



## Styremøte i Helse Finnmark HF

### Saksnummer 43/2013

Saksbehandler: Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen  
Møtedato: 19.6.2013

---

### **Brukermedvirkning – strategi- og handlingsplan**

#### **Administrerende direktørs forslag til vedtak:**

Styret i Helse Finnmark HF vedtar den framlagte strategi- og handlingsplan med de endringer dette innebærer for foretaket.

Hans Petter Fundingsrud  
Administrerende direktør

#### **Vedlegg:**

Saksfremlegg  
Forslag til Strategi og handlingsplan brukermedvirkning



## Brukermedvirkning – strategi- og handlingsplan

Saksbehandler: Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen

Møtedato: 19.06.2013

---

### Anbefaling

Framlagte strategi- og handlingsplan med de endringer dette innebærer anbefales gjort gjeldende i Helse Finnmark HF.

### Sammendrag

Helseforetakene var enige om å oppnevne arbeidsgruppe med mål om å få etablert felles strategi- og handlingsplan for brukermedvirkning. Forslagene innebærer noen endringer i Helse Finnmark. Dette er endringer som legger til rette for et tettere samarbeide mellom brukerutvalg og foretakets ledelse.

### Bakgrunn

Brukermedvirkning handler om å styrke brukerens stilling ved myndiggjøring av den som trenger helsetjenester. I praksis betyr dette at maktrelasjonen mellom bruker og behandler/system forskyves i retning brukerens posisjon. Brukermedvirkning betyr at brukere eller brukerrepresentanter går i dialog med tjenesteytere og på lik fot tilbyr kompetanse og spesialkunnskap, basert på egne/og eller andres erfaringer, for å løse ulike oppgaver. Brukermedvirkning er en strategi for endring og utvikling både på systemnivå og i relasjon bruker – behandler/system. I helseforetakslovens § 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende heter det:

*”Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, bl.a. gjennom fast samarbeid med deres organisasjoner. 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 driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til departementet, jfr § 15. Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt”.*

Framlegg av strategi- og handlingsplan for brukerutvalg har sin videre bakgrunn i oppdragsdokument fra 2012 hvor følgende framkom:

*”Brukermedvirkning er av stor betydning for utvikling av tjenestetilbudet. Helseforetaket skal utvikle en strategi og handlingsplan for brukermedvirkning i løpet av 2012”.*

Helseforetakene valgte å gjennomføre dette som et samarbeidsprosjekt mellom helseforetakene og med Helse Nord RHF som sekretariat. Oppnevnt arbeidsgruppe hadde representanter fra alle foretak med tilhørende brukerutvalg. Fra Helse Finnmark HF deltok leder i brukerutvalget Kjell Magne Johansen og førstekonsulent Leif Arne Asphaug-Hansen. Arbeidsgruppen hadde følgende mandat:

*”Fra ledelsen i helseforetakene er vi bedt om at vi håndterer dette i et regionalt prosjekt. Det betyr at vi i fellesskap utvikler strategi og handlingsplan for brukermedvirkning i helseforetakene på organisasjons- og systemnivå. Så må helseforetakene selv på hvert sitt vis håndtere det øvrige som handler om styrking av pasienters rolle i prosesser omkring enkeltpersoners behandling og sykdom mv. Det vises for øvrig til Regional handlingsplan for brukermedvirkning som representerer et viktig bakgrunnsdokument. Behandling og oppfølging av forslag til et felles dokument, som er målet for dette arbeidet, skal skje i det*



*enkelte helseforetaks ledelse og styre som grunnlag for lokal gjennomføring. Tilbakemeldingen til Helse Nord skjer ved rapportering i Årlig melding”.*

Framlagte strategi- og handlingsplan ble behandlet i brukerutvalget i Helse Finnmark som sak 42/2012. Følgende ble vedtatt:

**Vedtak:**

*Brukerutvalget i Helse Finnmark ser det som positivt at det utarbeides slikt dokument og tar fremlagte strategi- og tiltaksplan for brukermedvirkning i Helse Nord, til orientering.*

*Det enkelte helseforetak må sikre at brukerutvalgene er sikret økonomi for gjennomføring av aktivitetene som forventes/besluttet.*

*Brukerutvalget gir videre sin tilslutning til uttalelse fra regionalt brukerutvalg gjeldende:*

- *etablering av et fast samarbeid mellom representanter for pasientorganisasjoner på gruppenivå og kliniske ledere/fagfolk for bl. a. fastlegging av pasientforløp.*
- *at helseforetakene i løpet av 2013 anmodes å etablere slikt fast samarbeid mellom to pasientorganisasjoner og helseforetakets personell og at helseforetakets brukerutvalg oppnevner brukerrepresentanter til slike grupper etter forslag fra de aktuelle pasientorganisasjoner.*
- *Også regionalt brukerutvalg, pasientombud og pasientorganisasjoner kan be brukerutvalg i helseforetak om å ta opp spesifikke saker til behandling.*
- *Brukerutvalgene må ikke behandle enkelte pasientsaker.*
- *Det må påses at det gis god opplæring i alle brukerutvalgene i forhold til kompetansen som er ønsket. Også vararepresentanter bør inviteres til opplæringen.*
- *Brukerutvalget i Helse Finnmark støtter anmodning om å gi stemmerett til brukerrepresentanten i styrene i helseforetakene.*

**Enstemmig vedtatt**

## Vurdering

Framlagte felles strategi- og handlingsplan er bestilt fra foretakene. I planen er det valgt ut satsingsområder som ansees som svært relevante: Kvalitet og pasientsikkerhet, samhandling og samarbeid, ledelse og brukermedvirkning og samarbeid med pasientorganisasjoner.

Fra strategi- og handlingsplan:

- Kap 4.1: Oppnevning og sammensetning av brukerutvalg . Forslag samsvarer med etablert praksis i vårt foretak.
- Kap.4.2: Arbeidsform. Forslaget legger opp til endring i vårt foretak og legger føringer for et framtidig samarbeid. Endringer hos oss innebærer en framtidig praksis tilsvarende etablerte ordninger ved bla UNN HF har som intensjon å styrke samarbeidet og sikre at brukerutvalget er orientert om viktige saker samtidig som det legges til rette for at innspill fra brukerutvalget kommer tidlig og dermed sterkere kan hensyntas ved beslutninger. Saksliste til møtene foreslås satt opp av adm. direktør i samråd med brukerutvalgets leder. Videre foreslås en normalordning hvor et saksforelegg til utvalgets møte skal ledsages av et forslag til vedtak fra adm. direktør. Alternativt skal annen praksis avtales. Videre at helseforetaket møter i brukerutvalget med adm. direktør eller dennes representant.
- Kap 4.3 Dekning av utgifter og godtgjøring til brukerutvalgets medlemmer. Allerede etablert praksis.
- Kap 4.4 Sekretariat og saksbehandling. Innebærer endring i Helse Finnmark HF. Strategi- og handlingsplanen vil med sine tiltak sikre at brukerutvalget er godt orientert og dermed komme med i prosesser på et så tidlig tidspunkt at saker kan påvirkes. I henhold til plan skal adm dir ha sekretariatsfunksjon for brukerutvalget og møter selv eller med sin stedfortreder i



møtet. Saker til møter i brukerutvalget forberedes av sekretariatet og sendes ut senest en uke før møtet avholdes. I mange tilfeller vil dette dreie seg om saker som også forberedes til styret.

- Kap 4.5 og 4.6 Opplæring og deltakelse på kurs og konferanser. Innebærer ikke endringer
- Kap 5. Arbeidet i brukerutvalget. Forslaget skal sikre at brukerutvalget er deltakende i viktige saker, og innebærer at flere saker skal behandles i utvalget.
- Kap 6. brukerutvalget og styret. Brukerutvalget er allerede representert i styret. Nytt er årlig dialogmøte mellom styret og brukerutvalget.

### **Risikovurdering**

Vurder saken opp mot våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt

Vedta a v denne strategien vil være positiv i forhold til våre kjerneverdier og bygge opp rundt forvaltningen av disse.

Vurder saken opp mot beslutningshensyn i navigasjonshjulet

Saken er vurdert opp mot punktene i navigasjonshjulet og det er ikke registrert utfordringer som vil påvirke gjennomføring av vedtaket verken relatert til økonomi, etikk/moral, Jus og omdømme/identitet.

Vurder saken generelt knyttet til risiko relatert til måloppnåelse

Strategien er krevende slik at foretaket både må organisere dette arbeidet annerledes enn i dag, og sette fokus på dette. Det vil også kreve mer av organisasjonen og av Administrerende direktør. Hoveddelen av strategien vil likevel være mulig å gjennomføre med middels til lav risiko.

### **Budsjett/finansiering**

Foreslåtte endringer vil i utgangspunktet ikke innebære økte kostnader. Utgifter til brukerutvalget vil variere. Det er i særlig grad reisekostnader knyttet til møter, og det vil være betydelige variasjoner avhengig av hvor representantene er bosatt. Ut fra viktighet av et velfungerende brukerutvalg har holdningen i andre foretak vært at ”det koster hva det koster”. I år med nyoppnevning og dermed opplæring har kostnadene vært høyere. Avsetning rundt kr 250.000,- estimeres og videre. Potensiale med møter via telefoni/videokonferanse kan fortsatt prøves.

### **Medbestemmelse**

Saken er drøftet med tillitsvalgte og vernetjenesten i informasjons- og drøftingsmøte 11. juni 2013.

### **Vedlegg**

Forslag til Strategi og handlingsplan brukermedvirkning

# Brukermedvirkning i helseforetak i Helse Nord – forslag til strategi og handlingsplan

Rapport fra arbeidsgruppe

Februar 2013

## 1. Sammendrag

En arbeidsgruppen med representanter fra helseforetakene leverer her et forslag til felles strategi- og handlingsplan for å styrke brukervedvirkningen i helseforetakene. Rapporten skal nå, jfr Oppdragsdokument for 2012, behandles i det enkelte helseforetak og danne grunnlag for videre utvikling av brukervedvirkningen.

Forslagene konsentreres om brukervedvirkning på system- og organisasjonsnivå. Her formuleres forslag til felles strategi for arbeidet i form av felles prinsipper for brukervedvirkning. Målet er at dette skal gi en tydeligere definering og styrking av brukerutvalgenes rolle i helseforetakene. Det foreslås en målrettet satsing på områdene:

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Samarbeid og samhandling
- Ledelse og brukervedvirkning
- Samarbeid med pasientorganisasjoner

Det foreslås felles retningslinjer for arbeidet i brukerutvalgene inkludert like økonomiske vilkår.

## 2. Strategi

### 2.1 Om brukervedvirkning

Brukervedvirkning skal gjøre en forskjell og bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset enkeltpersoner og gruppers behov. Brukervedvirkning handler om å styrke brukerens stilling ved myndiggjøring av den som trenger helsetjenester. I praksis betyr dette at maktrelasjonen mellom bruker og behandler/system forskyves i retning brukerens posisjon. Brukervedvirkning betyr at brukere eller brukerrepresentanter går i dialog med tjenesteytere og på lik fot tilbyr kompetanse og spesialkunnskap, basert på egne/og eller andres erfaringer, for å løse ulike oppgaver (HOD). Brukervedvirkning er en strategi for endring og utvikling både på systemnivå og i relasjon bruker – behandler/system. Utfordringene er å organisere og legge til rette for medvirkning for pasientgrupper, enkeltpasienter og pårørende ved aktiv deltaking i prosesser omkring egen helse.

I helseforetakslovens § 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende heter det:

*”Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, bl.a. gjennom fast samarbeid med deres organisasjoner. 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 driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til departementet, jfr § 15. Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrerorganisasjoner i helseregionen blir hørt”.*

Brukermedvirkning skjer på mange ulike måter og på forskjellige nivå. En måte å kategorisere det på kan være:

- Organisasjons- og systemnivå som innebærer brukermedvirkning og innflytelse på spørsmål som omhandler overordnede helsepolitikk, rammebetingelser, prioriteringer og planer. Her er bl.a. politikere og ledere på overordnet nivå kontaktpunkter
- Utforming av tjenestetilbudet til pasienter på gruppe eller diagnosenivå eksempelvis ved utvikling av pasientforløp. Her er kliniske ledere/fagfolk sentrale samarbeidspartnere
- Medvirkning fra den enkelte pasient i utforming av og beslutninger om egen behandling

Strategi- og tiltaksplanen skal skape et felles grunnlag for brukermedvirkning i helseforetakene i Helse Nord først og fremst på overordnet nivå. Det skal gi brukerne et fundament for deltakelse i utforming av tjenestetilbudet til pasienter på gruppe- eller diagnosenivå.. Medvirkning fra den enkelte pasient i spørsmål som omhandler utforming av og beslutninger om eget behandlingstilbud er et område som må arbeides videre med i i hvert helseforetak.

## *2.2 Prinsipper for brukermedvirkning*

Brukermedvirkningen i helseforetak i Helse Nord skal bygges på følgende prinsipper.

- Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted, og diagnose/funksjonsnedsettelse
- Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse i arbeidet med utforming av helsetjenestetilbudet
- Brukerrepresentantene skal bidra til at brukersynspunkt gis en sentral plass i utforming av pasienttilbudet ved helseforetakene og at brukersynspunkt fremgår i rapportering etter plan- og meldesystemet og i beslutningsgrunnlag som fremmes for administrasjon og styrer
- Medvirkningen skal sikres i faste organer og ved systematisk samarbeid med representanter fra brukerorganisasjonene. Brukerrepresentantene foreslås fra pasient- og pårørendeorganisasjoner og fylkeseldrerådene. Ved oppnevning skal representasjon fra helseforetakets ulike geografiske områder etterstrebes. Brukerrepresentantene som oppnevnes har selv erfaringer som pasienter eller pårørende og skal ivareta et helhetlig brukerperspektiv uten å representere særinteresser
- Brukerrepresentantenes permanente medvirkning skal organiseres slik at brukerne gis reell innflytelse
- Brukerrepresentanter skal delta/brukersynspunkt skal innhentes i alle faser av vesentlige omstillingsprosjekter som angår etablering, endring og nedlegging av pasienttilbud, på samhandlingsarenaer og i alle saker av vesentlig betydning som angår universell utforming og pasientrelatert informasjon. Hovedregelen er at brukerutvalget skal oppnevne representanter.

- Helseforetakene skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning gjennom formaliserte fora, gjennom likemannsarbeid og organisert deltakelse i lærings- og mestringssenter.
- Brukernes representanter skal ha et avklart forhold til egne brukererfaringer og kvalifisere seg til å delta og bidra til endring gjennom planmessig kompetanseutvikling og systematisering av egne og andres erfaringer
- Helsepersonell, ledere og administrasjon i helsetjenesten er forpliktet til å sette seg inn i brukermedvirkningens grunnlag, anerkjenne brukerperspektivets viktighet og skal legge til rette for å benytte brukernes omstillingskraft og kompetanse
- Det skal finne sted en løpende evaluering og dialog om utvikling av metoder i brukermedvirkning, innhenting av brukererfaringer (brukererfaringsundersøkelser) og hvordan brukermedvirkningen best kan organiseres

Prinsippene skal sikre brukerne direkte innflytelse på organisering, prioritering og utforming av helsetjenestetilbudet. En brukermedvirkningsfunksjon som ikke er i direkte inngrep med saker av vesentlig betydning for tilbudet til pasientene er uten verdi. Det er et ledelsesansvar å sørge for at denne dimensjonen prioriteres opp og ivaretas på en god måte.

### *2.3 Satsingsområder*

#### **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Skal brukermedvirkning virkelig få effekt og gjøre en forskjell må brukerne medvirke på et likeverdig grunnlag på arenaer hvor fagfolkene er. Det er i møtetpunktet mellom faglig kunnskap og brukernes kompetanse og erfaringer at "det beste av to verdener" kan utvikles.

Brukerne og deres erfaringer må derfor bringes aktivt inn i arbeidet med kvalitetsforbedring. Det dreier seg både om mulighet for å kunne bidra i gjennomgang av uheldige hendelser, utforming av helhetlig pasientforløp og generelt kvalitetsarbeid. Pasientsikkerhet er et slikt særlig område. Det blir avgjørende å finne former for deltakelse og medvirkning som ikke gjør dette til en stor tilleggsbelastning for brukere og organisasjon.

#### **Samhandling og samarbeid**

Samarbeid i helsetjenesten og da med særlig vekt på samhandlingsreformen er et slikt omfattende kvalitetsarbeid hvor det å mobilisere brukernes erfaringer og kompetanse er av verdi.

#### **Ledelse og brukermedvirkning**

I lederutvikling og lederopplæring må brukermedvirkning være et sentralt tema. Det anbefales at representanter for brukerne bidrar med en sekvens inn i alle slike program. Ikke minst vil dette gjelde på ledernivå og i program for medarbeidere nært der pasientbehandling skjer. Temaet bør også være del av generelle introduksjonsprogram for nytilsatte medarbeidere.



Ledelsens evne til å "løfte fram" brukermedvirkning som et bidrag til bedre pasientbehandling, mer fornøyde brukere og god ressursbruk bidrar også sterkt til hvilken plass dette får i organisasjonen.

### **Samarbeid med pasientorganisasjoner**

Pasientorganisasjonene er en viktig ressurs med betydelig erfaring og kompetanse. Helseforetakene anmodes om på ett eller to områder å ta initiativ til et særskilt samarbeid mellom fagmiljøene og pasientorganisasjonene. Formålet er å bringe brukererfaringene direkte inn i fagområdene og på enkeltområder ta for seg problemstillinger som er særlig viktig for å bedre viktige områder som kommunikasjon, samhandling og service mellom pasient og behandlingsmiljø.

## **3. Brukermedvirkning på individnivå – anbefalinger**

Brukermedvirkning på individnivå er samarbeid mellom den enkelte bruker og tjenesteyter. Brukeren er den som vet best om sin egen livssituasjon. Fagkompetansen og brukerkompetansen utfyller hverandre.

Brukermedvirkning på individnivå bør gi:

- Innflytelse på egen behandling og oppfølging.
- Tillit til egen behandler/tjenesteutøver og opplevelse av å bli møtt med respekt.
- Tilstrekkelig informasjon.
- Tilbud om opplæring i selvhjelp, mestring og nettverksetablering.
- Pårørende en opplevelse av å være ivaretatt.

Styrking av dette perspektivet må skje både på Helse Nord nivå samlet, men først og fremst gjennom initiativ i det enkelte helseforetak og ned i de ulike enheter. Det er nå viktig å stimulere enkeltinitiativ og enkeltmiljøer slik at dette kan bli en utvikling som sprer seg som ringer i vann. Slikt arbeid må bygge på en likeverdighet mellom brukerkunnskap og fagkompetanse og være til gjensidig nytte.

## **4. Brukerutvalg i helseforetak**

Brukerutvalget er et samarbeids- og rådgivningsorgan for styret og ledelse i helseforetaket i saker og spørsmål som angår tilbudet til pasientene. Brukerutvalget fungerer som et kollegium og behandler saker som blir forelagt utvalget av helseforetakets ledelse og/eller som medlemmene har bedt om å få til behandling.

### *4.1 Oppnevning og sammensetning av brukerutvalg.*

Brukerutvalget består av syv – ni representanter (Sykehusapotek Nord HF 4) og oppnevnes for en periode på to år. Funksjonsperioden følger tidsrommet for styret i helseforetaket.

Styret i helseforetaket oppnevner brukerutvalget etter forslag fra brukerorganisasjonene og fylkeselderådene. Leder og nestleder oppnevnes av styret. I oppnevningen skal det legges vekt på en god balanse mellom kontinuitet og fornyelse. Oppnevning av medlemmer skal sikre at interessene til folk med annen kulturell bakgrunn enn den etnisk norske også blir ivaretatt.

Organisasjonene og fylkeseldrerådene inviteres, i god tid før oppnevning, til å sende inn forslag til kandidater. Det bør sende inn dobbelt så mange forslag til kandidater som det skal oppnevnes medlemmer for å sikre at styret kan sette sammen et balansert utvalg mht kjønn, kompetanse, alder mv. Dersom brukerutvalget ønsker det kan utvalget selv oppnevne et arbeidsutvalg.

Medlemmer i helseforetakets brukerutvalg skal ikke være ansatt i helseforetaket.

#### *4.2 Arbeidsform*

Møter ledes av brukerutvalgets leder, eller dennes stedfortreder.

Brukerutvalget skal minimum ha seks møter pr. år. Brukerutvalget kan oppnevne et Arbeidsutvalg dersom det anses hensiktsmessig.

Brukerutvalgets møter er åpne. Utvalgets leder eller dennes stedfortreder kan beslutte at møtet skal lukkes. Medlemmene av brukerutvalget har taushetsplikt om de forhold som omfattes av slike bestemmelser.

Helseforetakets ledelse, medlemmer kan foreslå saker til utvalget. Regionalt brukerutvalg, pasientorganisasjoner og pasientombudene kan foreslå saker til behandling. Sakslisten til møtet settes opp av adm. direktør i samråd med brukerutvalgets leder. Normalt skal et saksforelegg til utvalgets møte ledsages av et forslag til vedtak fra adm. direktør. Alternativt skal annen praksis avtales.

Helseforetaket møter i brukerutvalget med adm. direktør eller dennes representant.

Referat godkjennes av utvalgets leder før utsendelse og godkjennes endelig i brukerutvalget på derpå følgende møte i brukerutvalget.

Møtoreferat/protokoll legges ut på nettsiden så snart mulig.  
Årsrapport fra Brukerutvalget skal innarbeides i årlig melding for helseforetaket.

Brukerutvalget uttaler seg i media gjennom leder eller etter avtale med leder.

#### *4.3 Dekning av utgifter og godtgjøring til brukerutvalgets medlemmer.*

Medlemmene skal ha dekt reise- og oppholdsutgifter og tapt arbeidsfortjeneste etter statens satser. Medlemmene skal ha dekt andre ytelser i tråd med felles retningslinjer for Helse Nord vedtatt i styret for Helse Nord RHF.

#### *4.4 Sekretariat og saksbehandling*

Adm. direktør i helseforetaket har sekretariatsfunksjon for brukerutvalget og møter selv eller med sin stedfortreder i møtet

Saker til møter i brukerutvalget forberedes av sekretariatet og sendes ut senest en uke før møtet avholdes.

#### 4.5 Opplæring

Et velfungerende brukerutvalg baseres på at medlemmene har god kunnskap om helsetjenesten, helseforetakets faglige virksomhet, organisering og beslutningssystemer. Ved nyoppnevning av brukerutvalg skal det gjennomføres felles opplæringstiltak for brukerutvalgene i regional regi og i det enkelte helseforetak. Opplæring i interessepolitisk arbeid forutsettes ivaretatt av brukerorganisasjonene.

#### 4.6 Deltakelse i kurs og konferanser

Medlemmene kan delta på relevante kurs og konferanser etter avtale med brukerutvalgets leder/ledelsen i helseforetaket.

### 5. Arbeidet i Brukerutvalget

Brukernes medvirkning gjennom brukerutvalgets skal fremme målet om gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen, god samhandling og god medvirkning fra pasienter, pårørende og deres organisasjoner i helseforetaket.

Medvirkning i behandling av saker som angår tjenestetilbudet er en viktig arena for å sikre at pasientenes erfaringer og kunnskap blir integrert i arbeidet. Brukerutvalget skal ha til behandling:

- Helseforetakets budsjett og virksomhetsplan
- Helseforetakets årlige melding
- Oppdragsdokument og "virksomhetsplan" for helseforetaket
- Bidra i utvikling av og behandle resultater fra pasient- og brukerundersøkelser
- Avgi høringsuttalelser til planer og utredninger av betydning for pasienttilbudet
- Strategier og status for arbeidet mht kvalitetsmål og ventetider mv
- To årlige handlingsplaner for eget arbeid
- Brukerutvalget skal delta i helseforetakets kvalitetsutvalg og oppnevner en representant med vararepresentant
- Foreslå brukerrepresentanter til arbeidsgrupper, prosjekter, råd og utvalg som oppnevnes i helseforetaket

### 6. Brukerutvalget og styret

Brukerutvalgets leder eller nestleder møter i styret som fast observatør med tale og forslagsrett.

Det gjennomføres et årlig dialogmøte mellom styret og brukerutvalget der tema er kvalitet i pasientbehandlingen og brukerrettede problemstillinger.

## **7. Brukerutvalgene og regionalt brukerutvalg**

Samarbeidet mellom regionalt brukerutvalg og helseforetakenes brukerutvalg er av stor betydning for å reflektere problemstillinger på begge nivåene. Årlig skal det avvikles et kontaktmøte mellom regionalt brukerutvalg og brukerutvalget i helseforetakene som der møter med to representanter fra hvert helseforetak. Regionalt brukerutvalg har ansvar for denne møteplassen. Hit inviteres representanter for sekretariatet til brukerutvalgene i hvert helseforetak.

Protokoll fra møtene i brukerutvalgene sendes regionalt brukerutvalg og vice versa til orientering. Brukerutvalgene kan foreslå saker til møter i regionalt brukerutvalgs møter.

## **8. Habilitet**

Medlemmer i Brukerutvalget skal ikke samtidig være involvert i virksomheter med forretningsmessige interesser i Helse Nord.

Ved eventuell dobbeltrepresentasjon eller habilitetsproblemer, er medlemmet selv ansvarlig for å fremlegge eventuell habilitetskonflikt for utvalget. Utvalgets leder skal være orientert om dette i forkant og kan for øvrig avgjøre eventuelle habilitetsproblemer ved bruk av skjønn.

Brukerutvalgets medlemmer skal for øvrig følge alminnelige etiske regler i samfunnet.