

Møtedato: 23. februar 2022

Vår ref.:
2021/1765-6

Saksbehandler:
Holand/Lillevoll/m.fl.

Dato:
11.2.2022

Styresak 16–2022

Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2021

Formål

Formålet med saken er å orientere styret i Helse Nord RHF om ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2021. Rapporten (vedlegg 1) ble behandlet av ledergruppen i Helse Nord RHF i møte 1. og 8. februar 2022.

Implementeringen av tiltak som fremkommer ved ledelsens gjennomgang skal bidra til forbedring av RHF-ets styringssystem, og slik bidra til høyere *kvalitet* i arbeidsprosesser og styring. Evaluering og korrigerende av Helse Nord RHF-s styringssystem skal skape *trygghet* for at virksomheten etterlever strategiske målsetninger om kontinuerlig forbedring. Bruk av tilbakemeldinger fra ansatte og brukere i ledelsens gjennomgang skal understøtte en utvikling basert på *respekt* og *lagspill*.

Bakgrunn

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten definerer hva ledelsens gjennomgang skal omfatte. Minst en gang årlig skal ledelsen foreta en systematisk gjennomgang av virksomheten, heretter kalt ledelsens gjennomgang, jf. forskriften § 8 f) *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.*

Ledelsens gjennomgang skal besvare grunnleggende spørsmål:

- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?
- Er våre planer, gjennomføring av oppgaver og tiltak innrettet slik at vi oppnår nasjonale og regionale styringsmål?
- Er risikostyring nok implementert i styringssystemet – er den strategiske risikoen vurdert i RHF-ets strategiske beslutninger?

Styringssystem

Styringssystem skal forstås som *den del av virksomhetsstyringen som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen (§4).*

Virksomheten defineres som det regionale helseforetakets virksomhet. Ledelsens gjennomgang gjennomgår tilbakemeldinger fra sentrale interessenter, og resultater i

Helse Nord RHF og underliggende virksomheter. Evnen til å oppnå målsetninger vil i stor grad være avhengig av at styringssystemet er hensiktsmessig innrettet.

Oppfølging av tiltak fra ledelsens gjennomgang 2020

Styret ble orientert om ledelsens gjennomgang for 2020 i *styresak 11-2021 Ledelsens gjennomgang 2020* (styremøte 24. februar 2021). Status for tiltaksarbeidet ble redegjort for i *styresak 166-2021 Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2020 - status, oppfølging av styresak 11-2021* (styremøte 15. desember 2021). Tiltaksarbeidet foregår fortsatt, og er innarbeidet i ledelsens gjennomgang for 2021.

Ledelsens gjennomgang 2021

Følgende overordnede tema er gjennomgått:

- Styrende dokumentasjon (prosedyrer og rutiner)
- Interne og eksterne revisjoner og tilsyn
- Tilbakemeldinger
- Organisasjonsendringer
- Resultater og målinger
- Avvik og korrigerende tiltak
- Ressurser
- Risikovurderinger
- Prosjekter
- Vesentlige hendelser og endringer siste år

Prioriterte tiltak fra ledelsens gjennomgang

Det er avdekket flere områder hvor forbedringstiltak er nødvendig. Under gjengis et utvalg av tiltak som er identifisert i ledelsens gjennomgang for 2021 (ref. kapittel 15):

- Helse Nord RHF skal være tydeligere i eierstyring mht omstillingsplanene i helseforetakene, funksjonsdeling, vurdering av regionale særskilt finansierte tjenester, anskaffelsesområdet og felles IKT-systemer.
- Det skal gjennomføres en større gjennomgang av struktur og innhold for styrende dokumenter i Helse Nord RHF for å sikre at ansvar for rutiner og prosedyrer er i samsvar med ny organisasjonsstruktur, og at omfanget av styrende dokumenter er tilstrekkelig. Dette skal inkludere gjennomgang av hvilke dokumenter som skal ha regional gyldighet, og hvordan RHF-et best kan sikre at disse dokumentene revideres og kvalitetssikres jevnlig. Det foreslås å gjennomføre årlige «kvalitetsdager» for oppdatering av styrende dokumenter og sentrale oversikter.
- Det rapporteres for få uønskede hendelser i Helse Nord RHF. Det skal planlegges og gjennomføres et arbeid for å sikre bedre meldekultur i Helse Nord RHF.
- Helse Nord RHF skal etablere et fast internt utvalg som sikrer at virksomheten følger opp kvalitetsresultater i regionen, og at pasientbehandlingen er i tråd med nasjonale normerende dokumenter.
- Revisjon av regional handlingsplan for oppfølgingen av læringspunkter knyttet til pandemien må ferdigstilles og følges opp. Arbeidet med regionale beredskapsplaner innenfor informasjonssikkerhet planlegges ferdigstilt i løpet av første halvår 2022.
- Helse Nord innfører felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen fra og med 2022. Det er i denne sammenheng etablert en *Felles miljøstrategi*, gjennomføring av denne skal ha høy prioritet, ref. helsepolitiske mål om å redusere miljøutslipp med 40%

- Helse Nord RHF har ikke tilstrekkelige rutiner og retningslinjer for gjennomføring av risikovurderinger. Det skal utarbeides slike retningslinjer, og arbeides med å harmonisere slike prosesser i virksomheten.
- Det skal etableres retningslinjer for gjennomføring av systematisk evaluering av ledere i Helse Nord RHF

Medbestemmelse

Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2021 er tatt opp i dialogmøte med foretakstillitsvalgte og -verneombud 28. januar 2022, og de har bidratt med eget underkapittel. Ledelsens gjennomgang 2021 skal drøftes med foretakstillitsvalgte- og verneombud før styrebehandling. Drøftingsprotokollen ettersendes.

Konserntillitsvalgte og -verneombud ble orientert om saken i dialogmøte 8. februar 2022, og de har også bidratt med eget underkapittel.

Brukermedvirkning

Regionalt brukerutvalg har bidratt med eget underkapittel i ledelsens gjennomgang.

Administrerende direktørs vurdering

Helse Nord RHF har et styringssystem som legger til rette for god planlegging- og gjennomføringsevne. Ledelsens gjennomgang bidrar til at vi evaluerer hvordan våre prosesser virker, og synliggjør behov for nødvendige korrigeringer og kontinuerlig forbedring av vår virksomhetsstyring. Virksomheten er i gang med tiltaksarbeidet på områdene som er beskrevet i denne saken

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang av virksomheten 2021 til orientering.

Bodø, 11. februar 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg: Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2021 - rapport

Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2021

En gjennomgang av styringssystemet i Helse Nord RHF

Dato: 11. februar 2022

Innholdsfortegnelse

1. Formål	4
2. Gjennomføring	4
3. Status for oppfølging av tidligere tiltak	5
4. Om Helse Nord RHF	6
4.1. Strategisk rammeverk for utvikling	6
4.2. Helhetlig styringssystem.....	7
5. Styrende dokumentasjon	9
5.1. Dokumenter for Helse Nord med regional gyldighet	9
5.2. Styrende dokumenter for Helse Nord RHF.....	12
6. Oversikt interne og eksterne revisjoner, internrevisjon og tilsyn	14
6.1. Eksterne revisjoner og tilsyn med aktualitet for Helse Nord RHF.....	14
6.1.1. Riksrevisjonens rapporter:	14
6.1.2. Rapporter fra Statens Helsetilsyn	18
6.2. Internrevisjon (foretaksrevisjonen):.....	19
6.3. Interne revisjoner	21
6.4. Kliniske fagrevisjoner:.....	22
7. Tilbakemeldinger	22
7.1. Medarbeiderundersøkelser / forbedringsundersøkelsen.....	22
7.2. Lederevalueringer.....	22
7.3. RHF-styrets evaluering.....	22
7.4. Evaluering fra eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene	23
7.5. Medbestemmelse og involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste	23
7.5.1. Foretakstillitsvalgte (FTV)/foretaksverneombud (FVO)	23
7.5.2. Konserntillitsvalgte (KTV)/konsernverneombud (KVO)	23
7.6. Regionalt brukerutvalg	24
8. Organisasjonsendringer /-utvikling	25
9. Resultater og målinger	25
9.1. Helse Nord RHF.....	25
9.1.1. Helse – Miljø – Sikkerhet.....	25
9.1.2. Sikkerhet og beredskap.....	26
9.1.3. Økonomi.....	26
9.1.4. Klima og miljø.....	27
9.1.5. Samsvar/compliance med lover og forskrifter	27
9.2. Nasjonale kvalitetsindikatorer.....	29
9.3. Helseforetakene	29
9.4. Avtalespesialister	30
9.5. Avtaleinstitusjoner	30
9.5.1. Private rehabiliteringsinstitusjoner.....	30
9.5.2. Private rusinstitusjoner	31
9.5.3. Private somatiske sykehus	31
9.5.4. Private institusjoner (Demens og psykisk helse).....	31
9.5.5. Private laboratorier og røntgeninstitutt	31
9.6. Nasjonale felleseide helseforetak.....	32
10. Avvik og korrigerende tiltak	32
11. Ressurser	33
11.1. Kompetanse og personellressurser (HR/org-avd).....	33
11.2. Verktøy og teknologi	34
12. Risikovurderinger	34

13. Prosjekter	35
14. Hendelser og endringer	35
14.1. Vesentlige/kritiske hendelser/endringer siste år	35
14.2. Identifiserte hendelser/endringer som vil kunne ha betydning for foretaket/foretaksgruppen kommende år	36
15. Muligheter til forbedring av virksomhetsstyring og styringssystem	36
15.1. Eierstyring	36
15.2. Kvalitetsstyring	36
15.3. Ressursstyring	36
15.4. Lederutvikling, kompetanseheving og styring	37
15.5. Virksomhetsplanlegging	37
15.6. Sikkerhetsstyring	37
15.7. Økonomistyring	37
15.8. Miljøstyring	38
15.9. Risikostyring	38
Referanse	39
Vedlegg	39

1. Formål

Minst en gang årlig skal ledelsen foreta en systematisk gjennomgang og vurdering av virksomheten, kalt ledelsens gjennomgang, jf. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 f](#)): *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.*

Forskriften definerer hva ledelsens gjennomgang skal omfatte. De fire elementene i forbedringssirkelen *planlegge, utføre, evaluere og korrigere* inngår i forskriften gjennom:

- § 6: Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter
- § 7: Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter
- § 8: Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter
- § 9: Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter

Ledelsens gjennomgang av virksomheten setter styringssystemet i RHF-et i fokus. Helseforetakene har sine egne ledelsens gjennomgang¹.

Virksomheten og virksomhetsstyring

Virksomheten vår defineres som det regionale helseforetakets virksomhet, med de to rollene som utøver av "sørge for"-ansvaret og eieransvaret. Dokumentet beskriver virksomhetsstyringen slik den har vært i RHF-et i året som har vært.

Ledelsens gjennomgang skal besvare grunnleggende spørsmål:

- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?
- Fører våre planer, gjennomføring av oppgaver, evaluering og korrigerende tiltak til å oppnå nasjonale og regionale styringsmål?
- Er risikostyring nok implementert i styringssystemet – er den strategiske risikoen vurdert i RHF-ets strategiske beslutninger?

2. Gjennomføring

Ledelsens gjennomgang 2021 ble gjennomført i perioden oktober 2021–februar 2022 av en intern arbeidsgruppe og ledergruppen i Helse Nord RHF. I arbeidet med å beskrive virkningen av styringssystemene i Helse Nord RHF er det blitt tydelig for arbeidsgruppen og ledergruppen at det er riktig å fokusere særlig på RHF-ets styringssystemer.

¹ Prosesser og format for disse er noe ulik for helseforetakene, men alle gjennomfører ledelsens gjennomgang.

RHF-ets styringssystemer beskrives grundig og så presist som mulig, med tilhørende vurderinger av hvilke effekter de ulike elementene i styringssystemene har, om de fungerer etter intensjonen og om de etterlevs.

Ut fra dette er det gjort vurderinger av om effekten er at styringssystemene hemmer eller fremmer måloppnåelsen av de nasjonale og regionale styringsmålene.

3. Status for oppfølging av tidligere tiltak

Status for arbeidet med oppfølging av Ledelsens gjennomgang 2020 er gjengitt i *styresak 166-2021 Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2020 - status, oppfølging av styresak 11-2021* (styremøte 15. desember 2021).

Tiltaksarbeidet pågår fortsatt på enkelte områder.

Tiltak nr/år	Tiltak beskrivelse	Ansvar	Status for arbeidet
1/2020	Styringsdialog	TK Nilsen	Pågår. Se styresak 166-2021
2/2020	Styrende dokumenter	E Holand	Pågår. Se styresak 166-2021
3/2020	Oppfølgingsprosjekt OU	C Daae	Iverksatt.
4/2020	Iverksette strategi	H Rolandsen	Pågår. Se styresak 166-2021
5/2020	Elektroniske systemer	T Eitran	Pågår. Se styresak 166-2021
6/2020	Risikostyring	H Rolandsen	Pågår. Se styresak 166-2021

4. Om Helse Nord RHF

4.1. Strategisk rammeverk for utvikling

Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling er sammenfattet i figuren nedenfor:



Figur 1 Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling

Visjonen er vårt ønskede fremtidsbilde som vi strekker oss mot. Vi får til mer når helseforetak samarbeider seg imellom og sammen med kommuner og andre helse- og samfunnsaktører. Helsetjenesten er til for pasienter og pårørende, og sammen med dem kan vi utvikle og gi gode helsetilbud. Sammen har vi et felles ansvar for en sammenhengende helsetjeneste i nord.

Formålet er formulert i *Vedtekter for Helse Nord RHF* og har stått fast siden etableringen av det regionale helseforetaket. Vedtektene ble sist endret 14. januar 2020².

² <https://www.regjeringen.no/contentassets/21b845094bec4dad911ee87d4ed1606e/vedtekter-for-helse-nord-rhf-sist-endret-14012020.pdf>.

Overordnede, årlige styringsmål er gitt i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, og har vært konsistent i lang tid. For å nå de overordnede styringsmålene er det i *Strategi for helse Nord RHF 2021-2024*³ utarbeidet fem strategiske innsatsområder.

Hovedoppgavene Helse Nord 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

Kvalitet, trygghet og respekt er nasjonale verdier for spesialisthelsetjenesten, og Helse Nord RHF har etablert **lagspill** som en ny verdi i strategien. Gjennom godt lagspill skal vi bidra til en spesialisthelsetjeneste som lever opp til verdiene. Som lagspillere tenker vi helhetlig, vi samhandler og deler vår kunnskap og erfaring. Vi tar et felles ansvar for å sikre at vi løser oppgavene med god kvalitet både i prosess og resultat. Vi gjennomfører samfunnsoppdraget til beste for pasientene og til nytte for samfunnet, og møter hverandre med respekt og åpenhet.

4.2. Helhetlig styringssystem

Virksomhetsstyring dreier seg om å legge til rette for at ledelsen og andre medarbeidere skal kunne ivareta sitt ansvar og sine oppgaver for å nå virksomhetens mål, planlegge for god internkontroll og risikostyring, legge til rette for effektiv og hensiktsmessig drift med nødvendig oppfølging og rapportering, og etablere virksomme, uavhengige kontroller og bekreftelser⁴.

Øverste leder avgjør hvordan styringssystemet skal etableres, hvordan tjenestene skal leveres og dokumenteres innenfor virksomheten.

Helse Nord RHF får sine krav, mål og rammer for virksomheten fra vår eier, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), gjennom årlige oppdragsdokument og foretaksmøter⁵.

*Nasjonal helse- og sykehusplan*⁶ er grunnlag for oppdragsdokument og foretaksprotokoller til de regionale helseforetakene. Jevnlige oppfølgingsmøter med HOD er en del av styringsdialogen. Hensikten med disse er at HOD skal holde seg orientert om virksomheten og at virksomheten drives i samsvar med kravene overlevert

³ <https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024>

⁴ <https://iia.no/product/veileder-for-virksomhetsstyring/>

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

i foretaksmøtene. Å sikre at Helse Nord RHF har gode rutiner for å planlegge aktivitetene som eierkravene utløser, gjennomføre og følge opp disse styringskravene er sentralt for vår virksomhetsstyring.

*Regional utviklingsplan 2035*⁷ rulleres hvert fjerde år i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan. Utviklingsplanen er, sammen med oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller fra HOD, grunnlag for oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til helseforetakene, samt andre regionale utviklingstiltak. Arbeidet med *Regional utviklingsplan 2038* ble påbegynt i 2021.

Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 viser hvilke tydelige strategiske grep vi vil prioritere i perioden. Det er utarbeidet og pågår arbeid med utarbeidelse av supplerende delstrategier innen flere områder.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan vår virksomhets aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.



Figur 2 Helse Nords helhetlige styringsprosess

Helse Nord RHF har flere arena/strukturer for å følge opp og holde seg orientert om virksomheten i underliggende helseforetak, og at virksomheten drives i tråd med kravene i oppdragsdokumentene. Det vises til figur 2.

Styringssystemene i Helse Nord RHF skal beskrive organisering, roller og ansvar for de ulike prosessene i virksomheten. Hvilke krav som er satt til virksomheten og

⁷ <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Regional%20utviklingsplan%202035%20Helse%20Nord.pdf>

hvilke mål virksomheten har skal dokumenteres, det samme gjelder for hvilke planer og strategier virksomheten har for å oppfylle krav og mål. Oppfylging av krav og mål skal være dokumentert, og resultater og virkninger av styringssystemet skal vurderes og adresseres dersom ønskede resultater ikke oppnås.

5. Styrende dokumentasjon

Det finnes ulike definisjoner av styrende dokumentasjon. I denne sammenhengen forstås styrende dokumentasjon som formelle dokumenter som gir føringer for hvordan virksomheten styres og drives.

Styrende dokumentasjon angir enten retning for hva som skal gjøres (herunder strategier, mål og planer) og/eller hvordan arbeid skal utføres (herunder prosesser og rutiner).

Alle medarbeidere skal følge de til enhver tid gyldige styrende dokumentene innenfor sitt arbeidsområde. Styrende dokumenter stiller krav som skal følges til forskjell fra en veiledning som er en anbefaling som bør eller kan følges.

Alle dokumenter som inngår i Helse Nord RHF's internkontrollsystem skal være under kontroll. Helse Nord bruker IKT-verktøyene Docmap og Compendia som systemer for dokumentstyring (Docmap PR30376⁸).

Docmap er organisert i en hierarkisk organisasjonsstruktur og skal gjenspeile organiseringen i foretakene. Dokumentasjon i Docmap er organisert i dokumentsamlinger (DS). «Dokumentansvarlig», «Godkjenner» og «Gyldighetsområde» er angitt på både dokument og dokumentsamlingsnivå. En dokumentsamling eller et dokument kan «gjenbrukes» flere steder i systemet.

5.1. Dokumenter for Helse Nord med regional gyldighet

Dokumenter i Docmap som er angitt med gyldighetsområde «Helse Nord» har gyldighet for hele foretaksgruppen. Tabellen viser dokumentsamlinger med regional gyldighet.

Dokumentansvarlig og godkjenner er ikke oppdatert etter omorganisering av Helse Nord RHF. Dette må oppdateres for alle dokumenter og samlinger for å gjenspeile de organisatoriske endringene og endringer i ansvarsområder som følge av omorganiseringen.

⁸ <http://boo-hndcm-01.hn.helsenord.no/DocMapProd/page/doc/dmDocIndex.html?DOCKEYID=550225>

Dokumentområde /-samling	Antall dokumenter / samlinger som inngår	Dokument-ansvarlig /Godkjenner	Sist revidert	Revisjonsbehov
DS14675 Covid-19	10	JH Lillevoll /Eirik Holand	2020	Vurderes mtp behov og fortsatt relevans, evt kompletthet
DS14326 Elektronisk kurve	29	E Aune /G Tollåli	2021	Brukerveiledninger . Ikke styrende dokumentasjon. Bør flyttes.
DS8177 Elektronisk pasientjournal EPJ DIPS	1 + 28 DS	LE Rusti /G Tollåli	2020	Brukerveiledninger . Ikke styrende dokumentasjon. Bør flyttes.
DS4552 Funksjons- og arbeidsdeling mellom HF-ene i Helse Nord	12	RS Spørck /G Tollåli	2013	Vurderes ift aktualitet og relevans.
DS0213 Helse – Miljø – Sikkerhet (HMS) i Helse Nord	4 + 1 DS	H Rolandsen /C Daae	2021	Vurdere dokumentinnhold ift relevans og evt mangler
DS6160 Kvalitetsstyring	2+2 DS	TK Nilsen /C Daae	2021	Vurdere dokumentinnhold ift relevans og evt mangler
DS0215 Mål og strategier Helse Nord	5	TK Nilsen /C Daae	2021	Vurdere dokumentinnhold ift relevans og evt mangler
DS8175 Nasjonale og regionale retningslinjer, veiledere, prioriteringsveiledere og pakkeforløp	6+5 DS	G Tollåli /C Daae	Ikke angitt	Dokumentsamling for pasient- og helsefaglige dokumenter. Mange underliggende DS med lenker til nasjonalt normerende produkter (Helsedirektoratet). Krevende å forvalte og vedlikeholde.

				Bekreftede revisjon for å sikre at DS er oppdatert.
DS10834 Nødnett – nivå 3 prosedyrer, Helse Nord	16 DS	IL Kristiansen /G Tollåli	2018	Organisert som DS med mange underliggende DS. Bekreftede revisjon for å sikre at DS er oppdatert.
DS12772 Nødnett helse, AMK Tromsø	29	IL Kristiansen /G Tollåli	Ikke angitt	Kan dokumenter inngå i DS10834? Bekreftede revisjon for å sikre at DS er oppdatert.
DS0060 Oppdragsdokument Helse Nord	2	G Tollåli /C Daae	2020	Lenke til oppdragsdokument er på www.helse-nord.no .
DS6387 Pasientrettede fagprosedyrer	1 DS	G Tollåli /C Daae	2021	Inneholder 1 DS – vurdere dokumentinnhold.
DS9417 Personaladministrasjon	3 DS	H Eichler /AE Mentzoni-Einarsen	2021	Støttefunksjon? DS for legestillinger, PAGA og lærlinger. Vurderes mtp relevans og kompletthet.
DS12747 PLO (pleie- og omsorgsmeldinger) EPJ DIPS	2	LE Rusti /G Tollåli	2020	Støtte-/beredskapsdokumentasjon? Bør vurderes flyttet?
DS13894 Post- og arkivtjenester	3	Ø Hansen /K Paulke	Ikke angitt	Støttefunksjon? Vurderes mtp kompletthet.
DS10281 Prosjekt- og porteføljerammeverk	23	T Skjelvik /H Rolandsen	Dokumentene er gjennomgått i henhold til revisjonsdato – som regel årlig	Støttefunksjon? Maler og prosedyrer for prosjektgjennomføring
DS10274 Risikostyring	3	T Skjelvik /H Rolandsen	Ikke angitt	Vurdere dokumentinnhold ift mangler.

				Bekreftede revisjon for å sikre at DS er oppdatert.
DS8474 Traumesystem Helse Nord	7	T Lillegård /G Tollåli	2018	Fagprosedyrer. Bør flyttes til annen DS.
DS0214 Virksomhetsstyring Helse Nord	7+7 DS	H Rolandsen /C Daae	2021	Påbegynt opprydningsarbeid. Behov for å vurdere tydeligere skille mellom virksomhetsstyring og andre dokumenter/-samlinger?
DS6121 Regionalt styringssystem for informasjonsikkerhet	1MS + 23 DS (med underliggende regionale prosedyrer)	I Martinussen / H Rolandsen	2021	Oppdateres kontinuerlig, plan utarbeidet for oppdatering, men det er forsinkelser.

Tabell 1 Dokumenter og dokumentsamlinger med regional gyldighet

5.2. Styrende dokumenter for Helse Nord RHF

Dokumenter i Docmap som er angitt med gyldighetsområde «Helse Nord RHF» har lokal gyldighet for RHFet. Tabellen under viser dokumentsamlinger med lokal gyldighet.

Dokumentansvarlig og godkjenner er ikke oppdatert etter omorganisering av Helse Nord RHF. Dette må oppdateres for alle dokumenter og samlinger.

Dokumentområde/-samling	Antall dokumenter som inngår	Ansvarlig	Sist revidert	Revisjonsbehov
DS10272 Mål og strategi	6	E Holand /T K Nilsen	Ikke angitt	Vurdere eierskap for samlingen, og innholdet må vurderes for relevans og mangler
DS10273 Organisering og roller	9	/K Paulke	2016	Vurdere eierskap for samlingen, og innholdet må vurderes for relevans og mangler
DS10276 Saksbehandling	12 + 1 DS	Ø Hansen /K Paulke	2020	Vurdere eierskap for samlingen, og innholdet må vurderes for relevans og mangler

DS10277 Innkjøp	14	R Sætermo /H Rolandsen	2021	Vurdere innholdet for relevans og mangler
DS10278 Økonomi	7	E A Hansen /H Rolandsen	Ikke angitt	Vurdere ansvarlige for samlingen og bekrefte revisjon
DS10279 Media og kommunikasjon	6	I B Hangaas /A M Knudsen	2021	Er oppdatert.
DS10469 Miljøstyringssystem	8 + 3 DS	L A Mickelsen /H Rolandsen	2021	Oppdatert okt. 2021
DS10282 Brukerveiledninger	2 + 2 DS	E Holand /T K Nilsen	2021	Vurdere innhold og relevans. Inneholder i stort bare brukerveiledninger til DM. Mulig å legge inn brukerveiledninger til andre systemer.
DS16612 Regionalt brugerutvalg i Helse Nord RHF		J T Finnsson /J T Finnsson	Utgitt 2021	

Tabell 2 Dokumentsamlinger med gyldighet for Helse Nord RHF

6. Oversikt interne og eksterne revisjoner, internrevisjon og tilsyn

6.1. Eksterne revisjoner og tilsyn med aktualitet for Helse Nord RHF

6.1.1. Riksrevisjonens rapporter:

Formelt er Riksrevisjonen Stortingets organ for å følge opp hvordan Regjeringen og statsforvaltningen gjør jobben⁹. I rapporter fra Riksrevisjonen gjennomgås aktuelle problemstillinger som kan ende ut med konkrete anbefalinger til HOD, de regionale helseforetakene eller helseforetakene.

Formelt blir vi ofte gjennom foretaksmøter bedt om å følge opp de delene som berører Helse Nord. Helse Nord RHF kan gjøre andre vurderinger enn Riksrevisjonen knyttet til hvem som skal følge opp anbefalingene, i tillegg til at vi kan velge å sette i verk tiltak basert på utkast til rapporter som vi ikke formelt er bedt om å følge opp. Nedenfor følger en oversikt over de mest relevante rapportene fra Riksrevisjonen i 2020-2021:

Hvem / år:	Riksrevisjonen / 2020
Revidert område / tittel:	Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen med fritt behandlingsvalg (del av dokument 3:2 (2020-2021))
Ansv. for oppf.:	Helsefagavdelingen/Eieravdelingen
Oppdrag:	Foretaksprotokoll 14.01.2021: Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen fritt behandlingsvalg, herunder å sørge for mer ensartet registrering av forventede ventetider hos egne foretak og private avtaleparter.
Status:	Helse Nord RHF har ikke fulgt opp oppdraget i 2021, verken overfor egne foretak eller private avtaleparter. Rapporten vil bli fulgt opp i 2022.

Hvem / år:	Riksrevisjonen / 2020
Revidert område / tittel:	Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer (del av dokument 3:2 (2020-2021))
Ansv. for oppf.:	Eieravdelingen/Sikkerhet- og beredskapsavdelingen
Oppdrag:	Foretaksprotokoll 14.01.21: Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å: <ul style="list-style-type: none">– følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer.

⁹ <https://www.riksrevisjonen.no/om-riksrevisjonen/samfunnsoppdraget/>

	<ul style="list-style-type: none"> - utvikle en regional handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet som også omfatter langsiktige tiltak. Planen presenteres på felles tertialoppfølgingsmøte i oktober 2021. (...)
Status:	<p>Riksrevisjonens undersøkelser om IKT -angrep fra 2020, viser til flere tekniske svakheter og sårbarheter i infrastrukturen. Langsiktige tiltak for å øke den grunnleggende sikkerheten leveres av regionale prosjekter i Helse Nord IKT og Helse Nord RHF.</p> <p>Prosjektene har begynt å levere ulike tekniske sikkerhetsverktøy, men utfordringen er å bredde løsningene og nyttiggjøre de tekniske infrastruktur- og sikkerhetsleveransene i foretaksgruppen. Å nyttiggjøre seg leveransene vil kreve innsats fra alle helseforetak på flere områder, blant annet gjennom omlegging av arbeidsprosesser.</p> <p>Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet har konkrete tiltak innen 6 ulike områder, med delplaner innen de ulike områdene. Dette er arbeid som pågår, og følges opp av Helse Nord RHF. I tillegg har helseforetakene utarbeidet lokale handlingsplaner.</p> <p>Det er utarbeidet en overordnet beskrivelse av regionalt risikobilde innen informasjonssikkerhet for 2021 (beskrivelse av trusselbildet, verdier og overordnet beskrivelse av reelle kritiske sårbarheter og sikkerhetsk hendelser i 2021) – rapport er listet som vedlegg 1 (U.OFF jfr. offentleglova § 24, 3. ledd).</p>

Hvem / år:	Riksrevisjonen / 2021
Revidert område / rapport:	Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene (dokument 3:9 (2020-2021))
Ansv. for oppf.:	Helsefagavdelingen
Oppdrag:	Foretaksprotokoll 2022
Status:	<ul style="list-style-type: none"> - Undersøkelsen er fulgt opp av RHF-et. Undersøkelsen ble først oversendt styret direkte etter publisering i mai 2021. Styret gjorde et aktivt vedtak i sak 54-2021 (26. mai 2021) (forsknings- og innovasjonsstrategien) om at de ønsket en egen sak om oppfølging av undersøkelsen. - Den er videre presentert i sak i RBU og KTV/KVO (14. september) og i egen styresak 116-2021 (29. september). - RHF-et har tatt opp saken i samarbeidsorganet med universitetene i september 2021, og i egne møter med forskningsledelsen i HF-ene (regionalt forskningsledernetverk). - Den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier (januar 2021) lanserer tiltak som svarer på mange av manglene påpekt i Riksrevisjonens undersøkelse, og Helse Nord RHF's forsknings- og innovasjonsstrategi tar disse tiltakene videre i vår region.

Hvem / år:	Riksrevisjonen / 2021
Revidert område / rapport:	Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester (dokument 3:13 (2020-2021))
Ansv. for oppf.:	Helsefagavdelingen
Oppdrag:	Foretaksprotokoll 2022
Status:	Rapporten er fulgt opp i dialog med helseforetakene og vil følges videre i samarbeide med helseforetakene i 2022.

Hvem / år:	Riksrevisjonen / 2021
Revidert område / rapport:	Riksrevisjonens undersøkelse om helse og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse (dokument 3:15 (2020-2021))
Ansv. for oppf.:	Helsefagavdelingen
Oppdrag:	Foretaksprotokoll 2022
Status:	Dette arbeidet er ikke påbegynt. Vi planlegger først å drøfte anbefalingene og eventuell videre oppfølging, med ledernetverket innen habilitering i Helse Nord i februar 2022.

Hvem / år:	Riksrevisjonen / 2021
Revidert område / rapport:	Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr Dokument 3:2 (2021-2022)
Ansv. for oppf.:	Eieravdelingen
Oppdrag:	Foretaksprotokoll 2022
Status:	<p>Riksrevisjonen har i 2020 og 2021 gjennomført en undersøkelse der målet har vært å vurdere om spesialisthelsetjenesten legger til rette for effektiv drift og god pasientbehandling gjennom investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og bygg.</p> <p>Riksrevisjonen har som et resultat av kartleggingen kommet opp med følgende konklusjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investeringene har ikke vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr • Mange helseforetak har problemer med å oppnå planlagt investeringsnivå i sine økonomiske langtidsplaner • Helseforetakene bruker ikke økonomiske langtidsplaner godt nok som et virkemiddel for planlegging og prioritering av investeringer • De regionale helseforetakene har ikke fulgt opp de underliggende helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte

- Helse- og omsorgsdepartementet har stilt relevante krav, men dette har ikke vært tilstrekkelig til at planlagte investeringer har blitt realisert i mange helseforetak
- Det er risiko for at målet i Nasjonal helse- og sykehusplan om å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer ikke nås

Det er planlagt og delvis iverksatt tiltak som i noen grad vil bidra til å bedre situasjonen:

Bygg:

- Implementering av husleiemodell – prosessen pågår med kartlegging og kategorisering av areal, oversikt over hvilke enheter som er bruker av arealene, samt etablering av avtaler og prosedyrer. Dette vil sannsynligvis bidra til et større fokus på arealbruk og arealkostnader, noe som igjen kan føre til en mer optimalisert arealfordeling.
- Utarbeidelse av eiendomsstrategi – arbeidet med eiendomsstrategi er startet. Her bidrar alle foretakene i prosessen. Hensikten med strategien er å få strukturert utfordringene og prioritert satsingsområdene slik at det blir et større fokus og bedre muligheter for et verdibevarende vedlikehold.
- Digitalisering av eiendomsforvaltningen – alle foretakene i Helse Nord har etter hvert flere digitale bygningsinformasjonsmodeller (BIM) som inneholder all dokumentasjon på byggene. Problemet er at de ikke har systemer som gir mulighet til å benytte dette i driften. Det er derfor iverksatt et prosjekt med målsetting om å etablere en regional BIM-løsning hvor det over tid vil kobles til funksjonalitet for alle fagområdene innen teknisk drift. En slik løsning vil føre til et tettere samarbeid mellom foretakene, og med Helse Nord IKT.

Medisinteknisk utstyr:

- Det er igangsatt et arbeid med MTU-strategi som primært skal se på regional samhandling i forhold til anskaffelse og drift av MTU. I tillegg skal strategien strukturere arbeidet med informasjonssikkerhet.
- Regional systemforvaltning Medusa – det er etablert to systemforvaltere for FDV-systemet Medusa som skal samordne prosesser og prosedyrer mellom foretakene i Helse Nord slik at bruken av Medusa blir ensartet.

Ovennevnte tiltak vil ivareta noen av problemstillingene Riksrevisjonen peker på. Det er likevel to overordnede spørsmål som må stilles:

- Hvordan frigjøre driftsmidler til mer forebyggende vedlikehold og planlagt utskifting.
- Mer robust finansiering av byggeprosjektene. Uten unntak er prosjektøkonomien presset og det er alltid behov for prioritering av arealer og funksjonalitet for å komme i mål økonomisk.

Hvem / år:	Riksrevisjonen / 2021
Revidert område / rapport:	Riksrevisjonens undersøkelse av svalbardselskapenes håndtering av klimautfordringer. Vedlegg 15 til Dokument 3:2 (2021–2022)
Ansv. for oppf.:	Eieravdelingen
Oppdrag:	Foretaksprotokoll 2022
Status:	<p>Riksrevisjonen har i 2021 gjennomført en undersøkelse der målet har vært vurdere hvordan svalbardselskapene arbeider med å vurdere og håndtere den økte risikoen som klimaendringene på Svalbard innebærer for bebyggelse og infrastruktur. For Helse Nord berører undersøkelsen kun Universitetssykehuset Nord-Norge HF / Longyearbyen sykehus. Riksrevisjonen har følgende konklusjoner:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Det er mangler i tilpasning og sikring av eksisterende bygninger og infrastruktur til den økte risikoen som klimaendringene innebærer <ul style="list-style-type: none"> ○ Flere av selskapene har ikke en risikostyring som gir tilstrekkelig oversikt over hvordan klimaendringene kan påvirke eksisterende bygninger og infrastruktur ○ Selskapene har i varierende grad etablert rutiner for å gjennomføre systematiske vurderinger av hvordan klimaendringene påvirker bygninger og infrastruktur ○ Flere av selskapene har ikke raskt nok iverksatt nødvendige tiltak for å håndtere de utfordringene som den økte risikoen klimaendringene innebærer for selskapenes bygninger og infrastruktur ○ Kings Bay AS har som planansvarlig i Ny-Ålesund ikke et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag når det gjelder klimarisiko 2. I Longyearbyen er det tatt hensyn til klimaendringene ved nybygg, mens dette i mindre grad er tilfelle i Ny-Ålesund 3. De to departementene med direkte eierstyring av svalbardselskaper har liten oppmerksomhet om klimautfordringene i dialogen med selskapene <p>UNN HF har gode rutiner på gjennomføring av tilstandsanalyse samt dokumentering av dette. Ny kartlegging hvert fjerde år.</p> <p>Helse Nord RHF vil i dialog med UNN HF se på hensiktsmessige rutiner for risikovurderinger slik at det også tas høyde for klimaendringer og hvilke tiltak som må til for å sikre bygg og infrastruktur.</p>

6.1.2. Rapporter fra Statens Helsetilsyn

Statens helsetilsyn er en nasjonal statsinstitusjon underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og er den sentrale tilsynsmyndigheten for sosiale tjenester, barnevern-, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid.

Rapportene fra Statens kan ende ut med konkrete anbefalinger til HOD, de regionale helseforetakene eller helseforetakene.

Hvem / år:	Statens Helsetilsyn / 2021
Revidert område / rapport:	Tilsyn med aktivitet knyttet til organdonasjon Helse Nord RHF
Ansvarlig for oppfølging:	Helsefagavdelingen
Oppdrag:	Ingen oppdrag
Status:	Tilsynet er lukket uten tiltak

Hvem / år:	Statens Helsetilsyn / 2021
Revidert område / rapport:	Tilsyn med ambulanseflytjenesten. Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester.
Ansvarlig for oppfølging:	Helsefagavdelingen
Oppdrag:	Foretaksprotokoll 2022
Status:	Tilsynet er fulgt opp i tett samarbeide mellom helseforetakene i regionen, mellom de regionale helseforetakene og Helsetilsynet. Det tas sikte på å lukke tilsynet i løpet av 2022.

6.2. Internrevisjon (foretaksrevisjonen):

Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Nord RHF evaluere og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. I dette ligger bl.a. å se etter at risikostyring og internkontroll er tilpasset risikoen i foretaksgruppen og bidrar til å sikre:

- målrettet og kostnadseffektiv bruk av ressurser
- pålitelig rapportering av økonomiske data og andre virksomhetsdata
- etterleve regelverk, eierkrav og øvrige kvalitetskrav

Internrevisjonen skal innenfor sitt kompetanseområde gi uavhengige og objektive uttalelser, råd og veiledning for å bidra til forbedringer i foretaksgruppen.

Hvem:	Internrevisjonen Helse Nord
Revidert område/ rapport:	2020-01 Helse Nord RHF's oppfølging av avtaler om kjøp av helsetjenester – oppfølgingsrevisjon
Ansvarlig for oppfølging:	Eieravdelingen
Funn/ anbefalinger:	Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å: 1. Sikre gjennomføring av årlige kontraktsoppfølgingsmøter og rettidig referatføring. 2. Sikre at referater fra kontraktsoppfølgingsmøter inneholder RHF-ets vurderinger og eventuelle beslutninger om institusjonenes aktivitet, kvalitet, rapporteringer og andre kontraktsforhold. 3. Prioritere utarbeidelse og implementering av samarbeidsrutiner mellom helseforetakene og institusjonene på tvers av foretaksgruppen.
Status:	1. Administrasjonen etterstreber å holde kontraktsoppfølgingsmøte minimum en gang pr år. Oppfølgingsmøtene av alle somatiske rehabiliteringsinstitusjonene ble gjennomført i 2021. Psykisk helsevern er nært forestående. Innen rusfeltet (TSB) er det i 2021 gjennomført anskaffelser. Av konkurransehensyn avholdes ikke kontrakts oppfølgingsmøter underveis i anskaffelsesprosesser. 2. Agenda og innhold i møtene utarbeides av eier- og fagavdelingen i fellesskap. 3. Samhandling mellom HF-ene og de private institusjonene er avgjørende for å utnytte de totale helseressursene og holde ventetider og fristbrudd under kontroll. Krav fra oppdragsdokumentene til helseforetakene siden 2019 og følges opp i regelmessige oppfølgingsmøter med foretakene.

Hvem:	Internrevisjonen Helse Nord
Revidert område/ rapport:	2020-06 Innleie av helsepersonell i Helse Nord, oppsummering
Ansvarlig for oppfølging:	HR/org-avdelingen
Funn/ anbefalinger:	Følge opp foretakenes oppfølging av internrevisjonens anbefalinger.
Status:	Det vises til styresak 99-2021. Internrevisjonen har gitt konkrete anbefalinger knyttet til rutiner for bedre oppfølging av innleie av helsepersonell. Av 37 anbefalinger vurderes 15 som ferdigstilt, 16 som påbegynt og 6 ikke påbegynt. Anbefalingene som ble gitt helseforetakene og Helse Nord RHF er fulgt opp. Flere helseforetak har gjort forbedringer siden sist, men det gjenstår fremdeles noe arbeid. Styret i Helse Nord forutsetter at saken følges opp og at ikke påbegynte tiltak ferdigstilles.

Hvem:	Internrevisjonen Helse Nord
Revidert område/ rapport:	2020-11 Behandling av personopplysninger i sykehusforetakene i Helse Nord, oppsummering
Ansvarlig for oppfølging:	Sikkerhet- og beredskap
Funn/ anbefalinger:	Følge opp foretakenes oppfølging av internrevisjonens anbefalinger.
Status:	Det vises til styresak 22 og 156 i 2021. Status for arbeidet er at de fire sykehusforetakene rapporterer at de jobber med å følge opp anbefalingene fra internrevisjonen, men flere av anbefalingene er fortsatt ikke tilstrekkelig fulgt opp. Helse Nord RHF vil derfor følge opp sykehusforetakenes arbeid med utarbeidelse av protokoll for behandling av personopplysninger i henhold til lovkrav og prosesser for å holde protokollen løpende oppdatert. Styret har bedt om å få saken tilbake i løpet av våren 2022.

Hvem:	Internrevisjonen Helse Nord
Revidert område/ rapport:	2021-05 Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppsummering
Ansvarlig for oppfølging:	Helsefagavdelingen
Funn/ anbefalinger:	Følge opp foretakenes oppfølging av internrevisjonens anbefalinger. Internrevisjonen anbefaler i tillegg Helse Nord RHF å: 1. Sørge for at helseforetakenes registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern for voksne, samsvarer med nasjonale føringer. 2. Styrke oppfølgingen av helseforetakenes risikostyringsprosesser.
Status:	RHF har bedt om status for oppfølging av anbefalingene fra helseforetakene. Oppfølgende styresak i Helse Nord RHF i februar 2022.

6.3. Interne revisjoner

Hvem:	Intern revisjon i Helse Nord
Revidert område/ rapport:	September 2021 Interndrift kontorlokaler (Miljø)
Ansvarlig for oppfølging:	Administrasjon- og stabsavdelingen
Funn/ anbefalinger:	Retningslinjer for reise- og møtevirksomhet bør gjennomgås og forankres bedre i organisasjonen
Status:	Administrasjon- og stabsavdelingen følger opp i 2022.

6.4. Kliniske fagrevisjoner:

Det er ikke gjennomført kliniske fagrevisjoner i 2021. Dette skyldes delvis pandemisituasjonen, men Helse Nord har heller ikke kunnet prioritere ressurser til dette området. Ordningen skal evalueres i løpet av 2022.

7. Tilbakemeldinger

7.1. Medarbeiderundersøkelser / forbedringsundersøkelsen

- **Gjennomførte undersøkelser:** ForBedring 2021
- **Hovedtrekk/resultater:**
 - Ingen store endringer fra 2020 på foretaksrapporten, et nytt tema er tatt med
 - Alle avd./seksjoner gjennomgår sine rapporter å identifisere mulige forbedringer
 - Alle temaene holder seg stabil over år, noen tema og spørsmål utpeker seg:
 1. Høy score på spørsmål om "her arbeides det godt med smittevern" - 92,3%
 2. Gode indikasjoner på at medarbeidere og ledere er fornøyd med hvordan ting er håndtert under pandemien
- **Anbefalinger:** Mer fokus på spørsmålene som omhandler psykososialt arbeidsmiljø, fokus på spørsmål om "her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljø" og fremtidig oppfordring, ledere og medarbeidere oppfordres til å fokusere på bevaringspunkter så vel som forbedringspunkter i handlingsplanene
- **Tiltak:** AMU har vurdert alle forbedrings- og bevaringspunkter og ut ifra det kommet frem til forslag for felles punkter som skal gjelde for hele RHF-et. Tiltakene er behandlet i ledermøtet, og gitt tilslutning til.

7.2. Lederevalueringer

En del av ForBedring-undersøkelsen inneholder spørsmål om ledelsen og gir resultater for ledergruppen. Det gjennomføres pr i dag ikke systematiske evalueringer i ledergruppen. Det ble i 2020 igangsatt et OU-prosjekt som har blitt implementert ila 2021. OU-prosjektet har medført endringer i ledelse- og organisasjonsstruktur.

7.3. RHF-styrets evaluering

- Spørreundersøkelse med styrets egevaluering gjennomført 2021. Tematime for styret (uten administrasjonen til stede) for gjennomgang av rapport og ev. avklaringer/tilføyelser avholdt 23. mars 2021.
- Styrets anmerkninger til evalueringen: Styret mener at de har en god forståelse for styrets oppgaver, og en god plan for arbeidet. Styret mener eier har en god forståelse for det regionale helseforetakets/ foretaksgruppens situasjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet inviterer adm. direktør til årlig evaluering av styret i det regionale helseforetaket.

7.4. Evaluering fra eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene

Det gjennomføres en kartleggingsundersøkelse med eieroppnevnte styremedlemmer annet hvert år i forbindelse med oppnevning av nye styremedlemmer, neste gang i 2022.

7.5. Medbestemmelse og involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste

7.5.1. Foretakstillitsvalgte (FTV)/foretaksverneombud (FVO)

- Involvering av FTV og FVO: Medbestemmelse og involvering av FTV og FVO ivaretas i dialog-, samarbeids- og drøftingsmøter, i tillegg til deltakelse i ulike oppdrag/prosjekter og i Arbeidsmiljøutvalget.
- Tilbakemelding fra FTV og FVO: Tidligere var det kun AMU-møter som var formelle møtepunkt mellom partene i Helse Nord RHF. Innføring av samarbeidsmøter er en forbedring. Arbeidstakersiden mener at partsamarbeidet har forbedringspunkter.
- Forbedringsforslag: FTV og FVO ønsker at følgende punkter følges opp i 2022:
 - *Forutsigbarhet:*
Tilstrekkelig tid til forberedelser. Saksdokumenter må som hovedregel sendes ut i god tid, fortrinnsvis sju dager før møtet. Møter bør planlegges og gjennomføres i henhold til plan.
 - *Transparens:*
Beslutninger som fattes og involvering fra arbeidstakersiden må være dokumentert. Referater fra AMU, samarbeidsmøter, drøftingsmøter og styringsgruppemøter der arbeidstakersiden deltar, må være lett tilgjengelig for alle ansatte i organisasjonen.
 - *Medvirkning i prosesser:*
God medvirkning innebærer å bli involvert tidlig i prosesser, med riktig representasjon, tydelige prosjektplaner og god informasjonsflyt. FTV/FVO må gis mulighet til å uttale seg i alle saker av betydning for arbeidstakersiden. Prosessene må dokumenteres.

7.5.2. Konserntillitsvalgte (KTV)/konsernerneombud (KVO)

- Medbestemmelse og involvering av KTV og KVO foregår gjennom dialog-, samarbeids- og drøftingsmøter. I tillegg til deltakelse etter oppnevning i ulike oppdrag/prosjekter.
- Tilbakemelding fra KTV og KVO: KTV/KVO opplever overordnet at samarbeidet med ledelsen i Helse Nord RHF er godt og at verdien av samarbeidet verdsettes av begge parter. Likevel er det rom for forbedring på flere punkter.
- Muligheter til forbedring:
 - *Forankring:*
Tilstrekkelig tid til forberedelser. Saksdokumenter må som hovedregel sendes ut i god tid, fortrinnsvis sju dager før saken skal behandles (iht. avtale). Referater må ut så tidlig som mulig. Avtaler om hvilke referater og dokumenter som skal sendes til KTV/KVO må overholdes. Dialogmøter bør også referatføres og muntlige orienteringer bør unngås så langt det er mulig. Skriftlig dokumentasjon (saksdokumenter og referat) er en forutsetning for en god forankring.

- *Styrings- og medvirkningslinjer:*
God medvirkning innebærer å bli involvert tidlig i prosesser, med riktig representasjon på riktig nivå. KTV/KVO skal som hovedregel involveres i utformingen av mandater for prosjekter. Regionale prosjekter tildelt HF skal forankres regionalt med KTV/KVO. Nasjonale/interregionale prosjekter skal sendes nasjonal koordineringsgruppe for KTV/KVO for oppnevning av representanter. Styrings- og medvirkningslinjene må tydeliggjøres og kommuniseres ut.
- KTVs medvirkning på konsernnivå reguleres av Hovedavtalen, «Avtale om konserntillitsvalgt mellom Helse Nord RHF og [den enkelte hovedsammenslutning] og arbeidsmiljøloven: Det er uklart for KTV hvordan arbeidsgiver forstår intensjonen og formålet i Hovedavtalen angående medbestemmelse, og hvilke konsekvenser dette har for hvordan KTV skal involveres og hva som skal drøftes. Dette er utfordrende både for medvirkning og for forankring. Det må tydeliggjøres hvilken paragraf drøftinger med KTV skal hjemles i og det må etableres en felles forståelse av hvordan paragrafene skal forstås i henhold til intensjonen med avtalen.
- Det må utarbeides en samarbeidsavtale mellom Helse Nord RHF og KVO.

7.6. Regionalt brukerutvalg

Involvering av RBU:

Alle møter i Regionalt brukerutvalg er gjennomført etter oppsatt plan med formøter i arbeidsutvalget i 2021. Et ekstraordinært møte ble gjennomført i desember. De fleste møtene i Regionalt brukerutvalg ble grunnet pandemien gjennomført digitalt, med god deltagelse. Innhenting av brukersynspunkter har vært vektlagt i saker behandlet i RBU, men også gjennom oppnevning av brukerrepresentanter i arbeidsgrupper, styringsgrupper, fagråd og andre utvalg. Leder i Regionalt brukerutvalg har deltatt som observatør i alle styremøtene i Helse Nord RHF i 2021.

Tilbakemelding fra RBU:

Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg gir følgende tilbakemelding: RBU ble i 2021 involvert tidligere og bredere i mange saker og prosesser. Saksdokumentene til møtene var utfyllende med tydelig spørsmål om brukererfaringer og innspill. Synspunktene deres ble etterspurt og fulgt opp og de fikk færre saker som kun skulle tas til orientering. Dette vurderes som positivt.

Regionalt brukerutvalg hadde i 2021 for første gang egen ungdomsrepresentant. Dette har bidratt til en større bevissthet om ungdommers behov i møte med spesialisthelsetjenesten.

Regionalt brukerutvalg verdsetter at administrerende direktør deltok på de fleste RBU-møtene i 2021.

Regionalt brukerutvalg er tilfreds med oppfølgingen og tilretteleggingen de har fått fra Helse Nord RHF i 2021. De vurderer at Innføring av First Agenda og tilbud om lån av utstyr har bedret saksbehandlingen.

Muligheter til forbedring:

RBU ber om at det vurderes å ha to brukerrepresentanter som observatører i styret i Helse Nord RHF. De har dette i Helse Sør-Øst og i Helse Midt.

For representanter som trenger lesestøtte er det ønskelig at det i framtiden legges til rette for å få saksdokumentene i andre filformater enn PDF.

8. Organisasjonsendringer /-utvikling

Målet med OU-prosessen i 2021 har vært å komme fram til en organisasjonsstruktur som gjenspeiler ledelse- og beslutningsstrukturen i det regionale helseforetaket, hvor roller og ansvar er godt definert. Valg av organisasjonsstruktur har betydning for hvilke områder som sikres strategisk oppmerksomhet, og påvirker samhandling på tvers av ansvarsområder. Valg av organisasjonsstruktur er et sentralt virkemiddel i arbeidet med å realisere foretakets strategiske og overordnede mål (*Sluttrapport OU del 1*).

Særlige utfordringer: At de endringene medfører at økt samhandling på tvers av ansvarsområder, og at oppfølgingsprosjekter som bl.a. kulturprosjektet gjennomføres i tråd med plan.

Tiltak: OU-prosessen og de endringer som er gjort, skal evalueres innen ett år.

9. Resultater og målinger

Her presenteres kort status for sentrale målsettinger/områder i Helse Nord RHF, samt vurdering av prestasjon fra underliggende foretak.

9.1. Helse Nord RHF

9.1.1. Helse – Miljø – Sikkerhet

Sykefravær: Totalt sykefravær i 2021 var 3 %, hvorav. 0,74 % egenmeldt fravær, og 2,27 % legemeldt fravær (GAT). Samlet fravær i 2020 var 3,83 %, AMU gjennomgår statistikken hver 4. måned.

Tiltak: Det er stilt spørsmål om oppfølgingen av ansatte med langtidsfravær som skyldes arbeidsrelaterte forhold er god nok, og om Helse Nord RHF har gode rutiner og system på det. Det er også ønskelig å se statistikk på langtidsfravær som er arbeidsrelatert. En arbeidsgruppe skal presentere forslag til plan til AMU-møte i april 2022.

9.1.2. Sikkerhet og beredskap

Særlige hendelser/utfordringer:

Pandemihåndteringen har vært krevende gjennom hele 2021. Samvirke og samordning mellom foretak og regioner har vært nødvendig. De tverrsektorielle konsekvensene under håndteringen, samt andre oppståtte uønskede hendelser i pandemien, har utfordret Helse Nord RHF's kriseledelse og drift.

Evalueringer:

Det er utgitt 3 evalueringsrapporter av RHFet knyttet til pandemihåndteringen, der en av evalueringene var et samarbeid med Forsvaret, DSB, Statsforvalteren og enkelte kommuner ifm. alliert vintertrening. I tillegg ble rapport fra Koronakommisjonen lagt frem.

Tiltak:

Alle læringspunkt fra interne, og eksterne, evalueringer som berører RHF-et, er samlet i en egen handlingsplan for oppfølging i RHF-et. Revisjon av regional handlingsplan er påbegynt, basert på læringspunkter.

9.1.3. Økonomi

Årsresultat viser et avvik på 297 mill. kr. sammenliknet med plan.

Pandemi kombinert med negativ befolkningsutvikling i landsdelen har bidratt til økt risiko for at omstilling i helseforetakene ikke går tilstrekkelig fort. Dette betyr at fremdrift i langsiktig investeringsplan må vurderes våren 2022.

Regnskap 2021 (mill kr)	Regnskap hittil i år	Gevinst/ tap salg	Justert resultat etter salg	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Prognose resultat november	Avvik resultat mot siste prognose
Finnmarkssykehuset	-87,5	15,2	-102,7	24,0	-126,7	-102,0	-0,7
UNN	-87,0	0,0	-87,0	40,0	-127,0	-60,0	-27,0
Nordlandssykehuset	-169,0	3,2	-172,2	5,0	-177,2	-170,0	-2,2
Helgelandssykehuset	-20,2	0,0	-20,2	20,0	-40,2	-10,0	-10,2
Sykehusapotek Nord	15,8	0,0	15,8	1,0	14,8	13,0	2,8
Helse Nord IKT	3,3	0,0	3,3	0,0	3,3	3,0	0,3
Helse Nord RHF	322,4	0,0	322,4	166,0	156,4	276,0	46,4
SUM Helse Nord	-22,3	18,4	-40,7	256,0	-296,7	-50,0	9,3

Særlige hendelser/utfordringer:

- I tråd med langsiktig økonomisk plan holder Helse Nord RHF igjen deler av inntektsrammen for avsetning til kapitaltilskudd som overføres til helseforetakene når byggeprosjekt er avsluttet og avskrivingskostnader trer inn. Dette gir incentiver til at helseforetakene gjennomfører nødvendig omstilling.

- Engangseffekter av periodisering av kostnader (forsinkelser i prosjekter, private avtaler som ikke utnyttes til max volum, pasientskadeerstatning o.a. avvik har gitt større overskudd i Helse Nord RHF enn planlagt.
 - Store overskudd regionalt kan bygge opp under oppfatning av at det finnes flere midler enn de som tildeles i budsjettprosessen, og at større del av rammen burde vært delt ut til foretakene.

9.1.4. Klima og miljø

Det er gjennomført oppfølgingsrevisjon etter *NS-ISO 14001-2015 Systemer for miljøstyring*, og sertifikatet er videreført med utløpsdato 31.12.2022. Det vil bli avholdt egen *Ledelsens gjennomgang* for miljøstyring ila 1. kvartal 2022.

9.1.5. Samsvar/compliance med lover og forskrifter

Lov/forskrift	Vurdering
Helseforetaksloven	Helseforetakslovens bestemmelser om åpne styremøter vurderes som godt ivaretatt. Styremøtene er i det alt vesentlige åpne og tilgjengelige for offentligheten, og lukkes kun der det er vurdert som tvingende nødvendig. Fristene for å behandle innsynsbegjæringer overholdes i de fleste tilfeller. Merinnsynsvurderingene og informasjon om klageadgang kan forbedres.
Lov om spesialisthelsetjenesten	Helse Nord RHF planlegge og organiserer tjenestetilbudet i regionen jf. spl. Kap. 2, gjennom egne helseforetak og avtaler med private.
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren	Gjennom arbeidet med ledelsens gjennomgang og beskrivelse av styringssystemet, har en større del av organisasjonen fått bedre innsikt og identifisert tiltak knyttet forbedrings sirkelen PDCA. Mer målrettet arbeid med kvalitetsindikatorer og forbedringsarbeid inngår som en del av Oppdragsdokument 2022, ref. forslag fra SKDE, som har utgangspunkt i kvalitetsatlas.
Pasient- og brukerrettighetsloven	Helse Nord RHF behandler ikke pasienter, men legger til rette for retten til fritt sykehusvalg/behandlingsvalg gjennom avtalene med private.
Personopplysningsloven	Helse Nord RHF fører en protokoll over databehandlingsaktiviteter hvor Helse Nord RHF er behandlingsansvarlig. Informasjon i og tilgang til personalarkivet i RHF-et er begrenset til det strengt nødvendige for å ivareta arbeidsgiverfunksjonene. Protokollen skal i tillegg gi en oversikt over behandlinger hvor Helse Nord RHF opptrer som databehandler. For eksempel i de tilfeller hvor det regionale helseforetaket behandler potensielt personidentifiserbare

	<p>opplysninger i Helse Nord ledelsesinformasjonssystem på vegne av helseforetakene.</p> <p>Det har ikke vært gjennomført en evaluering av behandlingsprotokollen i 2021. Arbeidet med å tilsette nytt personvernombud er forsinket.</p> <p>Riksrevisjonens undersøkelser på informasjonssikkerhetsområdet i helseforetakene (vedlegg til Riksrevisjonens Dokument 3:2 (2020-2021) må følges opp av Helse Nord RHF, og er identifisert som et klart forbedringspunkt også i 2021.</p>
Sikkerhetsloven	<p>Dokumenter gradert etter sikkerhetsloven blir ikke journalført og arkivert i vårt arkivsystem. Arkivet har egen journal for dokumenter gradert etter sikkerhetsloven. Det er kun personell som er sikkerhetsklarert og autorisert som får tilgang til dokumenter de skal ha. Helse Nord RHF har eget gradert arkiv med tilgangskontroll hvor graderte dokumenter oppbevares når de ikke er i bruk.</p> <p>Helse Nord RHF har grunnlagsdokument, med tilhørende instruksjer og prosedyrer, for lovbestemte roller og informasjonshåndtering i RHF. Disse er ikke oppdatert etter ny sikkerhetslov som trådte i kraft 01.01.2019, og må oppdateres i 2022.</p> <p>Det er gjort forberedende investeringer for etablering av nasjonalt begrenset nett i RHF. Etableringen planlegges ferdigstilt i nye lokaler første kvartal 2022. Det er også gjennomført kartlegging som grunnlag for departementets arbeid med utpeking av skjermingsverdige verdier.</p>
Sameloven	<p>Sameloven §3-5 gir pasienter en rett til å bli betjent på samisk i kontakt med offentlige helseinstitusjoner. Denne retten er også ivaretatt i helseforetaksloven §35, 3. ledd som sier at regionale helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven § 3-1 nr. 4 og § 3-5.</p> <p>Helse Nord RHF har mangelfull informasjon og svakheter i rutiner for hvordan henvendelser på samisk skal betjenes, ref. pasientrettighetsloven § 3-5 som sier at informasjon til pasienter og brukere skal være tilpasset deres kultur- og språkbakgrunn.</p>
Offentlighetsloven	<p>Fristene for å behandle innsynsbegjæringer overholdes i de fleste tilfeller. Merinnsynsvurderingene og informasjon om klageadgang er forbedret.</p>
Forvaltningsloven	<p>Helse Nord RHF's virksomhet fordrer særlig kunnskap om taushetsplikt og habilitet. Dette inngår i alle ansattes arbeidsavtaler.</p>

Arkivloven	Helse Nord RHF har svakheter i bruk av sak-/arkivsystemet i virksomheten. Dette medfører risiko for manglende dokumentasjon av beslutningsgrunnlag, og risiko for at informasjon ikke er komplett. Nytt sak- og arkivsystem ble innført og implementert i 2019. Vurderingen er at ledere og saksbehandlere ikke bruker sak-/arkivsystemet i tilstrekkelig grad, og området må ha høyt ledelsesfokus i 2022.
Regnskapsloven	Ingen anmerkning fra revisor. Ansees godt ivaretatt.
Arbeidsmiljøloven	Helse Nord RHF har god kontroll på arbeidstidsbestemmelser. Vernetjeneste er etablert og AMU har jevnlig møter som behandler pålagte oppgaver.
Lov om offentlige anskaffelser	Anskaffelsesregelverket vurderes godt ivaretatt.
Likestillings- og diskrimineringsloven	Likestillings- og diskrimineringsloven vurderes godt ivaretatt.
Helseberedskapsloven	Lovens bestemmelser om at regionale helseforetak plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for, er fulgt. Helse Nord RHF har påbegynt oppdatering av gjeldende regionale beredskapsplan, med delplaner.

9.2. Nasjonale kvalitetsindikatorer

For oppfølging av nasjonale kvalitetsindikatorer henvises det til tertialrapport 2-2021, årlig melding 2021 og Helseatlas for kvalitet. Helse Nord har utfordringer med oppfyllelse av mål for flere nasjonale kvalitetsindikatorer. Enkelte resultater er blitt fulgt opp i dialog med helseforetakene. Helse Nord RHF har behov for å utvikle bedre virkemidler for å avdekke og følge opp områder med svak utvikling, og virkningsfulle hjelpemidler for nødvendig korrigerende.

9.3. Helseforetakene

I 2021 har sykehusforetakene ikke oppnådd resultater i tråd med hovedmålsetningene. Resultater gjennomgås og vurderes gjennom faste rapporteringer i virksomhetsrapporter, tertialrapporter og årlig melding. Til dels har pandemien bidratt til dette, men det er også grunn til å tro at det foreligger mer grunnleggende utfordringer som bidrar til resultatene. De regionale helseforetakene publiserte i april en felles analyserapport - «Ett år inn i koronapandemien»¹⁰, som viser at Helse Nord er det regionale helseforetaket som har hatt størst utfordringer med å normalisere driften etter pandemien. Ved årsslutt er det fortsatt store utfordringer omkring ventetider og fristbrudd, og tiltak har ikke hatt tilstrekkelig effekt.

For å forbedre graden av måloppnåelse må vi tenke nytt. Hele foretaksgruppens kapasiteter må i større grad benyttes. Helse Nord RHF og helseforetakene må sammen

¹⁰ <https://helse-nord.no/Documents/Ett%20%C3%A5r%20inn%20i%20koronapandemien.pdf>

arbeide frem tiltak som sikrer at befolkningen får den helsehjelpen de skal ha, samtidig som pandemi og beredskap håndteres. Helse Nord RHF må vurdere om bruk av virkemidlene i eierstyringen bør forsterkes.

9.4. Avtalespesialister

Helse Nord RHF har pr. januar 2022 avtale med 83 avtalespesialister, herunder 52 leger (pluss 3 under rekruttering) og 31 psykologspesialister (pluss 1 under rekruttering).

Forvaltning av avtalespesialistordningen innebærer å rekruttere og følge opp individuelle og nasjonale avtaler knyttet til drift av hjemmelen i tillegg til rapportering til nasjonale register som for eksempel NorskPasientRegister (NPR), HELFO og Statistisk sentralbyrå.

Avtalepraksis organiseres og forvaltes i samsvar med vedtatte regionale og nasjonale planer for spesialisthelsetjenesten og i henhold til gjeldende lovgivning.

Avtalespesialistene er en viktig del av Helse Nord RHF's sørge-for ansvar og utgjør ca. 20% av polikliniske behandlingstilbud.

Avtalespesialistene rapporterer til NPR. Rapporteringen ivaretar behovet for oversikt over behandlingsaktivitet og for å dokumentere at mål, rammer og prioriteringer for avtalespesialist ordningen overholdes.

Det er ønskelig å få integrert rapporteringen fra avtalespesialistene inn i Helse Nord's datavarehus for dermed å få bedre oversikt over den totale kapasiteten og aktiviteten til den enkelte avtalespesialist. Et slikt tiltak vil kunne forbedre forvaltning og oppfølging av avtalespesialistene.

Gjennom prosjektet for «Felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern for voksne», vil Helse Nord legge til rette for at henvisninger til avtalespesialister og DPS samlet vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4, andre ledd. Prosjektet vil bidra til forbedret forvaltning og oppfølging av avtalespesialistordningen innen psykisk helsevern for voksne.

9.5. Avtaleinstitusjoner

9.5.1. Private rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Nord RHF forvalter avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner verdt ca. 287 mill. kr/år. Oppfølgingsmøter gjennomføres en gang/år, med mulighet for flere dialogmøter ved behov.

Det vurderes å ha to årlige oppfølgingsmøter eventuelt å gjennomføre kortere status/dialog møter hver måned for gjennomgang av rapporteringen.

9.5.2. Private rusinstitusjoner

Helse Nord RHF forvalter avtaler med private rusinstitusjoner verdt ca. 157 mill. kr/år. Oppfølgingsmøter gjennomføres en gang/år, med mulighet for flere dialogmøter gjennom året ved behov.

Det vurderes å ha to årlige oppfølgingsmøter eventuelt å gjennomføre kortere status/dialog møter hver måned for gjennomgang av rapporteringen.

9.5.3. Private somatiske sykehus

Helse Nord RHF forvalter avtaler med private somatiske sykehus verdt ca. 52 mill. kr/år. Oppfølgingsmøter gjennomføres en gang/år, med mulighet for flere dialogmøter ved behov.

Helse Nord RHF ønsker å forbedre forvaltningen og oppfølgingen av avtalene. Det vurderes å ha to årlige oppfølgingsmøter eventuelt å gjennomføre kortere status/dialog møter hver måned for gjennomgang av rapporteringen.

Det vurderes å invitere sentrale fagpersoner fra helseforetakene i slike status-møter, for å bedre samhandlingen og samlet utnytte ressursene best mulig.

9.5.4. Private institusjoner (Demens og psykisk helse)

Helse Nord RHF forvalter avtaler med private institusjoner innen psykisk helsevern for voksne verdt ca. 98 mill kr/år. Oppfølgingsmøter vedrørende oppfyllelse av avtale gjennomføres en gang/år, med muligheter for flere dialogmøter ved behov.

Helse Nord RHF ønsker å forbedre forvaltningen og oppfølgingen av avtalene. Det vurderes å ha to årlige oppfølgingsmøter eventuelt å gjennomføre kortere status/dialog møter hver måned for gjennomgang av rapporteringen.

9.5.5. Private laboratorier og røntgeninstitutt

Helse Nord RHF forvalter avtaler med private LAB og RTG- institusjoner verdt ca. 51 mill. kr/år. Oppfølgingsmøter gjennomføres en gang/år med muligheter for flere dialogmøter ved behov.

Helse Nord RHF ønsker å forbedre forvaltningen og oppfølgingen av avtalene. Det

vurderes å ha to årlige oppfølgingsmøter eventuelt å gjennomføre kortere status/dialog møter hver måned for gjennomgang av rapporteringen.

Det vurderes å invitere sentrale fagpersoner fra helseforetakene i statusmøter, for å bedre samhandlingen og samlet utnytte ressursene best mulig.

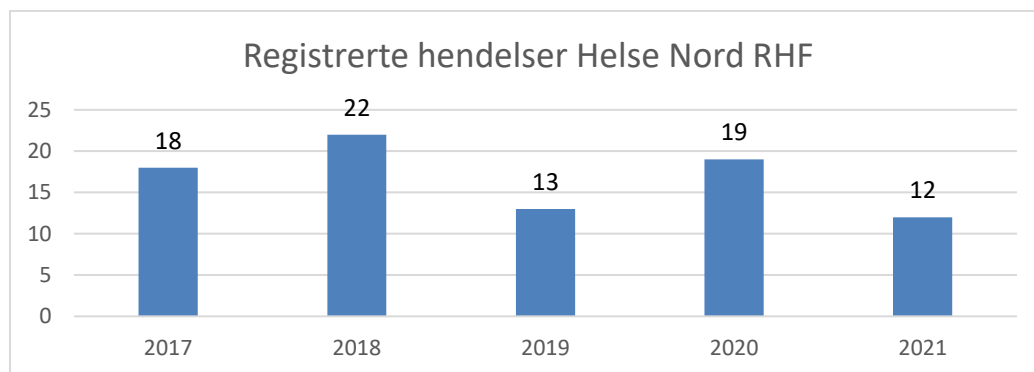
9.6. Nasjonale felleseide helseforetak

De regionale helseforetakene eier i fellesskap fem nasjonale helseforetak¹¹ som leverer sentrale støttetjenester til spesialisthelsetjenesten innenfor pasientreiseområdet, luftambulansetjenester, nødnett og annen digital kommunikasjon, planlegging og gjennomføring av store byggeprosjekter, samt innkjøp av legemidler, tjenester og driftsmateriell.

Det arbeides med felles styresak om eierstyringen av disse foretakene, samt overordnet strategi som skal inngå i regionenes utviklingsplan 2023-2038.

10. Avvik og korrigerende tiltak

Helse Nord RHF benytter Docmap som system for å registrere, saksbehandle og følge opp uønskede hendelser, avvik og forbedringsforslag, samlet omtalt som hendelser. Figuren nedenfor viser antall meldte hendelser siste fem år.



Figur 3 Antall meldte hendelser siste 5 år

Det meldes få hendelser i Docmap, og det er ikke klart om antallet meldte hendelser gjenspeiler det reelle antallet hendelser.

¹¹ Nasjonale felleseide helseforetak er; Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF.

De registrerte hendelsene i Helse Nord RHF i 2021 fordeler seg slik:

Område	Beskrivelse	Tiltak
Adgangskontroll	Ulåst skap med adgangskort	
IKT / Svindel/Spam	Falske e-poster	Følges opp i dialog med HN IKT
IKT / Drift	E-poster kommer ikke igjennom	Oppfølging ved HN IKT
Informasjonssikkerhet	Tilgang til chattemeldinger i Teams	Oppfølging ved HN IKT
Informasjonssikkerhet	Felles brukerkonto i HelseCIM	
Informasjonssikkerhet	Brukerkontor med privilegerte rettigheter	Tilganger er fjernet
Personvern	Melder mottok e- post med vedlegg som inneholdt pasientopplysninger	Saken er muntlig avklart og følges opp av ansvarlig klinikksjef
Personvern	Tilgang til pasientinformasjon i Medusa	Igang satt arbeid med systemleverandør

Med bakgrunn i stadig økende andel spam og svindelforsøk via epost, har Helse Nord IKT utarbeidet egen funksjonalitet for å gjøre det lettere for ansatte å rapportere om SPAM/forsøk på phishing via Microsoft Outlook - <https://intranett.helse-nord.no/forside/meld-svindel-med-tre-klikk-article169696-698.html>.

Ved opprettelsen av løsningen for innmelding av SPAM og JUNK var det ikke lagt fokus på uttrekk av statistikk ift historisk øyemed. Det eksisterer derfor ikke ferdige grunnlag med oversikt over hvor mye som er rapportert fra de ulike foretakene. I siste halvår er det blitt rullet ut ny funksjonalitet for å rapportere denne typen hendelser, blant annet gjennom knapp funksjonalitet for JUNK og SPAM gjennom høyreklikk på eposter i Outlook.

Helse Nord IKT har gjort et uttrekk som viser at det siste halvåret er rapportert totalt 1419 eposter i Helse Nord. Av disse er 1075 spam, dvs eposter det ikke er satt noe videre oppfølging på. 344 er rapportert som phishing forsøk, som da er undersøkt i mer detalj. Av disse utgjør avvik meldt fra Helse Nord RHF hhv 3 og 7.

11. Ressurser

11.1. Kompetanse og personellressurser (HR/org-avd)

I forbindelse med OU prosessen ble det utarbeidet veileder til ledere i fase tre arbeidet med intern organisering. Ledere ble bedt om å definere kompetansebeholdning til ansatte slik at formell utdanning, kurs og relevant arbeidserfaring ble samlet inn og vurdert opp mot eksisterende og fremtidig behov for arbeids- og ansvarsoppgaver. Ledere ble også bedt se på hvilken kompetanse som mangler i avdelingen og hvordan vi skaffer oss ønsket kompetanse. Alle medarbeidere skal legge inn/oppdatere CV. De

skulle også definere behovet for sårbare områder i egen avdeling og definere behovet for lederstøtte. I dette hvilken lederstøtte som kan gis ledere i RHF-et og hvilke områder det mangler lederstøtte på i dag.

- OU prosessen har avdekket at aktuelt styringssystem (Kompetanseportalen) ikke benyttes i stor nok grad for å holde god oversikt over kompetansebehov og aktuelle kompetanseplaner/læringsaktiviteter.
- Det er også framkommet et behov for mer systematisk og kontinuerlige systemer for lederopplæring, lederutvikling og lederstøtte.

11.2. Verktøy og teknologi

Tekniske arbeidsverktøy

De tekniske arbeidsverktøyene vi benytter kan tilpasses den enkeltes behov. Alle kontor og møterom er utstyrt for å kunne gjennomføre både fysiske og digitale møter av ulik størrelse eller en kombinasjon av begge. Alle ansatte får tilbud om mobiltelefon og PC med tilhørende utstyr for å kunne løse sine arbeidsoppgaver.

Elektroniske system

Det benyttes flere ulike elektroniske verktøy for å løse våre oppgaver i det regionale helseforetaket. Det er påbegynt en kartlegging av våre elektroniske system som er i bruk, og hvilket formål det enkelte system skal oppfylle (jf. styresak 166-2021).

12. Risikovurderinger

I *Ledelsens gjennomgang* skal det vurderes om risikostyring er tilfredsstillende implementert i styringssystemet, og om strategiske risiko er vurdert.

I desember 2021 ble styret orientert om at det fortsatt gjenstår arbeid med å implementere Retningslinjer for helhetlig risikostyring i foretaksgruppen, jf. *styresak 166-2021: Hvordan Helse Nord RHF og helseforetakene jobber med risikostyring varierer. Det er forbedringspotensial mht. felles forståelse og bruk av rammeverk, felles risikoforståelse og å få risikostyring mer integrert i virksomhetsstyringen.*

I 2021 vært jobbet med to større risikovurderinger i Helse Nord RHF:

- Risikovurdering av strategiske målsettinger, våren 2021, som benyttes som en del av grunnlaget med Regional utviklingsplan 2038.
- Risikovurdering av hovedmålene for 2022, ref. egen sak 23. feb. 2021.
- Finansiell risiko (styresak 148-2021)
- Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse av kvalitet i pasientbehandlingen (styresak 148-2021).

Helse Nord RHF har mangelfull oversikt over hele bredden av risikovurderinger som gjennomføres, verken de som er del av strategiske beslutninger, operativ drift eller

prosjekter. Det er ikke utarbeidet retningslinjer for når og hvordan risikovurderinger skal gjøres, og hvor de skal arkiveres.

13. Prosjekter

Prosjekt- og porteføljerammeverket er i varierende grad i bruk. Prosjektmalene for styringsdokumenter benyttes av mange og tilpasses prosjektets egenart. I 2020/21 er det ikke gjennomført/tilbudt opplæring i rammeverket annet enn individuell veiledning ved behov. Prosjekthåndbok for Helse Nord RHF er trukket tilbake fra Docmap i påvente om beslutninger om videre porteføljestyling.

Porteføljestylingen har vært i redesign i en lengre periode og dagens praksis avviker fra vedtatt modell. Porteføljerådet har i 2021 gjennomført syv digitale møter med tema mandat, rammeverk, utvikling av regional portefølje og informasjon om porteføljestyling i andre regioner. Underveis i prosessen er både Helse Nord og HF-enes ressurser i porteføljeteamet i hovedsak omdisponert til andre oppgaver.

Administrerende direktør besluttet i desember 2021 å prioritere porteføljestylingen om regional IKT-digitaliseringsportefølje med kvartalsvis rapportering til RHFets ledergruppe. Det er nødvendig å avklare porteføljerådets ansvar for denne porteføljen. Dette inngår i avklaringer om organisering av IKT-seksjon og IKT-styringsstruktur i Helse Nord.

Helse Nord mangler fortsatt felles verktøy for prosjektstøtte og porteføljeoversikt/styring. Digitaliseringsporteføljen skal rapporteres i Helse Nord IKTs rapporteringsportal Confluence. Denne har begrensninger både med hensyn til funksjonalitet for prosjektstøtte og for utbredelse til alle helseforetakene. Det pågår testing av prosjektportal som en mulig utvidelse av bruken av Office 365 og Teams.

14. Hendelser og endringer

14.1. Vesentlige/kritiske hendelser/endringer siste år

- Pandemi har medført utfordringer mht samhandling for oppfølging av styringssystemet
- Koronakommisjonen har avdekket sårbarheter, se egen rapport
- HN RHF har vært pådriver i å få etablert RescEU; ny tjeneste for beredskap nasjonalt og internasjonalt
- FRESK¹²-programmet har fullført overgang til DIPS Arena for alle helseforetak. Utrulling av elektronisk medikasjon og kurve er forsinket i påvente av etablering av funksjonalitet som reduserer tidsforsinkelser i nettverk.
- Prosjekt Nye Helgelandssykehuset har fått godkjenning for overgang til konseptfase steg 1.

¹² FREmtidens Systemer i Klinikken

14.2. Identifiserte hendelser/endringer som vil kunne ha betydning for foretaket/foretaksgruppen kommende år

Demografisk utvikling viser at befolkningen i Nord-Norge har gått ned i 2020 og 2021, mens den øker i de tre andre regionene. Det er ventet at trenden vil fortsette. Helse Nord RHF må derfor forutsette reduksjon i basisbevilgningene i årene som kommer.

Statistikk viser at det blir flere eldre, samtidig som fødselsraten går ned. Dette betyr vesentlige omstillingsbehov og behov for omlegging av tjenesteutførelsen.

15. Muligheter til forbedring av virksomhetsstyring og styringssystem

Ledelsens gjennomgang av styringssystemet, viser at Helse Nord bør forbedre deler av virksomhetsstyringen. Virksomhetsstyring omfatter flere dimensjoner, og prioritering av forbedringstiltak for disse er beskrevet i påfølgende avsnitt.

15.1. Eierstyring

Helse Nord RHF skal være tydeligere i eierstyring mht omstillingsplanene i helseforetakene, funksjonsdeling, vurdering av regionale særskilt finansierte tjenester, anskaffelsesområdet og felles IKT-systemer.

15.2. Kvalitetsstyring

Det skal gjennomføres en større gjennomgang av styrende dokumenter for å sikre at ansvar for rutiner og prosedyrer er i samsvar med ny organisasjonsstruktur, og at omfanget er tilstrekkelig, herunder hvilke dokumenter som skal ha regional gyldighet, og hvordan en sikrer jevnlig revisjon og kvalitetssikring. Det planlegges årlige «kvalitetsdager» for oppdatering av styrende dokumenter og sentrale oversikter.

Det registreres for få uønskede hendelser som rapporteres i Helse Nord RHF. Det skal planlegges og gjennomføres et arbeid for å sikre bedre meldekultur i Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF skal etablere et fast internt utvalg som sikrer at virksomheten følger opp kvalitetsresultater i regionen, og at pasientbehandlingen er i tråd med nasjonale normerende dokumenter

15.3. Ressursstyring

Foretaksgruppen har mangelfull oversikt over ressurspådrag sammenliknet med aktivitetsutvikling. Arbeidet med «avansert oppgaveplanlegging» må sikres tilfredsstillende ressurser. Helse Nord RHF må bruke mer tid på analyse og oppfølging av helseforetakenes arbeid med å komme tilbake til bærekraftig nivå på bemanning og innleie.

15.4. Lederutvikling, kompetanseheving og styring

Rett kompetanse både hos ledere og medarbeidere er avgjørende for å sikre god kvalitet på våre tjenester. Kompetanseportalen (Dossier) er et styringsverktøy som skal bidra til å dokumentere kompetanse og identifisere nye behov for opplæring og videreutvikling. Det må gjennom lederopplæring og lederstøtte sikres en mer systematisk bruk av dette styringsverktøyet i Helse Nord RHF.

Det er også avdekket et behov for å innføre system for lederevalueringer og lederutvikling. Intern HR utarbeider en plan for dette.

15.5. Virksomhetsplanlegging

Med utgangspunkt i risikobildet må det settes av mer tid til oppfølging av styrene i helseforetakene kombinert med oppfølgingsmøtene med ledelsen i helseforetakene. Det tas sikte på at styrets leder eller nestleder skal delta i oppfølgingsmøter med administrasjonen i helseforetakene.

Regional økonomisk omstillingsplan må utarbeides, basert på helseforetakenes lokale planer. Prioriterte tiltak knyttet til overordnet risikoanalyse må følges opp månedlig i interne ledermøter

15.6. Sikkerhetsstyring

Revisjon av regional handlingsplan for oppfølgingen av læringspunkter knyttet til pandemien må ferdigstilles og følges opp. Arbeidet med regionale beredskapsplaner innenfor informasjonssikkerhet planlegges ferdigstilt i løpet av 1. halvår 2022.

15.7. Økonomistyring

Demografisk utvikling har gjort at helseforetakene har mistet ca. 150 millioner kr/år fra basisrammen. Det er grunn til å tro at utviklingen fortsetter. Dette innebærer vesentlig risiko for at investeringsplanen må bremses. Helse Nord RHF må utarbeide en regional omstillingsplan, og ha tett samarbeid med helseforetakenes styrer og ledelse for å sikre gjennomføringskraft.

Situasjonsforståelsen må forankres i en kommunikasjonsplan for interne og eksterne interessenter, samt Helse- og omsorgsdepartementet.

For å tydeliggjøre hvor store ressurser som settes av til drift av det regionale helseforetaket og hvor stor del av rammen som holdes igjen som sentral buffer i den økonomiske planen bør rapportering til styret skille mellom sentrale reserver og resultat som følge av drift.

Forutsetning for eventuell reduksjon av reserver er at det utvikles større sikkerhet for at foretakene oppnår resultater i tråd med krav.

15.8. Miljøstyring

Helse Nord innfører felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen fra og med 2022. Det er i denne sammenheng etablert en *Felles miljøstrategi* skal ha høy prioritet, ref. helsepolitiske mål om å redusere miljøutslipp med 40%

15.9. Risikostyring

Helse Nord RHF har ikke tilstrekkelige rutiner og retningslinjer for gjennomføring av risikovurderinger. Det skal gjennomføres et arbeid for å utarbeide slike retningslinjer, og for å harmonisere slike prosesser i virksomheten.

Referanse

1. Overordnet sammenstilling av risikobildet innen informasjonssikkerhet i Helse Nord 2021 - U.OFF jfr. offentleglova § 24, 3. ledd

Vedlegg

1. Ledelsens gjennomgang. Innspill fra AU-RBU etter møte 9.2.2022

Ledelsens gjennomgang. Innspill fra AU-RBU etter møte 9/2-2022

RBU-AU fattet følgende vedtak 9.2.2022:

Vedtak:

1. RBU-AU har følgende innspill til ledelsens gjennomgang 2021:
 - a. Det vurderes at det er blitt en økt interesse for brukersynspunkter i styringslinjen i Helse Nord RHF. I saksdokumentene etterspørres RBUs råd og innspill i større grad enn tidligere. Innspill innhentes også tidligere i prosesser. RBU har fått færre saker som kun skal tas til orientering. Dette vurderes som positivt.
 - b. Saksdokumentene er omfattende og utfyllende. At det har vært sendt leseveiledning sammen med dokumentene har ført til at det ble lettere å prioritere hva som er viktigst å lese grundig før møter.
 - c. OD – prosessen er forbedret. Det er blitt en bredere prosess med tidligere involvering.
 - d. RBUs mulighet til å ta opp saker på eget initiativ er forbedret.
 - e. At AD stiller i møtene med RBU vurderes som meget positivt.
 - f. RBU har fått ungdomsperspektivet bedre inn i saksbehandlingen gjennom å ha egen ungdomsrepresentant.
 - g. Innføring av First Agenda og tilbud om lån av utstyr har bidratt til bedre muligheter for god saksbehandling, blant annet har det ført til bedre tid til forberedelser. Saksdokumenter per post hadde sine fordeler, men dokumentene kom ofte fram bare få dager før møtet.
 - h. Generelt om sakene som kommer til behandling i RBU: RBU er opptatt av at tilbudet til mennesker med langvarige lidelser og sammensatte behov sikres, inkludert pasienter som faller mellom alle stoler. RBU ønsker seg flere saker som omhandler prioritering av tjenester til disse gruppene gjennom for eksempel tjenesteinnovasjon og sektorovergripende tiltak.
 - i. RBU ber om at det vurderes å ha to brukerrepresentanter som observatører i styret i Helse Nord RHF. De har dette i Helse Sør-Øst og i Helse Midt.
 - j. For representanter som trenger lesestøtte er det ønskelig at det legges til rette for å få saksdokumentene i andre filformater enn Pdf.
 - k. RBU har fått god oppfølging, tilrettelegging og veiledning av sekretæriatet i Helse Nord RHF i 2021.

2. Innspill til ledelsens gjennomgang bør settes opp som fast sak i januarmøtene i RBU hvert år (årshjulet).

Forslag til tekst til ledelsens gjennomgang:

Involvering av RBU:

Alle møter i Regionalt brukerutvalg er gjennomført etter oppsatt plan med formøter i arbeidsutvalget i 2021. Et ekstraordinært møte ble gjennomført i desember. De fleste møtene i Regionalt brukerutvalg ble grunnet pandemien gjennomført digitalt, med god deltagelse. Innhenting av brukersynspunkter har vært vektlagt i saker behandlet i RBU, men også gjennom oppnevning av brukerrepresentanter i arbeidsgrupper, styringsgrupper, fagråd og andre utvalg. Leder i Regionalt brukerutvalg har deltatt som observatør i alle styremøtene i Helse Nord RHF i 2021.

Tilbakemelding fra RBU:

Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg gir følgende tilbakemelding:

RBU ble i 2021 involvert tidligere og bredere i mange saker og prosesser. Saksdokumentene til møtene var utfyllende med tydelig spørsmål om brukererfaringer og innspill. Synspunktene deres ble etterspurt og fulgt opp og de fikk færre saker som kun skulle tas til orientering. Dette vurderes som positivt.

Regionalt brukerutvalg hadde i 2021 for første gang egen ungdomsrepresentant. Dette har bidratt til en større bevissthet om ungdommers behov i møte med spesialisthelsetjenesten.

Regionalt brukerutvalg verdsetter at administrerende direktør deltok på de fleste RBU-møtene i 2021.

Regionalt brukerutvalg er tilfreds med oppfølgingen og tilretteleggingen de har fått fra Helse Nord RHF i 2021. De vurderer at Innføring av First Agenda og tilbud om lån av utstyr har bedret saksbehandlingen.

Muligheter til forbedring:

RBU ber om at det vurderes å ha to brukerrepresentanter som observatører i styret i Helse Nord RHF. De har dette i Helse Sør-Øst og i Helse Midt.

For representanter som trenger lesestøtte er det ønskelig at det i framtiden legges til rette for å få saksdokumentene i andre filformater enn Pdf.