

Internrevisjonsrapport

Evaluering av forvaltningsmodell for regionale fagprosedyrer



Helse Midt-Norge RHF, Internrevisjonen

20. september 2024

Innhold

Sammendrag	5
1. Sentrale evalueringskriterier.....	7
2. Funn og råd	8
2.1. Organisering og ressurssetting.....	8
2.2. Samordning	10
2.3. Forvaltningsmodellen	10
2.3.1. Prosedyretyper	11
2.3.2. Roller og ansvar	11
2.3.3. Grensesnitt til Helseplattformen.....	15
2.4. Veiledningsmateriale	15
2.4.1. Standardiseringens strategiske formål.....	15
2.4.2. Standardisering og konsensus som begrep og metode	15
2.4.3. Praktisering av forvaltningsmodellen.....	16
2.4.4. Publikasjon av standardiserte prosedyrer.....	17
2.4.5. Distribusjon	17
2.4.6. Adopsjon og evaluering	18
2.4.7. Andre forhold	18
Referanseliste.....	19

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
0.1	2024-01-30	Dokumentet opprettet.
1.0	2024-08-30	Dokumentet oppdatert basert på høring/faktaverifikasjon.
2.0	2024-09-20	Dokumentet frigitt for behandling i revisjonsutvalget og styret.

Forkortelser og definisjoner

Fagprosedyrer	pasientbehandlings prosedyrer for et enkelt medisinsk område
Tverrgående prosedyrer	beskriver dokumentasjon av helsehjelp, bestilling, forordninger, legemiddeladministrasjon, smittevern, screening eller praksis på tvers av flere medisinske områder
Helsefelleskapsprosedyrer	prosedyrer på tvers av forvaltningsnivå. I hovedsak utarbeidet i samarbeid mellom det enkelte helseforetaket og kommuner i foretakets opptaksområde
pid	unik identifikator for registrering av domenenavn hos EQS-leverandøren. EQS-domenene i Helse Midt-Norge er realisert i tråd med virksomhetsstrukturen.

Innledning

Internrevisjonens evaluering av arbeidet med standardisering av prosedyrer er forankret i Helse Midt-Norges ambisjon om å skape en *fremragende helsetjeneste* hvor befolkningen skal gis *likeverdig* tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Ambisjonen forutsetter at helseforetakene hver for seg og samlet evner å arbeide *helhetlig* ved å løse oppgavene innenfor tilgjengelige ressursrammer, og *ansvarlig* ved at ressursene brukes godt i alle ledd av tjenesten. Dette omfatter også gevinstrealisering i digitaliseringsprosjekter, hvor forkantaktiviteter som for eksempel standardisering av arbeidsflyter og prosedyrer vil være en del av forutsetningene som må fungere.

Behovet for standardisering av prosedyrer ble adressert som et strategisk tiltak allerede i 2012 som en forberedelse til den planlagte innføringen av et strukturert journalsystem i helseregionen (Helseplattformen). Etter hvert som arbeidet med Helseplattformen utviklet seg ble det klart at standardiseringsarbeidet ikke hadde god nok progresjon. Progresjonen ble forsøkt forbedret gjennom styringskrav og rammer til helseforetakene både i 2018 og i 2021, hvor det ble poengtert at standardisering av prosedyrer var en viktig forutsetning både for å kunne dra nytte av Helseplattformen, og å sikre kvalitet og ressursutnyttelse i helsetjenesten.

Arbeidet med standardisering av prosedyrer kom likevel ikke langt nok i forkant av innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital i november 2022. For å håndtere framdriftsutfordringene utarbeidet helseforetakene i juni 2023 en prosessmodell for standardiseringsarbeidet (heretter kalt forvaltningsmodell). Fortsatt oppleves det utfordringer med å få det regionale standardiseringsarbeidet til å fungere som ønsket. Dette var bakgrunnen for at fagdirektør i Helse Midt-Norge RHF forespurte internrevisjonen om å evaluere forvaltningsmodellen. I rådgivningsprosjektet «*Evaluering av forvaltningsmodell for regionale prosedyrer*» har internrevisjonen vurdert standardiseringsprosessen og hvor vidt forvaltningsmodellen ivaretar roller og myndighetskrav og kan bidra til strategisk måloppnåelse.

Sammendrag

Oppdraget «*Evaluering av forvaltningsmodell for regionale prosedyrer*» ble godkjent av styrets revisjonsutvalg den 25. januar 2024 og er utført som et rådgivningsprosjekt i perioden februar – september 2024.

Bakgrunnen for oppdraget er allerede kjente utfordringer med forvaltningsmodellen, og oppdraget har derfor gått ut på å evaluere forvaltningsmodellen samt å gi råd til henholdsvis helseforetakene og det regionale helseforetaket om videre arbeid og prioritering av tiltak. I dette ligger det også råd om ansvarsfordeling mellom helseforetakene og Helse Midt-Norge RHF i arbeidet med regionale prosedyrer.

Internrevisjonen har kommet fram til anbefalinger om å utvikle en mer helhetlig forvaltningsmodell. En slik modell må sikre en forbedret bedre rolle og ansvarsfordeling, samt veiledningsmateriale som kan bidra til mer systematisk og effektiv gjennomføring av aktivitetene i forvaltningsmodellen. I evalueringen har internrevisjonen lagt vekt på at standardiseringens strategiske formål må synliggjøres i forvaltningsmodellen og i veiledningsmaterialet, slik at strategiske mål er tilstrekkelig i fokus ved utarbeidelsen av standardiserte prosedyrer, og i evalueringen og rapporteringen av hvorvidt prosedyrene fungerer som forutsatt. Videre er det behov for å se nærmere på organisering og resursetting av standardiseringsprosessen, herunder hvordan standardiseringsarbeidet samordnes i regionen.

Internrevisjonen har kommet fram til 13 anbefalinger som er utdypet i rapportens kapitler.

Anbefalinger

Nr.	Beskrivelse	Kap.
Organisering og ressurssetting		
1	For mer systematisk og effektiv gjennomføring av standardiseringsarbeidet anbefales det å skriftliggjøre forvaltningsmodellen og veiledningsmaterialet.	2.1
2	For bedre framdrift i prosessen anbefales det å fastsette fremdriftsplaner og organisere standardiseringsprosessen som en prosjektportefølje med dedikert porteføljeleder som følger opp fremdriftsplanene.	2.1
3	For tverrgående prosedyrer anbefales det å gjennomføre tiltak for å skape framdrift i arbeidet.	2.1
4	For helsefelleskapsprosedyrer anbefales det å tydeliggjøre krav om konsensus i samarbeidsavtaler og bemanne nettverkene i tråd med inngåtte avtaler.	2.1
Samordning		
5	For bedre framdrift i prosesser bør regionalt helseforetak ha en mer tettere og proaktiv oppfølging av prosessene i forvaltningsmodellen.	2.2
Forvaltningsmodellen		
6	For å skape felles forståelse bør forvaltningsmodellen innledningsvis si noe om modellens formål, prinsipper og kjøreregler.	2.3
7	For å sikre riktig valg av standardiseringsprosess bør forvaltningsmodellen gi en utfyllende beskrivelse av prosedyretyper.	2.3.1
9	For bedre ivaretagelse av roller og ansvar i prosessen anbefales det å utarbeide en mer helhetlig forvaltningsmodell. Modellen bør ha egne trinn fra identifisering av standardiseringsbehov til evaluering av standardiserte prosedyrer.	2.3.2
10	For bedre ivaretagelse av fullmaktslinjer i prosessen må grensesnittet mot Helseplattformen avklares.	2.3.3
Veiledningsmateriale		
11	For at standardiseringsprosessen skal bidra til strategisk måloppnåelse bør veiledningsmaterialet tydeliggjøre det strategiske formålet med prosessen.	2.4.1
12	For å sikre fellesforståelse av standardiseringsprosessen bør veiledningsmaterialet beskrive standardisering og konsensus som begrep og metode i tråd med definisjonene som Standard Norge bruker.	2.4.2
13	For å sikre systematisk og effektiv oppgaveløsning bør veiledningsmaterialet beskrive hvordan oppgavene i forvaltningsmodellen skal utføres.	2.4.3 - 2.4.7

1. Sentrale evalueringskriterier

Standardisering impliserer at ulike interessenter kommer til enighet om noe som i neste omgang skal følges opp/gjennomføres lojalt. Internrevisjonen har derfor undersøkt om det foreligger noen normerende forståelse av begrepet i helsesektoren eller utenfor.

Helsedirektoratets samling av obligatoriske og anbefalte standarder med veiledere og retningslinjer [1] gir ingen normerende beskrivelse av standardisering som begrep og metode. Det er heller ikke identifisert noen normerende beskrivelse i Helse Midt-Norge. Derfor har det vært naturlig å se videre til Standard Norge som er gitt et nasjonalt ansvar for standardiseringsoppgaver.

Standard Norge utarbeider og fastsetter norske standarder i tråd med internasjonalt fastsatte regler for standardisering [2]. Disse reglene omfatter standardisert terminologi for standardisering og beslektede aktiviteter. I dette materialet defineres en standard slik [3, punkt 3.2]:

«Standard dokument til felles og gjentatt bruk, fremkommet ved konsensus og vedtatt av et anerkjent organ som gir regler, retningslinjer eller kjennetegn for aktiviteter eller resultatene av dem for å oppnå optimal orden i en gitt sammenheng».

Definisjonen omfatter en merknad om at standarder bør være basert på samordnede resultater fra vitenskap, teknologi og erfaring og ta sikte på å være til størst mulig nytte for samfunnet.

Standardiseringsdefinisjonen leder videre til konsensusbegrepet som også har en normerende definisjon [3, punkt 1.7]:

«Alminnelig enighet karakterisert ved at ingen betydningsfull berørt part er vedvarende uenig på vesentlige punkter som er oppnådd gjennom en prosess der det er prøvd å ta hensyn til alle parter det angår, og forlike eventuelle motstridende argumenter».

Definisjonen er tilknyttet en merknad om at konsensus ikke nødvendigvis innebærer enstemmighet.

Det er forståelsen av standardiseringsbegrepet som nevnt ovenfor, og de karakteristiske trekkene i konsensusdefinisjonen (understreket) som er vektlagt ved evaluering av forvaltningsmodellen.

2. Funn og råd

Forvaltningsmodellens formål er standardisering av tre prosedyretyper som kan grupperes i to kategorier:

- *Fagprosedyrer og tverrgående prosedyrer* er Helse Midt Norges egne prosedyrer, og kan standardiseres på regionalt nivå.
- *Helsefelleskapsprosedyrer* omfatter samarbeid mellom det enkelte helseforetaket og kommuner på opptaksområdenivå, og legger dermed ikke til rette for standardisering på regionalt nivå.

I neste kapitler presenteres revisjonsfunn og råd, etter prosedyretyper.

2.1. Organisering og ressurssetting

Fagprosedyrer

Gjeldende regionale utviklingsplan setter *standardisering* i sammenheng med flere strategiske mål, som å ta i bruk beste kunnskapsbaserte praksis, redusere uønsket variasjon og effektivisere tjenestene [4]. Standardiseringen er også knyttet til digitalisering som et viktig tiltak for å nå strategiske mål.

Internrevisjonen har vurdert hvorvidt standardiseringsarbeidet er organisert og ressurssett på en hensiktsmessig måte framover i tid. I vurderingen er det lagt vekt på at behovet for standardisering ble adressert allerede i 2012 i form av egen IKT-strategi med målsetninger [5] og en IKT-handlingsplan [6] som forberedelse til den planlagte innføringen av strukturert journalsystem. Samtidig ble det også etablert ulike fagnettverk som skulle arbeide med standardisering av fagprosedyrer. Etter internrevisjonens vurdering ble behovet for standardisering av fagprosedyrer adressert i tilstrekkelig god tid i forkant av innføringen av Helseplattformen.

Etter hvert som arbeidet med Helseplattformen utviklet seg ble det klart at standardiseringsarbeidet ikke hadde god nok progresjon. Standardisering ble derfor adressert på nytt gjennom styringskrav og rammer til helseforetakene både i 2018 og i 2021. Organiseringen ble styrket ved at fagledernetverkene fikk ansvaret for standardisering av prosedyrer på sitt medisinske område gjennom eget mandat 2019. Dette mandatet ble evaluert og oppdatert i 2023. November 2022 var en viktig milepæl for standardiseringsarbeid knyttet til innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs Hospital HF. Denne milepælen ble ikke nådd og det ble heller ikke fastsatt nye frister.

Internrevisjonen finner at det pr april 2024 er etablert fagledernetverk på de fleste medisinske områder med unntak av onkologi og nevrologi. Det regionale helseforetaket følger opp saken og opplyser at det vil bli opprettet fagledernetverk for de to siste områdene i løpet av 2024.

Gjennomført spørreundersøkelse (svarprosent på 56) viser at det per april 2024 kun var få fagledernetverk som har kommet tilstrekkelig langt med standardiseringsarbeidet. Spørreundersøkelsen belyser også at ressurssettingen har vært utfordrende. Ressursutfordringen er også omtalt i en kartlegging av fagledernetverkene utført av PWC i 2022 [7, sidene 11 - 25].

I og med at det ikke er ikke grunn til å tro at ressurssituasjonen blir vesentlig bedre, vil det etter internrevisjonens syn være avgjørende å finne tiltak innenfor de eksisterende ressursrammene. Slike tiltak må sikre en bedre styring av framdriften i standardiseringsarbeidet, særlig i de tilfeller hvor standardisering er en viktig forkantaktivitet i investeringsprosjekter. Noen handlingsalternativer som internrevisjonen vil trekke fram er:

- 1) å organisere standardiseringsprosessen overordnet som en prosjektportefølje med egen porteføljeleder en mer helhetlig styring og oppfølging. Dette gjør det mulig å styre prosessen bedre inn mot spesifikke tidsfrister. PWC har påpekt betydningen av ledelse i de enkelte nettverkene [7, side 23], og man kan også vurdere å etablere en form for lederstøtte for ledere av fagledernet/faggrupper.
- 2) å skriftliggjøre forvaltningsmodellen og veiledningsmaterialet og publisere det i regional prosedyrebank (pid = regional) som en støtte til personalet som arbeider med standardiseringen. Dette bør gjøres ganske raskt. Man kan publisere basert på godt nok og videreutvikle/komplettere materialet i prosedyrebanken.

Disse anbefalingene gjelder også for standardisering av de øvrige prosedyretypene.

Tverrgående prosedyrer

Etableringen av nettverk/faggrupper for standardisering av tverrgående prosedyrer er p.t. uklar. Hovedutfordringen synes å være å bestemme roller og ansvar for de ulike tverrgående prosedyreområdene og følgelig å involvere relevante faggrupper i arbeidet. Her er det etter internrevisjonens syn ikke så mange andre handlingsalternativer enn å:

1. Identifisere mulige områder for standardisering.
2. Identifisere aktuelle interessenter for hvert område.
3. Ta stilling til om identifiserte områder er aktuelt for standardisering. Dette bør skje gjennom en konsensusprosess blant relevante interessenter, og bortvalg av standardiseringsmuligheter bør begrunnes og dokumenteres.
4. Etablere mandater for tverrgående områder som er aktuelle for standardisering.
5. Ressurssette områdene, bestem framdriftsplan og følg opp arbeidet.

Helsefelleskapsprosedyrer

Helsefeleskap er nettverk «*der representanter fra kommuner og sykehus, brukere og lokale fastleger møtes for å planlegge og utvikle tjenester sammen. Helsefelleskapene er ikke en juridisk enhet, men en arena for samhandling på ulike nivåer. Samarbeidet mellom kommuner og helseforetak er forankret i den lovpålagte samarbeidsavtalen.*» [8, side 59].

Det er etablert 19 helsefelleskap med utgangspunkt i de geografiske opptaksområdene for helseforetakene (ibid.). 3 av disse; helsefelleskap i Søndre Trøndelag, helsefelleskap i Nordre Trøndelag og helsefelleskap Møre og Romsdal ligger i region midt. Etter revisors forståelse har en slik tredeling sitt utgangspunkt i ulikheter i organisering, finansiering, styringslinjer, teknologi og tilgang på kompetanse [4, kap. 4.4.1]. Internrevisjonen bekrefter at de etablerte helsefelleskapene i region Midt-Norge er forankret i samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommuner i deres opptaksområde.

Krav til helsefelleskapenes organisering og sammensetning er tydeliggjort i inngåtte samarbeidsavtaler. Vår gjennomgang av sammensetningen i fagrådene/faglig samarbeidsutvalg viser at helseforetakene i flere tilfeller er representert med færre deltakere enn det som er påkrevd i samarbeidsavtalene. Det samme gjelder også flere kommuner. Internrevisjonen anbefaler derfor at fagrådene/de faglig samarbeidsutvalgenes sammensetning gjennomgås slik at disse er ressursatt i tråd med de respektive samarbeidsavtalene.

Det er i kapittel 1 gjort rede for sammenhengen mellom standardisering og konsensus. Internrevisjonen registrerer at samarbeidsavtalen som regulerer helsefelleskap i Søndre Trøndelag

ikke stiller krav til konsensus ved godkjenning av retningslinjer og prosedyrer (avtalepunkt 7.2.1 m) eller andre oppgaver utført av strategisk samarbeidsutvalg (ASU). Tilsvarende er det for samarbeidsavtalen for helsefellesskap i Møre og Romsdal. Det kreves heller ikke konsensus eksplisitt ved godkjenning av retningslinjer og prosedyrer i samarbeidsavtalen for helsefellesskap i Nordre Trøndelag (avtalepunkt 6.3.1 i), men her er konsensus generelt ivarettatt ved at ASU så langt som mulig skal etterstrebe konsensusbeslutninger (avtalepunkt 6.3.1 e). Basert på ovennevnte funn anbefaler internrevisjonen at krav om konsensus ved godkjenning av helsefellesskapsprosedyrer tydeliggjøres bedre i de inngåtte avtalene, og at forståelsen av konsensus jf. kapittel 1 legges til grunn, og at helseforetakene er oppmerksomme på kvalitet i konsensusprosessene for alle aktører i avtalene.

2.2. Samordning

Helseforetakslovens §2a medfører at de regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å samordne virksomheten i helseforetakene som de eier.

Internrevisjonen har vurdert hvordan Helse Midt-Norge RHF som eier har samordnet arbeidet med standardisering i regionen, og finner at behovet for standardisering og dens strategiske betydning ble formidlet tydelig og i god tid i forkant (2012) av innføringen av Helseplattformen.

Etter hvert som arbeidet med Helseplattformen utviklet seg ble det klart at standardiseringsarbeidet ikke hadde god nok progresjon ble behovet for standardisering, og standardiserings strategiske betydning adressert på nytt gjennom styringskrav og rammer til helseforetakene både i 2018 og i 2021:

"Innføring av Helseplattformen vil blant annet kreve standardisering av kliniske prosedyrer og omlegging av en rekke arbeidsprosesser for å sette organisasjonen i stand til å dra nytte av den nye teknologien – nettopp for å kunne bidra til å skape pasientenes helsetjeneste"

(Styringskrav og rammer 2018).

"Standardisering er en forutsetning for å lykkes med å sikre kvalitet og ressursutnyttelse i tjenesten. Helse Midt-Norge vil standardisere blant annet pasientforløp, arbeidsprosesser, teknologi, utstyr og materiell. For å lykkes med standardisering kreves lederforankring og et tydelig og koordinert fokus på tvers av fagområder og foretak."

(Styringskrav og rammer 2021).

Imidlertid viser revisjonsfunn under kapittel 2.1 at det har vært behov for at regionalt helseforetak har en mer tett og proaktiv oppfølging av standardiserings prosessen. Generelt vil internrevisjonen understreke viktigheten av at prosesser av strategisk betydning følges opp tett i tidligfasen.

2.3. Forvaltningsmodellen

Forvaltningsmodellen *Regionale prosedyrer – forvaltningsstruktur* (heretter kalt *forvaltningsmodellen*) ble godkjent i fagledernetverket 23. juli 2023. Det har ikke vært noe poeng for internrevisjonen å påpeke at forvaltningsmodellen ikke allerede var etablert og i effektiv drift i tidligfase av Helseplattformen. Erkjennelsen om dette og ønske om råd inngikk i oppdragsforespørselen.

Etter internrevisjonens vurdering bør forvaltningsmodellen innledningsvis si noe om modellens formål og sentrale prinsipper for modellen, slik det framgår i referat fra regionalt kvalitetsnettverk i 2021, samt kjørereglene for dialog og samordning i foretaksgruppen [9]. Etter internrevisjonens forståelse er formålet med modellen å identifisere standardiseringsmuligheter og sikre effektiv gjennomføring av standardiseringsarbeidet for å kunne oppnå strategiske mål.

2.3.1. Prosedyretyper

Forvaltningsmodellen omfatter tre prosedyretyper:

- *Regionale fagprosedyrer*: En regional prosedyre utarbeidet av et fagledernetverk eller en gruppe som tilhører et spesifikt fagledernetverk.
- *Tverrgående prosedyrer/-retningslinjer*: Regionale nivå 1 prosedyrer som beskriver dokumentasjon av helsehjelp, bestilling, forordninger, legemiddeladministrasjon, smittevern, screening eller praksis på tvers av flere fagledernetverk
- *Helsefelleskap prosedyrer/-retningslinjer*: Prosedyrer på tvers av forvaltningsnivå, i all hovedsak for å ivareta en relativ lik bruk av funksjoner i HP for å ivareta/underbygge gevinster og effekter på sikt.

Internrevisjonen har ingen merknader til definisjon og inndeling av prosedyretyper. Undersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger av hvorvidt en prosedyre er en fagprosedyre eller en tverrgående prosedyre. Det anbefales derfor å gi en mer utfyllende beskrivelse av prosedyretypene for å sikre felles forståelse av de ulike prosedyretypene, og følgelig sikre riktig valg av standardiseringsprosess.

2.3.2. Roller og ansvar

Sykehusforetakene er jf. helseforetakslovens §6 (helseforetakenes partsstilling) selvstendige virksomheter, og forvaltningsmodellen må derfor ivareta fullmaktslinjene. Samtidig har det regionale helseforetaket overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i regionen og å planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene det eier [9]. Dette krever en viss oppmerksomhet rundt det regionale helseforetakets rolle som pådriver for standardiseringsarbeidet, funksjonsfordeling og arbeidsflyter som er gjennomgående i foretaksgruppen, og helseforetakenes autonome posisjon og ansvar.

Internrevisjonen har vurdert roller og ansvar i forvaltningsmodellen, som har litt ulike løsninger for standardisering av de tre prosedyretypene.

Fagprosedyrer

For fagprosedyrer gjør modellen langt på vei rede for *hvem som gjør hva* i prosessen med å identifisere behovet for, utarbeide standardiserte fagprosedyrer, godkjenne og forvalte de regionalt. Fagledernetverkene som består av deltakere fra alle tre helseforetakene, er gitt ansvaret for standardisering og konsensusbasert godkjenning gjennom høringsprosess. Etter internrevisjonens vurdering samsvarer modellen godt med mandatet og legger også godt til rette for at fullmaktslinjene blir ivaretatt.

Tverrgående prosedyrer

Forvaltningsmodellen for tverrgående prosedyrer er etter internrevisjonens syn ufullstendig og vil dermed ikke kunne bidra i tilstrekkelig grad til standardisering av prosedyrer og strategisk måloppnåelse. Hovedutfordringen synes å være å bestemme roller og ansvar for de ulike tverrgående prosedyreområdene og følgelig å involvere relevante faggrupper.

Forvaltningsmodellen for tverrgående prosedyrer sier ikke noe om hvem som identifiserer og peker ut mulige faggrupper for standardisering av tverrgående prosedyrer. Dette ansvaret bør innarbeides i modellen. Dersom utpeking av faggrupper kan ansees som å *tilrettelegge og utvikle god prosess og system for etablering, forvaltning og samordning av regionale faglige prosedyrer*, kan dette ansvaret legges til kvalitetsnettverket i tråd med mandatet.

Videre bør regionalt kvalitetsnettverks rolle og ansvar i standardisering av tverrgående prosedyrer vurderes. Ifølge forvaltningsmodellen det er kvalitetsnettverket som skal prioritere hvilke prosedyrer som skal utformes. Dette synes ikke å være i overensstemmelse med kvalitetsnettverkets mandat:

“Kvalitetsnettverket har ansvar for å tilrettelegge og utvikle god prosess og system for etablering, forvaltning og samordning av regionale faglige prosedyrer. Nettverket har ikke ansvar for innholdet i de kliniske fagprosedyrene eller myndighet til å utpeke fagpersoner i arbeidet”.

Forvaltningsmodellen beskriver at fagdirektør godkjenner tverrgående prosedyrer. Vår revisjon viser at andre enn fagdirektør har godkjent tverrgående prosedyrer, for eksempel medlemmer av kvalitetsledernetverket. Med bakgrunn i disse funnene anbefaler internrevisjonen bedre presisering av kvalitetsnettverkets rolle i mandat og forvaltningsmodellen. Modellen bør også tydeliggjøre at det er fagdirektørene i fellesskap som har godkjenningensmyndighet. Dette må være sporbart i det publiserte prosedyren i regional prosedyrebank. Teknisk er det lagt godt til rette for å gjøre det på denne måten gjennom ordningen med regional prosedyrebank.

Forvaltningsmodellen for både fagprosedyrer og tverrgående prosedyrer mangler etter internrevisjonens syn flere trinn, hovedsakelig:

- helseforetakenes distribusjon av prosedyrer til helseforetakenes EQS og publisering av prosedyrer i Helseplattformen.
- helseforetakenes adopsjon av prosedyrer
- evaluering av standardiserte prosedyrer
- rapportering til fagdirektørnettverket

Internrevisjonen anbefaler at disse trinnene innarbeides i forvaltningsmodellen for å tydeliggjøre roller og ansvar, og å ivareta fullmaktslinjer.

Helsefelleskaps prosedyrer

Som tidligere nevnt er samarbeid i helsefelleskapene forankret i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom det enkelte helseforetaket og kommuner i opptaksområdet. Dette betyr at helsefelleskapsprosedyrer standardiseres kun på opptaksområdenivå, og gjelder derfor kun det enkelte helseforetaket og kommuner i foretakets opptaksområder. Helsefelleskapsprosedyrer er ikke regional standardiserte prosedyrer.

Internrevisjonens evaluering av forvaltningsmodellen mot de 3 inngåtte samarbeidsavtalene, viser følgende funn:

- Forvaltningsmodellen pkt.2 om hvor/til hvem behovet for ny prosedyre skal meldes, fastslår at dette er *lokalt* fagråd digital samhandling under Administrativt samhandlingsutvalg (ASU)
Revisor kan ikke se at lokalt fagråd for digital samhandling er nevnt som underenhet av ASU i samarbeidsavtaler. Dersom fagrådet skal ha denne oppgaven bør dette tydeliggjøres i samarbeidsavtalen, slik det er gjort for de øvrige underenhetene av ASU.
- Forvaltningsmodellen pkt. 3 om hvem prioriterer hvilke prosedyrer som skal utformes, fastslår at dette er *regionalt* fagråd digital samhandling.

Internrevisjonen vurderer det slik at ansvarsområdet for regionalt fagråd digital samhandling er begrenset kun til digitaliseringsformål.

Ifølge samarbeidsavtalen i helsefelleskap Søndre Trøndelag, arbeider fagrådene utfra bestilling fra ASU (7.3 e). Det gjør også fagråd i helsefelleskap for Nordre Trøndelag (6.5.2 a). Internrevisjonen legger det til grunn at ansvaret for prioritering av prosedyrer må ligge hos ASU.

Når det gjelder helsefelleskap i Møre og Romsdal oppleves samarbeidsavtalen noe utydelig om faglig samarbeidsutvalg arbeider etter bestilling fra lokalt samarbeidsutvalg som har ansvaret for å «*initiere gode samhandlingsløsninger og standardiserte pasientforløp ...*» (5.3.3.c) eller etter bestilling fra strategisk samarbeidsutvalg som har ansvaret for å «*delegere oppgaver til lokale samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg*» (5.2.3 k). Internrevisjonen anbefaler at dette ansvaret tydeliggjøres i samarbeidsavtalen.

- Forvaltningsmodellen pkt. 4 om hvem som skal skrive prosedyrene, fastslår at dette avklares i sekretariatet i helsefelleskapet.

Etter internrevisjonens vurdering er samarbeidsavtalen for Søndre Trøndelag tydelig på at det er fagråd som skal utarbeide prosedyrer (7.3 f). Dette gjelder også fagråd i helsefelleskap i Nordre Trøndelag (6.5.2 c). Internrevisjonen anbefaler at dette ansvaret tydeliggjøres i forvaltningsmodellen.

Når det gjelder helsefelleskap i Møre og Romsdal er samarbeidsavtalen ikke tydelig på hvem skal utarbeide prosedyrer. Dersom ansvaret ligger hos faglig samarbeidsutvalg, bør dette komme frem tydelig i samarbeidsavtalens punkt 5.4.3

- Forvaltningsmodellen pkt. 5 om hvem som ivaretar prosedyren teknisk i EQS, fastslår at dette er regional redaksjonskomite.

Internrevisjonen legger det til grunn at regional redaksjonskomite har ansvaret for å ivareta regionale prosedyrer i *HMN regional prosedyrebank*. Som tidligere nevnt er helsefelleskapsprosedyrer standardisert kun på opptaksområdenivå. Prosedyrene er ikke standardisert på regionalt nivå. Derfor bør de heller ikke publiseres i *HMN regional prosedyrebank*. Prosedyrene bør håndteres av redaksjonsansvarlig hos det enkelte helseforetaket og publiseres i foretakets egen prosedyrebank.

- Forvaltningsmodellen pkt.6 om hvordan prosedyren skal høres, fastslår at dette er i helsefelleskapsstrukturen.

Etter internrevisjonens vurdering punkt 6 i forvaltningsmodellen er ikke besvart riktig. Svaret sier ikke hvordan prosedyrene høres. Som tidligere nevnt (kap. 2.3.3 i denne rapporten), det bør utarbeides veileder for modellen som sier hvordan de ulike oppgavene inkludert høring skal praktiseres. Derfor anbefaler internrevisjonen at dette punktet fjernes fra modellen.

- Forvaltningsmodellen pkt. 7 om hos hvem skal prosedyren høres, fastslår at prosedyren skal høres i helsefelleskapsstrukturen- lokalt fagråd digital samhandling-evt. ASU.

Ifølge samarbeidsavtalen i Søndre Trøndelag det er 3 høringsinstans (fagråd for digital samhandling, legeutvalget, fagråd for samarbeid om forebygging, helsefremming, læring og mestring). ASU er ikke omtalt som høringsinstans. Høring er ikke nevnt i samarbeidsavtalene i Nordre Trøndelag og Møre og Romsdal. Internrevisjonen etterlyser bedre samsvar mellom høringsansvar i forvaltningsmodellen og samarbeidsavtalene. Det bør i modellen komme tydelig frem hvilke prosedyrer skal høres av hvilke høringsinstanser.

- Forvaltningsmodellen pkt. 8 om hvem som bistår og veileder i prosessen, fastslår at dette er ledelse, kvalitetssjefer og kvalitetsrådgivere.

Ifølge samarbeidsavtalen for søndre Trøndelag pkt. 7.2.6 bokstav h og i «*Sekretariatet bidrar til utvikling og iverksetting av felles rutiner og prosedyrer. Sekretariatet bidrar også til implementering av avtaler, retningslinjer, rutiner, helhetlige pasientforløp mv.*». Samarbeidsavtalen i Nordre Trøndelag pkt. 6.9 sier «*Sekretariatsfunksjonen er en sentral forutsetning for at partene kan samordne, effektivisere og kvalitetssikre forberedelsene og behandlingen av sakene i PSU og ASU.*». Internrevisjonen legger det til grunn at ansvaret for punkt 8 i forvaltningsmodellen ligger også formelt hos Sekretariatet for ASU.

- Forvaltningsmodellen pkt. 9 om hvem som godkjenner prosedyren, fastslår at dette er Fagdirektører (ev. samhandlingsansvarlige).

Ifølge samarbeidsavtalen i Søndre Trøndelag pkt. 6.3.1 og samarbeidsavtalen i Nordre Trøndelag pkt. 5.2.3 det er ASU som godkjenner prosedyrer for samarbeid. I ASU representeres Kommunen ved kommunedirektør/rådmanns- eller kommunalsjefnivå. Representasjon fra helseforetaket ligger på direktør eller klinikkssjefnivå.

I helsefelleskap i Møre og Romsdal det er strategisk samarbeidsutvalg som godkjenner retningslinjer for samarbeid (5.2.3 g). Samarbeidsutvalget består av representanter som har et overordnet/koordinerende fagansvar i sine virksomheter, representant fra fastlegetjenesten mfl. (5.2.1 og 5.3.1).

Etter internrevisjonens vurdering ingen av samarbeidsavtalene begrenser godkjennings-ansvaret til kun fagdirektør evt. samhandlingsansvarlige, slik det er formulert i forvaltnings-modellens pkt. 9. Internrevisjonen anbefaler at godkjennerrollen spesifiseres tydelig i modellen og samarbeidsavtalene.

- Forvaltningsmodellen pkt. 10 om hvem som forvalter prosedyren regionalt, fastslår at dette er Regionalt fagråd digital samhandling.

Som vi har tidligere vært inne på er helsefelleskapsprosedyrer standardisert kun på opptaksområdenivå. De gjelder ikke på regionalt nivå. Derfor vil spørsmål om regional forvaltning av prosedyrer være irrelevant for denne kategorien.

Dersom det ønskes regional standardisering av enkelte helsefelleskapsprosedyrer, må det etableres egen forvaltningsmodell for dette formålet. Etter internrevisjonens vurdering kan dette ha betydning for den videre utviklingen av Helseplattformen.

Basert på ovennevnte funn anbefaler internrevisjonen bedre samsvar mellom roller og ansvar tildelt i forvaltningsmodellen og de inngåtte samarbeidsavtalene. Etter internrevisjonens syn mangler også forvaltningsmodellen for helsefelleskapsprosedyrer flere trinn, hovedsakelig:

- helseforetakenes distribusjon av prosedyrer til helseforetakenes EQS
- helseforetakenes adopsjon av prosedyrer
- evaluering av prosedyrer
- Oppdatering og vedlikehold av prosedyrer

Internrevisjonen anbefaler at disse trinnene innarbeides i forvaltningsmodellen for å tydeliggjøre roller og ansvar, samt å ivareta fullmaktslinjer på en bedre måte.

2.3.3. Grensesnitt til Helseplattformen

Internrevisjonen har gjennom kontakt med Helseplattformen AS blitt kjent med at det skjer en form for faglig godkjenning av innsendte prosedyrer av fageksperter ved Helseplattformen AS før prosedyrene publiseres i Helseplattformen. En slik praksis kan også forstås ut fra opplysninger i Helseplattformen AS sin hjemmeside om beslutningstaking:

“De fleste fagekspertene er helsepersonell, men det er også egne team for data og IKT, administrative oppgaver og så videre. Den faglige beslutningsstrukturen fatter faglige beslutninger som berører helse, data og teknologiske problemstillinger i løsningen”.

Internrevisjonen vil her påpeke en risiko for brudd på fullmaktslinjer, og anbefaler at grensesnittet mot Helseplattformen avklares.

2.4. Veiledningsmateriale

Internrevisjonens undersøkelser viser at det er behov for å etablere veiledningsmateriale for personell som skal utføre oppgavene i forvaltningsmodellen. Dette materialet bør legges til rette for en fellesforståelse av formålet med standardiseringen, sentrale prinsipper i forvaltningsmodellen, og hvordan forvaltningsmodellen skal gjennomføres i praksis. Mangel på veiledningsmateriale kan ha vært medvirkende årsak til at man har hatt utfordringer med å gjennomføre standardiseringsarbeidet. I de følgende kapitlene drøftes det litt nærmere hva veiledningsmaterialet bør dekke.

2.4.1. Standardiseringens strategiske formål

Strategier og utviklingsplaner i Helse Midt-Norge setter standardisering i sammenheng med flere formål, som å ta i bruk beste kunnskapsbaserte praksis, redusere uønsket variasjon, effektivisering, og tilrettelegging for økt grad av digitalisering [4]. Etter internrevisjonens vurdering har det vært god fokus på standardiseringens strategiske formål i fagledernetverkens mandat:

«med utgangspunkt i listen over oppgaver (inkludert standardisering av fagprosedyrer) å identifisere prioriterte fagspesifikke mål og tiltak som en fast årlig sak. Relevante styrings- og kvalitetsdata for aktuelt fagområde skal legges til grunn, i tillegg til strategiske føringer, regionale og nasjonale oppdrag og til enhver tid gjeldende styringskrav og rammer for helseforetakene».

Funn gjennom spørreundersøkelse indikerer at fagledernetverkene likevel ikke har hatt tilstrekkelig fokus på det strategiske formålet med standardiseringen. Internrevisjonen anbefaler derfor at veiledningsmaterialet tydeliggjør denne sammenhengen.

2.4.2. Standardisering og konsensus som begrep og metode

Vår gjennomgang av forvaltningsmodellen og tilgjengelige veiledninger har ikke identifisert noen definisjon på hva Helse Midt-Norge legger i standardisering og konsensus som begrep og metode.

Internrevisjonen anbefaler at det i veilederen for forvaltningsmodellen legges til rette for fellesforståelse av standardisering og konsensus som begrep og metode som er i tråd med definisjon og merknader i Standard Norge. Det er etter internrevisjonens syn vesentlig at:

- alle parter det angår skal høres og det skal aktivt arbeides med å forlike motstridende argumenter. Her er det viktig å være oppmerksom på at det kan finnes parter utenfor de tre sykehusforetakene som bør høres. For å kartlegge aktuelle parter bør forvaltningsmodellen omfatte krav til interessentanalyse jf. Appendiks A punktene e) og k).

- at ingen betydningsfull part være vedvarende uenig på vesentlige punkter. For å kunne fastslå hvem som er betydningsfull part gjennom en interessentanalyse, bør forvaltningsmodellen prinsipielt legge til grunn prosessstakegangen slik den er lagt til grunn for mange internasjonale standarder. En vesentlig egenskap ved tankegangen er fokus på elementene i en enkelt prosess. Dette bidrar til å konkretisere inngangsfaktorer for standardiseringen og interessenter med eierskap til inngangsfaktorene, samt utgangsfaktorer og interessenter med eierskap til utgangsfaktorene.

2.4.3. Praktisering av forvaltningsmodellen

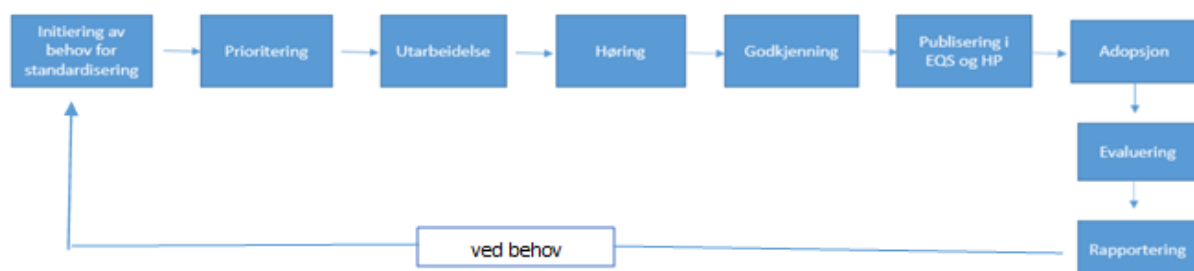
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (heretter kalt forskriften) §6 a krever:

“Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten”.

Internrevisjonen vurderer at forvaltningsmodellen langt på vei gjør rede for ansvar, oppgaver og myndighet. Modellen sier imidlertid ingenting om *hvordan* oppgavene skal utføres. Områder som er viktige å få fram er:

- hvordan konsensus skal oppnås og dokumenteres
- hvordan prosedyrene skal publiseres, distribueres og adopteres i det enkelte helseforetak
- hvordan de standardiserte prosedyrene skal evalueres
- formkrav til årlig rapportering fra nettverkene

Forskriften krever videre i §6c og 7a at virksomheten skal gjøre planer, retningslinjer og veiledere mv. kjent for medarbeidere det gjelder for. Internrevisjonen anbefaler derfor at forvaltningsmodellen og veiledningsmaterialet publiseres og vedlikeholdes i HMN regional fagprosedyrebank (pid = regional). Forvaltningsmodellen kan med fordel fremstilles som en arbeidsflyt hvor veiledningsmateriale kobles til den enkelte aktiviteten i modellen. Et eksempel på en slik arbeidsflyt er vist i figuren nedenfor.



Figur 1: Eksempel på fremstilling av forvaltningsmodell for fagprosedyrer

Internrevisjonen ser positiv på det at det er etablert noen maler for regionale prosedyrer. Vår undersøkelse indikerer imidlertid at fagledernetverkene har ikke hatt kjennskap til Metodebok.no som en interregional digital metodebok for fagprosedyrer. Et handlingsalternativ er å tydeliggjøre dette i veiledningsmaterialet og/eller maler, og samtidig si noe om hvorvidt andre kilder også bør vurderes som kildemateriale i arbeidet med standardisering av fagprosedyrer.

2.4.4. Publikasjon av standardiserte prosedyrer

Publikasjon av godkjente regionalt standardiserte prosedyrer (fagprosedyrer og tverrgående prosedyrer) skjer i den regionale prosedyrebanken. Prosedyrebanken er realisert som et eget domene (*pid=regional*) i Helse Midt-Norges kvalitetsapplikasjon EQS. Prosedyrebanken fungerer som *masterdatabase* for publikasjon for godkjente standardiserte prosedyrer, og distribusjonen av fagprosedyrene til de enkelte helseforetakene skjer herfra. Etter internrevisjonens vurdering er dette et viktig bevaringspunkt. Et forbedringspunkt etter internrevisjonens syn er å strukturere fagprosedyrebanken mer i tråd med inndelingen av prosedyretyper i forvaltningsmodellen.

Publisering av prosedyrer i HMN regional prosedyrebank (*pid = regional*) skjer ved at nettverkene sender standardiserte prosedyrer til regional redaksjonskomité. Komitéen har fått ansvaret for teknisk ivaretagelse av prosedyrer i EQS. Komitéen informerer internrevisjonen om at de kontrollerer at prosedyrene er basert på konsensus og at det er brukt riktig mal før prosedyrene publiseres i HMN regional prosedyrebank. Prosedyrer som ikke oppfyller kravene sendes i retur til nettverket for korrigering. Revisjonen viser at de returnerte prosedyrene ikke alltid blir fanget opp av nettverket for korrigering. Da stopper publiseringsprosessen opp. Internrevisjonen anbefaler at publiseringsprosessen forbedres og at det utarbeides veiledningsmateriale som sikrer en mer effektiv publisering av prosedyrer.

Internrevisjonen understreker at helsefelleskapsprosedyrer er kun standardisert på opptaksområdenivå og kan dermed ikke anses som regionale prosedyrer. Dette betyr at helsefelleskapsprosedyrer skal publiseres kun i det enkelte helseforetakets EQS.

2.4.5. Distribusjon

Med distribusjon mener vi hvordan en godkjent prosedyre i HMN regional prosedyrebank (*pid = regional*) distribueres til det enkelte helseforetakets kvalitetssystem EQS og/eller til Helseplattformen.

Kvalitetssystemet-EQS

Internrevisjonen forstår det slik at helseforetakene ønsker å distribuere publiserte prosedyrer fra masterdatabasen HMN regional prosedyrebank (*pid=regional*) til egne kvalitetssystem i EQS. Per i dag skjer distribusjonen manuelt gjennom funksjonaliteten «koblede dokumenter» i EQS. Internrevisjonen ser en risiko for at den valgte metoden ikke sikrer at alle fagprosedyrer distribueres fortløpende, og anbefaler at det blir etablert en internkontroll som ivaretar dette. Det kan etter internrevisjonens vurdering også være behov for veiledningsmateriale som sikrer systematisk distribusjon fra HMN regional fagprosedyrebank til helseforetakenes EQS.

Helseplattformen

Forvaltningsmodellen sier ingen ting om distribusjon av standardiserte prosedyrer til Helseplattformen. Internrevisjonens undersøkelse viser at publisering av regionalt standardiserte prosedyrer til Helseplattformen skjer ved oversendelse av lenker til Helseplattformen AS. Helseplattformen AS beskriver det ved at de har *“en egen prosess (whitelisting) for godkjenning av lenker som legges inn i løsningen hvor vi godkjenner lenkenes faglige- og tekniske innhold”*. Videre informerer Helseplattformen AS at det er kun regionale EQS-prosedyrer som godkjennes for publisering i Helseplattformen ¹.

Det er per i dag funnet to fagprosedyrebanker på regionalt nivå i EQS, *pid = regional* og *pid = rhf*. Internrevisjonens undersøkelse viser at det er avvik mellom de to fagprosedyrebankene i EQS. Det er uklart for internrevisjonen hvilke av disse to domenene Helseplattformen AS benytter som godkjent

¹ Utordringen med den faglige godkjenningen er omtalt i kapittel 0.

kilde. I tillegg opplyser Regional redaksjonskomite om at *“Prosedyrer som lenkes inn i HP gjøres av fagekspertene uten involvering av redaksjonskomiteen. Det benyttes stort sett feil lenker”*.

Her er det flere feilkilder som gir risiko for at ikke-konsensusbaserte prosedyrer distribueres. Dette fører til at fullmaktslinjene brytes. For å unngå slik risiko bør det i veiledningsmaterialet komme tydelig frem at kun HMN regional prosedyrebank (pid = regional) er godkjent som kilde for distribusjon.

Dersom man av praktiske årsaker velger å publisere *helsefelleskapsprosedyrer* i Helseplattformen, må disse prosedyrene skilles tydelig fra regionalt standardiserte prosedyrer. Distribusjonsprosessen for helsefelleskapsprosedyrer bør også beskrives tydelig i veiledningsmaterialet.

2.4.6. Adopsjon og evaluering

Adopsjon

Ambisjonen om fremragende helsetjenester forutsetter at de standardiserte prosedyrene adopteres i tråd med forskriftens §7 om å sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres. Det må derfor foreligge sporbar dokumentert informasjon som viser at helseforetaket eksplisitt har adoptert en regional standardisert prosedyre. Internrevisjonen har vurdert at standardiseringsprosessen ikke har kommet langt nok til at det har vært hensiktsmessig å undersøke adopsjon av prosedyrene i praksis.

Jamfør forskriftens §7 c skal virksomheten også *“utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet”*. Videre sier §8 c at virksomheten skal *“gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges”*. For å sikre at praksis fortløpende er i samsvar med standardiserte prosedyrer, anbefaler internrevisjonen at det etableres system og rutiner i tråd med disse forskriftskravene. Disse systemene og rutinene bør legges til rette for at man i noen kliniske situasjoner kan fravike en standardisert prosedyre i tråd med følg-eller-forklar prinsippet. Internrevisjonen anbefaler at disse systemene og rutinene beskrives i veiledningsmaterialet.

Evaluering

Forskriftens § 7 og 8 omfatter krav til å evaluere og korrigere virksomhetenes aktiviteter årlig. Evaluering av hvorvidt standardiserte prosedyrer fungerer etter hensikten må håndteres i helseforetakenes ordinære systemer. Internrevisjonen anbefaler at helseforetakene evaluerer og eventuelt initierer korrigering av standardiserte prosedyrer systematisk gjennom prosessen for ledelsens gjennomgåelse. En slik evaluering bør blant annet omfatte standardiseringens bidrag til strategisk måloppnåelse. Hvordan prosedyrene skal evalueres, samt formkrav til rapportering bør fremgå av veiledningsmaterialet.

2.4.7. Andre forhold

Helseplattformen brukes av flere aktører enn kun spesialhelsetjenesten og løsningen benytter flere kunnskapskilder (VAR, NEL, BPA mfl.) enn de standardiserte regionale prosedyrene. Dette medfører en risiko for at helsepersonell i Helse Midt-Norge tar i bruk feil kilde. Et handlingsalternativ for å håndtere risikoen er å gjøre helsepersonell kjent med hierarkiet i publiserte kunnskapskilder, hvor regionalt standardiserte prosedyrer står øverst.

Referanseliste

1. Helsedirektoratet. *Standarder*. Available from: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder>.
2. Standard Norge, *Regler for standardiseringsarbeid*. 2021.
3. Standard Norge, *NS-EN 45020:2006 Standardisering og beslektede emner - Generelle termer (ISO/IEC Guide 2:2004)*. 2007.
4. Helse Midt-Norge RHF, *Regional Utviklingsplan 2023-2026*. 2023.
5. Helse Midt-Norge RHF, *IKT-strategi Helse Midt-Norge. Del 1: Målsettinger*. 2012.
6. Helse Midt-Norge RHF, *IKT-strategi Helse Midt-Norge. Del II, Handlingsplan 2013-2018*. 2013.
7. PWC, *Kartlegging av fagledernetverkene i Helse Midt-Norge*. 2022.
8. Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 9 (2023 –2024) Nasjonal Helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste*. 2024.
9. Helse Midt-Norge RHF, *Kjøreregler for dialog og samordning i foretaksgruppen (EQS 908 pid = rhf)*. 2023.