

Møtedato: 24. februar 2021
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Klæboe Nilsen, Holand/75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 17.2.2021

Styresak 11-2021

Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2020

Saksdokumentene var ettersendt.

Formål

Formålet med saken er å informere styret i Helse Nord RHF om ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2020. Rapporten (vedlegg 1) ble behandlet av ledergruppen i Helse Nord RHF i møte 5. og 26. januar 2021.

Implementeringen av tiltakene i rapporten skal bidra til forbedring av vår virksomhet. Det skal være økt *kvalitet* i arbeidsprosesser innad i vår virksomhet og større *trygghet* for at virksomheten har et systematisk forbedringsarbeid, som skal være 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 egnet til at vi oppnår nasjonale og regionale styringsmål?
- Er risikostyring nok implementert i styringssystemet – er den strategiske risikoen vurdert i RHF-ets strategiske beslutninger?

Virksomheten og virksomhetsstyring

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 i saken som det regionale helseforetakets virksomhet. I 2019 hadde saken en dreining mer mot RHFet enn tidligere år, og i 2020-rapporten har vi styrket denne dreiningen av fokus. RHFets styringssystem beskrives derfor grundigere og så presist som mulig i årets gjennomgang, med tilhørende vurderinger av hvilken effekt de ulike elementene i styringssystemet har, om de fungerer etter intensjonen og om de etterleveres. Ut fra dette er det gjort vurderinger av om effekten er at

styringssystemet hemmer eller fremmer måloppnåelsen av de nasjonale og regionale styringsmålene.

Vurderingene i ledelsens gjennomgang 2019

Det vises til *styresak 21-2020 Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2019 med risikovurdering av overordnede mål* (styremøte 26. februar 2020) hvor styret i Helse Nord RHF vedtok følgende i vedtakets punkt 2: *Styret erkjenner at foretaksgruppen har forbedringspunkter i forhold til oppfyllelse av forskriften, og ber adm. direktør følge opp forslag til forbedring av styringssystemet som er kommet frem under Ledelsens gjennomgang for 2019. Styret ber om å få lagt frem en oppfølgingssak i styremøte i juni 2020 som omhandler oppfølgingen av forbedringspunktene.*

Det vises også til *styresak 172-2020/5 Orienteringssak ad. forslag til forbedring av styringssystemet, oppfølging av styresak 21-2020* (styremøte 16. desember 2020). Styret ble der orientert om at saken som styret har bedt om i vedtakets punkt 2 i styresak 21-2020 i utgangspunktet vil slås sammen med Ledelsens gjennomgang 2020. Dersom det som vil framkomme i organisasjonsutviklingsprosessen og Ledelsens gjennomgang 2020 viser seg å ikke dekke hele bestillingen fra styret i vedtakets punkt 2 i *styresak 21-2020*, vil administrasjonen komme tilbake til styret med en egen sak om dette våren 2021.

Ledelsens gjennomgang 2020

Det er beskrevet og vurdert ni ulike forhold ved vårt styringssystem i saken:

- Utarbeidelse av oppdragsdokumentet
- Oppfølging av krav i oppdragsdokumentet
- Prosedyrer og rutiner
- Intern organisering i RHF-et
- Kompetanse i RHF-et
- Kvalitetssystem/avvikshåndtering
- Elektroniske verktøy og dokumentstyringssystem
- Porteføljestyring
- Prosessbeskrivelser for risiko- og mulighetsvurderinger

Tiltak i ledelsens gjennomgang

Følgende tiltak identifiseres i ledelsens gjennomgang for 2020 (ref. kapittel 6):

1. Det skal lages en oversikt over de viktigste råd, utvalg og prosesser som utgjør styringsdialogen mellom RHF-et og helseforetakene, utover og i tillegg til de elementene som er gjennomgått og pekt på i denne saken (ref. kap. 3.1 og 3.3). RHF-et skal ha en samlet oppdatert oversikt over hvilke elementer som inngår i styringsdialogen i dag, og bevisstgjøre ledere og medarbeidere på riktig bruk av de ulike arenaene og nettverkene.
2. Helse Nord RHF skal gjennomgå egne styrende dokumenter for å sikre at disse er i tilstrekkelig omfang og at det er utarbeidet oppdatert og riktig dokumentasjon for virksomhetskritiske områder.
3. Det skal iverksettes et oppfølgingsprosjekt etter at ny organisering som følge av OU-prosessen i 2020–2021 er besluttet, for å sikre en god iverksetting av endringer og ivaretagelse av medarbeidere.

4. Helse Nord RHF skal sikre at styringssystemet vårt ivaretar at virksomheten iverksetter den overordnede strategien som er under utarbeidelse.
5. Elektroniske systemer og verktøy som benyttes i foretaket må gjennomgås samlet. Gjennomgangen skal tydeliggjøre formål, behov, bruksområder og beskrive/definere grenseopp ganger mellom de ulike systemene. Opplæring av ansatte skal prioriteres

Medbestemmelse

Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2020 skal drøftes med foretakstillitsvalgte og -verneombud 19. februar 2021. Protokoll gjøres tilgjengelig for styret i forkant av styremøte 24. februar 2021. Konserntillitsvalgte og -verneombud orienteres om saken i dialogmøte 19. februar 2021.

Adm. direktørs vurdering

Adm. direktør viser til de beskrevne utfordringene i kap 4.2. i saken på noen utvalgte områder.

Særskilt aktuelle overordnede utfordringer for 2021 er:

- Å være i fortsatt beredskap og samtidig ha normal drift og utvikling
- Følge opp «sørge for»-ansvaret spesielt med tanke på å hente inn etterslep etter pandemien, ut fra aktivitetsdata og ventelister
- Iverksette ny strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

Ledelsens gjennomgang for 2020 viser at Helse Nord RHF har blitt mer systematisk i sin tilnærming til virksomhetsstyring. Adm. direktør vurderer at tiltakene identifisert i ledelsens gjennomgang vil bidra til forbedring av styringssystemet og at de vil fremme virksomhetens evne til effekt på måloppnåelsen av de nasjonale og regionale styringsmålene, og de utfordringene som er beskrevet.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang av virksomheten 2020 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør følge opp forslag til forbedring av styringssystemet som er kommet frem under *Ledelsens Gjennomgang for 2020*.

Bodø, den 17. februar 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: Ledelsens gjennomgang 2020, datert 9. februar 2021

Ledelsens gjennomgang 2020



En gjennomgang av styringssystemet i Helse Nord RHF

9. februar 2021

Innhold

1. Formål	3
2. Gjennomføring	4
3. Styringssystem for Helse Nord RHF's virksomhet.....	4
3.1 Overordnet om styringssystemet	4
3.2 Lover og forskrifter som regulerer virksomheten	6
3.3 Samarbeid med øvrige RHF	7
3.4 Felleseide helseforetak	8
3.5 Forholdet til øvrig statsforvaltning.....	8
3.6 Om dokumentstyrings- og avvikssystemet.....	9
4. Risiko og forbedringsområder.....	10
4.1 Vesentlige hendelser 2020	10
4.2 utfordringer i 2021	12
5. Ledelsens gjennomgang	14
5.1 Vurdering av oppfølgingsområder fra ledelsens gjennomgang 2019.....	14
5.2 Identifiserte områder for ledelsens gjennomgang 2020	15
5.3 Styringssystemets understøttelse av måloppnåelse på våre styringsmål.....	23
6. Ledelsens gjennomgang - tiltak.....	25

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 2020 setter styringssystemet i RHF-et i fokus i enda større grad enn tidligere år, og ikke for foretaksgruppen. Helseforetakene har sine egne ledelsens gjennomgang.¹

Virksomheten og virksomhetsstyring

Styringssystemet er *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* (forskriften §4).

Virksomheten vår defineres som *det regionale helseforetakets virksomhet*, med de to rollene som utøver av "sørge for"-ansvaret og eieransvaret. Vi beskriver virksomhetsstyringen slik den har vært i RHF-et i 2020.

Ledelsens gjennomgang (kap. 5) 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?

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

2. Gjennomføring

Ledelsens gjennomgang ble gjennomført i perioden oktober 2020–januar 2021 av en intern arbeidsgruppe og ledergruppen med hovedaktivitetene:

- Vurdere hvordan og i hvilken grad anbefalingene i ledelsens gjennomgang 2019 er ivaretatt.
- Beskrive effekten av Helse Nord RHF's styringssystem, og om det fungerer etter intensjonen.
- Identifisere utfordringsbildet og kommende risikoer vi må ta høyde for på kort og mellomlang sikt.
- Utarbeide et grunnlag for ledergruppens vurdering av risiko- og forbedringsområder i styringssystemet.
- Ledergruppens gjennomgang i to møter i ledergruppen i januar 2021 med gjennomgang av informasjonsgrunnlag, vurdering og forslag til tiltak fremkommet i prosessen.

I arbeidet med å beskrive effekten av Helse Nord RHF's styringssystem er det blitt tydelig for arbeidsgruppen og ledergruppen at for å beskrive dette har det vært riktig å fokusere bare på RHF-ets styringssystem. I 2019 hadde saken en dreining mer mot RHF-et enn tidligere år, og i 2020-rapporten har vi styrket denne dreiningen av fokus. RHF-ets styringssystem beskrives derfor grundigere og så presist som mulig i årets gjennomgang, med tilhørende vurderinger av hvilken effekt de ulike elementene i styringssystemet har, om de fungerer etter intensjonen og om de etterleveres. Ut fra dette er det gjort vurderinger av om effekten er at styringssystemet hemmer eller fremmer måloppnåelsen av de nasjonale og regionale styringsmålene.

3. Styringssystem for Helse Nord RHF's virksomhet

3.1 Overordnet om styringssystemet

Styringssystem omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivning eller andre pålegg/oppdrag.

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

Hovedoppgavene og overordnet styring av virksomheten er definert i vedtektene. Helse Nord RHF får sine krav, mål og rammer for virksomheten fra vår eier, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), gjennom årlige oppdragsdokument og foretaksmøter. *Nasjonal helse- og sykehusplan* er grunnlag for oppdragsdokument og foretaksprotokoller til de regionale helseforetak. 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 i foretaksmøtene.² Å sikre at Helse Nord RHF har gode rutiner for å

² Jf. HODs veileder for styrearbeid i regionale helseforetak og helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring

planlegge aktivitetene som eierkravene utløser, gjennomføre og følge opp disse styringskravene er sentralt for vår virksomhetsstyring.

Regional utviklingsplan 2035 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 endringstiltak.

Se figur 1 for illustrasjon av hvordan vår virksomhets aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.



Figur 1 - Helse Nords helhetlige styringsprosess. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig.

Helse Nord RHF har også en utstrakt *styringsdialog* med egne helseforetak for å følge opp og holde seg orientert om virksomheten og at virksomheten drives i samsvar med kravene overlevert i foretaksmøtene med egne helseforetak. Regionale direktørmøter og fagsjefmøter, samt andre regionale møtearenaer og nettverk på ledelsesnivå på de fleste av RHF-ets områder er også endel av denne styringsdialogen.

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

3.2 Lover og forskrifter som regulerer virksomheten

Noen utvalgte sentrale lover og forskrifter, som regulerer virksomheten for Helse Nord RHF, fremgår av tabell 1 nedenfor.

Helseforetaksloven	Offentlighetsloven
Lov om spesialisthelsetjenesten	Forvaltningsloven
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren	Arkivloven
Pasient- og brukerrettighetsloven	Regnskapsloven
Personopplysningsloven	Arbeidsmiljøloven
Sikkerhetsloven	Lov om offentlige anskaffelser
Sameloven	Likestillingsloven
Helseberedskapsloven	

Tabell 1 – Utvalgte sentrale lover og forskrifter som regulerer virksomheten Helse Nord RHF

3.2.1 Vurdering – overholdes gjeldende lover og forskrifter

Tabell 1 viser hvilket lovverk som er særskilt vurdert. Vurderingen er at det er behov for forbedring av etterlevelse av noen områder som beskrevet under.

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 2021.

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 opptre som databehandler. For eksempel i de tilfeller hvor det regionale helseforetaket behandler potensielt personidentifiserbare opplysninger i Helse Nord ledelsesinformasjonssystem på vegne av helseforetakene.

Det har ikke vært gjennomført en evaluering av behandlingsprotokollen i 2020.

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 i 2020.

Sikkerhetsloven

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.

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 2021.

Det er gjort forberedende investeringer for etablering av nasjonalt begrenset nett i RHF. Etableringen ferdigstilles første kvartal 2021. Det er også gjennomført kartlegging som grunnlag for departementets arbeid med utpeking av skjermingsverdige verdier.

Helseforetaksloven og offentlighetsloven

Helseforetakslovens bestemmelser om åpne styremøter vurderes som godt ivaretatt. I 2020 har fokus vært på å øke bevisstheten rundt møteoffentlighet og dokumentoffentlighet for å synliggjøre skillet og få frem begrunnelsen for å lukke styremøter der det er vurdert som tvingende nødvendig. Kunnskapen om offentlighetslovens bestemmelser kan likevel forbedres. Saker blir ikke unntatt offentlighet uten tilstrekkelig grunn, men feil unntakshjemmel opptrer med jevne mellomrom. Fristene for å behandle innsynsbegjæringer overholdes i de fleste tilfeller. Merinnsynsvurderingene og informasjon om klageadgang kan forbedres.

Lov om offentlige anskaffelser

Anskaffelsesregelverket vurderes godt ivaretatt.

Arbeidsmiljøloven

Helse Nord RHF har god kontroll på arbeidstidsbestemmelser. Vernetjeneste er etablert og AMU har jevnlig møter som behandler pålagte oppgaver.

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.

3.3 Samarbeid med øvrige RHF

Noen av oppdragene i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll fra HOD til Helse Nord RHF forutsettes løst gjennom interregionalt samarbeid. Disse oppdragene organiseres vanligvis som interregionale prosjekter eller tidsavgrensede arbeidsgrupper satt opp for det enkelte oppdrag. Medarbeidere fra de aktuelle deler av Helse Nord RHF's virksomhet deltar i arbeidet slik det organiseres av det RHF-et som er gitt ledelsen av oppdraget. Det angis i oppdragsdokumentet fra HOD hvilken region som er ansvarlig for å lede arbeidet.

Vi viser også til at vi har en utstrakt langsgående styringsdialog og samarbeid med øvrige RHF gjennom faste møtearenaer. Det er flere permanente møtearenaer på alle RHF-ets områder i tillegg til de interregionale møtene mellom de fire administrerende direktørene.

Mange av de interregionale foraene er også styringsgrupper for interregionale prosjekter.

3.4 Felleseide helseforetak

Helse Nord RHF løser også oppgaver sammen med øvrige RHF gjennom felleseide helseforetak; Pasientreiser, Luftambulansetjenesten, Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO), Sykehusbygg og Sykehusinnkjøp.

De felleseide foretakenes virkeområde er regulert i vedtektene, der de fire eierne sammen har definert hvilken rolle og funksjon foretakene skal fylle for å ivareta sørge for-ansvar på sine områder. De felleseide foretakene styres også gjennom foretaksmøter og får årlige oppdragsdokument, og har formelle oppfølgingsmøter knyttet til tertialoppfølging og foretaksmøter. Utviklingsplaner for de felleseide selskapene vedtas av styrene i de regionale helseforetakene.

De fire administrerende direktørene i RHF-ene har fullmakt fra styrelederne til å ivareta eierskapet, og utgjør foretaksmøtet.

De felleseide foretakene har egne styrer. Helse Nord RHF har som en av fire eiere styremedlemmer i alle felleseide helseforetak, og styreleder i ett av dem.

3.5 Forholdet til øvrig statsforvaltning

Noen sentrale aktører i den sentrale statsforvaltningen legger noen premisser for virksomheten i RHF-ene, uten at de er en del av styringslinjen.

Helsedirektoratet utarbeider og publiserer normerende produkter form av nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonale faglige råd, og rundskriv som gir råd og anbefalinger til helsetjenestene og til befolkningen. I de normerende produktene gir Helsedirektoratet råd og anbefalinger på områder med behov for nasjonal normering eller der det er ønskelig å gi nasjonale råd og praktiske eksempler. Temaene kan være relatert til forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering, organisering eller pasientforløp. Helsedirektoratets råd og anbefalinger er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel

- hva som er god faglig praksis
- hvordan relevant regelverk skal tolkes
- hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenesteområdet og andre tilgrensende sektorer.

Helsedirektoratet inviterer sektoren, inkludert RHF-ene, inn til arbeid i ulike fagsaker, enten prosjektbasert eller i rådgivende grupper over tid.

Direktoratet for e-helse ble opprettet 1. januar 2016 på bakgrunn av behovet for sterkere nasjonal styring og bedre organisering av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse skal sørge for nasjonal styring, samordning og koordinering i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljø og interesseorganisasjoner, for å oppnå økt kvalitet og effektivitet, bedre samhandling mellom helseaktører og tilrettelegging for en mer aktiv pasientrolle. Direktoratet gjør dette gjennom nasjonal styringsmodell for e-helse og samhandler med sektoren gjennom faste styrer og utvalg samt ulike prosjekt- og referansegrupper knyttet til program og prosjekt i direktoratets portefølje. Helse Nord RHF er representert i styringsmodellen for e-helse.

Helse Nord RHF's virksomhet må også forholde seg til Helsetilsynet og Riksrevisjonen, som begge har store tilsyns- og kontrolloppgaver med både RHF-ets virksomhet og foretaksgruppens virksomhet.

Innad i regionen har Helse Nord RHF samarbeid med **Statsforvalteren**. Det er faste halvårslige kontaktmøter mellom Statsforvalteren v/fylkeslegen i de to fylkene, og Helse Nord RHF. I tillegg er det faste, samt situasjonsbetingede, møter i fylkesberedskapsrådet der Helse Nord RHF deltar.

Det er også samarbeid med **Sysselmannen på Svalbard**. RHF deltar i årlige sivil-militære møter der også Sysselmannen deltar, og samarbeider med sysselmannen i forbindelse med oppdrag fra HOD. «Sørge for»-ansvaret for helsetjenester, inkludert beredskap, på Svalbard er tillagt UNN HF og ivaretas til daglig av Longyearbyen sykehus.

3.6 Om dokumentstyrings- og avvikssystemet

Helse Nord har siden 2004 benyttet Docmap som dokumentstyrings- og avvikssystem. Avtalen med Docmap er løpende, og den har ikke vært konkurranseutsatt siden anskaffelsen ble gjennomført.

Det har de siste årene, kommet flere innspill på at systemet ikke lenger tilfredsstiller forventningene som tjenestene har til funksjonalitet og brukervennlighet. Noen eksempler på kjente utfordringer med dagens versjon av Docmap er:

- vanskelig å finne overordnede regionale prosedyrer, bl.a. pga. svak søkefunksjon
- lite intuitivt brukergrensesnitt
- ikke optimalisert for mobile plattformer
- ikke mulighet for tilgjengelighet offline (prehospitalt)
- manglende funksjonalitet knyttet til samhandling (tilgang til å melde samhandlingsavvik og dele styrende dokumentasjon)

Alle ansatte i foretaksgruppen skal ha tilgang til systemet – og tilgangen til Docmap er styrt etter rolle og funksjon. Det enkelte helseforetaket i regionen har ansvar for, og kontroll med, egne virksomhetsspesifikke dokumenter og avvik. Alle dokumenter styres etter gyldighetsområde(r) som angis på dokumentnivå, og alle helseforetakene har anledning å søke opp dokumenter og prosedyrer som benyttes i andre helseforetak. Styrende dokumentasjon kan også gis regional gyldighet og skal da være under kontroll av Helse Nord RHF.

Det er gjennomført et forprosjekt som anbefaler at det skal gjennomføre en anskaffelse av en regional løsning som ivaretar bruksområder i dagens løsning (dokument- og avvikshåndtering), samt eventuelt risikovurdering og annen funksjonalitet.

4. Risiko og forbedringsområder

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten angir i §6:

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*

Grunnlaget for å vurdere risiko og forbedringsområder vil være flere ulike kilder:

- Funn fra tidligere gjennomførte ledelsens gjennomgang
 - dokumentert informasjon om i hvilket omfang målsettinger og krav er oppfylt
 - krav fra eier stilt i oppdragsdokument, foretaksmøter, andre gitte oppdrag
 - interne målsettinger og krav
- resultater av interne og eksterne revisjoner
- omfanget og alvorlighetsgrad for uønskede hendelser og avvik
- tilbakemeldinger fra interessenter, samarbeidspartnere og brukere
- resultater fra gjennomførte risikovurderinger og status på arbeidet med å håndtere risiko

På grunn av at pandemien har preget mye av virksomheten i hele samfunnet i 2020, har vi i denne ledelsens gjennomgang også valgt å se på hendelser i 2020 som har påvirket virksomheten i vesentlig grad, samt forsøkt å identifisere særlige utfordringer for 2021.

4.1 Vesentlige hendelser 2020

I 2020 har det vært vesentlige hendelser som har påvirket virksomhetens oppgaver. Ikke alle disse var identifisert som risikoområder ved ledelsens gjennomgang 2019.

4.1.1 Covid-19

Siden februar har Helse Nord RHF vært i beredskap, der hovedoppgaven har vært å ivareta egen beredskap i Helse Nord, og følge opp de nasjonale krav og forventninger til helsetjenesten og befolkningen.

Utvikling av beredskapsplaner og tiltak har medført at flere av de ordinære oppgaver er forskjøvet. Dette har vært i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets beslutninger og føringer. Bl.a. har resultatkrav for planlagte spesialisthelsetjenester blitt endret, og pasientrettigheter ble midlertidig suspendert. Oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF, og oppdragsdokumentene til helseforetakene i Helse Nord, har blitt revidert grunnet pandemien.

Helse Nord RHF har hatt en omfattende koordineringsoppgave overfor helseforetakene, med hovedvekt på å bygge opp intensivkapasitet basert på Folkehelseinstituttets scenario. Hovedutfordringene har vært personell og kompetanse, forsyning av smittevernutstyr og medisinsk teknisk utstyr til intensivbehandling, kapasitet i luftambulansetjenesten og ordinære pasientreiser. De etablerte regionale og nasjonale beredskapslagrene for smittevernutstyr vil gjøre oss bedre rustet ved neste hendelse. Det samme vil det nasjonale lageret av legemidler.

Som ledd i gjennomføring av den nasjonale TISK³-strategien ga Helse Nord RHF UNN og Nordlandssykehuset i oppdrag å styrke analysekapasiteten for påvisning av SARS-CoV-2, og ga godkjenning for nødvendige investeringer for å nå målet om ukentlig å kunne teste 5% av befolkningen i regionen. I Helse Nord er det nå etablert kapasitet til ukentlig å kunne teste 5,1% av befolkningen.

Det er også gjort betydelige investeringer i IKT-infrastruktur for å legge til rette for digital samhandling. Selv om helseforetakene har lagt om driften, herunder økt andel videokonsultasjoner, er det ved inngangen til 2021 fortsatt etterslep i planlagte helsetjenester.

Helse Nord RHF har også gitt innspill til nasjonal strategi for turismen på Svalbard, og om tiltak på grensen mellom Norge og nabolandene.

Mye av aktiviteten beskrevet ovenfor er resultat av godt arbeid i både regionale og nasjonale nettverk, blant annet innen HR, innkjøp, intensiv, laboratorie og sengekapasitet.

I beredskapsarbeidet under pandemien har det vært en betydelig grad av regional samordning og koordinering, herunder nært samarbeid med Statsforvalterne og fylkeskommunene, samt et godt samarbeid med Forsvaret.

Det er gjort en intern evaluering av beredskapen og denne rapporten må følges opp. Del to (med eksterne aktører) og del tre (brukere) pågår. Alle rapportene med bevaringspunkter og forbedringspunkter må følges opp i 2021.

³ T-testing, I-isolering, S-smittesporing, K-karantene

4.1.2 Nye Helgelandssykehuset

I foretaksmøtet i januar 2020 besluttet statsråden ny struktur for Helgelandssykehuset med en løsning med **ett** sykehus lokalisert på to steder: ett akuttisykehus i Mo i Rana og ett i akuttisykehus i Sandnessjøen og omegn. I tillegg videreføres arbeid med distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund. I konseptfasen skal etablering av poliklinisk somatikktilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen utredes. Akuttisykehuset i Sandnessjøen og omegn skal være hovedsykehus.

Styringsdokument for konseptfasen er vedtatt, arbeidet er kommet i gang, dog ca. 6 md. forsinket pga. pandemien. Det er stor offentlig interesse knyttet til prosessen. Det er derfor ventet at prosjektet vil kreve betydelig oppmerksomhet for Helse Nord RHF også i 2021.

4.1.3 Kreftkirurgi

Helse Nords regionale kreftplan skal bidra til tilgjengelig og kvalitetssikret kreftbehandling i regionen. Diskusjonene knyttet til tarmkreftkirurgien i Helgelandssykehuset har aktualisert arbeidet med revisjon av kreftplanen. Planen skulle vært revidert i 2020, men arbeidet er utsatt til 2021 på grunn av covid-19-pandemien. Det er utarbeidet veileder for funksjonsdeling, og denne skal legges til grunn når funksjonsdeling av kreftkirurgi skal behandles.

4.2 utfordringer i 2021

Dette kapitlet beskriver *noen* større utvalgte utfordringer i 2021, som må hensyntas i planleggingen av virksomheten, hva som må gjennomføres, evalueres og eventuelt korrigeres ved årets slutt. Ledelsen må være oppmerksom på at virksomheten må fange opp disse på en god måte, og at styringssystemet ivaretar at tiltak blir iverksatt, herunder at det må gjøres risikovurderinger for disse områdene.

I Helse Nord RHF's regionale utviklingsplan 2035 er utfordringsbildet framover beskrevet, og disse vil også gjelde i 2021. Pandemisituasjonen i 2020 har gjort noen av disse utfordringene mer aktuell, og forsterket behovet for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av disse aktivitetene.

Særskilt aktuelle utfordringer for 2021 er:

- Å være i fortsatt beredskap og samtidig ha normal drift og utvikling
- Følge opp «sørge for»-ansvaret spesielt med tanke på å hente inn etterslep etter pandemien, ut fra aktivitetsdata og ventelister
- Iverksette ny strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

Rekruttere og beholde personell

Å rekruttere og å beholde fagpersonell er vår største utfordring. Deler av vår virksomhet er i for stor grad avhengig av vikarinneleie. Mange vikarer er faste, kjenner arbeidsplassen godt og har stor verdi i tjenesten. Samtidig er en for stor andel vikarer innom i kort tid. Koronapandemien har vist oss at stabiliteten i tilgangen på vikarer fra Sverige og Danmark raskt blir utfordret. Helse Nord har som mål å redusere vikarinneleie og øke andelen fast ansatte.

Framskrivninger av behovet for helsepersonell versus tilgangen til helsepersonell viser at behovet er større enn tilgangen (SSB-rapport 2019-11: Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035). Det betyr at vi må endre måten tjenestene gis. Teknologi og e-helse er løsningen på noe i denne nødvendige endringen, men kan ikke løse alt.

Kvalitet i pasientbehandlingen

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må få økt fokus i 2021. SKDE rapport nr. 1/2021: Helseatlas for kvalitet, viser at kvaliteten i utvalgte nødvendige helsetjenester varierer avhengig av pasientens bosted. Rapporten viser at Helse Nord har flere områder hvor kvaliteten må forbedres. Det må arbeides målrettet med å sikre at pasientbehandlingen er i samsvar med nasjonale retningslinjer. Reduksjon av variasjon i behandlingskvaliteten ved alvorlige tilstander skal prioriteres.

Kliniske studier

Kliniske studier integrert i virksomhetene er et økende krav. Pasientene får i økende grad rett til å bli med i studier, dersom de tilfredsstillter inklusjonskravene. Denne delen av forskningskravene til våre sykehus, for å drive kunnskapsbasert, vil bli en større utfordring framover. Det er ressurskrevende både fordi vi er den helseregionene med knappest pasientgrunnlag og små fagmiljøer. Det krever dedikert personell, men også god informasjon om pågående studier og logistikk. Det gir videre muligheter for økt samarbeid nasjonalt og internasjonalt, men ikke minst også regionalt, der Helse Nord RHF må være med og tilrettelegge.

Samiske helsetjenester

Helse Nord RHF skal følge opp arbeidet med helsetjenester til den samiske befolkningen, ut fra strategidokumentet som er behandlet i styrene i alle de fire regionale helseforetakene. Helse Nord RHF har et særskilt ansvar for å følge opp strategien på venge av alle, og dette skal gjøres sammen med Finnmarkssykehuset – Sámi klinihkka.

Teknologi og e-helse

Helse Nord investerer mye i teknologi og e-helse. I vår landsdel vil tjenester basert på teknologi kunne løse både lange avstander for pasienter og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Den medisinske utviklingen går raskt, og mange av forbedringene er teknologiske. Befolkningsutviklingen i Nord-Norge tilsier at vi fram mot 2035 blir omtrent like mange mennesker i landsdelen som i dag (NOU 2020:15 Det handler om Norge), med en større konsentrasjon av befolkningen i byene. For Helse Nord del er det av betydning for utviklingen av tjenestetilbudet å kunne gi helsetjenester til hele befolkningen, uansett hvor de bor.

Også legemiddelområdet er i kraftig utvikling, med persontilpasset medisin som ett eksempel. Alt dette vil koste, og vi har betydningsfulle prioriteringer foran oss.

Informasjonssikkerhet

I Helse Nord er det utarbeidet et *regionalt styringssystem* for informasjonssikkerhet, og det ble foretatt en omfattende revisjon i regi av regionalt fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS) i perioden 2017-2018. I oppdragsdokumentet for 2019 ble det gitt i oppdrag å implementere det

reviderte styringssystemet. Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon om viser imidlertid at styringssystemet ikke er tilstrekkelig implementert.

Riksrevisjonens revisjon om informasjonssikkerhet må følges opp og vil ha stor betydning for prioritering og ledelsesoppmerksomhet i 2021. Helse Nord RHF vil i prosessen med å utvikle handlingsplan peke på nødvendigheten av å sikre prioritet for å lukke avvik og følge opp risiko- og sårbarhetsområder. Foretaksgruppen må i samarbeid jobbe strukturert, forutsigbart og langsiktig med ulike fokusområder for at regionen som helhet skal oppnå tilfredsstillende nivå for informasjonssikkerhet.

Dette omfatter blant annet:

1. Styrke Helse Nord's samlede evne til å beskytte seg mot, oppdage og håndtere et cyberangrep ved å videreutvikle den tekniske sikkerhetsplattformen.
2. Formalisere ansvar og oppgaver relatert til IKT i Helse Nord.
Med andre ord videreutvikle, og implementere regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet i tråd med bla. NSMs grunnprinsipper og anbefalte tiltak.
3. Forbedre og videreutvikle generell sikkerhetskultur i foretaksgruppen.
4. Kompetanseutvikling innen informasjonssikkerhet for alle i Helse Nord.

Økonomi

Foreløpig økonomisk resultat for 2020 viser et overskudd på 551 mill. kr som er om lag 100 mill. kr bedre enn forutsetningene i økonomisk langtidsplan. Resultatet i 2019 var 93 mill. kr svakere enn forutsatt i planen.

Økonomisk utvikling gjennom året har medført store avvik knyttet til covid-19-pandemi, noe som igjen har medført at helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har hatt rom for å arbeide med omstilling. Bemanning er økt i løpet av året, og tiltakene som innebærer reduksjon av kostnader til lønn og innleie av personell er i stor grad utsatt til neste år.

I 2021 må det jobbes med å innhente etterslepet som har oppstått som følge av covid-19-pandemien. Det må arbeides med å iverksette planlagte tiltak i 2020 for å redusere kostnader på sikt, samtidig med at vi skal være i fortsatt beredskap. Helse Nord RHF må innrette sin styring mot tettere oppfølging av omstillingen i helseforetakene.

Det vises til styresak 43-2020 *Styrke økonomisk bærekraft - fase 2 – utkast til mandat - oppfølging av styresak 122-2019* (styremøte 25. mars 2020), hvor det slås fast at bedre styring og kontroll med ressursplanlegging er anslått å ha potensial på 100–200 mill. kr/år.

5. Ledelsens gjennomgang

5.1 Vurdering av oppfølgingsområder fra ledelsens gjennomgang 2019

En av anbefalingene fra 2019 var å definere *styringssystemet* tydeligere. Vår vurdering er at vi gjennom ledelsens gjennomgang for 2020 er i prosess med å definere styringssystemet tydeligere.

Neste anbefaling var å korrigere svakhetene ved styringssystemet, slik beskrevet i rapporten for 2019. Noe av dette er gjort, og kommenteres mer i dette kapittelet.

Den tredje anbefalingen var å se til at medarbeidere forstår formål, rekkevidde og egen rolle i styringssystemet bedre. Vår vurdering er at det kan vises til flere gode pågående tiltak for å oppfylle denne anbefalingen, selv om det ikke er satt inn særskilte nye tiltak. Det innebærer blant annet lokale opplæringstiltak som «Helse Nord-skolen», med innføring i de ulike møteforaene og beslutningsarenaene i styringssystemet. Vi viser videre til det årlige internseminaret, samt organisasjonsutviklingsprosessen (OU-prosessen) som har pågått siden juni 2020.

Den siste anbefalingen var å styrke kompetansen og ressursene rundt virksomhetsstyring med utgangspunkt i omforent risikobilde og handlingsplaner knyttet til de tiltak som er definert som viktigste drivere⁴ for måloppnåelse. Dette arbeidet ble påbegynt, men er ikke i mål. Koronapandemien og andre forhold har gjort at dette arbeidet ikke er fullført, Også her vil OU-prosessen bidra, og arbeidet med ledelsens gjennomgang for 2020 har også medført at flere har styrket kompetansen og fokuset internt på kravene til virksomhetsstyring, risikobilde og drivere for måloppnåelse.

I arbeidet med å følge opp anbefalingene fra 2019 er dette gjort med fokus kun på RHF-ets virksomhet, jamfør begrunnelsen om at det er dette som utledes av forskriften når vi skal vurdere virksomhetens styringssystem, og at virksomheten er RHF-et. Anbefalingene fra ledelsens gjennomgang 2019 peker også i stor grad mot dette, og dekkes av utredningen i denne saken. Der det ikke gjøres, viser vi til helseforetakenes egne ledelsens gjennomgang, og videre utredning og definering av vårt eget styringssystem.

5.2 Identifiserte områder for ledelsens gjennomgang 2020

I ledelsens gjennomgang 2020 er det lagt vekt på å vurdere elementene beskrevet i kap 5.2.1-5.2.9 ved styringssystemet i RHF-et. Vurdering er gjort ut fra *i hvilken grad* elementet/verktøyet setter RHF-et i stand til å i størst mulig grad oppfylle krav fra vår eier og oppfylle nasjonale og regionale mål, samt identifisere hvor vi har risiko.

5.2.1 Utarbeidelse av oppdragsdokumentet

Her beskrives og vurderes organisering av prosessen med å utforme oppdragsdokument til helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene overleveres i foretaksmøtet i januar hvert år. Oppdragsdokumentet, som også omtales som den helsepolitiske bestillingen, inneholder krav og oppgaver til de regionale helseforetakene. Det baserer seg også på beslutningen om årets statsbudsjett i Stortinget.

⁴ Driver: Aktiviteter som må adresseres for å oppnå mål

Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til egne helseforetak er tilsvarende vårt formelle dokument som angir hvilke krav og oppgaver som vi gir våre helseforetak. Det bygger på vårt oppdragsdokument fra HOD, samt egne regionale krav som utarbeides i prosessen.

Utarbeidelsen av oppdragsdokumentet til egne foretak er en omfattende prosess med mange involverte: alle avdelingene i RHF-et, konserntillitsvalgte, det regionale brukerutvalget og våre helseforetak bidrar og kommer med innspill under prosessen.

Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokumentet, og godkjent oppdragsdokument overleveres formelt foretakene i foretaksmøtet i februar hvert år.

Vurdering

Formulering av krav til foretakene er utfordrende, og prosessen må ivareta at kravene balanseres med hensyn på antall krav, formulering, eierskap for oppfølging, rapporteringsfrekvens og hvordan måloppnåelse skal dokumenteres. Det vurderes at det er noe ulik forståelse av hvordan kravene overfor foretakene skal følges opp. Arbeidet med utarbeidelse av oppdragsdokumentet ledes av en gruppe på 2–3 personer som benytter et eget regneark i excel for dette.

Tilbakemeldinger de senere år peker i retning av at det er blitt bedre struktur på utarbeidelse og oppfølging av oppdragsdokumentet. Prosessen vurderes nå som god, men det er fortsatt rom for å strukturere prosessen bedre, tydeliggjøre formålet med oppdragsdokumentet ytterligere og etablere bedre verktøy for å utarbeide og dokumentere krav, ansvar, frister mv.

5.2.2 Oppfølging av krav i oppdragsdokumentet

Her beskrives og vurderes tiltak for oppfølging av krav i oppdragsdokumentet til HF-ene – virksomhetsrapporter, tertialrapporter, årlig melding, oppfølgingsmøter med HF-ene.

Oppdragsdokumentet angir frister for rapportering og tilbakemelding på status for de krav og oppgaver foretakene formelt skal svare ut gjennom året.

Tertialrapporter og årlig melding er foretakenes formelle rapportering til Helse Nord RHF på krav i oppdragsdokumentet, mens oppfølgingsmøtene (omlag 10 ganger per år) er formelle møtefora hvor det regionale helseforetaket følger opp helseforetakenes leveranser gjennom året.

Tilsvarende foretakenes årlige melding til RHF-et, rapporter også Helse Nord RHF samlet til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom egen årlig melding. Dette dokumentet utarbeides bl.a. på bakgrunn av vurdering av rapportering fra foretakene og beskriver hvordan det regionale helseforetaket har løst oppdragene fra departementet. I tillegg rapporteres det til departementet på andre oppdrag gjennom året.

Der formelle ansvaret for oppfølgingen av kravene i oppdragsdokumentet er i dag delt på flere avdelinger, som har noen oppgaver hver. I tillegg følges mange krav jevnlig opp i styringsdialogen med foretakene.

Vurdering

Foretakenes rapportering på oppdragsdokumentet er krevende både for foretakene og RHF-et. Rapporteringen skal foregå på mal utarbeidet av Helse Nord RHF. Erfaringene tilsier at det ofte forekommer forsinket eller mangelfull rapportering fra foretakene, noe som forsinket eller påvirker de påfølgende prosessene.

Formen på den skriftlige rapporteringen – virksomhets- og tertialrapporter – er til diskusjon. For enkelte krav har Helse Nord RHF data om måloppnåelse tilgjengelig i datavarehuset, og det bør vurderes å utarbeide en egen rapport i datavarehuset hvor foretakene i større grad kan kommentere på grad av måloppnåelse.

Det er allerede gjort arbeid som ser på sammenhengen mellom oppdragsdokument og rapportering, men det bør vurderes å fortsette dette arbeidet for å knytte disse prosessene ytterligere sammen og vurdere bruk av andre typer verktøy for å bedre understøtte prosessen.

Det vurderes at oppfølgingsmøtene kan brukes enda mer målrettet enn i dag.

Det bør arbeides videre med om RHF-et følger opp foretakene godt nok med hensyn til om de oppfyller kravene i oppdragsdokumentet, og hva RHF-et gjør ved eventuell manglende måloppnåelse.

5.2.3 Prosedyrer og rutiner

Her beskrives og vurderes om vi har nedfelte retningslinjer for prosedyrer og rutiner for aktivitetene i RHF-et, inkludert systemer for etterleving av prosedyrer og rutiner.

Helse Nord RHF benytter – i likhet med resten av foretaksgruppen – Docmap som sitt primære system for kontroll med styrende dokumentasjon, rutiner, prosedyrer, retningslinjer mv. Helse Nord RHF er det eneste RHF-et som har et verktøy som er gjennomgående for hele foretaksgruppen.

Systemet er bygget opp i en struktur tilsvarende organisasjonsstrukturen, og avdelings- og seksjonsledere har det formelle ansvaret for styrende dokumentasjon for sin del av virksomheten. Dokumentasjon i systemet kan også ha gyldighet for hele virksomheten, typisk er dette rent administrative, lovmessige og personalforvaltningsmessig styrende dokumentasjon.

Det er versjonsstyring på alle dokumenter, og alle dokumenter skal i utgangspunktet revideres ved angitte intervaller av dokumentansvarlig.

Vurdering

Dagens løsning for kontroll med styrende dokumentasjon oppleves å være lite brukervennlig og lite intuitiv. Antallet styrende dokumenter i systemet er høyt, og terskelen for bruk og innholdsforvaltning oppleves av mange som høy og lite intuitiv. Det er trolig ulik oppfatning blant brukere og ansvarlige for systemet for hva som skal ligge i systemet og hvordan innholdet skal forvaltes og vedlikeholdes på en god måte.

Det er etablert prosjekt for anskaffelse av regionalt system som skal dekke dagens bruksområder for dokumentstyring, og det bør vurderes å igangsette et arbeid knyttet til intern dokumentforvaltning med tydeligere beskrivelser av kjernevirksomheten i Helse Nord RHF, identifisering og beskrivelse av kjerneprosesser og med bakgrunn i dette identifisere dokumentbehov og -ansvar.

Det bør jobbes mer med kultur for og bevissthet om bruk av kvalitetssystemet. Det er ulik ledelsesoppmerksomhet og prioritering i avdelingene i RHF-et. Fokus må være på nødvendigheten av å ha riktige og nødvendige retningslinjer, for så å bruke systemet riktig, og deretter å anvende systemet og dokumentasjonen aktivt.

5.2.4 Intern organisering i RHF-et

Her beskrives og vurderes oppgavefordeling, arbeidsmåter og intern organisering i RHF-et.

En virksomhet må ha riktig kompetanse og egnet organisering for å kunne løse de oppgaver og utfordringer tjenesten står ovenfor. Hvordan vi fordeler oppgaver, arbeidsformer og intern organisering i Helse Nord RHF-administrasjonen må derfor kontinuerlig evalueres.

Spørsmål om ansvar, myndighetsforhold og organisering er redegjort for i ledelsens gjennomgang for 2018 (styresak 159-2018). Det ble vist til at styret i ledelsens gjennomgang 2017 ba adm. dir. «vurdere om helseforetaket har nødvendig kapasitet til å løse oppgavene som tilligger ansvarsområdet». Adm. direktør gjennomførte møter med nivå-2 leder for fag- eier- og kvalitets- og forskningsavdelingen for å gjennomgå rolle- og ansvarsfordelingen i ledergruppen. I 2018 ble det gjort vurderinger om områdene teknologi/ikt, strategiske analyser og et større samleområde. Konklusjonen var at «vurderingen av foretakets organisering må vurderes med hensyn til behov for ny kompetanse knyttet til tiltaksområdene i Utviklingsplan 2035. Adm. direktør vil komme tilbake til styret med en oppfølging på dette punkt».

En organisasjons- og utviklingsprosess (OU-prosess) ble igangsatt høsten 2020 i et eget prosjekt nettopp for å vurdere RHF-ets organisasjonsstruktur. Alle ansatte og sentrale samarbeidsparter har blitt bedt om å gi tilbakemelding på hvilke organisatoriske forhold som fungerer og hvor det er viktig med forbedringer i den interne organiseringen.

OU-prosessen har avdekket at virksomheten er en arbeidsplass med høy grad av trivsel, lavt sykefravær, god kollegial støtte og god kompetanse på flere områder.

OU-prosessen har avdekket at det er forbedringsmuligheter på områder som ansvarsavklaring, intern virksomhetsstyring, eieroppfølging og behov for å tilpasse kompetanse, dimensjonering og organisering til noen av de meste sentrale utfordringene i tjenesten.

Vurdering

OU-prosjektet, som fortsatt pågår, vil anbefale organisatoriske endringer for bedre å løse dagens oppgaver og for å møte de kommende utfordringene vi står ovenfor regionalt og nasjonalt. Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 er retningsgivende for hvilke oppgaver RHF-et skal prioritere. Strategien skal iverksettes, og en god og relevant organisering, med ansvars- og oppgavedeling i RHF-et vil bidra til det. OU-prosessen vurderes som et godt tiltak, og det vil sannsynligvis komme endringer og klargjøringer i RHF-ets organisering og arbeidsprosesser våren 2021.

5.2.5 Kompetanse i RHF-et

Her beskrives og vurderes om kompetansen i RHF-et er riktig og om eksisterende kompetanse benyttes og utvikles godt nok i virksomheten.

Fokus på kompetanse i en virksomhet innebærer å ha nødvendig kompetanse, kompetanseplaner, oversikt over samlet kompetanse, og ha riktig bruk av denne. Dette omfatter også kompetanse om metodikk, f.eks. prosjektmetodikk, utredningsmetodikk, evalueringsveiledere m.m.

Helse Nord RHF har mye samlet kompetanse på fagområdene virksomheten har ansvar for, som resultat av tidligere beslutninger, og har økt fokus på utvikling av kompetanse på metodikk.

Vurdering

Helse Nord RHF har i for liten grad tatt i bruk kompetansemodulet i Personalportalen, og har ingen fullgod samlet oversikt over formell kompetanse. Behov for opplæring skjer ut fra den enkeltes forespørsler, samt systematisk gjennom prioritering av egne ansatte til foretaksgruppens egne opplæringstiltak (spesielt gjelder dette master i helseledelse og forbedringsutdanning).

I lys av utfordringsbildet fremover, bør det gjøres en gjennomgang av eksisterende kompetanse i RHF-et og behovet for ny kompetanse.

5.2.6 Kvalitetssystem/avvikshåndtering

Her beskrives og vurderes om kvalitetssystemet ivaretar behovene og om bruken er tilfredsstillende.

Dette begrepet benyttes gjerne om dokumentstyrings- og avviksbehandlingssystemet Docmap som benyttes i hele foretaksgruppen i Helse Nord. Systemet er satt opp i en hierarkisk struktur som følger organisasjonsoppsettet til det enkelte foretaket med klinikker, avdelinger, seksjoner osv. Det enkelte foretaket har ansvaret for egne styrende dokumenter, men kan også velge å «hente inn» dokumenter fra andre foretak og derved gjøre disse gyldige for egen virksomhet.

I avvikkssystemet meldes og behandles uønskede hendelser og avvik. Det kan tas ut statistikker og oversikter over meldte avvik på ulike nivåer i virksomheten, slik at leder kan gjennomgå disse for å avdekke mulige områder med særlig høy risiko eller fare for gjentakelse.

Vurdering

Det er pr 22. desember 2020 meldt i alt 20 avvik i Docmap hvor Helse Nord RHF er ansvarlig enhet. De fleste meldte avvik er knyttet til brudd på informasjonssikkerhet, mangelfull låsing dører og håndtering av dokumenter som er merket "U. Off" (feil forsendelse og åpent tilgjengelig). Det er også meldt om avvik knyttet til uautorisert tilgang til person- og helseopplysninger fra PAS/EPJ i datavarehuset og avvik knyttet til løsningen for mobilt kontor (pc). De fleste avvikene er kommentert og lukket per desember 2020.

Med tanke på virksomhetens kompleksitet og størrelse er det grunn til å tro at det er en underrapportering av det reelle antallet uønskede hendelser og avvik. Helse Nord RHF bør styrke intern meldekultur og legge bedre til rette for læring for å forebygge at avvik og uønskede hendelser innen samme område oppstår på nytt. Arbeidet med å systematisk gjennomgå og analysere meldte hendelser bør styrkes, slik at hendelser i større grad analyseres på overordnet nivå og erfaring og læring i større grad kan utnyttes for å forebygge at tilsvarende hendelser fortsetter å oppstå.

Kultur for melding av avvik vurderes å være svak. Bekgrunn og årsak for dette er nok sammensatt, men brukervennligheten i løsningen, usikkerhet knyttet til hvem som skal motta avviket, saksbehandlingstid og tilbakemelding til melder bør styrkes. Begrepet «avvik» er negativt ladet og bør endres til et mer avdempet begrep som for eksempel «uønsket hendelse» eller lignende.

5.2.7 Elektroniske verktøy og dokumentstyringssystem

Her beskrives og vurderes om våre elektroniske verktøy støtter opp om at vi når våre mål. Helse Nord RHF bruker en rekke ulike elektroniske verktøy for dokumentasjon, registreringer mv. Alle systemer og deres bruksområder gjennomgås ikke i detalj her.

Elements

Elements er foretakets sak-/arkivsystem og forvaltes av arkivleder. Inn- og utgående post og henvendelser skal gå gjennom dette systemet, og formell saksbehandling skal dokumenteres her. Det er utarbeidet rutiner og prosedyrer for bruk av systemet.

Personalportalen

Personalportalen er en portal med flere subsystemer for personalforvaltning. Arbeidsgiver og ansatte bruker systemet for personalforvaltning og -dokumentasjon, for håndtering av arbeidsmessige forhold som arbeidstid, permisjoner, reiseregning mv. Det er utarbeidet prosedyrer og opplæringsmaterieil for systemet.

Intranett

Intranettet for Helse Nord RHF er samme system som i hele foretaksgruppen. Systemet er ikke utviklet de siste seks årene, i påvente av arbeid for å få på plass nytt intranettverktøy for foretaksgruppen. Ulike initiativ har vært tatt, men det har ikke vært prioritert når behov vurderes mot IKT-behov i klinisk virksomhet. Intranettet er utdatert, noe covid-19-pandemien har vist. I mangel av fungerende verktøy for internkommunikasjon, valgte seks av sju foretak i regionen å flytte koronainformasjon til ansatte til internett. Det er forståelse for at kliniske behov har høyest prioritet, men på et tidspunkt må også andre behov nå opp.

For intranett foreligger avklaringer mot andre systemer, som personalhåndboka og Docmap, om hvilken informasjon som skal finnes hvor. Det er høy bevissthet om ikke å duplisere informasjon.

Regnskaps- og økonomisystem

UBW (UNIT4 Business World, tidligere Agresso) er Helse Nord's regnskaps- og økonomisystem. Systemet brukes også til budsjettering og fakturagodkjenning, og systemet ivaretar foretaksgruppens krav til regnskapsføring, økonomioppfølging og internkontroll.

Det er utarbeidet en rutinehåndbok for systemet (DOCMAP RL2343). Det er etablert egen forvaltningsgruppe med deltagere fra RHF og helseforetakene.

Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (HN LIS)

HN LIS omfatter foretakets datavarehusløsning og henter inn datamateriale fra en rekke ulike datakilder og benyttes i stor grad til rapportering, analyse og gir mulighet for sammenstilling av data fra ulike kildesystemer. Rapporter og analyser benyttes bl.a. av ledelsen som grunnlag for styring, kontroll og til planlegging av virksomhetens aktiviteter.

Helsecim

Helsecim er et system for håndtering av beredskapsarbeid og krisehåndtering. Systemet benyttes av sentrale myndigheter, øvrige regionale helseforetak og helseforetakene, og har flere moduler med ulike funksjoner (loggføring, dokumentarkiv, ROS-modul, oppgavetildeling mv).

For risikovurdering i foretaket benyttes helsecim ved beredskapsarbeid, mens det for øvrige risikovurderinger i hovedsak benyttes en mal som er utarbeidet i excel.

Helsecim er et solid beredskaps- og krisestøtteverktøy som Helse Nord RHF vil sørge for å tilpasse virksomheten på en mer aktiv måte. Både når det gjelder utvikling og utforming av verktøyet, samt opplæring i bruk for ansatte som er tiltenkt en rolle i systemet.

Vurdering

Det benyttes flere ulike elektroniske verktøy for å håndtere, styre og føre kontroll med dokumentasjon i foretaket. Aktiviteten i foretaket er stor og kompleks, og det er flere ulike krav som stilles til virksomheten. De ulike systemene har ulike bruksområder og formål, og den enkelte ansatte har flere systemer å forholde seg til. Det kan være grunnlag for å anta at mange ulike systemer medfører risiko for duplisering av informasjon, eventuelt ulike versjoner av samme informasjon i de ulike systemene, svekket forståelse av hvilke systemer som skal

benyttes til ulike formål, risiko for informasjonssikkerhet, lavere effektivitet og høyere kostnader. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å foreta en gjennomgang av hvilke systemer og verktøy som er i bruk og hvilket formål det enkelte systemet skal oppfylle.

5.2.8 Porteføljestyling

Her beskrives og vurderes hvordan vi bruker porteføljestylingen i RHF-et.

I november 2018 besluttet adm. direktør i Helse Nord RHF å etablere porteføljestyling med et regionalt porteføljestyre og prosjekt- og porteføljekontor. Det er gjort et omfattende arbeid med å utvikle rammeverk for prosjekt- og porteføljestyling.

Vurdering

Innføringen av porteføljestyling har vært noe utfordrende. Det er en generell formening om at vedtatt prosjekt- og porteføljerammeverk i liten grad etterleveres, og det er utfordringer i etablering av porteføljestyret. I den interne evalueringen er det pekt på noen årsaker:

- Det fortsatt er ulike meninger om hvordan porteføljestylingen skal innføres og formålet med porteføljestyling i Helse Nord.
- Det er laget et for omfattende system/rammeverk sett mot tilgjengelige ressurser.
- Porteføljestyret har ikke tilstrekkelig eierskap til porteføljen.
- Det er ikke felles IKT-verktøy som støtter innføringen.

Det pågår nå et arbeid i RHF for å foreslå justeringer, og det forventes at forslag foreligger i løpet av januar.

5.2.9 Prosessbeskrivelser for risiko- og mulighetsvurderinger

Her beskrives og vurderes systemer for risiko- og mulighetsvurderinger, og på hvilken måte disse tas inn i beslutningsprosesser i RHF-et.

Oppdaterte retningslinjer for risikostyring (styresak 124-2019), ble overlevert helseforetakene i foretaksmøte 5. februar 2020. Modell for helhetlig risikostyring fremgår av figur 2:



Figur 2 Helhetlig risikostyring

Forbedringsarbeidet er preget av hensynet til beredskap/pandemi. I arbeidet med de grunnleggende elementene i helhetlig risikostyring har prioriteringen vært arbeidet med kjerneverdier, organisering av foretaket, formulering av virksomhetens strategi og mål. Arbeidsmøter knyttet til risikovurdering av de viktigste målområdene fortsetter inn i 1. tertial 2021, og kobles med porteføljestyringen.

Vurdering

Rammeverket for *helhetlig risikostyring* og arbeidet med *Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024* er et viktig utgangspunkt for videre arbeid. Det tas sikte på å legge frem en sak til styret i Helse Nord RHF i forbindelse med rullering av langsiktig økonomiplan i juni 2021.

Helse Nord RHF har ikke et fullgodt system for risikostyring hvilket er hensyntatt i ny anskaffelse av kvalitetssystem.

5.3 Styringssystemets understøttelse av måloppnåelse på våre styringsmål

Styringssystemet i Helse Nord RHF skal bidra til at virksomheten når nasjonale styringsmål. Månedlige virksomhetsrapporter og tertialrapportering til styret viser at måloppnåelse på de fleste områder ikke har vært tilfredsstillende i 2020, ut fra opprinnelige krav i OD 2020.

Pandemien i 2020 har medført beredskapstiltak og tilpasning av driften, samtidig som at vi har tilstrebet å ivareta helsepolitiske prioriteringer og faglige krav. Helse- og omsorgsdepartementet har gjort tilpasninger i styringskravene underveis i 2020.

Beredskapstiltak har medført lengre ventetider og flere fristbrudd, og flere planlagte kontakter er blitt flyttet. Kreftbehandling synes imidlertid å ha blitt skjermet, med unntak av noen kreftformer med gode prognoser hvor behandling er utsatt. Andelen kreftpakkeforløp gjennomført innen normert tid, er forbedret i forhold til 2019. Tilbudene til barn og unge er søkt skjermet. Akutfunksjoner er opprettholdt som normalt og styrket noe.

Pandemisituasjonen førte til raske tilpasninger av styringssystemet, med etablering av flere og hyppigere kontaktpunkter i foretaksgruppen. Dette bidro til felles situasjonsforståelse, og et godt samarbeid, hvor felles utfordringer kunne løses raskt. Gjennom evalueringen av beredskapsarbeidet er det identifisert flere bevaringspunkter, som også bør innarbeides i styringssystemet og slik bidra til bedre måloppnåelse for 2021.

Ledelsens gjennomgang for 2019 konkluderte med at styringssystemet kan defineres bedre og forbedres. Dette arbeidet, med særlig fokus på identifisering av drivere eller suksessfaktorer knyttet til hovedmålene, ble påbegynt i tidlig i 2020, men arbeidet ble satt på vent som en følge av pandemien. Det regionale direktørmøtet 22.–23. januar 2020 sluttet seg til det overordnede

risikobildet for kvalitet og pasientsikkerhet, og forslaget til overordnede mål og primære drivere for måloppnåelse for 2020.

Målsetningen var at RHF-et jobbet etter dette, og at vi kunne vurdere status for de seks identifiserte driverne opp mot måloppnåelse på de nasjonale styringsmålene som også er våre regionale styringsmål. Vi har også et fjerde styringsmål, økonomisk bærekraft, som er en forutsetning for de øvrige.

De fire styringsmålene er:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Økonomisk bærekraft

De seks driverne (suksessfaktorene), som ble koblet til hvert av de tre styringsmålene, ble identifisert til:

- A. Sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse
- B. Forbedre systemer, strukturer og arbeidsprosesser som understøtter mål om bedre kvalitet
- C. Forbedre samhandling
- D. Styrke pasient pårørende og brukere
- E. Styrke og utvikle en ledelseskultur som lykkes med åpenhet og forbedring
- F. Mer tjenesteutviklende forskning og innovasjon av høy kvalitet og nytte

Både fordi forankringen oppleves som ikke fullført i organisasjonen, og fordi metodikken ikke er godt kjent eller brukt i flere avdelinger, er det for umodent å gjøre en gjennomgang av status for måloppnåelse ut fra driverdiagram slik det forelå i direktørmøtet januar 2020.

Metodikken i seg selv kan være et godt verktøy i virksomheten og bidra til at ansatte ser sin rolle i styringssystemet. Dersom den besluttes brukt, må det også innebære at det implementeres som arbeidsverktøy i organisasjonen og brukes riktig, og avklares hvilke vurderings- og rapporteringspunkter som hører til. I styresak 124-2019, reviderte retningslinjer for risikostyring, vises det til driverdiagram hentet fra metodikken for forbedringsarbeid. Driverdiagram visualiserer sammenhengen mellom forbedringsarbeidets mål og de endringer og tiltak en tror vil ha effekt på målet. Primære og sekundære drivere kan sammenliknes med kritiske suksess-faktorer, og er et naturlig utgangspunkt for den overordnede risikostyringen i helseforetakene.

Helse Nord RHF ser, etter årets gjennomgang, at det fortsatt er områder i styringssystemet som må tydeliggjøres og forbedres, og vil ta opp arbeidet som ble påbegynt i tidlig i 2020 for å øke graden av måloppnåelse på de nasjonale styringsmålene i 2021. I dette ligger også at områdene A-F vurderes om de er de riktige driverne ut fra ny strategi og nye prioriteringer framover.

6. Ledelsens gjennomgang - tiltak

Basert på ledelsens gjennomgang for 2020, vurderer adm. direktør at Helse Nord RHF i 2021 iverksetter følgende tiltak:

1. Det skal lages en oversikt over de viktigste råd, utvalg og prosesser som utgjør styringsdialogen mellom RHF-et og helseforetakene, utover og i tillegg til de elementene som er gjennomgått og pekt på i denne saken (ref kap 3.1 og 3.3). RHF-et skal ha en samlet oppdatert oversikt over hvilke elementer som inngår i styringsdialogen i dag, og bevisstgjøre ledere og medarbeidere på riktig bruk av de ulike arenaene og nettverkene.
2. Helse Nord RHF skal gjennomgå egne styrende dokumenter for å sikre at disse er i tilstrekkelig omfang og at det er utarbeidet oppdatert og riktig dokumentasjon for virksomhetskritiske områder.
3. Det skal iverksettes et oppfølgingsprosjekt etter at ny organisering som følge av OU-prosessen i 2020–2021 er besluttet, for å sikre en god iverksetting av endringer og ivaretagelse av medarbeidere.
4. Helse Nord RHF skal sikre at styringssystemet vårt ivaretar at virksomheten iverksetter den overordnede strategien som er under utarbeidelse.
5. Elektroniske systemer og verktøy som benyttes i foretaket må gjennomgås samlet. Gjennomgangen skal tydeliggjøre formål, behov, bruksområder og beskrive/definere grenseoppganger mellom de ulike systemene. Opplæring av ansatte skal prioriteres.