

Møtedato: 26. september 2024  
Vår ref.:  
2023/1561-12

Saksbehandler:  
Rolandsen

Dato:  
19.9.2024

## Styresak 119-2024

## Ledelsens gjennomgang 2024

### Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang 2024 til orientering.

Bodø, 19. september 2024

Marit Lind  
administrerende direktør

## Formål

Formålet med saken er å orientere styret i Helse Nord RHF om ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2024.

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*.

## Beslutningsgrunnlag

Arbeidet med Ledelsens gjennomgang følger av [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

Virksomheters evne til forbedring og måloppnåelse er i stor grad avhengig av et hensiktsmessig styringssystem. I Ledelsens gjennomgang er det styringssystemet til Helse Nord RHF som er i fokus. Underliggende helseforetak har egen Ledelsens gjennomgang. Utfordringer i grensesnittet med underliggende helseforetak er i noen grad omtalt i evalueringen. Dette betyr at det i noen tilfeller er definert oppfølgingstiltak som også omhandler oppfølging av helseforetakene.

I årets gjennomgang er metodikken endret fra en overordnet gjennomgang av hele virksomheten, til en inndeling i 15 virksomhetsområder som vurderes puljevis hvert tredje år, kombinert med forhåndsdefinerte maler for hvilke momenter og kilder som skal legges til grunn for vurderingen. Det er valgt ut seks virksomhetsområder for en mer detaljert vurdering av hvordan styringssystemet bidrar til kontinuerlig forbedring:

1. Personell, utdanning og kompetanse
2. Informasjonssikkerhet og beredskap
3. Forskning og innovasjon
4. Økonomistyring
5. Eiendom, medisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler
6. Risikostyring

Som en del av evalueringen inngår en forenklet modenhetsvurdering på en skala i fem trinn hvor «tilfeldig» er laveste nivå, og «integrert» er høyeste nivå (Vedlegg 1, kapittel 5 fig. 3). Før neste vurdering skal det arbeides mer med kriterier for plassering på skala. Det betyr at det er en skjønsmessig vurdering som er gjort i fellesskap, der fokus er hvilke tiltak som skal bidra til kontinuerlig forbedring av styringssystemet.

## Prioriterte tiltak fra ledelsens gjennomgang

Rapportens kapittel 1 gir detaljert oversikt over prioriterte tiltak som vil bli fulgt opp gjennom lederlinjen i Helse Nord RHF, kapittel 6 viser sammendrag av evalueringene. Tabell 1 nedenfor er et sammendrag av oppfølgingspunktene:

Virksomhetsområde	Tiltak	Kommentar
Personell, utdanning og kompetanse	1/24	Tiltak er beskrevet i <i>Handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord 2024-2026</i>
Informasjonssikkerhet/ personvern	2/24	Tiltak som er beskrevet i <i>Regional handlingsplan for informasjons-sikkerhet</i>
Forskning og innovasjon	3/24	Kliniske behandlingsstudier: Justere utlysning, oppfølging støttetiltak i helseforetakene
	4/24	Spørreskjema innovasjonsprosjekter
Økonomistyring	5/24	Informere og diskutere styringsmodellen i relevante fora
	6/24	Utviklingsarbeid i samarbeid med helseforetakene om mer langsiktig fokus i økonomiplanleggingen
	7/24	Bedre prosess for innspill til økonomisk langtidsplan (ØLP) fra helseforetakene
	8/24	Situasjonsforståelsen knyttet til behov for omstilling
	9/24	Tilgangsstyring
Eiendom, medisinsk utstyr (MU) og behandlingshjelpemidler (BHM)	10/24	Ferdigstillelse strategi/plan innenfor eiendom samordnet med foretakene
	11/24	Forankre MTU-strategien i RHF og HF, utarbeide handlingsplaner og konkrete tiltak
	12/24	Ferdigstille utredning innen BHM, iverksette endringer
Risikostyring	13/24	Ferdigstille lokale retningslinjer for risikostyring
	14/24	Ferdigstille evaluering av regional retningslinje
	15/24	Ferdigstille regionale føringer for risikostyring
	16/24	Etablere risikoregister med tilhørende tiltaksregister for RHF
	17/24	Opplæring regionalt og lokalt i Helse Nord RHF
	18/24	Innføring av risikomodul i elektronisk kvalitetshåndbok

Tabell 1 Sammendrag av tiltak knyttet til funn i Ledelsens gjennomgang 2024

I tillegg vil forbedringsarbeidet for tre tiltak som ikke er ferdigstilt fra forrige Ledelsens gjennomgang (*styresak 60–2023 Ledelsens gjennomgang av virksomheten i 2022* (styremøte 31. mai 2023)) videreføres. Det samme gjelder oppfølging av seks forbedringstiltak fra internrevisjonsrapport 01/2022 Virksomhetsstyring i Helse Nord (*styresak 123–2022 Internrevisjonsrapport nr. 01-2022 Virksomhetsstyring i Helse Nord* (styremøte 28. august 2022)) og *styresak 107–2023 Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 01-2022 - Virksomhetsstyring i Helse Nord – status* (styremøte 21. september 2023)). Se oversikt status for gjennomføring i rapportens vedlegg 1. Seks oppfølgingspunkter vurderes ferdigstilt og lukkes. Ett tiltak er besluttet utsatt.

## **Medbestemmelse**

Ledelsens gjennomgang ble tatt opp i samarbeidsmøte med foretakstillitsvalgte og -verneombud 17. januar og 25. juni 2024, og de har gitt skriftlig innspill 22. august 2024. Innspillet og forslag til forbedringspunkter er kommentert i kapittel 8.1.

Konserntillitsvalgte og -verneombud (KTV/KVO) ble orientert om saken i samarbeidsmøte 17. januar og 7. mai 2024, og de har gitt innspill 15. desember 2023. Innspillet og forslag til forbedringspunkter er kommentert i rapporten, kapittel 8.2.

Rapporten er formelt drøftet med KTV/KVO 9. september 2024, og med foretakstillitsvalgt/-verneombud (FTV/FVO) 12. september 2024. Protokollene er lagt ved saken (vedlegg 2 og 3).

KTV/KVO sluttet seg til vurderingen i rapporten, og fremhever særskilt behov for å utvikle bedre kultur og oversikt for rapportering av uønskede hendelser og avvik, samt å få høyere prioritet til eiendomsforvaltning og vedlikehold av bygg. FTV/FVO gav innspill om medvirkning i utvelgelse av hvilke områder som skal gjennomgås ved neste gjennomgang av styringssystemet.

## **Brukermedvirkning**

Ledelsens gjennomgang har vært tema i Regionalt brukerutvalg 18. januar og 6. mai 2024.

Regionalt brukerutvalg har gitt innspill til saken, og det framgår hvilke forbedringstiltak som er iverksatt, se kapittel 8.3. Det vil bli gitt informasjon om rapporten fra Ledelsens gjennomgang i Regionalt brukerutvalg 10. oktober 2024.

## **Administrerende direktørs vurdering**

Administrerende direktør mener at inndeling i 15 virksomhetsområder og systematisk gjennomgang minimum hvert tredje år etter felles metodikk, gir en mer systematisk tilnærming til forbedringsarbeidet.

Adm. direktør er fornøyd med at ledelsens gjennomgang 2024 har hatt god oppslutning i avdelingene, og er enig i anbefalte prioriteringer. Det er omfattende utfordringer innenfor de gjennomgatte områdene, og det er viktig at tilstrekkelige ressurser prioriteres for oppfølgingen.

Samlet vurdering er at styringssystemet i Helse Nord RHF langsomt utvikler seg mot bedre struktur, men at det fremdeles er behov for forbedring før en kan si at forbedringshjulet (planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere) er fullt ut integrert i daglig drift.

## **Vedlegg:**

1. Ledelsens gjennomgang av virksomheten, datert 12. september 2024 - rapport
2. Drøftingsprotokoll KTV/KVO 9. september 2024
3. Drøftingsprotokoll FTV/FVO 12. september 2024



# Ledelsens gjennomgang 2024

## Gjennomgang av styringssystemet i Helse Nord RHF

Dato: 12.09.2024

## Innhold

<b>1. Sammendrag og tiltak til forbedring og oppfølging .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Innledning .....</b>	<b>5</b>
2.1. Formål .....	5
<b>3. Om Helse Nord RHF .....</b>	<b>6</b>
3.1. Strategisk rammeverk for utvikling.....	6
3.2. Helhetlig virksomhetsstyring.....	7
<b>4. Sammendrag av status for tiltak fra tidligere Ledelsens gjennomgang .....</b>	<b>8</b>
<b>5. Videreutvikling av prosessen med Ledelsens gjennomgang .....</b>	<b>9</b>
5.1. Utvalgte evalueringsområder i 2024.....	9
5.2. Modenhetsvurdering av styringssystemet .....	10
<b>6. Evaluering av områder .....</b>	<b>11</b>
6.1. Personell, utdanning og kompetanse .....	11
6.2. Informasjonssikkerhet og personvern .....	12
6.3. Forskning og innovasjon .....	14
6.4. Økonomistyring.....	15
6.5. Eiendom, medisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler .....	16
6.6. Risikostyring.....	17
<b>7. Nasjonale felleseide helseforetak.....</b>	<b>18</b>
<b>8. Medbestemmelse og involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste og brukerutvalg .....</b>	<b>19</b>
8.1. Foretakstillitsvalgte (FTV) / foretaksverneombud (FVO) .....	19
8.2. Konserntillitsvalgte (KTV)/konsernverneombud (KVO) .....	20
8.3. Regionalt brukerutvalg (RBU).....	22
<b>9. Uønskede hendelser og avvik.....</b>	<b>24</b>
<b>10. Andre forhold og vesentlige hendelser/endringer siste år .....</b>	<b>25</b>
10.1. Organisasjonsutvikling .....	25
10.2. Omstillingsarbeid i helseforetakene .....	27
10.3. Riksrevisjonens undersøkelse av risikostyring i helseforetakene .....	27
10.4. Globalt trusselbilde .....	27

# 1. Sammendrag og tiltak til forbedring og oppfølging

Ledelsens gjennomgang 2024 har hatt god oppslutning i avdelingene, og det har vært gode diskusjoner om foreslåtte forbedringstiltak.

Innføring av mer standardisert vurderingsskjema har bidratt til bedre struktur med fokus på forbedring av arbeidsprosesser. Vurderingen er at det må arbeides mer med kriteriene og bruk av modenhetstrappen slik at terskelen for å flytte til høyere modenhetsnivå blir tydeligere.

I vurdering av styringssystemene er det også sett hen til eventuelle behov for regionale tiltak, se kap. 2.1.

Manglende resultatoppnåelse behøver ikke bety at styringssystemet er mangelfullt. Et eksempel kan være at utfordringene innenfor personell og kompetanse er så kompleks at et godt styringssystem ikke kan bøte på behov for innleie av ressurser. Arbeidsgruppen mener at modenhetsvurderingen i tabell 1 nedenfor er representativ for dagens situasjon.

Modenhetsnivå i styringssystemet	Tilfeldig	Formalisert	Organisert	Forebyggende	Integrert
Personell, utdanning og kompetanse			x		
Informasjonssikkerhet og personvern		x			
Forskning og innovasjon				x	
Økonomistyring			x		
Eiendom, medisinsk utstyr og behandlingshjelpemidler		x			
Risikostyring		x			

Tabell 1 Sammendrag av modenhetsvurdering

Samlet vurdering er at styringssystemet langsomt utvikler seg mot bedre struktur, men at det fremdeles er behov for forbedring før en kan si at forbedringshjulet (planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere) er fullt ut integrert i daglig drift.

For å sikre fremtidig bærekraft både hva gjelder tilgang til personell og forsvarlig økonomi for å gjennomføre nødvendige investeringer, må foretaksgruppen i tiden fremover skape oppslutning om å gjøre enda strengere prioriteringer.

Tabell 2 under gir en oversikt over prioriterte tiltak, som vil bli fulgt opp gjennom lederlinjene i de ulike avdelingene.

Område/ styringssystem	Nr	Tiltak	Ansvarlig avdeling
Personell, utdanning og kompetanse	1/24	Tiltak er beskrevet i <i>Handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord 2024-2026</i> .	HR- og org. avd.
Informasjons-sikkerhet og personvern	2/24	Tiltak som er beskrevet i <i>Regional handlingsplan for informasjons-sikkerhet</i>	Eieravd./ Sikkerhet- og

			beredskaps- avd.
Forskning og innovasjon	3/24	Kliniske behandlingsstudier: Justering utlysning, oppfølging støttetiltak i helseforetakene	Helsefag- avd.
	4/24	Spørreskjema innovasjonsprosjekter - ønsket effekt, er prosjektet egnet for eskalering?	
Økonomistyring	5/24	Informere og diskutere styringsmodellen i relevante fora (styrer, ledergrupper, andre interesserte fora)	Økonomi- avd.
	6/24	Utviklingsarbeid i samarbeid med helseforetakene om hvordan vi kan få et mer langsiktig fokus i økonomiplanleggingen	
	7/24	Bedre prosess for innspill til økonomisk langtidsplan (ØLP) fra helseforetakene	
	8/24	Forankre situasjonsforståelsen bredt knyttet til behov for omstilling	
	9/24	Løse utfordringer knyttet til tilgangsstyring, jf. ekstern revisjon	
Eiendom, medisinsk utstyr (MU) og behandlings- hjelpemidler (BHM)	10/24	Formalisere arbeidet med ferdigstilling av eiendomsstrategi og samordne arbeidet med handlingsplaner for eiendomsområdet i foretakene	Eieravd.
	11/24	Forankre MTU-strategien i RHF og HF, og deretter starte arbeidet med handlingsplaner og konkrete tiltak	
	12/24	Ferdigstille utredning innen BHM og iverksette endringstiltak	
Risikostyring	13/24	Ferdigstille lokale retningslinjer for risikostyring	Eieravd.
	14/24	Ferdigstille evaluering av regional retningslinje for risikostyring	
	15/24	Ferdigstille regionale føringer for risikostyring som blant annet beskriver: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan styringskrav for regional risikostyring skal velges ut/prioriteres- risiko på ett års sikt</li> <li>• Krav til forberedelser, gjennomføring og dokumentasjon av risikovurderinger</li> <li>• Felles skala for sannsynlighet og konsekvens/felles regional risikomatrix</li> </ul>	
	16/24	Etablere et risikoregister med tilhørende tiltaksregister for RHF	

	17/24	Opplæring regionalt og lokalt i HN RHF	
	18/24	Innføring av risikomodul i elektronisk kvalitetshåndbok (EK)	

Tabell 2 Sammendrag av tiltak knyttet til funn i Ledelsens gjennomgang 2024

## 2. Innledning

### 2.1. 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

I Ledelsens gjennomgang er det styringssystemet til RHF-et som er i fokus, men også utfordringer knyttet til styringssystemet i foretaksgruppen omtales under evalueringen av hvert område. Dette betyr at det både kan foreslås oppfølgingstiltak som gjelder kun RHF-et, men også regionale tiltak/oppdrag med betydning for HF-ene kan være aktuelle.

Riksrevisjonen har kommentert at de regionale helseforetakene har ansvar for at det etableres styringssystemer i de helseforetakene de eier, og at de skal ha oversikt over tilstanden til felles styringssystemer i foretaksgruppen, jf. *Dokument 3:13 (2023-2024) Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene*. Stortingskomiteen viser i innstillingen til at det er ulik forståelse av hvilket ansvar de regionale helseforetakene har i forhold til helseforetakene. Stortinget har gjort vedtak i samsvar med innstillingen om at dette bør klargjøres og forventer at statsråden følger opp.

Helseforetakene har egne prosesser for Ledelsens gjennomgang<sup>1</sup>. Alle foretakene har styrebehandlet egne Ledelsens gjennomganger våren 2024<sup>2</sup>.

### Virksomheten og virksomhetsstyring

Virksomheten defineres som det regionale helseforetakets virksomhet, med de to rollene som utøver av "sørge for"-ansvaret og eieransvaret.

Ledelsens gjennomgang skal besvare grunnleggende spørsmål:

<sup>1</sup> Prosess og format i disse varierer, og er ikke koordinert med gjennomgangen i det regionale helseforetaket.  
<sup>2</sup> UNN sak 51/24, Nordlandssykehuset sak 56/24, Helgelandssykehuset sak 50/24, Finnmarkssykehuset sak 35/24, Sykehusapoteket Nord sak 31/24 og Helse Nord IKT sak 32/24.

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

### 3. Om Helse Nord RHF

#### 3.1. Strategisk rammeverk for utvikling

Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling er sammenfattet i figur 1:



Figur 1 Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling (fra [Regional utviklingsplan 2038](#))

Visjonen er et fremtidsbilde som virksomheten strekker seg mot. Vi får til mer når helseforetak samarbeider seg imellom og sammen med kommuner og andre helse- og samfunnsaktører. Formålet fremgår av vedtektene og har stått fast siden etableringen av det regionale helseforetaket. Vedtektene ble sist endret 11. juni 2024<sup>3</sup>.

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

<sup>3</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/21b845094bec4dad911ee87d4ed1606e/vedtekter-for-helse-nord-rhf-sist-endret-11.-juni-2024.pdf>

- utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Kvalitet, trygghet og respekt er nasjonale verdier for spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF har i tillegg etablert lagspill som en ytterligere dimensjon i verdigrunnlaget.

### 3.2. Helhetlig virksomhetsstyring

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 bekreftelser<sup>4,5</sup>.

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 sin eier, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), gjennom årlige oppdragsdokument og foretaksmøter<sup>6</sup>.

*Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste<sup>7</sup>* er grunnlag for oppdragsdokument og foretaksprotokoller til de regionale helseforetakene. Jevnlige oppfølgingsmøter med HOD er en del av styringsdialogen. Hensikten er at HOD skal holde seg orientert om virksomheten og at virksomheten drives i samsvar med kravene overlevert i foretaksmøtene.

Helse Nord's regionale utviklingsplan rulleres hvert fjerde år. Utviklingsplanen er, sammen med oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller fra HOD, grunnlag for oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til helseforetakene, samt andre regionale utviklingstiltak. Helse Nord RHF har revidert utviklingsplanen i 2022, og *Regional utviklingsplan 2038* ble vedtatt i styret i desember 2022<sup>8</sup>.

*Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024* viser hvilke strategiske grep som har vært prioritert i perioden. Det er utarbeidet og pågår arbeid med supplerende delstrategier innen flere områder. I regional utviklingsplan 2038 vises oversikt over aktuelle delstrategier og fagplaner i Helse Nord RHF.

Figur 2 fra *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF* illustrerer hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Helse Nord RHF har flere arenaer/strukturer for å følge opp og holde seg orientert om virksomheten i

---

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

<sup>5</sup> [Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF - \[RL9922\]](#)

<sup>6</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

<sup>7</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

<sup>8</sup> <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/regional-utviklingsplan-for-helse-nord-2023-2038>

underliggende helseforetak, og at virksomheten drives i tråd med kravene i oppdragsdokumentene.



Figur 2 Helse Nords helhetlige styringsprosess (kilde: Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF)

Styringssystemet skal beskrive organisering, roller og ansvar for de ulike prosessene i virksomheten. Hvilke krav og mål som er satt til virksomheten 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.

#### 4. Sammendrag av status for tiltak fra tidligere Ledelsens gjennomgang

I vedlegg 1 gis en oversikt over status for gjennomføring av alle prioriterte forbedringstiltak fra forrige Ledelsens gjennomgang (styresak 60/2023) samt oppfølging av forbedringstiltak fra internrevisjonsrapport 01/2022 Virksomhetsstyring i Helse Nord (styresak 123/2022 og 107/2023). Samlet 16 tiltak med til sammen 23 underpunkter.

Av vedlegg 1 framgår at 10 tiltak ikke er lukket (status gul), og at forbedringsarbeidet videreføres i disse punktene:

1. Utvikling av porteføljestyring
2. Avviksoppfølging, saker som meldes eksternt fra helseforetakene
3. Styrende dokumenter, delegerer oppfølging av utvalgte dokumenter til etablerte forvaltningsmiljø
4. Digitalt verktøy for oppfølging av virksomhetsstyring
5. Strategihierarki med gyldighetsområde for hele foretaksgruppen
6. Lederutvikling Helse Nord RHF
7. Helhetlig risikostyring, oppfølging Riksrevisjonens anmerkninger



8. Operative mål for Helse Nord RHF
9. Fullføre arbeidet med stillingsbeskrivelser
10. Styrke meldekultur for forbedring og avvik i Helse Nord RHF

## 5. Videreutvikling av prosessen med Ledelsens gjennomgang

Ledelsens gjennomgang har de siste årene vært gjennomført etter en fast mal. I forkant av årets gjennomgang er det vurdert grep for ytterligere fokus på selve styringssystemet. Tidsplanen ble derfor forskjøvet for å gi bedre tid til å videreutvikle prosessen.

Fra 2024 vil prosessen for Ledelsens gjennomgang i større grad benytte standard skjema og maler. Dette bidrar til å hjelpe avdelingene og sikrer en mer systematisk gjennomgang av evalueringsområdene. I ny prosess fra 2024 vil evalueringsperiodene gå fra siste evaluering av et område, og ikke pr. kalenderår som tidligere. Videreutvikling av prosessen endrer ikke etablert samhandling med tillitsvalgte og Regionalt brukerutvalg, som inviteres til å gi innspill som tidligere.

For å følge opp anbefalinger i Riksrevisjonens rapport «Risikoarbeid i de regionale helseforetakene og helseforetakene», Dok 3:13 (2023-2024), vil framtidige forbedringstiltak på de ulike områdene også ha fokus på behovet for eventuelle regionale forbedringstiltak.

I prosedyre for gjennomføring av Ledelsens gjennomgang i Helse Nord RHF (PR62556) beskrives tidsplan og stegene i prosessen nærmere. Evalueringsskjema for områder og matrise for utvelgelse av aktuelle evalueringsområder er vedlegg til prosedyren. Prosedyren m/vedlegg finnes i vedlegg 3.

Mai:	Utvelgelse av evalueringsområder for årets LG i ledermøte
Mai – Juni	Evaluering utføres avdelingsvis
Juni – August	Sammenstilling rapport
September	Behandling i ledermøte, samarbeidsmøter og reg. brukerutvalg
Oktober	Behandling i styret i Helse Nord RHF

### 5.1. Utvalgte evalueringsområder i 2024

Virksomheten er kategorisert i 15 evalueringsområder. Basert på dagens risiko- og utfordringsbilde er det i 2024 valgt seks evalueringsområder.

Fagområde	Ansvarlig	2024	2025/2026
Personell, utdanning og kompetanse (PUK)	HR- og organisasjonsavdelingen	x	
Informasjonssikkerhet og personvern	Sikkerhet- og beredskapsavdelingen	x	
Forskning og innovasjon	Helsefagavdelingen	x	
Økonomistyring	Økonomiavdelingen	x	
Eiendom, medisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler	Eieravdelingen	x	
Risikostyring	Eieravdelingen	x	
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Helsefagavdelingen		x
Arkiv og dokumentasjon	HR- og organisasjonsavdelingen, fom 1. mai		x
Styring- og rapportering (avgr. Eieravd. ansvar)	Eieravdelingen		x
Klima og miljø	Eieravdelingen		x
Kommunikasjon og samfunnskontakt	Kommunikasjons- og samfunnskontaktavd.		x
Private leverandører	Eieravdelingen		x
Strategi- og planarbeid	Administrerende direktør		x
Sikkerhet og beredskap	Sikkerhet- og beredskapsavdelingen		x
Analyse	Helsefagavd. fom 1. september		x

Tabell 3 Evalueringsområder og planlagt år for oppstart evaluering

Ved oppstart av prosessen med Ledelsens gjennomgang neste år, vil fornyet vurdering av hvilke områder som bør evalueres, legges frem for ledermøtet. Alle områder skal gjennomgås minst hvert 3. år.

I henhold til prosedyren vil valg av evalueringsområder kommende år besluttes på bakgrunn av: områdets modenhetsnivå, grad av endrede forutsetninger, grad av måloppnåelse på forbedringstiltak fra tidligere år og tid siden sist evaluering.

Avslutningsvis er det gjort en vurdering av:

- Avviks- og hendelsesrapportering, som er ett av flere uttrykk for forbedringskulturen i foretaket. Se kapittel 9.
- Om det er andre forhold som har fått eller vil få betydning for styringssystemet, og derfor bør fremgå av Ledelsens gjennomgang. Se kapittel 10.

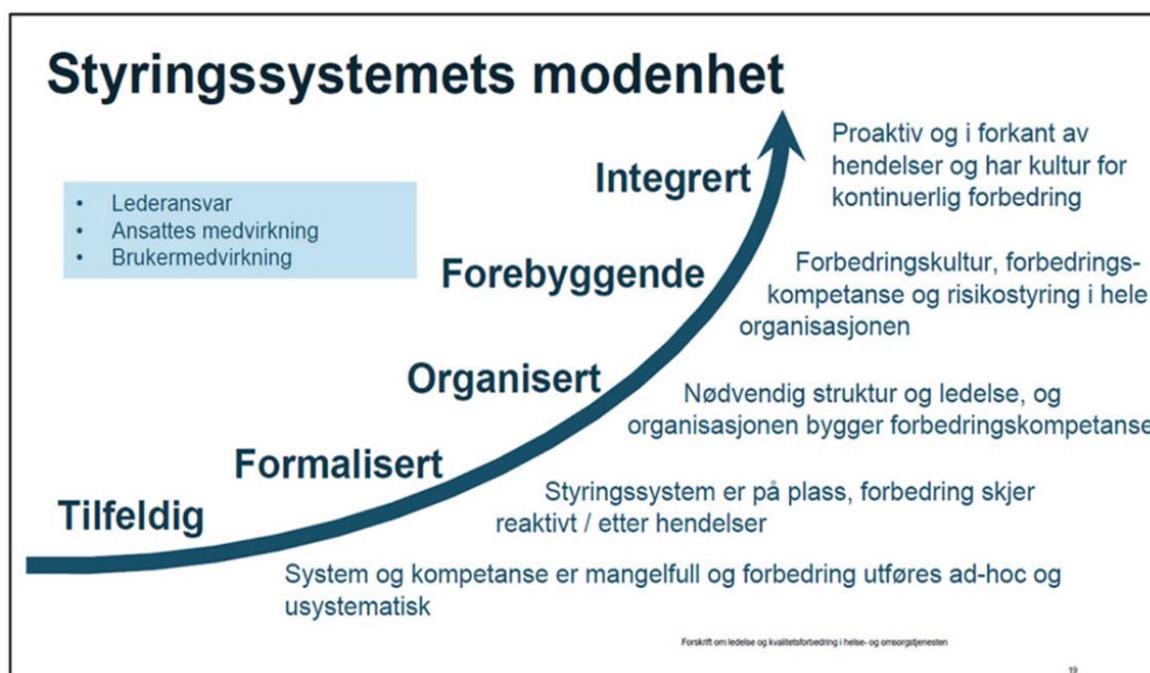
## 5.2. Modenhetsvurdering av styringssystemet

Som en del av evalueringen inngår en forenklet modenhetsvurdering av hvert område med bakgrunn i spørsmålene i evalueringsskjema og modenhetstrappen<sup>9</sup>. For å kvalitetssikre modenhetsvurderingene er det sett hen til IIA's<sup>10</sup> «Modenhetsmodell for

<sup>9</sup> Modenhetstrappen er hentet fra Helsedirektoratets veiledningspresentasjon til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten#referere>

<sup>10</sup> IIA: Institute of Internal Auditors. Se <https://iia.no>

virksomhetsstyring»<sup>11</sup>. Metodikken vil videreutvikles med bakgrunn av erfaringer med årets prosess.



Figur 3 Modenhetsstrapp

## 6. Evaluering av områder

I avsnitt 6.1-6.6 oppsummeres resultatene av alle områdenes evalueringer. Fullstendige evalueringsskjemaer pr. område vedlegges.

### 6.1. Personell, utdanning og kompetanse

#### Overordnet beskrivelse av styringssystemet

Området omfatter tilførsel, utvikling, ivaretagelse og god bruk av personell og kompetanse. Digitalisering og bruk av kunstig intelligens er selvstendige satsninger og inngår ikke.

#### Overordnet vurdering/oppsummering

Tilførsel, utvikling, ivaretagelse og god bruk av personell og kompetanse berører alle deler av Helse Nord's virksomhet. Hovedmålsettingen er å redusere bemanningsutfordringene og legge til rette for attraktive arbeidsplasser. Styringsinformasjonen og styringssystemer på området kan forbedres, og dette ligger inne som ett av tiltakene i handlingsplanen.

#### Vurdering av modenhetsnivå: Organisert.

Arbeidet er organisert på en hensiktsmessig måte og vurderingen er at vi har nødvendig kompetanse. Prosesser og prosedyrer fungerer tilfredsstillende. Styringsinformasjonen på

<sup>11</sup> 1. utgave 2022, [file:///C:/Users/kwi601/Downloads/2022-Modenhetsmodell\\_1.utgave%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/kwi601/Downloads/2022-Modenhetsmodell_1.utgave%20(3).pdf)

området kan forbedres, dette ligger inne som ett av tiltakene i handlingsplanen for området.

## Mål for forbedring og forslag til forbedringstiltak

Mål for forbedring	Mål for forbedringer er beskrevet i gjeldende strategi og handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse.
Forbedringstiltak	Handlingsplanen gjelder for perioden 2024-2026.

## 6.2. Informasjonssikkerhet og personvern

### Overordnet beskrivelse av styringssystemet

Virksomhetsmål for informasjonssikkerhet er beskrevet i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet, se MS 0318. Selve styringssystemet for informasjonssikkerhet er dokumentert og publisert i DS6121. Styringssystemet fastsetter overordnede prinsipper og mål og skal bidra til at sårbarheter identifiseres, samt plassere roller og ansvar slik at sårbarheter lukkes.

Informasjonssikkerhet skal ivaretas etter planlagte, systematiske og dokumenterte tiltak. For å sikre tilstrekkelig kontroll skal det gjennomføres systematiske tiltak for å undersøke om tiltakene blir etterlevd, om de fungerer som forutsatt og om de er dekkende for gjeldene risikobilde. Det skal også utføres undersøkelser om hvorvidt omfang og kvalitet av arbeidet som Helse Nord gjør for styring og kontroll er tilfredsstillende, effektivt og tilpasset det samlede risikobildet. I 2023 er det bl.a gjennomført modenhetsskartlegging av NSMs grunnprinsipper, regional sikkerhetsrevisjon og kartlegging av digital sikkerhetskultur. Resultater fra undersøkelsene benyttes til å korrigere arbeidet som gjøres, og oppdatere aktivitetene som gjennomføres.

Styringssystemet og prinsipper for ansvarsdeling er i prosjekt for regional sikkerhetsstyring vurdert som tydelig, men at det er behov for å tydeliggjøre prosesser for hvordan sikkerhet skal utøves for å hindre at sikkerhetsansvaret blir fragmentert.

Informasjonssikkerhet er et ledelsesansvar. Den helhetlig tilnærming til sikkerhetsstyring tar utgangspunkt i den samme strukturen for styring og kontroll på ulike andre områder gjennom virksomhetsstyringen. Foretaksgruppen Helse Nord har for det meste felles IKT-systemer, og dette sammen med felles IKT infrastruktur fordrer samordning og koordinering. Det er sjeldent mulig å si at en IKT-sårbarhet kun gjelder ett helseforetak. IKT-systemer som ikke er felles, kan likevel ha felles avhengigheter i IKT-infrastrukturen. Dette krever ofte streng koordinering av arbeidet.

Viktige beslutninger fattes i den ordinære linjen, og dette skal skje gjennom fastsatte styringsgrupper og direktørmøter, der beslutninger går på tvers av foretak (dvs. AD-nivå).

Det kan være jevnlig, planlagte møter, med åpning for å kalle inn til «hastemøter» som må gjennomføres ut fra en sikkerhetsvurdering. I dag er dette organet regional styringsgruppe for informasjonssikkerhet for aktiviteter som inngår i regional handlingsplan for informasjonssikkerhet, og forvaltningsstyret for kliniske IKT- systemer og partnernøtet for ivaretagelse av informasjonssikkerhet i felles journal. Dersom Helse Nord RHF skal utøve formell styring skjer dette gjennom foretaksmøtet.

### **Overordnet vurdering/oppsummering**

Informasjonssikkerhet må i større grad integreres i arbeidsprosessene og i ordinær virksomhetsstyring, slik at sikkerhet ikke blir noe som kommer i tillegg. Dette må kombineres med tekniske sikkerhetstiltak slik at muligheten for å gjøre feil, og konsekvensen av menneskelige feil, reduseres. Kravene i det regionale styringssystemet må i større grad etterleves.

Digitale løsninger utgjør en stadig større del av helse- og omsorgssektoren. Det er en ønsket utvikling, og teknologisk utvikling skaper nye muligheter for trygg og sikker pasientbehandling. Tilfredsstillende informasjonssikkerhet er en forutsetning for de tiltak som skal realiseres innen digitaliseringen. Den målrettede satsningen rundt sikkerhet og teknologi har gjort regionen betydelig bedre rustet mot regionale trusler som digital utpressing og tilsvarende. Det gjenstår fremdeles betydelige risikoer tilknyttet teknisk gjeld, mangelfull helhetlig oversikt i en kompleks infrastruktur, og robusthet ved bortfall av IKT. Disse utfordringene betyr at regionen fremdeles er sårbar for ondsinnet påvirkning mot enkelttjenester og løsninger, som videre vil kunne få regionale implikasjoner. For ytterligere informasjon se eget vedlegg. (U.OFF) Arbeidet med målrettet oppfølging av regional handlingsplan for informasjonssikkerhet må ha høy prioritet.

Regionale og lokale forbedringstiltak er beskrevet i henholdsvis regional handlingsplan for informasjonssikkerhet og foretakenes lokale handlingsplaner for informasjonssikkerhet.

### **Vurdering av modenhetsnivå: Formalisert**

*Informasjonssikkerhet må i større grad integreres i arbeidsprosessene og i ordinær virksomhetsstyring, slik at sikkerhet ikke skal være noe som kommer i tillegg. Dette må kombineres med tekniske sikkerhetstiltak slik at muligheten for å gjøre feil, og konsekvensen av menneskelige feil, reduseres.*

### **Mål for forbedring og forslag til forbedringstiltak**

Mål for forbedring	Arbeidet med informasjonssikkerhet skjer gjennom tiltak for å bedre organisasjon og arbeidsprosesser, applikasjoner, infrastruktur og teknisk sikkerhet, samt kunnskap, kompetanse, og bevissthet hos medarbeidere. Regional handlingsplan har derfor tiltak innen innsatsområdene: organisasjon, teknisk sikkerhet og infrastruktur og menneske.
Forbedrings-tiltak	Tiltak er beskrevet i <i>Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet</i>

## 6.3.      **Forskning og innovasjon**

### **Overordnet beskrivelse av styringssystemet**

Forskning er en av fire hovedoppgaver i sykehusene. Det regionale helseforetaket skal legge til rette for forskning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Forskningsinstitusjoner er offentlige eller private institusjoner som har forskning som en av sine hovedoppgaver. Helseforetakene er også forskningsinstitusjoner siden de har forskning som en av sine hovedoppgaver. Det innebærer blant annet at institusjonene har et ansvar for og skal sikre at forskningen ved institusjonen skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer, og ha retningslinjer og rutiner for dette. Innovasjon er ikke en lovpålagt oppgave på samme måte som forskning, men har inngått i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene siden 2007, og har inngått som egne målområder i forsknings- og innovasjonsstrategiene for Helse Nord siden 2010.

### **Overordnet vurdering/oppsummering**

Forskning og innovasjon har fått en rettmessig plass i virksomheten i foretakene, men ennå er det utfordringer med å få forskning integrert i virksomheten, og at forskning og pasientbehandling ses på som komplementære og ikke konkurrerende aktiviteter. Det må legges mer til rette for å bruke legetid på forskning knyttet til pasientbehandling, for eksempel innen persontilpasset medisin og kliniske studier. Det må også bli enda mer ledelsesoppmerksomhet både på forskning og innovasjon, og at det ikke er disse aktivitetene som blir salderingspost både på grunn av presset økonomi og på grunn av knapphet på personell. Forskning og innovasjon er aktiviteter som både gir resultater for utvikling av helsetjenester til den enkelte pasient/pasientgrupper, og for utvikling og omstilling av tjenesten, og drift av sykehusene, samt rekruttering av ansatte innen flere profesjoner.

Forskning og innovasjon må på samme måte ses på som en integrert del av sørge-for-ansvaret til RHF, og ses i sammenheng med øvrige delstrategier for å oppfylle Helse Nord's strategi og den regionale utviklingsplanen.

### **Vurdering av modenhetsnivå: Forebyggende**

*Det finnes formaliserte strategier, avtaler og mandater på området. Ansvaret følger lederlinjen, og det vurderes som at styring og kontroll er godt ivaretatt på RHF-nivå. Mål om antall kliniske behandlingsstudier i foretakene er vanskelig å innfri. Avdelingen følger opp og vurderer justering av tiltak for å møte de regionale utfordringene og innfri de nasjonale og regionale prioriteringene.*

### **Mål for forbedring og forslag til forbedringstiltak**

Mål for forbedring	Øke antall kliniske behandlingsstudier Bedre oversikt/systematikk over hvilke prosjekter som er implementert i klinisk praksis
--------------------	---

Forbedringstiltak	Kliniske behandlingsstudier: Justering i utlysning, oppfølging av støttetiltak i helseforetakene  Spørreskjema innovasjonsprosjekter - ønsket effekt, egnet for eskalering?
-------------------	---

## 6.4. Økonomistyring

### Overordnet beskrivelse av styringssystemet

Gjennom økonomistyringssystemet skal Helse Nord RHF bidra til at foretaksgruppen har en tilfredsstillende forvaltning av tildelte ressurser, på kort og lang sikt. Midler fordeles etter en regional inntektsfordelingsmodell. For å sikre bærekraftig utvikling og kontroll med total likviditet fastsetter Helse Nord RHF investeringsrammer for helseforetakene ved å bestemme rekkefølgen for store investeringer i regionen. Helse Nord RHF har et helhetlig ansvar for å prioritere og avveie forholdet mellom drift og investeringer.

### Overordnet vurdering/oppsummering

Vurderingen er at for å komme lengre opp i «modenhetstrappen» bør det arbeides mer med omforent forståelse av finansieringsmodellen:

- Modellen har ikke store svakheter, men det er:
  - o Variasjon med hensyn til hvordan modellen blir forstått i RHF og HF
  - o Utfordringer med å få helseforetakene til å forholde seg til modellen (store budsjettavvik)
  - o Store tilskudd utenfor basisbevilgningen
- Kortsiktig planlegging i helseforetakene
  - o Behov for egne ØLP-er for helseforetakene ble tatt opp fra RR

Ulik forståelse for sammenhengen mellom resultatoppnåelse som forutsetning for investeringer.

### Vurdering av modenhetsnivå: **Organisert**

*Helse Nord RHF har kontroll på det formelle og avdelingen har nødvendig kompetanse og ressurser. Økonomihåndbok og andre reglementer/prosedyrer er utarbeidet. Økonomisystemene (IKT) er tilfredsstillende.*

*Det er utfordringer med felles forståelse og etterlevelse av styringssystemet.*

### Mål for forbedring og forslag til forbedringstiltak

Mål for forbedring	Bidra til å bedre foretaksgruppens økonomiske bærekraft ved å ha et effektivt og trygt økonomistyringssystem.  Skape større forståelse for styringsmodellen i RHF og HF-ene
--------------------	---

	Bidra til et mer langsiktig perspektiv i økonomiplanleggingen
Forbedringstiltak	<p>Informere og diskutere styringsmodellen i relevante fora (styrer, ledergrupper, andre interesserte fora)</p> <p>Utviklingsarbeid i samarbeid med HF-ene om hvordan vi kan få et mer langsiktig fokus i økonomiplanleggingen</p> <p>Bedre prosess for innspill til ØLP fra HF-ene</p> <p>Forankre situasjonsforståelsen bredt knyttet til behov for omstilling</p> <p>Løse utfordringer knyttet til tilgangsstyring</p>

## 6.5. Eiendom, medisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler

### Overordnet beskrivelse av styringssystemet

Ansvarsområdet omfatter oppgaver og aktiviteter innen områdene eiendom, medisinsk utstyr (MU), behandlingshjelpemidler (BHM) og klima/miljø. I hovedsak omfatter det overordnede strategiske planer og føringer, oppfølging og koordinering av oppgaver mellom foretakene og i hvert enkelt foretak, rapportering til styret og Helse- og omsorgsdepartementet, samt Helse Nord sin representant i ulike nasjonale prosjekter, styringsgrupper og andre fora.

### Overordnet vurdering/oppsummering

Området vurderes som bredt og med litt for liten kapasitet. Det preges av stort etterslep av vedlikehold og manglende modernisering av MU, og det er økonomisk krevende å komme i balanse. For å komme lenger opp i modenhetstrappa er det nødvendig å få på plass overordnede strategier, og ha kapasitet til å iverksette et arbeid med handlingsplaner og tiltak koordinert med foretakene. Dette gir ikke nødvendigvis bedre økonomi, men betydelig bedre grunnlag for riktige og samordnede prioriteringer fremover i tid.

### Vurdering av modenhetsnivå: **Formalisert**

*Det formelle er i stor grad på plass. Det er et bredt ansvarsområde og det vurderes at kapasiteten er for liten til en tilfredsstillende oppfølging, spesielt knyttet til MU/BHM. Kapasitetsutfordringer gjør at det blir for lite tid til systematisk forbedringsarbeid. Ekstra bevilgning i 2024 gjør at deler av etterslepet på MU blir ivaretatt.*



## Mål for forbedring og forslag til forbedringstiltak

Mål for forbedring	<p>Bidra til større langsiktighet innen utvikling og forvaltning av foretaksgruppens eiendomsmasse gjennom å få på plass en eiendomsstrategi med forutsigbare handlingsplaner.</p> <p>Forankring av MTU-strategi og utarbeidelse av handlingsplan for bedre samordning av anskaffelser av MU, samt styrking av informasjonssikkerhetsarbeidet innen MU-området.</p> <p>Bidra til bedre organisering av BHM i Helse Nord.</p> <p>Fortsette arbeid for å nå nasjonale målsettinger innen klima og miljø.</p>
Forbedringstiltak	<p>Formalisere arbeidet med ferdigstilling av eiendomsstrategi og samordne arbeidet med handlingsplaner for eiendomsområdet i foretakene.</p> <p>Forankre MTU-strategien i RHF og HF-ene, og deretter starte arbeidet med handlingsplaner og konkrete tiltak.</p> <p>Ferdigstille utredning innen BHM og iverksette endringstiltak.</p>

## 6.6. Risikostyring

### Overordnet beskrivelse av styringssystemet

Helhetlig risikostyring omhandler styringssystemet som skal sørge for helhetlig og integrert risikostyring i Helse Nord og Helse Nord RHF. Dette omhandler på nåværende tidspunkt ikke egne styringssystemer utformet for å oppfylle særlig lovbestemte krav til risikoanalyser og oppfølging av risiko innenfor bestemte fagområder.

### Overordnet vurdering/oppsummering

Helse Nord RHF har siden 2022 samarbeidet med helseforetakene om å forbedre risikostyringen. Det er iverksatt flere forbedringstiltak og dette pågår fortsatt. Riksrevisjonens rapport<sup>12</sup> peker på mange av de samme forbedringspunktene. Rapporten følges opp i samarbeid med helseforetakene.

### Vurdering av modenhetsnivå: **Formalisert**

<sup>12</sup> <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2023-2024/risikostyring-i-de-regionale-helseforetakene-og-helseforetakene/>

*Fundamentet i styringssystemet er etablert, men innføringen og videreutviklingen tar tid. Riksrevisjonen har pekt på at Helse Nord må få på plass utfyllende styringsdokumenter og verktøy til retningslinjen, og bli adskillig mer systematisk i gjennomføring av risikostyringen. Dette gjelder både fremgangsmåten for å prioritere risikoer som blir presentert for styret og oppfølgingen av tiltak. Det er behov for å få på plass et risikoregister med tiltak som er gjenstand for systematisk oppfølging. Registeret må være kjent i organisasjonen slik at man unngår dobbeltrapportering på tiltak.*

### **Mål for forbedring og forslag til forbedringstiltak**

Mål for forbedring	Fortsette arbeidet med å innføre og forbedre helhetlig risikostyring, både i Helse Nord RHF og regionalt. Innen utgangen av 2024 få slutført tilstrekkelig styrende dokumenter lokalt i Helse Nord RHF og regionalt.
Forbedringstiltak	<p>Forbedringstiltakene følges opp i samarbeid med team for risikostyring i Helse Nord RHF og i regionalt nettverk for risikostyring i Helse Nord.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ferdigstille lokale retningslinjer for risikostyring</li> <li>-Ferdigstille evaluering av regional retningslinje</li> <li>-Ferdigstille regionale føringer for risikostyring som blant annet beskriver: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan styringskrav for regional risikostyring skal velges ut/prioriteres- risiko på ett års sikt</li> <li>• Krav til forberedelser, gjennomføring og dokumentasjon av risikovurderinger</li> <li>• Felles skala for sannsynlighet og konsekvens/felles regional risikomatrixe</li> </ul> </li> </ul> <p>-Etablere et risikoregister med tilhørende tiltaksregister</p> <p>-Opplæring regionalt og lokalt i HN RHF</p> <p>-Innføring av risikomodul i nytt kvalitetssystem</p>

## **7. Nasjonale felleseide helseforetak**

De regionale helseforetakene eier i fellesskap fem nasjonale helseforetak<sup>13</sup> 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.

<sup>13</sup> Nasjonale felleseide helseforetak er; Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF.

Eierstyringen<sup>14</sup> av felleseide helseforetak, samt overordnet målbilde og strategi, ble oppdatert i 2022. De felleseide helseforetakene er virkemidler for å ivareta oppgaver innenfor en avgrenset del av RHF-enes ansvarsområde, og strategisk retning for de felleseide helseforetakene følger av et felles målbilde for hele området og som settes av RHF-ene.

Felles målbilder ble besluttet i Helse Nord RHF-styret i sak 101-2022 og tatt inn i regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038 i styresak 179–2022.

De felleseide helseforetakene utfører årlig egen Ledelsens gjennomgang.

## **8. Medbestemmelse og involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste og brukerutvalg**

### **8.1. Foretakstillitsvalgte (FTV) / foretaksverneombud (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. FTV/FVO ga 22. august 2024 følgende innspill til prosessen:

#### **Tilbakemelding fra FTV og FVO i Ledelsens gjennomgang:**

*Å ha strukturer som understøtter lagspill er sentralt i partssamarbeidet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det er gjennomført regelmessige drøftings- og samarbeidsmøter samt AMU- møter i 2023. FTV og FVO har også vært involvert i en rekke prosesser i 2023. Vi er særlig tilfredse med at det nå er opprettet regelmessige møter med felles AMU på tvers av lokasjoner og at bedriftshelsetjenesteordningen er i gang. Generelt opplever FTV/FVO gode samarbeidsrelasjoner med arbeidsgiver. Vi opplever i dag et samarbeid preget av respekt og gjensidig tillit.*

*Helse Nord RHF har vært gjennom et svært krevende år med store utfordringer knyttet til drift, høye krav til leveranser med korte tidsfrister, stort medietrykk og oppstart av intern omorganisering. Mange medarbeidere har hatt høy arbeidsbelastning og fokus i organisasjonen har vært på store enkeltsaker. For å løse disse oppgavene ble det tilsatt flere midlertidig ansatte i sentrale roller og stor bruk av konsulenter. Bruken av midlertidig ansatte og konsulenter medførte flere utfordringer i organisasjonen. OU-prosessen med oppstart i 2023 førte i tillegg til intern uro og usikkerhet.*

*I denne situasjonen var det særlig viktig med godt partssamarbeid. FTV og FVO ønsker at følgende punkter får økt fokus:*

---

<sup>14</sup> Styresak 100-2022

- **Arbeidsmiljø**

*Helse Nord RHF er en organisasjon som utvikler seg, får ansatte på flere lokasjoner og jobber med et krevende samfunnsoppdrag. Kombinasjonen av større geografisk spredning av ansatte, pendling og digital samhandling skaper nye typer utfordringer for arbeidsmiljøet. FTV/FVO ønsker å bidra i arbeidet med dette, også sett i lys av resultatene fra ForBedring 2023.*

- **Informasjon og transparens**

*I en situasjon preget av usikkerhet og omstilling er informasjon til medarbeidere helt sentralt. Informasjon bør gis medarbeiderne, før den når offentligheten. Involvering fra arbeidstakersiden må dokumenteres. Referater/protokoller fra AMU, samarbeidsmøter og drøftingsmøter bør være lett tilgjengelig for alle ansatte i organisasjonen.*

- **Medvirkning**

*FTV/FVO må gis mulighet til å uttale seg og medvirke i sakene som er av betydning for arbeidstakersiden, inkludert prosesser som innebærer endringer i organisasjon, ansvars- og styringslinjer samt arbeidsoppgaver i Helse Nord RHF. God medvirkning innebærer tidlig involvering, åpne prosesser og systematikk, med riktig representasjon. Eksempel på saker vi ønsker økt medvirkning på er bruken av midlertidige ansettelse, forbedret systematikk ved tilsettingsprosesser samt gjennomgang av delegasjonsreglementet».*

## **Kommentarer vedrørende involvering og tiltak fra arbeidsgivers side**

Arbeidsgiver har informert om tidsplan og prosess for årets Ledelsens gjennomgang i samarbeidsmøter 17. januar og 25. juni 2024. Arbeidsgiver setter stor pris på tilbakemeldingen fra FTV og FVO, og anerkjenner betydningen av et godt partssamarbeid, spesielt i et utfordrende år som 2023. Opplevelsen av at samarbeidet er preget av gjensidig tillit og respekt deles, og arbeidsgiver er tilfreds med hvordan partssamarbeidet har utviklet seg. Innspillene om økt fokus på arbeidsmiljø, informasjon, transparens og medvirkning blir tatt til etterretning. Det vil bli prioritert videre utvikling av disse områdene, og vi ser frem til et fortsatt konstruktivt samarbeid for å styrke organisasjonen og ivareta medarbeidere på best mulig måte.

Rapport fra Ledelsens gjennomgang ble drøftet med FTV/FVO 12. september 2024.

## **8.2. 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. KTV/KVO ga 15. desember 2023 følgende innspill til prosessen:

### **«Ledelsens gjennomgang – innspill fra KTV/KVO**

*Samarbeidet mellom ledelsen i det regionale helseforetaket og de konserntillitsvalgte og konsernerneombudet er forverret i 2023 og KTV/KVO er ikke tilfreds med utviklingen.*

*Arbeidet med funksjons og oppgavedeling har i stor grad dominert arbeidet i 2023, men KTV/KVO registrerer også utfordringer i samarbeidet på et mer generelt grunnlag.*

*KTV/KVO viser til vedtakets punkt 3 i styresak 134-2022 fra ekstraordinært styremøte 7. oktober 2022, som følger: Behovet for samarbeid, involvering og medvirkning øker under krevende omstillingsperioder, og styret i Helse Nord RHF understreker viktigheten av god involvering, medvirkning og tilstrekkelig forankring i foretaksgruppen.*

*Medbestemmelse og involvering av KTV og KVO foregår gjennom dialog-, samarbeids- og drøftingsmøter. I tillegg til deltakelse etter oppnevning i ulike oppdrag/prosjekter.*

### **Medvirkning/involvering**

*KTV/KVO er usikre på om alle saker som burde vært behandlet i samarbeidsmøtet, settes opp på agendaen, eller om det generelt er lite aktivitet i RHFet. Vi registrerer at sakslisten til møtene er mindre omfattende enn tidligere.*

### **Arbeidet med funksjons og oppgavedeling**

*Organiseringen av «prosjektet» er tilsynelatende bra, men tidslinjen er ødeleggende for forankring og kvaliteten på arbeidet. Arbeidsgruppene har jobbet under et uforholdsmessig stort tidspress og dette har umuliggjort gruppemedlemmenes mulighet til forankring av gruppenes arbeid både underveis og for forankring av sluttrapport. KTV har ikke kunnet dele interne arbeidsdokumenter underveis med egne referansegrupper, , tillitsvalgte i foretakene og andre aktuelle rådgivere, og muligheten for forankring/innspill/rådgivning har vært begrenset. Dette kan ha påvirket kvaliteten på rapporten, og dermed også det videre arbeidet med omstilling*

### **Rolleforståelse og ansvar**

*KTV har fått signaler fra arbeidsgiver som tyder på at arbeidsgiver er av den oppfatning at Hovedavtalen kun gjelder i begrensende deler av KTV sitt arbeide. Dette avviker i vesentlig grad fra hvordan KTV oppfatter bestemmelsene og intensjonen i avtalen. KTVs medvirkning på konsernnivå reguleres av Hovedavtalen, «Avtale om konserntillitsvalgt mellom Helse Nord RHF og [den enkelte hovedsammenslutning] og arbeidsmiljøloven: Dette er utfordrende både i forhold til medvirkning og forankring. Det må etableres en felles forståelse av hvordan paragrafene skal forstås i henhold til intensjonen med avtalen».*

### **Kommentarer vedrørende involvering og tiltak fra arbeidsgivers side**

Arbeidsgiver har i samarbeidsmøte 17. januar 2024 gitt tilbakemelding på samhandlingen med konserntillitsvalgte og konsernverneombud.

I løpet av 2023 og 2024 har det blitt holdt flere møter mellom KTV/KVO og arbeidsgiverrepresentanter i RHF for å sikre en felles forståelse av hovedavtalen og dens rammer for godt partsarbeid. Arbeidsgiverforeningen Spekter har også bidratt med egen temadag på Gardermoen, og i tillegg vurdert forståelsen og praktiseringen av

partssamarbeidet i regi av Helse Nord RHF. Denne vurderingen ble oversendt til de sentrale partene uten at det førte til formelle uenigheter.

Rapport fra Ledelsens gjennomgang ble drøftet med KTV/KVO 9. september 2024.

### **8.3. Regionalt brukerutvalg (RBU)**

RBU ga 16. april 2024 følgende innspill prosessen:

*«Regionalt brukerutvalg viser til tidligere tilbakemeldinger, og mener fortsatt det er viktig med to brukerrepresentanter i styret til Helse Nord RHF.*

*Organiseringen av brukermedvirkningen i arbeidet med «Tiltak for å sikre bærekraft»: Deltakelse i utvidet ledermøte var svært viktig under prosessen, og det var bra at det var brukerrepresentasjon i alle arbeidsgruppene. RBU spilte inn at det var ønskelig med to representanter i hver arbeidsgruppe, og fikk en vara pr arbeidsgruppe. I etterkant ser vi at det hadde vært bedre å ha to faste brukerrepresentanter i arbeidsgruppene, for å kunne forberede og diskutere med. Det var tidlig involvering av brukere i arbeidet – og det er viktig for legitimitet, også i andre prosesser.*

*I dag har ikke RBU noen oversikt over hvilke høringer det regionale helseforetaket er mottaker av. Regionalt brukerutvalg ser at man kunne ha bidratt inn i flere høringsvar fra Helse Nord RHF, eller skrevet egne uttalelser. Regionalt brukerutvalg ser på dette som er forbedringspunkt til administrasjonen – sikre brukermedvirkning i høringer som kan ha konsekvenser for pasient- og pårørende.*

*RBU har også hatt mulighet til å sende innspill til flere saker som det arbeides med i Helse Nord RHF, og ser at flere innspill blir hensyntatt. Det er ønskelig at man oppretter en egen fane på nettsidene til RBU – der man kan legge innspillene fra RBU, slik at man lettere kan lenke til dem i andre saker.*

*RBU ønsker å rose arbeidet som gjøres i regionen med spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.*

*RBU ser at det med fordel kunne vært arbeidet mer regionalt om saker som brukersiden er svært opptatt av, eksempelvis pasientreiser og redusering av ventetider.*

*Det bør arbeides planmessig mot mer lik praktisering av brukermedvirkning i foretaksgruppen, og RBU har spilt inn ønske om internrevisjon på dette området. Det er uheldig at møtefrekvensen i brukerutvalg/ungdomsråd i helseforetakene varierer mellom fire til ti møter i året. I noen helseforetak er det arbeidsutvalget til brukerutvalgene som benyttes til behandling av svært mange saker, og ikke brukerutvalget.*

*Det vurderes som svært positivt at man har fått til en felles arena for adm. direktører i RHFene (AD-møte) og ledere og nestledere i RBUene (IRBU) i alle regionene. Det bør*

*arbeides med system for å få til en bedre kobling og informasjon mellom IRBU og AD-møte».*

## **Administrasjonens kommentarer til brukermedvirkningen og forslag til forbedringstiltak**

*Ref. avsnitt 3:* Helse Nord RHF har lagt til et punkt om høringer som er viktige for pasient og pårørende i liste over aktuelle saker til RBU-møtene, og tar det med i vurderingen når høringssvar skal skrives fra Helse Nord RHF. Det vurderes ikke som hensiktsmessig å lage en oversikt over alle høringer, da mange heller ikke er relevante for Helse Nord RHF å svare på i sin helhet.

*Ref. avsnitt 4:* Helse Nord RHF vil legge til en oversikt på internett – der man blir enige med RBU om når man skal legge et innspill på internett.

*Ref. avsnitt 6:* Helse Nord RHF noterer ønsket om at det jobbes mer regionalt med saker som brukersiden er opptatt av, for eksempel pasientreiser og reduserte ventetider.

*Ref. avsnitt 7:* Internrevisjonen har mottatt ønske om brukermedvirkning som potensiell sak (jf. RBU-sak 87-2023). Regionene arbeider med å revidere retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå. De oppdaterte retningslinjene skal behandles av styret og videreføres i foretaksmøte med helseforetakene, og da kan man gjennomføre et møte med helseforetakene om praktisering av retningslinjene. Dette for å etterstrebe lik praktisering av brukermedvirkning i foretaksgruppen.

RBU har jevnlig gitt tilbakemelding om at de ønsker to brukerrepresentanter i alle oppnevninger til råd/utvalg (én fast representant og én vararepresentant). Dette for å styrke brukerrepresentantenes mulighet for diskusjon, samt sikre at brukerstemmen er på plass dersom faste representanter har fravær. Nåværende RBU har innført praksis med å foreslå to brukerrepresentanter i oppnevningssaker. Om begge de foreslåtte representantene kan tas med i det videre arbeidet vurderes i hvert tilfelle. Noen oppnevningssaker går også på tvers av landets helseregioner.

Det ble sikret god brukermedvirkning i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Representanter for Regionalt brukerutvalg har vært direkte involvert i utredningen, gjennom deltakelse i arbeidsgruppene og utvidet ledermøte. Utredningsarbeidet er også diskutert i ordinære møter i Regionalt brukerutvalg. RBU har imidlertid gitt tilbakemelding om at det hadde vært ønskelig med to brukerrepresentanter i hver arbeidsgruppe i arbeidet med utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord, og mener dette bør forankres i liknende arbeid i fremtiden (ref. innspill gitt til Ledelsens gjennomgang, og via årsrapport RBU 2023 som ble behandlet i februar 2024).

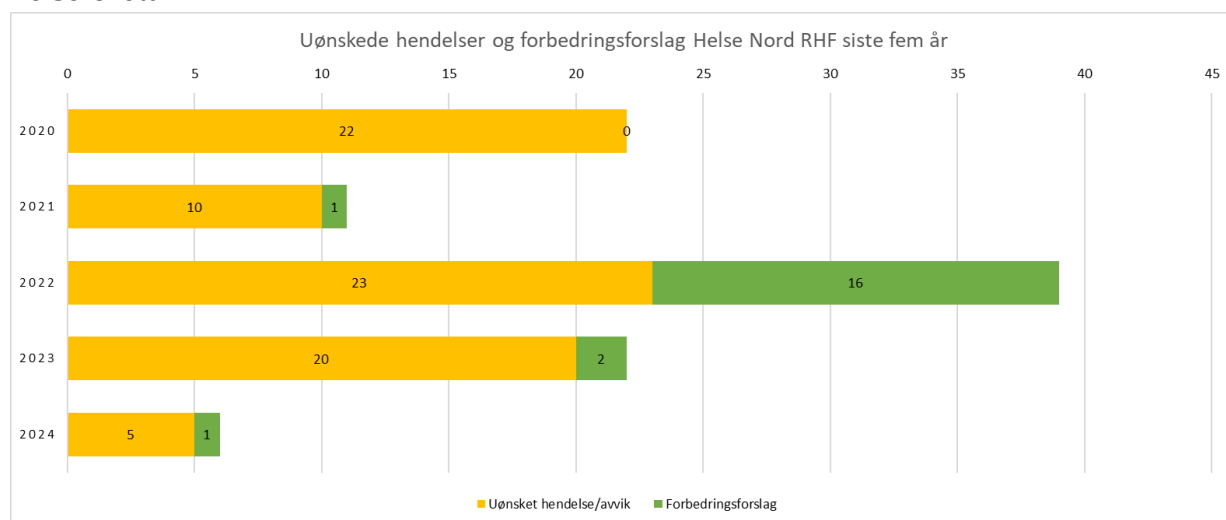
Leder i Regionalt brukerutvalg har deltatt som observatør i alle styremøtene i Helse Nord RHF i 2023. I fjorårets prosess med Ledelsens gjennomgang spilte Regionalt brukerutvalg inn følgende forslag til endring i styredeltakelse: «*RBU viser til styreinstruksen for Helse*

Nord RHF, og ber om at det gjøres en vurdering om det kan oppnevnes to representanter som observatører til styret, slik som i Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF. Det er ønskelig med likebehandling på tvers av helseforetakene». Instruks for styret i Helse Nord RHF 2022-2024 (vedtatt 26.10.2022) åpner for at økt representasjon fra Regionalt brukerutvalg er mulig, ref. pkt. 5) hvor framgår: «Brukerutvalget i Helse Nord RHF møter i styret som observatør med tale- men ikke stemmerett, i det antall styret beslutter.». Styret i Helse Nord RHF har i sak 14- 2024 oppnevnt leder og nestleder i Regionalt brukerutvalg som observatører i styret med tale- og forslagsrett fra 7. februar 2024.

## 9. Uønskede hendelser og avvik

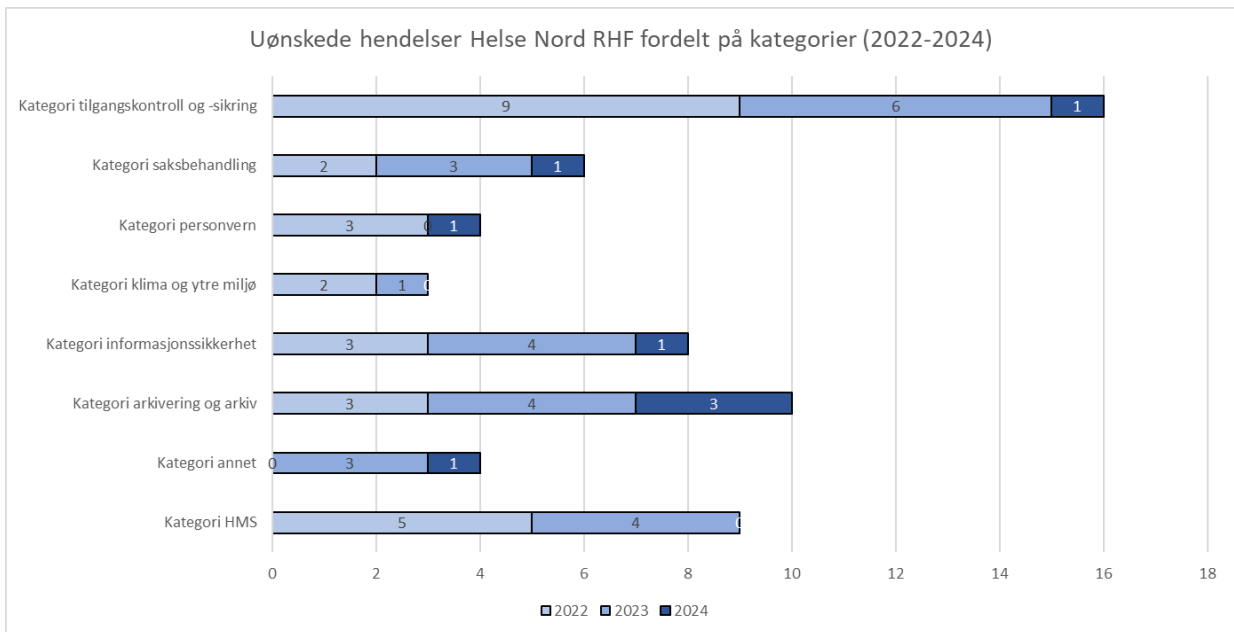
Helse Nord RHF har benyttet Docmap som system for å registrere, behandle og følge opp uønskede hendelser, avvik og forbedringsforslag, samlet omtalt som hendelser. Docmap ble oppgradert til ny versjon i mars 2022, det er etter dette gjort enkelte endringer i oppsettet av meldeskjemaer, kategorisering av hendelser mv. Endringene – og det fortsatt begrensede omfanget av meldte hendelser - medfører at oversiktene må tolkes med varsomhet.

Antall (figur 4) og fordelingen av registrerte hendelser pr kategori (figur 5) viser *bare* hendelser registrert med Helse Nord RHF som ansvarlig organisatorisk enhet. Registrerte hendelser i foretaksgruppen utgjør et langt større antall og følges opp av det enkelte helseforetak.



Figur 4 Registrerte uønskede hendelser og forbedringsforslag siste fem år (pr 25.06.2024)





Figur 5 Fordeling av uønskede hendelser pr kategori (pr 25.06.2024)

Kategoriene «Tilgangskontroll og -sikring» og «Arkivering og arkiv» står for ca. 42 % av registrerte hendelser i 2023-24. Typiske meldinger handler om problemer med adgangskort, feil eller manglende arkivering i sak- og arkivsystemet, nedetid på systemer og tilfeller av feil med tilgangsstyring.

Fire av 25 (16 %) meldte hendelser fra perioden 2023-24 er ikke lukket eller ferdig behandlet

Uønskede hendelser - status				
År	Mottatt	Ferdig	SUM	Andel åpne
2023		3	17	15,0 %
2024		1	4	20,0 %
<b>Totalt</b>		<b>4</b>	<b>21</b>	<b>16,0 %</b>

### Vurdering av systemet for uønskede hendelser og avvik

Teknisk løsning for å melde uønskede hendelser, avvik og forbedringsforslag skal erstattes av ny løsning høsten 2024. Opplæring for alle ansatte blir gitt. Det er et mål å forenkle registreringen av hendelser, etablere bedre løsninger for kategorisering, årsaksanalyser og tiltaksoppfølging. Forbedringsarbeid fremgår av tiltaksliste i vedlegg 1b.

## 10. Andre forhold og vesentlige hendelser/endringer siste år

### 10.1. Organisasjonsutvikling

I løpet av 2023-24 har Helse Nord RHF gjennomgått en organisasjonsutviklingsprosess (OU-prosess) som slutføres høsten 2024. Formålet med OU-prosessen er å etablere en mer tydelig og hensiktsmessig organisasjonsstruktur med klare ansvarlinjer, styrke kvalitet og kompetanse i RHF-et, forbedre effektiviteten og bedre samarbeidet både internt og eksternt. Det er særlig organisering og ledelse av det helsefaglige arbeidet, administrasjons- og stabsavdelingen, analyse og kvalitet som er vurdert.

Nytt organisasjonskartet er gjeldende fra 1.5.2024, se figur 6 under.



Figur 6 Organisasjonskart Helse Nord RHF (kilde: <https://www.helse-nord.no/om-oss/organisasjonskart-helse-nord/>) Endring og omstilling i Helse Nord

09.11.2022 ga Helse- og omsorgsdepartementet styret i Helse Nord RHF følgende oppdrag:

1. sørge for robuste styrings- og rapporteringssystemer i alle ledd i helseforetaksgruppen, med en egnet fullmaktsstruktur
2. rapportere månedlig på konkrete tiltak som skal bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling
3. vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på lang sikt

Punkt 1 og 2 er fulgt opp i løpende oppfølgingsmøter, direktørmøter og styreledermøter. Omstillingsarbeidet har i begrenset grad gitt målsatt resultat.

Punkt 3 er fulgt opp ved at Helse Nord RHF etablerte fem arbeidsgrupper som utredet hvert sitt delområde. Arbeidsgruppene var bredt sammensatt av representanter fra helseforetakene, det regionale helseforetaket, kommuner, brukerrepresentanter og tillitsvalgte. Målet med arbeidet var å sikre at pasientene i Nord-Norge får gode spesialisthelse-tjenester også i fremtiden.

Arbeidsgruppene gjennomgikk følgende områder:

1. Akutte og planlagte (elektive) funksjoner
2. Psykisk helsevern
3. Rehabiliterings- og private tjenester

4. Diagnostiske funksjoner
5. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

I foretaksmøte 16.11.2024 fikk Helse Nord RHF et justert oppdrag som førte til særskilt finansiering av akutt-tilbudet i Lofoten og Narvik, og at arbeidsgruppe 1 ble avsluttet. Rapport fra arbeidsgruppene 2, 3 og 5 ble sendt på ekstern høring, mens rapport fra arbeidsgruppe 4 ble behandlet i intern høringsprosess. Etter høringsrunde og innarbeidelse av flere høringsinnspill ble rapportene behandlet i styret for Helse Nord RHF 19.06.2024, og sendt til Helse- og omsorgsdepartementet som svar på punkt 3 i foretaksmøte 09.11.2022.

Se <https://www.helse-nord.no/ending-og-omstilling-i-helse-nord/> for ytterligere detaljer.

## **10.2. Omstillingsarbeid i helseforetakene**

Foretaksgruppen har vært i en krevende økonomisk situasjon siden pandemien, og må fortsatt gjennomføre vesentlige omstillinger for å sikre bærekraftig drift, både på kort og lang sikt. Omstillingsarbeidet har ikke lyktes som forutsatt i 2023. Gjennomføring av planlagte investeringer forutsetter at alle medarbeidere bidrar i omstillingsarbeidet i tråd med forutsetningene i budsjett 2024.

## **10.3. Riksrevisjonens undersøkelse av risikostyring i helseforetakene**

Riksrevisjonen offentliggjorde 14. mars 2024 rapport om «Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene». Riksrevisjonens undersøkelse viser at sykehusene jobber lite systematisk med kjente utfordringer, og påpeker at svak risikostyring kan få konsekvenser for pasientbehandling, ventetider og samhandlingen mellom kommuner og sykehus. Riksrevisjonen mener det er kritikkverdig.

Videre påpeker Riksrevisjonen at de regionale helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har fulgt opp om helseforetakene har fungerende risikostyringssystemer. Dette er ikke tilfredsstillende. De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for at det er etablert styringssystemer i helseforetakene de eier. Svak risikostyring i helseforetakene vil kunne påvirke de regionale helseforetakenes evne til å ivareta sitt sørge for-ansvar.

Regionalt nettverk for risikostyring i Helse Nord har i 2023 og 2024 hatt fokus på arbeidet med å utarbeide vedlegg til Regional retningslinje for risikostyring (RL1602) med sikte på å imøtekomme Riksrevisjonens anbefalinger.

## **10.4. Globalt trusselbilde**

Globale store hendelser med krig Ukraina og på Gazastripen fører til økt risiko for forsyningssikkerhet både for medikamenter, medisinske forbruksvarer og utstyr. Situasjonen har så langt ikke ført til vesentlige driftsforstyrrelser, og overvåkes løpende.

Fra Trusselvurdering 2024 siteres at «..den mest alvorlige trusselen mot spesialisthelsetjenesten er kriminelle aktører, og særlig digital utpressing. Skadepotensialet av et slikt angrep kan være meget høy, og kan innebære både nedetid på tjenester, høye kostnader for opprydding og gjenopprettingstid. Global statistikk viser at angrep mot helsesektoren har økt, der organiserte kriminelle aktører står bak de fleste angrep. Disse aktørene er økonomisk motivert, og går bredt ut mot flere sektorer og virksomheter. I tillegg er statlige aktørers vilje til å utøve spionasje en betydelig trussel mot spesialisthelsetjenesten».

Trusselvurderingen tilsier at arbeidet med risikoreduserende tiltak fortsatt må ha høy prioritet.

### **Vurdering av andre forhold**

Organisasjonsendringene i Helse Nord RHF og vedtak fattet i forbindelse med endrings- og omstillingsarbeidet, ventes å legge bedre til rette for å få større gjennomføringskraft for fremtidig bærekraft i hele foretaksgruppen. Avdekkede svakheter ved risikostyringen, samt globalt trusselbilde ventes å kunne skape større forståelse og gjennomslagskraft for strengere prioritering av disponering av ressurser.

### **Vedlegg**

1. Status for gjennomføring av forbedringstiltak i forrige Ledelsens gjennomgang samt oppfølging av internrevisjonens anbefalte forbedringspunkter
2. Fullstendige evalueringsskjemaer for evalueringsområdene
3. Prosedyre for gjennomføring av Ledelsens gjennomgang i Helse Nord (PR62556)

**Vedlegg 1: Status oppfølging av tiltak i forrige ledelsens gjennomgang samt tiltak fra internrevisjonens rapport 1/22**

Gult= Videreføres, Grønt=Lukket, Rødt= Ikke startet/utsatt

Tiltak fra Ledelsens gjennomgang 2022 (styresak 60/2023)					
	Status	Tiltak nr/år	Tiltak	Ansvar	Status oppfølging av tiltak
1	Videreføres	1/2022	<b>Oversikt over prosjekt og tiltak (Porteføljestyring)</b> Utarbeide samlet oversikt over status, fremdrift og ressurspådrag for regionale tiltak og prosjekter – sett i sammenheng med strategier og planer. Formålet er å bedre forutsetningene for mer langsiktig planlegging og prioritering og bedre løpende internkontroll. Det bør vurderes om eksisterende digitale løsninger er tilstrekkelige for å kunne ivareta formålet på en god måte.	Eierdirektør	Overordnet arbeid med virksomhetsstyring og risikostyring er prioritert, og arbeidet med porteføljestyling satt delvis i bero. Det arbeides med å samle IKT-porteføljen i HN RHF og HN IKT i samme oversikt. Det pågår også viktige oppgaver innenfor eiendomsporteføljen som skal samles i felles oversikt. Det bør vurderes om pågående tiltak innenfor HR-området skal samles til halvårlig oppsummering til styret i HN RHF. Arbeidet videreføres.
2	Lukket	2/2022	<b>Virksomhetsstyring</b> Kartlegge og sammenstille sentrale prosesser og oppgaver for Helse Nord RHF i hensiktsmessige årshjul for foretaket.	Eierdirektør	Årshjul er utarbeidet og er tilgjengelig for alle på intranett. Lukkes.
3	Lukket	3/2022	<b>Ledelsens gjennomgang</b> Etablere rutiner og prosessbeskrivelser for gjennomføring av ledelsens gjennomgang.	Eierdirektør	Prosedyre for gjennomføring av ledelsens gjennomgang i Helse Nord RHF (PR62556) ble vedtatt i ledermøtet 5. mars 2024. Lukkes.
4	Lukket	4/2022	<b>Virksomhetsstyring</b> Formalisere et utvalg av interne måleparametere for Helse Nord RHF som kan benyttes til å vurdere tiltakseffekt.	Adm direktør	AD har satt dette arbeidet på vent. Lukkes, ref. pkt IR 1/2022-5.
5	Videreføres	5/2022	<b>Avviksoppfølging</b> Etablere regionale rutiner som sikrer at Helse Nord RHF har samlet regional oversikt over alvorlige hendelser som meldes nasjonale varsel- og meldeordninger.	Fagdirektør	RHF ber HF-ene om en oversikt en eller to ganger i året og lager deretter en styresak til vårt styre, som er holdt på et overordnet nivå for ikke å dele taushetspliktige opplysninger (som vi ikke har adgang til).
6	Videreføres	6/2022	<b>Kvalitetsstyring</b> Delegere oppgave som utarbeider og godkjenner for utvalgte styrende dokumenter med regional gyldighet, til etablerte regionale forvaltningsmiljøer.	Eierdirektør	Ivaretas gjennom en pågående prosess. Arbeidet videreføres.

Tiltak fra Internrevisjonsrapport 01/2022 Virksomhetsstyring i Helse Nord (styresak 123/2022 og 107/2023)					
		Tiltak nr/år	Tiltak	Ansvar	Status oppfølging av tiltak
7, 8,	Videreføres	IR 1/2022 -1	<p><b>Virksomhetsstyring- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF</b></p> <p>Videreutvikle eksisterende Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF, herunder vurdere i samarbeid med helseforetakene og om rammeverket skal ha regional gyldighet. Helse Nord RHF's rammeverk er basert på Sør Øst's rammeverk. SØ's rammeverk har regional gyldighet, og er mer omfattende.</p> <p>Del 1. Videreutvikle rammeverket til HN RHF med årshjul hvor risikostyring er integrert i de mest sentrale virksomhetsprosessene</p> <p>Del 2: Involvere HFene (direktørmøte) med intensjon å gjøre rammeverket regionalt.</p>	Eierdirektør	<p><u>Del 1: Pågår:</u></p> <p>Årshjul for virksomhetsstyring i RHF er utarbeidet i Excel og godkjent i ledermøte 3. mai 2023. Link til årshjul og prosesskalendre (tidslinjer) lagt på intranett (menypunkt lederstøtte og virksomhetsstyring). Tas opp i ledermøte 1x/mnd. Lukkes.</p> <p>Det utarbeides lokal rutine for risikostyring hvor det tydelig fremgår ansvar for risikovurdering og tiltaksrapportering og i hvilke aktiviteter/rapporter i årshjulet dette inngår. Punktet lukkes når dette er ferdigstilt. Forslag behandles i ledermøte i august 2024, sammen med regionale føringer for risikostyringsprosesser (også utarbeidet forslag som skal kvalitetssikres med HF i juni). Lukkes.</p> <p><u>Del 2: Ikke påbegynt</u></p> <p>Vurderes i konseptarbeid om digital virksomhetsstyring - konseptet er i første omgang avgrenset til styringskrav og rammer. Arbeidet videreføres</p> <p><u>Eieravdelingen vurderer videre prosess for rammeverket</u></p>
9, 10, 11, 12,	Videreføres	IR 1/2022 -2	<p><b>Virksomhetsstyring - Strategihierarki (strategikart)</b></p> <p>1. Tegn strategikart – presentere for ledergruppen i februar, muntlig presentere gyldighetsområde og fremdriftsstatus på strategiene – til drøfting</p> <p>2. Gjennomgå PR5807 Prosessbeskrivelse for å utarbeide delstrategier i Helse Nord RHF med tanke på forbedringer OD – I kravsettingen tydeliggjøre kobling mellom strategi og krav. Det er gjennom OD, budsjett og ØLP strategiene iverksettes.</p> <p>3. Oversikt over gyldige strategidokument i Docmap: DS 10272 skal samle alle strategier som gjelder for RHF – påbegynt ryddejobb slutføres</p> <p>4. Vurdere tilsvarende dokumentsamling med gyldighetsområde HN</p>	Eierdirektør	<p>1. Strategikart – saken er behandlet i flere ledermøter, ferdigstilt endelig forslag til ledermøte RHF/AD i juni 23 – utsatt behandling til 5. september 23 - endelig godkjent i ledermøtet 14. mai 24. Lukkes.</p> <p>2. Gjennomgang PR5807 er gjort som en del av ledermøtesak 136/23 og 204/23, prosessen oppdateres når sak er godkjent, tentativt august 23 - prosedyren ble trukket tilbake etter ledermøte 14. mai 2024. Lukkes.</p> <p>3. Ryddejobb i DS10272 nesten fullført, gjenstående arbeid følges opp av Eieravdelingen v/virksomhetsstyringsteamet. Lukkes.</p> <p>4. Dokumentsamling strategi med gyldighetsområde HN – Ikke startet opp – oppfølging etter ledermøte 14. mai 2024. Arbeidet videreføres.</p>

13	Videreføres	IR 1/2022 -3	<b>Lederutviklingsprogram for HN RHF</b>  	HR-direktør	<p>Vedtatt nytt mandat i september 2023 for styringsgruppen for Regionalt fagnettverk for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord. Fagnettverket skal utvikle rammeverk for leder og ledelsesutvikling i Helse Nord. Struktur for krav til ledere, støtte til ledere, krav til opplæring mv. Alle HFene deltar i fagnettverket.</p> <p>I Helse Nord RHF er det etablert en intern faggruppe som gjennomfører lederutvikling for Helse Nord RHF sine ledere. Det er startet lederutvikling for ledergruppen i RHF i mai 23. Helse Nord RHF deltar også i nasjonalt fagnettverk for leder- og ledelsesutvikling. Det skal utarbeides en regional ledelsesportal for opplæring i Helse Nord. Arbeidet videreføres.</p>
14	Lukket	IR 1/2022 -3	<b>Virksomhetstyring - Innføring E-læring om virksomhetstyring</b> Fullføre pågående arbeid med regional innføring av E-læring. Forslaget om regional innføring av E-læring har fått bred støtte i foretaksgruppen (direktørmøte, HR-økonomisjefmøte, KTV/KVO og ledergruppen HN). HFene deltar i arbeidsgruppe som har planlagt og utformet felles regionalt innhold. Det er opprettet en lokal arbeidsgruppe i RHF for å utforme forslag til regionalt innhold og lokalt innhold for RHF.	Eierdirektør	Regional versjon er slutført i versjon 1.o. RHF har lansert denne og lokal del. Øvrige HFer i arbeid fortsatt. Følges opp i forvaltning av E-læringen. Lukkes.
15, 16, 17, 18,	Videreføres	IR 1/2022-4	<b>Virksomhetstyring - Helhetlig risikostyring</b> Videreutvikle metodikk for, og gjennomføre, en helhetlig risikostyring som bidrar til foretaksgruppens måloppnåelse. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reetablere regionalt nettverk for risikostyring (startet opp igjen for sept 2022). Mandat godkjent av AD etter behandling i direktørmøte</li> <li>2. Revidering av retningslinjer for risikostyring pågår i regi av nettverket.</li> <li>3. HN RHF sine risikostyring må i takt med dette gradvis utvikles og forbedres mot helhetlig og integrert risikostyring, og inngår også i anbefaling nr 1. Rammeverk for virksomhetsstyring, årshjul.</li> <li>4. Risikooversikt til styret</li> </ol>	Eierdirektør	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Startet opp nettverket - pkt 1. lukkes</li> <li>2. Retningslinjene styrebehandlet 26. april 23, sak 45-2023, stadfestet for HFene i foretaksgruppe 5. juli 2023 - vurderes forbedret mht RRs anmerkninger i sin rapport - utarbeidet forslag til lokal retningslinje - behandles ledergruppen aug 2024. Punktet lukkes.</li> <li>3. Pågår: Det jobbes med syntaks, taksonomi, lokale styrende dokumenter, risikooversikt - følge opp RRs anmerkninger. Arbeidet videreføres.</li> <li>4. HFene vurderte sannsynlighet for manglende måloppnåelse OD 2023 1. tertial, fulgt opp i forbindelse med rapportering 2. tertial. - Top Down/Bottom up tilnærming på risikovurdering 2024 - arbeidet initieres med styringskrav for 2024. Punktet lukkes.</li> </ol>

19	Utsatt	IR 1/2022 -5	<p><b>Virksomhetsstyring - Operative mål for RHF</b> Fastsette operative mål for RHF-ets egen virksomhet, med tilhørende handlingsplaner og måleindikatorer.</p> <p>Styret ber om tilbakemelding i november 2022 om fastsetting av operative mål for Helse Nord RHF for 2023, samt en risikovurdering for oppnåelse av målene.</p>	Adm direktør	<p>Etter råd fra eierdirektør og internrevisor har AD besluttet å anbefale for styret at arbeidet med tiltak nr. 1 utvikling av rammeverk for virksomhetsstyring og anbefaling nr 2. strategikart gis prioritet, og at anbefaling nr. 5 om operative mål utsettes inntil disse tiltakene er ferdige. Styret ble informert om dette i februar 2023.</p> <p>Høsten 2022 ble oppfølging drøftet med internrevisjonen. Hvordan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utforme operative mål som gir mening og virker motiverende for avdelingene,</li> <li>• inngå å ta på oss større nye rapporteringsoppgaver og oppfølgingssystem nå, og samtidig forsøke å innfri styrets forventning om et forslag i novembermøte.</li> </ul> <p>Det ble foreslått en kortvarig prosess hvor avdelingsdirektørene med utgangspunkt i strategi skulle peke ut de sine to viktigste tiltak (=operative målsettinger) i 2023 (for avdelinger med seksjoner: et tiltak pr seksjon). Dersom tiltaket var et risikoreducerende tiltak, skulle det også beskrives hvilken risiko tiltaket skal redusere. I tillegg kunne adm.direktør i dialog med ledergruppen fastsette felles operative mål for alle avdelingene: økonomisk resultat, sykefravær, turnover mm.</p> <p>Avdelingsdirektørene skulle også beskrive hvordan tiltaket skal måles/rapporteres til styret tertialvis. Ved første rapportering til styret skulle gjennomføring av tiltaket risikovurderes mht. sannsynlighet for gjennomføring i 2023 (høy/medium/lav).</p> <p>Tiltakene/målene skulle også inngå som prioritert aktivitet i avdelingens virksomhetsplan for 2023 og følges opp i linja.</p> <p>Ved årsskiftet besluttet konstituert AD at de operative målene skulle være tiltak som</p>
20	Lukket	IR 1/2022 - anbefaling uten nummer	<p><b>Andre anbefalinger</b> Forbedre forvaltningen av regionale og interne styrende dokumenter</p>	Eieravd.	<p>Dette er et kontinuerlig pågående arbeid, systemet må til enhver tid tilpasses endringer i organisasjonen. Ryddearbeid gjennomført i forbindelse med kvalitetsdagene. Gjenstår arbeid for å ta ned nivå på godkjenningsansvar - nærmer operativt nivå og regionale forvaltningssentre. <b>Dekkes av 6/2022 (åpen), lukkes.</b></p>
21	Lukket	IR 1/2022 - anbefaling uten nummer	<p><b>Andre anbefalinger</b> Utarbeide mandater for utvalg, råd og møtefora som eies av Helse Nord RHF, og som er sentrale i virksomhetsstyringen.</p>	Adm.avd.	<p>Pågående arbeid. Det er utarbeidet og revidert mandat for flere av utvalg, råd og møtefora som ble kartlagt som sentrale i virksomhetsstyringen. Mandatene til direktørmøte, HR-sjef møte, økonomisjefmøte og regnskapsledermøte ble behandlet i ledermøte 26.09.23 og ble tilsluttet av direktørmøtet 15. mars 2024. Lukkes.</p>
22	Videreføres	IR 1/2022 - anbefaling uten nummer	<p><b>Andre anbefalinger</b> Utarbeide stillingsbeskrivelser som angir roller og ansvar for ledere i Helse Nord RHF</p>	HR-direktør	<p>Pågående arbeide. Utarbeidet for 63 % av de ansatte i Helse Nord RHF og 79 % av ledere med personalansvar . Arbeidet ferdigstilles innen <b>31.12.2024.</b></p>
23	Videreføres	IR 1/2022 - anbefaling uten nummer	<p><b>Andre anbefalinger</b> Gjennomføre tiltak for å styrke kulturen for bruk av interne avviks- og forbedringsmeldinger i Helse Nord RHF.</p>	Eierdirektør	<p>Det er ikke gjennomført vesentlige, systematiske tiltak for å bedre meldekulturen gjennom det etablerte verktøyet (Docmap). Prosedyren for melding av avvik og uønskede hendelser er revidert og tydeliggjort mht. frister, ansvar mv. Arbeidet videreføres</p> <p>Antallet avvik og uønskede hendelser meldt i og av HN RHF varierer pr år, 2019: 24, 2020: 22, 2021: 12, 2022: 35, 2023:22, 2024: 6 (hiå pr. juni)</p>



## Eiendom, medisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler

### Overordnet beskrivelse av området

Ansvarsområdet omfatter oppgaver og aktiviteter innen områdene eiendom, medisinsk utstyr (MU), behandlingshjelpemidler (BHM) og klima/miljø. I hovedsak omfatter det overordnede strategiske planer og føringer, oppfølging og koordinering av oppgaver mellom foretakene og i hvert enkelt foretak, rapportering til styre og HOD samt Helse Nord sin representant i ulike nasjonale prosjekter, styringsgrupper og andre fora

Krav og forutsetninger – hva setter føringer og retning for arbeidet med dette området?

lover, forskrifter og andre eksterne krav	Lov om helseforetak (Helseforetaksloven) Plan- og bygningsloven Teknisk forskrift 2017 Lov og forskrift om medisinsk utstyr samt et svært omfattende EU-regelverk som man også må forholde seg til. Specialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar
Mål og oppdrag	Eiendom: Det er ikke satt som et eksplisitt krav, men HOD har tidligere anbefalt at aggregert teknisk tilstandsgrad for bygningsporteføljen ikke skal være dårligere enn 1,2 og ingen komponenter skal ha tilstandsgrad 3.  MTU/BHM: Det er ikke gitt spesifikke krav innen MTU/BHM.  Klima/Miljø: Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å utarbeide en oversikt over utslippsbaner for hvordan ulike tiltak vil påvirke framtidig samlet CO2-utslipp for spesialisthelsetjenesten.
Strategier, handlingsplaner og andre interne krav	Eiendom: Det pågår et arbeid med en overordnet regional plan/strategi for eiendomsområdet i Helse Nord. Dette arbeidet henger sammen med pågående prosess for å sikre bærekraft, og skal i grove trekk si noe om hvilke funksjoner som skal løses hvor, og hva dette innebærer av behov for bygg med ulike funksjoner. Eiendomsstrategien skal også legge føringer for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygningsmassen, noe som også innebærer langsiktige utviklingsplaner for hvert foretak (inkl lokasjonsvis arealplaner).

	<p><b>MTU/BHM:</b> Strategi for MTU er ferdigstilt, men ikke godkjent. Denne omhandler i hovedsak samordning av anskaffelse på medisinteknisk utstyr med målsetting om større likhet i utstyrssortimentet, samt flere felles regionale anskaffelser. I tillegg omhandler strategien hvordan ivaretagelse av informasjonssikkerhet bør håndteres. Spesifikt for BHM pågår nå et arbeid knyttet til fremtidig organisering av denne tjeneste der første delmål er en gjennomgang av prosessene rundt håndtering av forbruksmateriell.</p> <p><b>Klima/miljø:</b> Det er etablert og godkjent en egen miljøstrategi og alle foretakene er samlet i et eget regionalt forum for miljø og bærekraft hvor det jobbes godt med dette området.</p>
--	--

### Styringssystem – hvordan jobber vi med dette området?

Ansvarlig (avdeling og rolle)	Seksjonsleder eiendom, eieravdelingen
Organisering og samarbeid på tvers	<p><b>Eiendom:</b> Oppgavene i RHF er tillagt seksjonsleder eiendom. Det er flere regionale og nasjonale fora hvor samarbeidet ivaretas. Regionale forum: eiendomsforum Nasjonale forum: interregionalt eiendomssjefsmøte, kundeforum (Sykehusbygg), diverse prosjekt- og styringsgrupper</p> <p><b>MTU/BHM:</b> Oppgavene i RHF ivaretas av seksjonsleder eiendom. I tillegg er det to systemforvaltere som ivaretar forvaltningen av Medusa (system for MTU/BHM). Disse sorterer oppgavemessig under seksjonsleder eiendom, men er ansatt i UNN. Det er ulike regionale forum hvor samarbeidet ivaretas. Regionale forum: MTU-forum, BHM-forum</p> <p><b>Klima/miljø:</b> Oppgavene i RHF ivaretas av 50% stilling som miljørådgiver. Det er regionale og nasjonale forum hvor samarbeid ivaretas. Regionale forum: Forum for miljø og bærekraft Nasjonale forum: Samarbeidsutvalg for samfunnsansvar</p>
Prosesser og prosedyrer	Arbeidet i eiendomsseksjonen er i grovt beskrevet i stillingsbeskrivelse.

	Det er godkjente mandat for eiendomsforum, MTU-forum, BHM-forum og forum for miljø og bærekraft, som beskriver arbeidet i disse.
IKT-verktøy	<p>Eiendom: Det pågår en nasjonal innføring av nytt system for forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og renhold av bygningsmasse. For Helse Nord skal dette systemet være implementert innen utgangen av 2025 for alle foretakene. Dette vil være hovedsystemet for dette fagområdet.</p> <p>MTU/BHM: Hovedsystemet for fagområdet er Medusa, som alle foretakene i Helse Nord har i drift</p> <p>Klima/miljø: Det er etablert et nasjonalt klimaregnskap som alle foretakene rapporterer til. Fra dette har alle tilgang til dashboard som viser utviklingen på CO<sub>2</sub>-utslipp. Det er også flere systemer ute hos foretakene, f.eks stoffkartotek, eksponeringsregister, osv</p>
Kompetanse	Det er ikke satt formelle kompetansekrav med det er fordelaktig med utdanning/erfaring innen eiendom, og også en fordel med kunnskap om medisinsk teknikk
Systematisk forbedringsarbeid	<p>Det jobbes med forbedring på ulike måter, både gjennom faste fora som f.eks seksjonsledermøter/-samlinger og andre faste prosesser i RHFet, samt ved behov</p> <p>Gjennom de faste regionale møteforaene legges det rette for diskusjon om mulige forbedringspunkter med HF'ene</p>

### Status – hvordan ligger vi an?

Underlag til evaluering og vurdering	<p>I 2020 gjorde Riksrevisjonen en undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr med følgende konklusjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investeringene har ikke vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinteknisk utstyr</li> <li>• Mange helseforetak har problemer med å oppnå planlagt investeringsnivå i sine økonomiske langtidsplaner</li> <li>• Helseforetakene bruker ikke økonomiske langtidsplaner godt nok som et virkemiddel for planlegging og prioritering av investeringer</li> <li>• De regionale helseforetakene har ikke fulgt opp de underliggende helseforetakenes investeringer i</li> </ul>
--------------------------------------	---

	<p>bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse- og omsorgsdepartementet har stilt relevante krav, men dette har ikke vært tilstrekkelig til at planlagte investeringer har blitt realisert i mange helseforetak</li> <li>• Det er risiko for at målet i Nasjonal helse- og sykehusplan om å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer ikke nås</li> </ul> <p>Situasjonen etter 2020 er ytterligere forverret da det ikke finnes tilstrekkelige midler til investeringer og vedlikehold av bygningsmassen, og heller ikke til utskifting av medisinteknisk utstyr. Risikoen for større havari på begge områder er dermed økende.</p>
--	---

### Evaluering – hvor gode er vi?

Klarer vi å etterleve lover og regler på dette området?	Det tilstrebes å etterfølge lov og forskrift og i stor grad blir det gjort.
Klarer vi å nå mål/løse oppdrag?	Dagens økonomiske situasjon gjør det vanskelig å ivareta eiendomsområdet og medisinteknisk utstyr på en forsvarlig måte. Dette påvirker også tiltak innen klima og miljø negativt.
Blir strategier og handlingsplaner fulgt?	<p>For eiendomsområdet pågår et arbeid etter hvert vil gi en strategi/handlingsplan for hvordan dette området skal ivaretas fremover</p> <p>For MTU/BHM pågår også et arbeid og her må det gjøres vurderinger rundt fremtidig organisering og samordning</p> <p>For klima- og miljøområdet følges strategier og handlingsplaner opp på en god måte</p>
Hva er vurderingen av styringssystemet på dette området?	Det formelle er i stor grad på plass, men dette er et bredt ansvarsområde og det vurderes at kapasiteten er for liten til en forsvarlig oppfølging, spesielt knyttet til MTU/BHM.
Blir styringssystemet på dette området systematisk forbedret?	På grunn av kapasitetsutfordringer blir det litt for lite tid til systematisk forbedringsarbeid innen området. Noe blir likevel ivaretatt gjennom forbedringsprosesser innen eieravdelingen som området er en del av.



Dra kryss til  
riktig nivå  
**Tilfeldig**

Dra kryss til  
riktig nivå  
**Formalisert**

Dra kryss til  
riktig nivå  
**Organisert**

Dra kryss til  
riktig nivå  
**Forebyggende**

Dra kryss til  
riktig nivå  
**Integert**

### Forbedringsmål og forslag til tiltak – hva gjør vi for å forbedre oss?

Mål for forbedring	<p>Bidra til større langsiktighet innen utvikling og forvaltning av foretaksgruppens eiendomsmasse gjennom å få på plass en eiendomsstrategi med forutsigbare handlingsplaner</p> <p>Forankring av MTU-strategi og utarbeidelse av handlingsplan for bedre samordning av anskaffelser av MTU, samt styrking av informasjonssikkerhetsarbeidet innen MTU-området</p> <p>Bidra til en bedre organisering av BHM i Helse Nord</p> <p>Fortsette arbeidet får å bidra til nå nasjonale målsetninger inne klima og miljø</p>
Forbedringstiltak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formalisere arbeidet med ferdigstillelse av eiendomsstrategi og samordne arbeidet med handlingsplaner for eiendomsområdet i foretakene</li> <li>2. Forankre MTU-strategien i RHF og HF, og deretter starte arbeidet med handlingsplaner og konkrete tiltak</li> <li>3. Ferdigstille utredning innen BHM og iverksette endringstiltak</li> </ol>

### Overordnet vurdering

Området vurderes som bredt og med litt for liten kapasitet. Det preges av stort etterslep og det er økonomisk krevende å komme i balanse. For å komme lenger opp i modenhetstrappa er det nødvendig å få på plass overordnede strategier, og ha kapasitet til å iverksette et arbeid med handlingsplaner og tiltak koordinert med foretakene. Dette gir ikke nødvendigvis bedre økonomi, men betydelig bedre grunnlag for riktige og samordnede prioriteringer fremover i tid.

Dato	18. juni 2024
Gjennomført av	Lars Alvar Mickelsen



## Forskning og innovasjon

### Overordnet beskrivelse av området

Forskning er en av fire hovedoppgaver i sykehusene. Det regionale helseforetaket skal legge til rette for forskning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Forskningsinstitusjoner er offentlige eller private institusjoner som har forskning som en av sine hovedoppgaver. Helseforetakene er også forskningsinstitusjoner siden de har forskning som en av sine hovedoppgaver. Det innebærer blant annet at institusjonene har et ansvar for og skal sikre at forskningen ved institusjonen skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer, og ha retningslinjer og rutiner for dette. Innovasjon er ikke en lovpålagt oppgave på samme måte som forskning, men har inngått i oppdragsdokumentene til RHF-ene siden 2007, og har inngått som egne målområder i forsknings- og innovasjonsstrategiene for Helse Nord siden 2010.

Krav og forutsetninger – hva setter føringer og retning for arbeidet med dette området?

lover, forskrifter og andre eksterne krav	Spesialisthelsetjenesteloven § 3–8. Helseforetaksloven § 1 og 2. Forskningsetikkloven (lov om organisering av forskningsetisk arbeid) §5.
Mål og oppdrag	<i>Oppdragsdokumentet fra HOD for 2023</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2023 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2022, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.</li></ul> <i>Foretaksprotokoll 2023</i> <p>3.5.3 Digital samtykkeløsning for forskningsprosjekter</p> <p>Foretaksrådet viste til behovet for en løsning for digitalt samtykke til å delta i forskningsprosjekter. En løsning innbefatter både videreutvikling av samtykkeløsning på Helsenorge.no og en eller flere administrasjonsløsninger for forskere. Deltakere skal kunne inngå og trekke samtykker ved å benytte tjenester på helsenorge.no.</p> <p>Administrasjonsløsningen skal også kunne håndtere ikke-digitale deltakere. De regionale helseforetakene har i vurderingen av krav til administrasjonsløsningen fra 31. oktober 2022 vist til at det eksisterer ulike registerverktøy og administrasjonsløsninger for forskere i de fire helseregionene. - Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, om å videreføre arbeidet med en trinnsvis utvikling og implementering av løsning(er) for digitalt samtykke for forskningsprosjekter. Administrasjonsløsning(e) skal</p>

	<p>baseres på forskernes behov. Arbeidet inkluderer å: 1. Gjennomføre en kartlegging av eksisterende registerverktøy og administrasjonsløsninger for forskere i helseregionene og deres funksjonalitet. 2. Utarbeide et overordnet løsningsforslag for digital samtykkeløsning for forskningsprosjekter. 3. Utarbeide en plan for stegvis implementering, inkludert pilotering. 4. Utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av utvikling og drift av løsningen. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF, som ansvarlig for helsenorge.no, og i dialog med Direktoratet for e-helse. De regionale helseforetakene skal levere en underveisrapport innen 1. mai 2023. Denne skal inneholde en plan for finansiering av løsningen.</p>
Strategier, handlingsplaner og andre interne krav	<p>Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2024  Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030  Helse Nord RHF's strategi for forskning og innovasjon 2021-2025  Strategi for bruk av kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025</p>

### Styringssystem – hvordan jobber vi med dette området?

Ansvarlig (avdeling og rolle)	Helsefagavdelingen, seksjon for forskning og innovasjon
Organisering og samarbeid på tvers	<p><b>Hvordan er arbeidet på dette området organisert?</b>  Utføres av seksjonens ansatte, samt regionale stillinger lokalisert ved UNN, med oppgaver delegert fra RHF innen forskning og innovasjon – tilsammen fire medarbeidere (3,5 stillinger)</p> <p><b>Hvilke roller er involvert?</b>  Leder og rådgivere og sekretariat</p> <p><b>Hvordan samarbeider vi om dette området? Foregår det samarbeid på tvers av avdelinger?</b>  Noe samarbeid med økonomiavdelingen, IKT-seksjonen i eieravdelingen, og HR-avdelingen foruten den øvrige delen av Helsefagavdelingen.</p> <p>Alle helseforetak samarbeider om å nå målene gjennom det regionale forskningsledernetverket og det regionale innovasjonsnettverket.</p> <p>Eksternt samarbeider vi med universitetene i regionen gjennom det formelle samarbeidsorganet for forskning og innovasjon (USAM).</p> <p>Nasjonalt samarbeider vi med øvrige RHF i RHF-enes strategigruppe for forskning, og det nasjonale samarbeidsorganet for helseforskning sammen med universitetene (NSG).</p>



<p>Prosesser og prosedyrer</p>	<p><i>Finnes det skriftlige dokumentasjon som forteller hvordan arbeidet skal utføres? Legg inn lenke til beskrivelser, dokumenter eller prosesser.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beskrivelser av prosessene og prosedyrer for forvaltning av forsknings- og innovasjonsmidlene ligger skriftlig nedfelt i utlysingsdokumentene som er vedtatt i USAM, og dokumentert i Elements (på saksnummer for saker i USAM, samt egne saker for de årlige utlysningene). <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/forskningsmidler-i-helse-nord">https://www.helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/forskningsmidler-i-helse-nord</a></li> <li>• <a href="https://www.helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/innovasjon">https://www.helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/innovasjon</a></li> </ul> </li> <li>2. Skriftlige mandater for regionalt forskningsledernettsverk og innovasjonsnettverk, journalført i Elements.</li> <li>3. Skriftlig avtale mellom adm.dir. I RHF og adm.dir. på UNN om forskningssekretariatet på UNN – i Elements.</li> <li>4. Mandat for samarbeidsorganet med universitetene (vedtatt i styret) – i Elements og DocMap. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/universitetssamarbeidet#formalinstruks">https://www.helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/universitetssamarbeidet#formalinstruks</a> (nettsidene skal oppdateres)</li> </ul> </li> </ol>
<p>IKT-verktøy</p>	<p><b><i>Benyttes det spesielle IKT-verktøy på dette området?</i></b>  E-systemene (for søknader, vurdering, rapportering) – program utviklet av Helse Vest, lisensbasert  Induct – for registrering av innovasjon (primært for HFene)  Cristin – for publikasjonsregistrering i forskning (brukes av forskere i foretakene)  Tableau - verktøy via Cristin for publikasjonsstatistikk  Scrooge – database for våre regionalt finansierte forskningsprosjekter, ligger på UNN og brukes av forskningssekretariatet</p>
<p>Kompetanse</p>	<p><b><i>Kreves det særskilt kompetanse på dette området?</i></b>  Kompetanse på innhold, aktivitet og krav i forskning og innovasjon, og innen forsknings- og innovasjonssystemer, og administrasjon/styring av disse.  Kompetanse innen forskningsetikk.  Kompetanse på virkemiddelapparatet (innovasjon) og finansieringsordninger (forskning).  Analysekompetanse på forsknings- og innovasjonsdata.  Prosesskompetanse.  Kompetanse på å drive strategiske prosesser.  Kompetanse til å koble forskning og innovasjon med øvrige satsinger, omstillingsbehov m.m. i tjenesten.</p>

	Kunnskap om og kompetanse til deltakelse i nasjonale prosesser og samarbeid, og å være orientert om hva som skjer internasjonalt.
Systematisk forbedringsarbeid	<p><i>Hvordan jobber vi med systematisk forbedring innenfor dette området? Hvilken metode benytter vi?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi evaluerer årlig vår virksomhet ved intern gjennomgang i seksjonen inkludert sekretariatet, med prosessen med årshjulet for utlysning, vurdering og tildeling av midler.</li> <li>• Virksomhetsstyring av oppgavene i seksjonen, med halvårlig intern gjennomgang av status.</li> <li>• Vi bruker forsknings- og innovasjonsnettverkene til aktiv forbedring og for mer aktive og målrettede tiltak.</li> </ul>

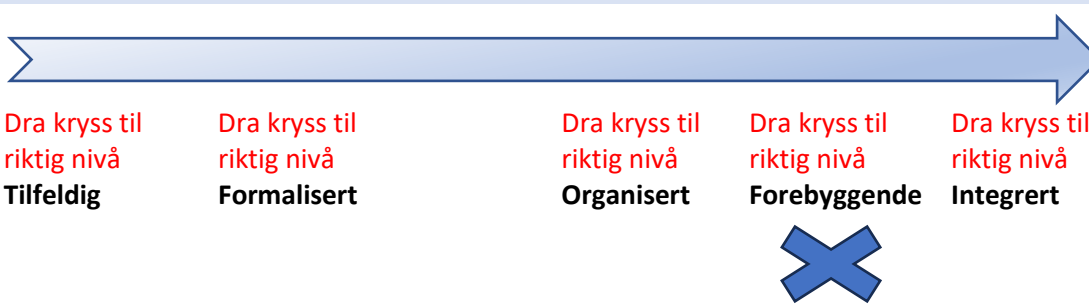
### Status – hvordan ligger vi an?

Underlag til evaluering og vurdering	<p><i>Finnes det tilgjengelige kilder som sier noe om status? Eksempel på slike kilder kan være resultater fra intern og ekstern revisjon, medarbeiderundersøkelser, ledervurdering, pasient- og brukerundersøkelser, miljøregnskap ol. Er det rapporter i HN LIS/Docmap eller andre system om kan være nyttig her? Har man oversikt over de viktigste risikoene på området?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årlig rapport på forskning og innovasjon - regional og nasjonal</li> <li>• Årlige styresaker på forskning og innovasjon</li> <li>• Internrevisjonsrapport 2019</li> <li>• Riksrevisjonens rapport om kliniske studier 2021</li> </ul> <p>Risikovurdering viktigste områder – gjort i HN RHF's arbeid med risikostyring. Har oversikt over de viktigste risikoene på området.</p>
--------------------------------------	--

### Evaluering – hvor gode er vi?

Klarer vi å etterleve lover og regler på dette området?	<p><i>Vurder dette opp mot de lovene og forskriftene som er tatt med ovenfor.</i></p> <p>Ja.</p>
Klarer vi å nå mål/løse oppdrag?	<p><i>Vurder dette opp mot de mål og oppdrag som er tatt med ovenfor.</i></p> <p>Pr dato når vi ikke målene på forskningsaktiviteten. Mål KBS (kliniske behandlingsstudier) vanskelig å innfri.</p>
Blir strategier og handlingsplaner fulgt?	<p><i>Vurder dette opp mot de strategier og handlingsplaner som er tatt med over.</i></p> <p>Ja, følges - fortløpende virksomhet.</p>

Hva er vurderingen av styringssystemet på dette området?	<i>Har vi en ansvarlig for dette området? Er arbeidet organisert på en hensiktsmessig måte? Har vi fungerende prosesser og prosedyrer? Har vi nødvendig IKT-verktøy? Har vi nødvendig informasjon, kunnskap og kompetanse?</i> Ansvaret følger lederlinjen. Svar på alle spørsmål over: tilfredsstillende.
Blir styringssystemet på dette området systematisk forbedret?	<i>Vurder dette opp mot det som er tatt med om systematisk forbedringsarbeid ovenfor.</i> <i>Justerer aktivitet/tiltak opp mot nye regionale utfordringer og nasjonale prioriteringer</i>



### Forbedringsmål og forslag til tiltak – hva gjør vi for å forbedre oss?

Mål for forbedring	<i>Hvilket mål om forbedring ønsker vi å nå?</i>  Øke antall KBS Bedre oversikt/systematikk over hvilke prosjekter som er implementert i klinisk praksis
Forbedringstiltak	<i>Hva skal vi gjøre? Hvem skal gjøre det? Når skal det være utført? Når og hva skal vi evaluere?</i>  KBS: Justering utlysning, oppfølging støttetiltak i HFene  Spørreskjema innovasjonsprosjekter - ønsket effekt, egnet for eskalering?

### Overordnet vurdering

*Oppsummering (beskriv kort hovedpunkter fra status, begrunnelse for plassering i modenhetstrappa og foreslåtte tiltak. Ca ½ A4 side*

Forskning og innovasjon har fått en rettmessig plass i virksomheten i foretakene, men ennå er det utfordringer med å få forskning integrert i virksomheten, og at forskning og pasientbehandling ses på som komplementære og ikke konkurrerende aktiviteter. Det må legges mer til rette for å bruke legetid på forskning knyttet til pasientbehandling, for eksempel innen persontilpasset medisin og kliniske studier. Det må også bli enda mer ledelsesoppmerksomhet både på forskning og innovasjon, og at det ikke er disse aktivitetene som blir salderingspost både pga presset økonomi og pga knapphet på personell. Forskning og innovasjon er aktiviteter som både gir resultater for utvikling av helsetjenester til den

enkelte pasient/pasientgrupper, og for utvikling og omstilling av tjenesten, og drift av sykehusene, samt rekruttering av ansatte innen flere profesjoner.

Forskning og innovasjon må på samme måte ses på som en integrert del av sørge-for-ansvaret til RHF, og ses i sammenheng med øvrige delstrategier for å oppfylle Helse Nord's strategi og den regionale utviklingsplanen.

Dato	<i>30. mai 2024</i>
Gjennomført av	<i>Tove Klæboe Nilsen, Kristina Lindstrøm, Sture Pettersen.</i>

## Personell, utdanning og kompetanse

### Overordnet beskrivelse av området

Området omfatter tilførsel, utvikling, ivaretagelse og god bruk av personell og kompetanse. Målet er å redusere bemanningsutfordringene og legge til rette for attraktive arbeidsplasser. Digitalisering og bruk av kunstig intelligens er selvstendige satsninger og inngår ikke.

Krav og forutsetninger – hva setter føringer og retning for arbeidet med dette området?

Lover, forskrifter og andre eksterne krav	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Lov om helseforetak</a></li><li>• <a href="#">Lov om spesialisthelsetjenesten</a></li><li>• <a href="#">Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</a></li><li>• <a href="#">Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger</a></li><li>• <a href="#">Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger</a></li><li>• <a href="#">Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.</a></li><li>• <a href="#">Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter</a></li><li>• <a href="#">Lov om likestilling og forbud mot diskriminering</a></li><li>• <a href="#">Lov om ferie</a></li><li>• <a href="#">Lov om offentlige anskaffelser</a></li><li>• <a href="#">Forskrift om offentlige anskaffelser</a></li></ul>
Mål og oppdrag	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK), samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2023.</li><li>• Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget skal økes sammenlignet med 2023.</li><li>• Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2022.</li><li>• De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Vest RHF, utarbeide en årlig felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning.</li><li>• Under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, gjennomgå bemanningsnormer og vaktplaner for å sikre robuste vaktlinjer og bemanning som legger til rette for bærekraftige tjenester, faglig forsvarlig drift og høy kapasitetsutnyttelse.</li><li>• Helse Nord RHF skal utarbeide oversikt over framtidig behov for legespesialister sett i lys av faglig utvikling, oppgavedeling og avgang i tjenesten, jf. også oppdrag i 2023 om å utarbeide nasjonale oversikter på personellområdet. På dette grunnlaget skal Helse Nord</li></ul>

	<p>RHF særlig vurdere behovet for å opprette LIS-stillinger i breddespesialiteter som generell kirurgi og indremedisin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De regionale helseforetakene skal kartlegge muligheter for kombinerte stillinger i samarbeid med helseforetak og kommuner, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse.</li> </ul>
Strategier, handlingsplaner og andre interne krav	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, kapittel 5 God bruk av personell og kompetanse</a></li> <li>• <a href="#">Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038, punkt 4.3 Medarbeideren</a></li> <li>• <a href="#">Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024, prioritert strategisk grep nr. 4 Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser</a></li> <li>• <a href="#">Strategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord</a></li> <li>• <a href="#">Handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord 2024-2026</a></li> </ul>

### Styringssystem – hvordan jobber vi med dette området?

Ansvarlig (avdeling og rolle)	HR-direktør, HR- og organisasjonsavdelingen
Organisering og samarbeid på tvers	<p>Interregionalt PO/HR-direktørmøte</p> <p>Regionalt HR-sjef møte</p> <p>Regionale funksjoner - RegUt, RegSim, RegDig, RegSys</p> <p>Regionalt samarbeidsorgan for utdanning</p> <p>Regionale fagnettverk på flere områder</p> <p>Internt samarbeid på RHF-et</p> <p>Prosjekt- og styringsgrupper</p> <p>Forvaltningsforum ForBedring</p>
Prosesser og prosedyrer	<p><a href="#">Helse Nord RHF Personalhåndbok</a></p> <p><a href="#">Styringsdokumenter, prosedyrer og retningslinjer i Docmap</a></p> <p><a href="#">Kompetanseportalen</a></p>
IKT-verktøy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onboardingløsning (Talmundo) for systematisk, profesjonell og interaktiv prosess overfor nyansatte i Helse Nord og spesielt rekrutteringssvake yrkesgrupper.</li> <li>• Sporing av "trafikken" til potensielle arbeidstakere (Ontame) for å øke kunnskapen vår om hvor vi finner potensielle kandidater til vårt behov for kompetanse.</li> <li>• Kompetanseplaner i Dossier sikrer og dokumenterer utvikling og vedlikehold av nødvendig og kritisk kompetanse. Regionalt, lokalt og på enhetsnivå.</li> <li>• Nasjonal bemanningsmodell bidrar til at vi utvikler den kompetansen vi har behov for langt framover i tid.</li> <li>• "GODT- planlagt" impliserer to-veis integrasjon mellom arbeidsplaner (Gat) og inntak av pasienter (Dips) for optimal bruk av behandlingsressurser.</li> <li>• Gat, bemanning og ressursstyring</li> <li>• Personalportalen,...</li> <li>• Pilot på KI verktøy i bemanningsplanlegging</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Innleie i Clockwork</i></li> <li>• <i>Integrasjoner</i></li> </ul>
Kompetanse	<i>Det kreves særskilt kompetanse innen strategisk og operativ ledelse av menneskelige ressurser på området</i>
Systematisk forbedringsarbeid	<i>Kontinuerlig forbedring og prosjektledelse (PRINCE2) benyttes som metode</i>

### Status – hvordan ligger vi an?

Underlag til evaluering og vurdering	<p><i>Prioriterte styringsmål for området er redusert innleie, redusert overtid, 6 måneders planleggingshorisont i arbeidstidsplanlegging, reduksjon i sykefravær og reduksjon i vold, trusler og seksuell trakassering.</i></p> <p><i>Det er høyest risiko knyttet til reduksjon av innleie, overtid og sykefravær. Økende mangel på kvalifisert personell er hovedutfordringen på området. Tiltak som reduserer behovet for arbeidskraft prioriteres.</i></p> <p><i>Underlag til evaluering og vurdering av status:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="#">Riksrevisjonen (2023): Oppfølgingsundersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene</a></li> <li>- <a href="#">Forbedringsundersøkelsen 2023</a></li> <li>- <a href="#">Helse Nord ledelsesinformasjonssystem (HN LIS)</a></li> <li>- <a href="#">Årlig melding og årsregnskap</a></li> <li>- LIS 1 undersøkelse 2023</li> <li>- Virksomhetsrapporter og styresaker på bærekraft</li> </ul>
--------------------------------------	---

### Evaluering – hvor gode er vi?

Klarer vi å etterleve lover og regler på dette området?	<p><i>Ja, men vi oppfyller per i dag ikke alle krav fastsatt i <a href="#">Spesialistforskriften</a>. Avvikene er kartlagt gjennom LISKART-prosjektet. I samarbeid med foretakene utarbeides det tiltak for å lukke avvikene.</i></p> <p><i>Brudd på AML ift overtid</i></p>
Klarer vi å nå mål/løse oppdrag?	<p><i>Alle mål og oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet ble nådd i 2023, med ett unntak. Antallet LIS i psykiatri har gått noe ned sammenlignet med 2022. Foretakene har ikke lyktes med rekrutteringsstrategien overfor denne yrkesgruppen. Det er igangsatt et regionalt arbeid, i tett samarbeid med fagmiljøene, for å se på utdanningskapasitet og behovet for legespesialister i de ulike spesialitetene. Framskrivninger av behov for LIS i psykiatri vil prioriteres høyt i dette arbeidet.</i></p> <p><i>Vi har ikke lyktes med å redusere innleie tilstrekkelig. Oversikten over innleieprosess og styringsinformasjon er mangelfull. Innleie varierer i virksomheten - stort omfang i intensiv, radiologi og psykisk helsevern.</i></p>

	<p><i>Vi har ikke lyktes med å redusere overtid i tilstrekkelig grad. Personellmangel og vedvarende høyt sykefravær gir mer arbeidsbelastning på enkelte grupper fast ansatte. Sykefraværet blant mellomledere er økende.</i></p> <p><i>Det jobbes godt lokalt med å få realisert løsning for langtidsplanlegging. Mangel på personell er en hindring flere steder. Fortsatt utfordringer på noen personellområder.</i></p> <p><i>Kravet om minimum 5 % reduksjon i sykefraværet er realistisk, men utfordrende. Utviklingen i foretaksgruppen går riktig vei, og det er flere gode eksempler på klinikker, avdelinger og enheter som lykkes i nærværarbeidet. Helse Nord trapper opp satsningen på bransjeprogram IA. I tillegg er det også utviklet kurs for alle medarbeidere i kompetanseportalen og kurs for ledere.</i></p> <p><i>Vi mangler oversikt over omfanget av vold, trusler og trakassering, og hvordan det jobbes med forbedring. Det må etableres rutiner for forebygging og varsling.</i></p>
Blir strategier og handlingsplaner fulgt?	<i>Strategiene følges, men området har inntil nylig manglet en regional handlingsplan. <a href="#">Handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord 2024-2026</a> er nå vedtatt.</i>
Hva er vurderingen av styringssystemet på dette området?	<i>Ansvar for området følger lederlinjen. Arbeidet er organisert på en hensiktsmessig måte og vi har nødvendig kompetanse. Prosesser og prosedyrer fungerer tilfredsstillende. Styringsinformasjonen på området kan forbedres, og dette ligger inne som ett av tiltakene i handlingsplanen for området.</i>
Blir styringssystemet på dette området systematisk forbedret?	<i>Ja, styringssystemet for personell, utdanning og kompetanse forbedres systematisk.</i>



**Tilfeldig      Formalisert      Organisert      Forebyggende      Integert**

#### Forbedringsmål og forslag til tiltak – hva gjør vi for å forbedre oss?

Mål for forbedring	<i>Mål for forbedringer er beskrevet i gjeldende <a href="#">strategi</a> og <a href="#">handlingsplan</a> for personell, utdanning og kompetanse.</i>
Forbedringstiltak	<i>Handlingsplanen gjelder for perioden 2024-2026. Oppfølging av planen er gjenstand for internrevisjon.</i>



### Overordnet vurdering

*Tilførsel, utvikling, ivaretagelse og god bruk av personell og kompetanse berører alle deler av Helse Nords virksomhet. Hovedmålsettingen er å redusere bemanningsutfordringene og legge til rette for attraktive arbeidsplasser. Styringsinformasjonen og styringssystemer på området kan forbedres, og dette ligger inne som ett av tiltakene i handlingsplanen for området.*

Dato	18. juni 2024
Gjennomført av	Halvor Hygen

## Overordnet beskrivelse av området

Helhetlig risikostyring omhandler styringssystemet som skal sørge for helhetlig og integrert risikostyring i Helse Nord og Helse Nord RHF. Dette omhandler på nåværende tidspunkt ikke egne styringssystemer utformet for å oppfylle særlig lovbestemte krav til risikoanalyser og oppfølging av risiko innenfor bestemte fagområder.

Krav og forutsetninger – hva setter føringer og retning for arbeidet med dette området?

<p>Lover, forskrifter og andre eksterne krav</p>	<p>Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven), Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) og Lov om statlig tilsyn med helse og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) pålegger de regionale helseforetakene og helseforetakene å ha et internkontrollsystem og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene som er fastsatt i eller i samsvar med lov eller forskrift. I kravet til internkontroll inngår også risikostyring.</p> <p>Det følger av <u>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</u> at risikostyringen skal være integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem.</p> <p>(Annen lovgivning som stiller krav om risikostyring <u>Arbeidsmiljøloven</u>, <u>Internkontrollforskriften</u>, <u>Åpenhetsloven</u>, <u>Sikkerhetsloven</u>, <u>Personopplysningsloven</u>, <u>Regnskapsloven</u> (ikke uttømmende liste)).</p>
<p>Mål og oppdrag</p>	<p>Helse- og omsorgsdepartementet presiserte kravene til risikostyring i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i 2008.</p> <p>Her ble det stilt krav om at styret skal påse at foretaket har etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Videre ble det stilt krav om at risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. Også etter 2008 har departementet ved flere anledninger vist til kravet om risikostyring i foretaksmøter med de regionale helseforetakene.</p>
<p>Strategier, handlingsplaner og andre interne krav</p>	<p><b>RL 1602 Regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord</b></p> <p>Dokumentet beskriver krav til risikostyringen i Helse Nord, og beskriver ansvar og roller for å legge til rette for god risikostyring. Dokumentet gjelder for hele foretaksgruppen Helse Nord, og forutsetter at det utarbeides nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av retningslinjen.</p>

Helse Nord RHF skal ha kontroll på, og styring med, de risikoer foretakene står overfor på kort og lang sikt. Helhetlig risikostyring skal bidra til å forbedre organisasjonens evne til å oppnå fastsatte mål.

Følgende instruks og mandat berører også risikostyring:

**PR11663 Instruks for styret i Helse Nord RHF**

**PR 1663 Instruks for administrerende direktør**

**PR 12232 Instruks for Internrevisjon**

**PR12233 Instruks for styrets revisjonsutvalg i Helse Nord RHF**

**FB 2531 Mandat for regionalt nettverk for risikostyring**

Prosjektrammeverket (DSxxxx) beskriver krav til risikostyring i prosjekt.

## Styringsystem – hvordan jobber vi med dette området?

Ansvarlig (avdeling og rolle)

**I RL 1602 er ansvaret til styret, adm. dir og regionalt nettverk for risikostyring angitt.** Det forutsettes at foretakene i Helse Nord utarbeider nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av regional retningslinje for risikostyring. Dette gjelder også Helse Nord RHF.

Instruks og mandat i forrige punkt beskriver også ansvar for risikostyring.

### Fra RL1602

#### 5.1 Rolle- og ansvarsmatrise

Matrisen angir ansvar og roller i risikostyring på strategisk nivå og er en kort oppsummering av tabell 1.

H=Hovedansvarlig U=Utfører K=Konsulteres I=Informeres

Aktivitet	Styrene	Adm. direktører	Regionalt nettverk for risikostyring
Utarbeide grunnlag for beslutning om risikotoleranse	I	HU	I(K*)
Beslutte nivå for risikotoleranse og håndtering	H	U	I
Utarbeide grunnlag for beslutning om strategi	I	HU	I(K*)
Beslutte strategi	H	U	I
Operasjonalisere strategi	I	HU	KI

Tabell 3 HUKI-matrise for rolle- og ansvarsfordeling i risikostyring

\*Regionalt nettverk for risikostyring kan konsulteres hvis det vurderes å være hensiktsmessig.

For risikostyring i prosjekter – se DS10281 Prosjektrammeverk.

### **Styret i Helse Nord PR11663 og RL 1602**

#### **PR 11663: Instruks til styret i Helse Nord**

Styret skal se til at foretaket har et helhetlig system for **risikostyring og internkontroll** som sier hvordan aktivitetene blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert, i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, for å sikre:

- målrettet og effektiv drift
- pålitelig styringsinformasjon; korrekt rapportert kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- at regelverk, styringskrav og selvpålagte krav, herunder etiske retningslinjer, blir overholdt

#### **RL 1602:**

Rolle	Risikostyring som eier	Risikostyring i eget foretak
RHF-styret	<p>skal ta beslutninger på strategisk nivå og ta stilling til foretaksgruppens risikovilje og -toleranse</p> <p>skal føre tilsyn med utviklingen i foretaksgruppens samlede risiko og håndteringen av den</p> <p>skal påse at risikostyringen i foretaksgruppen fungerer i samsvar med disse retningslinjene og er <i>risikoeier</i></p> <p>skal orientere eier om foretaksgruppens samlede risikobilde</p>	<p>skal ta beslutninger på strategisk nivå og ta stilling til det regionale helseforetakets risikovilje og -toleranse</p>

Se også HUKI

### **Administrerende direktør PR 1663 og RL 1602**

#### **PR 1663:**

*Administrerende direktør skal sørge for å etablere hensiktsmessige og effektive styrings-, risiko og internkontrollsystemer, og følge opp internkontrollen som ledelsesverktøy for å sikre målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon og overholdelse av lover, regler og selvpålagte krav*

#### **RL 1602:**

Administrerende direktør RHF	<p>skal orientere styret om foretaksgruppens helhetlige risikobilde</p> <p>skal påse at risikostyringsaktiviteter i foretaksgruppen blir beskrevet og tilgjengeliggjort</p> <p>skal påse at ansvar og roller i risikostyringen blir tildelt og kommunisert</p> <p>skal påse at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert</p> <p>skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak</p>	<p>har det overordnede ansvaret for å styre det regionale helseforetakets risiko og er <i>risikoeier</i></p> <p>skal sørge for at risikostyringen i det regionale helseforetaket fungerer i samsvar med disse retningslinjene, og at det utarbeides nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av denne retningslinjen</p> <p>skal orientere eget styre om det regionale helseforetakets og foretaksgruppen risikobilde</p> <p>skal sørge for at risikostyringsarbeidet blir tildelt tilstrekkelige og kompetente ressurser</p> <p>skal definere foretakets risikovilje og -toleranse for mål på bakgrunn av føringer fra eier og styre</p> <p>skal sørge for at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert</p> <p>skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak</p>
------------------------------	--	--

Se også HUKI

**I praksis har AD delegert noe av praktiske utførelse og systemeierskap til eierdirektør.**

### **Eieravdelingen RL 1602**

Det regionale nettverket ledes av eieravdelingen i Helse Nord RHF.

	<p><b>Regionalt nettverk for risikostyring, se RL 1602 HUKI og FB 2531</b></p> <p><b>Internrevisjon PR 12232</b>  Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Nord RHF evaluere og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, <b>risikostyring</b> og internkontroll.  Internrevisjonen</p> <p><b>Styrets revisjonsutvalg i Helse Nord RHF PR12233</b>  Bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrolloppgaver for å påse at det er etablert virksomhetsstyring, <b>risikostyring</b> og <b>internkontroll</b> tilpasset risikoen i foretaksgruppen, som bidrar til å sikre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– målrettet og kostnadseffektiv bruk av ressurser</li> <li>– pålitelig rapportering av økonomiske data og andre virksomhetsdata</li> <li>– etterleving av regelverk, eierkrav og øvrige kvalitetskrav – samfunnsmessig bærekraft.</li> </ul>
<p>Organisering og samarbeid på tvers</p>	<p>Alle helseforetakene deltar i det regionale nettverket for risikostyring, <b>FB 2531 Mandat for regionalt nettverk for risikostyring</b>. Fra Helse Nord RHF deltar eier, økonomi og sikkerhet og beredskap, HR og helsefag (risikostyringsteam i RHF). Nettverket ledes av eieravdelingen i Helse Nord RHF.</p> <p>I praksis utøves også ansvar for oppfølging av helhetlig risikostyring i Helse Nord RHF av eieravdelingen, men dette ansvaret er ikke nedfelt. (OU prosess 2021?) (lokal rutine er under utarbeidelse).</p> <p>Både i det regionale nettverket og internt i RHF samarbeides det fra sak til sak om risikovurderinger, analyse og oppfølging av disse, for eksempel prioriterte mål for regional risikostyring.</p> <p>Det er i 2024 etablert et team/arbeidsgruppe for oppfølging av risikostyring i Helse Nord RHF. Mandat for teamet vil fremgå av lokal rutine for HN RHF (under utarbeidelse)</p>
<p>Prosesser og prosedyrer</p>	<p>Det er ikke utviklet lokale styrende dokumenter for Helse Nord RHF (ut over RL1602 og prosjektmetodikk).</p> <p>Det er laget et forslag til lokal rutine for risikostyring for Helse Nord RHF og et forslag til regionale føringer for risikostyring i Helse Nord (vedlegg til regional retningslinje for risikostyring.) Disse er planlagt tatt til ledermøte i august.</p>
<p>IKT-verktøy</p>	<p>Excelbaserte maler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mal for risikovurdering fra DFØ - RL4632</li> <li>- Egne maler utarbeidet i samarbeid med regionalt nettverk for risikovurderinger</li> </ul> <p>Helse CIM benyttes i beredskapssammenheng  Teams benyttes for deling av informasjon og samarbeide om gjennomføring og oppfølging av risikovurderinger.  Elements benyttes for arkivering.</p>

	Nytt kvalitetssystem fra Datakvalitet har funksjonalitet for risikostyring som skal innføres.
Kompetanse	<p>I Helse Nord RHF er det ikke satt krav om formell kompetanse i risikostyring. Helse Nord RHF har ikke ansatt «Risk Manager». Enkelte ansatte har gjennomført kortere kurs i risikostyring (uten sertifisering). Det foreligger ikke systematisk oversikt over hvilken kompetanse ansatte i RHF har innen risikostyring.</p> <p>Det er ikke utarbeidet opplæringsprogram/kurs i risikostyring i Helse Nord RHF.</p> <p>Det er ikke kjente nasjonale læringsarenaer for risikostyring innen sektoren, ut over interregionalt nettverk for virksomhetsstyring.</p>
Systematisk forbedringsarbeid	<p>Risikostyringen forbedres gjennom arbeidet i det regionale nettverket (maler, konsekvensskala, veiledere, felles risikovurderinger) og det lokale RHF-teamet.</p> <p>Det interregionale nettverket for virksomhetsstyring er en god arena for erfaringsutveksling og læring på tvers av regionene.</p> <p>Risikostyringen i Helse Nord RHF var også vurdert i LG 2021, 22, 23.</p>

#### Status – hvordan ligger vi an?

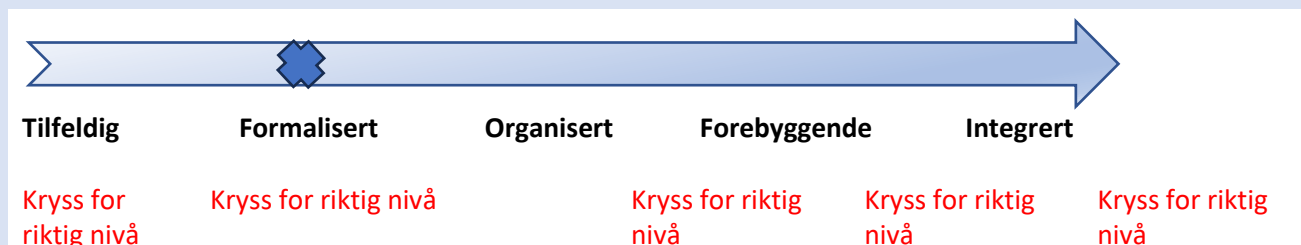
Underlag til evaluering og vurdering	<p><a href="#">Riksrevisjonsrapport om risikostyring i spesialisthelsetjenesten av mars 2024</a></p> <p>Revisjonen var særskilt rettet mot risikostyring av mål om kvalitet i pasientbehandlingen.</p> <p><i>Internrevisjonsrapport 01/2022 Virksomhetsstyring i Helse Nord (styresak 123/2022 og 107/2023).</i></p> <p>LG 2021-2023</p>
--------------------------------------	--

#### Evaluering – hvor gode er vi?

Klarer vi å etterleve lover og regler på dette området?	<p><b>Riksrevisjonens overordnede vurdering:</b></p> <p><i>Det er kritikkverdig at mange av foretakene ikke arbeider systematisk med risikostyring. Dette kan føre til at viktige utfordringer ikke blir identifisert, eller at nødvendige korrigerende tiltak ikke blir gjennomført og fulgt opp. Foretakenes evne til å systematisk innrette virksomheten på en måte som bidrar til måloppnåelse, blir dermed redusert. Noen foretak har god praksis i deler av risikostyringen. Det er derfor grunnlag for læring på tvers av foretakene.</i></p> <p><i>De regionale helseforetakene har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp om helseforetakene har fungerende risikostyringssystemer. Dette er ikke tilfredsstillende. De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for at det er etablert styringssystemer i helseforetakene de eier.</i></p>
---	---

	<p><i>Svak risikostyring i helseforetakene vil kunne påvirke de regionale helseforetakenes evne til å ivareta sitt «sørge foransvar».</i></p> <p><b>Riksrevisjonens konklusjoner:</b></p> <p><i>-De regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen. Det er kjente områder med manglende måloppnåelse som i mange tilfeller ikke inngår i de prioriterte risikoene som legges fram for styrene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Det er manglende systematikk i måten risikostyringen gjennomføres på.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>o Mål om kvalitet i pasientbehandlingen blir ofte ikke operasjonalisert.</i></li> <li><i>o Mange av risikovurderingene gir et dårlig grunnlag for å vurdere om risikoen bør følges opp med tiltak.</i></li> <li><i>o Det er mangelfull dokumentasjon av om risikoreducerende tiltak blir fulgt opp.</i></li> </ul> </li> <li>- <i>Mange av retningslinjene for risikostyring er ikke i tråd med god praksis.</i></li> <li>- <i>Mange styrer får begrenset informasjon om risikostyringssystemet fungerer etter hensikten.</i></li> <li>- <i>De regionale helseforetakene har ulik forståelse av hvilket ansvar de har for risikostyringssystemet i foretaksgruppen.</i></li> </ul> <p><b>Internrevisjonsrapport 01/2022</b> anbefalte Helse Nord å videreutvikle metodikk for, og gjennomføre, en helhetlig risikostyring som bidrar til foretaksgruppens måloppnåelse.</p> <p><b>Siste års LG</b> har pekt på at HN RHF's risikostyring skal gradvis utvikles og forbedres mot helhetlig og integrert risikostyring.</p>
<p>Klarer vi å nå mål/løse oppdrag?</p>	<p><i>Ikke i tilstrekkelig grad - se Riksrevisjonens konklusjon i forrige pkt og kommentarer i forrige punkt.</i></p> <p><i>Risikostyringen skal bidra til å forbedre måloppnåelsen i Helse Nord. Det er viktig å prioritere målområder for risikostyring, og påse ledelsesmessig forankring der vi forventer at utfordringene er størst. Helse Nord RHF må ha et tilstrekkelig bredt grunnlag for å få en samlet oversikt over risikobildet ved identifisering av de prioriterte risikoene.</i></p>
<p>Blir strategier og handlingsplaner fulgt?</p>	<p><i>Ikke i tilstrekkelig grad. HN RHF's risikostyring skal gradvis utvikles og forbedres mot helhetlig og integrert risikostyring. Begrensede ressurser gjør at det tar tid å gjennomføre forbedringer i risikostyringssystemet.</i></p> <p><i>Samtidig er det også et behov for å holde fast på noe av systematikken over tid – ikke gjøre for store endringer i metode for hver eneste risikovurdering. Slike endringer er svært ressurskrevende for de som skal utføre og delta.</i></p> <p><b>Pågående forbedringsarbeid:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>utvikle felles skala for konsekvens og sannsynlighetsvurdering – skal inngå i vedlegg til regional retningslinje.</i></li> <li>- <i>lokalt styrende dokumenter med ansvarlige for risikostyring i Helse Nord RHF inkludert mandat for risikoteam</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- årlig evaluering av regional retningslinje, her vurderes RRs anmerkninger</li> <li>- etablere systematisk oppfølging av regional risikovurdering i foretaksgruppen våren 2024 <ul style="list-style-type: none"> <li>- prioriterte mål 2024</li> <li>- største risikoer mellomlang sikt (1-4 år)</li> </ul> </li> <li>- involvere HF-ene i prioritering av mål for regional risikostyring (høst 2024)</li> <li>- innføring av risikostyringsmodul levert av Datakvalitet</li> </ul>
Hva er vurderingen av styringssystemet på dette området?	<p>Fundamentet i styringssystemet er etablert, men innføringen og videreutviklingen tar tid. Riksrevisjonen har pekt på at Helse Nord må få på plass utfyllende styringsdokumenter og verktøy til retningslinjen, og bli adskillig mer systematisk i gjennomføring av risikostyringen. Dette gjelder både fremgangsmåten for å prioritere risikoer som blir presentert for styret og oppfølgingen av tiltak. Det er behov for å få på plass et risikoregister med tiltak som er gjenstand for systematisk oppfølging. Registeret må være kjent i organisasjonen slik at man unngår dobbeltrappering på tiltak.</p> <p>Riksrevisjonen peker også på RHFenes ansvar for oppfølging av helseforetakenes risikostyringssystemer. Helse Nord RHF har ikke oversikt over status på helseforetakenes risikostyring med mindre dette er behandlet i LG i helseforetakene. LG i HFene er ikke samkjørt i tid eller metodikk med Helse Nord RHF. Helseforetakene har ikke selv avdekket svakheter i sin risikostyring gjennom LG (ifølge regionalt nettverk for risikostyring).</p> <p>Helse Nord RHF kan forbedre den formelle ledelsesmessige forankring i hele organisasjonen og vurdere om ansvar for risikostyring i Helse Nord RHF skal dokumenteres i stillingsbeskrivelser. Det har inntil nylig manglet faste kontaktpunkt for risikospørsmål i hver avdeling i RHF. Våren 2024 er det etablert et internt risikoteam med medlemmer fra avdelingene.</p> <p>Det er ikke opplæringsprogram i risikostyring, verken lokalt eller regionalt.</p> <p>Det er mangelfull IT-støtte (Excel benyttes til risikovurderinger og risikoregister).</p>
Blir styringssystemet på dette området systematisk forbedret?	Ja, det er iverksatt mange forbedringspunkter seneste år, se vurdering under andre punkt.



Forbedringsmål og forslag til tiltak – hva gjør vi for å forbedre oss?



Mål for forbedring	Fortsette arbeidet med å innføre og forbedre helhetlig risikostyring, både i Helse Nord RHF og regionalt. Innen utgangen av 2024 få etablert tilstrekkelig styrende dokumenter lokalt i Helse Nord RHF og regionalt.
<u>Forbedringstiltak</u>	<p><u>Forbedringstiltakene følges opp i samarbeid med team for risikostyring i Helse Nord RHF og i regionalt nettverk for risikostyring i Helse Nord.</u></p> <p><u>Tiltak:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ferdigstille lokale retningslinjer for risikostyring</li> <li>-Ferdigstille evaluering av regional retningslinje</li> <li>-Ferdigstille regionale føringer for risikostyring som blant annet beskriver <ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan styringskrav for regional risikostyring skal velges ut/prioriteres- risiko på ett års sikt</li> <li>Krav til forberedelser, gjennomføring og dokumentasjon av risikovurderinger</li> <li>Felles skala for sannsynlighet og konsekvens/felles regional risikomatrise</li> </ul> </li> <li>-Etablere et risikoregister med tilhørende tiltaksregister</li> <li>-Opplæring regionalt og lokalt i HN RHF</li> <li>-Innføring av risikomodul i EK</li> </ul>

### Overordnet vurdering

Helse Nord RHF har siden 2022 samarbeidet med helseforetakene om å forbedre risikostyringen. Det er iverksatt flere forbedringstiltak og dette pågår fortsatt. Riksrevisjonens rapport peker på mange av de samme forbedringspunktene.

Dato	Skriv inn
Gjennomført av	Skriv inn

# Økonomistyring

## Overordnet beskrivelse av området

*Legg inn en overordnet beskrivelse av området. Beskriv hensikt, omfang og avgrensning, slik at en forstår hva som inngår i området.*

*Gjennom økonomistyringssystemet skal Helse Nord RHF bidra til at foretaksgruppen har en tilfredsstillende forvaltning av tildelte ressurser, på kort og lang sikt. Midler fordeles etter en regional inntektsfordelingsmodell. For å sikre en bærekraftig utvikling og kontroll med total likviditet fastsetter Helse Nord RHF investeringsrammer for helseforetakene ved å bestemme rekkefølgen for store investeringer i regionen. Helse Nord RHF har et helhetlig ansvar for å prioritere og avveie forholdet mellom drift og investeringer.*

RHF har ansvar for følgende områder:

Konsernbestemmelser for regnskap og rapportering

- Utarbeidelse og forvaltning av felles regnskapsprinsipper, felles retningslinjer og konsernbestemmelser

Økonomimodell og -håndbok

Regional inntektsmodell

Finansforvaltning

Økonomisk langtidsplan og budsjettprosesser

- Innspill til statsbudsjett på vegne av foretaksgruppen
- Fordeling av drifts- og investeringsrammer.
- Fastsetting av resultatkrav og andre styringskrav

Konsernregnskap

Virksomhetsrapportering til styre og eier

Oppfølging av helseforetak

- Støtte og samordne helseforetakene i løpende spørsmål

(Godkjenning av investeringsprosjekt, ref. konsernbestemmelsene for investeringer)

(Helse Nord RHF's budsjett og regnskap)

HF'ene har ansvar for følgende områder:

- Ansvar for helseforetakets plan og budsjettprosess.
- Utarbeide budsjett og regnskap og økonomirapportering i henhold til prosess og tidsfrister fastsatt av Helse Nord RHF.
- Løpende økonomioppfølging, herunder
  - o Oppfølging av investeringer innenfor godkjent investeringsramme
  - o Foreslå og iverksette tiltak ved avvik fra resultatkrav
  - o Oppfølging av aktivitetsbaserte inntekter. Innrapportering av data for egen DRG- og poliklinisk produksjon i henhold til frister fastsatt av bevilgende myndighet.
- Styring av egen likviditet
- Implementering av felles regnskapsprinsipper, felles retningslinjer og konsernbestemmelser

## Krav og forutsetninger – hva setter føringer og retning for arbeidet med dette området?

<p>Lover, forskrifter og andre eksterne krav</p>	<p>Hvilke lover, forskrifter og andre eksterne krav gjelder for dette området? List opp det som er mest relevant.</p> <p><i>Lov om helseforetak (Helseforetaksloven)</i>  <i>ISF-reglement</i>  <i>Regnskapsloven</i>  <i>Nasjonal regnskapshåndbok (RL4939)</i>  <i>Nasjonal inntektsmodell</i>  <i>Låneregime</i>  <i>Krav til kvalitetssikring av byggeprosjekter</i>  <i>Statens økonomireglement (brukes så langt det passer)</i></p>
<p>Mål og oppdrag</p>	<p>Hvilke mål, styringsmål, eller konkrete oppdrag er satt for dette området f. eks fra oppdragsdokumentet fra HOD, foretaksprotokoll o.l.</p> <p><i>Foretaksmøteprotokoll 16.2.24:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Stortingets behandling av Prop. 1 S (2023–2024), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2024, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.</i></li> <li>- <i>forsikre seg om at helseforetakene i regionen identifiserer konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor gitte rammer i 2024, og som sikrer økonomisk bærekraft framover.</i></li> <li>- <i>sikre kontroll og oppfølging av tiltakene og ved behov iverksetter ytterligere tiltak. Det skal rapporteres månedlig til departementet.</i></li> </ul>
<p>Strategier, handlingsplaner og andre interne krav</p>	<p>Er det tiltak fra RU, eller andre strategier, planer eller styrende dokumenter som påvirker dette området?</p> <p><i>Økonomihåndbok for Helse Nord (RL2270)</i>  <i>Økonomireglement i Helse Nord RHF (PR12081)</i>  <i>Finansreglement Helse Nord RHF (PR11415)</i>  <i>Konsernbestemmelser for investeringer (RL4802)</i>  <i>Konsernbestemmelser for gaver og stiftelser (RL3333)</i>  <i>Oppfølgingsmøter med foretakene (PR56672)</i></p>

## Styringssystem – hvordan jobber vi med dette området?

<p>Ansvarlig (avdeling og rolle)</p>	<p><i>Økonomidirektør, Økonomiavdelingen</i></p>
<p>Organisering og samarbeid på tvers</p>	<p>Hvordan er arbeidet på dette området organisert? Hvilke roller er involvert? Hvordan samarbeider vi om dette området? Foregår det samarbeid på tvers av avdelinger?</p> <p><i>Økonomistyringen er organisert i linja med tilhørende fullmactsstruktur.</i></p>

	<p><i>Møtefora regionalt (økonomisjefmøte, regnskapssjefmøte, plan – og analyse forum)</i></p> <p><i>Møtefora nasjonalt (økonomidirektør, controllerforum konsernregnskapssjefer og gjestepasientoppgjør)</i></p> <p><i>Møter om ØLP på tvers av avdelinger</i></p> <p><i>Virksomhetsrapportering – økonomiavdelingen er sekretariat, samarbeid med flere avdelinger</i></p>
Prosesser og prosedyrer	<p><i>Finnes det skriftlige dokumentasjon som forteller hvordan arbeidet skal utføres? Legg inn lenke til beskrivelser, dokumenter eller prosesser.</i></p> <p><i>Økonomisk langtidsplan med investeringsplan (PR56452)</i></p> <p><i>Budsjettprosess Helse Nord RHF (PR59446)</i></p> <p><i>Budsjettprosess administrative IT-systemer Helse Nord RHF (PR59462)</i></p> <p><i>Budsjettprosess årsbudsjett foretaksgruppen (PR59471)</i></p> <p><i>Systemdokumentasjon og brukerveiledning til Unit4</i></p>
IKT-verktøy	<p><i>Benyttes det spesielle IKT-verktøy på dette området?</i></p> <p><i>UNIT 4 er hovedsystemet. Integrasjoner fremgår av figur i regional økonomihåndbok</i></p>
Kompetanse	<p><i>Kreves det særskilt kompetanse på dette området?</i></p> <p><i>Det er ingen formelle kompetansekrav</i></p> <p><i>Økonomikompetanse (budsjett, regnskap, økonomisystemer og analyse).</i></p> <p><i>Tallforståelse</i></p> <p><i>Nøyaktig</i></p>
Systematisk forbedringsarbeid	<p><i>Hvordan jobber vi med systematisk forbedring innenfor dette området? Hvilken metode benytter vi?</i></p> <p><i>Det jobbes med forbedring på forskjellige måter, både gjennom faste fora/prosesser og ved behov f.eks. for å imøtekomme bestillinger fra HOD. Avdelingen arbeider blant annet med å videreutvikle den månedlige økonomirapporteringen med mer fokus på analyser og tiltaksoppfølging.</i></p> <p><i>Avdelingen har årlig avdelingsseminar, hvor status i oppgaver og forbedringsforslag diskuteres.</i></p> <p><i>Avdelingen følger med i HF'enes styremøter for å få et utfyllende bilde av aktuelle områder i HF'ene.</i></p> <p><i>Gjennom de faste regionale møteforaene legges det rette for diskusjon om mulige forbedringspunkter med HF'ene når det gjelder i økonomistyringssystemet.</i></p> <p><i>Fast punkt om evaluering av ØLP-prosessen og årsregnskapet hvert år.</i></p>

## Status – hvordan ligger vi an?

<p>Underlag til evaluering og vurdering</p>	<p><i>Finnes det tilgjengelige kilder som sier noe om status? Eksempel på slike kilder kan være resultater fra intern og ekstern revisjon, medarbeiderundersøkelser, ledervurdering, pasient- og brukerundersøkelser, miljøregnskap ol. Er det rapporter i HN LIS/Docmap eller andre system om kan være nyttig her? Har man oversikt over de viktigste risikoene på området?</i></p> <p><i>Regnskap for 2023 er avlagt i henhold til regnskapsloven og god regnskapsskikk. Regnskapet blir gjennomgått av ekstern revisor som gir tilbakemelding på vurdering av rutiner og om det er konkrete forhold bør forbedres</i></p> <p><i>For 2023 hadde revisor kritiske bemerkninger knyttet til kontroll på tilganger spesielt i DIPS.</i></p> <p><i>Resultatene for Økonomiavdelingen i Forbedringsundersøkelsen har de siste årene vært på et stabilt, høyt nivå.</i></p> <p><i>Økonomisk bærekraft er av RHF plukket ut som et av de områdene i foretaksgruppen med størst risiko i et 1-4 års perspektiv. Avdelingen deltar i lokalt og regionalt risikonettverk.</i></p> <p><i>I ØLP er det gjort vurdering av likviditets- og renterisiko.</i></p>
---	--

## Evaluering – hvor gode er vi?

<p>Klarer vi å etterleve lover og regler på dette området?</p>	<p><i>Vurder dette opp mot de lovene og forskriftene som er tatt med ovenfor.</i></p> <p><i>Det vurderes at lover og regler i stor grad følges</i></p>
<p>Klarer vi å nå mål/løse oppdrag?</p>	<p><i>Vurder dett opp mot de mål og oppdrag som er tatt med ovenfor.</i></p> <p><i>Foretaksgruppens økonomiske stilling er ikke tilfredsstillende og det jobbes aktivt med å forbedre den. I denne forbindelse vises det til månedlig virksomhetsrapportering gjennom 2023 og til pågående budsjett- og omstillingsprosesser.</i></p> <p><i>Manglende tiltaksgjennomføring i HF-ene</i></p> <p><i>HF'ene har ikke levert budsjetter som reelt er i balanse, og fikk pålegg om å lage nye budsjetter innen 30. april</i></p>
<p>Blir strategier og handlingsplaner fulgt?</p>	<p><i>Vurder dette opp ot de strategier og handlingsplaner som er tatt med over.</i></p>

	<i>Følges i stor grad, men det er behov for bedre kontroll av investeringsøknader.</i>
Hva er vurderingen av styringssystemet på dette området?	<p><i>Har vi en ansvarlig for dette området? Er arbeidet organisert på en hensiktsmessig måte? Har vi fungerende prosesser og prosedyrer? Har vi nødvendig IKT-verktøy? Har vi nødvendig informasjon, kunnskap og kompetanse? Vi har kontroll på det formelle:</i></p> <p><i>Avdelingen har nødvendig kompetanse og ressurser. Økonomihåndbok og andre reglementer/prosedyrer er utarbeidet og finnes i DocMap. Økonomisystemene (IKT) er tilfredsstillende. Excel??</i></p> <p><i>Det er utfordringer med felles forståelse og etterlevelse av styringssystemet</i></p>
Blir styringssystemet på dette området systematisk forbedret?	<p><i>Vurder dette opp mot det som er tatt med om systematisk forbedringsarbeid ovenfor. Utfordringer med de økonomiske resultatene har stort fokus og mange forslag til forbedringer blir vurdert og innført, f eks:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>form på virksomhetsrapporter</i></li> <li>- <i>presentasjoner til styret</i></li> <li>- <i>agenda på oppfølgingsmøter</i></li> <li>- <i>Forslag til vedtak i styremøter</i></li> <li>- <i>Utarbeidelse av nye analyser</i></li> <li>- <i>Valg av HF-styrer</i></li> <li>- <i>Sterke kobling mellom risiko og prioriteringer</i></li> </ul>



<b>Dra kryss til riktig nivå</b> <b>Tilfeldig</b>	<b>Dra kryss til riktig nivå</b> <b>Formalisert</b>	<b>Dra kryss til riktig nivå</b> <b>Organisert</b>	<b>Dra kryss til riktig nivå</b> <b>Forebyggende</b>	<b>Dra kryss til riktig nivå</b> <b>Integret</b>
--	--	---	---	---

**Forbedringsmål og forslag til tiltak – hva gjør vi for å forbedre oss?**

Mål for forbedring	<p><i>Hvilket mål om forbedring ønsker vi å nå?</i></p> <p><i>Bidra til å bedre foretaksgruppens økonomiske bærekraft ved å ha et effektivt og trygt økonomistyringssystem.</i></p> <p><i>Skape større forståelse for styringsmodellen i RHF og HF'ene</i></p> <p><i>Bidra til et mer langsiktig perspektiv i økonomiplanleggingen</i></p>
Forbedringstiltak	<i>Hva skal vi gjøre? Hvem skal gjøre det? Når skal det være utført? Når og hva skal vi evaluere?</i>

Ar

	<p><i>Tiltak 1 Informere og diskutere styringsmodellen i relevante fora (styrer, ledergrupper, andre interesserte fora)</i></p> <p><i>Tiltak 2 Utviklingsarbeid i samarbeid med HF'ene om hvordan vi kan få et mer langsiktig fokus i økonomiplanleggingen</i></p> <p><i>Tiltak 3 Bedre prosess for innspill til ØLP fra HF-ene</i></p> <p><i>Tiltak 4 Forankre situasjonsforståelsen bredt knyttet til behov for omstilling</i></p> <p><i>Tiltak 5 Løse utfordringer knyttet til tilgangsstyring</i></p>
--	---

### Overordnet vurdering

*Oppsummering (beskriv kort hovedpunkter fra status, begrunnelse for plassering i modenhetstrappa og foreslåtte tiltak. Ca ½ A4 side)*

*For å komme lengre opp i «modenhetstrappen» mener vi at det primært er knyttet til omforent forståelse av modellen som det bør arbeides med.*

Vurderingen er at for å komme lengre opp i «modenhetstrappen» bør det arbeides mer med omforent forståelse av finansieringsmodellen:

- Modellen har ikke store svakheter, men det er:
  - Variasjon med hensyn til hvordan modellen blir forstått i RHF og HF
  - Utfordringer med å få helseforetakene til å forholde seg til modellen (store budsjettavvik)
  - Store tilskudd utenfor basisbevilgningen
- Kortsiktig planlegging i helseforetakene
  - Behov for egne ØLP-er for helseforetakene ble tatt opp fra RR

*Ulik forståelse for sammenhengen mellom resultatoppnåelse som forutsetning for investeringer.*

Dato	<i>Skriv inn</i>
Gjennomført av	<i>Skriv inn</i>



Dokumentansvarlig:	Jann-Hårek Reinvik Lillevoll	Dok. id:	PR62556
Godkjent av:	Hilde Rolandsen	Versjonsnummer:	1
Gyldighetsområde:	Helse Nord RHF	Neste rev. dato:	24.04.2026

## Gjennomføring av ledelsens gjennomgang (LG)

### Bakgrunn

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.*

Ledelsens gjennomgang skal dokumenteres og minimum omfatte:

- En gjennomgang av helseforetakets resultat og vurderinger av om mål nås med sikte på å identifisere trender istedenfor konkrete resultater
- Fører våre planer, gjennomføring av oppgaver, evaluering og korrigerende tiltak til å oppnå nasjonale og regionale styringsmål?
- Vurdering av om gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger blir overholdt
- Er risikostyring nok implementert i styringssystemet – er den strategiske risikoen vurdert i RHF-ets strategiske beslutninger?
- Plan for forbedringstiltak og hvordan disse skal følges opp i egne prosesser, eller som en del av eksisterende prosesser
- Identifiserte forbedringstiltak skal prioriteres og følges opp i planlegging av virksomheten. Status for oppfølging av tiltakene skal legges til grunn for neste års Ledelsens gjennomgang.
- Vurdering av samarbeidet med foretaks – og konserntillitsvalgte/verneombud og Regionalt brukerutvalg. Tillitsvalgte og RBU inviteres til å komme med innspill.
- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

### Omfang

Ledelsens gjennomgang skal gjennomføres en gang i året, i tidsperioden mai – oktober. Hvis det oppstår spesielle utfordringer på enkelte områder kan man velge å følge disse opp hyppigere.

Det skal hvert år lages en framdriftsplan.

I ledelsens gjennomgang er det styringssystemet til RHF-et som er i fokus, men også utfordringer knyttet til styringssystemet i foretaksgruppen omtales under evalueringen av hvert område. Dette betyr at det både kan foreslås oppfølgingstiltak som gjelder kun RHF-et, men også regionale tiltak/oppdrag med betydning for HF-ene kan være aktuelle.

Evalueringsområder (alle evalueres ikke hvert år, se pkt. om utvelgelse av områder):

1. Analyse
2. Arkiv og dokumentasjon
3. Eiendom, medisinsk utstyr (MU) og behandlingshjelpemidler (BHM)
4. Forskning og innovasjon
5. Informasjonssikkerhet og personvern
6. Klima og miljø
7. Kommunikasjon og samfunnskontakt



8. Personell, utdanning og kompetanse (PUK)
9. Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet
10. Private leverandører
11. Risikostyring
12. Sikkerhet og beredskap
13. Strategi- og planarbeid
14. Styring- og rapportering (avgrenset til Eieravdelingens ansvarsområde)
15. Økonomistyring

## Ansvar

<b>Administrerende direktør</b>	Ansvarlig for gjennomføring av ledelsens gjennomgang
<b>Eierdirektør</b>	Prosesseier
<b>Ledergruppa</b>	Involveres i to trinn. Først ved å velge ut årets evalueringsområder, senere ved å godkjenne endelig LG.
<b>Avdelingsdirektør</b>	Ansvarlig for respektive områder i styringssystemet, inkludert oppfølging av tiltak.
<b>Koordinatorer for LG</b>	Ansvarlig for det administrative arbeide som å lage framdriftsplan og matrise for utvelgelse av områder. Sender ut møteinnkallinger, og syr sammen dokumentet.
<b>Arbeidsgruppe for LG</b>	Ansvarlig kontaktperson for et område skal arbeide med dokumentasjon til ledelsens gjennomgang i eget evalueringsskjema.

## Gjennomføring

### Utvelgelse av områder

#### Hvert år i mai:

Koordinatorer for LG innhenter status fra tiltakene i forrige LG, sammenstiller disse i egen matrise som synliggjør områder som kan plukkes ut til årets gjennomgang. **Ledermøte velger ut områder basert på framgangsmåten vist under.** Koordinator lager framdriftsplan og koordinerer oppgavene.

#### **Tre komponenter danner grunnlag for ledergruppa sin utvelgelse av aktuelle områder:**

1. Basert på et risikoidentifisert behov
2. Område som ikke tidligere er vurdert
3. Fast rullering, for å sikre at alle områder blir valgt

Kolonne A	Kolonne B	Kolonne C	Kolonne D	Kolonne E	Kolonne F	Kolonne G	Kolonne H	Kolonne I
Område	Ansvarlig	Medlem arb. gr. LG	Plassering i modningstrappa i forrige LG  Integrert = 1 Forebyggende = 2 Organisert = 3 Formalisert = 4 Tilfeldig = 5	Grad av endrede forutsetninger siden forrige LG  Svært stor grad = 5 Stor grad = 4 Noen grad = 3 Liten grad = 2 Ingen endringer = 1	Grad av måloppnåelse av tiltak i forrige LG  Ingen måloppnåelse = 5 Liten grad = 4 Noen grad = 3 Stor grad = 2 Svært stor grad = 1	Samlet vurdering (sum kolonne D, E, F) - identifisert risiko for området  Høy samlet sum tilsier at området bør gjennomgås - og inngår som del av vurderingsgrunnlaget til ledermøtet.	Tid siden siste LG av området	Planlagt gjennomgått år

### 1. Basert på et risikoidentifisert behov

#### 1. Områdets modenhetsnivå i styringssystemet (kolonne D)

Graderes etter hvordan området var vurdert i modenhetstrappa i forrige LG.

*Høyt tall indikerer at området bør bli gjennomgått på nytt.*

#### 2. Grad av endrede forutsetninger siden forrige LG (kolonne E)

Har det siden forrige LG kommet nye rammevilkår, lover, retningslinjer osv. med

betydning for styringssystemet? *Høyt tall indikerer at området bør gjennomgås på nytt.*

#### 3. Grad av måloppnåelse av tiltak fra forrige LG (kolonne F)

Her gjør vi en vurdering av status på gjennomføring av tiltak fra forrige LG. Er tiltakene gjennomført, har de hatt ønsket effekt, er det blitt forbedringer på området? *Høyt tall indikerer at området bør bli gjennomgått på nytt.*

#### 4. Totale vurdering (kolonne G) - identifisert risiko for området

Summen av tall-vurderingene for de tre ovennevnte områdene. *Høy sum tilsier at området bør bli gjennomgått på nytt.*

Denne vurderinga er en del av vurderingsgrunnlaget til ledergruppa som skal gjøre den endelige utvelgelsen av områder til LG.

### 2. Områder som ikke tidligere er vurdert (kolonne H)

Områder som ikke tidligere er gjennomgått i LG vil de neste årene kunne bli valgt fortløpende.

Dette baserer seg blant annet på hvilket modenhetsnivå området er vurdert til å være på. Er området kommet langt når det gjelder formalisering av styringssystemet? Det er foreslått en plan for gjennomgang de neste årene, men planen vil kunne justeres ved behov.

### 3. Fast rullering for å sikre at alle områder blir valgt (kolonne I)

Rullering for å sikre at alle områder blir gjennomgått med 3 års intervall

### Hvert år i mai – september:

Etter at ledergruppa har valgt hvilke områder som skal evalueres, vil koordinator tilrettelegge et evalueringsskjema pr. område i Teams. Ansvarlige for hvert område fyller ut evalueringsskjema. Basert på de utfylte skjemaene syr koordinator sammen alle evalueringene til et dokument som utgjør samlet LG.

### Hvert år i september:

Ledelsens gjennomgang blir gjennomgått i ledermøtet.

### Hvert år i oktober:

Ledelsens gjennomgang legges fram for styret i Helse Nord RHF til orientering.

Det opprettes en sak i Elements for hvert år. Ferdig LG-dokument registreres her sammen med alle evalueringsskjemaene.

## Vedlegg

Evalueringsskjema for områder

Matrise for utvelgelse av aktuelle evalueringsområder

## Referanse

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>



## Navn på område

### Overordnet beskrivelse av området

*Legg inn en overordnet beskrivelse av området. Beskriv hensikt, omfang og avgrensning, slik at en forstår hva som inngår i området.*

Krav og forutsetninger – hva setter føringer og retning for arbeidet med dette området?

Lover, forskrifter og andre eksterne krav	<i>Hvilke lover, forskrifter og andre eksterne krav gjelder for dette området? List opp det som er mest relevant.</i>
Mål og oppdrag	<i>Hvilke mål, styringsmål, eller konkrete oppdrag er satt for dette området f. eks fra oppdragsdokumentet fra HOD, foretaksprotokoll o.l.</i>
Strategier, handlingsplaner og andre interne krav	<i>Er det tiltak fra RU, eller andre strategier, planer eller styrende dokumenter som påvirker dette området?</i>

### Styringssystem – hvordan jobber vi med dette området?

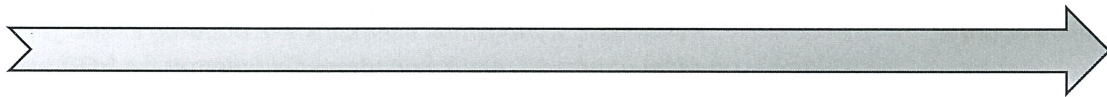
Ansvarlig (avdeling og rolle)	<i>Er det definert en ansvarlig for dette området? Legg eventuelt inn rolle og avdeling.</i>
Organisering og samarbeid på tvers	<i>Hvordan er arbeidet på dette området organisert? Hvilke roller er involvert? Hvordan samarbeider vi om dette området? Foregår det samarbeid på tvers av avdelinger?</i>
Prosesser og prosedyrer	<i>Finnes det skriftlige dokumentasjon som forteller hvordan arbeidet skal utføres? Legg inn lenke til beskrivelser, dokumenter eller prosesser.</i>
IKT-verktøy	<i>Benyttes det spesielle IKT-verktøy på dette området?</i>
Kompetanse	<i>Kreves det særskilt kompetanse på dette området?</i>
Systematisk forbedringsarbeid	<i>Hvordan jobber vi med systematisk forbedring innenfor dette området? Hvilken metode benytter vi?</i>

### Status – hvordan ligger vi an?

Underlag til evaluering og vurdering	<i>Finnes det tilgjengelige kilder som sier noe om status? Eksempel på slike kilder kan være resultater fra intern og ekstern revisjon, medarbeiderundersøkelser, ledervurdering, pasient- og brukerundersøkelser, miljøregnskap ol. Er det rapporter i HN LIS/Docmap eller andre systemer som kan være nyttig her? Har man oversikt over de viktigste risikoene på området?</i>
--------------------------------------	--

### Evaluering – hvor gode er vi?

Klarer vi å etterleve lover og regler på dette området?	<i>Vurder dette opp mot de lovene og forskriftene som er tatt med ovenfor.</i>
Klarer vi å nå mål/løse oppdrag?	<i>Vurder dett opp mot de mål og oppdrag som er tatt med ovenfor.</i>
Bli strategier og handlingsplaner fulgt?	<i>Vurder dette opp ot de strategier og handlingsplaner som er tatt med over.</i>
Hva er vurderingen av styringssystemet på dette området?	<i>Har vi en ansvarlig for dette området? Er arbeidet organisert på en hensiktsmessig måte? Har vi fungerende prosesser og prosedyrer? Har vi nødvendig IKT-verktøy? Har vi nødvendig informasjon, kunnskap og kompetanse?</i>
Bli styringssystemet på dette området systematisk forbedret?	<i>Vurder dette opp mot det som er tatt med om systematisk forbedringsarbeid ovenfor.</i>



<b>Tilfeldig</b>	<b>Formalisert</b>	<b>Organisert</b>	<b>Forebyggende</b>	<b>Integrert</b>
Sett kryss for riktig nivå	Sett kryss for riktig nivå	Sett kryss for riktig nivå	Sett kryss for riktig nivå	Sett kryss for riktig nivå

### Forbedringsmål og forslag til tiltak – hva gjør vi for å forbedre oss?

Mål for forbedring	<i>Hvilket mål om forbedring ønsker vi å nå?</i>
Forbedringstiltak	<i>Hva skal vi gjøre? Hvem skal gjøre det? Når skal det være utført? Når og hva skal vi evaluere?</i>

### Overordnet vurdering

*Oppsummering (beskriv kort hovedpunkter fra status, begrunnelse for plassering i modenhetstrappa og foreslåtte tiltak. Ca ½ A4 side*

Dato	<i>Skriv inn</i>
Gjennomført av	<i>Skriv inn</i>



Kolonne A	Kolonne B	Kolonne C	Kolonne D	Kolonne E	Kolonne F	Kolonne G	Kolonne H	Kolonne I	Kolonne J	Kolonne K
Område	Ansvarlig	Medlem arb. gr. LG	Plassering i modningstrappa i forrige LG	Grad av endrede forutsetninger siden forrige LG	Grad av måloppnåelse av tiltak i forrige LG	Samlet vurdering (sum kolonne D, E, F) - identifisert risiko for området	Tid siden siste LG av området	Planlagt gjennomgått år	Tidligere tiltak	Status for tidligere tiltak
Styring og rapportering										
Klima og miljø										
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet										
Sikkerhet og beredskap										
Informasjonssikkerhet og personvern										
HMS og medarbeider/personal										
Arkiv og dokumentasjon										
Økonomistyring										
Eiendom, MU, BHM										
Kommunikasjon og samfunnskontakt										
Strategi- og planarbeid										
Forskning og innovasjon										
Kompetanse, utdanning og rekruttering										
Risikostyring										
Private leverandører										
Analyse										



## Drøftingsprotokoll

Vår ref.:  
20213/1561-9

Saksbehandler:  
Mentzoni-Einarsen

Dato:  
09.09.2024

Møtetype:	Drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 42 mellom konserntillitsvalgte og Helse Nord RHF. Konsernverneombud deltok i møtet.
Møtedato:	09.09.2024
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

### Tilstede

Navn:	
Baard Einar Martinsen	SAN
Kari B. Sandnes	LO Stat
Sissel Alterskjær	UNIO
Martin Øien Jensen	Akademikerne
Jeanette Mikalsen	konsernverneombud
Anita Mentzoni-Einarsen	HR direktør

### Forfall:

Navn:	
Ann Mari Jensen	YS Helse
Lisa Frønning Carlsen	rådgiver/referent

### Ledelsens gjennomgang for Helse Nord RHF

Saken ble tatt opp til drøfting.

### Protokoll:

Arbeidsgiver innledet møtet med en redegjørelse for innholdet i drøftingsnotatet som ble sendt ut den 29.08.2024. Det ble påpekt at ledelsens gjennomgang (LG) skal vurdere om styringssystemene er etablert og fungerer etter hensikten. Det ble også forklart at ledelsens gjennomgang av styringssystemet i utgangspunktet handler om RHF og at helseforetakene har egen gjennomgang. Helse Nord RHF oppnår sine mål gjennom arbeidet som skjer i helseforetakene, det er derfor naturlig at det også gjøres vurderinger knyttet til grensesnittet mellom RHF og HF-ene. LG for Helse Nord RHF drøftes derfor denne gangen både på konsern og foretaksnivå.

LG bygger på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. I 2024 er det innført en ny metodikk basert på erfaringer fra Helse Vest RHF. 15 fokusområder er identifisert, hvorav seks er prioritert i årets gjennomgang.



## **Det framkom i løpet av drøftingene innspill på følgende seks tema:**

### **1. Avvikshåndtering og meldekultur**

#### Innspill fra KTV/KVO:

Det ble påpekt at avvikshåndtering og meldekultur er kritisk for å sikre forbedringer i foretaksgruppen, og at det i dag er mangler både i systemene og kulturen rundt avviksmeldinger. Det ble foreslått at det bør legges mer fokus på dette i ledelsens gjennomgang, med særlig vekt på økt forståelse for intensjonen bak systemer og kultur for å melde avvik og foreslå forbedringer.

#### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver anerkjente viktigheten av avvikshåndtering og meldekultur som grunnleggende for kontinuerlig forbedring. Det ble presisert at det pågår arbeid for å styrke både systemer og kultur i foretaksgruppen. I forbindelse med innføringen av et nytt kvalitetssystem vil det bli satt økt fokus på både kultur, kompetanse og systemstøtte for å fremme en mer robust praksis for rapportering av avvik og forslag til forbedringer. Formålet er å skape en mer helhetlig forståelse av hvorfor avviksmelding er nødvendig, og hvordan dette bidrar til forbedringsarbeidet.

### **2. Eiendomsforvaltning og husleiemodell**

#### Innspill fra KTV/KVO:

Eiendomsforvaltning ble fremhevet som et viktig tema. Det ble etterlyst en vurdering av den interne husleiemodellen i ledelsens gjennomgang, da den bidrar til å synliggjøre koblingen mellom økonomi og reelle arealbehov.

#### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver informerte om at husleiemodellen nå er innført i alle foretakene og har bidratt til økt bevissthet om arealbruk. Modellen er en god ramme for å håndtere arealforvaltning, men den løser ikke alle utfordringer, særlig med tanke på gamle og utdaterte bygg. Arbeidet med eiendomsforvaltning vil bli fulgt opp, og en handlingsplan er under utarbeidelse med planlagt fremleggelse for styret i Helse Nord i november/desember 2024.

### **3. Tydeliggjøring av innspill til samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten**

#### Innspill fra KTV/KVO:

Det ble påpekt at innspill fra tillitsvalgte og vernetjenesten ikke var gjengitt ordrett og heller ikke tatt med inn i selve i rapporten. Videre at arbeidsgiver denne gangen har valgt å kommentere innspillene som er gitt. Innspillene ønskes inkludert ordrett i rapporten, i tråd med tidligere praksis.

#### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver vil sikre at innspillene fra tillitsvalgte og vernetjenesten gjengis korrekt, og vil vurdere hvordan dette kan innarbeides på en tydelig måte i dokumentet. Det ble også presisert at det er et ønske om å holde hovedrapporten kortfattet, noe som

har ført til at visse kommentarer er inkludert i vedlegg for å unngå at dokumentet blir for omfattende.

#### **4. IKT-sikkerhet og bruk av eksterne systemleverandører**

##### Innspill fra KTV/KVO:

Det ble etterspurt hvordan datasikkerhet og styringsystemer for IKT-sikkerhet ivaretas ved bruk av eksterne systemleverandører, og det ble foreslått at dette bør være et eget tema i ledelsens gjennomgang.

##### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver informerte om at alle foretakene har egne personvernombud som samarbeider i et regionalt nettverk. Det er etablert rutiner for personvernkonsekvensvurderinger (DPIA), og det arbeides tett med Helse Nord IKT for å adressere sårbarheter. Det ble påpekt at KTV/KVO er godt kjent med dette arbeidet gjennom blant annet deltakelse i styringsgrupper for informasjonssikkerhet og ulike IKT prosjekter. Arbeidsgiver er enig i at IKT-sikkerhet er et viktig område jf. kapittel 6.2 i rapporten, og oppfordrer til at forbedringstiltakene blir etterspurt f.eks. i styringsgruppen for Regional plan for informasjonssikkerhet.

#### **5. Lave tall på rapporterte avvik og uønskede hendelser**

##### Innspill fra KTV/KVO:

Det ble stilt spørsmål om hvordan det kan være så få registrerte avvik og uønskede hendelser i denne ledelsens gjennomgang, med tanke på at media nylig har rapportert om omfattende avvik i spesialisthelsetjenesten.

##### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver forklarte at denne delen av ledelsens gjennomgang er begrenset til avvik rapportert i det regionale helseforetaket ikke hele helseregionen. Avvik som er registrert i andre deler av spesialisthelsetjenesten inngår ikke i denne gjennomgangen.

#### **6. Redaksjonelle forbedringer**

##### Innspill fra KTV/KVO:

Det ble påpekt at det var inkonsistent bruk av farger i rapporten, særlig i figur 4 og 5 på side 26, hvor gult og grønt brukes ulikt. Dette reduserte lesbarheten.

##### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver tok tilbakemeldingen til etterretning og vil gjennomgå fargebruken i rapporten for å sikre bedre lesbarhet.

## **7. Samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.**

### Innspill fra KTV/KVO:

Samarbeidet mellom ledelsen i virksomheten og tillitsvalgte/vernetjenesten ble fremmet som en del av styringssystemet for virksomheten. Det ble derfor foreslått at dette samarbeidet inkluderes som en del av evalueringsområdene som vurderes fremover.

### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver noterte dette som et innspill til framtidige LG.

Bodø, den 09.09.2024

*Protokollen ble godkjent digitalt i etterkant av drøftingsmøtet.*

Anita Mentzoni-Einarsen  
Helse Nord RHF

Baard Einar Martinsen      Kari B. Sandnes  
SAN                              LO Stat

Sissel Alterskjær              Martin Øien Jenssen              Jeanette Mikalsen  
UNIO                              Akademikerne                      Konsernverneombud

### **Protokolltilførsel fra KTV/KVO 09.09.24:**

*KTV/KVO registrerer og reagerer på at ledelsen i Helse Nord RHF har kommentert vårt innlegg til ledelsens gjennomgang, og kjenner seg ikke igjen i fremstillingen fra ledelsen. KTV/KVO reagerer på at ledelsen har erstattet KTV/KVOs innlegg med sitt eget. KTV/KVO opprettholder og står fast ved tidligere innsendt innlegg og ber om at det inkluderes som et eget kapittel i dokumentet slik det har vært sedvane de seneste år. KTV/KVO gjør oppmerksom på at innspill til ledelsens gjennomgang er skrevet i desember 2023.*

## Drøftingsprotokoll

Vår ref.:  
2023/1561-11

Saksbehandler:  
Lisa F Carlsen

Dato:  
12.09.2024

Møtetype:	Drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 42 mellom foretakstillitsvalgte i Helse Nord RHF. Foretaksverneombudet deltok i møtet.
Møtedato:	12. september 2024
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø/ Teams

### Tilstede

Navn:	
Tarald Sæstad	Akademikerne
Kari Bøckmann	Akademikerne
Øivind S Hansen	Forskerforbundet
Ellen Blakstad	foretaksverneombud
Anita Mentzoni-Einarsen	HR direktør
Lisa F. Carlsen	rådgiver/referent
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Marianne Riise Winther	seniorrådgiver

### Forfall:

*Ingen hadde meldt forfall til dette drøftingsmøtet.*

### Ledelsens gjennomgang

Saken ble tatt opp til drøfting.

## **Protokoll:**

Arbeidsgiver innledet møtet med en redegjørelse for innholdet i drøftingsnotatet som ble sendt ut den 29.08.2024. Det ble påpekt at ledelsens gjennomgang (LG) skal vurdere om styringssystemene er etablert og fungerer etter hensikten. Det ble også forklart at ledelsens gjennomgang av styringssystemet i utgangspunktet handler om RHF og at helseforetakene har egen gjennomgang. Helse Nord RHF oppnår sine mål gjennom arbeidet som skjer i helseforetakene, det er derfor naturlig at det også gjøres vurderinger knyttet til grensesnittet mellom RHF og HF-ene. LG for Helse Nord RHF drøftes derfor denne gangen både på konsern og foretaksnivå.

LG bygger på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. I 2024 er det innført en ny metodikk basert på erfaringer fra Helse Vest RHF. 15 fokusområder er identifisert, hvorav seks er prioritert i årets gjennomgang.

FTV/FVO innledet med å gi en positiv tilbakemelding til forbedringer som er gjort med tanke på metodikk og lesbarhet i forbindelse med LG 2024.

## **Det framkom i løpet av drøftingene innspill på følgende tema:**

### **1. Prosess for valg av fokus- og risikoområder**

#### Innspill fra FTV/FVO:

Det ble stilt spørsmål om bakgrunnen for valg av fokus- og risikoområder for 2024?

#### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver orienterte om at valg av fokusområder baserer seg på en risikobasert tilnærming og hensyn til pågående prosesser. Intensjonen er at alle områder skal rulleres minst hvert tredje år. Det er opprettet et team med representanter fra alle avdelinger som har bidratt til arbeidet. Ledergruppen i RHF-et har så behandlet et forslag som grunnlag for en beslutning av administrerende direktør.

### **2. Medvirkning**

#### Innspill fra FTV/FVO:

Det ble gitt innspill om at det er ønske om mer medvirkning fra FTV/FVO underveis i prosessen i framtidig arbeid med Ledelsens gjennomgang.

#### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver noterte dette som et innspill til framtidige LG.

### **3. Tydeliggjøring av innspill**

#### Innspill fra FTV/FVO:

Det ble påpekt at innspill fra tillitsvalgte og vernetjenesten ikke var gjengitt ordrett inn i selve i rapporten.

#### Kommentar fra arbeidsgiver:

Arbeidsgiver vil sikre at innspillene fra tillitsvalgte og vernetjenesten gjengis korrekt.  
Bodø, den 12. september 2024

*Protokollen ble godkjent under drøftingsmøtet.*

Anita Mentzoni-Einarsen  
Helse Nord RHF

Hilde Rolandsen  
Helse Nord RHF

Tarald Sæstad  
Akademikerne

Kari Bøckmann  
Akademikerne

Øivind Skogstad Hansen  
Forskerforbundet

Ellen Blakstad  
foretaksverneombud