følgje opp pasientane sin tilstand, samt også andre kompetansehevande tiltak. Sjølv om det altså er ulikt korleis ein vurderer læringspotensialet i den aktuelle saka, blir det vist til at tiltaka som er sett i verk reduserer risiko for at denne typen hendingar kan skje.

4.5 Læring av dei tinga ein gjer rett

Denne revisjonen har primært omhandla læring på tvers etter uønskte hendingar, men fleire har påpeikt potensiale for å også lære meir av kvarandre på dei områda der ein gjer ting rett.

Fleire av dei intervjua framhevar eit ønskje om å lære meir av dei områda der ein gjer ting rett, og å identifisere viktige faktorar og korleis ein kan bruke dette til å arbeide førebyggjande på andre område. Det blir vist til at ein tradisjonelt har retta merksemda mot å korrigere, heller enn å førebyggje, men at det truleg er eit urealisert potensial i å lære meir av det ein får til. Det blir samtidig peikt på at dette krev systematisk arbeid og ressursar, og at det framleis er slik at ein i størst grad arbeider korrigerande. Gode risikoanalysar, men også eksempel på der det har gått godt, blir trekt fram som aktuelle tiltak for å kunne arbeide meir førebyggjande.

Fallproblematikk blir av fleire trekt fram som eit eksempel der det er stor variasjon mellom avdelingar, men som totalt sett er ei betydeleg utfordring for alle føretaka. Fleire stiller spørsmål ved kvifor nokre avdelingar får til å arbeide med å redusere fallproblematikk, medan andre held fram med å melde avvik på fall utan at det skjer ei utvikling. Her blir det peikt på at avdelingar som har klart å redusere omfanget av fall burde blitt invitert til å dele informasjon om korleis dei har jobba, og at døme der ein får det til kan virke inspirerande og engasjerande. Samtidig er også

> *«Lederne må være engasjerte og ønske å få det til. To faktorer er nødvendig for at det skal skje en endring; enten må lederne følge endringen så lenge at endringen blir automatisk – ellers må endringen være så positiv at alle ønsker å få det til.» Sitat frå leiar i intervju*

leiardimensjonen peikt på som avgjerande for å få til endring, der engasjement i leiinga er av stor betydning for korleis ein både jobbar med det ein gjer feil og det ein gjer rett. Det blir peikt på at dette også gjeld for læring på tvers.

4.6 Vurdering

Internrevisjonen meiner helseføretaka har gjort eit hensiktsmessig grep ved å leggje til rette for at Synergi kan brukast til å sende meldingar om uønskte hendingar på tvers av føretaka. Internrevisjonen meiner vidare at strukturen med «melde på tvers»-grupper i kvart føretak er eit godt tiltak for å sikre at det er dei rette sakene som blir sendt vidare til andre, og for å sikre at informasjonen kjem til dei avdelingane og personane dei er relevant for, og ikkje blir spreidd generelt.

Det er sidan innføringa av systemet i januar 2021 meldt omlag 15 saker på tvers i regionen. Bekymringa om at leiarane ville bli overlessa med melde på tvers-saker har ikkje blitt aktuell, og det synest som ei større utfordring at melde på tvers-funksjonen i for liten grad er kjent i føretaka. Mange leiarar peiker på at dei ikkje har fått informasjon eller signal om å bruke funksjonen, og at det er uklart kva saker systemet skal brukast til. Samtidig viser undersøkinga at mange opplever at det er potensiale for å dele meir med kvarandre.

Slik internrevisjonen vurderer det, gjenstår det arbeid med å sikre god implementering og å gjere viktige avklaringar knytt til bruken av systemet. Internrevisjonen meiner det ikkje er tilfredsstillande at fagdirektørane sitt vedtak om å vurdere teieplikt og personvern ved bruk av systemet ikkje er følgt opp. Internrevisjonen merkar seg at det har vore ulike oppfatningar om kven som hadde ansvar for å følgje opp vedtaket, sjølv om det i vedtaksformuleringa står at det er Helse Vest RHF som skal følgje det opp. Internrevisjonen finn grunn til å påpeike at fagdirektørane må sikre at dei har eit tilfredsstillande system for vedtaksoppfølging. Når det gjeld det aktuelle vedtaket spesielt, meiner internrevisjonen at det er viktig at dette blir følgt opp og vurdert slik at ein kan kome vidare med bruken av systemet for å lære på tvers. Så snart viktige avklaringar er gjort, bør føretaka sikre meir informasjon og opplæring om bruken av systemet. Det bør også rettast merksemd mot at leiarar som saksbehandlar uønskte hendingar, tar stilling til om hendinga kan vere relevante for andre avdelingar og føretak. Basert på det som kjem fram av undersøkinga synast ikkje dette å bli gjort i stor nok grad per i dag.

Det å sikre betre kjennskap til melde på tvers-funksjonen er likevel ikkje nok for å sikre at læring skjer på alle relevante nivå. Manglande arenaer for læring for fagpersonell, samt opplevd tryggheit og kultur for å dele, er føresetnadar ein må arbeide vidare med for å leggje til rette for læring på tvers av uønskte hendingar. Leiardimensjonen og tonen på toppen er i denne samanheng viktig. Leiarar på ulike nivå må gå fram med gode eksempel, oppfordre til bruk av systemet og trygge og støtte tilsette til å vere opne om feil og uønskte hendingar. Det å etablere ein god kultur for å dele på tvers krev truleg oppfølging og merksemd over lang tid. Internrevisjonen meiner vidare at det bør vurderast tiltak som sikrar at læring på tvers er noko som systematisk blir tatt opp i ulike fora (utover kvalitetsutvala), for å kome i gang med arbeidet. Det bør både leggjast til rette for at læring etter uønskte hendingar blir tatt opp avdelingsvis der ulike yrkesgrupper kan treffast (eks. som fast tema i samband med avdelingsvise handlingsplanar, årshjul, møter), samt at det også bør vurderast kva fora og arenaer som ev. kan leggje til rette for at fagpersonell på tvers av regionen kan bidra til å sikre læring på tvers av uønskte hendingar. Fleire har peikt på regionale kasuistikkmøter og fagnettverk som moglege fora.

5 STYRING OG OPPFØLGING AV PASIENTTRYGGLEIKSARBEIDET I FØRETAKA

Arbeidet med pasienttryggleik er på ulike måtar integrert i styringslinjene i føretaka, og toppleiinga i føretaka har høg merksemd på kvalitet- og pasienttryggleik.

Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers, men får generelt mykje rapportering på risikoforhold, indikatorar og arbeid med kvalitet og pasienttryggleik. Når det gjeld rapportering på uønskte hendingar spesielt, ser det ut til at det er variasjon i kva føretaka rapporterer til styra.

5.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande problemstillingar:

- *Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringsliner?*
- *Korleis er styra i helseføretaka og i RHF-et involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka?*

5.2 Integrering av pasienttryggleiksarbeidet i styringslinjene i føretaka

Arbeidet med pasienttryggleik er på ulike måtar integrert i styringslinjene i føretaka. Alle føretaka har sentrale kvalitet- og pasienttryggleiksutval i styringslinjene, leia av anten administrerande direktør (tre føretak), eller fagdirektør (eit føretak).

Vidare er det etablert fast rapportering på indikatorar knytt til kvalitet og pasienttryggleik. Alle føretaka gjennomfører også årleg «leiinga sin gjennomgang», som ledd i å vurdere styringssystemet og sitt kontinuerlege forbetringsarbeid. Det finst vidare ei rekke planar og mål knytt til pasienttryggleik, og det blir vist til at det blir jobba med dette på mange nivå. Internrevisjonen stiller likevel spørsmål ved om oppfølging og gjennomføringa av planar og tiltak alltid er systematisk nok.

Tonen på toppen

Både i intervju og i spørjeundersøking er det gjennomgåande gitt uttrykk for at toppleiinga i føretaka uttrykker klare forventingar om kvalitet og pasienttryggleik. Dei administrerande direktørane gir også sjølv uttrykk for at kvalitet og pasienttryggleik har høg merksemd, og at dei er opptatt av å kommunisere dette tydeleg. I intervju blir det vist til fleire døme på korleis dei administrerande direktørane følgjer opp pasienttryggleik både gjennom formell rapportering og møtebehandling og gjennom andre tiltak som pasienttryggleiksvisittar og besøk på avdelingane (ytterlegare omtala under).

I spørjeundersøkinga som internrevisjonen har gjennomført svarar 4 av 5 leiarar (tilsvarande 84 av 105 respondentar) at dei i stor/svært stor grad opplever at overordna leiing har tilstrekkeleg merksemd på pasienttryggleik. Svara i Helse Vest si eiga forbetringsundersøking understøttar også at toppleiinga i føretaka uttrykker klare forventningar om kvalitet og pasienttryggleik.

Andelen som er einige i påstanden «administrerande direktør støttar opp om arbeidet med pasienttryggleik i helseføretaket» er generelt høg, sjølv om det er noko variasjon mellom føretaka.

Kvalitets- /pasienttryggleiksutval

Som omtala i kapittel 3.7 har alle dei fire føretaka etablert kvalitets-/pasienttryggleiksutval som har som føremål å sikre at føretaka arbeider systematisk med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik. I intervju viser fleire leiarar til at det har vore viktig å sikre at kvalitets- og pasienttryggleiksutval er integrert i styringslinjene, og ikkje ligg på sida som rådgjevande organ.

I tre av føretaka er det overordna kvalitets-/pasienttryggleiksutvalet administrerande direktør sitt utval, og er leia av den administrerande direktøren sjølv (Helse Bergen, Helse Førde og Helse Stavanger). I Helse Fonna er utvalet leia av fagdirektør. Fagdirektør rapporterer derimot vidare aktuelle saker frå kvalitetsutvalet til direktørmøtet i føretaket, som er leia av administrerande direktør.

Pasienttryggleiksvisittar

Pasienttryggleiksvisitt er eit tiltak for å ta opp pasienttryggleik mellom administrerande direktør, einingsleiarar og tilsette. På revisjonstidspunktet blir det gjennomført pasienttryggleiksvisittar i Helse Bergen, i Helse Førde, og i Helse Stavanger.

I pasienttryggleiksvisitten besøker administrerande direktør utvalde avdelingar for å diskutere pasienttryggleik og aktuelle hendingar med tilsette og leiarar for å utvikle ein openheitskultur. Det blir i intervju påpeikt at pasienttryggleiksvisitten er viktig for å rette merksemd mot pasienttryggleik og forbetringsarbeid på avdelinga, og at det er eit viktig signal om at øvste leiing er opptatt av korleis avdelingane arbeider med pasienttryggleiken.

Det går fram av intervju at det har vore vanskeleg å gjennomføre pasienttryggleiksvisittar under pandemien, og at det derfor har blitt gjennomført færre slike enn ønskeleg i ein periode.

AD-ane blir informert om alvorlege hendingar og pågåande tilsyn

Internrevisjonen får opplyst at alle administrerande direktørar (samt også øvrig leiing) i føretaka blir informert om alvorlege pasientrelaterte hendingar, og at dei er godt informert om tilsyn med verksemda. Som tidligare omtalt er det etablert rutinar som skal sikre at leiinga i føretaka blir informert om alvorlege pasientrelaterte hendingar, såkalte § 3-3 a meldingar. I nokre tilfelle blir også administrerande direktør eller fagdirektør involvert i å vurdere om ei sak skal meldast til Statens Helsetilsyn. Informasjon om § 3-3 a meldingar blir ofte gitt raskt etter hendinga har skjedd, t.d. på leiarmøte eller morgonmøte. § 3-3 a meldingar blir også gjennomgått i føretaka sine sentrale kvalitets- og pasienttryggleiksutval.

Leiinga sin gjennomgang

Helseføretaka gjennomfører årleg «leiinga sin gjennomgang» for å evaluere verksemda på ein systematisk måte, og sikre at styringssystemet fungerer som føresett. Leiarar på nivå 2 gjennomfører først ein gjennomgang og vurdering av styringssystemet i eigen klinikk, før resultatet av vurderingane blir samanstilt, og dannar grunnlag for administrerande direktør sin vurdering og gjennomgang.

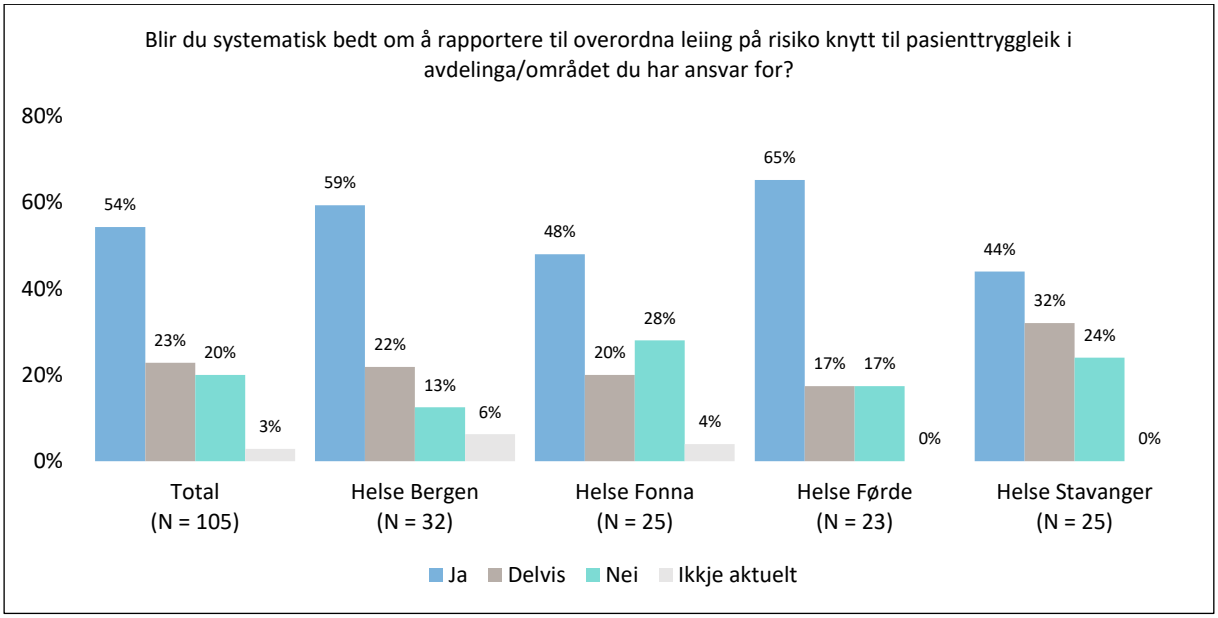
Fleire leiarar i ulike føretak viser i intervju til at dei framleis jobbar med å finne riktig innretning på leiinga sin gjennomgang, både med omsyn til kva som blir gjennomgått, korleis ein kan sikre at all informasjon blir behandla på ein god måte, og å ha tilstrekkeleg tid til å gjennomgå og følgje

opp det som kjem fram i gjennomgangen. Fleire har erfart at det er nødvendig å sikre involvering frå lågare nivå, og at det ikkje er føremålstenleg at gjennomgangen blir for toppstyrt.

Rapportering

Alle føretaka har system for rapportering både på økonomi og på utvalde kvalitetsindikatorar. Internrevisjonen har i spørjeundersøkinga spurt om leiarar systematisk blir bedt om å rapportere til overordna leiing på risiko knytt til pasienttryggleik. Eit fleirtal av leiarane (over halvparten), svarte ja på dette spørsmålet. Det er likevel også ein del leiarar som svarar delvis eller nei. Sjå figuren under.

Figur 24: Rapportering til overordna leiing på risiko knytt til pasienttryggleik - leiarar[39]



5.2.1 Regionale satsingar på pasienttryggleik

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik

Helse Vest RHF har utarbeidd ein regional plan for kvalitet og pasienttryggleik.[40] Planen presenterer utfordringar i pasienttryggleiken i føretaka, forslag til tiltak for å utvikle tenestene, samt informasjon om oppfølging og rapportering. Tiltaka er organisert under kategoriane standardisering, kompetanse og kultur, teknologi, målingar og monotorering, samt organisering og oppgåver.

Det går fram av den regionale planen at føretaka skal operasjonalisere tiltaka frå planen ytterlegare, samt supplere desse med eigne mål og tiltak. Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger har utarbeidd eigne oppfølgingsplanar, medan Helse Førde opplyser at dei ikkje har utarbeidd ein eigen oppfølgingsplan, men brukar den regionale planen[41,42,43] I oppfølgingsplanane til føretaka blir måla ytterlegare konkretisert, og det går fram kven som har oppfølgingsansvar.

[39] Spørsmålet er berre stilt til leiarar som har oppgitt at dei har ansvar for å ta imot og følgje opp avvik
[40] Helse Vest RHF. *Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024*. Vedtatt av styret i Helse Vest RHF den 11. mars 2020.
[41] Helse Bergen. Oppfølging av «Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024» i Helse Bergen. Godkjent i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget 01.12.2020.
[42] Helse Fonna. *Oppfølging av regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 i Helse Fonna.* Godkjent dato: ukjent.
[43] Helse Stavanger. *Handlingsplan kvalitet og pasientsikkerhet SUS, 2020-2024*. Sist oppdatert: 14.01.2021.

Framdrift for kvart enkelt tiltak blir skildra, men ikkje konkret kor langt ein er komne, t.d. står det at eit tiltak «pågår», «har oppstart september 2021» eller «fullført innan 2021».

I intervju blir det påpeikt at det er usikkert kor godt planar for kvalitet og pasienttryggleik er kjent i dei kliniske miljøa. Det er heller ikkje alle leiarane som er intervjua som kjenner til den regionale planen for kvalitet og pasienttryggleik.

Styret i Helse Vest RHF skal årleg skal få ein rapport om status og oppfølging av regional plan for kvalitet og pasienttryggleik. Rapporteringa til styret for 2021 inneheld ikkje ein gjennomgang av status på kvart enkelt tiltak, men gir ein overordna oppsummering.[44] Rapporteringa viser mellom anna at det er variasjon i korleis helseføretaka har følgt opp den regionale planen.

Blant dei intervjua leiarane blir det gitt utrykk for ein uvissheit knytt til om deira føretak systematisk har rapportert på måla i planen for kvalitet og pasienttryggleik, og det blir påpeikt at det er ein omfattande plan å rapportere på. Administrerande direktør i Helse Vest RHF viser til at det bevisst har vore avgrensa rapportering på planen under pandemien for å skjerme føretaka frå oppgåver slik at dei kunne få konsentrere seg om å sikre stabil drift, men at det tidlegare har vore årleg rapportering på tiltaka i planen.

Topp fem risiko

I 2020 vedtok Helse Vest RHF «topp fem risiko». Dette er fem risikoområde som føretaka skal ha eit særleg fokus på dei kommande åra.[45] Følgjande fem område er peikt ut:

- Legemiddelområdet
- Vald og truslar mot medarbeidarar
- IKT og informasjonssikkerheit
- Ekstern turnover
- Uønskt variasjon –radiologi og ortopedi

Føremålet med prosjektet er å få eit betre og meir aktivt grep om risikostyringa, samstundes som det blir lagt til rette for styrke regionalt samarbeid og læring på tvers av helseføretaka. Administrerande direktør i Helse Vest RHF viser til at opprettinga av dei fem risikoområda til dels er eit forsøk på å omsette plan for kvalitet og pasienttryggleik i praksis, slik at det skal bli enklare å synleggjere Helse Vest RHF sine mål for arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik for føretaka.

Rapportering på dei fem risikoområda blir ivaretatt på fleire plan. I tertialrapporten til Helse Vest RHF blir status på områda presentert, mellom anna kva mål som er oppnådde så langt, og kva vidare oppfølgingspunkt er. Dei fem risikoområda er også omtalt i Helse Vest RHF si årlege melding til Helse- og omsorgsdepartementet.[46]

[44] Helse Vest RHF: Rapportering på Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024. Styresak 042/21.
[45] Helse Vest RHF: *Topp 5 risiko for felles risikostyring i Helse Vest*. Sak 135/20. Godkjent i styret 09.12.202
[46] Helse Vest RHF: Årleg melding 2021 for Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet.

5.3 Styra si involvering i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers

Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers, men får generelt mykje rapportering på risikoforhold, indikatorar og arbeid med kvalitet og pasienttryggleik. Når det gjeld rapportering på uønskte hendingar spesielt, ser det ut til at det er variasjon i kva som blir rapportert til styra.

Rapportering til styra

Føretaka rapporterer til styra gjennom faste rapportar (rapport frå verksemda eller virksomhetsrapportar – namna er litt ulike). Det blir rapportert på faste indikatorar på pasientbehandling og kvalitet (t.d. inntak, ventetider, døgn- og korridorpasientar, epikriser), personell, HMS og økonomi.

Alle styra i føretaka får informasjon om leiinga sin gjennomgang (jf. omtale i førre kapittel)[47][48][49][50], samt status for risikostyring. Alle desse dokumenta gir viktig informasjon om identifiserte utfordringar innan kvalitet og pasienttryggleik, og om styringgssystemet.

Styra får også rapportering gjennom året som er knytt til kvalitet og pasienttryggleik, mellom anna tilsynssaker i verksemdene, pasientskadar (målt ved GTT), omfang av § 3-3 a saker m.m. Når det gjeld uønskte hendingar spesielt, er det litt ulikt i korleis og i kva grad dette blir rapportert. I avsnitta under trekk vi fram noko av det som er rapportert. [51]

I **Helse Bergen** skal styret ifølgje årshjul for indikatorar i «Rapport frå verksemda» få rapportering om meldetilbøyelegheit og registrerte hendingar i Synergi fire gongar per år. Dette gjeld likevel berre HMS-saker, og ikkje uønskte pasientrelaterte hendingar. Det er derimot rapportert på omfanget av § 3-3 a hendingar som er meldt til Statens Helsetilsyn og UKOM i styremøta i oktober og desember 2021. Det er ikkje omtalt kva sakene dreier seg om eller gjort ei vurdering av omfanget, utover utviklinga mot året før. Til styremøtet i juni (både i 2021 og 2022) er det rapportert om førekomst av pasientskadar målt ved hjelp av GTT. Begge åra er det rapportert om nedgang i førekomsten av pasientskadar.

I protokoll frå styremøtet 8. oktober 2021 er det vist til at styret ønskjer ein gjennomgang av korleis føretaket rapporterer og arbeider med dei særleg alvorlege pasientrelaterte hendingane som er omtala i rapport frå verksemda til aktuelt styremøte.

I årleg melding for 2021 frå Helse Bergen til Helse Vest RHF (som er styrebehandla i Helse Bergen) blir det vist til at sentralt kvalitets- og pasienttryggleiksutval og lokale kvalitets- og pasienttryggleiksutval har viktige roller i arbeidet med å følgje med og setje i verk tiltak for å redusere risiko for pasientrelaterte uønskte hendingar, og at utvala går gjennom rapportar om både alvorlege hendingar som er varsla Helsetilsynet og UKOM, rapportar om uønskte

[47] Helse Fonna: Leiinga sin gjennomgang 2021
[48] Helse Bergen: Leiinga sin gjennomgang 2021
[49] Helse Førde: Leiinga sin gjennomgang første kvartal 2022
[50] Helse Stavanger: Ledelsens gjennomgang 2021
[51] Internrevisjonen gjer merksam på at vi ikkje har gått gjennom alle styresaker, men at vi har sett på eit utval styresaker, der det er tydeleg frå sakslista at sakene gjeld pasienttryggleik, leiinga sin gjennomgang, avviksrapportering og liknande. Internrevisjonen er også kjent med at det i tillegg til saksdokumenta som ligg ute også blir gitt munnlege orienteringar til styra.

pasientrelaterte hendingar som er meldt internt i Helse Bergen og læringsnotat om kjende risikoområde. I årleg melding er også melde på tvers-funksjonen i Synergi omtalt (sjå kapittel 4).

I **Helse Fonna** får styret gjennom fast sak «rapport frå verksemda» ei oversikt over uønskte hendingar som gjeld HMS, men informasjon om pasientrelaterte hendingar er ikkje inkludert i denne rapporteringa. Nokre månadar får styret også gjennom «rapport frå verksemda» oversikt over talet på § 3-3 a-saker, men det går ikkje fram kva saka omhandlar utover kva klinikk hendinga har skjedd på. Styret i Helse Fonna har vidare fått ein årsrapport om avvikshandtering som gjeld pasientrelaterte hendingar, med analysar av utviklinga i omfang av avvik og ulike typar kategoriar avvik. [52] I rapporten får styret mellom anna informasjon om kva typar avvik (kategoriar) det blir meldt flest av, og grafar og figurar som viser utviklinga over tid.

I Helse Fonna si årlege melding for 2020,[53] blir også GTT-metoden omtalt, og korleis føretaket ligg an med tanke på målsetningar for dette. Statistikken viser at Helse Fonna hadde pasientskadar i 17 prosent av sjukehusopphalda i 2019. Det blir vist til at føretaket jobbar med å redusere legemiddelfeil, fall, trykksår, underernæring og infeksjonar, og at det er iverksett fleire forbetringsprosjekt for å redusere pasientskadar. I årleg melding for 2021[54] går det fram at andelen pasientskadar har gått ned til 12,5 prosent, men at ein framleis ikkje er på målet som er 10 prosent.

Det går vidare fram av årleg melding at Helse Fonna deltek i arbeidet med å leggje til rette for melding på tvers mellom føretak i regionen. Vidare at føretaket har publisert og distribuert tre læringsmeldingar med utgangspunkt i uønskte hendingar. Det er ikkje konkretisert kva hendingane omhandlar.

I den årlege meldinga for 2021 får styret også informasjon om føretaket sine rutinar for § 3-3 a saker.[55]

I **Helse Stavanger** får styret gjennom den faste styresaka «virksomhetsrapport» statistikk over talet på pasientrelaterte saker og uønskte hendingar i Synergi den siste månaden. Det går også fram om det er auke eller reduksjon i talet på hendingar frå føregåande månad. Enkelte månadar får styret gjennom verksemdsrapporten også eit samandrag over Synergimeldingar dei siste 12 månadane, samt kva kategoriar det blir meldt flest avvik i. I verksemdsrapporten frå april 2021 går det fram at det er meldt flest avvik innan behandling og pleie og legemidlar dei siste 12 månadane.[56]

Gjennom verksemdsrapporten får styret i Helse Stavanger også ein månadleg oppdatering på § 3-3 a-saker, samt kva område desse sakene er frå. Det blir også gitt informasjon om oppfølgingstiltak som er iverksett på klinikkar med mange § 3-3 a-saker. I verksemdsrapporten frå august 2021 blir det t.d. vist til at kvinneklinikken, som gjennom sommaren har hatt fleire § 3-3 a-saker, har igangsett eit analysearbeid for å finne eventuelle fellestrekk og risikoområde.[57] Saka blir vidare

[52] Helse Fonna: Avvikshandtering – årsrapport 2020
[53] Helse Fonna: Årleg melding 2020
[54] Helse Fonna: Årleg melding 2021
[55] Helse Fonna: Årleg melding 2021
[56] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per april 2021
[57] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per august 2021

følgt opp i verksemdsrapporten frå august 2021, der det går fram at klinikken ikkje har funne fellestrekk mellom sakene, men identifisert læringspunkt i kvar sak.[58]

Det går også fram av verksemdsrapporten frå september 2021[59] at Helse Stavanger har eit forbetringsarbeid for å sikre betre oppfølging av pasientar og pårørande som har opplevd alvorlege uønskte hendingar.

I Helse Stavanger si årlege melding for 2020,[60] går det fram at Helse Stavanger planlegg ein kommunikasjonssatsing som skal bidra til å fremme en kultur som legg til rette for at tilsette har lav terskel for å sei ifrå om risiko og at leiarar kan ta imot tilbakemeldingar på ein god måte frå sine tilsette. I årsmeldinga blir styret også informert om «melde på tvers»-funksjonen i Synergi. I årsmeldinga for 2021[61] får også styret informasjon om at Helse Stavanger har «sendt og mottatt meldingar i systemet (melde på tvers)», men det blir ikkje spesifisert kor mange meldingar det er, eller på kva område dei er på. Det går vidare fram av årleg melding for 2021 at alvorlege uønskte hendingar blir følgt opp gjennom hendingsanalysar-/gjennomgang, og at resultatet av dette blir presentert i kvalitets- og pasienttryggleiksutvalet for å sikre erfaringsoverføring til andre einingar. Det står vidare at det «i nokon grad» blir utarbeidd læringsnotat i etterkant. Vidare står det i årsmeldinga at det er etablert læringsnettverk for erfaringsoverføring i føretaket, og at simulering blir nytta aktivt som læringsarena.

Både i årsmeldinga for 2020 og 2021, samt i ein verksemdsrapport frå oktober får styret informasjon om føretakets arbeid med GTT-gjennomgangar. I verksemdsrapporten går det fram at 12 prosent av pasientoppholda i 2020 hadde minst ein pasientskade. Målet er å redusere dette til 10 prosent.[62]

I **Helse Førde** blir det ikkje gitt fast rapportering på avvik, uønskte hendingar eller 3-3 a-meldingar gjennom «rapport frå verksemda», men i eit styremøte i mai 2021 får styret informasjon om talet på meldte saker i Synergi frå 1. januar til 31. mars 2021. Det går fram av saka at det har blitt meldt 620 saker i Synergi denne perioden, som er ein nedgang frå 781 saker same periode året før. Dei fleste sakene er klassifisert som mindre alvorlege, men utover dette er det ikkje gitt noko informasjon om type avvik eller kor avvika har skjedd. Administrerande direktør viser i intervju til at rapporteringa på Synergimeldingar til styret har medført at føretaket har avdekka mange uønskte hendingar med høg alvorsgrad innan radiologi, men ved nærare ettersyn viste det seg at årsaka var ulik forståing av korleis avvika skal graderast. Det blir vist til at Helse Førde som følgje av dette også har bidratt i eit regionalt arbeid med å lage tydlegare definisjonar av alvorsgrad i Synergi.

I rapportering frå verksemda januar 2021, står det at «i styremøte planlegg administrerande direktør å gjere nærare greie for status når det gjeld trygg pleie, trygg kirurgi, avviksmeldingar i Synergi, tal kliniske behandlingsstudiar og pasientopphald med pasientskade (målt med GTT).»[63]

I årleg melding for 2020 og 2021 blir det informert om funksjonalitet for å sende melding om uønskte hendingar på tvers av føretaka. Det går fram at føretaket har etablert rutinar for

[58] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per september 2021
[59] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per oktober 2021
[60] Helse Stavanger: Årleg melding 2020
[61] Helse Stavanger. Årleg melding 2021
[62] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per oktober 2021
[63] Helse Førde: Rapportering frå verksemda per desember 2021

oppfølging av dette, men det er ikkje ytterlegare informasjon om kor mange meldingar føretaket har sendt eller mottatt.[64]. Det blir også gitt informasjon om føretaket sin bruk av GTT-metoden. Statistikken viser at 14 prosent av pasientopphalda hadde minst ein skade i 2019, og 17 prosent av pasientopphalda i 2020. Målet er 10 prosent. Det er registrert flest legemiddelrelaterte skadar, og årsaka til dei fleste av desse er biverknadar eller reaksjonar. Det går fram av den årlege meldinga at dersom føretakets GTT-team ser eit mønster i skadefunn, tek dei kontakt med aktuell avdeling.

Det går vidare fram av årleg melding for 2021 at føretaket har som mål å publisere minst 10 nye Les og Lær kvart år. Det er ikkje rapportert om kor mange Les og Lær føretaket har publisert i 2021.[65]

I intervju med administrerande direktør i Helse Førde blir det opplyst at styret også har fått informasjon om to enkelthendingar det siste året.

Styret i RHF-et får også fast rapportering på indikatorar knytt til kvalitet gjennom rapportering frå verksemda. Styret blir også informert om pågåande tilsynssaker, og oppfølging og rapportering på dei «topp fem» risikoområda som føretaka skal ha særleg merksemd på dei komande åra. Årlege meldingar blir også styrebehandla.

Styra sin funksjon i å leggje til rette for læring på tvers

I intervju med toppleiinga i alle føretaka blir det gitt uttrykk for at styret er engasjert i og opptatt av kvalitet- og pasienttryggleik, risikoområder/risikostyring og korleis føretaka arbeider med uønskte hendingar. Som omtalt over, mottar styra rapportering på arbeid med, og risiko knytt, til kvalitet- og pasienttryggleik, mellom anna omfanget av uønskte hendingar og § 3-3 a saker. Enkelte viser til at styret også kan få informasjon om enkelthendingar, men at møta i slike tilfelle må lukkast for ålmenta, eller at sakene må anonymiserast.

Nokre leiarar fortel at dei er usikre på kor mykje rapportering styret eigentleg ønskjer om uønskte hendingar. Ein av dei intervjua fortel at det for nokre år sidan blei gjort eit arbeid for å summere opp alle § 3-3 a-sakene slik at dei kunne presenterast for styret, men at det blei tatt bort fordi styret ikkje ønska rapportering om dette.

Etter det internrevisjonen får opplyst, har ikkje styra ein spesifikk funksjon i å sikre at uønskte hendingar blir delt på tvers mellom føretaka. Fleire av leiarane som er intervjua gir uttrykk for at det ikkje er nødvendig at styret kjenner til enkeltsaker, og at det vil vere svært omfattande dersom styret skal involverast i og diskutere enkelståande uønskte hendingar.

Det blir i intervju poengtert av fleire leiarar at det er viktigare å sikre at det finst system, rutinar, møteplassar og kultur for at fagmiljøa delar informasjon og lærer av kvarandre, snarare enn at toppleiarar og styret kjenner til og deler informasjon om enkeltsaker. Styret og leiinga bør derfor vere opptatt av om det er etablert rutinar og strukturar, samt etterspørje korleis dette verkar og om det bidreg til læring på tvers.

I Helse Vest RHF si årlege melding for 2021 blir melde på tvers-funksjonen i Synergi kommentert. Her blir det peikt på at det er behov for å vidareutvikle ordninga og gjere den betre kjend i kvart

[64] I 2020 var det tilrettelagt for melding på tvers i testversjonen i Synergi, men ikkje i driftsversjonen.
[65] Helse Førde: Årleg melding 2021

føretak/institusjon. Det er ikkje lagt fram tal på kor mange hendingar som er meldt, og kva dei ev. handlar om.

5.4 Vurdering

Internrevisjonen meiner undersøkinga viser at toppleiinga i føretaka har høg merksemd på kvalitet og pasienttryggleik. Dette er viktig fordi tonen på toppen påverkar det som skjer lenger nede i organisasjonen. Føretaka jobbar med kvalitet og pasienttryggleik på ulike nivå og på mange område. For at toppleiinga skal ha betryggande kontroll, utan å kjenne alle detaljane i drifta, er det nødvendig med god rapportering på risikoforhold og korleis desse blir følgt opp. Det er gjennom undersøkinga ikkje kome fram at leiarane opplever å mangle vesentleg informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold som har betydning for pasienttryggleiken, sjølv om det blir vist til at ein arbeider med å finne ein god form på risikostyring og leiinga sin gjennomgang.

Internrevisjonen har gjennom intervjua likevel merka seg at både oppfølging av planar og gjennomføring av leiinga sin gjennomgang, ikkje nødvendigvis framstår systematisk nok. Det blir vist til at pandemien har prega sjukehus på alle nivå, og at ei viktig prioritering i pandemien har vore å sikre stabil drift framfor å rapportere på planar og tiltak.

Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers. Når det gjeld rapportering på uønskte hendingar spesielt, ser det ut til at det er variasjon i kva som blir rapportert til styra. Basert på den informasjonen som er offentleg tilgjengeleg i styredokument, ser det ut til at Helse Stavanger rapporterer meir omfattande til sitt styre enn dei andre føretaka når det gjeld uønskte hendingar.

Internrevisjonen si samla vurdering av rapporteringa til styra om uønskte hendingar, er at den hos nokre føretak framstår noko fragmentert. Internrevisjonen stiller spørsmål ved om dette legg til rette for at styra kan vurdere om etablerte system og rutinar som skal leggje til rette for læring av uønskte hendingar – og læring på tvers – fungerer tilfredsstillande.

6 KONKLUSJON OG TILRÅDINGAR

Helseføretaka har etter forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta **plikt til å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskte hendingar og forbetringsområde**, jf. § 6 d og § 6 g. Det er likevel ikkje nok å ha oversikt, kunnskapen må også brukast til forbetring. Når det blir avdekka svikt eller uønskte hendingar, har helseføretaka **plikt til å lukke avvik og setje i verk korrigerande tiltak** jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 9 a og § 9 b.

Det har vore fleire eksempel på alvorlege hendingar i Helse Vest der avdelingar på same sjukehus ikkje har lært av kvarandre, og der konsekvensen har vore fatal for pasientane. Det er **svekkande for tilliten til spesialisthelsetenesta at same feil kan gjenta seg fleire gongar på ulike avdelingar eller sjukehus, når det finst tiltak som kunne ha forhindra det**.

Helsedirektoratet er tydelege på at øvste leiing bør sikre at verksemda følgjer opp og vurderer om identifiserte utfordringar og tiltak som er sett i verk kan vere aktuelle for andre avdelingar. Tiltak som er gjennomførbare og som gir effekt, bør delast med resten av verksemda der det er relevant. [66]

Føretaka i Helse Vest har system og rutinar som skal bidra til dette, gjennom at uønskte hendingar, risikoforhold og statistikk frå avviksmeldesystemet blir behandla og vurdert i føretaka sine kvalitet- og pasienttryggleiksutval. Helse Vest RHF har, etter initiativ frå eit av føretaka, også vidareutvikla avviksmeldesystemet Synergi slik at det frå januar 2021 er gjort mogeleg å dele viktig informasjon og læring frå uønskte hendingar på tvers *mellom føretaka*. Dette er etter internrevisjonen si vurdering eit stort skritt i riktig retning, og legg til rette for at det no både kan lærast på tvers i eige føretak og mellom føretak.

Gode planar, system og strukturar, og systematisk og kontinuerlig forbetringsarbeid, er viktig for å lukke avvik og førebygge uønskte hendingar. Men det bør ikkje undervurderast kor krevjande det er å få til endring i praksis. Endring krev systematisk og kontinuerleg leiaroppfølging. Endring føreset også ein kultur prega av openheit, der feil og uønskte hendingar blir ansett som ei kjelde til forbetring, heller enn som uthenging av personar og skuld og skam.[67]

Internrevisjonen meiner det er eit potensial for å lære meir av kvarandre i Helse Vest. Både leiarar og tilsette er i stor grad einige i dette. Sjølv om både system og rutinar på fleire område er på plass, er det barrierar som hindrar at det skjer læring på alle relevante nivå. Desse barrierane, med nokre unntak, gjeld både for læring på tvers *i eige* føretak og læring på tvers *mellom* føretaka.

For det første er det **utfordringar med «input» i avviksmeldesystemet.** I undersøkinga blir det både peikt på forhold som blir meldt som avvik, men som ikkje burde vore meldt, og på forhold som burde vore meldt som avvik, men som ikkje blir det. Totalt sett blir det meldt eit stort omfang pasientrelaterte avvik i Helse Vest, i underkant av 20.000 saker kvart år. Resultatet er at leiarane ikkje opplever at dei har nok tid til å arbeide med dei viktige sakene, og at dei brukar mykje tid på å saksbehandle mindre viktige saker. Det er altså både utfordringar med innhaldet i det som blir meldt, og med omfanget. At avvikssystemet legg opp til at leiarane skal gjennom mange ulike steg

[66] Helsedirektoratet: Rettleiar til forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Gjennomføre - Helsedirektoratet
[67] Ibid, Korrigere - Helsedirektoratet

i saksbehandlingsprosessen, uavhengig av alvorsgrad og type sak, forenklar ikkje jobben til leiarane. **Dette påverkar også «output» av systemet, både når det gjeld læring, og moglegheit for god styringsinformasjon frå systemet.** Systemet blir i stor grad brukt til rapportering, og i mindre grad til læring.

Årsakene til at dette skjer er samansette, og krev tiltak på fleire nivå. **Mangel på kompetanse/opplæring**, er ei opplevd utfordring både for leiarar og tilsette. Tilsette er usikre på kva dei skal melde som avvik, og mange etterlyser meir opplæring og rettleiing. Sjølv om føretaka har rutinar for avviksmelding, indikerer undersøkinga at tilsette er usikre på korleis dei skal handheve desse i praksis, og det kan vere behov for nærare operasjonalisering av rutinar eller rettleiing/opplæring på avdelingsnivå. Mange leiarar opplever ikkje at dei har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid. I intervju blir det vist til at kompetansen til leiarane i Helse Vest er svært varierande. Det å gjere gode årsaksanalysar av kvifor uønskte hendingar oppstår, setje i verk korrigerande tiltak, samt evaluere om tiltaka adresserer rotårsakene og verkar, er avgjerande for å lære, men dette krev både systematikk og kompetanse. **Mangel på tid** er også ei opplevd utfordring både for tilsette og for leiarar. Det er ikkje nok tid til å melde avvik, og det er ikkje nok tid til å følgje dei opp. Å skape tid, kan handle om å prioritere rett. Tydelegare avklaring og meir opplæring rundt kva som skal og ikkje skal meldast, kor ulike hendingar skal meldast, og kven som skal melde dei, kan bidra positivt til dette.

Sjølv om mange gir uttrykk for at det er ein god **openheitskultur** om uønskte hendingar, er det samtidig både gjennom spørjeundersøkinga og intervju peikt på at det er variasjon. Å ha ein god openheitskultur er både viktig for å sikre at uønskte hendingar blir meldt og følgt opp på den enkelte avdeling, og for å sikre læring på tvers. At openheitskulturen på ei avdeling er god, er ikkje nok for at det skal opplevast trygt å dele om uønskte hendingar utanfor avdelinga – på tvers av postar, avdelingar, fagområde og føretak. For å kunne lære av kvarandre, må det vere ein god openheitskultur på alle nivå, og tilsette og leiarar på tvers av avdeling, fagmiljø, profesjon og føretak må møte kvarandre med raushet når ein opnar opp om uønskte hendingar som har skjedd. Gjennom undersøkinga er det gitt døme på at fagmiljøa på tvers av føretaka ikkje alltid møter kvarandre på denne måten. Internrevisjonen meiner at føretaka må arbeide meir med å legge til rette for ein god openheitskultur på tvers. Det er avgjerande at leiarane går fram med gode eksempel. Internrevisjonen meiner vidare at leiarar må agere i tilfelle der fagmiljøa ikkje omtalar kvarandre med rausheit når det er blitt delt på tvers om uønskte hendingar i læringsføremål. Dette bør ikkje vere akseptabelt.

Sjølv om internrevisjonen meiner at føretaka og RHF-et i utgangspunktet har etablert system og rutinar som skal bidra til læring på tvers, manglar det etter internrevisjonen si vurdering ei oppfølgingssløyfe i desse systema. Det blir brukt tid og ressursar på å skrive gode læringsnotat og meldingar om uønskte hendingar, samt også tid til å behandle desse i kvalitets- og pasienttryggleiksutval, men tilsynelatande er det ingen som veit med sikkerheit korleis informasjonen og læringspunkta blir følgt opp. Informasjonsdelinga skjer primært i styringslinja, via kvalitets- og pasienttryggleiksutval eller melde på tvers-funksjonen. Det er ikkje etablert einskaplege system og rutinar for korleis leiarar skal følgje opp denne informasjonen, og som sikrar at informasjon og læring frå uønskte hendingar skjer horisontalt og når heilt fram til alle relevante nivå. Dette opnar for at det er stor variasjon i korleis dette blir gjort, og følgjeleg risiko for at viktig informasjon og læringspunkt ikkje når fram til klinisk personell det kan vere relevant for. I undersøkinga er det eksempel på at både leiarar på lågare nivå og klinisk personell ikkje er kjent med læringspunkt frå uønskte hendingar som kan vere

relevant for dei, på trass av at informasjonen er tilgjengeleg og delt. Internrevisjonen meiner denne risikoen for informasjonssvikt bør reduserast. Melde på tvers-gruppene og/eller kvalitets- og pasienttryggleiksutval kan t.d. ha ei rolle i å etterspørje korleis informasjon og læringspunkt som er delt, har blitt følgt opp. Det bør også utarbeidast ei rutine som omtalar korleis informasjonen skal følgjast opp av den enkelte leiar.

Internrevisjonen meiner det også bør vurderast å legge til rette for at klinikarar og fagmiljø har arenaer der dei får drøfte og lære av uønskte hendingar. Fleire meiner slike arenaer vil vere viktig for at ein skal klare å skape engasjement og eigarskap til læring på tvers etter uønskte hendingar. Internrevisjonen meiner det bør leggjast til rette for at læring på tvers etter uønskte hendingar både blir tatt opp avdelingsvis der dei ulike yrkesgruppene kan treffast (eks. som fast tema i samband med avdelingsvise handlingsplanar, årshjul, møter), samt at det også bør vurderast kva fora og arenaer som ev. kan legge til rette for at fagpersonell på tvers av regionen kan bidra til å sikre læring på tvers av uønskte hendingar. Fleire har peikt på regionale kasuistikkmøter og fagnettverk som moglege fora.

Vidare vil det vere viktig å gjere nødvendige avklaringar om vidare bruk av melde på tvers-funksjonen i Synergi. Det regionale fagdirektørmøtet behandla ei evaluering av melde på tvers-funksjonen i november 2021. Her blei det reist spørsmål om teieplikt og personvern når føretaka deler informasjon om uønskte hendingar på tvers.

Fagdirektørane gjorde eit vedtak der dei bad Helse Vest RHF avklare korleis personvern og teieplikt er ivaretatt mellom helseføretak/sjukehus og RHF, men vedtaket har ikkje blitt følgt opp. Internrevisjonen meiner dette ikkje er tilfredsstillande, og meiner det ser ut til at manglande avklaring har fått følgjer for bruken av systemet. Sjølv om ingen av dei vi intervjua gjennom våren og sommaren 2022 har vist til at manglande avklaring rundt desse spørsmåla har vore til hinder for bruk av systemet, er det tydeleg at omfanget av saker meldt på tvers har gått betydeleg ned. I 2022 er det berre meldt eit fåtal saker.

Oppfølging og styring av pasienttryggleiksarbeidet

Som del av denne revisjonen er det også undersøkt i kva grad arbeidet med pasienttryggleik er integrert i etablerte styringsliner, og korleis styra er involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka.

Internrevisjonen meiner undersøkinga viser at toppleiinga i føretaka har høg merksemd på kvalitet og pasienttryggleik. Dette er viktig fordi tonen på toppen påverkar det som skjer lenger nede i organisasjonen. Føretaka jobbar med kvalitet og pasienttryggleik på ulike nivå og på mange område. For at toppleiinga skal ha betryggande kontroll, utan at kjenne alle detaljane i drifta, er det nødvendig med god rapportering på risikoforhold og korleis desse blir følgt opp. Det er gjennom undersøkinga ikkje kome fram at leiarane opplever å mangle vesentleg informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold som har betydning for pasienttryggleiken, sjølv om det blir vist til at ein arbeider med å finne ein god form på risikostyring og leiinga sin gjennomgang. Internrevisjonen har gjennom intervjua likevel merka seg at både oppfølging av planar og gjennomføring av leiinga sin gjennomgang, ikkje nødvendigvis framstår systematisk nok. Det blir vist til at pandemien har prega sjukehus på alle nivå, og at ei viktig prioritering i pandemien har vore å sikre stabil drift.

Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers, men det blir rapport på indikatorar, arbeid med og risiko knytt til kvalitet og

pasienttryggleik. Når det gjeld særskilt rapportering om uønskte hendingar, er det internrevisjonen si samla vurdering av rapporteringa at den hos nokre føretak framstår noko fragmentert. Internrevisjonen stiller spørsmål ved om dette legg til rette for at styra kan vurdere om etablerte system og rutinar som skal leggje til rette for læring av uønskte hendingar – og læring på tvers – fungerer tilfredsstillande.

Det er krevjande å konkludere på om det er forskjell mellom føretaka når det gjeld i kva grad dei systematisk arbeider med å førebyggje og lære av uønskte hendingar. Internrevisjonen merkar seg at tilsette i Helse Bergen i noko større grad enn i andre føretak svarar meir positivt på spørsmål knytt til om leiinga oppfordrar til å melde uønskte hendingar og at det er ein god kultur for å melde om avvik. Det er tydeleg at Helse Bergen gjennom erfaringar med fleire uønskte hendingar som har gjentatt seg, har tatt grep om oppfølginga av denne typen hendingar, og at det har hatt høg merksemd i organisasjonen.

Internrevisjonen meiner Helse Vest RHF og føretaka har påbegynt eit viktig arbeid med å leggje til rette for læring på tvers. I det vidare arbeidet er det avgjerande å sikre at systema blir brukt og fungerer etter føremålet, slik at pasientar kan møte ei helseteneste som lærer av sine feil uavhengig av kor dei skjer, og som kontinuerleg arbeider med å gi trygge og gode tenester.

Internrevisjonen tilrår at:

1. Helseføretaka sørgjer for at leiinga på alle nivå legg til rette for ein god openheitskultur om uønskte hendingar
2. Helseføretaka sørgjer for at det er tydeleg for tilsette, gjennom rutinar og opplæring, kva avvik som skal meldast, kor dei skal meldast og kven som skal melde dei
3. Helseføretaka arbeidar vidare med å betre datakvaliteten og redusere diskrepansen mellom faktiske avvik og meldte avvik i Synergi (utfordringar knytt til dobbeltregistrering, feilregistreringar m.m), slik at data frå Synergi i større grad kan brukast i det systematiske kvalitetsforbetringsarbeidet
4. Helseføretaka og RHF-et sørgjer for at leiarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid
5. Helseføretaka sørgjer for at læring av uønskte hendingar skjer på alle relevante nivå, også ved å
    - Utarbeide rutinar som er tydelege på korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers, skal følgjast opp
    - Etterspørje korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers, har blitt følgt opp
    - Sørgjer for horisontal læring og etablerer hensiktsmessige arenaer som legg til rette for dette, både på avdelingsnivå og mellom fagmiljø i regionen, t.d. gjennom regionale fagnettverk eller regionale kasuistikkmøter
6. Helseføretaka sørgjer for å implementere og gjere melde på tvers-funksjonen kjent i organisasjonen, inkludert opplæring og rettleiing i kva saker som bør meldast mellom føretaka
7. Helse Vest RHF sørgjer for at spørsmål rundt personvern og teieplikt blir avklart med omsyn til bruk av melde på tvers-funksjonen i Synergi
8. Helse Vest RHF følgjer opp om føretaka i tilstrekkeleg grad har system, rutinar og kultur for å førebygge at uønskte hendingar gjentek seg
9. Styra i føretaka etterspør informasjon om i kva grad føretaka lærer av uønskte hendingar, både internt i eige føretak og mellom føretaka

7 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. 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 Deloitte på oppdrag frå internrevisjonen i Helse Vest RHF.

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	Helse Vest RHF
DATO:	08.03.2023
SAKSHANDSAMAR:	Elisabeth Huseby, Bjørn Egil Vikse
SAKA GJELD:	**Oppfølging av internrevisjonsrapport Læring på Tvers av uønska hendingar**
ARKIVSAK:	2021/1088
STYRESAK:	**036/23**
STYREMØTE:	**22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret sluttar seg til de forslag til oppfølging av internrevisjonen sin undersøking av læring på tvers av uønska hendingar som framgår av saka.

Styret ber om at det blir rapportert på resultat av forbetringsarbeid i første halvår 2024.

Oppsummering

Internrevisjonen har undersøkt om helseføretaka si handtering av uønska hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka i Helse Vest.

Rapporten er delt i tre hovudkapittel:
- Læring etter uønska hendingar på tvers i eige føretak.
- Læring etter uønska hendingar på tvers mellom føretak
- Styring og oppfølging av pasienttryggleiksarbeidet i føretaka

Desse kapitla og områda er godt oppsummert og beskrivne i rapporten og blir ikkje gjentekne i dette saksførelegget.

Rapporten frå internrevisjonen konkluderer med at Helse Vest RHF og føretaka har påbegynt eit viktig arbeid med å leggje til rette for læring på tvers. Samtidig meiner internrevisjonen at det per i dag er ei rekkje barrierar som hindrar læring på tvers, og at det i for liten grad blir følgt opp at læring på tvers skjer i praksis, sjølv om system og rutinar for dette på fleire område er på plass.

Kommentarar

Rapporten frå internrevisor byggjer på eit godt faktagrunnlag og peikar på fleire gode tiltak for forbetring.

Tiltaka som er beskrivne i plan for kvalitet og pasientsikkerheit 2020-2024 er pågåande og vil gi resultat over tid. Ein del av tiltaka frå denne planen vert framheva i internrevisjonen sin rapport, men det kjem i tillegg inn nye punkt som må følgjast opp vidare.

Internrevisjonen legg fram 9 tilrådingar og kvar av desse tilrådingane er kommentert i tabellen under:

	Tilrådingar frå rapporten	Administrasjonen sine kommentarar	Ansvar
1	Helseføretaka sørgjer for at leiinga på alle nivå legg til rette for ein god openheitskultur om uønskte hendingar	Som påpeikt i rapporten, så har HF-a system og rutinar som skal bidra til å sikre dette. Rapporten peiker på at leiarar på alle nivå i større grad må gå føre som gode eksempel og aktivt bidra til god meldekultur. Administrerande direktør vil understreke viktigheita av dette arbeidet, og at dette arbeidet må fortsetje. Tryggleiksklima er også del av den årlege forbetringsundersøkinga og utviklinga kan følgjast over tid.	HF-a

		Helseføretaka rapporterer om fokus på dette i leiarlinjene i helseføretaka.	
2	Helseføretaka sørgjer for at det er tydeleg for tilsette, gjennom rutinar og opplæring, kva avvik som skal meldast, kor dei skal meldast og kven som skal melde dei	Avvikssystemet Synergi som nyttast til sakshandsaming av avviksmeldingar er det same i heile regionen. Det er tilgjengeleg fleire regionale e-læringskurs. Desse kursa gir god opplæring i det som er etterspurd i rapporten, og både RHF-et og HF-a må ha som mål å auke gjennomføringsgraden for desse kursa. Helseføretaka rapporterer om tiltak for å auke kunnskapen, mellom anna tildeling av dei beskrivne e-læringskursa i Kompetanseportalen til nytilsette og utvikling av opplæringsmateriell til bruk i klinikkane. Det er viktig at HF-a har temaet på dagsorden i avdelingsmøte, morgonmøte, internundervising m.m. Rapporten peiker på at mange medarbeidarar er usikre på kva type hendingar som skal meldast. I fleire avdelingar er det låg terskel for å melde sakar, medan det i andre avdelingar er høg terskel. Dei nedskrivne rutinane er i samsvar med nasjonale retningslinjer, og regionen kan vanskeleg avvike vesentleg frå desse, men det vil bli gjort ein regional gjennomgang med tanke på om det er mogleg å gjere rutinane meir forståelege for medarbeidarane.	RHF-et, HF-a
3	Helseføretaka arbeidar vidare med å betre datakvaliteten og redusere diskrepansen mellom faktiske avvik og meldte avvik i Synergi (utfordringar knytt til dobbeltregistrering, feilregistreringar m.m), slik at data frå Synergi i større grad kan brukast i det systematiske kvalitetsforbetringsarbeidet	Helse Vest RHF bidrar med utvikling av Synergi saman med helseføretaka. God meldekultur vil vere eit kontinuerleg arbeid. Det er etablerte gode felles rapportar som gjer det mogleg å følgje utviklinga. Det er lagt til rette gjennom lokale Dashboard som blir nytta av leiinga, tillitsvalde og vernetenesta. Det skjer at fleire melder om same type hending i ei eining, såkalla frekvente hendingar. Det er sidan revisjonen blei utført laga gode rutinar som forenklar behandlinga der fleire medarbeidarar melder tilsvarande hendingar eller avvik. Erfaringar	RHF-et

		med dette må takast med i den vidare utviklinga av ordninga.	
4	Helseføretaka og RHF-et sørgjer for at leiarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid	Dette er ein viktig del av Plan for kvalitet og pasienttryggleik, og arbeidet er pågåande. Forbetringsutdaning og rettleiarutdanning pågår, og talet på årlege deltakarar aukar år for år. Det er i tillegg laga eit program for leiaropplæring som har fokus på leiing av forbetringsarbeid og forbetrande organisasjonar. Dette vil starte våren 2023. Helse Fonna planleggar oppstart av kortare (til dømes 2-dagars) kurs i leiing av kvalitetsforbetring. Det er viktig at HF-a prioriterer deltaking for medarbeidarar og leiarar i forbetringskurs/utdanning.	RHF-et og HF-a
5	Helseføretaka sørgjer for at læring av uønskte hendingar skjer på alle relevante nivå, også ved å ○ Utarbeide rutinar som er tydelege på korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers, skal følgjast opp ○ Etterspørje korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers, har blitt følgt opp ○ Sørgjer for horisontal læring og etablerer hensiktsmessige arenaer som legg til rette for dette, både på avdelingsnivå og mellom fagmiljø i regionen, t.d. gjennom regionale fagnettverk eller regionale kasuistikkmøter	Det er viktig med god informasjon i helseføretaka for å sikre at medarbeidarane får forståing av korleis avviksmeldingar blir handsama og korleis avviksmeldingar kan bli gjort klare for å bli delt på tvers av avdelingar og helseføretak. Fleire helseføretak melder om fokus på å identifisere hendingar som egnar seg for læring på tvers og å legge til rette for gode system for dette. Det vil bli arbeidd med forbetring av rutinane for dette i helseføretaka, med fokus på å spreie gode løysingar mellom HF-a. Helse Vest RHF har stor merksemd på å utvikle og styrke det regionale samarbeidet i regionen. Samarbeidet er sterkt innanfor klinisk behandling, men kan bli enno betre innanfor forsking, utdanning og i det kontinuerlege faglege utviklingsarbeidet. Betre regionalt samarbeid er fokus i fleire parallelle arbeid, slik	RHF-et og HF-a

		som i forskingsstrategi og utdanning av legar, legespesialistar og andre faggrupper. Eit godt døme er regionalt fagnettverk for fagområdet neonatalogi som aktivt tar opp uønska hendingar og deler på tvers i regionen.	
6	Helseføretaka sørgjer for å implementere og gjere melde på tvers-funksjonen kjent i organisasjonen, inkludert opplæring og rettleiing i kva saker som bør meldast mellom føretaka	Helseføretaka blir oppfordra til å auka talet på hendingar som blir melde på tvers. Det er grunn til å tru at fleire meldingar på tvers kan auke merksemda mot denne funksjonen. Pasienttryggleiks- og kvalitetsutvala i helseføretaka må ha stor merksemd på å identifisere hendingar som egnar seg for melding på tvers. Det er helseføretaka som har definert rutinar for- og kven som har tilgang til å melde hendingar på tvers i Synergi. Etter at denne moglegheita er stilt til disposisjon i Synergi er det Helse Vest si vurdering at føretaka har hatt behov for å få på plass gode rutinar og vere sikre på at all nødvendig informasjon og kunnskap er tilgjengeleg før hendinga, tiltak m.m. blir delt. Det vil også vere viktig at ein aktivt tar stilling til kor mykje informasjon som må delast for at andre skal kunne lære av hendinga; sakar som ikkje vil kunne bli gjenkjende av andre vil egne seg for publisering også i opne kanalar som intranett etc.	HF-a
7	Helse Vest RHF sørgjer for at spørsmål rundt personvern og teieplikt blir avklart med omsyn til bruk av melde på tvers-funksjonen i Synergi	Det er satt i verk arbeid for å avklare eventuelle juridiske hindringar, kva som må til for unngå brot på teieplikt eller andre personvernomsyn for pasient og medarbeidarar som har vore involvert. Det er og laga rutinar for kva som kan og ikkje skal registrerast i Synergi, med rettleiande tekst der informasjon skal registrerast.	
8	Helse Vest RHF følgjer opp om føretaka i tilstrekkeleg	Dette punktet overlappar med fleire av dei andre punkta. Helse Vest vil følgje med på	RHF-et og

	grad har system, rutinar og kultur for å førebygge at uønskte hendingar gjentek seg	helseføretaka sine resultat på tryggleiksklima, del medarbeidarar som gjennomfører relevante e-læringskurs, tal medarbeidarar og leiarar som gjennomfører kurs i forbetring. Det er og satt i verk felles tiltak for å ta i bruk modul for risikovurdering. Målet er at alle risiko- og sårbarheisvurderingar skjer på likt format i Synergi. Det vil gi moglegheit for å følgje operasjonell og strategisk risiko for heile føretaksgruppa Helse Vest. Alle helseføretaka deltek i dette arbeidet. Dette er i stor grad del av oppfølging av plan for kvalitet og pasienttryggleik gjennom mellom anna: 1. Deling på tvers av dei beste forbetringsprosjekta i regionen som har overføringsverdi. 2. Auka bruk av simulering i utdanning og vedlikehald av kompetanse i avdelingane. Regionalt kompetansesenter for simulering og helseføretaka sine eigne simuleringsmiljø har viktige roller for opplæring og fasilitering. 3. Auka fokus på forbetringsarbeid og forbetringsleiing som beskrive over. 4. Nytt fagforum for kvalitetsleiarar ved helseføretaka i saman med Helse Vest RHF for å sjå på aktuelle saker, rutinar, innsatsområde. Det er planlagt møter x2 per år. Revisjonsrapporten og tiltak er tema på første møte i mai-23.	HF-a
9	Styra i føretaka etterspør informasjon om i kva grad føretaka lærer av uønskte hendingar, både internt i eige føretak og mellom føretaka	Styra bør minst årleg få presentert statistikk over avvikshendingane som er melde det siste året og korleis avvikshendingane er vurdert og behandla. Tal meldingar på tvers bør vere inngå i denne rapporteringa.	RHF-et og HF-a

Konklusjon
Administrerande direktør vil følgje opp tilrådingane frå rapporten og viser til kommentarar i tabellen over. Regionalt systemeigarskap skal bidra til felles tilrettelegging gjennom bruk og utvikling av Synergi. Administrerande direktør vil følgje opp utviklinga og tiltaka som er sett i verk i Synergi, men også korleis helseføretaka arbeidar med læring på tvers med bakgrunn av internrevisjonsrapporten. Det vil bli rapportert på resultat av forbetringsarbeidet i første halvår 2024.

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	Helse Vest RHF
DATO:	08.03.2023
SAKSHANDSAMAR:	Bjørn Egil Vikse, Sølvi Lerfald
SAKA GJELD:	**Fagleg rapport - Forsking i Helse Vest 2022**
ARKIVSAK:	2021/324
STYRESAK:	**037/23**
STYREMØTE:	**22.03.2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar rapporten «Faglig rapportering 2022» til etterretning.

Oppsummering

Faglig rapport 2022 er den årlege rapporten frå Regionalt samarbeidsorgan for forsking og innovasjon, og omhandlar data frå forskingsprosjekt som har fått tildeling frå Helse Vest sine øyremerkte forskingsmidlar. Rapporten er utarbeidd av Regionalt kompetansesenter for klinisk forsking som er sekretariat for samarbeidsorganet. Rapport for 2022 er den 20. i rekka, og rapportane er tilgjengeleg frå Helse Vest si nettside om forsking. Rapporten blir med dette framlagt for styret i Helse Vest RHF.

Fakta

Faglig rapport 2022 tar utgangspunkt i data frå 298 prosjekt med finansiering frå Helse Vest. Bidraga som inngår i rapporten blir samla inn gjennom RHF-a sitt felles elektroniske rapporteringssystem (eRapport). Deler av Helse Vest sine forskingsmidlar går til ulike insentivordningar, og rapporten gir ein kort omtale av bruken av desse midlane.

Fagleg rapport 2022 tener fleire formål:

1) Den inngår som del av rapporteringsplikta til sentrale styresmakter.
2) Data frå rapporteringa er eit av grunnlaga for arbeid med forskings- og innovasjonsstrategien til Regionalt samarbeidsorgan for forsking og innovasjon. Strategien for 2020-2023 er tidlegare lagt fram for styret i Helse Vest, (sak 082/19). Strategi for 2024-2027 blir ferdig i løpet av 2023, og vil bli lagt fram for styret.
3) Rapporten er utgangspunkt for vurdering av behov for endringar og oppfølging, mellom anna ut frå krav frå styresmaktene. Også i 2023 vil regjeringa sin handlingsplan for kliniske studiar vere eit viktig grunnlag for desse vurderingane.
4) Forskingsrapportane blir nytta til forskingsformidling, mellom anna gjennom Helse Vest sine nettsider og ved at rapportane er gjort tilgjengeleg for alle gjennom RHF-a sin forskingsportal, http://forskningsprosjekter.ihelse.net.
5) Bidragsytarane til rapporten får noko tilbake for rapporteringsinnsatsen.

Søknads- og rapporteringssystema eRapport, eSøknad og eVurdering er utvikla i Helse Vest, og nyttast av alle regionale helseføretak. Samarbeidet RHF-a i mellom har utvikla seg til å bli ein arena der ein utvekslar idear og røynsle utover det som angår sjølve systema. Helse Vest koordinerer arbeidet med ein nasjonal rapport om forsking og innovasjon som blir overlevert til statsråden 26. mai 2023. Data frå eRapport inngår i rapporten. Den nasjonale rapporten vil bli lagt fram for styret i Helse Vest hausten 2023.

Rapporteringa for 2022

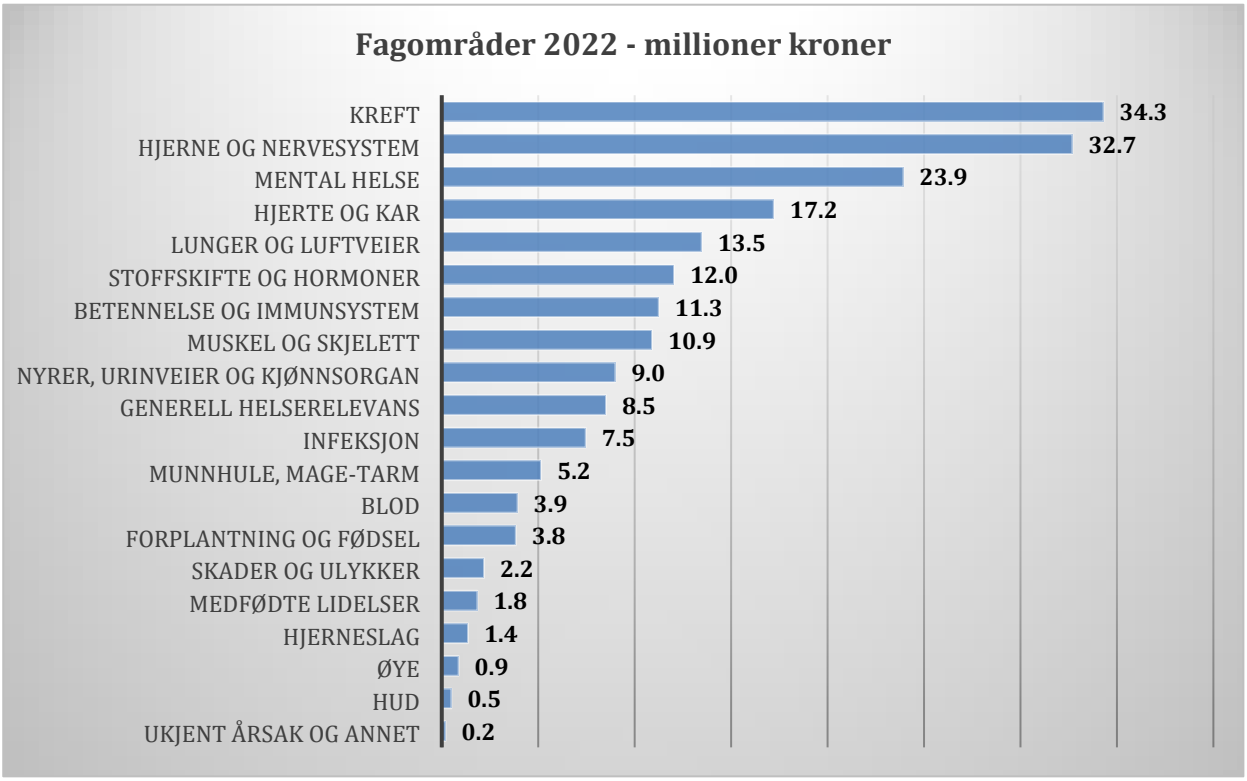
Prosjekta har rapportert forskingsproduksjon i form av vitskapelege artiklar og avlagte doktorgrader. Det er også gitt informasjon om bruk av helseopplysningar, humant biologisk materiale, bruk av forsøksdyr, fagområde, type forsking, involvering av brukarar i forskinga, kliniske studiar, bruk av registerdata, persontilpassa medisin, samarbeid med industri og næringsliv, rusforsking og kjønnsspesifikk forsking. Prosjekt som har levert sluttrapport i 2022, er spurt om prosjektet har ført til innovasjonsrealisering.

Frå side 47 i rapporten er alle prosjekta som har rapportert, lista opp. Rapportane er tilgjengeleg på RHF-a sin forskingsportal. Om ein er interessert i eit enkelt prosjekt, er det enklast å søkje på prosjektnummer.

Nøkkeltal frå årets rapportering

- 82 prosent av prosjekta oppgjer å ha brukarmedverknad, anten i sjølve prosjektet eller i overordna organ som brukarpanel, eller begge delar.
- 73 prosent av tildelte midlar i 2022 gjekk til klinisk forsking. Klinisk forsking omfattar inklusjon av deltakarar i behandlings- og observasjonsstudiar, og anna klinisk forsking som er dataanalysar frå mellom anna register og biobanker utan inklusjon av deltakarar.
- 94 prosent av prosjekta er forsking på menneske eller helseopplysningar som krev godkjenning i samsvar med Helseforskingslova.
- 21 prosent av prosjekta nyttar data frå nasjonale eller sentrale register.
- 15 prosent av prosjekta har samarbeid med industri og næringsliv.
- Fire prosent av prosjekta omfattar forsking på rus, i hovudsak knytt til samspelet mellom rus og psykiske sjukdom.
- 22 prosent av prosjekta forskar innan persontilpassa medisin, i hovudsak gjennom identifisering av diagnostiske markørar for potensiell målretta behandling.
- 33 prosent av prosjekta har kjønnsspesifikk forsking, i hovudsak knytt til kjønnsspesifikke analysar eller forsking knytt til tilstander som vanlegvis rammer kvinner.

Prosjekta som har finansiering i 2022 frå Helse Vest, fordeler seg på 20 fagområde. Figuren under viser fordelinga av tildelte midlar 2022 på fagområda.



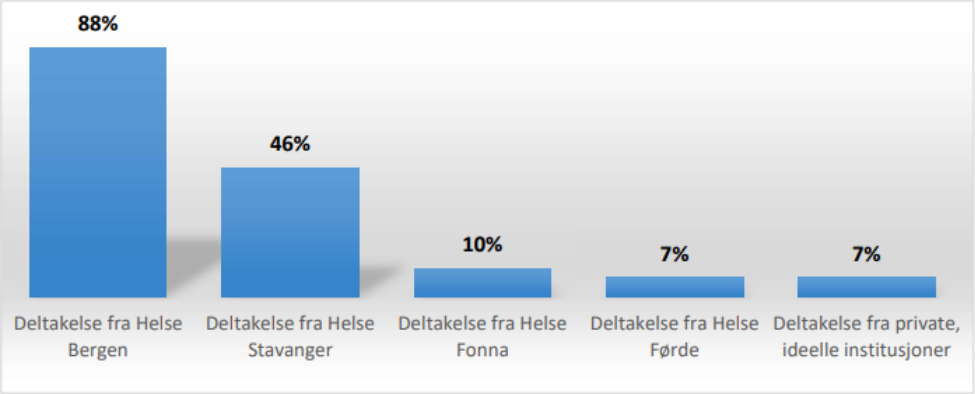
Prosjekta er også klassifisert ut frå type forsking, alt frå underbyggjande forsking til helsetenesteforsking. Tabellen under viser fordelinga av tildelte midlar 2022 på type forsking. Fagområde (helsekategori) og type forsking (forskingsaktivitet) inngår i klassifiseringssystemet Health Research Classification System (HRCS) som også blir brukt av Forskingsrådet og Kreftforeininga. For meir informasjon om kva som inngår i klassifiseringssystemet, sjå rapporten side 40-43.

Type forsking (forskingsaktivitet)	Tildelte midlar 2022
1. Underbyggende forskning	14,0 %
2. Årsaksforhold	14,6 %
3. Forebygging	5,2 %
4. Påvisning og diagnose	18,1 %
5. Utvikling av behandling	18,0 %
6. Evaluering av behandling	17,5 %
7. Håndtering av sykdom og tilstander	7,7 %
8. Helsetjenesteforskning	4,9 %

RHF-a sine felles forskingsmidlar

Dei regionale helseføretaka har felles forskingsmidlar som lysast ut gjennom Nasjonalt program for klinisk behandlingsforsking i spesialisthelsetenesta (KlinBeForsk). Frå første tildeling av midlar for 2017, er det tildelt 1,1 milliardar kroner til 59 prosjekt, og 18 av desse prosjekta er koordinert frå forskingsmiljø i Helse Vest. Figuren under viser deltaking i dei 59 prosjekta frå helseføretak og private, ideelle institusjonar i Helse Vest. (Sjå s. 7-10 i rapporten for meir informasjon.)

Figur 1: Deltakelse fra sykehus i Helse Vest - prosent av 59 KLINBEFORSK-prosjekter



Alle dei 59 prosjekta har deltakarar frå helseføretak/private, ideelle institusjonar i Helse Vest. Figuren viser mellom anna at forskarar i Helse Bergen deltek i 88 % av dei 59 prosjekta.

Vurdering

Samla sett er det ei positiv utvikling av forsking i sjukehusa i vest. Over år har det vore ei auke i klinisk forsking med lik vekt på vitskapleg kvalitet og nytte for pasientar og helsetenesta. Inkludert i dette er også ei rivande utvikling i brukarmedverknad i forsking.

Regjeringa sin visjon, formidla gjennom den nasjonale handlingsplanen for kliniske studiar (2021-2025), er at forsking skal vere ein integrert del av all klinisk praksis. Måla i handlingsplanen fordrar styrking av forsking i alle helseføretak, men også eit godt samarbeid mellom helseføretaka slik at pasientar kan inkluderast i studiar uansett bustad.

Styresmaktene legg vekt på auka bruk av helsedata i helseforsking. Nasjonale tal viser at Helse Vest framleis er best i klassen når det gjeld å nytte registerdata i forsking finansiert av

regionale forskingsmidlar. Sjølv om det har vore ei auke i bruk av registerdata frå sju prosent i 2013 til 21 prosent i 2022, er det ønskjeleg at data blir nytta i enda høgare grad enn i dag.

Rapporteringa for 2022 gir ei første måling av omfanget av forsking innan persontilpassa medisin (presisjonsmedisin) blant prosjekt med finansiering frå Helse Vest. Det er venta vekst i slik forsking i åra framover, i tråd med auka satsing på regional og nasjonal infrastruktur for molekylær diagnostikk, og i tråd med ny nasjonal strategi for persontilpassa medisin som ble lagt fram av regjeringa i januar 2023. Målet er at persontilpassa medisin skal bli ein naturleg del av tenesteutviklinga.

Vedlegg:
Fagleg rapport – Forsking i Helse Vest 2022

HELSE VEST

Faglig rapportering
2022

Forskningsprosjekter 2022

Regionalt samarbeidsorgan for
forskning og innovasjon

HELSE VEST

Høgskulen på Vestlandet

Universitetet i Stavanger

UNIVERSITETET I BERGEN

Lerfald S, Nepstad K, Olsnes T

Faglig rapportering 2022: Forskningsprosjekter

KKF Forskningsrapport 2023, 978-82-8045-057-9

Trykk: Byråservice AS
1. opplag: 180 eksemplarer

ISSN 1504-8659
ISBN 978-82-8045-057-9 (trykket)
ISBN 978-82-8045-056-2 (digital)

Digital utgave, 978-82-8045-056-2
http://helse-vest.no/forsking

Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning, Helse Vest
Regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon, Helse Vest
Armauer Hansens hus
Haukeland universitetssjukehus
Postboks 1400, N-5021 Bergen, Norway
E-post: forskning@helse-vest.no

FORORD

Faglig rapport går gjennom og beskriver trekk ved prosjekter som har finansiering fra Helse Vest, og er et viktig grunnlag for vurdering av bruken av Helse Vests forskningsmidler. Resultatene legges fram for og diskuteres i Regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon.

Hovedkilden til den 20. faglige rapporten er den årlige rapporten som forskerne skal levere gjennom det elektroniske rapporteringssystemet eRapport. Supplerende kilder er blant annet regnskapsrapporter og den nasjonale produksjonsmålingen av forskning.

Som tidligere år samarbeider de regionale helseforetakene om felles spørsmål til forskere som får regionale forskningsmidler. I årets rapportering ble det stilt to nye spørsmål: om prosjektet inkluderer kjønnsspesifikke analyser og om persontilpasset medisin. Data for hele landet vil bli presentert i den nasjonale rapporten for forskning og innovasjon som overleveres statsråden i juni 2023.

Helse Vest RHF
13. februar 2023

Bjørn Egil Vikse
Fagdirektør, Helse Vest
Leder for Regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon
http://samarbeidsorganet.helse-vest.no/

Forskning i Helse Vest: http://helse-vest.no/forsking
Forskningsregister: http://forskningsprosjekter.ihelse.net.

INNHOLD

Faglig rapport 6

Hva rapporteres 6

Samarbeid om rapportering 6

Helse Vests forskningsmidler 6

RHF-enes felles forskningsmidler 7

Deltakere fra alle regioner 9

Helsekategori og forskningsaktivitet 9

Helse Vests forskningsmidler gjennom 20 år 10

Kjennetegn ved prosjektene 11

Health Research Classification System (HRCS) 11

Helsekategori 11

Forskningsaktivitet 12

Klinisk forskning 15

Kliniske behandlingsstudier 16

Persontilpasset medisin 17

Kjønnspesifikk forskning 18

Rusforskning 18

Samarbeid med industri og næringsliv 19

Registerdata 19

Bruk av registre i 2022 20

Bruk av registre i et 10-årsperspektiv 21

Deltakere i forskningsprosjektene 22

Brukermedvirkning i forskning 23

Forskningsetikk – godkjenninger 24

Forskning på mennesker eller helseopplysninger 24

Bruk av humant biologisk materiale 25

Bruk av forskningsdyr 25

Utvikling over år 25

Ekstern finansiering 26

Resultater 28

Vitenskapelige publikasjoner 28

Vitenskapelige publikasjoner rapportert i eRapport 28

Godkjente publikasjoner 29
Doktorgradsstipendiater og vitenskapelige publikasjoner 31
Avlagte doktorgrader 31
Innmeldt gjennom prosjektrapportene 31
Helse Vests doktorgradsstipendiater – status for disputas 32
Helse Vests doktorgradsstipendiater - stipendiatens faglige bakgrunn 34
Godkjente doktorgrader som inngår i målesystemet 35

Disponible midler og tildelte midler 36
Tildelte midler 2022 og overførte midler fra 2021 36
Administrasjon av prosjektene 36
Overførte forskningsmidler 37
Belønningsmidler doktorgrad 38
Insentivmidler – EU og NFR 38

Klassifiseringssystemet (HRCS) 40
HRCS – norske betegnelser 42

Hvem har rapportert i 2022 44
Konsekvenser for helsetjenesten 44
Visning av årsrapporter 45
Oversikt over årsrapporter 2022 47
Status for rapportering fra forskerne 2022 69

Tabeller og figurer

Tabell 1: Fordeling av tilskudd til forskning 2022 7
Tabell 2: Tilgjengelige forskningsmidler 2022 7
Tabell 3: Tallgrunnlag for dragediagram i Figur 4 13
Tabell 4: Samarbeid med næringslivet 2022 (43 prosjekter) 19
Tabell 5: Bruk av sentrale og nasjonale registre - 2022 20
Tabell 6: Deltakere som er nevnt i flest årsrapporter 2022 22
Tabell 7: Deltakerne tilknytning - prosjekter 2022 22
Tabell 8: Prosjekter med brukermedvirkning 2020-2022 23
Tabell 9: Hvem er bruker i prosjektet, 2020-2022 24
Tabell 10: Forskning på mennesker og helseopplysninger 2022 - andel rapporter og tildelte midler 24
Tabell 11: Forskning på humant biologisk materiale 2022 - andel rapporter og tildelte midler 25
Tabell 12: Forsøksdyr i forskning 2022 - andel rapporter og midler 25
Tabell 13: Disputaser 2022 innmeldt av forskere med Helse Vest-finansiering 31
Tabell 14: Kandidatenes fagbakgrunn - innmeldte doktorgrader 2017-2021 fra prosjektrapportene 32
Tabell 15: Administrasjon av prosjektene 2022 – prosjekter som har levert faglig rapport 37
Tabell 16: Fordeling av insentivmidler pr helseforetak 39

Tabell 17: Antall prosjekter og tildelte midler 2022 44
Tabell 18: Innovasjonsrealisering ved innlevert sluttrapport, 2018-2022 (antall prosjekter) 44

Figur 1: Deltakelse fra sykehus i Helse Vest - prosent av 59 KLINBEFORSK-prosjekter 9
Figur 2: Fordeling av tildelt beløp på helsekategori (18 prosjekter, 335 millioner kroner) 9
Figur 3: Helsekategori og prosjekttype – tildelte midler 2022 (mill. kroner) 12
Figur 4: Tildelte forskningsmidler 2022 fordelt på forskningsaktivitet 13
Figur 5: Forskningsmidler 2022 fordelt på forskerutdanning forskningsaktivitet. 14
Figur 6: Forskningsmidler 2022 fordelt på forskningsprosjekt og forskningsaktivitet 14
Figur 7: Forskningsmidler 2022 fordelt på strategiske prosjekter og forskningsaktivitet 14
Figur 8: Kategorier av forskning 15
Figur 9: Kliniske behandlingsstudier - andel prosjekt og midler 2016-2022 16
Figur 10: Tildelte midler 2022 til kliniske behandlingsstudier etter prosjektets omfang (kr. 64 mill.) 17
Figur 11: Valgalternativ for prosjekter innen persontilpasset medisin 17
Figur 12: Kjønnsspesifikk forskning etter kategorier 18
Figur 13: Antall prosjekter som benytter sentrale og nasjonale registre 20
Figur 14: Andel årsrapporter pr. år som oppgir bruk av data fra registre 21
Figur 15: Brukermedvirkning - andel prosjekter (rapporter) 2014-2022 23
Figur 16: Prosjekter som krever godkjenning, 2013-2022 26
Figur 17: Prosjekter pliktig til å søke ekstern finansiering i prosjektperioden 26
Figur 18: Antall rapporterte publikasjoner 2018-2022, eRapport 29
Figur 19: Unike PubMed-artikler - eRapport 2013-2022 29
Figur 20: Vitenskapelige artikler i eRapport vs. godkjente artikler gjennom Cristin, 2018-2022 30
Figur 21: Andel publikasjoner i eRapport av godkjente publikasjoner i målesystemet - 2012-2021 30
Figur 22: Helse Vest-stipendiater - disputaser pr. år 2008-2022 33
Figur 23: Helse Vest-stipendiater tildelt 2010-2021, status for disputas 34
Figur 24: Faglig bakgrunn for Helse Vest-stipendiater som har disputert fra og med 2004 34
Figur 25: Godkjente doktorgrader pr. region - 2013-2021 35
Figur 26: Andel overførte midler av tilgjengelige midler 2013-2022 37
Figur 27: Utbetalte insentivmidler 2016-2022 39

Bilde 1: RHF-enes forskningsregister 45
Bilde 2: Søk i forskningsregisteret 46

FAGLIG RAPPORT

Styret i Helse Vest har delegert vedtaksmyndighet for de regionale forskningsmidlene til Regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon. Dette omfatter de øremerkede forskningsmidlene fra statsbudsjettet, som i hovedsak fordeles til de regionale helseforetakene ut fra forskningsproduksjon, og forskningsmidler tildelt fra Helse Vests egen ramme.

Tildelingen av midler utløser årlig rapporteringsplikt for de som mottar midlene, og årets faglige rapport baserer seg på data fra 298 rapporter innlevert gjennom det elektroniske systemet eRapport.

De innleverte rapportene er enkelt tilgjengelig i søkeportalen http://forskningsprosjekter.ihelse.net/. Benytt oversikten over prosjektene på side 47 for å søke etter prosjekter i nettportalen.

Faglig rapport 2022 benytter også andre datakilder, bl.a. fra den årlige regnskapsrapporteringen og fra produksjonsmåling av forskning i helseforetakene.

Hva rapporteres

Oppsummering av prosjektets aktivitet 2022, enten som årsrapport eller sluttrapport.

Kjennetegn ved prosjektet:

- Fagområde og type forskning
- Brukermedvirkning
- Bruk av helseregistre
- Deltakere i prosjekt
- Godkjenninger

Resultater:

- Vitenskapelige publikasjoner
- Avlagte doktorgrader

Strategiske tiltak som belønningsmidler, posisjoneringsmidler og insentivmidler (EU/NFR) omtales i rapporten.

Samarbeid om rapportering

De fire regionale helseforetakene samarbeider om felles forskningsadministrative systemer. Samarbeidet omfatter utvikling av systemene og samordning av spørsmål som stilles forskerne i den årlige, faglige rapporteringen. Nasjonale og regionale styringssignal er et viktig bakteppe for arbeidet. Felles valglister muliggjør sammenstilling av rapporterte opplysninger på tvers av regioner og er en forutsetning for utarbeiding av den nasjonale forskningsrapporten som kommer ut i 10. utgave i mai 2023.

Helse Vests forskningsmidler

Tilskuddet til forskning gjennom statsbudsjettet er delt inn i et basistilskudd (30 % av totale midler) og et resultatbasert tilskudd (70 % av totale midler). Basistilskuddet er likt for alle regioner. Den resultatbaserte delen av tilskuddet utgjør 70 % av det øremerkede tilskuddet og fordeles etter beregning av et flytende gjennomsnitt av de siste tre års forskningsresultater, basert på forskningsresultater aggregert på RHF-nivå. Tildeling av resultatbasert tilskudd for 2022 baserte seg på gjennomsnittet 2018-2020.

Følgende indikatorer inngår i det resultatbaserte forskningstilskuddet gjennom statsbudsjettet:

- *Produksjon av vitenskapelige artikler*, der forfattere har adressert et helseforetak. Ved beregning av poeng skal forfatterandelene vektes (multipliseres) med en faglig fastsatt tallstørrelse. Kombinasjonene av publikasjonsform og kvalitetsnivå danner kategorier som gir utgangspunkt for vekting. Det gis ekstra uttelling for samarbeid. Institusjonens poeng blir multiplisert med en faktor på 1,3 for internasjonalt samforfatterskap.

- *Avlagte doktorgrader*, der doktorgraden er utført ved eller finansiert av et helseforetak i minimum 50 %.

- *Uttelling for tildeling av ekstern finansiering fra henholdsvis Norges forskningsråd og EU*. Det betyr midler som er regnskapsført i helseforetakene, fratrukket midler som er utbetalt til andre institusjoner.

- *Kliniske behandlingsstudier (KBS)*. Klinisk behandlingsstudie (KBS) er definert som alle kliniske behandlings- og rehabiliteringsstudier som kan påvirke pasientforløpet til forskningsdeltakerne, og som er åpne for inklusjon. Indikatoren består av to tellende faktorer: i) faktor for oppstart av en studie og koordineringsansvar og ii) faktor for antall pasienter.

Tabellene under viser grunnlaget for Helse Vests øremerkede midler til forskning i 2022.

Tabell 1: Fordeling av tilskudd til forskning 2022

Tabell 4.6 Fordeling av resten av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %)	Sum
Helse Sør-Øst RHF	48,5	278,9	327,4
Helse Vest RHF	48,5	88,3	136,8
Helse Midt-Norge RHF	48,5	51,6	100,1
Helse Nord RHF	48,5	34,0	82,5
Totalt	194,0	452,7	646,7

Tabell 2: Tilgjengelige forskningsmidler 2022

	2022
Basistilskudd	48,5
Resultatbasert	88,3
Sum inntekt fra stat	136,8
Midler fra Helse Vests ramme	92,5
Sum, midler til forskning	**229,3**

RHF-enes felles forskningsmidler

Det avsettes årlig midler i statsbudsjettet til RHF-enes program for klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK). Midlene håndteres av Helse Sør-Øst RHF i samråd med og på vegne av de andre regionale helseforetakene, og det er nedsatt et programstyre med representanter fra alle RHF, brukerrepresentanter og med observatør fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Vests representanter i programstyret er Elisabeth Farbu og Renate Grüner, med Gunnar

Mellgren som vara. Hovedmålene med programmet er at det skal bidra til at flere norske pasienter får tilbud om deltakelse i utprøvende behandling gjennom klinisk behandlingsforskning, bidra til økt koordinering av kompetanse, ressurser og infrastruktur og styrke grunnlaget for å gi helsetjenester som er effektive, sikre og av god kvalitet.

Det lyses ut midler hvert år. Den tematisk åpne utlysningen har frist rundt 30. april, mens utlysninger på prioriterte områder i 2022 hadde frist i oktober. Det er krav om deltakelse fra kliniske forskningsmiljø i alle helseregioner og brukermedvirkning, og prosjektene skal legge til rette for rekruttering av pasienter fra alle helseregioner. Les mer på programmets nettside: http://kliniskforskning.rhf-forsk.org/.

Følgende prosjekter der et helseforetak i Helse Vest har hovedansvaret, har fått midler gjennom programmet:

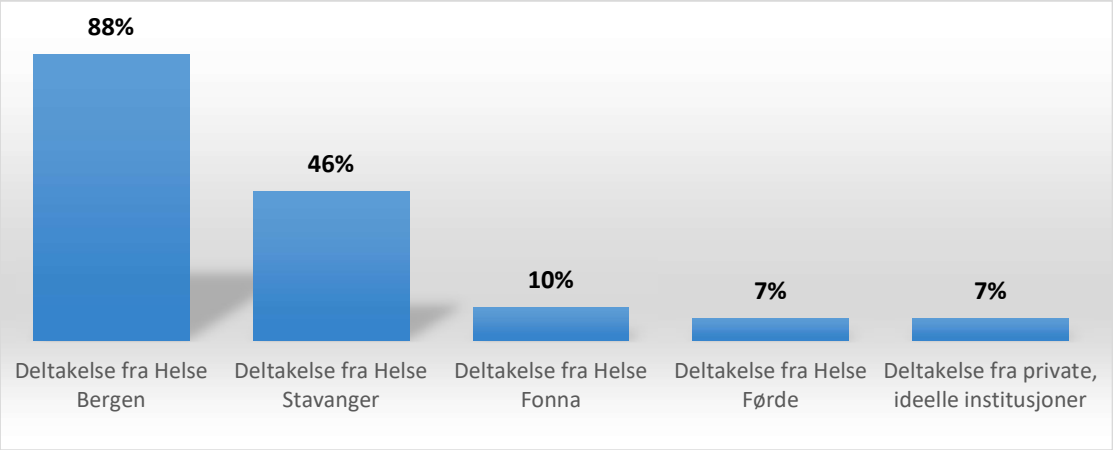
Prosjektleder	Prosjekttittel	Tildelt fra	Koordinerende sykehus
Nina Langeland	Interventions against long COVID in Norway - ReCover	2023	Helse Bergen HF
Hans Olav Ueland	Prospective comparison of sirolimus against corticosteroids in treatment of patients with active thyroid eye disease	2023	Helse Bergen HF
Kjell Arne Johansson	Agonist Treatment with Lisdexamphetamine for Amphetamines Dependence: A Randomised Controlled Trial (ATLAS4dependence)	2022	Helse Bergen HF
Ole-Bjørn Tysnes	Effects of long term ventillation support in ALS on quality of life in patients and their families	2022	Helse Bergen HF
Bjørn Tore Gjertsen	Clinical evaluation of CD37 CAR T for acute myeloid leukaemia	2022	Helse Bergen HF
Dag Årsland	The Norwegian Anti-Dementia Drug Trial Platform (NORADD-TP): A nationwide trial platform of symptomatic and disease-modifying anti-dementia compounds	2022	Helse Stavanger HF
Hildur Skuladottir	Kirurgisk behandling av lipødem	2022	Haraldsplass Diakonale Sykehus
Charalampos Tzoulis	NO-PARK: a phase II randomized controlled trial of nicotinamide riboside in early Parkinson's disease	2022	Helse Bergen HF
Eystein Sverre Husebye	Registry-based randomized trial of glucocorticoid replacement in adrenal insufficiency	2022	Helse Bergen HF
Ole-Bjørn Tysnes	The NO-ALS Study. Effect of Nikotinamide Riboside and Pterostilben in Amyotrophic Lateral Scerosis	2021	Helse Bergen HF
Lars Bø	Study of Mesenchymal Autologous stem cells as Regenerative Treatment for Multiple Sclerosis (SMART-MS)	2020	Helse Bergen HF
Halvor Næss	The Norwegian Tenecteplase Stroke Trial 2 (NOR-TEST 2)	2020	Helse Bergen HF
Kjell-Morten Myhr	Ocrelizumab versus Rituximab off-Label at the Onset of Relapsing MS Disease: The OVERLORD-MS-Study	2020	Helse Bergen HF
Arvid Rongve	Ambroxol and Nilvadipine in early and prodromal Dementia with Lewybodies	2020	Helse Fonna HF
Dorota Goplen	Proteasome blockade to sensitize glioblastoma with unmethylated MGMT promoter to temozolomide chemotherapy:Phase II multicenter clinical trial	2019	Helse Bergen HF
Gerd Kvale	CHANGING THE SPECIALIST MENTAL HEALTH CARE	2018	Helse Bergen HF
Lars Bø	1. Randomized autologous hematopoietic stem cell transplantation vs. Alemtuzumab for patients with relapsing remitting Multiple Sclerosis (RAM-MS)	2017	Helse Bergen HF
Oddbjørn Straume	A Phase 1b/2 clinical trial with Axl kinase inhibitor BGB324 in combination with Dabrafenib/Trametinib or Pembrolizumab in Metastatic Melanoma: Identification of predictive markers of response	2017	Helse Bergen HF

Hittil har 59 prosjekter fått tildeling gjennom programmet, totalt 1,1 milliarder kroner. Alle prosjekter har deltakelse fra ett eller flere sykehus i Helse Vest, mens 18 er koordinert fra et sykehus i Helse Vest, jf. listen over.

Deltakere fra alle regioner

Det er et krav at prosjekter som tildeles midler gjennom KLINBEFORSK-programmet, skal ha deltakelse fra kliniske forskningsmiljø i alle helseregioner. Deltakelse fra institusjoner i Helse Vest fordeler se slik:

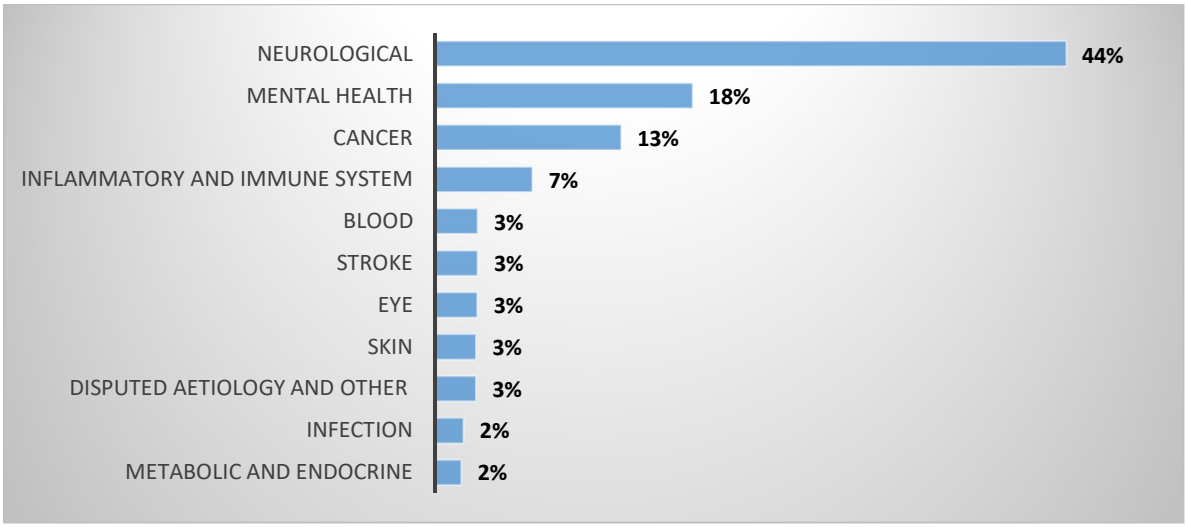
Figur 1: Deltakelse fra sykehus i Helse Vest - prosent av 59 KLINBEFORSK-prosjekter



Helsekategori og forskningsaktivitet

De 18 prosjektene som er koordinert fra et sykehus i Helse Vest, har en samlet tildeling på 335 millioner kroner. Prosjektene fordeler seg slik på helsekategori:

Figur 2: Fordeling av tildelt beløp på helsekategori (18 prosjekter, 335 millioner kroner)



Prosjektene som koordineres av en institusjon i Helse Vest fordeler seg på fire forskningsaktiviteter:

- Utvikling av behandling (55 % av midlene)
- Evaluering av behandling (29 % av midlene)
- Håndtering av sykdom og tilstander (13 % av midlene)
- Forebygging (3 % av midlene)

Helse Vests forskningsmidler gjennom 20 år

Siden foretaksreformen i 2022, har Helse Vest tildelt 3,2 milliarder kroner øremerket til prosjekter og strategiske satsinger, hvorav:

- 440 doktorgradsstipend
- 190 postdoktorstipend
- 300 større prosjekter, karrierestipend og kliniske forskerstipend
- 210 korttidsprosjekter, - stipend og utenlandsopphold
- 150 små og store strategiske satsinger
- Belønningsmidler til hovedveiledere
- Posisjoneringsmidler og insentivmidler rettet mot ekstern finansiering

Omtrent 2/3 av beløpet kommer øremerket gjennom statsbudsjettet, mens resten er avsatt fra Helse Vests ramme gjennom vedtak i styret i Helse Vest.

Total ressursbruk til forskning i vest var 2021 2,7 % av totalt driftsbudsjett. Dette omfatter all ressursbruk til forskning, uavhengig av finansieringskilde, dvs. både grunnfinansiert forskning utført av sykehusenes eget personale i tilknytning til pasientbehandling og forskning finansiert av midler tildelt gjennom eksterne søknadsprosesser. Ressursbruken inkluderer lønn, pensjon, arbeidsgiveravgift, varekostnader, andre direkte og indirekte driftskostnader, avskrivninger m.m.

KJENNETEGN VED PROSJEKTENE

I den årlige rapporteringen skal forskerne besvare en rekke spørsmål knyttet til klassifisering av prosjektet. Helse Vest RHF samarbeider med de andre regionale helseforetakene om felles valglister og valgalternativ. Dataene benyttes blant annet i Nasjonal rapport for forskning og innovasjon som utarbeides på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, og som overleveres statsråden i mai/juni hvert år.

Årets felles valglister

- Helsekategori og forskningsaktivitet (HRCS)
- Klinisk forskning
- Kliniske intervensjonsstudier
- Presisjonsmedisin
- Kjønnsspesifikk forskning
- Rusforskning
- Samarbeid med industri og næringsliv
- Bruk av data fra registre
- Forskningsetikk
- Brukermedvirkning

Valgliste for Helse Vest

- Ekstern finansiering

Health Research Classification System (HRCS)

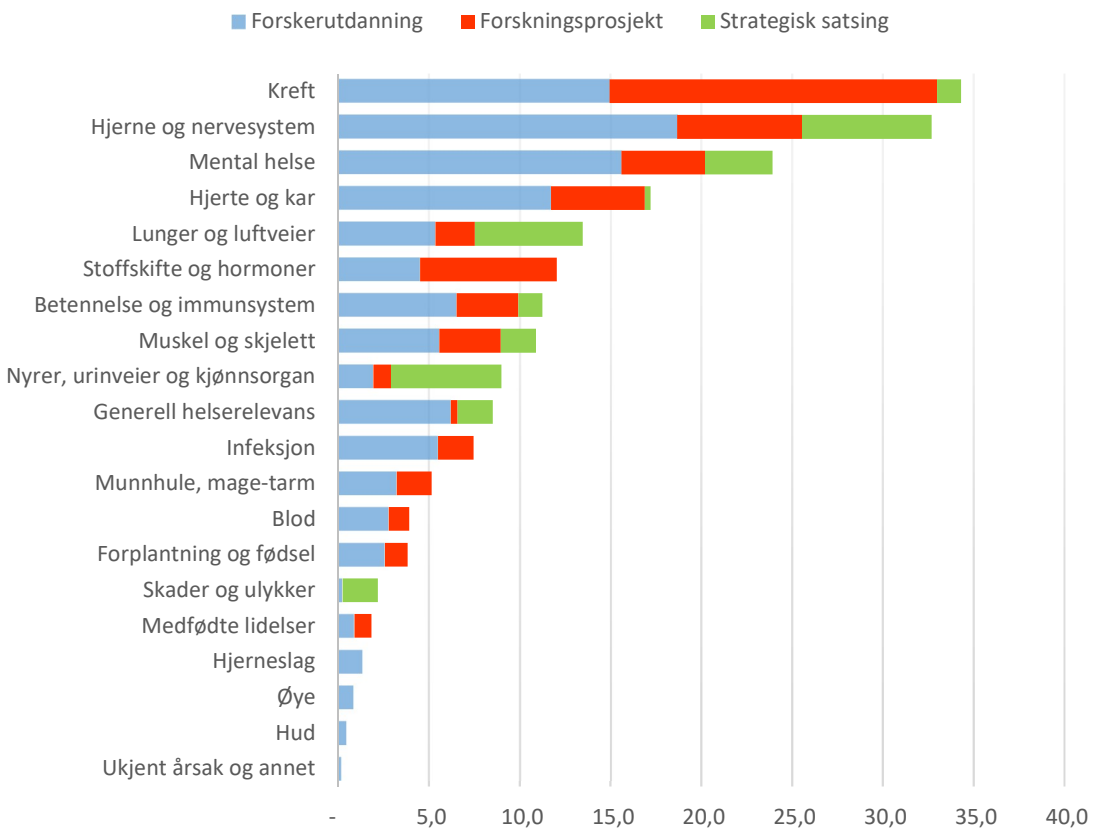
HRCS er et klassifiseringssystem som opprinnelig ble utviklet i Storbritannia. Det har etter hvert blitt implementert i en rekke land. Systemet er todimensjonalt med en inndeling i helsekategorier (Health Categories) og forskningsaktivitet (Research Activity Codes). I førstnevnte kategori kan det velges inntil fem kategorier, mens det for sistnevnte kan velges inntil to kategorier. I eRapport klassifiserer prosjektlederne selv prosjektet etter begge dimensjoner. Det foretas ny klassifisering hvert år. Det benyttes norske betegnelser for både helsekategorier og forskningsaktivitet. Underkategorier og definisjoner er ikke oversatt til norsk. Disse er tilgjengelig fra HRCS sin nettside. Se mer om klassifiseringssystemet på side 40.

Helsekategori

Forskerne kan klassifisere prosjektet i inntil fem helsekategorier av i alt 21 kategorier. Av de 21 kategoriene henviser 19 til spesifikke fagområder. I tillegg er det én kategori som fanger opp forskning som er relevant for alle eller flere sykdommer og tilstander, samt forskning på helse og velvære, *Generell helserelevans*. Den siste kategorien (*Ukjent årsak og annet*) omfatter ukjent eller uavklart etiologi, eller forskning som ikke er av generell helserelevans og ikke aktuell for de 19 helsekategoriene knyttet til bestemte områder. I 2022 har 110 prosjekter (37 %) oppgitt flere helsekategorier.

Figur 3 viser tildelte midler 2022 fordelt på helsekategori og prosjekttype, og i denne sammenhengen er prosjekttypene delt inn i forskerutdanning, forskningsprosjekt og strategiske prosjekter.

Figur 3: Helsekategori og prosjekttype – tildelte midler 2022 (mill. kroner)



De tre største helsekategoriene er de samme som i fjor[1], og denne gangen har *Kreft* sneket seg et lite stykke foran *Hjerne og nervesystem* (i fjor var de like store), mens avstanden ned til *Mental helse* og de øvrige helsekategoriene er blitt mindre. Til sammen har de tre største kategoriene tildelt 90,9 millioner kroner i 2022 (45 %).

Forskningsaktivitet

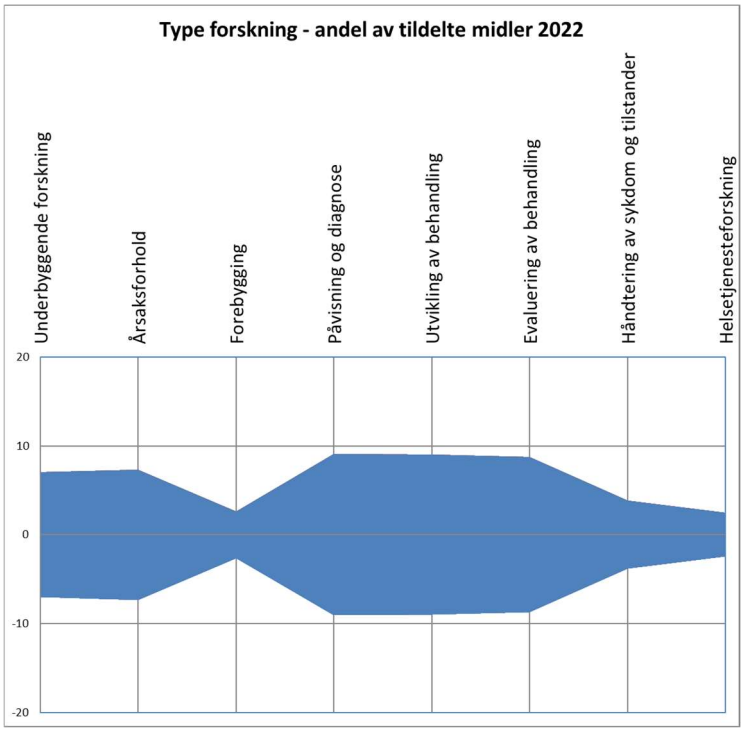
Forskerne kan klassifisere prosjektet med inntil to forskningsaktiviteter av i alt åtte aktiviteter. Disse aktivitetene inngår på en skala fra grunnforskning til translasjonsforskning, anvendt forskning og helsetjenesteforskning. I 2022 har 158 prosjekter (53 %) registrert to forskningsaktiviteter.

Figur 4 viser fordelingen av tildelte midler i 2022 på forskningsaktivitet, mens Tabell 3 viser endringene fra fjorårets rapportering. Det er små forskjeller fra år til år.

Mange prosjekter har også overførte midler fra tidligere, men dette er ikke tatt med i figuren. For mer informasjon om tildelte og overførte midler, se side 36.

[1] Tidligere faglige rapporter er tilgjengelig fra nettsiden til Helse Vest: https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/forsking/forskingsprosjekt.

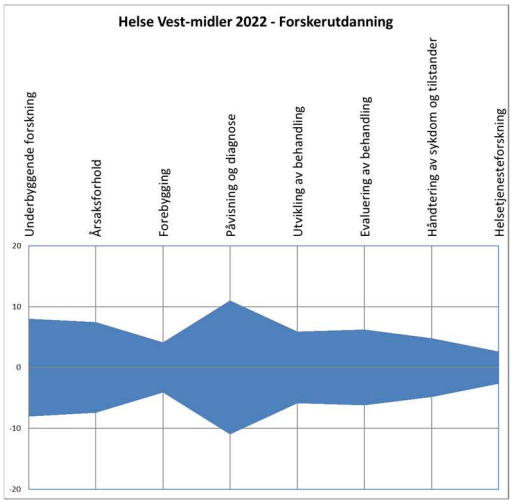
Figur 4: Tildelte forskningsmidler 2022 fordelt på forskningsaktivitet



Tabell 3: Tallgrunnlag for dragediagram i Figur 4

	Tildelte midler 2021	Tildelte midler 2022
1. Underbyggende forskning	13,3 %	14,0 %
2. Årsaksforhold	15,9 %	14,6 %
3. Forebygging	5,0 %	5,2 %
4. Påvisning og diagnose	21,6 %	18,1 %
5. Utvikling av behandling	15,7 %	18,0 %
6. Evaluering av behandling	17,3 %	17,5 %
7. Håndtering av sykdom og tilstander	6,8 %	7,7 %
8. Helsetjenesteforskning	4,2 %	4,9 %

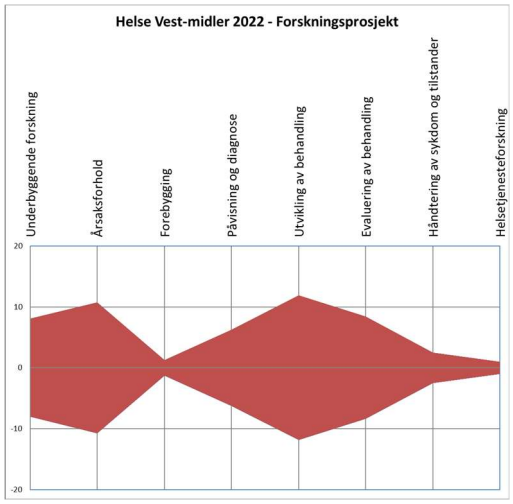
Figur 3 på side 12 viser forskningsmidler fordelt på helsekategori og prosjekttype. Figurene på neste side viser en tilsvarende fordeling på forskningsaktivitet, dvs. hvordan dette er fordelt på henholdsvis forskerutdanning, forskningsprosjekt og strategiske prosjekter. Det er ingen store endringer fra fjorårets rapportering. Figurene viser det overveiende kliniske fokuset for de strategiske prosjektene, en større andel underbyggende forskning for de større forskningsprosjektene og at det er forskerutdanning som har den største andelen midler fordelt til prosjekter med fokus på forebygging.



Figur 5: Forskningsmidler 2022 fordelt på forskerutdanning forskningsaktivitet.

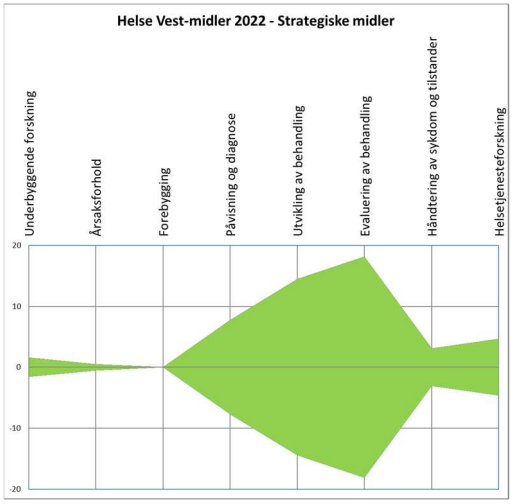
Forskerutdanning er doktorgradsstipend og postdoktorstipend. Blant leverte årsrapporter 2022: forskerutdanning utgjør 55 % av tildelte midler 2021.

Les mer om hvem og hvor mange som har rapportert på side 44.



Figur 6: Forskningsmidler 2022 fordelt på forskningsprosjekt og forskningsaktivitet.

Forskningsprosjekter er i hovedsak prosjekter tildelt i åpen prosjektstøtte, karrierestipend og kliniske forskerstipend. Blant leverte årsrapporter 2022: forskningsprosjekter utgjør 30 % av tildelte midler 2022.



Figur 7: Forskningsmidler 2022 fordelt på strategiske prosjekter og forskningsaktivitet

Strategiske prosjekter er i hovedsak de store strategiske satsingene som ble tildelt for perioden 2020-2024, samt tildeling til mindre helseforetak 2022-2024. Blant leverte årsrapporter 2022: strategiske prosjekter utgjør 16 % av tildelte midler 2022.

Strategiske satsinger som belønningsmidler, insentivmidler og posisjoneringsmidler inngår ikke i denne oversikten. De omtales senere i rapporten.

Klinisk forskning

Klinisk forskning er forskning på helse og sykdom hos mennesker, og omfatter kliniske studier og annen klinisk forskning. Det har over år vært gjort et arbeid nasjonalt for å forankre definisjonene og begrepsbruken for klinisk forskning. Definisjonene som benyttes i denne rapporteringen brukes nå i alle regionene.

Kliniske studier er utprøving av medisinsk utstyr, teknologi, legemiddel, eller behandlings- eller rehabiliteringsmetode som kan påvirke deltakerens pasientforløp, eller observasjonsstudier der pasientforløpet ikke påvirkes. Her kan data fra registre eller befolkningsstudier brukes for å inkludere deltakere i studien. Hensikten med kliniske studier er å undersøke effekt og sikkerhet av en behandlings- eller rehabiliteringsmetode. Hensikten kan også være å undersøke andre endringer i et behandlingsopplegg.

Kliniske behandlingsstudier er alle kliniske behandlings- og rehabiliteringsstudier som kan påvirke pasientforløpet til forskningsdeltagerne, og som er åpne for inklusjon. Kliniske behandlingsstudier registreres i to undergrupper;

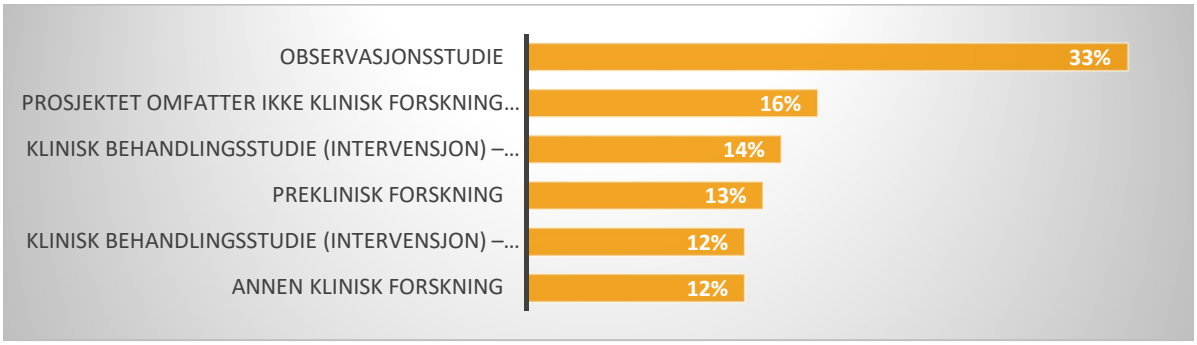
a) legemiddelstudier fase I – IV og
b) andre kliniske studier. Disse innebærer andre tiltak enn legemiddelbehandling, f.eks. fysiske inngrep, stråling, fysioterapi eller annen type intervensjon).

Forskerne har ved årets rapportering svart på to spørsmål om klinisk forskning. Det første er en forsøksvis inndeling i type forskning, der respondentene blir bedt om å svare på om prosjektet er klinisk forskning eller ikke. Spørsmålet var nytt i rapporteringen for 2021. Det andre spørsmålet er knyttet spesifikt til kliniske intervensjonsstudier (behandlingsstudier), jf. neste delkapittel.

- 78 % av prosjektene (73 % av midlene) går til klinisk forskning i henhold til definisjonen gitt i rapportskjemaet. Dette er på nivå med foregående år.

Forskerne kunne velge flere alternativer på listen over klinisk forskning, og 8 % har valgt to alternativ. 1 % (tre prosjekter) valgte tre alternativer. Figur 8 viser fordelingen av midler på de ulike kategoriene. For prosjekter som har krysset av for flere valgalternativ, er midlene delt på de ulike kategoriene.

Figur 8: Kategorier av forskning



De fleste som har valgt flere alternativer, har valgt følgende kombinasjoner:

- Annen klinisk forskning og Preklinisk forskning (seks prosjekter)
- Observasjonsstudie og Klinisk behandlingsstudie - legemiddelstudie (seks prosjekter)
- Klinisk behandlingsstudie – andre behandlingstiltak enn legemiddelbehandling og Observasjonsstudie (fem prosjekter)

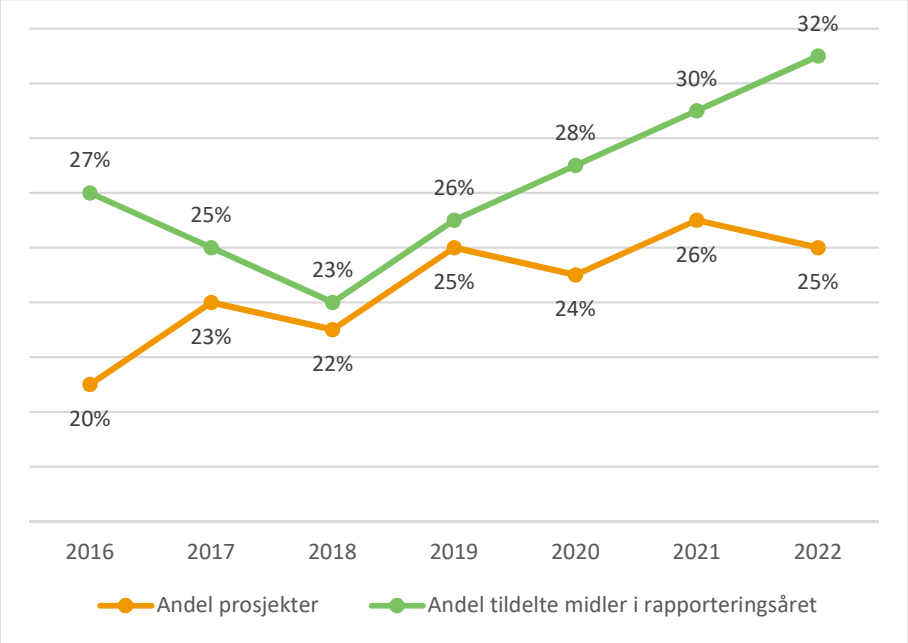
51 av prosjektene har valgt kategorien «Annen klinisk forskning», enten som eneste alternativ (40 prosjekter) eller i kombinasjon med noen av de andre kategoriene.

Kliniske behandlingsstudier

Kliniske behandlingsstudier er kliniske studier som inkluderer forsøkspersoner som mottar ingen, en eller flere intervensjoner (legemiddel, diett, annen ytre påvirkning), hvor formålet er å undersøke biomedisinske eller helserelaterte utfall. Ofte vil slike studier prospektivt fordele forsøkspersoner i behandlings- og kontrollgrupper for å undersøke et årsaks-virkningsforhold.

Spørsmålet er stilt forskerne siden 2016, og figuren under viser utviklingen av andel prosjekter og andel midler der forskeren har klassifisert eget prosjekt som en klinisk intervensjonsstudie.

Figur 9: Kliniske behandlingsstudier - andel prosjekt og midler 2016-2022

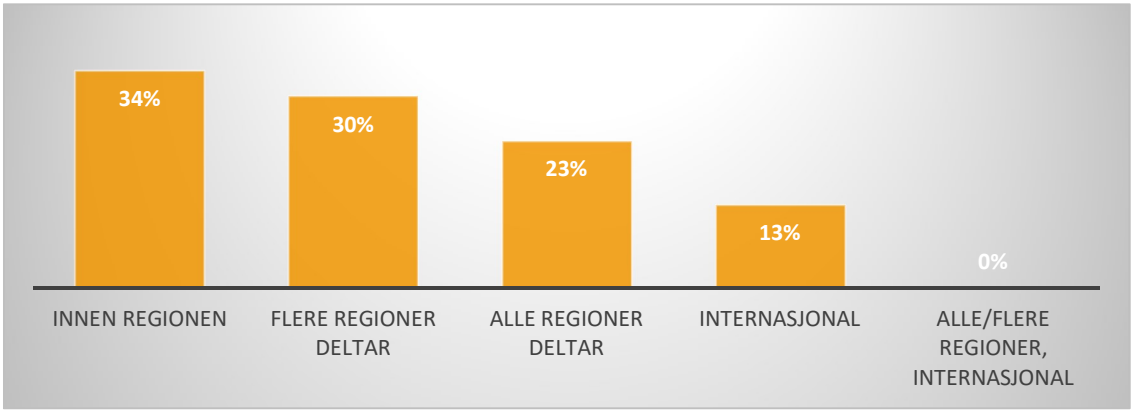


I 2022 ble det tildelt kr. 64 millioner til kliniske behandlingsstudier, en økning fra 56,8 millioner i 2021.

Prosjekter som har fått tildelt midler via RHF-enes kliniske behandlingsprogram (KLINBEFORSK), er ikke med i denne oversikten. Helse Sør-Øst koordinerer rapporteringen for disse prosjektene. Les mer om behandlingsprogrammet på side 7.

Figur 10 gir en oversikt over fordelingen av tildelte midler 2022 til kliniske behandlingsstudier med utgangspunkt i studiens omfang.

Figur 10: Tildelte midler 2022 til kliniske behandlingsstudier etter prosjektets omfang (kr. 64 mill.)



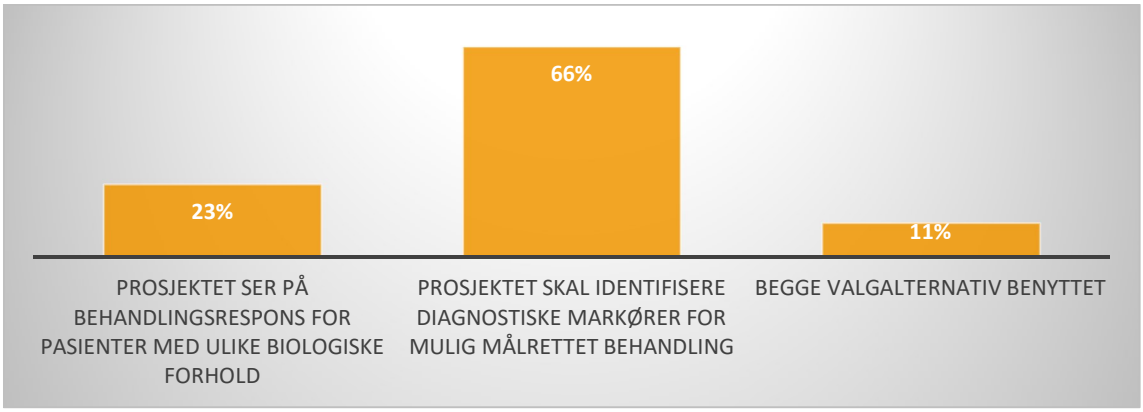
Persontilpasset medisin

I persontilpasset medisin tilpasses behandlingen den enkelte pasients biologiske forhold. Pasientene deles inn i forskjellige mindre grupper der medisinske beslutninger, praksis, intervensjoner og/eller produkter er mer skreddersydd til den enkelte pasient basert på deres antatte respons eller risiko for sykdom. Målet er å gi en behandling som gir størst mulig effekt med minst mulig bivirkninger. Begrepene persontilpasset medisin, presisjonsmedisin og stratifisert medisin brukes ofte om hverandre.

Spørsmål om persontilpasset medisin ble tatt inn i Faglig rapport for 2021 ved spørsmål om infrastruktur for persontilpasset medisin. Årets rapportering har bygget videre på dette ved å se nærmere på inndelingen i type persontilpasset medisin. Spørsmålet er i samsvar med Regjeringen mål om at persontilpasset medisin skal bli en naturlig del av tjenesteutviklingen, jf. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030.

22 % av prosjektene (66 prosjekter) rapporterer om forskning innen persontilpasset medisin. Figur 11 viser hvor mange av disse som har valgt blant to svaralternativ:

Figur 11: Valgalternativ for prosjekter innen persontilpasset medisin



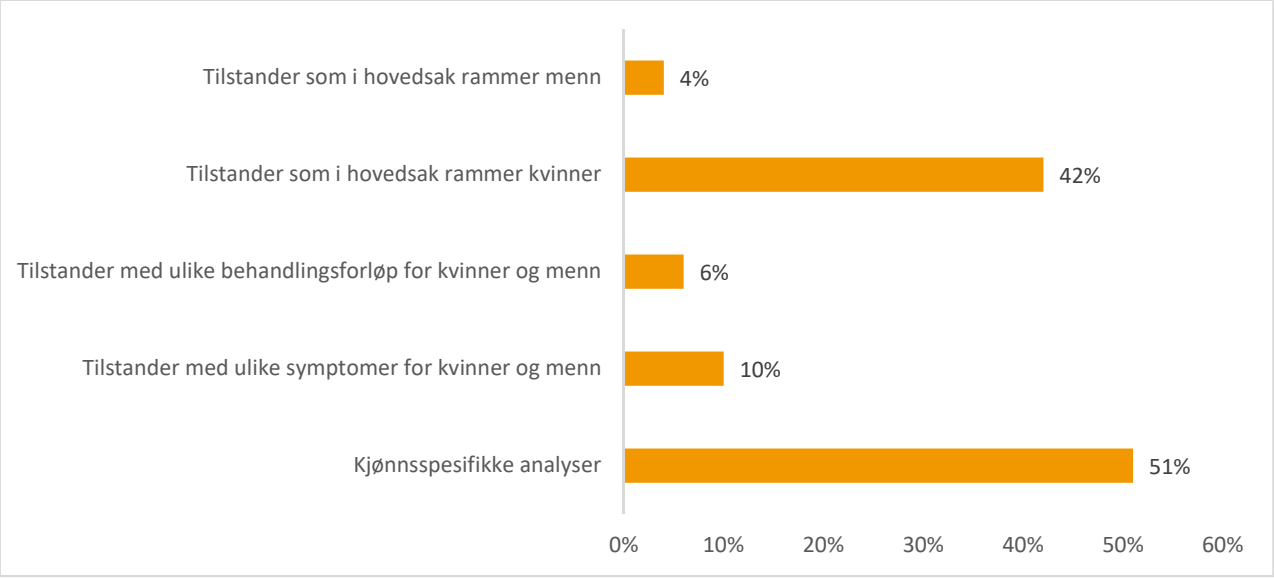
23 % av prosjektene ser på behandlingsrespons for pasienter med ulike biologiske forhold. 66 % oppgir at prosjekter skal identifisere diagnostiske markører for mulig målrettet behandling. 11 % av respondentene krysset av for begge valgalternativ.

Kjønnspesifikk forskning

Spørsmålet om kjønnsspesifikk forskning er ny for rapporteringen 2022. Bakgrunnen for indikatoren er det økende fokus på at kvinner og menn har ulik biologi, lever ulike liv og rammes ulikt av sykdom og uhelse. Regjeringen har satt ned et utvalg som har fokus på kvinners helse, https://www.kvinnehelseutvalget.no/mandat/ som skal levere sin rapport 8. mars 2023. På bakgrunn av dette, ønsker de regionale helseforetakene en oversikt over all kjønnsspesifikk forskning, uavhengig av biologisk kjønn.

33 % av prosjektene (98 rapporter) oppga å ha kjønnsspesifikk forskning. Hvordan kjønnsforskningen fortoner seg er vist under i Figur 12: Kjønnsspesifikk forskning etter kategorier. Som figuren viser dreier den kjønnsspesifikke forskningen seg i stor grad om tilstander som i hovedsak rammer kvinner. Forskerne har mulighet for å velge flere alternativ i spørsmålet om prosjektets kjønnsdimensjon. Samme prosjekt kan derfor være talt flere ganger i figuren. Summen av de enkelte svaralternativene vil derfor være høyere enn 100 %. Prosenten angir andelen av de som oppgir å ha kjønnsspesifikk forskning.

Figur 12: Kjønnsspesifikk forskning etter kategorier



Rusforskning

Klassifikasjonssystemet HRCS fanger ikke opp prosjekter som forsker på rusrelaterte problemstillinger (se mer om HRCS på side 11). Forskerne svarer derfor på et eget spørsmål om rusforskning der de også blir bedt om å oppgi hvilken type rusforskning det dreier seg om.

Ved rapporteringen for 2022 er det 11 rapporter som oppgir at prosjektet omfatter rusforskning. Dette er én mindre enn for fjorårets rapportering. Prosjektene har kr. 8,1 millioner i tildelte midler 2022.

Respondentene kunne velge flere svaralternativ på spørsmålet om type rusforskning, og to av respondentene har gjort nettopp det. Samlet fordeler svarene seg slik:

- Komorbiditet rus og psykiske lidelser, syv prosjekter
- Komorbiditet rus og somatiske lidelser, tre prosjekter
- Forskning på rusavhengighet, to prosjekter
- Organisering av rusbehandling, to prosjekter

Samarbeid med industri og næringsliv

Forskerne har svart på spørsmål om hvilken type næringsliv de har samarbeid med, og de har hatt mulighet til å krysse av på flere valgalternativ. Samarbeid med industri og næringsliv er oppgitt i 15 % av prosjektene, marginalt opp fra 2021 (14 %).

Tabell 4: Samarbeid med næringslivet 2022 (43 prosjekter)

Samarbeid med næringslivet	Andel 2022
Ja, med legemiddelindustrien	29 %
Ja, med aktører innen IKT/eHelse	25 %
Ja, med andre aktører i industri og næringsliv	27 %
Ja, med medisinsk-teknisk utstyrsindustri	25 %
Antall prosjekter	**45**
Andel prosjekter	15 %

Registerdata

Det er et sentralt og gjentagende mål å øke bruken av data fra registre i forskning og kvalitetsutvikling. Spørsmål om bruk av data fra nasjonale og/eller sentrale registre stilles til forskerne både når de søker midler til Helse Vest og når de rapporterer på bruk av tildelte midler.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre: Per desember 2022 var det 57 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge. Nasjonal status gis av Helsedirektoratet etter angitte kriterier som er beskrevet i veileder for de medisinske kvalitetsregistrene. Helse Vest er ansvarlig for 20 av registrene. Les mer på: https://www.kvalitetsregistre.no/

Sentrale registre er opprettet med hjemmel i helseregisterloven og forskrifter. Registre med direkte personidentifiserbare opplysninger som ikke er basert på samtykke, er opprettet etter behandling i Stortinget. Det finnes også sentrale helseregistre som ikke inneholder personidentifiserbare opplysninger, eller bare indirekte personidentifiserbare opplysninger.

Registrene forvaltes av ulike virksomheter i den sentrale helseforvaltningen. Les mer på: https://www.fhi.no/div/datatilgang/om-sentrale-helseregistre/

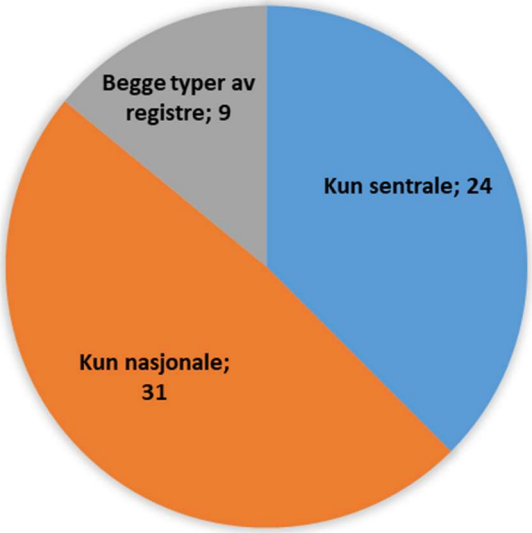
I tillegg til helseregistrene, kan forskerne oppgi om de benytter **Folkeregisteret**.

Bruk av registre i 2022

64 prosjekter (21 %) oppgir at prosjektet benytter data fra registrene. 41 prosjekter benytter data fra ett register, mens ti prosjekter benytter data fra tre eller flere registre.

24 forskjellige registre bidrar med data til forskningsprosjektene, og av disse er ni sentrale registre og 15 nasjonale registre. Fire prosjekter oppgir at registre er eneste datakilde, mens 44 prosjekter oppgir at registre er en vesentlig kilde.

Figur 13: Antall prosjekter som benytter sentrale og nasjonale registre



Tabell 5 viser registre som er nevnt i årsrapportene 2022, samt hvor mange prosjekt som har oppgitt at de benytter data fra registeret. For nasjonale registre er det oppgitt hvilket regionalt helseforetak som er ansvarlig for registeret.

Tabell 5: Bruk av sentrale og nasjonale registre - 2022

Sentrale registre, inkl. Folkeregisteret	Antall prosjekter som benytter data fra registeret
Norsk pasientregister	16
Dødsårsaksregisteret	14
Legemiddelregisteret	9
Medisinsk fødselsregister	8
Folkeregisteret	6
Kommunalt pasient- og brukerregister	3
Kreftregisteret	3
Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM)	2
Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser	1

Nasjonale registre	Antall prosjekter som benytter data fra registeret
Norsk nyreregister (HSØ)	8
Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC) (HV)	7
Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS) (HV)	6
Norsk MS-register og biobank (HV)	4
Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes (HSØ)	3
Norsk diabetesregister for voksne (HV)	3
Norsk intensiv- og pandemiregister (HV)	3
Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister (HSØ)	2
Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (HN)	1
Nasjonalt register for leddproteser (HV)	1
Nasjonalt traumeregister (HSØ)	1
Norsk hjerneslagregister (HMN)	1
Norsk hjerteinfarktregister (HMN)	1
Norsk porfyriregister (HV)	1
Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten – NorKog (HSØ)	1

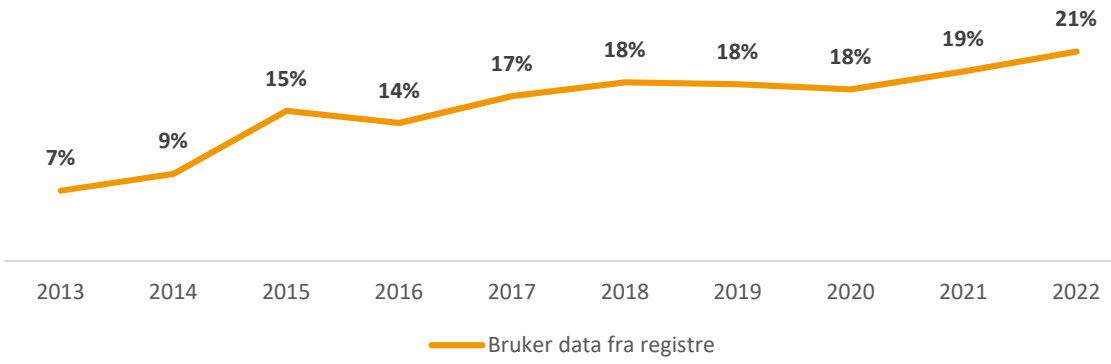
Bruk av registre i et 10-årsperspektiv

Ved rapporteringen for 2013 var det 45 godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre. I perioden 2015 til 2021 svingte antallet fra 52 registre i 2015 via 54 registre i 2016 og 2017, til 51 i 2021. Per desember 2022 var tallet økt til 57 godkjente registre.

De fleste sentrale registre har vært på listen i hele 10-årsperioden. Per desember 2022 er det 18 sentrale registre i tillegg til Folkeregisteret.

Figuren under viser utviklingen av bruk av data fra registre i forskningsprosjekter med finansiering fra Helse Vest.

Figur 14: Andel årsrapporter pr. år som oppgir bruk av data fra registre



Figuren viser at 7 % rapporterte bruk av data fra registre i 2013, mens dette er steget til 21 % i 2022.

Tilsvarende er andelen midler tildelt disse prosjektet økt fra kr. 10 millioner i 2013 til over kr. 52 millioner i 2022.

Deltakere i forskningsprosjektene

Forskerne skal registrere deltakere som aktivt deltar i prosjektet gjennom å oppgi *navn* (oftest hentet fra forskerkatalogen i Cristin[2]), deltakerens *rolle* og deltakerens *hovedtilknytning*. Deltakere kan delta i ett eller alle aktive år i prosjektet. I prosjekter som har levert rapport for 2022, er det nevnt 2758 deltakere. Noen navn går igjen i flere rapporter, og det dreier seg derfor om 1828 forskjellige personer som deltar eller har deltatt i prosjekter som har levert årsrapport – 52 % menn og 48 % kvinner.

61 forskere er nevnt i minst fem prosjektrapporter, og av disse er 70 % menn og 30 % kvinner.

Følgende forskere er nevnt minst 10 ganger:

Tabell 6: Deltakere som er nevnt i flest årsrapporter 2022

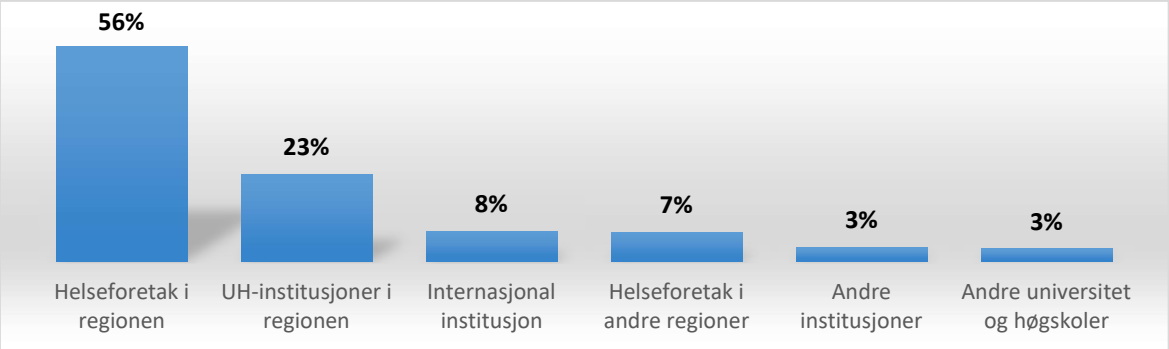
Deltakerens navn	Antall rapporter
Dag Årsland	15
Charalampos Tzoulis	14
Bjørn Tore Gjertsen	13
Emiel Janssen	10
Eystein Sverre Husebye	10
Ingfrid S Haldorsen	10

83 personer er nevnt i rollen som brukerrepresentant, og disse er nevnt 69 årsrapporter.

Valgalternativene om deltakernes hovedtilknytning er slått sammen i hovedkategorier. Valgalternativene er blitt endret og utvidet i løpet av perioden deltakerne er registrert. Samtidig kan være ulik tolking av hovedtilknytning gi et skjevt bilde. Sammenslåing i hovedkategorier gir derfor et bedre bilde av deltakernes tilknytning.

Figuren viser deltakernes hovedtilknytning fordelt på disse hovedkategoriene. Det er svært små forskjeller fra tilsvarende tall fra 2021-rapporten.

Tabell 7: Deltakerne tilknytning - prosjekter 2022



[2] https://www.cristin.no/, Current research information system in Norway.

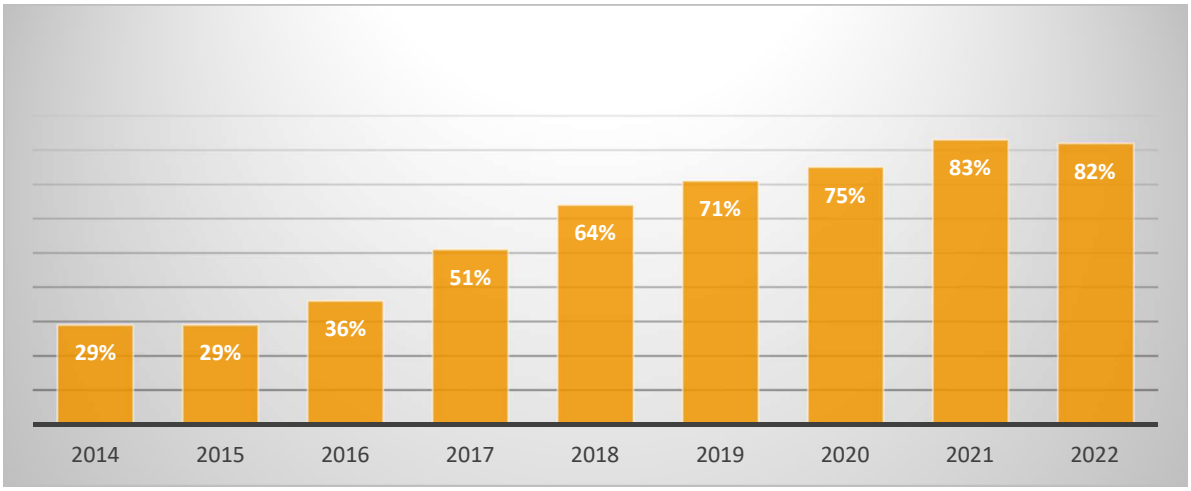
Brukermedvirkning i forskning

Brukermedvirkning er når brukere har mulighet og tilgang til å være med på å påvirke, utvikle og endre helseforskningen. Brukere kan delta i ulike faser av forskningsprosjektet og/eller på et mer overordnet strategisk nivå. Brukermedvirkning må ikke forveksles med innhenting av data fra pasienter, pårørende eller andre som har rollen som studieobjekt/respondent.

Helse Vest har utarbeidet et opplæringsprogram om brukermedvirkning. Målgrupper er forskere og brukere. Kurset er bl.a. tilgjengelig fra Helse Vests nettsider om brukermedvirkning.

Andelen forskere som oppgir at prosjektet har brukermedvirkning har økt jevnt siden første måling i 2014. Dette er basert på hva forskerne selv har meldt inn gjennom den årlige rapporteringen. Figur 15 viser andelen som oppgir at prosjektet har brukermedvirkning, og omfatter data fra 2013-2022.

Figur 15: Brukermedvirkning - andel prosjekter (rapporter) 2014-2022



Forskerne har mulighet for å velge flere alternativ når det blir spurt om prosjektets brukermedvirkning. Svarene er summert, og samme prosjekt kan derfor være talt flere ganger i tabellen under. Totalsummen per år vil derfor være høyere enn 100 %. Prosenten angir andelen av de som oppgir å ha brukermedvirkning.

Tabell 8: Prosjekter med brukermedvirkning 2020-2022

Brukermedvirkning	2020	2021	2022
Brukere deltar i planlegging av prosjektet	55 %	58 %	51 %
Brukere deltar i gjennomføring av prosjektet	21 %	22 %	19 %
Brukere deltar i formidling av forskningsresultatene	9 %	14 %	21 %
Brukere deltar gjennom brukerpanel/brukerråd	28 %	28 %	34 %
Brukere deltar gjennom styringsgruppe/referansegruppe	22 %	18 %	21 %
Antall prosjekter med brukermedvirkning	**226**	**236**	**242**

Brukere er primært pasienter og pårørende. Brukere skal fortrinnsvis være representert gjennom pasient-/brukerorganisasjoner. I visse tilfeller kan også helse- og omsorgspersonell samt befolkningen generelt anses som brukere i forskningssammenheng.

Tabell 9: Hvem er bruker i prosjektet, 2020-2022

Hvem er bruker i prosjektet	2020	2021	2022
Helsepersonell	25 %	21 %	23 %
Person fra bruker- og pasientorganisasjon	55 %	58 %	50 %
Person fra brukerpanel/-råd	14 %	14 %	17 %
Person fra brukerutvalg	8 %	9 %	11 %
Person som ikke representerer pasientorganisasjon	18 %	19 %	16 %
Antall prosjekter med brukermedvirkning	**229**	**234**	**242**

17 % av de som har gitt informasjon om hvem som er brukerrepresentanter, har valgt flere alternativer på dette spørsmålet, og over halvparten av disse har krysset av for helsepersonell kombinert med brukerrepresentanter fra brukerorganisasjoner, brukerutvalg o.l. I 12 % av prosjektene med brukermedvirkning er kun helsepersonell oppgitt som brukere.

Forskningsetikk – godkjenninger

Forskning på mennesker eller helseopplysninger

Helseforskningsloven definerer helseforskning slik: «*medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Slik forskning omfatter også pilotstudier og utprøvende behandling*». Forskningsprosjekter som ikke oppfyller definisjonen, samt kvalitetssikringsprosjekter som benytter person- og helseopplysninger, er omfattet av personopplysningslovens bestemmelser.

241 av 298 rapporter (81 %) oppgir at prosjektet innebærer forskning på mennesker og helseopplysninger etter definisjonen av helseforskning i helseforskningsloven. Disse forskningsprosjektene krever godkjenning fra Regional etikkomité (REK) før datainnsamling kan påbegynnes. Dette er en nedgang fra foregående år da 93 % av prosjektene rapporterte om forskning på mennesker og helseopplysninger. Seks av prosjektene som trenger godkjenning, oppgir at prosjektet er i en tidlig fase og at innhenting av godkjenning fra Regional etikkomité er under arbeid.

Tabell 10: Forskning på mennesker og helseopplysninger 2022 - andel rapporter og tildelte midler

	Andel rapporter	Andel midler
Forskning på mennesker eller helseopplysninger (helseforskningsloven)	94 %	96 %
Andre forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter (personopplysningsloven)	2 %	1 %
Ingen forskning på mennesker eller helseopplysninger	4 %	3 %

Bruk av humant biologisk materiale

181 av 298 rapporter (61 %) oppgir at prosjektet benytter humant biologisk materiale fra en forskningsbiobank etter definisjonen i helseforskningsloven. Av disse oppgir seks prosjekter at innhenting av godkjenning er under arbeid. Nye forskningsbiobanker blir godkjent og registrert hos regional etikkomité. Tilsynsmyndighet er Helsetilsynet.

Tabell 11: Forskning på humant biologisk materiale 2022 - andel rapporter og tildelte midler

	Andel rapporter	Andel midler
Forskning ved bruk av humant biologisk materiale	61 %	65 %
Bruken av humant biologisk materiale krever ikke godkjenning	2 %	1 %
Øvrige forskningsprosjekt	36 %	34 %

Bruk av forskningsdyr

21 av 298 rapporter (7 %) oppgir at det benyttes forsøksdyr som krever godkjenning fra Forsøksdyrsutvalget. Av disse oppgir ett prosjekt at innhenting av godkjenning er under arbeid. Ett prosjekt rapporterer at bruken av dyr i prosjektet ikke krever godkjenning etter norsk lovgivning.

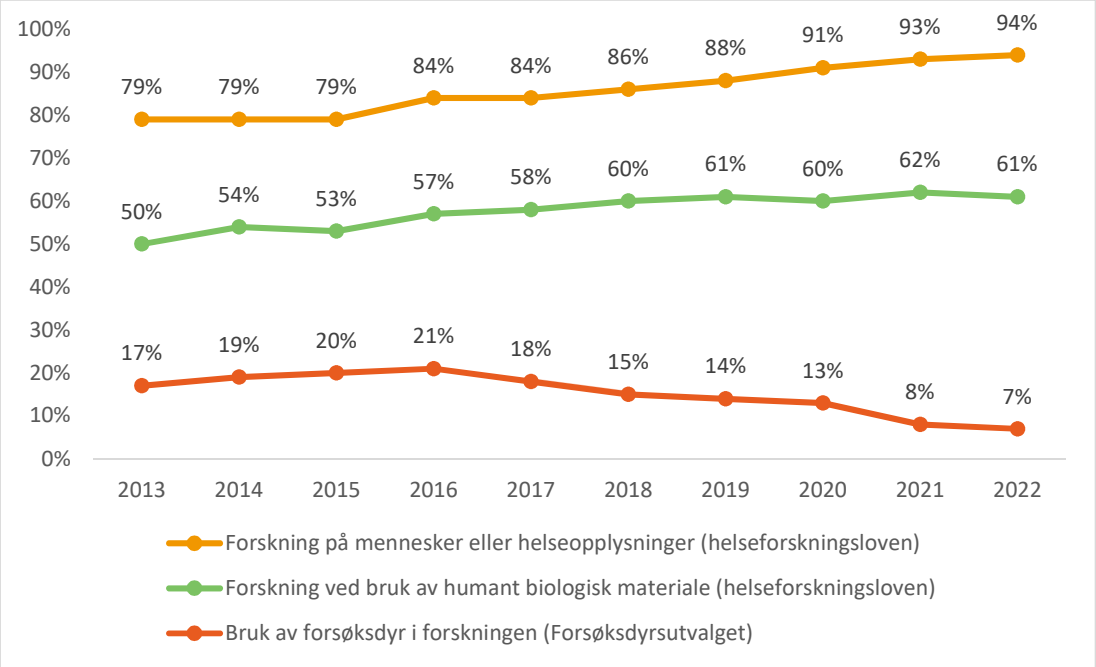
Tabell 12: Forsøksdyr i forskning 2022 - andel rapporter og midler

	Andel rapporter	Andel midler
Bruk av forsøksdyr i forskningen (Forsøksdyrsutvalget)	7 %	5 %
Annen bruk av forsøksdyr (krever ikke godkjenning)	0,3 %	0,5 %
Øvrige forskningsprosjekter	93 %	94 %

Utvikling over år

Figuren under viser utviklingen de siste åtte årene i andel prosjekter som krever godkjenning etter helseforskningsloven og i forsøksdyrsutvalget. Den viser at andelen prosjekter med forskning på mennesker, helseopplysninger og humant biologisk materiale har økt, mens andel prosjekter som krever godkjenning av forsøksdyrsutvalget, går ned. Reduksjonen i bruk av forsøksdyr er en del av en nedadgående nasjonal trend. Dette er i tråd med prinsippene om erstatning, reduksjon, og forbedring (3Rs – replacement, reduction, refinement) og krav om at levende dyr ikke skal brukes i forsøk hvis man kan erstatte slike forsøk med alternative metoder. Utviklingen svarer videre til formålet om at de regionale forskningsmidlene skal brukes til å fremme klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning.

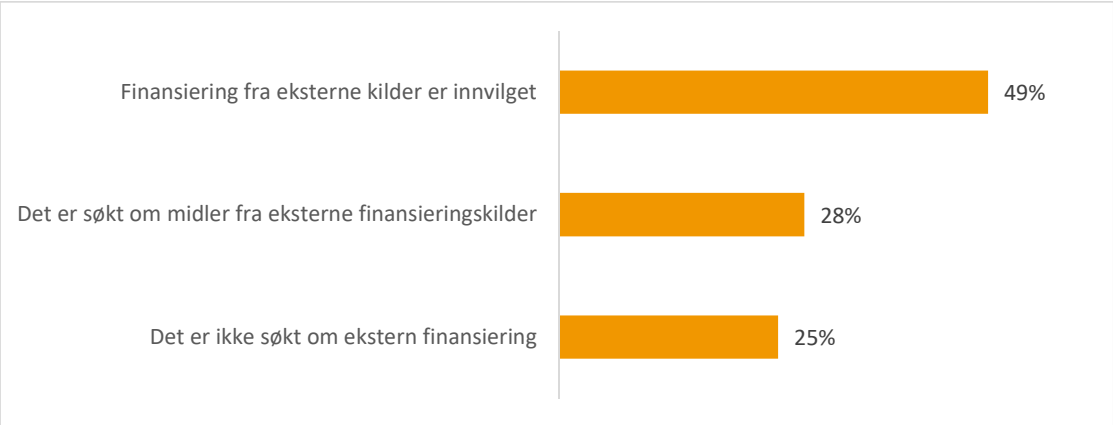
Figur 16: Prosjekter som krever godkjenning, 2013-2022



Ekstern finansiering

Det stilles krav til mottakere av forskningsmidler i kategoriene Åpen prosjektstøtte om å søke ekstern finansiering ved neste aktuelle utlysning etter at de har fått tildelt forskningsmidler. Prosjektansvarlige i disse søknadskategoriene bes i forbindelse med den årlige rapporteringen om å rapportere om det er søkt om ekstern finansiering. I tillegg har prosjektleder i søknadskategori Karrierestipend og Klinisk karrierestipend fått spørsmål om ekstern finansiering. Ettersom det ikke stilles krav om ekstern finansiering for Karrierestipend og Klinisk karrierestipend, er de ikke tatt med i tallene under.

Figur 17: Prosjekter pliktig til å søke ekstern finansiering i prosjektperioden



Totalt 69 prosjektledere (23 %) ble i 2022 bedt om å rapportere om det var søkt om ekstern finansiering. Av disse melder 52 prosjekter (75 %) at det er søkt om, eller innvilget midler fra

eksterne forskningskilder. 17 prosjekter (25 %) rapporterer om at det ikke er søkt om eksterne midler.

Blant de 17 prosjektene som ikke har søkt om ekstern finansiering hadde syv prosjekter oppstart mellom 2014 og 2019. Fire av disse leverte sluttrapport i 2022. Ytterligere fem prosjekter hadde oppstart i 2020, to i 2021 og tre prosjekter hadde oppstart i 2022.

RESULTATER

Forskerne skal rapportere hvilke vitenskapelige artikler og doktorgrader som er publisert/avlagt i rapporteringsåret, og som er et resultat av Helse Vests finansiering. Finansiering fra Helse Vest er et bidrag til forskning i helseforetakene, og forskningsresultater innmeldt gjennom årsrapportene er derfor en del av den totale forskningsproduksjon som utgår fra helseforetakene. I tillegg har artikler og doktorgrader som er godkjent kreditert helseforetak i regionen finansiering fra andre kilder, eksempelvis fra helseforetakene selv, fra Norges forskningsråd, EU og private, ideelle organisasjoner. Godkjente publikasjoner håndteres gjennom *Current research information system in Norway* (Cristin), og resultatet fra året før er klart rundt 1. april. Godkjente doktorgrader håndteres av *Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning* (NIFU) på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet, og er vanligvis klart i løpet av april. Tabeller og figurer i denne delen av rapporten inneholder også data fra disse kildene, men har på grunn av tidspunktet for ferdigstilling ikke tall fra 2022.

Vitenskapelige publikasjoner

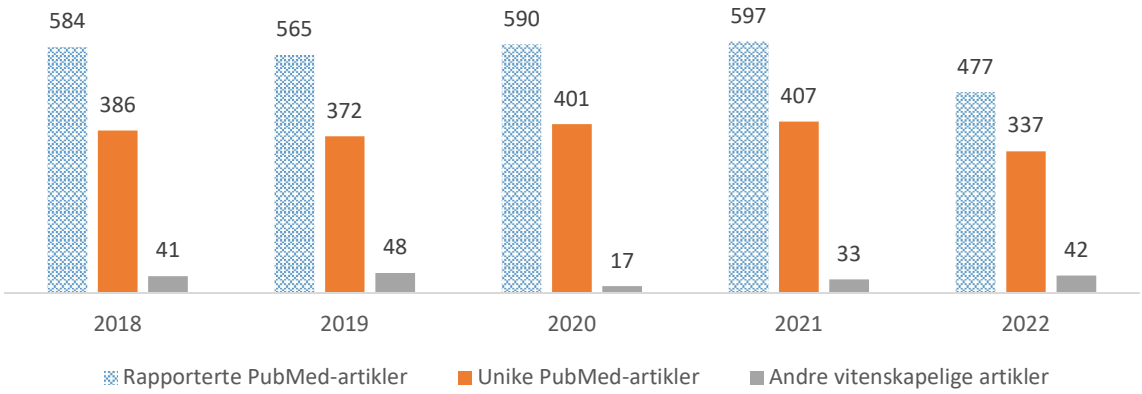
Vitenskapelige publikasjoner er den viktigste målbare resultatformen for forskningsaktivitet. I eRapport blir forskerne bedt om å rapportere vitenskapelige artikler, som er et resultat av de tildelte forskningsmidlene, ved å oppgi en kobling til PubMed. Alle opplysninger om publikasjonene (forfattere, tittel, tidsskrift og årstall) hentes inn automatisk fra PubMed og dette bidrar til å sikre god datakvalitet på de innrapporterte opplysningene. For vitenskapelige publikasjoner som ikke er indeksert i PubMed, er det i eRapport lagt til rette for å registrere disse publikasjonene manuelt.

Vitenskapelige publikasjoner rapportert i eRapport

Vitenskapelige artikler skal være publisert i en publiseringskanal (tidsskrift, bokutgiver) med rutiner for fagfellevurdering. Ettersom registeringen av publikasjoner i Cristin først er klart rundt 1. april, er det i eRapport valgt å benytte kobling til PubMed når vitenskapelige artikler skal registreres i årsrapporten. De aller fleste publikasjoner er tilgjengelig i PubMed, og de registreres i eRapport på en enkelt måte gjennom PubMed-nummeret. Vitenskapelige publikasjoner som ikke er tilgjengelig i PubMed, legges til manuelt («Andre vitenskapelige artikler»).

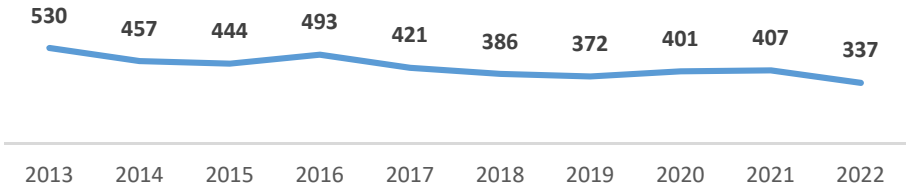
Figur 18 gir en oversikt over antall rapporterte og unike publikasjoner de siste fem årene, samt antall andre vitenskapelige artikler som er rapportert i samme periode. Differansen mellom rapporterte publikasjoner og unike publikasjoner kan forklares med at noen prosjekter leverer flere rapporter, for eksempel en strategisk satsing som også har en Helse Vest-finansiert stipendiat med i prosjektet.

Figur 18: Antall rapporterte publikasjoner 2018-2022, eRapport



Figuren under viser tallet på rapporterte publikasjoner gjennom eRapport i perioden 2013-2022. Mulige forklaringer på nedgangen kan være bedre rapporteringspraksis, dvs. at forskerne i mindre grad rapporterer alle publikasjoner uavhengig av finansieringskilde, og at andre finansieringskilder spiller en større rolle i regionens forskningsproduksjon. Nedgangen i 2022 kan også være en pandemieffekt.

Figur 19: Unike PubMed-artikler - eRapport 2013-2022



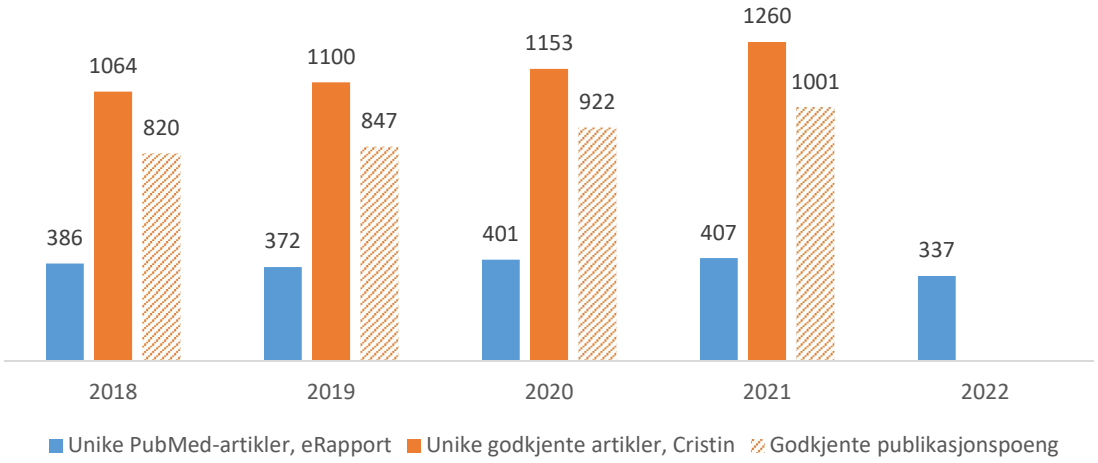
Godkjente publikasjoner

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, håndteres godkjenningen av vitenskapelige publikasjoner gjennom Cristin. Resultatet av gjennomgangen av publikasjoner kommer 1. april, og det betyr at publikasjonene som er rapportert gjennom eRapport 2022 enda ikke er gjennomgått for adressering. Vi vet derfor ikke på nåværende tidspunkt hvilke av disse publikasjonene som vil inngå i helsesektorens indikator for forskningsproduksjon. Publikasjoner er en av fire indikatorer som utgjør grunnlaget for øremerkede forskningsmidler gjennom statsbudsjettet, jf. gjennomgangen av grunnlaget for Helse Vests forskningsmidler på side 6. En gjennomgang av samtlige publikasjoner i eRapport 2021 viste imidlertid at omtrent 95 % av de rapporterte vitenskapelige artiklene har en adresse til en institusjon som inngår i målesystemet[3].

[3] Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF, Helse Bergen HF, Helse Førde HF, Bjørkeli Voss Psykiatriske senter, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus, Hospitalet Betanien, NKS Jæren DPS AS, NKS Olaviken Alderspsykiatriske Sykehus AS, Solli DPS, Helse Vest IKT, Helse Vest RHF, Sjukehusapoteka Vest HF

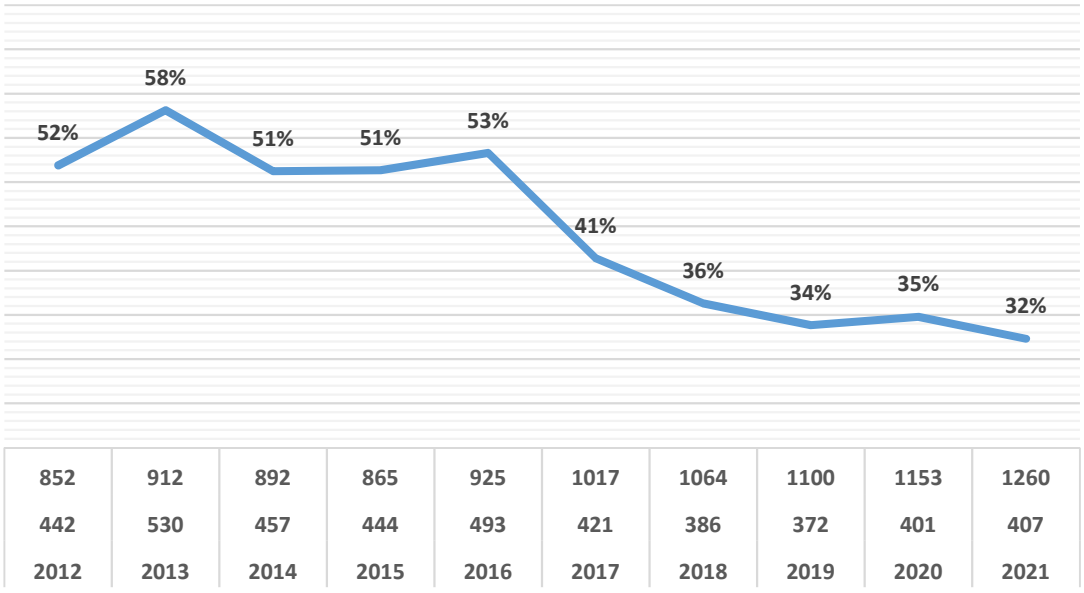
Figur 20 viser antall unike, vitenskapelige artikler rapportert gjennom eRapport, sammenlignet med antall godkjente publikasjoner og publikasjonspoeng for sykehus og institusjoner i vest som inngår i målesystemet.

Figur 20: Vitenskapelige artikler i eRapport vs. godkjente artikler gjennom Cristin, 2018-2022



Tallet på godkjente publikasjoner som inngår i målesystemet for forskningsproduksjon i spesialisthelsetjenesten har økt med 48 % i 10-årsperioden 2012-2021 (2022-tallene blir først klare i april). Figur 21 viser forholdet mellom unike PubMed-artikler registrert i eRapport og godkjente publikasjoner i målesystemet i samme periode. Tallene under figuren er henholdsvis antall godkjente artikler, antall PubMed-artikler gjennom eRapport og årstall.

Figur 21: Andel publikasjoner i eRapport av godkjente publikasjoner i målesystemet - 2012-2021



Doktorgradsstipendiater og vitenskapelige publikasjoner

128 doktorgradsstipendiater har levert årsrapport for 2022, og av disse har 58 stipendiater publisert til sammen 60 artikler som skal inngå i doktorgradsarbeidet. Åtte av stipendiatene som har registrert publikasjoner, disputere i 2022 og én i 2023. Totalt sett har doktorgradsstipendiater meldt inn 96 PubMed-registrerte publikasjoner i 2022.

Avlagte doktorgrader

Doktorgrader som er utført ved eller finansiert av et helseforetak i minimum 50 %, inngår som basis for det produksjonsbaserte, øremerkede tilskuddet til forskning som tildeles de regionale helseforetakene gjennom Statsbudsjettet, se også side 6. Doktorgrader som inngår i indikatoren, er godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet etter kvalitetssikring utført av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, (NIFU). Doktorgrader innmeldt fra forskere med Helse Vest-finansiering, blir med andre ord gjenstand for kvalitetssikring før eventuell godkjenning.

Innmeldt gjennom prosjektrapportene

Gjennom prosjektrapportene er det meldt inn 33 avlagte doktorgrader, en økning fra fjorårets 22 innmeldte kandidater. 12 av de 32 rapporterte disputasene er kandidater som har fått Helse Vest-stipend i den konkurranseutsatte søknadsrunden.

Tabell 13: Disputaser 2022 innmeldt av forskere med Helse Vest-finansiering

Navn	Kandidatens fagbakgrunn	Hovedveileder (meldt inn fra prosjektene)	Helse Vest-stipend
Alvaro Fernandez-Quilez	Naturvitenskap og teknologi	Ketil Oppedal	
Anne Gro Heyn Faleide	Helsefag/-vitenskap	Eivind Inderhaug	
Anthea Van Parys	Naturvitenskap og teknologi	Vegard Lysne	
Brage Brakedal	Medisin	Kristoffer Haugarvoll	Ja
Cecilie Askeland	Medisin	Lars A. Akslen	
Dag André Sangnes	Medisin	Eirik Wigtil Søfteland	Ja
Daniel Limi Cacic	Medisin	Tor Hervig	Ja
Elaheh Mahootchi	Naturvitenskap og teknologi	Jan Haavik	
Elisabeth Berg Fjelltveit	Medisin	Kristin Greve-Isdahl Mohn	
Elisabeth Synnøve Nilsen Husebye	Medisin	Marte-Helene Bjørk	
Elise Grytten	Naturvitenskap og teknologi	Simon E Nitter Dankel	Ja
Elise Orvedal Leiten	Medisin	Tomas Mikal Eagan	
Emma Elsa Carolina Satrell	Medisin	Maria Vollsæter	
Fatemeh Chalabianloo	Medisin	Jørgen Gustav Bramness	Ja
Flavia Teodora Paunas	Medisin	Bjørn Egil Vikse	Ja
Hege Fredriksen Berg	Naturvitenskap og teknologi	Camilla Krakstad	

Navn	Kandidatens fagbakgrunn	Hovedveileder (meldt inn fra prosjektene)	Helse Vest-stipend
Hilde Lunde Tjora	Medisin	Kristin Moberg Aakre	Ja
Hildegunn Siv Aase	Medisin	Solveig Hofvind	
Irene Thowsen	Medisin	Helge Wiig	
Jakob Schreiner	Naturvitenskap og teknologi	Kent-Andre Mardal	
Katinka Nordheim Alme	Medisin	Anne-Brita Knapskog	Ja
Lina Sophie Lernevall	Helsefag/-vitenskap	Pia Dreyer	Ja
Line Lindanger	Medisin	Eivind Inderhaug	
Luis Francisco Hernández Sánchez	Naturvitenskap og teknologi	Marc Vaudel	
Martha Eimstad Haugstøyl	Naturvitenskap og teknologi	Johan Fernø	Ja
Merete Salveson Engeset	Helsefag/-vitenskap	Ola Drange Røksund	
Mette Engan	Medisin	Hege Synnøve Havstad Clemm	Ja
Nina McTiernan	Naturvitenskap og teknologi	Thomas Arnesen	
Nuha Mohamed Gaafar Mohamed	Odontologi	Daniela Elena Costea	
Ridhima Das	Odontologi	Daniela Elena Costea	
Silje Kjølle	Naturvitenskap og teknologi	Lars A. Akslen	
Trond Røed Pettersen	Helsefag/-vitenskap	Tone M. Norekvål	Ja
Ying Chen	Medisin	Lars A. Akslen	

Tabell 14: Kandidatenes fagbakgrunn - innmeldte doktorgrader 2017-2021 fra prosjektrapportene

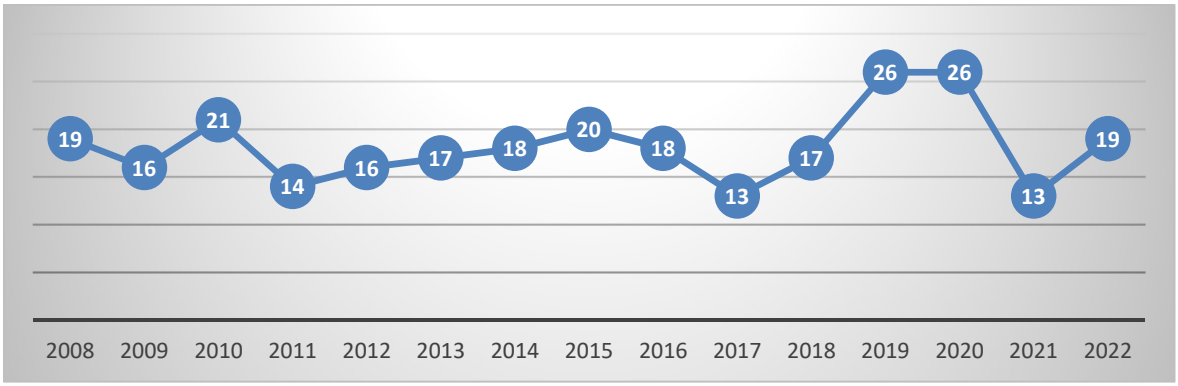
	2018	2019	2020	2021	2022
Medisin	33 %	49 %	51 %	45 %	51 %
Naturvitenskap og teknologi	42 %	31 %	28 %	32 %	30 %
Helsefag/-vitenskap	13 %	9 %	12 %	18 %	12 %
Annet	4 %	0 %	7 %	-	6 %
Psykologi	8 %	11 %	2 %	8 %	-

Helse Vests doktorgradsstipendiater – status for disputas

Regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon har besluttet at 60 % av midlene som tildeles gjennom den åpne søknadsrunden, skal gå til doktorgradsstipend og postdoktorstipend. Rammen for tildeling av doktorgradsstipend er 3 år i 100 % stilling.

I 2022 disputerte 19 stipendiater finansiert av Helse Vest, og det er en økning fra 2021. Figur 22 gir en oversikt over disputaser for Helse Vest-stipendiater siden 2008. Før 2008 var det få Helse Vest-stipendiater som disputerte. En av de som disputerte i 2022, fikk Helse Vest-stipend så langt tilbake som i 2009.

Figur 22: Helse Vest-stipendiater - disputaser pr. år 2008-2022



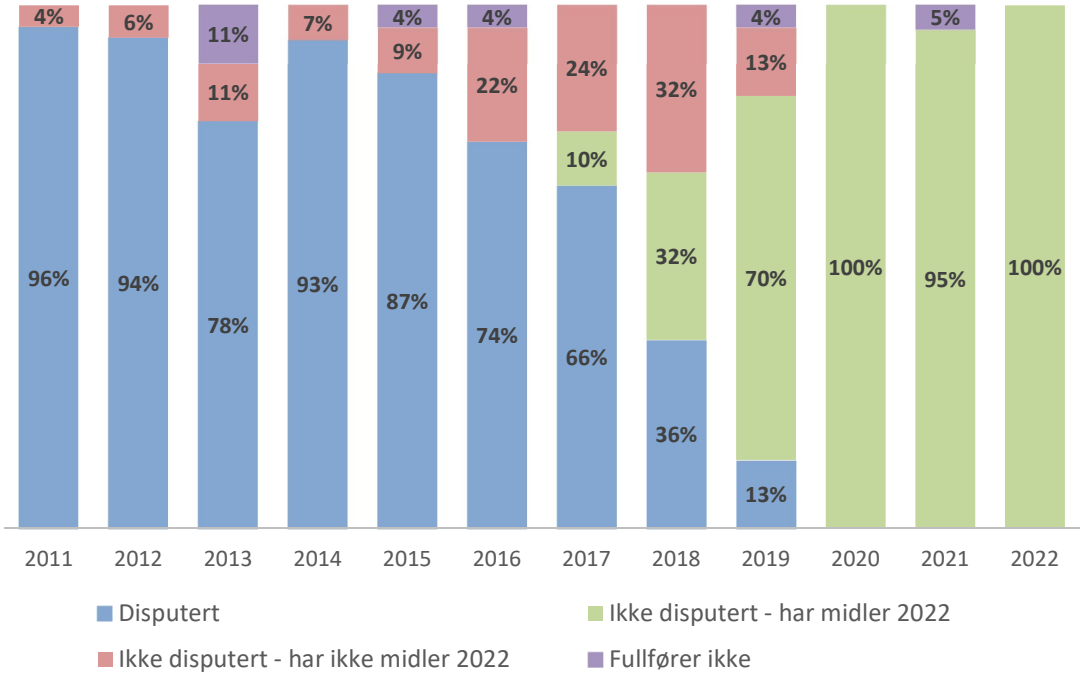
Figur 23 gir en oversikt over status for disputas for Helse Vest-finansierte stipendiater som er tildelt stipend i perioden 2010-2022. I perioden 2004-2010 ble det tildelt 133 stipend, og 98 % av stipendiatene har disputert (inkl. kandidaten som disputerte i 2022 og som fikk stipend i 2009).

Informasjon om disputas er oppdatert pr. 10. februar 2023. Søylene angir hvilket år stipendiaten fikk tildelt stipend. Fargene i hver søyle betyr følgende:

- *Blå søyle*: andel stipendiater som har disputert.
- *Grønn farge*: andelen stipendiater som ikke har disputert, men som fortsatt har finansiering fra Helse Vest.
- *Rød farge*: andelen stipendiater som ikke har disputert, og som ikke lenger har finansiering fra Helse Vest.
- *Lilla farge*: andelen stipendiater som har gitt melding om at de ikke kommer til å fullføre.

Helse Vest-finansierte stipendiater kan ta ut stipendet i enten 50 % eller 100 % stilling. En stipendiat kan også veksle mellom 50 og 100 % i løpet av sitt doktorgradsløp. Sykefravær og foreldrepermisjoner kan forlenge stipendperioden. De som i figuren utgjør de grønne søylene, hadde altså en eller annen finansiering fra Helse Vest i 2022, enten fullt stipend, stipend i 50 % stilling eller overførte midler. Figuren viser at det er et fåtall Helse Vest-finansierte stipendiater med frafall eller usikkerhet om gjennomføring av doktorgraden.

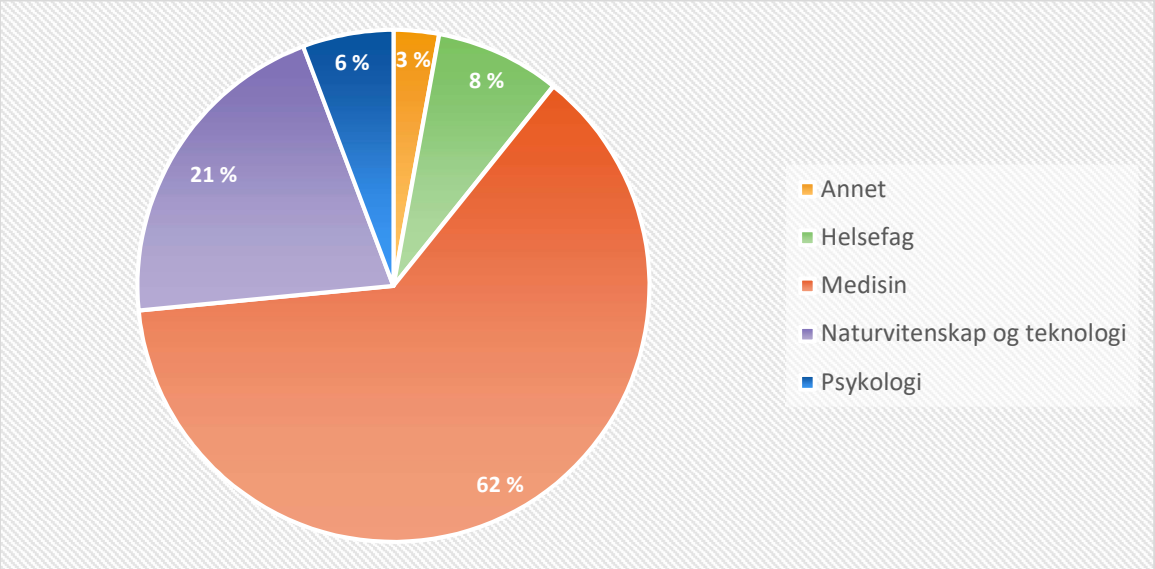
Figur 23: Helse Vest-stipendiater tildelt 2010-2021, status for disputas



Helse Vests doktorgradsstipendiater - stipendiatens faglige bakgrunn

I perioden 2004 til og med februar 2023 har 279 av 414 Helse Vest-stipendiater disputert. Figuren under viser faglig bakgrunn til stipendiatene som har disputert. Det er små forskjeller i faglig bakgrunn mellom alle Helse Vest-stipendiater og de som har disputert.

Figur 24: Faglig bakgrunn for Helse Vest-stipendiater som har disputert fra og med 2004



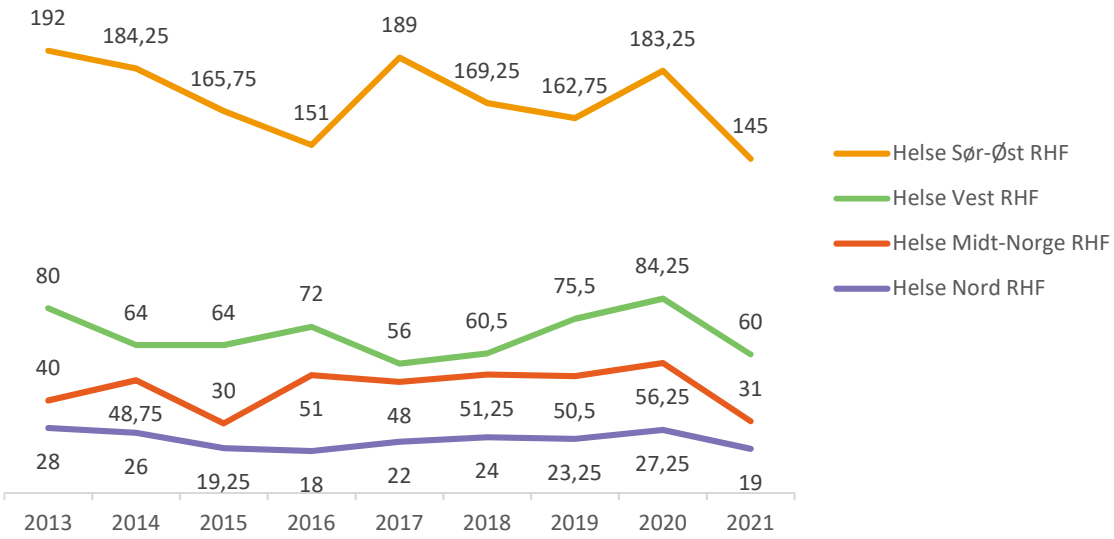
Godkjente doktorgrader som inngår i målesystemet

Som nevnt innledningsvis i omtalen av doktorgrader (se side 31) vil doktorgrader som er utført ved eller finansiert av et helseforetak i minimum 50 %, inngå som basis for det produksjonsbaserte, øremerkede tilskuddet til forskning som tildeles de regionale helseforetakene gjennom Statsbudsjettet. Helse Vest-finansierte doktorgrader tilfredsstiller kravene. Hvert år gjennomgås alle disputaser i regionen for å se om de tilfredsstiller kravene.

Alle helseregioner opplevde en nedgang i tallet på godkjente disputaser i 2021. Den nasjonale rapporten *Forskning og innovasjon til pasientens beste*[4] viste at tallet på disputaser som inngår i målesystemet, ikke hadde vært lavere siden 2009.

Figuren under viser utviklingen for disputaser godkjent i hver region i perioden 2013-2021. Desimalene indikerer doktorgrader som er delt mellom regionene.

Figur 25: Godkjente doktorgrader pr. region - 2013-2021



[4] Rapporten er tilgjengelig fra Helse Vests nettside: https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/forsking/forskning-og-innovasjon-til-pasientens-beste.

DISPONIBLE MIDLER OG TILDELTE MIDLER

I tillegg til å levere faglig rapport, skal prosjektene levere regnskapsrapport og samtidig søke om overføring av eventuelle ubrukte midler. Tildelte midler er benyttet som utgangspunkt for figurer og tabeller i rapporten, dvs. tildelte midler 2022 til pågående prosjekter. Disponible (tilgjengelige) midler er summen av tildelte midler og overførte midler fra tidligere år. 59 prosjekter har kun overførte midler, og 27 av disse har levert sluttrapport i 2022.

Administrasjon av prosjektene

Det øremerkede tilskuddet til forskning som tildeles gjennom Statsbudsjettet, skal håndteres av helseforetakene, de private, ideelle institusjonene og andre av regionens institusjoner som inngår i HODs målesystem for forskningsproduksjon.

Tabell 15 viser hvilke institusjoner som administrerer prosjektene som har levert årsrapport for 2022. Oversikten viser både den totale rammen for midler som er gjort tilgjengelige for foretakene til bestemte prosjekter, inkludert overførte midler fra året før («Tilgjengelige midler»), og hvor mye som ble tildelt som friske midler i 2022 («Tildelte midler»).

Oversikten er gruppert etter prosjektleders (evt. stipendiatens) tilknytning til foretak. Oversikten gir ikke et bilde av faktisk brukte midler og hvordan disse fordeler seg på foretakene i regionen. De primære årsakene til dette er:

1. Oversikten tar ikke hensyn til forsinkelser i gjennomføringen av prosjektet i rapporteringsåret, for eksempel pga. sykdom, permisjoner, inklusjon av pasienter mv.
2. Helse Vests forskningsmidler tildeles helseforetaket som leder prosjektet. For mange prosjekter er det regionalt samarbeid mellom foretakene. I tabellen er det ikke justert for midler tildelt ett foretak som er overført til et annet foretak i regionen.

Tildelte midler 2022 og overførte midler fra 2021

Prosjekter som har levert rapport
- Tildelt 2022: kr. 200,7 mill.
- Overførte: kr. 138,2 mill.

Prosjekter som ikke har levert rapport (inkluderer prosjekter som av ulike grunner ikke skal rapportere i 2022 eller som har bedt om utsettelse)
- Tildelt 2022: kr. 2,0 mill.
- Overført: kr. 2,4 mill.

Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning
- Tildelt 2022: kr. 8,7 mill.
- Overført: kr. 0,4 mill.

Belønningsmidler
- Tildelt 2022: kr. 4,4 mill.
- Overført: kr. 9,3 mill.

Insentivmidler
- Tildelt 2021: kr. 6,9 mill.
- Overført: kr. 8,2 mill.

Posisjoneringsmidler
- Tildelt 2022: kr. 0,2 mill.
- Overført: kr. 0,1 mill.

Delfinansiering tre nasjonale nettverk
- Tildelt 2022: kr. 0,375 mill.

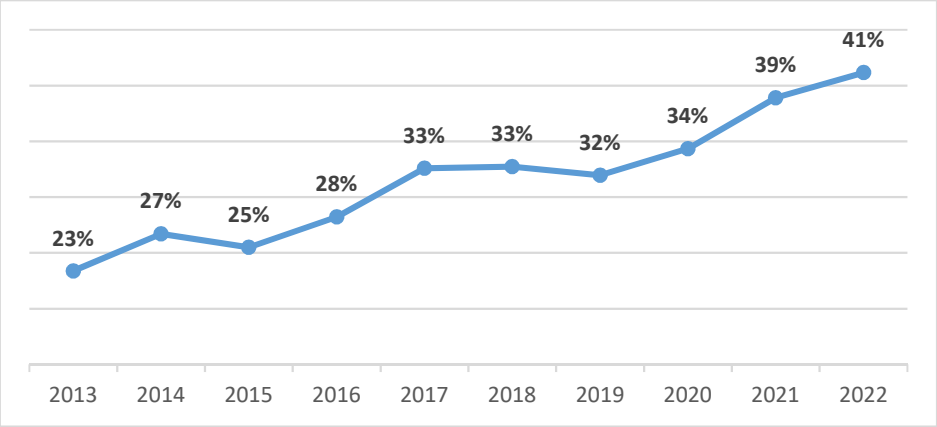
Tabell 15: Administrasjon av prosjektene 2022 – prosjekter som har levert faglig rapport

Regnskapsinstitusjon	Tildelt 2022	Overført fra 2021	Tilgjengelig 2022
Helse Bergen HF	139,9	103,4	**243,3**
Helse Stavanger HF	42,3	27,0	**69,3**
Haraldsplass Diakonale Sykehus	8,9	5,4	**14,3**
Helse Førde HF	4,2	0,4	**4,6**
Helse Fonna HF	3,4	0,4	**3,8**
Helse Vest IKT	1,0	0,5	**1,5**
NKS Olaviken	1,0	0,5	**1,5**
Sjukehusapoteka Vest HF	-	0,3	**0,3**
Solli DPS	-	0,2	**0,2**

Overførte forskningsmidler

Selv om noen få prosjekter har fått unntak for faglig rapporteringsplikt, skal det alltid leveres regnskapsrapport med evt. søknad om overføring av midler. Regnskapstallene innhentes fra controllere ved søkerinstitusjonene og kontrolleres av konsernregnskapssjefen i Helse Vest. Oversikten under viser utviklingen av ubrukte midler de siste ti årene, og inkluderer samtlige prosjekter som hadde finansiering fra Helse Vest i 2022, dvs. prosjekter som har fått tildeling gjennom åpen eller strategisk utlysning av midler. Det betyr at bl.a. belønningsmidler og insentivmidler er holdt utenfor.

Figur 26: Andel overførte midler av tilgjengelige midler 2013-2022



Noe av økningen i ubrukte midler siste år kan tilskrives Covid-19, men økningen blant prosjektene startet tidligere.

For 2022 viser regnskapsoversikten at det er størst andel overførte midler i de to største helseforetakene: Helse Bergen 43 % av tilgjengelige midler og Helse Stavanger med 39 %. Blant de større prosjektkategoriene er det Åpen prosjektstøtte som har høyest andel overførte midler av tilgjengelige midler, 51 % (kr. 50 mill.).

Belønningsmidler doktorgrad

En av de strategiske satsingene vedtatt av Regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon er belønning av forskningsproduksjon i form av avlagte doktorgrader. Det er utarbeidet retningslinjer for belønningsmidlene, som også ligger tilgjengelig på Helse Vests nettside om forskning.

Som utgangspunkt for belønning av produktive forskningsmiljø brukes HODs målesystem, som blant annet inkluderer doktorgrader der mer enn 50 % av kandidatens doktorgradsarbeid er utført ved eller finansiert av foretak i regionen. Samarbeidsorganet gir belønningsmidler til hovedveileder for doktorgradene[5] med kr. 75 000.

Det er i 2022 rapportert på 156 prosjektnumre og for kr. 13,7 mill., et beløp som inkluderer både tildelte belønningsmidler i 2022 (32 %) og overførte midler fra 2021 (68 %). Belønningsmidlene kommer i tillegg til midlene som er ført opp i
Tabell 15. Mottakere av belønningsmidler blir bedt om å avgi en enklere rapport enn den som brukes ved ordinære forskningsmidler. Belønningsmidlene forutsettes brukt til forskning, og kan benyttes til både lønn, drift og utstyr. Tall fra regnskapsrapporteringen viser at 75 % av midler som ble benyttet i 2022, gikk til å dekke drift av prosjekter, mens 25 % gikk til å dekke lønnsutgifter.

Helse Vests forskningsmidler skal regnskapsføres i søkerinstitusjon, dvs. helseforetakene, Sjukehusapoteka Vest, private, ideelle institusjoner[6] eller Helse Vest IKT. Håndtering av belønningsmidler følger i hovedsak samme retningslinjer, men med det unntak at midlene kan regnskapsføres av en UH-institusjon i regionen dersom hovedveileder ikke har et ansettelsesforhold ved en søkerinstitusjon. Grunnen til dette ligger i hensikten med midlene. Årets rapportering viser at 82 % av midlene håndteres av en søkerinstitusjon, mens 18 % håndteres av en UH-institusjon. Både Universitetet i Bergen (13 %), Universitetet i Stavanger (4 %) og Høgskulen på Vestlandet (1 %) håndterer belønningsmidler.

Insentivmidler – EU og NFR

Regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon har etablert et insentivprogram for eksterne forskningsmidler. *Insentivprogrammet* kommer i tillegg til ordningen med *posisjoneringsmidler*, der man kan få støtte til søknadsutforming rettet mot EU og NFR (to utbetalinger til to forskere i 2022).

Helse Vests insentivprogram for prosjekter som har nådd opp i konkurransen hos EU og NFR, har et tredelt formål: 1) Stimulere til økt innsats for å sende flere søknader om eksterne forskningsmidler, 2) Bidra med egenandeler for å legge til rette for at flere søknader kan nå

[5] For belønning av doktorgrader gjelder noen presiseringer, se retningslinjene på https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/forsking/forskingsmidlar/retningslinjer-og-skjema/retningslinjer-for-paskjoning-av-forskingsproduksjon

[6] Følgende private, ideelle institusjoner kan søke om og håndtere Helse Vests forskningsmidler: NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Betanien Sykehus, Solli DPS, Voss DPS (NKS Bjørkeli), Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS og NKS Jæren DPS AS.

opp i konkurransen, og 3) Belønne forskningsmiljø som gjennom ekstern evaluering har vist at de holder et høyt internasjonalt nivå.

Det er utarbeidet egne retningslinjer og søknadsskjema for insentivordningen[7], og det er i utgangspunktet avsatt kr. 2,5 mill. av de strategiske midlene til ordningen. Utbetaling av insentivmidler har økt de siste årene, og fra 2023 er rammen for ordningen derfor økt til kr. 5 mill., samtidig med en justering av satsene, der midler fra EU øker til 15 % og midler fra Forskningsrådet er redusert til 10 %.

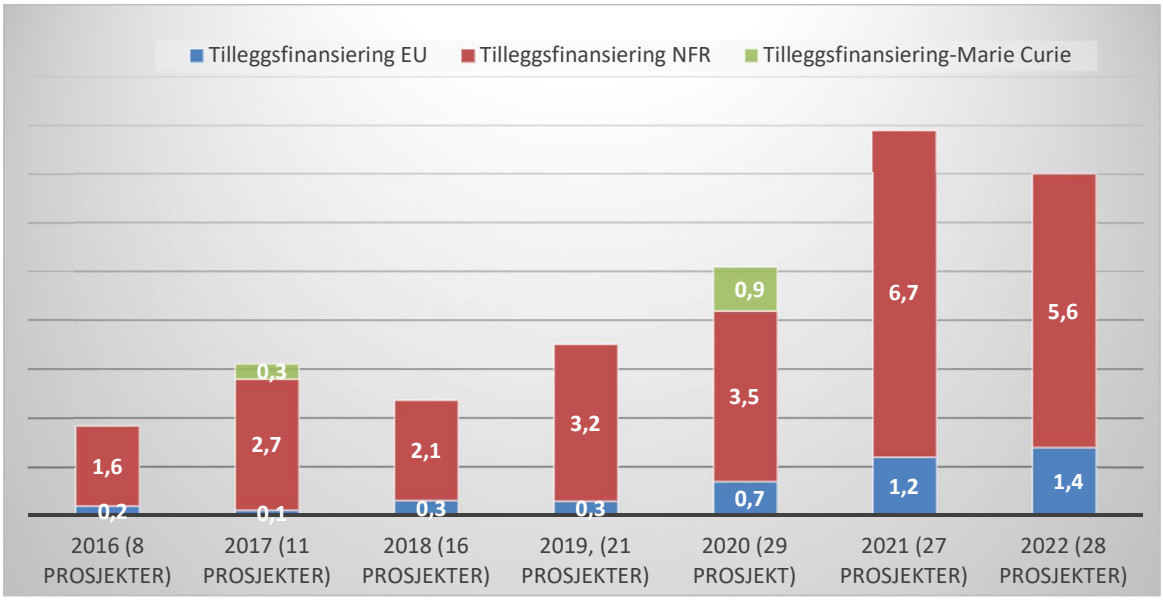
I 2022 ble det tildelt kr. 6,9 mill. til 28 prosjekter (27 forskjellige forskere) ved følgende institusjoner:

Tabell 16: Fordeling av insentivmidler pr helseforetak

Regnskapsinstitusjoner	Tildelt 2022	Antall utbetalinger
Helse Bergen HF	4,5 mill.	19
Helse Førde	0,1 mill.	1
Helse Stavanger HF	2,3 mill.	8

Figur 27 viser utbetaling av midler pr. år i perioden 2016-2022, fordelt på type insentivordning.

Figur 27: Utbetalte insentivmidler 2016-2022



[7] https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/forsking/forskingsmidlar/insentivprogram-for-eksterne-forskingsmidlar

KLASSIFISERINGSSYSTEMET (HRCS)

1. **Underpinning research: Research that underpins investigation into cause, development, detection, treatment and management of diseases, conditions and ill health.**
2. **Aetiology: Identification of determinants that are involved in the cause, risk or development of disease, conditions and ill health.**
3. **Prevention of Disease and Conditions, and Promotion of Well-being: Research aimed at the primary prevention of disease, conditions or ill health, or promotion of well-being.**
4. **Detection, Screening and Diagnosis: Discovery, development and evaluation of diagnosis, prognostic and predictive markers and technologies.**
5. **Development of Treatments and Therapeutic Interventions: Discovery and development of therapeutic interventions and testing in model systems and preclinical settings.**
6. **Evaluation of Treatments and Therapeutic Interventions: Testing and evaluation of therapeutic interventions in clinical, community or applied settings.**
7. **Management of Diseases and Conditions: Research into individual care needs and management of disease, conditions or ill health.**
8. **Health and Social Care Services Research: Research into the provision and delivery of health and social care services, health policy and studies of research design, measurements and methodologies.**

Health Research Classification System (HRSC) består av 2 elementer: forskningsaktivitet og helsekategori.

Forskningsaktivitet (Research Activity) angir type forskningsaktivitet på en akse som spenner fra den grunnleggende forskningen til den anvendte forskningen. Dimensjonens hovedfokus ligger på den anvendte og tiltaksorienterte siden av helseforskningsspekteret. Oversikten til venstre gir en oversikt over de 8 overordnete aktivitetene.

Helsekategorier (Health Categories) er den andre dimensjonen i HRCS. Det er 21 forskjellige inndelinger i denne dimensjonen av HRCS. Hver kategori innbefatter forskning både på sykdom og på normal funksjon, som for eksempel vil studier av normal leverfunksjon og studier av skrumplever begge bli klassifisert under *Oral og Gastrointestinal*.

Av de 21 kategoriene henviser 19 til bestemte områder. I tillegg er det en kategori som fanger opp forskning som er relevant for alle eller flere sykdommer og tilstander, samt forskning på helse og velvære. Denne kategorien er navngitt *Generic Health Relevance*. omfatter ukjent eller omstridt etiologi (som kronisk utmattelsessyndrom / myalgisk encefalomyelitt), eller forskning som ikke er av generisk helserelevans og ikke aktuell for de 19 helsekategoriene knyttet til bestemte områder.

Inndelingen i helsekategorier er basert på Verdens helseorganisasjons klassifikasjon av sykdomskategorier, International Classification of Diseases (ICD). ICD dekker alle sykdomsområder og helsetilstander.

På neste side er de 21 kategoriene listet opp med den overordnete definisjonen. Nettsiden til klassifiseringssystemet vil gi ytterligere informasjon og veiledning i bruken av de to dimensjonene forskningsaktivitet og helsekategori.

Nettsideadresse: http://www.hrcsonline.net

Helsekategorier

Category	Includes
Blood	Haematological diseases, anaemia, clotting (including thromboses and venous embolisms) and normal development and function of platelets and erythrocytes
Cancer and Neoplasm	All types of neoplasms, including benign, potentially malignant, or malignant (cancer) cancer growths. This includes leukaemia and mesothelioma.
Cardiovascular	Coronary heart disease, diseases of the vasculature and circulation including the lymphatic system, and normal development and function of the cardiovascular system
Congenital Disorders	Physical abnormalities and syndromes that are not associated with a single type of disease or condition including Down's syndrome and cystic fibrosis
Ear	Deafness and normal ear development and function
Eye	Diseases of the eye and normal eye development and function
Infection	Diseases caused by pathogens, acquired immune deficiency syndrome, sexually transmitted infections and studies of infection and infectious agents
Inflammatory and Immune System	Rheumatoid arthritis, connective tissue diseases, autoimmune diseases, allergies and normal development and function of the immune system
Injuries and Accidents	Fractures, poisoning and burns
Mental Health	Depression, schizophrenia, psychosis and personality disorders, addiction, suicide, anxiety, eating disorders, learning disabilities, autistic spectrum disorders and studies of normal psychology, cognitive function and behaviour
Metabolic and Endocrine	Metabolic disorders (including Diabetes) and normal metabolism and endocrine development and function. This includes all research on the pineal, thyroid, parathyroid, pituitary and adrenal glands.
Musculoskeletal	Osteoporosis, osteoarthritis, muscular and skeletal disorders and normal musculoskeletal and cartilage development and function
Neurological	Dementias, transmissible spongiform encephalopathies, Parkinson's disease, neurodegenerative diseases, Alzheimer's disease, epilepsy, multiple sclerosis and studies of the normal brain and nervous system
Oral and Gastrointestinal	Inflammatory bowel disease, Crohn's disease, diseases of the mouth, teeth, oesophagus, digestive system including liver and colon, and normal oral and gastrointestinal development and function
Renal and Urogenital	Kidney disease, pelvic inflammatory disease, renal and genital disorders, and normal development and function of male and female renal and urogenital system
Reproductive Health and Childbirth	Fertility, contraception, abortion, in vitro fertilisation, pregnancy, mammary gland development, menstruation and menopause, breast feeding, antenatal care, childbirth and complications of newborns
Respiratory	Asthma, chronic obstructive pulmonary disease, respiratory diseases and normal development and function of the respiratory system
Skin	Dermatological conditions and normal skin development and function
Stroke	Include both ischaemic stroke (caused by blood clots) and haemorrhagic stroke (caused by cerebral/intercranial haemorrhage).
Generic Health Relevance	Research applicable to all diseases and conditions or to general health and well-being of individuals. Public health research, epidemiology and health services research that is not focused on specific conditions.Underpinning biological, psychosocial, economic or methodological studies that are not specific to individual diseases or conditions
Disputed Aetiology and other	Conditions of unknown or disputed aetiology (such as chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis), or research that is not of Generic Health Relevance and not applicable to the top 19 specific health categories with specific pathological / physiological determinants.

HRCS – norske betegnelser

Det benyttes norsk oversettelse på navnene på helsekategori og forskningsaktivitet. All underliggende informasjon er imidlertid ikke oversatt, og det henvises derfor til systemets nettside for full oversikt.

Helsekategorier

- **Blod** (Blood). Blodsykdommer, anemi, koagulasjon samt blodplaters og røde blodcellers normale utvikling og funksjon.
- **Kreft** (Cancer and Neoplasm). Alle typer kreft (inkludert leukemi).
- **Medfødte lidelser** (Congenital Disorders). Fysiske avvik og syndromer som ikke er knyttet til enkeltsykdommmer eller -tilstander, herunder Downs syndrom og cystisk fibrose.
- **Hjerte og kar (**Cardiovascular). Koronar hjertesykdom, sykdommer i blodkar og sirkulasjon inkludert lymfesystemet samt normal utvikling og funksjon av hjerte-kar systemet.
- **Øre** (Ear). Døvhet og ørets normale utvikling og funksjon.
- **Øye** (Eye). Sykdommer i øyet og øyets normale utvikling og funksjon.
- **Infeksjon** (Infection). Sykdommer forårsaket av sykdomsfremkallende mikroorganismer/patogener ervervet immunsviktsyndrom, seksuelt overførte infeksjoner samt studier av infeksjon og smittestoffer/patogener
- **Betennelse og immunsystem** (Inflammatory and Immune System). Revmatoid artritt (leddgikt), bindevevssykdommer, autoimmune sykdommer, allergier samt immunsystemets normale utvikling og funksjon
- **Skader og ulykker** (Injuries and Accidents). Brudd, forgiftning og brannskader.
- **Mental helse** (Mental Health). Depresjon, schizofreni, psykoser og personlighetsforstyrrelser, avhengighet, selvmord, angst, spiseforstyrrelser, lærevansker, autistiske tilstander samt studier av normal psykologi, kognitiv funksjon og atferd.
- **Stoffskifte og hormoner** (Metabolic and Endocrine). Diabetes, sykdom i skjoldkjertelen, stoffskifteforstyrrelser samt normalstoffskiftet og utvikling og funksjon av det endokrine systemet (indresekretoriske kjertler).
- **Muskel og skjelett** (Musculoskeletal). Osteoporose (beinskjørhet), artrose (slitasjegikt), lidelser i muskel og skjelett samt normal utvikling og funksjon av muskel, skjelett og brusk.
- **Hjerne** og **nervesystem** (Neurological). Demens, overførbare spongiforme encefalopatier (bl.a. «kugalskap»), Parkinsons sykdom, nevrodegenerative sykdommer, Alzheimers sykdom, epilepsi, multippel sklerose samt studier av den normale hjernen og nervesystemet.
- **Munnhule, mage-tarm** (Oral and Gastrointestinal). Inflammatorisk tarmsykdom, Crohns sykdom, sykdommer i munnen, tenner, spiserøret, fordøyelsessystemet inkludert lever og tykktarm, samt normal utvikling og funksjon av munnhule og mage-tarmsystem.
- **Nyrer**, **urinveier og kjønnsorgan** (Renal and Urogenital). Nyresykdom, underlivsbetennelse, forstyrrelser i nyrer og kjønnsorgan, samt normal utvikling og funksjon av mannlige og kvinnelige nyrer, urinveier og kjønnsorgan.
- **Forplantning og fødsel** (Reproductive Health and Childbirth). Fruktbarhet, prevensjon, abort, prøverørsbefruktning, graviditet, melkekjertlenes utvikling, menstruasjon og menopause, amming, svangerskapsomsorg, fødsel og komplikasjoner hos nyfødte.

- **Lunger** og **luftveier** (Respiratory). Astma, kronisk obstruktiv lungesykdom, luftveissykdommer samt normal utvikling og funksjon av åndedrettsorganene.
- **Hud** (Skin). Hudsykdommer og normal huds utvikling og funksjon.
- **Hjerneslag** (Stroke). Iskemi og blødning.
- **Generell helserelevans** (Generic Health Relevance). Forskning relevant for alle sykdommer og tilstander, eller helse generelt og enkeltpersoners velbefinnende. Folkehelseforskning, epidemiologi og helsetjenesteforskning som ikke er knyttet til bestemte tilstander. Underbyggende biologiske, psykososiale, økonomiske eller metodologiske studier som ikke er spesifikt knyttet til enkeltsykdommer eller -tilstander.
- **Ukjent årsak og annet** (Disputes Aetiology and Other) Tilstander med ukjent eller omstridt årsak (som kronisk utmattelsessyndrom, myalgisk encefalomyelitt), eller forskning som ikke har generell helserelevans og ikke gjelder spesifikke helsekategorier nevnt ovenfor. NB! Ikke en samlekategori, kun tilstander med UKJENT årsak. Er det forskning på normale biologiske tilstander eller kjente årsaker, da er *Generell helserelevans* riktig helsekategori.

Forskningsaktivitet

1. **Underbyggende forskning**, (Underpinning Research). Forskning som kan underbygge videre helseforskning på sykdomsforståelse, forebygging, diagnose, behandling og helsetjenester.

2. **Årsaksforhold,** (Aetiology). Forskning for å forstå årsak, risiko og utvikling av sykdom og dårlig helse.

3. **Forebygging**, (Prevention of Disease and Conditions, and Promotion of Well-Being). Forskning på primærforebygging av sykdom og fremme av god helse.

4. **Påvisning og diagnose**, (Detection, Screening and Diagnosis). Utvikling av diagnostiske, prognostiske og prediktive markører og teknologier.

5. **Utvikling av behandling,** (Development of Treatments and Therapeutic Interventions). Utvikling av behandling og terapeutiske intervensjoner i prekliniske settinger (Generelt sett dyreforsøk og celleforsøk - som regel ikke forsøk på mennesker.)

6. **Evaluering av behandling,** (Evaluation of Treatments and Therapeutic Interventions). Testing og evaluering av behandling og terapeutiske intervensjoner i kliniske settinger. (Generelt sett forsøk og studier på mennesker - som regel ikke dyr og celler)

7. **Håndtering av sykdom og tilstander**, (Management of Diseases and Conditions). Forskning på pasientbehov på individnivå og håndtering av sykdommer og tilstander.

8. **Helsetjenesteforskning,** (Health and Social Care Services Research). Forskning på helse- og sosialtjenester, helsepolicy og forskningsmetodologi.

HVEM HAR RAPPORTERT I 2022

Det er 298 innleverte faglige rapporter i 2022. De innleverte rapportene fordeler seg på følgende prosjektkategorier:

Tabell 17: Antall prosjekter og tildelte midler 2022

Prosjektkategori	Tildelte midler 2022	Kun overførte midler 2022	Ingen midler i 2022	Tildelte midler 2022, mill.kr.
Forskerutdanning	159	26	11	**109,4**
Forskningsprosjekt	49	29	6	**59,7**
Strategisk satsing	10	4	4	**31,6**
Antall	**218**	**59**	**21**	**200,7**

21 forskere har levert rapport uten å ha midler i 2022. Disse har selv bedt om å få rapportere for å kunne få med all forskningsproduksjon som finansieringen fra Helse Vest har generert. 16 av disse forskerne har levert sluttrapport i 2022.

Som nevnt under kapitlet om administrasjon av forskningsmidlene på side 36, er det flere tiltak finansiert av strategiske midler som ikke leverer årsrapport. Fordelingen av midlene som vist i tabellen over gjelder med andre ord ikke for alle Helse Vests forskningsmidler.

20 % har levert sluttrapport. I tillegg til å avgi vanlig årsrapport for bl.a. prosjektklassifisering og forskningsproduksjon, skal forskeren gi et sammendrag av oppnådde resultater og beskrive hvilke konsekvenser forskningsresultatene har for helsetjenesten, inkl. om prosjektet har ført til noen form for innovasjonsrealisering.

14 av de 59 forskerne som har levert sluttrapport, har prosjekter som har ført til en form for innovasjonsrealisering.

Tabell 18: Innovasjonsrealisering ved innlevert sluttrapport, 2018-2022 (antall prosjekter)

Innovasjonsrealisering	2018	2019	2020	2021	2022
Prosjektet skal videreføres som et innovasjonsprosjekt	8	4	8	3	8
Prosjektet har ført til samarbeid med næringslivet	3	3	9	6	5
Prosjektet har ført til melding om oppfinnelse (DOFI)	0	2	3	3	1
Andel sluttrapporter med innovasjonsrealisering	26 %	22 %	40 %	32 %	24 %

Konsekvenser for helsetjenesten

Det er 59 prosjekter hvor det er levert sluttrapport og der prosjektleder har svart på spørsmål om *Resultater av denne tildelingen* og *Konsekvenser for helsetjenesten*. På disse spørsmålene svarer respondentene i fritekst, og det legges ikke føringer på hvilke elementer som skal trekkes frem. Svarene er derfor gitt ut fra forskernes egen opplevelse av hva som er relevant og det er stor variasjon med tanke på hvor utfyllende de har svart. For 19 av prosjektene, pekes det på at det det enten er for tidlig å si noe om konsekvensene for helsetjenesten, eller

at resultatene danner grunnlag for nye prosjekter som forventes å gi noen resultater som vil kunne få konsekvenser for helsetjenesten. Videre er det åtte prosjekter der det rapporteres at resultatene har fått eller forventes å få betydning for diagnostikk og ni prosjekter der behandling eller seleksjon til behandling påvirkes (eller forventes å bli påvirket av) resultatene i prosjektet. Særlig for behandling er det imidlertid flere prosjekter der resultatene ikke er ferdig implementert enda, selv om forskerne rapporterer at dette er sannsynlig at vil skje. Konsekvensene kan for eksempel være nye verktøy som er utviklet, nye retningslinjer som er publisert eller verifisering av at mindre invasive eller mer kostnadseffektive metoder er like effektive som tidligere brukte metoder. I noen prosjekt rapporteres det også om økt samarbeid, nasjonalt, internasjonalt eller tverrfaglig samarbeid, og at dette anses som en positiv og konkret konsekvens av arbeidet i prosjektene.

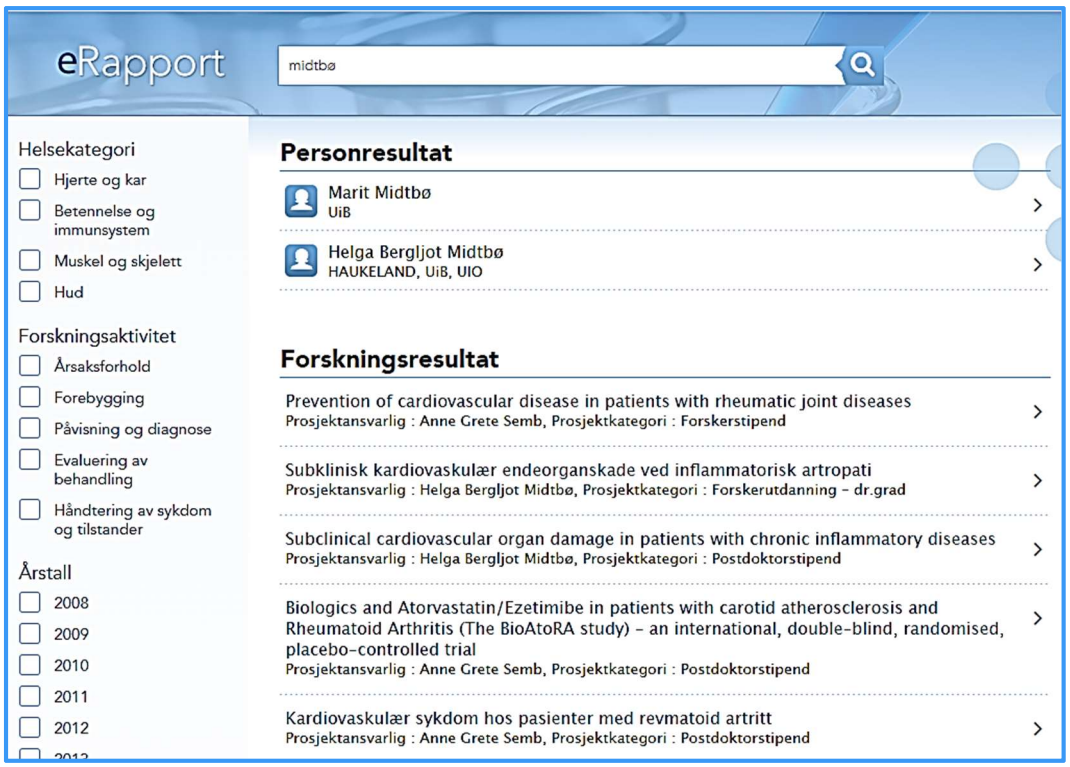
Visning av årsrapporter

Alle rapporter er tilgjengelig på nettsiden http://forskningsprosjekter.ihelse.net/. Det kan søkes på bl.a. navn, prosjektnummer, institusjon og helsekategori. For å komme raskest mulig til et spesielt prosjekt, er det enklest å søke på prosjektnummer, jf. listen over de som har rapportert i 2022 (side 47). Søkefeltet er godt synlig øverst i registeret.

Bilde 1: RHF-enes forskningsregister

Registeret gir informasjon om både personer og prosjekter. Gjennom å velge et navn i *Personresultat*, får man oversikt over hvilke rapporter vedkommende er med på. Lenkene under *Forskningsresultat* gir tilgang til årsrapporter for prosjektene, jf. bilde under.

Bilde 2: Søk i forskningsregisteret



Forskningsregisteret inneholder alle årsrapporter innlevert gjennom eRapport for alle regionale helseforetak. Helse Vest har årsrapporter fra 2003, Helse Sør-Øst og Helse Nord fra 2007 og Helse Midt-Norge fra 2008.

Oversikt over årsrapporter 2022

Oversikten over rapporter er sortert etter prosjektkategori (doktorgradsstipend, postdoktorstipend, utenlandsstipend, åpen prosjektstøtte, strategiske satsinger osv.). Prosjektene er sortert alfabetisk etter søkers fornavn innen hver prosjektkategori.

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12580	Aina van der Meeren	Diagnostic gut biomarkers in irritable bowel syndrome	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12155	Alberto Jaramillo-Jiménez	Neural networks dysfunction: From resting-state electroencephalography to dementia diagnosis	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912217	Alexander Vietheer	Hvordan mors helse påvirker tidlig fosterutvikling	Doktorgradsstipend	Forplantning og fødsel, Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12156	Anders Einum	Prevention of preterm birth - adverse infant and maternal effects of vaginal progesterone treatment	Doktorgradsstipend	Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12581	Andreas Havsgård Handeland	Targeting risk of toxicity following childhood cancer by introducing biologically optimized proton therapy	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12582	Andreas Jessen Gjengstø	A novel method for detecting Crohns disease using sonographic intraluminal contrast	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-11001	Anette Lodvir Hemsing	RAC1 as a potential pharmacological target in human acute myeloid leukemia	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12583	Anita Lenora Sunde	Accuracy of blood-based biomarkers in diagnosing Alzheimer's disease in clinical practice	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12584	Anja Øksnes	"Invest-CTO, a novel strategy to improve treatment safety, effectiveness, and patient experience of high-risk complex coronary interventions"	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912156	Anne Karin Molvær	Patient reported outcomes in persons with type 1 diabetes for more than 45 years. Is impaired quality of life, fatigue and pain part of a new syndrome of diabetic late complications?	Doktorgradsstipend	Mental helse, Stoffskifte og hormoner, Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12157	Anne Mette Berget	Funksjon, deltakelse og livskvalitet: En oppfølgingsstudie av mennesker med funksjonsnedsettelser i et rehabiliteringsforløp	Doktorgradsstipend	Kreft, Hjerte og kar, Muskel og skjelett, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12585	Ann-Elin Meling Stokland	Improved Prediction, Treatment and Outcome of Graves´ Disease	Doktorgradsstipend	Stoffskifte og hormoner	Helse Stavanger HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912277	Annette Onken	Bloodstream infections and antimicrobial resistance in Zanzibar	Doktorgradsstipend	Infeksjon	Helse Bergen HF	Årsrapport
912207	Arne Carlsen	Serumkonsentrasjonsmåling er av infliximab og adalimumab ved inflammatorisk tarmsykdom - relevans for sykdomsaktivitet, fatigue og livskvalitet	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem, Munnhule, mage-tarm	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912023	Bahareh Jouleh	Microbiota and remodeling of the airways in obstructive lung diseases.	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912121	Beenish Nawaz	NOR-SYS (Norwegian Stroke in the Young Study)	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912219	Brage Brakedal	Identifying drugs associated with reduced risk of Parkinson's disease and their synergistic effects using the Norwegian Prescription Database	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12158	Camilla Christina Pedersen	Ultrasensitive biomarker signatures for improved clinical trial recruitment in early stage Lewy Body disease	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12586	Caroline Annette Berge	Plaque imaging by coronary computed tomography angiography in acute and chronic non-obstructive coronary artery disease.	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912278	Cecilie Fredvik Torkildsen	Rethinking Ovarian Cancer: Extensive BioPROFILING to Better Define Operability in Cytoreductive Surgery	Doktorgradsstipend	Kreft, Forplantning og fødsel	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912280	Christian Lillebø Alsing	Myocardial infarction and stroke in patients with rheumatoid arthritis. Incidence and trends over 45 years	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar, Betennelse og immunsystem, Hjerneslag	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Årsrapport
F-11002	Christina Due Svendsen	The relationship between the upper and lower airways microbiome to coronary heart disease and changes in the lung parenchyma and vasculature in COPD patients and controls	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912220	Dag André Sangnes	Ny diagnostikk og behandling av diabetisk gastroparese	Doktorgradsstipend	Stoffskifte og hormoner, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912198	Daniel Limi Cacic	Interaksjoner mellom blodplater og hematopoietiske celler	Doktorgradsstipend	Blod, Kreft	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
912281	Dhanushan Dhayalan	The V-REX study	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12159	Daanyaal Wasim	The electrocardiogram in aortic stenosis: Insights from TAVI-NOR study	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912215	Edda Ottarsdottir	Language and cognitive functioning in patients with low grade gliomas.	Doktorgradsstipend	Kreft, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912122	Edvin Tang Gundersen	Nanocarriers for improving the pharmacokinetic properties of anti-cancer drugs. An experimental study on drug loading, release and biodistribution.	Doktorgradsstipend	Blod, Kreft	Sjukehusapotek a Vest HF	Årsrapport
F-12160	Egil Riveland	Kardiale kontraktile biomarkører og prognostisk verdi ved hjertesvikt	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12587	Eirik Volckmar Kaasa	Eosinophilic esophagitis: Towards Improved diagnostics and Management (EOSTIM)	Doktorgradsstipend	Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport
912282	Eivind Aanestad	Quantitative correlations of visual EEG analysis in patients with epilepsy based on the SCORE-Standard	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-11005	Elin Kismul Aakre	Akutt bukkirurgi hos eldre - effekt av en ny, tverrfaglig behandlingsprotokoll	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport
912123	Elisabeth Berge Budal	Morfologiske og inflammatoriske forandringer i morkaken som årsak til svangerskapskomplikasjoner.	Doktorgradsstipend	Infeksjon, Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12161	Elise Constance Fodstad	Personality and recovery in patients with Substance Use Disorders	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Stavanger HF	Årsrapport
911950	Elise Grytten	Diet-gene interactions in diabetes and heart disease	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-11016	Emilie Sektnan Nordby	Emotional regulation in adolescents and adults with ADHD: Steps towards a digital training program	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
912200	Erlend Grønningen	Improving diagnosis of extra pulmonary tuberculosis by implementation of a sensitive and specific assay in routine tuberculosis diagnostic settings.	Doktorgradsstipend	Infeksjon, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912126	Fatemeh Chalabianloo	Steady-state methadone pharmacokinetics in opioid maintenance patients: Influencing factors and clinical outcomes	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912139	Flavia Teodora Paunas	Glomerular and tubular proteome markers of progressive IgA nephropathy	Doktorgradsstipend	Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12162	Frode Rekeland	The natural course of spinal stenosis	Doktorgradsstipend	Muskel og skjelett, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12588	Gabriele Leonie Schwarz	Very elderly patients' treatment preferences, and participation in shared decision making in the event of acute life-threatening illness	Doktorgradsstipend	Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12589	Gard Mikael Sæle Myrmel	Growth Differentiation Factor - 15 as a predictor for atherosclerotic coronary artery disease, chronic myocardial injury and long-term prognosis	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12500	Gunnar Helge Sjøen	Hemodynamisk stabilitet ved innledning av generell anestesi	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Fonna HF	Årsrapport
912211	Gunnhild Eldhuset Hoprekstad	The Norwegian Prednisolone in Early Psychosis Study (NorPEPS)	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem, Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
912293	Guri Fossdal	Surrogate markers of natural history, disease severity and prognosis in primary sclerosing cholangitis in a prospective, national cohort	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem, Munnhule, mage-tarm	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Årsrapport
F-12590	Gøril Solberg Kleiven	Opening up and working with emotions in psychotherapy: a qualitative micro-process study of patients´experiences	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Førde HF	Årsrapport
912283	Heiko Bratke	Barn og ungdom med diabetes type 1: Påvirker forskjellige behandlingsalternativer pasientens metabolsk kontroll og livskvalitet? En observasjonsstudie.	Doktorgradsstipend	Stoffskifte og hormoner, Generell helserelevans	Helse Fonna HF	Årsrapport
912284	Henrikke Nilsen Hovland	Functional analyses of BRCA1 variants of unknown significance found in hereditary breast or ovarian cancer patients in Norway as a tool for improved diagnosis and treatment	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912128	Hilde Kristin Vindenes	Chemical and occupational risk factors of eczema	Doktorgradsstipend	Hud	Helse Bergen HF	Årsrapport
912208	Hilde Lunde Tjora	WESTCOR studien. Aiming towards evidence based interpretation of cardiac biomarkers in patients presenting with chest pain	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12163	Hilde Marie Torgauten	Optimal dosering og vaksinerespons ved rituksimab mot multippel sklerose	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12164	Iman Karaji	Advanced Coronary CT Angiography in Suspected Coronary Heart Disease: VeCTor	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912030	Inga Strand Thorsen	Nye markører på nyreskade hos nyretransplanterte, nyredonores, ved nyresvikt og ved akutt hjerteinfarkt.	Doktorgradsstipend	Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12501	Ingar Ziad Restan	Aiming toWards Evidence baSed inTerpretation of Cardiac biOmarkers in patients pResenting with chest pain (The WESTCOR-study)	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912129	Ingeborg Kvivik	High Mobility Group Box 1 (HMGB1) protein som signalmolekyl for kronisk fatigue	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912205	Ingrid Gurvin Rekeland	Myalgisk encefalopati (ME): Medikamentell behandling, sykdomsmekanismer og biologiske markører	Doktorgradsstipend	Infeksjon, Stoffskifte og hormoner, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12165	Irini Ktoridou-Valen	Repurposing in personalised leukemia therapy	Doktorgradsstipend	Blod, Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12533	Jan-Lukas Førde	Investigation of the efficacy of novel drugs and drug carriers in an in vivo screening model for myeloid maligancies.	Doktorgradsstipend	Blod, Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12166	Jon Anders Feet	Hospital-acquired pneumonia in Norway (HVAPNOR): Incidence, etiology and comprehensive rapid molecular diagnostics	Doktorgradsstipend	Infeksjon, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912285	Julie Andrea Dybvik	Functional imaging for individualized treatment of uterine cancer	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12502	Karen Galta Sørensen	LAMA - Lung function, asthma and atopy in young adults after hospitalization for bronchiolitis in infancy	Doktorgradsstipend	Lunger og luftveier	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12168	Kari Strøno Wagner-Larsen	Advanced MRI for developing more personalized treatment stategies in uterine cervical cancer	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12503	Karine Eid	Konsekvenser av multippel sklerose for svangerskap, fødsel og postpartum periode.	Doktorgradsstipend	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12504	Karoline Lode	The short and long term neurodevelopmental benefits of immediate and continuous Kangaroo Mother Care in premature unstable infants	Doktorgradsstipend	Mental helse, Hjerne og nervesystem, Forplantning og fødsel	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912286	Katinka Nordheim Alme	New perspectives on vascular risk – the impact of breaking up sitting-time	Doktorgradsstipend	Hjerneslag	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Sluttrapport
F-12169	Kjersti Sellevåg	The Regional Register for Neurostimulation Treatment in Western Norway: Clinical response, side effects and the importance of patient rated outcomes	Doktorgradsstipend	Mental helse	NKS Olaviken alderspsykiatrisk e sykehus	Årsrapport
912204	Kristel Svalland Knudsen	The respiratory microbiome and host immune response in chronic respiratory disease	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912287	Kristian Varden Gjerde	Cellular adhesion molecules and cognition in non-affective psychosis (CAMsCog)	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem	NKS Olaviken alderspsykiatrisk e sykehus	Årsrapport
F-12173	Kristin Løge Aanestad	Liquid biopsies for personalized follow-up of operable breast cancer patients	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912288	Kristina Osland Lavik	The first five sessions of psychotherapy: Alliance formation processes from the perspectives of clients and therapists	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Førde HF	Årsrapport
912136	Kristine Eldevik Fasmer	Functional imaging for individualized treatment of uterine cancer	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Sluttrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12505	Kristine Fjellanger	Improving photon and proton radiotherapy of locally advanced non-small cell lung cancer	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12591	Kristine Knappskog	Vasopressors in early burn resuscitation	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar, Skader og ulykker	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12506	Lena Antonsen Stabell	Insight, symptoms and antipsychotic medication in patients with schizophrenia spectrum disorders.	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
912138	Lina Sophie Toft Lernevall	Parent experience of burn injury in their child and perceived needs for support during hospitalization at a burn care centre	Doktorgradsstipend	Mental helse, Hud	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12174	Line Bjorland	Prognostic factors, treatment approach and clinical outcomes in glioblastoma: a population-based study from Western Norway	Doktorgradsstipend	Kreft, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12531	Lisa Marie Dale Grymyr	The heart beyond the fatness: long-term cardiac consequences of bariatric surgery in obese women and men - the FatWest study	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12507	Live Egeland Eidem	Unraveling the molecular mechanisms of chronic fatigue; a proteomic study of cerebrospinal fluid using multiple cohorts	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912209	Magnus Bjørkavoll-Bergseth	The relationship between exercise induced cardiac Troponin increase and physical workload during prolonged strenuous exercise (NEEDED 2018)	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912203	Maja Elisabeth Juul Søndergaard	Anxiety, stress and coping among men who receive a Stockholm3-answer compared to those who receive a PSA-answer in the diagnostic phase of prostate cancer	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912027	Marianne Sørlie Strøm	Tidlige tegn på CP	Doktorgradsstipend	Medfødte lidelser, Hjerne og nervesystem, Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12508	Marit Andrea Klokkhammer Hetland	A bioinformatic analysis of the antimicrobial resistance, pathogenicity and transmission of the high-risk bacteria Klebsiella pneumoniae	Doktorgradsstipend	Infeksjon	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12509	Marte Karen Brattås	Exploring the splenic tyrosine kinase (SYK) as pharmacological target in human acute myeloid leukemia	Doktorgradsstipend	Blod, Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912289	Martha Eimstad Haugstøyl	Identification of novel pro-inflammatory macrophages in adipose tissue associated with obesity-induced insulin resistance	Doktorgradsstipend	Betennelse og immunsystem, Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12592	Mathias Nikolai Petersen Hella	Frequency, risk factors and prognosis of hospital delirium	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12593	Melinda Lillesand	Role of micro-environmental immune system, stromal and epithelial biomarkers in development and progression of bladder cancer	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12594	Melissa Rajini Balthasar	Understanding early growth: associations with childhood overweigth and pubertal onset.	Doktorgradsstipend	Stoffskifte og hormoner, Generell helserelevans	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12510	Merete R. Benestad	Born too early: health and well-being in a lifetime perspective	Doktorgradsstipend	Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
912202	Mette Engan	Fysisk kapasitet hos unge voksne født ektremt prematurt i 1999-2000	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar, Mental helse, Muskel og skjelett, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12511	Miguel German Borda	Diagnostic and prognostic neuroimaging biomarkers in dementia with Lewy bodies	Doktorgradsstipend	Mental helse, Muskel og skjelett, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
912290	Nazanin Mola	Machine Learning for Detection and Classification in Pathology	Doktorgradsstipend	Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
912291	Nina Hapnes	Necrotizing enterocolitis and bowel perforation in preterm infants - risk factors, epidemiology and long-term follow-up.	Doktorgradsstipend	Infeksjon, Betennelse og immunsystem, Munnhule, mage-tarm	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12512	Njål Lura	Precision imaging for individualized treatment in uterine cervical cancer	Doktorgradsstipend	Kreft, Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12175	Ole Magnus Bjørgaas Helle	Improving diagnosis and management of extrapulmonary tuberculosis in low-resource settings by implementation of a new antigen detection test	Doktorgradsstipend	Infeksjon, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
911938	Per Martin Kristoffersen	Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and Modic changes: a randomized controlled trial and imaging study	Doktorgradsstipend	Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
912140	Petros Drosos	The Prednisolone in Early Psychosis Study (PEPS)	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912141	Pål Tore Bentsen	Single cell immune and signaling profiles in steroid-refractory acute graft-versus-host disease (aGVHD).	Doktorgradsstipend	Blod, Kreft, Betennelse og immunsystem	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12595	Ragnhild Lygre	Evaluation of an interdisciplinary intervention for children with multiple referrals to specialist healthcare	Doktorgradsstipend	Mental helse, Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12596	Rasmus Olai Collett Humlevik	Age-dependent differences in immuno-angiogenic responses in breast cancer – implications for diagnosis and outcome	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
912218	Robert Persson	Mechanisms of mitral valve closure and the impact of various annuloplasty rings in an acute animal experimental model	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912199	Romi Roy Choudhury	Mapping the clonal evolution of recurrent tumors after suicide gene therapy of glioblastoma	Doktorgradsstipend	Kreft, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
912206	Ruben Dyrhovden	Metagenomisk karakterisering av polymikrobielle invasive infeksjoner	Doktorgradsstipend	Infeksjon	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12597	Rune Krogh Eilertsen	Preclinical cardiac and aortic disease in women and men with ischemic stroke	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12532	Satheshkumar Kaliyugarasan	Kunstig intelligens i bildediagnostikk: læringsoverføring og aktiv læring for effektiv bruk av data og radiologisk ekspertise	Doktorgradsstipend	Kreft, Hjerne og nervesystem, Lunger og luftveier, Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12513	Silje Kjellevold Storesund	Microvascular angina – interplay of immunometabolism with vascular function and long-term prognosis	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12598	Simon Kverneng	STRAT-PARK: a personalized medicine initiative for Parkinson's disease	Doktorgradsstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12176	Sindre Grindheim	A prospective cohort study to assess maternal and fetal effects of forceps and vacuum assisted vaginal deliveries in modern practice	Doktorgradsstipend	Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12514	Solveig Kristina Hammonds	An individualized disease severity index for prodromal dementia: a multi-biomarker and deep learning approach	Doktorgradsstipend	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912292	Sondre V. Meling	Diabetes type 2; inkretineffekten og samspill med det autonome nervesystem (PanGut-studien)	Doktorgradsstipend	Stoffskifte og hormoner	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12177	Sonja Cassidy	mPowerMe: Implementing digital, patient-centric pathways to coordinate care and empower patients suffering from mental illness	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Vest IKT	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912197	Tarjei Widding-Havneraas	Medisinsk behandling av ADHD varierer betydelig mellom BUPer: Hvilken forskrivningsrate gir best prognose?	Doktorgradsstipend	Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
912294	Thomas Andersen	Novel biomarkers in Acute Coronary Syndromes	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar, Betennelse og immunsystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12515	Thomas Woldeyesus	Operative treatment of unstable trochanteric hip fractures	Doktorgradsstipend	Muskel og skjelett	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12516	Tonje Bårdsen	Lungefunksjon fra barn til voksen hos ekstremt for tidlig fødte	Doktorgradsstipend	Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12599	Tony Jialiang Chen	Personalized and Data-based Management of Chronic Kidney Disease	Doktorgradsstipend	Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12127	Tor Helge Wiestad	Effects of moderate or high intensity exercise on muscle metabolism and exercise capacity during adjuvant treatment in breast cancer patients	Doktorgradsstipend	Kreft, Muskel og skjelett, Lunger og luftveier, Generell helserelevans, Ukjent årsak og annet	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12517	Torunn Gudmestad Øvrebø	Legemiddelbruk hos personer med demens - effekt på innleggelse i sykehjem og overlevelse	Doktorgradsstipend	Medfødte lidelser, Mental helse, Hjerne og nervesystem, Generell helserelevans	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912295	Trond Røed Pettersen	Medication adherence in patients after percutaneous coronary intervention (PCI)	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912210	Turid Rognsvåg	A multidisciplinary intervention in total knee arthroplasty - a multicente, randomized controlled trial in osteoarthritis patients (MULTI-KNEE trial)	Doktorgradsstipend	Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12600	Tæraneh Jouleh	Ultrasound Sonoporation Therapy for Pancreatic Cancer	Doktorgradsstipend	Kreft, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12601	Vibecke Høgberg	Hypercoagulation status in patients with glioblastoma: role of platelet count and plasma coagulation factors in prognosis of newly diagnosed and relapsed GBM.	Doktorgradsstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
912296	Vidar Frøysa	Probability mapping – Ny og innovativ analysemetode av MR-bilder av hjertet for bedre identifikasjon av personer med risiko for livstruende arytmi	Doktorgradsstipend	Hjerte og kar	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912297	Vinjar Brenna Hansen	INTRAKS	Doktorgradsstipend	Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12602	Vladyslav Yadrykhinsky	Structure-based exploration of fatty acid synthesis inhibitors as new leads for antibiotics against Pseudomonas aeruginosa	Doktorgradsstipend	Infeksjon	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12603	Yngvar Lunde Haaskjold	Prognostiske modeller ved IgA Nefropati	Doktorgradsstipend	Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-11639	Zuzana Huncikova	Sepsis and antibiotic consumption in very preterm newborns – a 10-year population-based study from the Norwegian Neonatal Network	Doktorgradsstipend	Infeksjon	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912299	Øystein Sefland	Dendritic cell therapy in acute myeloid leukemia – the use of a standardized allogeneic cell line, and single cell analysis as a tool for prediction and evaluation of response	Doktorgradsstipend	Blod, Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
912119	Aasmund Fostervold	Klebsiella pneumoniae - en nasjonal studie av sykdomsbyrde, populasjonsstruktur, resistensutvikling og virulens hos en stadig viktigere humanpatogen	Doktorgradsstipend	Infeksjon	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912300	Aleksander Hagen Erga	The prognosis and treatment of Impulse Control Disorders in Parkinson's Disease	Postdoktorstipend	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12534	Alexandra Vik	From cognitive aging to dementia - A longitudinal imaging-based machine learning approach	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12604	Alvaro Fernandez Quilez	Improving prostate cancer diagnostic pathway with deep learning-based computer-assisted diagnostics: From research to clinical practice	Postdoktorstipend	Kreft	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12605	Anastasia Ushakova	Optimal modelling strategies for longitudinal multivariate cognition data	Postdoktorstipend	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912222	Anca Virtej	Osteonecrosis of the jaw – is the lymphatic system involved in the pathogenesis and can resolvins promote wound healing?	Postdoktorstipend	Hjerte og kar, Infeksjon, Betennelse og immunsystem, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12518	Anders Lillevik Thorsen	Understanding brain plasticity in anxiety and obsessive-compulsive disorders	Postdoktorstipend	Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12519	Andrew McAleavey	Personalized deterioration alarms in mental health: Improving treatment effectiveness and patient safety	Postdoktorstipend	Mental helse	Helse Førde HF	Sluttrapport
911956	Ann Helen Kristoffersen	Bruk og tolkning av ulike koagulasjonsanalyser i primær og sekundærhelsetjenesten	Postdoktorstipend	Blod, Hjerte og kar, Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
912301	Audun Osland Vik-Mo	Deciphering the mechanisms of neuropsychiatric symptoms in people with dementia	Postdoktorstipend	Mental helse	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
F-12520	Birgitte Berentsen	ParkGut - an alternative route to elucidating Parkinson's disease	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12606	Brage Brakedal	Adaptive design, multi-target clinical trials for Parkinson`s disease	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12607	Chiara de Lucia	Identification of the neurogenesis-associated mechanisms mediating anthocyanin-dependent cognitive improvement in a population at risk for dementia.	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912302	Christopher Elnan Kvistad	Mesenchymal stem cells as regenerative treatment for multiple sclerosis	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912228	Elisabeth Leirgul	Adults with congenital heart defects in Norway - A nation-wide cohort study under the Cardiovascular Diseases in Norway project (CVDNOR)	Postdoktorstipend	Hjerte og kar, Medfødte lidelser, Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12128	Elisabeth Skaar	Exploring conditions for shared decision-making preceding transcatheter aortic valve implantation in patients with coexisting dementia, a qualitative study	Postdoktorstipend	Hjerte og kar, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
912304	Erland Hermansen	NORDSTEN-studien	Postdoktorstipend	Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
912041	Erling Tjora	Characterization of exocrine pancreatic function in type 2 diabetes patients	Postdoktorstipend	Stoffskifte og hormoner, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12608	Fiona Dick	Establishing biomarkers for Parkinson's disease diagnosis, progression and response to treatment	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
912305	Grethe Åstrøm Ueland	Autonomous cortisol secretion, a frequent cause of metabolic syndrome?	Postdoktorstipend	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12129	Gunnar Husebø	The role of the microbiome in chronic lung disease	Postdoktorstipend	Betennelse og immunsystem, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912149	Hanne Marit Bjørgaas	Mental health in children with cerebral palsy- a longitudinal study	Postdoktorstipend	Mental helse	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
F-12130	Hans Olav Ueland	Optimized diagnostics and treatment to prevent serious eye disease in patients with Graves` hyperthyreosis	Postdoktorstipend	Øye, Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
912073	Hege Clemm	Fra barn til voksen - respiratoriske og arbeidsfysiologiske utfordringer	Postdoktorstipend	Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12535	Heidi Breistrand Bringsvor	Mer enn bare et nytt bygg? - om team, kultur, pasientsikkerhet og tilfredshet i endringsprosesser	Postdoktorstipend	Generell helserelevans	Helse Fonna HF	Årsrapport
F-12521	Henning Kristian Olberg	Antistoffer, EEG og medisiner ved akutt førstegangs psykose	Postdoktorstipend	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12131	Hilde Kristin Refvik Riise	Living with diabetes – hospitalization, risk of complications and distress – the Trøndelag Health Study, Norway	Postdoktorstipend	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12522	Ib Jammer	SQUEEZE Study : A prospective multi-centre international observational study of postoperative vasopressor use	Postdoktorstipend	Hjerte og kar, Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12609	Ileana Cristea	The inflammasome in corneal disease - a novel target for treatment?	Postdoktorstipend	Øye, Betennelse og immunsystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12610	Ingvild Hernar	Using Patient-Reported Outcomes from the Norwegian Diabetes Register for Adults to improve healthcare services.	Postdoktorstipend	Mental helse, Stoffskifte og hormoner, Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12132	Ingvild Særvold Bruserud	Exploring the impact of obesity on pubertal development in girls: Providing new insights by applying ultrasound and new Norwegian pubertal references	Postdoktorstipend	Stoffskifte og hormoner, Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
912037	Iren Høyland Löhr	The Norwegian Klebsiella pneumoniae study: population structure, antimicrobial resistance and virulence in human carriage and clinical isolates	Postdoktorstipend	Infeksjon	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
912306	Irene Hana Fløtnes	Precision medicine targeting mitochondria in Parkinson's disease	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12133	Johannes Jernqvist Gaare	Harnessing epigenetics to unravel the pathogenesis of Parkinson’s disease	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
911717	Jone Trovik	Individualized therapy based on molecular alterations in gynecologic cancer	Postdoktorstipend	Kreft, Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Bergen HF	Sluttrapport
911865	Kim Nylund	Ultrasound-directed diagnosis and targeted treatment of Crohn’s disease using smartbubbles	Postdoktorstipend	Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12523	Kjersti Stormark Rabanal	Trender i hjerte- og karsykdom blant innvandrergrupper i Norge. Betydningen av sosioøkonomisk status, medisinsk behandling og komorbiditet.	Postdoktorstipend	Hjerte og kar, Hjerneslag	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12524	Lasse Melvær Giil	Diet, the APOE gene and metabolic biomarker in the prediction of incident dementia in elderly Norwegian adults	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Årsrapport
912153	Lene Bjerke Laborie	Pathway analysis: a novel approach to characterise biological mechanisms underlying developmental hip dysplasia at skeletal maturity in the Bergen Birth Hip Cohort	Postdoktorstipend	Medfødte lidelser, Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912154	Liv Sand	Prosjekt perfekt: Perfeksjonisme, psykisk helse og bruk av helsetjenester blant barn og unge	Postdoktorstipend	Mental helse	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12525	Maria Boge Lauvsnes	Brain involvement in systemic autoimmune diseases – mechanisms and prognosis	Postdoktorstipend	Betennelse og immunsystem, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12526	Mariann Bentsen	Mesenchymale stamcellers rolle ved komplikasjoner til ekstrem prematuritet	Postdoktorstipend	Betennelse og immunsystem, Forplantning og fødsel, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912307	Marie Austdal	Integrated molecular monitoring of breast cancer patients	Postdoktorstipend	Kreft	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12134	Martha Therese Gjestsen	RoboCare – Effectiveness, efficiency, uptake and use of a smart robot in care homes: A cluster randomised trial and implementation study.	Postdoktorstipend	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912308	Monica Hellesøy	Combined single cell signaling and immunological profiling to assess the effects and investigate resistance mechanisms of FLT3-targeted therapies in AML	Postdoktorstipend	Blod, Kreft	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912040	Nina Grytten Torkildsen	Why do patients with multiple sclerosis die young? Comorbidity and predictors of long-term survival in multiple sclerosis	Postdoktorstipend	Kreft, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12611	Novin Balafkan	Determining Genetic Bases of Differential Response to Antipsychotics Using Both Patient-Derived Neurons and Lymphocytes Ex Vivo (GENIC)	Postdoktorstipend	Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
912231	Oddvar Oppegaard	Antimicrobial resistance profiles in clinically relevant Streptococcus dysgalactiae subspecies equisimilis isolates from Norway.	Postdoktorstipend	Infeksjon	Helse Bergen HF	Årsrapport
912229	Ole Marius Ekeberg	Trygg på skulder i allmennpraksis; en randomisert kontrollert studie om effektiviteten av å innføre en kunnskapsbasert klinisk retningslinje for diagnostikk og behandling av skuldersmerter.	Postdoktorstipend	Muskel og skjelett, Generell helserelevans	Helse Fonna HF	Årsrapport
F-12135	Omar Hikmat	Developing precision medicine for patients with mitochondrial disorders	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12136	Ove Heradstveit	Substance-related problems among adolescents. Risk indicators, resilience, and long-term functional impairment	Postdoktorstipend	Mental helse	Helse Stavanger HF	Sluttrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12122	Pouda Panahandeh	IRX3 and IRX5 proteins in estrogen receptor positive breast cancer and response to endocrine therapy	Postdoktorstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12123	Ragnhild Eide Skogseth	Impact of Lewy body pathology on disease trajectory in dementia – towards a multidimensional biomarker panel for personalized medicine	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Årsrapport
911961	Roald Flesland Havre	Pancreatic focal lesions: Differentiation of benign and malignant lesions using advanced endoscopic ultrasound and proteomics	Postdoktorstipend	Kreft, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12527	Shahinul Islam	Functions of T cells in autoimmune Addison's disease: Lessons for common organ-specific autoimmunity?	Postdoktorstipend	Blod, Betennelse og immunsystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12124	Siddharth Shanbhag	Optimizing the safety and efficacy of mesenchymal stem cell therapies for clinical trials in Bergen	Postdoktorstipend	Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
912155	Sonia Gavasso	Stem cell transplantation in multiple sclerosis: what does resetting the immune system really mean?	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12125	Svein Erik E Moe	Molecular biomarkers predicting outcome and treatment in oropharyngeal cancer	Postdoktorstipend	Kreft, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12126	Svein Joar Auglænd Johnsen	Molecular mechanisms for regulation of fatigue	Postdoktorstipend	Betennelse og immunsystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12612	Tale Litlere Bjerknes	MitoALS: The role of mitochondrial dysfunction in amyotrophic lateral sclerosis	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
912310	Tesfaye Hordofa Leta	Antibiotic loaded bone Cement in prevention of Periprosthetic joint Infections in primary total Knee arthroplasty: A trial protocol for a Register-based multicenter Randomized Controlled non-inferiority Trial	Postdoktorstipend	Infeksjon, Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
912311	Thomas Helland	Improvement of adjuvant and prophylactic systemic endocrine treatment in breast cancer – the importance of personalized monitoring of tamoxifen metabolism	Postdoktorstipend	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12528	Tiina Maarit Andersen	Larynx – the complex gateway to the airways, hampering respiratory treatment in motor neuron diseases	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912158	Tina Taule	Cognitive impairment in ALS: screening tools, experiences and prognosis	Postdoktorstipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912159	Torgeir Gilje Lid	A multi-centre registry study on patient trajectories after interventions for alcohol-related health problems in somatic hospital wards, for people in late adulthood (60+)	Postdoktorstipend	Generell helserelevans	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12529	Vegard Lysne	Personalized nutrition through metabolic phenotyping for the prevention of obesity and lifestyle diseases	Postdoktorstipend	Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912223	Øyvind Steinsbø	Granulomas and B cells in Crohn's disease	Postdoktorstipend	Betennelse og immunsystem, Munnhule, mage-tarm	Helse Stavanger HF	Årsrapport
911721	Øyvind Sverre Svendsen	Humorale og cellulære responser på inflammasjon	Postdoktorstipend	Betennelse og immunsystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912038	Åse Berg	Malaria og hiv hos pasienter innlagt i Maputo, Mosambik, - klinisk presentasjon, immun respons og interaksjoner	Postdoktorstipend	Infeksjon	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
912258	Anders Molven	Molecular mechanisms of persistent hypoglycemia in children caused by hypersecretion of insulin	Åpen prosjektstøtte	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
912259	Annika Rosén	Etiology, characteristics and risk factors of temporomandibular joint ankylosis	Åpen prosjektstøtte	Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12549	Audun Osland Vik-Mo	Cannabidiol for Alzheimer's Disease Aggression; CanADA	Åpen prosjektstøtte	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12147	Bergithe Eikeland Oftedal	Will B cells tell the tale? - The role of B cells in autoimmune Addison's disease	Åpen prosjektstøtte	Betennelse og immunsystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
911885	Bjørn Gunnar Nedrebø	Fedmekirurgi på Vestlandet:Prospektiv studie av overvektige som gjennomgår overvektskirurgi	Åpen prosjektstøtte	Generell helserelevans	Helse Fonna HF	Sluttrapport
F-12148	Bjørn Tore Gjertsen	Single cell immune profiling in cancer	Åpen prosjektstøtte	Blod, Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12542	Camilla Krakstad	Clinical implementation of imaging and molecular markers for Endometrial Carcinoma	Åpen prosjektstøtte	Kreft, Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12548	Cecilie Brekke Rygh	Imaging biomarkers for precision medicine in Acute Myeloid Leukemia (AML)	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12613	Charalampos Tzoulis	The N-DOSE study: a dose optimization trial of nicotinamide riboside in Parkinson's disease	Åpen prosjektstøtte	Hjerne og nervesystem, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport
912235	Dag Årsland	Differentiating early neurodegenerative diseases to improve prognosis	Åpen prosjektstøtte	Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-12614	Dag Årsland	Frequency, risk factors and prognosis of hospital delirium	Åpen prosjektstøtte	Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12615	Dana Cramariuc	Can 3-dimensional imaging improve grading and risk assessment in women with mitral regurgitation? The 3D-PRIME study	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912260	Daniela Elena Costea	Defining molecular subtypes of head and neck cancer by integrative mutational, stromal and inflammatory landscape analysis	Åpen prosjektstøtte	Kreft, Munnhule, mage-tarm	Helse Bergen HF	Årsrapport
912236	Eirik Søfteland	The effects of gut autonomic neuropathy and pancreatic exocrine insufficiency on the incretin dysfunction in type two diabetes mellitus - The PanGut study	Åpen prosjektstøtte	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12143	Elisabeth Wik	Hormone regulators and immune landscape in breast cancer of the young - signature biomarkers for improved diagnosis and outcome	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
912163	Erik Johnsen	The Norwegian Prednisolone in Early Psychosis Study (NorPEPS)	Åpen prosjektstøtte	Betennelse og immunsystem, Mental helse	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912261	Eva Gerdts	Improved personalized prevention of cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: the ImproveRA project	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12150	Eva Gerdts	InDividuAlized blood pressure treatment: A multidisciplinary approach to uncontrolled hypertension (the IDA study)	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12616	Eystein Sverre Husebye	Pathogenesis of autoimmune Addison's disease and polyendocrine syndromes – identifying pathologies and pathways for treatment	Åpen prosjektstøtte	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12146	Frank Pfeffer	Relevance of liquid biopsies and surgery for improving survival of proximal coloncancer	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12537	Gunnar Mellgren	Individualized breast cancer therapy – clinical impact of endoxifen concentrations	Åpen prosjektstøtte	Kreft, Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
912262	Gülen Arslan Lied	The role of gut microbiota and microbiota-directed therapeutics in obesity and cardiovascular diseases: In-depth substudies in clinical trials and a population survey	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar, Munnhule, mage-tarm, Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12180	Halfdan Sørbye	The molecular landscape of high-grade gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12617	Halfdan Sørbye	Tracking the origin of neuroendocrine carcinomas	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912237	Hans Flaatten	Akutt kritisk sykdom hos de aller eldste.	Åpen prosjektstøtte	Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12181	Hans Petter Eikesdal	Identifying genomic alterations predicting response to neoadjuvant endocrine therapy	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12546	Helge Wiig	Novel roles of the extracellular microenvironment and lymphatics in fluid volume and blood pressure homeostasis	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912263	Ingfrid S Haldorsen	Artificial intelligence (AI)-assisted precision imaging in gynecologic cancer	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912050	Iren Høyland Löhr	The Norwegian Klebsiella pneumoniae study: population structure, antimicrobial resistance and virulence in human carriage and clinical isolates	Åpen prosjektstøtte	Infeksjon	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
912264	Jan Haavik	Bedre behandling av nevrometabolske sykdommer	Åpen prosjektstøtte	Mental helse	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12543	Johan Fernø	The effect of inflammation and gender on clinical outcome after bariatric surgery	Åpen prosjektstøtte	Betennelse og immunsystem, Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12618	Jonas Meling Fevang	A randomized controlled trial of Weber B and Weber C fibula fractures with associated posterior malleolus fractures (PMFIX).	Åpen prosjektstøtte	Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
911874	Jone Trovik	Individualized therapy based on molecular alterations in gynecologic cancer	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12619	Kari Indrekvam	NORDSTEN	Åpen prosjektstøtte	Muskel og skjelett	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12539	Katrin Brauckhoff	Recovery of the recurrent laryngeal nerve after intraoperative nerve injury: Functional and electrophysiological studies in a porcine model.	Åpen prosjektstøtte	Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12550	Kaya Kvarme Jacobsen	Genetiske risikofaktorer for hofteleddsdysplasi i norske kohortstudier	Åpen prosjektstøtte	Medfødte lidelser, Muskel og skjelett	Helse Førde HF	Årsrapport
912045	Kenneth Hugdahl	The neurobiology and neurochemistry of auditory hallucinations in schizophrenia	Åpen prosjektstøtte	Mental helse	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12185	Knut Øymar	Antibiotics, Microbiology and Immunology in Children with Chronic wet Cough	Åpen prosjektstøtte	Lunger og luftveier	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912265	Kristin Moberg Aakre	Aiming toWards Evidence baSed inTerpretation of Cardiac biOmarkers in patients pResenting with chest pain (WESTCOR-studien)	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912266	Lars Bø	Randomized autologous hematopoietic stem cell transplantation versus Alemtuzumab	Åpen prosjektstøtte	Betennelse og immunsystem, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912241	Lars A. Akslen	Breast cancer microenvironment: Protein networks and novel treatment targets in aggressive tumor subgroups	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912238	Leif Oltedal	Structural brain changes induced by electroconvulsive therapy (ECT) – can the clinical outcome be explained? Can response to treatment be predicted?	Åpen prosjektstøtte	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12145	Leif Oltedal	Disrupt, potentiate and rewire - a novel framework for understanding electroconvulsive therapy	Åpen prosjektstøtte	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12183	Line Bjørge	Rethinking Ovarian Cancer: Development of New Preclinical Tools and the Design of Innovative Multimodal Treatment Strategies	Åpen prosjektstøtte	Kreft, Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12538	Mai Tone Lønnebakken	Risk stratification in non-obstructive coronary artery disease	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12620	Maj-Britt Rocio Posserud	Foreldreveiledning for foreldre til barn med autismespekterforstyrrelser	Åpen prosjektstøtte	Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12182	Mette Vesterhus	New plasma biomarkers for mitochondrial function in cholestatic liver diseases: A proof-of-concept clinical trial	Åpen prosjektstøtte	Munnhule, mage-tarm	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Årsrapport
912242	Nils Erik Gilhus	Epilepsi hos kvinner i fertil alder	Åpen prosjektstøtte	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912267	Nina Langeland	Probiotics to prevent ESBL colonization among newborn infants in Tanzania	Åpen prosjektstøtte	Infeksjon	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12621	Nina Langeland	COVID-19, long term clinical symptoms and immunity after vaccination and natural infection	Åpen prosjektstøtte	Infeksjon	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12149	Odd Helge Gilja	Optimizing Ultrasound Enhanced Delivery of Therapeutics	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
912058	Oddbjørn Straume	A Phase Ib/2 randomised open-label study of BGB324 in combination with Ipilimumab or Dabrafenib, in patients with melanoma	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912268	Oddmund Nordgård	Clinical relevance of liquid biopsies in pancreatic cancer	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
F-12547	Ole-Bjørn Tysnes	A randomized controlled trial of nicotinamide/stilbene supplementation in early ALS: The NO-ALS study	Åpen prosjektstøtte	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12622	Per Eystein Lønning	Epimutations in MGMT and MLH1 and risk of cancers of the colon, endometrium and glioblastomas	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12536	Petur Benedikt Juliusson	Influences of Endocrine Disruptive Chemicals on Pubertal Development among Norwegian children. The Bergen Growth Study 2 (BGS2)	Åpen prosjektstøtte	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
912270	Pål Rasmus Njølstad	Precision medicine in childhood diabetes	Åpen prosjektstøtte	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
912173	Rune Andreas Kroken	Neuroinflammation in Adolescents with Psychosis	Åpen prosjektstøtte	Mental helse	Helse Bergen HF	Sluttrapport
912174	Rune Haaverstad	Mekanisk sirkulasjonsstøtte ved refraktært sjokk og post-kardiotomi hjertesvikt. Kliniske og dyreeksperimentelle studier.	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12144	Stefan Johansson	InfantGenes2Health: Mapping the genes and mechanisms of growth from infancy to adulthood. The paths to healthy and unhealthy weight development.	Åpen prosjektstøtte	Stoffskifte og hormoner, Muskel og skjelett, Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12623	Stian Knappskog	Predictive markers in Her2-positive breast cancer	Åpen prosjektstøtte	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12540	Thomas Arnesen	Endokrine tumores - fra biobank til terapi	Åpen prosjektstøtte	Kreft, Medfødte lidelser, Stoffskifte og hormoner, Generell helserelevans	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12545	Tomas Mikal Eagan	Novel CT imaging in COPD	Åpen prosjektstøtte	Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
912056	Tomas Mikal Lind Eagan	The respiratory microbiome in obstructive lung disease	Åpen prosjektstøtte	Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12624	Tone M. Norekvål	eCardiacRehab - a pragmatic trial on a patient centered e-Health programme with tailored solutions	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
912177	Ute Kessler	Longitudinal evaluation of biomarkers in CBT-E treated Anorexia nervosa	Åpen prosjektstøtte	Mental helse	Helse Bergen HF	Sluttrapport
F-12544	Vidar Martin Steen	The clinical potential of immune markers to predict outcome and treatment response in psychotic disorders	Åpen prosjektstøtte	Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12541	Øyvind Sverre Svendsen	Ventilasjonsstrategier ved hjertekirurgi og bruk av hjerte-lunge maskin	Åpen prosjektstøtte	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12142	Aasne Karine Aarsand	Prediktorer for sykdomsaktivitet og langtidskomplikasjoner ved akutt intermitterende porfyri (PredPor)	Åpen prosjektstøtte	Kreft, Medfødte lidelser, Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12186	Bente Sandvei Skeie	Radiotherapy for glioblastoma: Time to improve antitumor efficacy, normal tissue protection and radiologic outcome evaluation	Korttidsprosjekt	Kreft	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12187	Christian Vedeler	Forbedring av diagnostiske tester for påvisning av paraneoplastisk nevrologisk sykdom	Korttidsprosjekt	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12628	Emiel Janssen	Validation of a comprehensive platelet 11-gene panel for blood based early detection of breast cancer	Korttidsprosjekt	Blod, Kreft	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912188	Anders Hovland	Physical exercise augmented cognitive behaviour therapy for older adults with generalised anxiety disorder – Treatment efficacy and mechanisms	Strategiske midler - mindre helseforetak	Mental helse	Solli DPS	Sluttrapport
912006	Ane Djuv	Frakturregisteret i Helse Vest: en regional kunnskapsdatabase for epidemiologisk og klinisk forskning på frakturer og frakturbehandling.	Strategisk satsing - kirurgiske intervensjoner	Muskel og skjelett	Helse Stavanger HF	Sluttrapport
F-12654	Bjørn Steinar Lillås	Risk of kidney disease and hypertension is determined at birth – exploration of mechanisms	Strategisk satsing - mindre helseforetak	Hjerte og kar, Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Fonna HF	Årsrapport
F-12560	Charalampos Tzoulis	A randomized controlled trial of Nicotinamide Riboside in Parkinson's Disease and Progressive Multiple Sclerosis	Strategisk satsing - Klinisk behandlingsforskning	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12655	Christian Moltu	Personalized and data-driven specialty care. Health service research based on patient data in routine practice	Strategisk satsing - mindre helseforetak	Generell helserelevans	Helse Førde HF	Årsrapport
F-12562	Dag Årsland	Developing a Phase 2 Clinical Trial Platform for The Treatment of Alzheimer's Disease	Strategisk satsing - Klinisk behandlingsforskning	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Stavanger HF	Årsrapport
F-11617	Eivind Inderhaug	Strategisk satsning på unge pasienter med kneskader i Helse Vest: Regionalt Nettverk for Kneskader	Strategisk satsing - Klinisk behandlingsforskning	Skader og ulykker, Muskel og skjelett	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Årsrapport
912187	Eivind Inderhaug	Retur til idrett etter fremre korsbåndskirurgi	Strategiske midler - mindre helseforetak	Skader og ulykker, Muskel og skjelett	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Sluttrapport
912013	Gerd Kvale	New treatment strategies for difficult to treat anxiety patients: A randomized placebo controlled multi-center study	Strategiske midler - helseforsk	Mental helse	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12559	Hans-Peter Marti	Digital technology for personalised management and therapy of hypertensive nephropathy	Strategisk satsing - Bedre helsetilbud gjennom anvendt digitalisering	Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Bergen HF	Årsrapport
912001	Ida Stalund	Polyvinylpyrrolidone deposition disease - pathology contributes to understand	Strategiske midler - rusforskning	Ukjent årsak og annet	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12561	Lars Thore Fadnes	Kartlegging og behandling av lungesykdom i legemiddelassistert rehabilitering (ATLAS4LAR)	Strategisk satsing - Integrasjon psykisk og somatisk helse	Mental helse, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
F-12656	Lasse Melvær Giil	Biomarkers to discover personalized therapeutic targets in neurodegenerative disease	Strategisk satsing - mindre helseforetak	Hjerne og nervesystem	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Årsrapport
912185	Miriam Hartveit	Our common responsibility - an intervention study to improve the handover communication between Primary Care and Specialised Health Care	Strategiske midler - samhandling	Mental helse	Helse Fonna HF	Sluttrapport
912008	Per E. Lønning	Strategisk forskningssatsing 2015-2019; PErsonalized TREatment of high-risk MAmmary Cancer (PETREMAC)	Strategisk satsing - persontilpasset medisin	Kreft	Helse Bergen HF	Sluttrapport
911999	Renata Alisauskiene	The influence of illicit substance use on the effects of antipsychotics: A subproject of the Bergen Psychosis Project 2	Strategiske midler - rusforskning	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12563	Sabine Leh	Patologi i Vest - et senter for anvendt digitalisering i patologitjenesten	Strategisk satsing - Bedre helsetilbud gjennom anvendt digitalisering	Kreft, Betennelse og immunsystem, Nyrer, urinveier og kjønnsorgan	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12564	Thomas Halvorsen	Helping people breathe - by focus on inducible laryngeal obstruction	Strategisk satsing - Klinisk behandlingsforskning	Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12554	Anette Susanne Bøe Wolff	Career stipend: Deciphering mechanisms of regulatory T cells in organ specific autoimmune disorders in order to identify therapeutic target	Karrierestipend	Betennelse og immunsystem, Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
912272	Kristoffer Haugarvoll	Epigenetic profiling in Alzheimer's disease	Karrierestipend	Hjerne og nervesystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12625	Kjetil Søreide	Interrogating the role of tumor-immune environment in management of colorectal cancer and liver metastasis having surgery: to predict and to cure	Klinisk karrierestipend	Kreft	Helse Stavanger HF	Årsrapport
912273	Arvid Rongve	Dementia with Lewy Bodies and novel genetic markers	Klinisk forskerstipend	Mental helse, Hjerne og nervesystem	Helse Fonna HF	Årsrapport
F-12557	Dana Cramariuc	Development of heart failure in women with valvular heart disease and morbid obesity- early detection by advanced echocardiography	Klinisk forskerstipend	Hjerte og kar	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12556	Kim Nylund	Sonorescue: Selecting patients with severe ulcerative colitis for rescue therapy using ultrasonography	Klinisk forskerstipend	Betennelse og immunsystem	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12626	Kristin Greve Isdahl Mohn	Immune responses after SARS-CoV-2 vaccination or infection, clinical studies in healthcare workers and patients	Klinisk forskerstipend	Blod, Infeksjon, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport

Prosjekt-nummer	Navn	Prosjekttittel	Prosjektkategori	Ansvarlig institusjon	Helsekategori (HRCS)	Rapporttype
912274	Margrethe Aase Schaufel	Improving decision-making and patient trajectories in treatment of advanced lung cancer – a multicenter implementation study	Klinisk forskerstipend	Kreft, Lunger og luftveier	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12627	Marianne Grytaas	Primary aldosteronism - novel diagnostic approach and long-term treatment outcome	Klinisk forskerstipend	Hjerte og kar, Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12555	Marianne Øksnes	Dynamic hormone diagnostics in adrenal failure	Klinisk forskerstipend	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport
F-12184	Camilla Krakstad	Clinical implementation of imaging and molecular markers for Endometrial Carcinoma	Utenlandsstipend	Kreft, Forplantning og fødsel	Helse Bergen HF	Årsrapport
912257	Pål Rasmus Njølstad	Using genomics and proteomics to improve diagnostics and treatment in diabetes	Utenlandsstipend	Stoffskifte og hormoner	Helse Bergen HF	Årsrapport

Status for rapportering fra forskerne 2022

Det er rapporteringsplikt for prosjekter som har forskningsmidler fra Helse Vest i rapporteringsåret, enten dette er friske midler eller kun overførte midler fra tidligere år. Lenke til rapportskjema ble sendt ut 3. januar 2023 med frist 26. januar 2023. Fristen ble utvidet til 31. januar for å få med de siste etternølerne. Det er sendt ut to påminninger på e-post og en påminning på sms.

Noen prosjekter med overførte midler fra 2021 leverte sluttrapport i fjor. De fikk overført mindre beløp til 2022 for å dekke kostnader påløpt i 2021, men der faktura først var forventet i 2022.

HELSE VEST

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4068 Stavanger
Telefon: 51 96 38 00
www.helse-vest.no

ISBN: 978-82-8045-057-9 (trykt)
ISBN: 978-82-8045-056-2 (PDF)

Forsidebilder fra Envato, Helse Bergen og Unsplash

Regionalt samarbeidsorgan for
forsking og innovasjon

HELSE VEST | Høgskulen på Vestlandet | Universitetet i Stavanger | UNIVERSITETET I BERGEN

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 24.02.2023
SAKSHANDSAMAR: Carina Paulsen Mæland
SAKA GJELD: **Informasjon om kampanje for å førebygge sjølvmord**

ARKIVSAK: 2023/218
STYRESAK: **038/23**

STYREMØTE: **22.03. 2023**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tek saka til orientering

Oppsummering

Sjølvmord er eit stort folkehelseproblem . Kvart år tar omlag 600 nordmenn sitt eige liv. Det er no aktuelt med nasjonal kampanje for å forebygge sjølvmord. Kampanjen går føre seg i regionane til ulike tidspunkt. Våren 2023 blir kampanjen gjennomført i Helse Vest.

Målet med kampanjen er å senke terskelen for å søke hjelp, samt bidra til å auke befolkninga si kunnskap om sjølvmord. Målgruppa er den vaksne befolkninga med særleg fokus på menn mellom 40-60 år.

Regionalt er det etablert ei koordinerande arbeidsgruppe som har digitale møter ein gong per månad. I arbeidsgruppa deltek Statsforvaltar Vestland og Rogaland, Rogaland og Vestland Fylkeskommune, alle helseføretaka, RVTS Vest, Helse Vest RHF, regionalt brukarutval, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) og Helsedirektoratet.

Arbeidet er todelt. Kommunikasjonskampanje retta mot befolkninga (mai/juni 2023), og opplæringstilbod for tilsette i kommunar, helseføretak, frivillige organisasjonar, privat næringsliv og offentlege verksemder gjennom heile 2023.

Dei tilsette i Helse Vest RHF får alle tilbod om fire timars kurset "Oppmerksam på sjølvmordstankar". Helse Vest oppmodar alle samarbeidspartnarar om å tilby sine tilsette same kurset.

Fakta

Sjølvmord er eit stort folkehelseproblem . Kvart år tar omlag 600 nordmenn sitt eige liv. Helse Vest har i 2019 og i 2020 gjennomført folkeopplysningskampanje for å førebyggje sjølvmord. Den nasjonale kampanjen som no er aktuell bygger på Helse Vest sine tidlegare kampanjar.

Den nasjonale kampanjen går føre seg i regionane til ulike tidspunkt. Hausten 2022 blei kampanjen gjennomført i Helse Midt sitt opptaksområde. Våren 2023 skal den bli gjennomført i Helse Vest.

Målet med kampanjen er å senke terskelen for å søke hjelp, samt bidra til å auke befolkninga si kunnskap om sjølvmord. Målgruppa er den vaksne befolkninga med særleg fokus på menn mellom 40-60 år.

Kommentarar

Kampanjemateriellet skal hovudsakeleg vere i sosiale mediar, nett- og papiraviser og eiga nettside på www.helsenorge.no/selvmord. På nettsida vil det mellom anna vere informasjon om korleis snakke om sjølvmord, og kor søke hjelp.

Organisering av prosjektet

Arbeidet er organisert med ei nasjonal referansegruppe som blir leia av Helsedirektoratet. I referansegruppa sitt mellom anna representantar frå Helse Vest og Regionalt ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmordsførebygging (RVTS Vest).

Regionalt er det etablert ei koordinerande arbeidsgruppe som har digitale møter ein gong per månad. Der deltek representantar frå Statsforvaltar Vestland og Rogaland, Rogaland og Vestland Fylkeskommune, alle helseføretaka, RVTS Vest, Helse Vest RHF, regionalt brukarutval, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) og Helsedirektoratet.

Det er i tillegg etablert ei arbeidsgruppe med deltakarar frå Helse Vest, RVTS Vest og NSSF. Arbeidsgruppa koordinerer arbeidet.

Alle aktørane i den regionale koordinerande gruppa har sjølv ansvar for informasjon i eiga verksemd. Statsforvaltarane og KS har ansvar for informasjon til kommunane. All informasjons- og kampanjemateriell vil bli utarbeida nasjonalt og regionalt, og kan gjenbrukas i alle verksemder.

Kompetansehevande tiltak

I forbindelse med kampanjen blir det tilbod om kompetansehevande kurs til ulike verksemder på Vestlandet, både til fagpersonar som jobbar i tenestene, og til tilsette på ulike private arbeidsstader. Målet er at fleire skal bidra til å førebyggje sjølvmord.

Dei tilsette i Helse Vest RHF får alle tilbod om fire timars kurset "Oppmerksam på sjølvmordstankar". Helse Vest og RVTS Vest oppmodar alle samarbeidspartnarar om å tilby sine tilsette same kurset.

Andre kurs det blir tilbod om er:

- "Førstehjelp ved selvmordsfare" (2-dagers kurs, 16 timer totalt)
- "Oppmerksam på sjølvmordstankar" (4.timers kurs)
- E-læringskurs: E-læringskurs i selvmordsrisikovurdering. Godkjent av den norske Legeforening

OFFENTLEG

SKRIV OG MELDINGAR

Skriv 01 – Referat frå møte i RBU 30.11.2022

Skriv 02 – Referat frå møte i RBU 09.02.2023

HELSE VEST

Møtereferat

Til: Regionalt brukarutval (RBU) i Helse Vest

Til stede: Jan Oddvar Gjerde, Henrik Aasved, Astrid Gytri, Anne Marie Auestad, Merete Hauge, Karl Olaf Sundfør, Sigrun Marit Hansen, Atle Lunde, Sonja Ljostveit, Joe Aseerwatham.
Møteleiar: Jan Oddvar Gjerde
Sekretær: Lene Lie
Møtedato: 30.11.2022
Klokkeslett: 09.45 – 14.45
Møtenr.: 10/22
Møtestad: Møterom Tinghaug, Nådlandskroken 11, Forus. Digital oppkopling: Join 997112

Saksnr	Emne	Ansvarleg
66/22	**Godkjenning av innkalling** og melding av eventuelt-saker. Innkallinga blei godkjent og ei sak meldt til eventuelt.	Leiar
67/22	**Godkjenning av referat frå førre møte** Referatet blei godkjent.	Leiar
68/22	**Link til styresaker:** https://helse-vest.no/om-oss/styredokument-skriv-og-meldingar Erik Hansen presenterte betraktinger rundt dataløysinga i Helse Midt-Norge. Presentasjonen er lagt ved. <u>Innspel i møtet:</u> Styresak 117 - Riksrevisjonen sin rapport om regional handlingsplan for informasjonssikkerhet. Helse Vest er betre stilt i dag enn før riskrevisjonen sin rapport. Styret si eigenevaluering – skjema frå 2011 vert nytta. Forskrift om kvalitet og pasientsikkerhet for 2017 om korleis drive helseføretak er ikkje tatt inn i styret sin eigenevaluering. Midt-Noreg får eit fortrinn i samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Men noko som heiter velferdsteknologisk knutepunkt, vil gi oss moglegheit til å delta med digital heimeoppfølging. Det er sagt at forsikringsselskapa ikkje skal få tilgang til pasienten sin journal, men dette er ofte ei føresetnad for å få forsikring. Dette vil slå ulikt inn for ulike pasientgrupper. Korleis tenker ein rundt desse tinga? Utgangspunkt for å få tilgang til tenestene er tenestlige behov, det vil seie at forsikringsselskapa ikkje får tilgang til meir informasjon enn dei har behov for. Teknologar er ikkje tungt inne i disse vurderingane, men skal ivareta at dei som får	Erik Hansen

Saksnr	Emne	Ansvarleg
	opplysningar har tenestlig behov, og at innsyn blir logga. Teknologien er der for å beskytte.	
69/22	**Brev/invitasjonar/høyringar til/frå brukarutvalet** • Forskningsrådet og KS inviterer til konferanse 25. november kl. 0900-1330 (sendt RBU 14. nov.). • Spørsmål om revisjonen famnar dei private, ideelle institusjonane – svar frå internrevisjonen (sendt RBU 10. nov.). • Oppmoding til innspel til revidering av plan for internrevisjon (sendt RBU 1. nov.). • Brukeropplæring i spesialisthelsetjenesten – Bergen 13. – 15. januar 2023 (FFO Vestland – påmeldingsfrist: 22. desember). • Unntaksordninga for Nye metodar (inter-regionalt) (Vedlegg 3 - 7). Innspel i møtet. • HOD – innspel oppdragsdokument (Vedlegg 9).	Leiar
70/22	**Deltaking i prosjekt** • Oppdrag sikkerhetspsykiatri- invitasjon til deltaking i referansegruppe (Kontakt: Stine Kilden, OuS. Inter-regionalt). Astrid Gytri er oppnemnt. • Gjennomgang av prosjekta – prosjektoversikt er sendt ut separat med frist for tilbakemelding **mandag 19. desember.**	Leiar
71/22	**Unntaksordning for Nye metodar** Baard-Christian deltok digitalt for å svare på spørsmål. Det meste står i saksdokumenta som er lagt ved. Opprinneleg blei det laga ein plan med ein inter-regional arbeidsgruppe. I tillegg blei det bestemt at to brukarrepresentantar skulle møte i inter-regionalt fagdirektørmøte. RBU er nå med for å kome med innspel. Deretter går det vidare til inter-regionalt AD-møte som ferdigstiller svar til departementet. Det finst skilnadar i praktisering av ordninga. Ein kan få unntak for å innføre metodar som ennå er under vurdering. Det kan søkast om gruppeunntak for metodar som allereie er i bruk, eller metodar som ser så lovande ut at ein ikkje ønskje å vente. Einskildpersonar kan be om unntak etter at Beslutningsforum har sagt nei. Dette er eit komplisert felt med mykje jus. Det som prinsipielt kan være vanskeleg, er om avgjerda skal tas sentralt eller desentralt. Helse Vest ber om skriftleg innspel frå RBU. Det blei gitt tilbakemelding om at brukarmedverknad er kopla på veldig seint. Sjølve saka er godt belyst. Kommentarar i møtet: - Det absolutte kravet om markedsføringstillatelse er litt firkanta.	Baard-Christian Schem

Saksnr	Emne	Ansvarleg
	- Forslaget om gruppeunntak er veldig bra. - Det bør være brukarmedverknad på gruppeunntak, men ikkje for unntak til enkeltpersonar. Korleis kan ein trekke inn erfaringar frå andre land eller andre som har kome lenger i nye metodar generelt? Det er meir eit spørsmål om korleis ein skal utvikle nye metodar. Ein bør ha samarbeide med Skandinaviske land i første omgang, spesielt Danmark som er ganske likt organisert som oss. <u>Konklusjon</u>: RBU sender eit skriftleg svar. Henrik sender ut til resten av RBU med kort høyringsfrist.	
72/22	**Felles tilvisingsmottak i psykisk helsevern** Bakgrunnen for ein veg inn i psykisk helsevern var manglande oversikt over ventetider og tilgjengelegheit til privatpraktiserande psykologar og psykiatrar. Prioriteringa blei gjort av den einskilde behandlar. Alle tilvisingar i psykisk helsevern skal no sendast direkte til helseføretaka. Det blei spurt om helseføretaka har den kapasiteten som skal til for å vurdere tilvisingane. Dette er noko uklart. Det kom òg spørsmål om dei som får avslag har klagerett og korleis apparatet følgjer opp dei som får avslag. Det blei sagt at dei som får avslag frå helseføretaket eventuelt kan få hjelp på eit lågare omsorgsnivå, og at det blir opptil kommunane å gje eit tilfredsstillande tilbod ved avslag. Det er opptil det einskilde føretak som sit og vurderer tilvisingane å ta stilling til om pasienten har rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Helse Vest kan ikkje overprøve dette. Klageinstans er Statsforvaltaren (tidlegare Fylkeslegen). Presentasjonen er lagt ved.	Torleiv Bergland
73/22	• Brukarmedverknad i RHF-a sin strategigruppe for forsking Inter-regionalt Samarbeidsorgan for forsking og innovasjon, kor dei møter mellom anna HOD. Her blir strategiar lagde. Det er uheldig at brukarar ikkje er med på dette strategiske nivået. Ein bør diskutere korleis brukarane kan komme i posisjon for å delta i den strategiske tenkinga. Opplever å bli høyrt og respektert i Samarbeidsorganet for forsking og innovasjon, men interne omsyn i føretaka blir dessverre opplevd å veie tyngre enn det som er viktig for pasientane/ brukarane. Det kom forslag om at RBU støtter det som blei sagt. Dette er eit område kor ein bør gå inn og sjå kva som kan gjerast, både i RBU og i samarbeid med dei andre RBU-a.	Merete

Saksnr	Emne	Ansvarleg
	Konklusjon: Lage eit avsnitt om dette i årleg melding, og at det tas vidare i RBU.	
74/22	**RBU sin time** • Oppsummering etter møte med HOD (vedlegg 9). Sak om likeverdig behandling er ei stor sak som må følgjast opp vidare. Det kjem ikkje referat frå dette møtet. Saka frå IRBU til HOD er lagt ved referatet. Konklusjon: Jan Oddvar finn frem namn på dei som deltok i møtet og sender over til RBU. Dei som deltok i møtet med HOD 22.11.2022 var følgjande: Tone Holbæk, Kari Grette og Torunn Omland Grandlund. Førstnemnte leia møtet. Andres Haga var den som koordinerte innkalling og det praktiske i forkant av møtet.	Leiar
EVT	**Eventuelt** • Skriv frå leiar i ungdomsrådet på SUS. Leiar av ungdomsrådet på SUS er med i gruppe for CFS/ME. Ho etterlyser ei forventningsavklaring når ein er med i denne typen grupper. Det er viktig at brukarane tas med i oppretting av mandata, for å få den rette typen brukarrepresentasjon. Det andre er kor mange representantar det skal være i desse gruppene. RBU har foreslått 2 personar frå ungdomsråda, då ungdom treng å sparre med nokon på sin eigen alder i tillegg til brukarrepresentant frå RBU. Konklusjon: Problemstillinga tas vidare. RBU skal sjå nærare på om det er hensiktsmessige initiativ og ta i fortsettinga. Det blei til slutt ei markering på at det var siste møte for noverande RBU.	Merete

Saker under arbeid:

Sak	Ansvar	Tidsfrist
Medlemmene ønskjer informasjon om Helse Vest forskingsmidlar.	Sekretariatet tar kontakt med Sølvi Lerfald, Helse Bergen.	Utsatt
Innovasjonsprosjekt (sjå sak 11/20)	Lena Forgaard	Ikkje bestemt
Styringsverktøya – Vestsida (sak 11/20)	Hilde Christiansen	Ikkje bestemt
Orientering til RBU om medarbeidarundersøking gjort etter covid-19.	Hilde Christiansen/Bjørn Ivar Bø	Utsatt
eMeistring	Carina Mæland	Utsatt
Barn og unges helseteneste	Carina Mæland	Utsatt
Kunstig intelligens	Ola Jøsendal	Utsatt
Orientering på området hørsel		
Sikkerheitspsykiatri – oppnemning av brukarrepresentant. Orientering om arbeidet og kva en kan forvente.	Carina Mæland	Haust 2022
Gjennomgang av planer for korleis spesialisthelsetenesta skal sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse i eit 10-års perspektiv.	Hilde Christiansen	Ikkje bestemt

NB!- Møteinnkalling blir sendt ut ei veke før møtet, slik at dersom dykk ønskjer å ta opp saker må dette meldast til leiar og sekretær av RBU innan den tid slik at det kjem på agendaen.

Regionalt brukarutval har eit eiget elektronisk møterom (videosamtale). Alle i brukarutvalet kan bruka møterommet ved behov. Gå inn på nettleser og skriv: Join.nhn.no og ring: 996004.

Møtereferat

Til: Regionalt brukarutval (RBU) i Helse Vest

Til stede: Atle Lunde, Harald Kvame Hansen (via join.nhn), Astrid Gytri, Tor-Johnny Agledal, Hege Skjelbred-Knudsen, Hege Kornberg Christensen, Sigrun Marit Hansen, Joe R. Aseerwatham, Lene Therese Mindaas. Vara-representantar.
Forfall: Cicel T. Aarrestad
Møteleiar: Atle Lunde
Sekretær: Lene Lie
Møtedato: 09.02.2023
Klokkeslett: 09.45 – 15.00
Møte nr.: 1/23
Møtestad: Møterom Tinghaug, Nådlandskroken 11, Forus. Digital oppkopling: Join 997112

Saksnr	Emne	Ansvarleg
1/23	**Godkjenning av innkalling** og melding av eventuelt-saker. Innkallinga blei godkjent og tre saker meldt til eventuelt.	Leiar
2/23	**Godkjenning av referat frå førre møte** Referat frå førre møte blei godkjent.	Leiar
3/23	**Link til styresaker:** https://helse-vest.no/om-oss/styredokument-skriv-og-meldingar Ivar Eriksen ønskja velkommen til nytt RBU og informerte om organiseringa i Helse Vest, og om roller og ansvar. Presentasjonen er vedlagt. Det kom spørsmål i møtet om DPS-a under dei private ideelle er regulert for bruk av tvang. Dette skal sjekkast ut. Det kom òg spørsmål om korleis Helse Vest varetar at institusjonar for spesialisert rehabilitering blir følgt opp. Innanfor alle områder kor Helse Vest har avtale med private, er det etablert 3 viktige fasar: behovsvurdering, gjennomføring av konkurranse og til slutt avtaleoppfølging. Det er litt ulikt kor ofte en følgjer opp dei ulike. Til dømes er det tertialoppfølgingsmøter. Helse Vest har utarbeida ein mal for rapportering. Her blir det rapportert på kvalitet og andre ulike parametare. Ein svakheit ved tenestene som blir tilbydd, er at ein ikkje veit kor godt dei verker. Dette er eit stor spørsmål og kunnskapsgrunnlaget er ikkje godt nok. *Korleis opplever brukarane tenestene?* Det er brukarutval i institusjonane. Helse Vest er opptatt av å ha brukarane med når konkurransedokumenta blir laga. Ivar sjekkar opp korleis dette blir følgt opp. *Kva meiner Helse Vest om dei sju heilage?* Dei sju heilage er tett integrert i Helse Vest si teneste. Sjølv om ein slipp å konkurranseutsette med jamne mellomrom, har departementet moglegheiter til å gjere endringar.	Ivar Eriksen

Følsomhet Intern (gul)

Saksnr	Emne	Ansvarleg
	Når det gjeld godkjenningsordninga for fritt behandlingsval. Kor kjem tala frå at ordninga ikkje var god nok? Helse Vest si tilbakemelding har vore at ordninga ikkje har vore god nok. Men ein opplever at mykje av aktiviteten som gjekk over godkjenningsordninga, var dei lavt prioriterte områda. Det blei ein overkapasitet på område som det ikkje var eit behov for. Dei viktigaste ressursane blei gjerne værande der behovet var minst. *Får alle som har behov for det rehabilitering?* Dette er noko Helse Vest bør sjå på. *Korleis skal Helse Vest prioritere barn og ungdom som ikkje får psykisk helsehjelp nå som ein skal spare pengar?* Dette er store spørsmål som må adresserast. Det er vanskeleg å svare på direkte. Det blei ikkje tid i møtet til å ta opp utfordringar og moglegheiter (frå slide 18 i presentasjonen). Dette må ein kome tilbake til ved eit seinare høve. <u>Styresaker:</u> - Planlagde aktivitetar er i ferd med å ta seg godt opp. - Orientering om unntaksordninga for nye metodar. - Rapportering frå verksemda. Ny sak kvar månad. Her er det mykje å arbeide med. - Har slitt med høgt sjukefråvær i løpet av vinteren grunna infeksjonar. - Ventetider må ned. Ventetider i BUP er uakseptable, mykje fokus på dette. - Fristbrot er altfor høgt og har fokus utover våren. - På tross av alle utfordringane, har aktivitetsutviklinga vore god i løpet av januar. - Økonomi: dette har vore krevjande, men det er ein viss betring. Framheva saker ligg ved i presentasjonen.	
4/23	**Brev/invitasjonar/høyringar til/frå brukarutvalet** • Spesialisthelsetenesta sitt rammeverk for samfunnsansvar. • Brukarmedverknad i dei felleseigde helseføretaka. Denne saka vil bli betre belyst etter kvart. • AMK IKT nyheitsbrev 1-23.	Leiar
5/23	**Deltaking i prosjekt** • Brukarrepresentant til programkomité for Regional tverrfagleg forskingskonferanse innan rehabilitering (Kontakt: Edith Victoria Lunde) Hege Kornberg Christensen avklarar denne med kontaktperson og melder tilbake når ho har avklart.	Leiar

Følsomhet Intern (gul)

Saksnr	Emne	Ansvarleg
	• Norse Feedback (Kontakt: Pia Helene Sævil). Lene Therese Mindaas deltar. • Samarbeidsorgan for forsking og innovasjon. (Kontakt: Kaia Nepstad). Hege Kornberg Christensen deltar og sjekkar ut i første møte om det trengs ein person ekstra. • Regional kampanje for førebygging av sjølvmord (i regi av Helsedirektoratet) (Kontakt: Carina Mæland). Tor-Johnny Agledal deltar. • Løypemelding januar-februar 2023 – Prosjekt sikkerhetspsykiatri (HSØ leier arbeidet). Tor-Johnny Agledal deltar. • Ny brukarrepresentant til referansegruppa til regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering. Brukarrepresentant til programkomité og referansegruppe kan gjerne være same person. (Kontakt: Edith Victoria Lunde). Hege Kornberg Christensen sjekkar ut denne (sjå òg øvste punkt). Joe kan òg tenkje seg å delta her. • Ny anskaffing av spesialisert rehabilitering – invitasjon til regionalt brukarutval om deltaking i regional arbeidsgruppe (Kontakt: Randi Marie Omdal og Ivar Eriksen). Harald Kvame Hansen deltar. • Programstyret for Alle møter (kontakt: Finn Olav). Første møtet er tysdag 14. februar. Atle Lunde deltar.	
6/23	• Status på oppdraget om samarbeid Statped – spesialisthelsetjenesten. Hilde informerte om status på samarbeidet mellom Statped og spesialisthelsetenesta. Presentasjonen er lagt ved.	Hilde Rudlang
7/23	**RBU sin time** Jorunn Busk frå Kommunikasjonsavdelinga fotograferte det nye utvalet. Harald Kvame Hansen og Cicel Aarrestad var ikkje til stede.	
EVT	**Eventuelt** Astrid tok opp Ukom-rapporten om personar innlagde på tvang. Rapporten slår fast at lovverket blir brote overfor personar som er innlagde på tvang. Administrasjonen i Helse Vest fekk i oppdrag og sjekke ut dette med Helsedirektoratet. Ein opplever at alvorleg psykisk sjukdom ikkje blir godt nok varetatt av helseføretaka. Dette påverkar òg stigmaet knytt til det å være psykisk sjuk. Denne saka blei tatt opp i fellesmøtet med styret i 2022. Den blei òg tatt opp med ressursgruppa på tvang. <u>Konklusjon:</u> RBU tar opp saka og adresserer den vidare til Carina Mæland. Astrid lagar eit notat, og Atle, som leiar av RBU, sender inn på vegner av alle i utvalet. Hege Skjelbred- Knudsen hadde to ting til eventuelt.	

Følsomhet Intern (gul)

Saksnr	Emne	Ansvarleg
	På generelt grunnlag, ta opp kva som er hovudsaker i RBU. Kva med det som blir lova, men som aldri blir implementert? Det er viktig at RBU systematisk adresserer dette til AD, at RBU blir vaktbikkjer. Det blei òg uttrykt ønskje om at det blir gjort greie for Helsepersonellkommisjonen som nettopp kom ut. Første rapporten uttaler at det ikkje blir slik i framtida som ein hadde håpt at det skulle bli. Til dømes når det gjeld personell, og mange andre ting vi berre må ta innover oss. Konklusjon: Her kjem det til å bli store diskusjonar i tida som kjem. Mykje spannande og mykje utfordrande. Atle følgjer dette opp. I neste møte tas ei gjennomgang av lista «saker under arbeid» og ser kva saker som det er ønskjeleg å behalde på lista.	

Følsomhet Intern (gul)

Saker under arbeid:

Sak	Ansvar	Tidsfrist
Medlemmene ønskjer informasjon om Helse Vest forskingsmidlar.	Sekretariatet tar kontakt med Sølvi Lerfald, Helse Bergen.	Utsatt
Innovasjonsprosjekt (sjå sak 11/20)	Lena Forgaard	Ikkje bestemt
Styringsverktøya – Vestsida (sak 11/20)	Hilde Christiansen	Ikkje bestemt
Orientering til RBU om medarbeidarundersøking gjort etter covid-19.	Hilde Christiansen/Bjørn Ivar Bø	Utsatt
eMeistring	Carina Mæland	Utsatt
Barn og unges helseteneste	Carina Mæland	Utsatt
Kunstig intelligens	Ola Jøsendal	Utsatt
Orientering på området hørsel		
Sikkerheitspsykiatri – oppnemning av brukarrepresentant. Orientering om arbeidet og kva en kan forvente.	Carina Mæland	Haust 2022
Gjennomgang av planer for korleis spesialisthelsetenesta skal sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse i eit 10-års perspektiv.	Hilde Christiansen	Ikkje bestemt
Løypemelding januar-februar 2023 – Prosjekt sikkerhetspsykiatri	Ola Jøsendal	Ikke bestemt
Regional utviklingsplan og tiltak	Ivar Eriksen	Ikke bestemt
Opplæring i reiseregningsmodulen	Lønn- og regnskapssenteret	Marsmøtet eller før Fysisk eller Teams?

NB!- Møteinnkalling blir sendt ut ei veke før møtet, slik at dersom dykk ønskjer å ta opp saker må dette meldast til leiar og sekretær av RBU innan den tid slik at det kjem på agendaen.
Regionalt brukarutval har eit eiget elektronisk møterom (videosamtale). Alle i brukarutvalet kan bruka møterommet ved behov. Gå inn på nettleser og skriv: Join.nhn.no og ring: 996004.

Følsomhet Intern (gul)