

Møtedato: 2. oktober 2014  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
H Rolandsen/E. Bang, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 19.9.2014

## **Styresak 102-2014 Intern styring og kontroll, inkl. risikostyring - status i arbeidet**

### **Formål**

Helse Nord RHF er omfattet av plikten til å etablere et system for internkontroll jf. lov om statlig tilsyn med spesialisthelsetjenesten, § 3 første ledd. Også andre relevante lover/forskrifter bl. a. arbeidsmiljøloven etablerer samme plikt.

Internkontroll kan defineres som følger: *Internkontroll er en prosess igangsatt og gjennomført av virksomhetens styre, ledelse og øvrige ansatte og utformet for å gi rimelig sikkerhet med hensyn til oppnåelse av drifts-, rapporterings- og etterlevelserelevante målsettinger<sup>1</sup>*

Overordnet mål for internkontroll i Helse Nord RHF innebærer å etablere et system og en struktur som sikrer at faktorer som medfører risiko for at vi ikke når våre overordnede mål avdekkes, at det iverksettes risikoreduserende tiltak, og at det etableres et system både for avviksrapporing og styrets oppfølging.

### **Status i arbeidet med forbedring og videreutviklingen i Helse Nord**

En effektiv virksomhetsstyring forutsetter at det er etablert en god internkontroll i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringsvikt, feil og mangler. Internkontroll er å ha styring og kontroll, ikke bare kontroll.

Det bærende prinsippet er at internkontroll bør tilpasses den risikoen og egenart som gjelder for virksomheten. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktsmessig opplegg for internkontroll innebærer at det gjennomføres prosesser for å identifisere og håndtere risiko, dvs. risikostyring.

Helse Nord RHF utarbeider årlig overordnede mål for foretaksgruppen. Disse målene risikovurderes i HF-ene og kommuniseres til RHF-styret årlig. I høstsesjonen gjennomgås status for målene satt for 2014 samt utarbeide det overordnede mål for 2015.

### **Tilpasse virksomhetsstyringen i Helse Nord**

I protokollen fra foretaksmøtet i Helse Nord RHF, den 13.mai 2014 kom det en presisering for årlig gjennomgang av virksomheten: (...) *skal enhver som yter helsetjenester sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og*

---

<sup>1</sup> Definisjon som benyttes i COSO-rammeverket (Committee of Sponsoring Organizations of the Tradeway Comission)

*pasientsikkerhet. Det arbeides med en forskrift om hvilke krav som skal stilles til et slikt arbeid (...). Det er viktig at kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid inngår i helseforetakenes samlede virksomhetsstyring slik at virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerheten på en god måte. (...) Gjennomgangen (ledelsens gjennomgang) skal legge vekt på å sikre at ledelsen aktivt understøtter dette arbeidet og at det gjøres sammenligninger og skjer mellom helseforetakene.*

Denne presiseringen er fulgt opp i det nasjonale fagdirektørmøte, hvor det ble besluttet at systematikken skal ta utgangspunkt i de nasjonale parametrene som er grunnlaget for kvalitetsbasert finansiering. Se vedlegg 1 for oversikt over siste offisielle tall. Her fremgår det at:

- Helse Nord er den regionen som har færrest områder med beste score.
- Helse Nord er den regionen som har flest områder med lavest score.
- Nordlandssykehuset HF er det helseforetaket som har flest beste, og færrest dårligste score i regionen.
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF er det helseforetaket i regionen som har flest dårligste score i regionen.

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 61-2014 Nasjonale kvalitetsindikatorer, presentasjon av resultater og vurdering av enkeltområder* i styremøte, den 27. mai 2014. I styresaken fremgår det at Helse Nord er den regionen som har hatt størst relativ forbedring siden året før.

### **Ledelsens gjennomgang i Helse Nord RHF**

Helse Nord RHF's formelle gjennomgang ble gjennomført 14. mai 2014. Fra dette møtet hitsettes kommentarer om synlige tegn på forbedring av internkontroll og risikostyring:

- Vesentlig reduksjon av fristbrudd og reduksjon av ventetid er et uttrykk for at alle helseforetak har forbedret sine interne rutiner.
- Helse Nord har den største relative forbedring i nasjonale kvalitetsparametre.
- Bruk av risikoanalyser øker.
- Bruk av kvalitetsmidlene har bidratt til økt oppmerksomhet på kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.

Overordnet vurdering er at vi som foretaksgruppe:

1. Har hatt god fremgang i forhold til 2012, men at det bare var for målområde *økonomi* at målsettingen ble innfridd. Se vedlegg 2.
2. Beveger oss i retning av et høyere modenhetsnivå mot mer aktiv styring av internkontroll og risiko. Se vedlegg 3.
3. Må vie området ytterligere ledelsesfokus i lang tid fremover.
4. Har forbedringspotensialer med å få opp fokus på avviksrapportering og systematikk i å bruke dette i forbedringsarbeidet.

Helseforetakene har hatt sine lokale gjennomganger<sup>2</sup> av internkontroll og risikostyring og styrebehandlet disse. Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Sykehusapotek Nord HF har pr. september 2014 ikke gjennomført henholdsvis risikovurdering av de overordnede målene og ledelsens gjennomgang. Styret i Helse Nord RHF ble informert

---

<sup>2</sup> Ledelsens gjennomgang og risikovurdering av de overordnede målene definert av adm. direktør.

om dette i *styresak 79-2014 Tertialrapport nr.1 2014*. Begge HF-ene vil lukke disse avvikene i løpet av høsten 2014.

Styret i Helse Nord RHF informeres om status ved tertialrapportene første og andre tertial hvert år. Internkontroll og risikostyring følges opp av de respektive HF-styrene.

### **Videre arbeid**

I dialog med helseforetakene vil prioriteringer for 2014 og 2015 være:

- Tettere oppfølging av kvalitetsparametrene som fremgår av vedlegg 1
- Bedre fokus på avviks- og hendelsesrapportering
- Tiltak for å styrke kontroll med legemiddelhåndtering
- Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis
- Evaluering av kvalitetsstrategi og etablering av ny strategi for 2015-2019
- Iverksetting av tiltak i strategi for leder- og ledelsesutvikling
- Revisjon av strategi for kjøp av private helsetjenester
- Videre utvikling for dokumentasjon av klinisk praksis
- Etablering av struktur for funksjonell forvaltning av kliniske systemer
- Aktiv bruk av data for kvalitetsregistre
- Videre utvikling av virksomhetsportal
- Oppfølging av tiltak i fagplaner
- Oppfølging av tiltak for omstilling

### **Adm. direktørs vurdering**

Adm. direktør er fornøyd med dokumentert forbedring fra 2012 til 2013, og mener at det er sannsynlig at pågående aktiviteter vil bevege organisasjonen mot en høyere grad av modenhet innenfor områdene internkontroll og risikostyring

Adm. direktør mener at fremskritt som er gjort med nøkkeltall og virksomhetsdata gjør at vi kan innfri presiseringen til oppdragsdokumentet om å gjøre mer sammenlikninger mellom helseforetakene. Dette vil øke fokus, og styrke læring på tvers av helseforetakene.

Nordlandssykehuset HF og Sykehusapoteket Nord HF er kommet lengre i arbeidet enn de andre helseforetakene. Oppgaven fremover er å styrke overføring av *beste praksis* mellom helseforetakene.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om intern styring og kontroll, inkl. risikostyring til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at tiltakene for det videre arbeid, slik de fremgår av saksfremlegget, blir gjennomført.

Bodø, den 19. september 2014

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg

## Vedlegg 1

Antall røde felt = lavest score	2	1	7	2	5	3	4	1
Antall grønne felt = høyest score	3	4	2	4	1	5	2	3

	HLSH	NLSH	UNN	FS	HN Priv	HN	HSØ	HV	HMN	Landet
Trombolyse	9,1	16,3	5	27,3		10,6	19,8	18,6	10,9	17,3
Epikrisetid	80,1	82,4	78,2	75,5		79,3	87,2	83,6	x	85,2
Korridorpasienter 2013	0,9	1,4	2	0,9		1,6	1,6	2,2	0,9	1,6
Utsettelse planl. Op 2013	6,3	10,5	3,9	10,9		6,9	5,9	5,8	5,9	6
Sykehusinfeksjoner	3,2		6,1	2,7		5	4,7	6,2	5,1	5,1
Start beh brystkreft <20d 2013	x	86,3	57	x		69,7	63	55,5	68	62,9
Start beh lungekreft <20d 2013	36,4	61,5	46,4	42,9		50,8	32,8	52,1	38,3	39,5
Start beh tykktarmkreft <20d 2013	42,9	60,8	41,9	73,3		51	54,3	59,5	60,1	55,8
PH BU-Gar - Vurdering innen 10d 2013	98,2	95	93,6	96,1		95,1	94,8	96,6	98,2	95,7
PH BU-Gar - Beh innen 65d 2013	99,4	98,6	92,6	99,2		96,7	98,2	98,1	94,1	97,5
Epikrisetid v/utskr PHV (7 d) 2013	72,5	67,1	78,2	74,2	25,3	69,6	68,3	68,3	x	58,5
Epikrisetid v/utskr TSB (7 d)	39,5	86,7	75,8	75	8,5	54	74,9	68,6	85,2	73,4

	HLSH	NLSH	UNN	FS	HN Priv	HN	HSØ	HV	HMN	Landet
Trombolyse	9,1	16,3	5	27,3		10,6	19,8	18,6	10,9	17,3
Epikrisetid	80,1	82,4	78,2	75,5		79,3	87,2	83,6	x	85,2
Korridorpasienter	0,9	1,4	2	0,9		1,6	1,6	2,2	0,9	1,6
Utsettelse planl. Op	6,3	10,5	3,9	10,9		6,9	5,9	5,8	5,9	6
Sykehusinfeksjoner	3,2		6,1	2,7		6	4,7	6,2	6,1	5,1
Start beh brystkreft <20d	x	86,3	57	x		69,7	63	55,5	68	62,9
Start beh lungekreft <20d	36,4	61,5	46,4	42,9		50,8	32,8	52,1	38,3	39,5
Start beh tykktarmkreft <20d	42,9	60,8	41,9	73,3		51	54,3	59,5	60,1	55,8
PH BU-Gar - Vurdering innen 10d	98,2	95	93,6	96,1		95,1	94,8	96,6	98,2	95,7
PH BU-Gar - Beh innen 65d	99,4	98,6	92,8	99,2		96,7	98,2	98,1	94,1	97,5
Epikrisetid v/utskr PHV (7 d)	72,5	67,1	78,2	74,2	25,3	69,6	68,3	68,3	x	58,5
Epikrisetid v/utskr TSB (7 d)	39,5	86,7	75,8	75	6,5	54	74,9	66,6	85,2	73,4

## Resultatoppnåelse 2013

Område	2012	2013	Mål 2013	Ifht 2012	Ifht Mål
Fristbrudd % <sup>X)</sup>	7	6	0	OK	X
Fristbrudd # <sup>X)</sup>	296	252	0	OK	X
Ventetid (dager)	79	76	65	OK	X
Aktivitet <sup>X) X)</sup>	137767	137551	139366	OK	X
Resultat (mill kr)	437	488	467	OK	OK

X) Desember

X) X) DRG-poeng

# Modenhetsnivå – Eierdirektørens vurdering 2012→2013

