

Møtedato: 13. desember 2017
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Hilde Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 1.12.2017

Styresak 140-2017 Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2017 med risikovurdering av overordnede mål

Formål

I denne styresaken informeres styret i Helse Nord RHF om ledelsens gjennomgang av virksomheten 2017, risikovurdering og vurdering av hovedutfordringene fremover.

Minst en gang årlig skal ledelsen og styret gjennomgå foretakets tilstand, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 f). Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

Om vurderingen

Plan for arbeidet med ledelsens gjennomgang og risikovurdering ble etablert i ledermøte i Helse Nord RHF 15. august 2017. Alle avdelinger i RHF-et har bidratt, og eieravdelingen har hatt det overordnede koordinerende ansvaret for arbeidet. Dokumentet er gjennomgått i ledermøte i Helse Nord RHF 21. og 28. november 2017.

Oppdragsdokument, tertialoppfølgingsmøter og tertialrapporter ansees som en del av vurderingen av ledelsens gjennomgang. Vurdering av måloppnåelse må sees i sammenheng med tertialvis gjennomgang av nasjonale kvalitetsindikatorer, jf. *styresak 119-2017 Tertialrapport nr. 2-2017* (styremøte 25. oktober 2017).

Ledelsens gjennomgang i Helse Nord RHF - sammendrag

En samlet oversikt over status for overordnede mål for i Helse Nord for 2017 vises i tabell 1 og 2 i vedlegg 1.

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen: Se tabell 1 i vedlegg.
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning: Arbeidet med digitale pasienttjenester og felles nettløsning, har nådd viktige milepeler i retning av at pasient og pårørende er bedre informert, og sette pasienten i sentrum for helsetjenesten.
3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell: Omlegging av spesialistutdanningen for leger er krevende. Samtidig ser en at mangel på sykepleiere blir en større utfordring. Det er behov for en tettere dialog med utdanningsinstitusjonene. Antall årsverk stiger hurtigere enn tilgang på personell, hvilket ikke er en langsiktig utvikling. Foretaksgruppen har ikke nådd målsetting rundt sykefravær.

4. Innfri de økonomiske mål i perioden. Prognosen er at resultatet for 2017 blir i tråd med plan. Det er relativt høy risiko for den økonomiske måloppnåelsen i noen av foretakene. Arbeidet med å redusere kostnader til innkjøp og å realisere nytteverdien i gjennomførte investeringer blir særlig viktig i perioden fremover.

Ledelsens gjennomgang inneholder også en vurdering av Helse Nord RHF's oppfølging av oppdragsdokument og protokoll fra foretaksmøte(r), oppfølging av interne og eksterne tilsyn, etterlevelse av lover og regler. Det er gjort en vurdering av forskning og innovasjon, informasjonssikkerhet, beredskaps- og IKT-feltet.

Det er behov for å øke systematikken i oppfølgingen av helseforetak som har regionale og nasjonale oppgaver. Dette vil bli adressert nærmere i oppdragsdokument 2018.

Det forventes at Nord-Norge får særlig store utfordringer i årene fremover. Aldrende befolkning, sentralisering av bosettingsmønster, særlig utsiktene til at andel yrkesaktive i utkantstrøk blir stadig lavere, taler for at det blir et stort behov for å tenke nytt om hvor og hvordan spesialisthelsetjenestene leveres. Arbeidet med samhandling med kommunene må styrkes vesentlig.

Adm. direktørs vurdering

Adm. direktør er fornøyd med at ledelsens gjennomgang av virksomheten 2017 har hatt god involvering og at det er gjort en grundig gjennomgang av virksomheten. Sammen med vurdering av resultatene for nasjonale kvalitetsindikatorer, er den overordnede vurderingen at Helse Nord har hatt god fremgang i løpet av 2017.

Den overordnede vurderingen er at det er relativt høy risikoprofil både for tilgangen til tilstrekkelig og kvalifisert personell, samt økonomisk utvikling.

Resultat fra arbeidet med ledelsens gjennomgang vil bli fulgt opp i oppdragsdokument 2018 til helseforetakene og i arbeidet med *Regional Utviklingsplan 2035*.

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

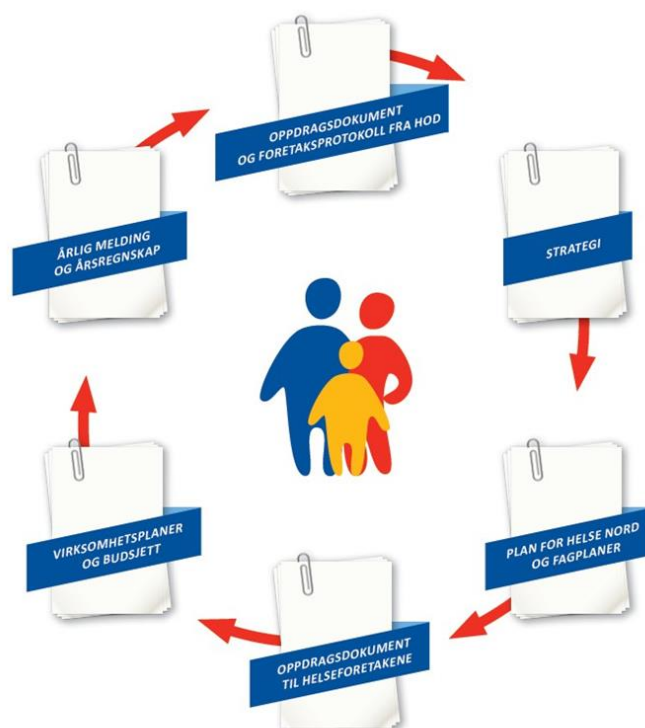
Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang av virksomheten 2017 (intern styring og kontroll) med risikovurdering av overordnede mål til orientering.

Bodø, den 1. desember 2017

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Rapport *Ledelsens gjennomgang 2017*

Ledelsens gjennomgang 2017



Innhold

1.	Formål	4
2.	Prosess og innhold	4
2.1	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren.....	5
2.2	Helseforetakenes arbeid med ny forskrift	5
3.	Spesialisthelsetjenestens oppgaver	6
3.1	Helse Nords egne overordnede mål 2017	6
4.	Måloppnåelse.....	7
4.1	Nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	7
4.2	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	8
4.3	Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell	10
4.4	Innfri de økonomiske mål i perioden.....	13
4.5	Utdanning.....	14
4.6	Forskning og innovasjon	15
4.7	Oppdragsdokument og foretaksprotokoll.....	16
5.	Helse Nord RHF	17
5.1	Organisering	17
5.2	HMS og arbeidsmiljø i Helse Nord RHF.....	18
5.3	Samsvar med lover, forskrifter og avtaler.....	19
6.	Regionale fellesfunksjoner	21
7.	Beredskap	23
8.	Informasjonssikkerhet.....	26
8.1	Handlingsplan for informasjonssikkerhet	26
8.2	Prosjektet helhetlig informasjonssikkerhet (HIS)	27
8.3	Oppfølging av Riksrevisjonens merknader.....	27
9.	Ytre miljø.....	28
10.	Innkjøpsområdet.....	29
10.1	Organisering.....	29
10.2	Nåsituasjon.....	29
10.3	Innkjøps samarbeidet mellom foretak	30
11.	Økonomiforvaltningen	30
12.	Eksterne tilsyn og interne revisjoner	31
12.1	Helsetilsynet.....	31

13.	Kvalitet	32
13.1	Kvalitetsstyringssystem.....	32
13.2	Kvalitetsstrategi.....	34
14.	IKT.....	36
14.1	Overordnet.....	36
14.2	Felles Innføring av kliniske system (FIKS/FRESK)	36
14.3	Nasjonalt samarbeid om DIPS Arena	37
14.4	Nasjonal samordning av IKT	38
15.	Samhandling.....	38
16.	Mediebildet.....	40
17.	Regional utviklingsplan 2035.....	40
18.	Virksomhetsstyring	41
19.	Hovedutfordringer 2018	41
19.1	Risikovurdering.....	43

1. Formål

Plikten til å etablere et system for internkontroll følger av lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3 første ledd, og av arbeidsmiljøloven.

Minst en gang årlig skal ledelsen og styret gjennomgå foretakets tilstand. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 f) utdyper kravet:

«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.»

Også interne retningslinjer¹, instruksjer og oppdragsdokument (OD) stiller samme krav. Formålet med dokumentet «*Ledelsens gjennomgang*» er å gjennomgå:

- Helse Nord RHF² vurdering av resultat og måloppnåelse i foretaksgruppen
- Interne forhold i Helse Nord RHF
- Særlig relevante områder i foretaksgruppen

Oppdragsdokument, tertialoppfølgingsmøter og tertialrapporter ansees som en del av vurdering av ledelsens gjennomgang. Vurdering av måloppnåelse må sees i sammenheng med tertialvis gjennomgang av nasjonale kvalitetsindikatorer, se styresak 119-2017.

2. Prosess og innhold

Plan for arbeidet med ledelsens gjennomgang og risikovurdering ble etablert i ledermøte 15.8.17. Alle avdelinger har bidratt, med eieravdelingen som den overordnede koordinerende for arbeidet. Dokumentet er gjennomgått i ledermøte 21. og 28. november 2017.

Ledelsens gjennomgang vurderer måloppnåelsen for inneværende år og behov for korrigerende/nye tiltak.

Virksomheten i Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT er svært forskjellig fra sykehusforetakene. For gjennomgang av måloppnåelse der vises hhv til deres styresaker 30-2017 og 61-2017.

¹ Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord RL 1602, Styreinstruks HN RHF, Instruks for adm. direktør HN RHF

² Når begrepet «Helse Nord RHF» brukes, menes RHF-administrasjonen. Når «Helse Nord» brukes, menes hele foretaksgruppen.

2.1 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren

Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017. Den omfatter:

- Plikten til å planlegge
 - Mål, oppgaver aktiviteter og organisering – systematikk for kvalitetsforbedring
 - Tilstrekkelig informasjon
 - Oversikt over regelverk
 - Risikovurdering og oversikt over behov for vesentlig forbedring av kvalitet
 - Planlegge risikoreducerende tiltak
 - Oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
 - Oversikt over avvik, uønskede hendelser, klager etc.
- Plikten til å gjennomføre
- Plikten til å evaluere
- Plikten til å korrigere

2.2 Helseforetakenes arbeid med ny forskrift

I tråd med krav i OD 2017 har alle foretak gjort en egenevaluering og styrebehandlet sitt arbeid for å etterleve kravene i ny forskrift.

- Finnmarkssykehuset (FIN): Styresak 69/2017 - *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – tiltaksplan.*
- Helgelandssykehuset (HSYK): Foretaket har utarbeidet et forslag til plan, men ikke gjennomført noen vurderinger for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. HSYK vil gjennomføre dette i løpet av 1. tertial 2018.
- Nordlandssykehuset (NLSH): Styresak 70-2017 Ledelse- og kvalitetsforbedringssystem, beskriver helseforetakets styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring.
- Sykehusapotek Nord (SANO): Styresak 17-2017 Handlingsplan for kontinuerlig forbedring og avvikshåndtering.
- UNN: Styresak 5/2017 Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid.
- Helse Nord IKT: Styresak 50-2017 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – Status og behov for oppfølgingstiltak i Helse Nord IKT.

Helse Nord RHF vil gjennomføre egnevaluering i 2018 av arbeidet med å etterleve kravene i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten».

3. Spesialisthelsetjenestens oppgaver

Spesialisthelsetjenestens oppgaver er delt inn i fire hovedområder:

- A. Pasientbehandling
- B. Pasientopplæring
- C. Forskning
- D. Utdanning av helsepersonell

3.1 Helse Nord's egne overordnede mål 2017

Overordnede mål fastsettes hvert år i samarbeid med adm. direktører i underliggende helseforetak. Målene i 2017 er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen
2. Sikre god pasient- og brukermidvirkning
3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
4. Innfri de økonomiske mål i perioden

Felles delmål/kritiske prosessindikatorer for foretaksgruppen er også definert.

Vurdering av måloppnåelse av A-D og 1-4 over, følger i kapittel 4.

3.2 Overordnede mål for 2018

Jfr. styresak 131-2017/2c er det besluttet å opprettholde de samme overordnede mål i 2018. Begrunnelsen er at det er viktig med konsistens i målformuleringene over tid.

Det er identifisert felles regionale kritiske indikatorer for målområde 1,3 og 4 over.

Kapittel 19 viser en vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for disse indikatorene.

4. Måloppnåelse

4.1 Nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen

Det vises til tertialrapport nr. 2. 2017 i styresak 119-2017. Den overordnede vurdering fremgår av tabell 1 og 2.

Delmål	Status	Kommentar	Kilde
1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen			
<i>Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</i>			
Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 %		UNN HF 3,9 % 2017 T1 HSYK HF 1,8 % 2017 T1 FIN HF 0,9 % 2017 T2 NLSH 3,8 % 2017 T1.	Tertialrapporter
Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter er under 60 dager		59,9 dgr (2017 nov)	NPR
Det skal ikke være fristbrudd		2,5 % (2017 nov)	NPR
Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid		71 % Andel forløp innen std tid Hittil i år (t.o.m. 31 oktober)	Kilde: HN LIS
Mer enn 80 % av pasientene skal ha gjennomført legemiddelsamstemming			Telles fra ekstranett
Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 20 % sammenlignet med 2012		-16,23%. 2017 august	https://sls.antibiotika.no/#/dashboard/Bredspektrede_antibiotika
Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene er redusert		Det jobbes med å få definert indikator/datakilde på denne indikatoren	
<i>Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert</i>			
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk		Viser til månedlig virksomhetsrapportering	
Antall tvangsinnleggelse for voksne er redusert - i samarbeid med kommunene, sammenlignet med 2016		Siste data fra 2017T1. 252 (2016T1) 253 (2016T2) 250 (2017T1)	Kilde: HelseDirektoratet, Nasjonale kvalitetsindikatorer
Antall pasienter i døgn - behandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak, er redusert		4,08% (2014) 3,53% (2015) 4,62% (2016)	Kilde: HelseDirektoratet, Nasjonale kvalitetsindikatorer
Sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling			Tertialrapport 2017 T2
<i>Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</i>			
Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016		UNN HF 3,9 % 2017 T1 HSYK HF 1,8 % 2017 T1 FIN HF 0,9 % 2017 T2 NLSH 3,8 % 2017 T1. HN 5,65% (2016 mai) HN 4,6% (2016 nov)	Helsenorge.no og tertialrapporter
Minst 20 % av pasientene med hjerneinfarkt får trombolysbehandling innen 40 minutter etter innleggelse		Årsdata 41,3% (2014) 60,4% (2015)	Kilde: HelseDirektoratet, Nasjonale kvalitetsindikatorer
Ingen korridorpasienter		1 739; 1,6% (2016T2) 1 862; 1,6% (2016T3) 1 887; 1,7% (2017T1)	Kilde: HelseDirektoratet, Nasjonale kvalitetsindikatorer
Minst 30 % av dialysepasienter får hjemmedialyse		38,4 % UNN (2017 2T) 27 % NLSH (2017 T2) 39 % FIN (2017 T2) 45 % HSYK (2017 T2)	Tertialrapport T2 2017
2. Innfri de økonomiske mål i perioden			
Økonomisk resultat i tråd med plan		Basert på helseforetakenes prognoser forventes et resultat for foretaksgruppen i tråd med styringsmål i 2017. Da er ikke eventuell nedskrivning av anlegg ved Finnmarkssykehuset Kirkenes hensyntatt.	

Tabell 1 Overordnet vurdering av måloppnåelse av hovedmål

Indikatorer	Helseforetak			
	UNN	NSLH	FIN	HSYK
Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 %	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter er under 60 dager	Lav risiko	Middels risiko	Lav risiko	Lav risiko
Det skal ikke være fristbrudd	Høy risiko	Høy risiko	Middels risiko	Høy risiko
Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid	Middels risiko	Middels risiko	Lav risiko	Lav risiko
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk	Middels risiko	Middels risiko	Lav risiko	Lav risiko
Mer enn 80 % av pasientene skal ha gjennomført legemiddelsamstemming	Ingen data tilgjengelig	Ingen data tilgjengelig	Ingen data tilgjengelig	Ingen data tilgjengelig
Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 20 % sammenlignet med 2012	Middels risiko	Middels risiko	Lav risiko	Middels risiko
Økonomisk resultat i tråd med plan	Middels risiko	Høy risiko	Lav risiko	Middels risiko

Tabell 2 Måloppnåelse på de åtte indikatorene valgt ut for 2017 per helseforetak.

4.2 Sikre god pasient- og brukermedvirkning

I februar 2017 ble det innført felles nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning, herunder veileder for ungdomsråd og retningslinjer for brukermedvirkning i forskning. De viktigste teknologistøttede tiltak er:

4.2.1 Digitale pasienttjenester

Prosjektet «*digitale pasienttjenester*» ble avsluttet januar 2017. Det er tilfredsstillende å observere at Helse Vest våren 2017 tok i bruk løsningen utviklet av Helse Nord (Innsyn i journaldokumenter og tilgangsløgg for DIPS) uten større vesentlige endringer. Samarbeidet rundt digitale innbyggertjenester mellom Helse Nord og Helse Vest er senere holdt frem som en modell for hvordan regionene kan og bør samarbeide i fellesskap, senest i rapporteringen til Helse- og Omsorgsdepartementet rundt felles plan for DIPS EPJ.

2017 er hovedsakelig benyttet til å planlegge videreføring av Digitale Innbyggertjenester. Resultatet ble presentert og vedtatt i styresak 96-2017; «Innføring av digitale løsninger (innsjekk, Utsjekk, pasienttavler, m.m.). System for forbedring av innsjekk og utsjekk, som vil gi sykehusene bedre oversikt over pasientlogistikken er anskaffet. Erfaringene fra NLSH er vektlagt og videreføres inn i innføringsforløpene.

Målbildet danner også rammene for den nasjonale utviklingen som gjennomføres i regi av *Digitale innbyggertjenester* i regi av Nasjonal IKT HF.



Figur 1 Digitale pasienttjenester

Erfaringen fra utviklingsarbeidet viser at:

- Pasient og pårørende er fornøyd
- Helseregionene *kan* samarbeide
- Tjenester kan gjenbrukes
- Utviklingen følger nasjonale standarder og anbefalinger
- Løsninger utviklet i Helse Nord kan gjenbrukes
- Samarbeidet med Direktorat for e-helse er godt

4.2.2 Felles nettløsning

1.1.17 ble prosjekt «Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten» overført til drift- og forvaltning. Nettsidene gjør det enklere for pasienter og pårørende å søke informasjon om behandling ved sykehus.

Helseinformasjon på nett er å anse som en del av behandlingsforløpet, fordi svært mange pasienter søker informasjon på internett. HF-ene arbeider med å publisere flere behandlinger slik at pasientene får enda bedre informasjon om hva som skjer før, under og etter behandling. Tekstene er felles for alle sykehus i Norge, og godkjennes av egne fagfolk før de publiseres. Det arbeides med å finne en effektiv organisering av arbeidet med ressurser både fra kommunikasjons- og helsefaglig personell slik at enda flere behandlinger blir beskrevet.

4.2.3 Mine behandlingsvalg

Arbeidet med «Mine behandlingsvalg» (MBHV) hadde et gjennombrudd i 2016. Med referanse til ledelsens gjennomgang i 2016, kan en kort oppsummere:

Mål for 2017	Vurdering	Mål for 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluere nytte av MBHV³ i kontrollert klinisk studie 	<ul style="list-style-type: none"> • Modellen Mine behandlingsvalg er under kontinuerlig kvalitetssikring, justering og videreutvikling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsette en kontinuerlig kvalitetssikring, justering og videreutvikling av modellen.
Mål for 2017	Vurdering	Mål for 2018

³ MBHV: Mine behandlingsvalg

<ul style="list-style-type: none"> • Produsere besl.støtte for 8 nye medisinske problemstillinger • Løsningen «Mine behandlingsvalg» skal vedlikeholdes 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 nye samvalgsverktøy er i slutfasen: hofteartrose (i samarbeid med HSØ), kneartrose, graves, brystkreft (i samarb m/HSØ) og prostatakreft med spredning • 4 samvalgsverktøy er under oppstart/produksjon: myomer, tavi og normaltrykks hydrocephalus • Veiledning i verktøy for psykose (Helse Vest bruker modellen) • Samisk oversettelse av prostata lav og middels/høy i samarbeid med Prostatasenteret 	<ul style="list-style-type: none"> • Ferdigstille påbegynte og nye samvalgsverktøy • Opprettholde, utvikle og vedlikeholde modellen Mine behandlingsvalg • Samarbeide tett med helsenorge.no om brukervennlige løsninger på nett • Bidra til at samvalgsverktøy tas i bruk og til nasjonalt fellesprosjekt
---	--	--

Tabell 3 Måloppnåelse sikre god pasient og brukermedvirkning

4.3 Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell

Personellet er helsetjenestens viktigste ressurs. Medarbeidere med rett kompetanse, ledet av ledere med gode forutsetninger, er avgjørende for å sikre god kvalitet i tjenesten.

Mål for 2017	Oppnådd	Mål for 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Innføre kompetansemodule • Tiltakene innenfor strategi for leder- og ledelsesutvikling. <p><i>Ledermobilisering:</i> Alle HF skal ha gjennomført minst 1 gang i løpet av 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 900 medarbeidere har fått opplæring i k-modulen. Noen felles k-planer er lagt inn. • Læringsmål for LIS 1 er lagt inn. Plan for helsefaglæringer. • Tilgang og opplæring til bemann.modell til alle HF. Regionalt forum for bruk av mod. etablert. • <i>Ledermobilisering</i> igangsatt i alle HF. • Kompetanse for kont. forbedring og prosjektoppfølgning bygges. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dok. av komp.behov, - beholdning og -gap. • Bruk av komp.module for LIS 2 og 3, dvs. forberede bruk f.o.m. 2019. • Strategi for teknologistøttet læring og helhetlig satsing på kompetanse. • Regional lederhåndbok lanseres • Prioritert oppfølging av resultat av ForBedring.

	<ul style="list-style-type: none"> • Slått sammen Medarb., HMS- og pas.sikkerh.unders.: «ForBedring» 	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere behov for ytterligere tiltak knyttet til kompetansebygging forbedringsarbeid
<ul style="list-style-type: none"> • Minimum 6 mnd. planleggingshorisont for personell, jf. RR⁴-rapport. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidstidsplanlegging var en vesentlig del av grunnlag for streik i Legeforeningen. • Opprettet 2 delprosjekt for å re-etablere plattform for samarbeid med Legeforeningen • KPI-er for tiltak for fravær/HMS/innleie/deltid/bruk av vold/trusler • Pilotert mobile plattformer for adm. tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetansebehov mot 2035 inn i Utviklingsplan • Ny plattform for samarbeid om tariff-avtaler og bem.planlegging • Robotisering av adm. tjenester

Tabell 4 Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell

4.3.1 Bruk av vikarer

Det ventes at bruk av vikarer blir mer og mer krevende fremover både fordi:

1. Tilgangen på utenlandske vikarer er vesentlig mindre. Svenske sykehus annonserer nå etter norske vikarer.
2. Krav til dokumentert opplæring i kliniske IKT-systemer stiller høyere krav.

Det vises til siste punkt 19.1 om hovedutfordringer fremover.

4.3.2 God og åpen dialog

Helse Nord skal ha et arbeidsmiljø som fremmer åpenhet og trygghet, og med en ledelsespraksis som ivaretar medarbeidernes rett og plikt til å si fra om feil og hendelser. Gjennom dette kan virksomhetene lære og forbedre arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Med bakgrunn i OD 2016, og som resultat av arbeidet i en bredt sammensatt gruppe, ble tre mål for å fremme en slik foretakskultur prioritert:

1. Samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste
2. Ledelse og lederutvikling (se kommentar tabell 4)
3. Kontinuerlig forbedring og avvikshåndtering

⁴ RR: Riksrevisjonen

4.3.2.1 Konserntillitsvalgtes vurdering

God kommunikasjon er grunnmuren for god samhandling, for å skape tillit og gode relasjoner. Konserntillitsvalgte (KTV) og konsernverneombudet (KVO) har faste møter minst 1/måned med ledelsen i Helse Nord. I tillegg er det møter ved behov, dialogmøter med aktuelle enheter/prosjektledere og liknende. KTV og KVO har faste møter ukentlig og holder jevnlig kontakt med sine organisasjoner og tillitsvalgtapparatet/vernetjenesten i underliggende helseforetak.

Medvirkningen på regionnivå er god. Det kan variere hvordan medvirkningen oppfattes av de tillitsvalgte å fungere i de enkelte HF-ene.

Tillitsvalgte har forståelse for at endringer kan være viktige og riktige, men disse må være godt forankret i den kliniske virkeligheten og hverdagen. De tillitsvalgte på forskjellige nivåer har en viktig rolle for at denne forankringsprosessen skal lykkes.

4.3.2.2 Konsernvernetjenestens vurdering

Alle helseforetak har organisert sin vernetjeneste, med lokale verneombud, klinikkverneombud og foretakshovedverneombud. Hvert foretak har i henhold til lovkrav ansvaret for egen vernetjeneste. I tillegg har Helse Nord et konsernverneombud som har ansvar for å delta i behandling av HMS-saker som påvirker to eller flere foretak. Vernetjenesten i foretakene har ikke lik opplæring og kompetansebygging.

Medarbeiderundersøkelsen kan være et godt verktøy for bedre HMS og pasientsikkerhet. Vernetjenesten ser at det er store forskjeller på oppfølgingsarbeidet med tiltak mellom og innenfor de enkelte HF.

Det har ikke vært avholdt felles verneombudssamlinger i Helse Nord de siste årene.

Skal vernetjenesten levere i henhold til HOD⁵s krav om åpenhet og læring er det nødvendig med en felles strategi, gode arenaer for erfaringsutveksling, lik opplæring og felles kompetanseplan for vernetjenesten i hele Helse Nord. Derfor har vi bedt HR-sjefmøtet sette i gang et arbeid snarest for å få det til.

Vernetjenesten ønsker å fokusere enda mer på sammenhengen mellom et godt og trygt arbeidsmiljø og god og sikker pasientbehandling.

4.3.3 Kontinuerlig forbedring og avvikshåndtering

Modulbasert opplæringsprogram i kontinuerlig forbedring er utviklet. Faglig innholdet er utarbeidet av en prosjektgruppe med deltakere fra alle foretakene. Modulene er tilgjengelige i foretakene. Høsten 2018 behov for ytterligere regionale tiltak for å bidra til implementering vurderes.

⁵ HOD: Helse- og omsorgsdepartementet

4.4 Innfri de økonomiske mål i perioden

Resultatet for foretaksgruppen forventes i tråd med styringsmål i 2017. Eventuell nedskrivning av anlegg ved Finnmarkssykehuset Kirkenes er ikke hensyntatt.

Regnskap 2017 (mill kr)	Regnskap oktober	Budsjett oktober	Avvik oktober	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Regnskap hittil i fjor	Ars-Budsjett
Helgelandssykehuset	0,5	1,7	-1,2	8,6	16,7	-8,1	15,1	20,0
Nordlandssykehuset	-8,5	1,5	-10,0	-19,7	4,2	-23,9	-42,8	5,0
UNN	4,1	3,3	0,8	-8,5	33,3	-41,8	58,0	40,0
Finnmarkssykehuset	-2,6	2,5	-5,1	21,2	25,0	-3,8	33,6	30,0
Sykehusapotek Nord	0,1	-0,1	0,2	4,3	3,4	0,9	2,5	3,7
Helse Nord IKT	1,2	-0,8	2,0	5,3	1,2	4,1	7,3	0,0
Helse Nord RHF	31,6	19,7	11,9	227,2	196,7	30,5	238,9	236,0
SUM Helse Nord	26,3	27,8	-1,5	238,4	280,4	-42,0	312,6	334,7

Tabell 5 Økonomisk resultat pr. oktober 2017

4.4.1 Kostnadsnivå sammenliknet med andre regioner

Helse Nord har et relativt høyt kostnadsnivå sammenliknet med andre regioner.

Demografi og spredt sykehusstruktur er en naturlig forklaring. Små sykehus må bære en relativt høyere andel kostnader til beredskap sammenliknet med større sykehus. Det er også mer krevende å rekruttere riktig kompetanse til mindre enheter.

4.4.2 Resultatkrav 2018–2025

Langsiktig investeringsplan forutsetter at foretakene innfrir resultatkrav. Beregnet likviditetsreserve i 2019 er marginal, og vil være svakt negativ i 2020 under forutsetningene som er lagt i langsiktig plan (se styresak 54-2017). Dersom resultatkrav ikke innfris, vil investeringsprogrammet skyves lenger ut i tid. Det er derfor avgjørende å ha kontroll på prosjektporteføljen, og mulighet for å utsette enkelt-prosjekt dersom uforutsette kostnader eller andre problemer oppstår.

De vesentligste risikopunkt er knyttet til:

- Innføringen av kostbare legemidler
- At lønnskostnader ikke vokser raskere enn aktivitet
- Realisering av nytteverdi av gjennomførte investeringer

Det er risiko for at ny nasjonal inntektsmodell kan medfører endringer som får konsekvenser for langsiktig investeringsplan plan.

4.4.3 Omstillingsbehov 2019-2025

Beregnete omstillingsutfordringer for 2018-2025 fremgår av styresak 54-2017. I mars 2017 var den beregnet til å utgjøre ca. 130 mill. kroner innen 2020.

	Omstillingsutfordring							
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Finnmarkssykehuset HF**	-65 000	-81 000	-97 000	-85 000	-71 000	-80 000	-99 000	-97 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF*	27 000	4 000	10 000	51 000	73 000	74 000	90 000	92 000
Nordlandssykehuset HF	21 900	-32 100	-36 300	-24 200	-19 000	-6 700	5 500	-7 700
Helgelandssykehuset HF	-19 000	-12 000	-6 000	26 000	27 000	3 000	-14 000	34 000
Sykehusapotek Nord HF	-600	-2 300	-2 700	-3 000	-2 900	-2 800	-1 700	-1 600
Sum	-35 100	-121 100	-129 300	-32 200	10 000	-9 700	-17 500	21 300

Tabell 6 Brutto omstillingsutfordring i Helse Nord for perioden 2018-2025. Tall i tusen kroner. Vurdert ifht resultatkrav (2019: 24 mill.kr, 2020: 24 mill.kr, 2021 19 mill. kr, 2022: 24 mill. kr og 2023: 24 mill. kr). Finnmarkssykehuset har pålagt seg høyere overskuddskrav (2019: 32 mill. kr, 2020: 34 mill. kr, 2021: 39 mill. kr, 2022: 44 mill. kr og 2023: 44 mill. kr.).

Ved rullering av langsiktig plan 2019-2026 våren 2018, må det gjøres nye vurderinger av ambisjoner for investeringsprogram vektet mot foretakenes realisering av resultatkrav.

4.5 Utdanning

Utdanning er én av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver.

4.5.1 Leger i Spesialisering (LIS)

De delene av spesialistforskriften som vedrører LIS 2- og 3-utdanningen, trer i kraft 1. mars 2019, og det er en rekke oppgaver som må løses nasjonalt, interregionalt, regionalt og lokalt for å få alt på plass i henhold til forskriften.

Mandatet for de regionale utdanningssettene for legespesialistutdanningen (RegUT) er revidert og utvidet, RegUT ved UNN er tilført flere ressurser, og et regionalt implementeringsprosjekt er vedtatt og i ferd med å startes opp. Det vurderes som kritisk og helt nødvendig at foretakene jobber godt med å ruste seg til de nye oppgavene og sørge for å oppnå godkjenning som utdanningsvirksomheter iht. forskriftskravene. Dette vil kreve ressurser og kan gå på bekostning av annet arbeid i alle foretakene og i RHFet i 2018.

Det vil også bli arbeidet med å ta i bruk avtalespesialistene i LIS-utdanninga, ref. krav i tilleggs-OD sommer 2017. Det er sannsynlig at dette vil avgrenses til noen få fagområder i Nord-Norge, gitt de forholdsvis få avtalespesialistene som finnes.

4.5.2 Sykepleierutdanningen

Det er et åpenbart behov for å øke utdanningskapasiteten for sykepleiere. Ved siste opptak var det i gjennomsnitt 4 kvalifiserte søkere for hver utdanningsplass ved UiT og Nord Universitet. Helse Nord RHF har adressert dette overfor HOD, og i det nyetablerte samarbeidsforumet mellom HOD og Kunnskapsdepartementet.

4.5.3 Andre forhold

Det arbeides nasjonalt med nye faglige retningslinjer for åtte ulike grunnutdanninger innen helse- og sosialfag. Tjenestens behov for kompetanse og brukernes behov skal vektlegges i arbeidet.

Det er rapportert om vansker med å etablere tilstrekkelig antall praksisplasser innenfor enkelte utdanninger, og konkrete mangelsituasjoner har oppstått. En arbeidsgruppe er nedsatt for å beskrive behovet for praksisplasser. Gruppen skulle levert sitt arbeid høsten 2017, men er noe forsinket. Å tilrettelegge for tilstrekkelige og gode praksisplasser anses som nødvendig for å utdanne tilstrekkelig helsepersonell.

4.5.4 Formelt samarbeid med utdanningsinstitusjonene

Helse Nord har nå bare ett fungerende samarbeidsorgan med universitetene (USAM). Det tidligere HSAM, som håndterte utdanningsaker, er lagt ned som følge av at alle høyskolene i regionen er innlemmet i universitetene. De øvrige regionene har flere fungerende samarbeidsorganer med universitetene, hvorav enkelte primært håndterer utdannings spørsmål. Organiseringen av disse er ulik i alle regioner. I Helse Nord håndteres utdanningsaker av vårt ene USAM, mens det pågår en utredning av framtidig struktur på samarbeidsorganene i nord. Et forslag til ny struktur på samarbeidsorganene, der ansvaret for utdannings sakene er tydeligere plassert (ref. HODs instruks for samarbeidsorganer), vil bli lagt fram for styret i 2018.

Det foreligger også et nordnorsk samarbeidsorgan for helseutdanning, der også kommunal sektor er representert, men dette ivaretar ikke de formelle kravene iht. instruks. I utredningen av framtidig struktur for samarbeidsorganer vil dette organets mandat, sammensetning og funksjon bli vurdert.

Det regionale helseforetaket har ikke hatt tilstrekkelig oppmerksomhet på strategisk arbeid med utdanningsfeltet, og ansvaret for dette har vært utydelig plassert. I arbeidet i RHF-et, ref. kapittel 5.1.1. De mange utfordringene som ligger foran oss på utdanningsfeltet, krever en tydeligere avklaring av ansvar og dedikerte ressurser.

4.6 Forskning og innovasjon

Helse Nord har en merkbar nedgang i de samlede forskningspoengene for 2016. Forskningspoengene regnes hovedsakelig ut fra antall avlagte doktorgrader, antall artikler og artikkelforfattere, om artiklene er i tidsskrift på nivå 1 eller 2 (nivåinndeling etter antatt kvalitet), samt internasjonalt medforfatterskap. Det gis ekstrapoeng for tilslag på midler fra Forskningsrådet og EU.

Et treårssnitt av andelen forskningspoeng fra de fire regionenes samlede poengsum legges til grunn for utregningen av vår resultatbaserte andel av forskningsmidlene over statsbudsjettet. I det siste treårssnittet (2014-2016) har vi sunket fra 8,7% til 8,1% i forhold til forrige treårssnitt. Andelen for 2016 isolert sett er sunket til 7,1 %, etter å ha vært stabil på mellom 8,8 og 8,6 % de tre foregående årene⁶.

Nedgangen indikerer helt konkret at forskningsmiljøene i foretakene ikke klarer å holde det samme aktivitetsnivået som de øvrige regionene, slik dagens poengsystem definerer aktivitet. Nedgangen kan skyldes at andre regioner har økt sin aktivitet, eller at det er reell nedgang i vår region. Hvorvidt publisering av forskningsresultater skjer med adressering til helseforetak eller universitet kan også spille en rolle. Mange forskere har dobbeltstilling, dvs både i UNN eller andre foretak samt på UiT. Dersom det publiseres

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nasjonalt-system-for-maling-av-forskning/id446980/>

uten HF-adresse for forskeren der dette skulle vært gjort, får ikke vår sektor publikasjonspoeng.

Ressursbruk⁷ er en annen indikator på hvordan det står til med forskningsvirksomheten. Den årlige kartleggingen viser at av alle midler foretakene rapporterer brukt til forskning, er det regionale forskjeller for hva som er hovedinntektskilden. For foretakene i Helse Nord er det en større andel som kommer fra RHF-ets forskningsmidler, og de bruker en prosentvis mindre andel av eget basisbudsjett til forskning i 2016 enn i 2015. Det hentes inn noe midler fra Forskningsrådet. Bekymringen er at foretakene i vår region i langt større grad enn i andre regioner baserer seg på tildeling fra RHF-et framfor å jobbe mot de virkelige store forskningskildene (Forskningsrådet, EU) og andre eksterne midler. Det ligger en føring om dette i vår forskningsstrategi, og må jobbes mer aktivt med i foretakene.

I eget arbeid er vi opptatt av å følge med på effekten av tiltak i gjeldende forsknings- og innovasjonsstrategi. Det inkluderer omleggingen av systemet for tildeling av forskningsmidler, med oppheving av øremerking av bestemte områder, og innføring av felles kriterier for kvalitet og nytte, inkludert brukermedvirkning. Det kan foreslås ekstra tiltak i de årlige tiltaksplanene. De etablerte samarbeidsorganene med universitetene, som er rådgivende til styret, og forskningslederforumet mellom RHF og HF-ene, har dette kontinuerlig på agendaen.

4.7 Oppdragsdokument og foretaksprotokoll

I Oppdragsdokument fra HOD er det formulert 3 hovedområder for «Styringsmål 2017». Status for disse er gitt i oppfølgingsmøte 24. oktober 2017:

Administrasjonen følger opp status for OD/foretaksprotokoll tertialvis, og gjennomgår disse to ganger pr. år i ledermøte. Punkter i rød sone har særlig oppmerksomhet. Av 152 «skal»-krav fra OD/foretaksprotokoll er status pr. november «rød» for fem av dem:

Krav	Frist	Kommentar	Tiltak
Forbedre rutiner for utskriv.klare pas. innen PH og TSB, i samarb.m/ kommunene	2017	Utsatt til 2019	
Etablere gjensidige samarb.avtaler med avtalespesialistene innen 1. juni	01.06.2017	NLSH, FIN og HSYK = OK UNN arbeider med mer detaljert avt.tekst	Følge med fremdrift oyespes./UNN
Ingen korridorpasienter	2017	Ikke løst.	Samh. m/kommunene Høyere komp. i front i akuttinntakene
Mulighet døgnkont. samisk språkkompetanse i AMK-sentraler.	2017	Stans prosj. nytt system i AMK-sentraler. FIN: Tolketjeneste i AMK og ambulanser	HN vil samarbeide med HV om nytt prosjekt. FIN over på nytt nødnnett . U43 også kommunene/lv. Tolketj. lettere tilgjengelig. ☺
Forsøksordning kommunal drift av DPS. RHF: Dialog og event. forh. m/ interesserte kommuner.	2017	Utredning, bl.a. om juridiske forhold ikke ferdig. Dato foreligger ikke.	Kan ikke gå ut med forespørsel/ invit. til kommunene før premissene for etablering er avklart. Avventer utredningen fra H-dir.

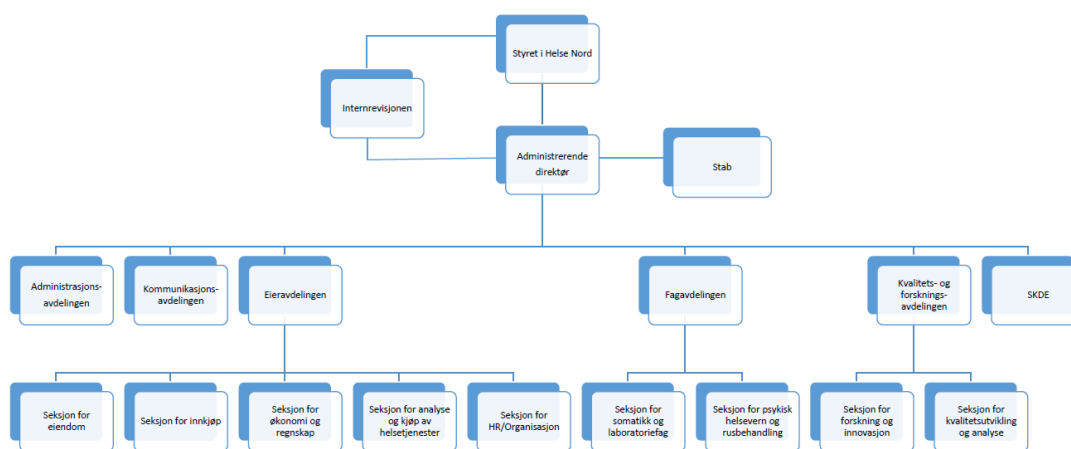
⁷ NIFU rapport 2017:18

5. Helse Nord RHF

5.1 Organisering

Pr. oktober 2017 har Helse Nord RHF 102 årsverk, hvorav SKDE og program for regionale kliniske system (FIKS/FRESK) har hhv ~23 og ~14 årsverk. Øvrig HN RHF har da ~65 årsverk.

Organisasjonskart Helse Nord RHF



Figur 2 Organisasjonskart Helse Nord RHF

5.1.1 Vurdering

Under ledelsens gjennomgang 2016 ble områder med behov for å styrke kompetanse kommentert. Iverksatte tiltak i 2017 er:

Område	Tiltak 2017	Vurdering
Teknologi og innovasjon Digitale tjenester/IKT	Deler av programmet for digitale tjenester vedtatt.	Endringer i nasjonal styringsmodell foreslått for IKT. IKT- og samhandlingsområdet får eget kapittel i reg. utviklingsplan. Potensielt stor betydning.
Forbedringskompetanse Strategiske analyser	Opplæringsarbeid utarbeidet Innledet dialog med SKDE om tettere samarbeid om HF-spesifikke utfordringer	Utd.program for leger i regi av pas.sikkerh.program fortsetter. Vurdering 2018 hvorvidt ytterligere tiltak er nødvendig

Vedlikehold og bygg	Økt en stilling – rådgiver i Eieravdelingen	Tilstrekkelig. Mål 2018 er å høste erfaring fra pilot husleiemodell, etablere 4-årige vdl.plan pr. HF. samt styrke virksomhetsrapp. Innenfor området.
Utdanningsfeltet	Kval.- og forskningsavd. har fulgt opp regionalt utd.kontor for å styrke arbeidet om LIS-utdanningen.	Grensesnitt med HR-org må gjennomgås Kapasitet vurderes å være risikoområde. Arbeidet med utviklingsplan 2035 vil belyse områder der utdanningskapasitet bør justeres.

Tabell 8 Vurdering av organiseringen av foretaket

Styret i Helse Nord RHF har bedt adm. direktør vurdere om helseforetaket har nødvendig kapasitet til å løse oppgavene som tilligger ansvarsområdet. Adm. direktør vil komme tilbake til styret med en oppfølging på dette punkt.

Adm. direktør har hatt tre møter med nivå-2 leder for fag- eier- og kvalitets- og forskningsavdelingen for å gjennomgå rolle- og ansvarsfordelingen i ledergruppen. Målet for arbeidet er å sikre god arbeidsdeling mellom de tre enhetene samt at grensesnitt til stabsfunksjoner er avklart. Arbeidet ventes ferdigstilt vinteren 2018.

5.2 HMS og arbeidsmiljø i Helse Nord RHF

Rullerende plan for HMS er styrende for tema og fokus i arbeidsmiljøutvalget (AMU) for Helse Nord RHF, og oppdateres tre ggr/år. AMU har møter omtrent hver måned og følger opp innspill, ansettelse, avviksmeldinger, sykefravær og brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Verneombudet har fulgt opp innspill og henvendelser. SKDE har eget AMU. De to AMU-ene har regelmessige fellesmøter.

Tabellen under gir referanse til ledelsens gjennomgang i 2016 og fokusområder for 2017:

Mål for 2017	Status	Mål for 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide AKAN-prosedyrer • Kompetanseheving innenfor HMS • Kultur for avviks- og forbedringsmelding i RHF • Informasjon og forankring ny 	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeidet retningslinjer for AKAN-oppfølging • AMU og ledere har blitt informert om aktuelle HMS-kurs. • Prosjekt for å kartlegge og bedre kultur for avviks- og forbedringsmelding i RHF pågår. AMU holdes oppdatert underveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseheving innenfor HMS • Kultur for avviks- og forbedringsarbeid • Interne prosesser og kommunikasjon (fra MU2016)

styringsmodell i spes.helsetjenesten		
--------------------------------------	--	--

Tabell 9 Status HMS og arbeidsmiljø i Helse Nord RHF

Helse Nord RHF arrangerte for 4. gang internseminar for alle ansatte, denne gang inklusive medarbeiderne i tidl. FIKS-prosjektet, men ekskl. medarbeidere i SKDE. Tema for samlingen var trening i metoder for forbedringsarbeid, basert på modulbasert opplæringsmateriale.

5.3 Samsvar med lover, forskrifter og avtaler

5.3.1 Helseforetaksloven

Helseforetaksloven regulerer helseforetakenes rettigheter og plikter, herunder

- Stiftelse og vedtekter
- Foretaksmøtet
- Foretakets styre og daglige ledelse
- Styrets oppgaver og kompetanse
- Daglig leder (adm. direktør)
- Foretakets representasjon utad
- Organisering av samarbeid med andre m.v.
- Regnskap, revisjon og kontroll
- Oppløsning og avvikling
- Erstatningsansvar
- Omdanning

I samråd med foretaksadvokaten vurderes Helse Nord RHF å være innrettet i samsvar med helseforetakslovens regulering av ulike sider av virksomheten.

5.3.2 Forvaltningsloven og arkivlov m/forskrift

Forvaltningsloven (fvl) har bestemmelser om hvordan saksbehandlingen i offentlig forvaltning skal skje. Fvl gjelder også for helseforetak, jf. helseforetaksloven § 5. Loven omhandler også enkeltpersoners rettigheter og plikter, veiledningsplikt og taushetsplikt, og krav til saksforberedelse, skriftlighet og begrunnede vedtak/beslutninger.

Helse Nord RHF har svakheter i gjennomføring av sine rutiner for journalføring. Dette medfører risiko for manglende dokumentasjon av beslutningsgrunnlaget.

Mål for 2017	Status	Mål for 2018
Øke kunnskapen om regler og rutiner for journalføring, og tiltak for å endre rutiner	<ul style="list-style-type: none"> • Arkivtjenesten har stor oppmerksomhet på å øke kunnskap og avdekke eventuelle mangler i journalføringen. • Nytt, moderne, sak-/arkiv-system anskaffet 	<ul style="list-style-type: none"> • Overgang til nytt sak-/arkivsystem 2. tertial. • Obligatorisk og dokumentert opplæring for alle ansatte.

--	--	--

Tabell 10 Status forvaltningsloven og arkivlov med forskrift

Det er ventet at opplæring i holdninger, saksbehandling og rutiner for journalføring vil bidra til større forståelse og kunnskap som igjen vil øke bevisstheten rundt rutiner for journalføring av dokumenter i tråd med arkivloven.

5.3.3 Offentlighetsloven

Offentlighetslovens sentrale formål er å styrke retten til innsyn i det offentlige saksdokumenter. Helse Nord RHF avslår få begjæringer om innsyn, med unntak av i taushetsbelagte opplysninger. Vurderingen er at etterlevelsen fungerer godt. I forbindelse med innføring av nytt sak-/arkivsystem blir det gitt opplæring/oppfrisking i både offentlighetsloven og RHF-ets rutiner for behandling av innsynsbegjæringer.

Omfang av eksterne innsynsbegjæringer øker, og krever i perioder mye ressurser.

5.3.4 Spesialisthelsetjenesteloven m.m.

Helse Nord RHF vurderer at «sørge for» -ansvaret er forsvarlig ivaretatt gjennom de tjenestene helseforetakene tilbyr sammen med de avtalene Helse Nord RHF har med private institusjoner og driftshjemler for private avtalespesialister. Det vises til styresak 119-2017.

Alle avtalene med private stiller krav om brukermedvirkning, kvalitetsarbeid, internkontroll etc., tilpasset avtalenes art.

5.3.5 Sikkerhetsloven

Alle foretak har iverksatt nødvendige tiltak for å håndtere sikkerhetsgradert informasjon. Helse Nord RHF har etablert en sikkerhetsorganisasjon etter kravene i loven, og blant annet iverksatt adgangskontroll i kontorlokalene.

5.3.6 Anskaffelsesregelverket

Helse Nord RHF har etter etableringen av Sykehusinnkjøp HF (se mer i punkt XX) beholdt ansvaret for kjøp av helsetjenester og pasientreiser, på linje med de øvrige regionene. Også avrop på rammeavtaler skjer lokalt. Helse Nord RHF har etablert kvalitetssikringsprosedyre som gjelder alle beslutningspunkt i anskaffelses og avropsprosesser, og mener virksomheten er forsvarlig innrettet for å være i samsvar med regelverket.

Arbeid med strategi for å ivareta miljøkrav settes i gang i 2018.

6. Regionale fellesfunksjoner

Helse Nord har flere strategiske oppgaver som er delegert til helseforetak, men som har et regionalt ansvar. Nedenfor listes de som vurderes å ha særlig oppmerksomhet i 2018:

Regional funksjon	Lokalisering
Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet	NLSH
Forvaltningssenter EPJ	UNN
Forvaltningssenter radiologi	UNN
Forvaltningssenter lab	UNN
Funksjonell forvaltning NCAF	NLSH
Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering	UNN
Regional systemenhet for lønn og HR	UNN
Regional enhet for e-læring	NLSH
Regionalt forskningssekretariat (usikker på om dette er rett navn)	UNN
Regionalt sekretariat for forskningsmidler	UNN

Tabell 11 Regionale funksjoner

Nasjonal funksjon - med regionale oppgaver	Lokalisering
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)	UNN
Nasjonalt senter for e-helseforskning	UNN

Tabell 12 Nasjonal funksjon med regionale oppgaver

Regionale behandlingstjenester	Lokalisering
RSS - regionalt senter for spiseforstyrrelser - barn og unge	UNN
PIT (psykiatrisk innsatsteam)	NLSH
Regional behandling for OCD (tvangslidelser) for voksne	UNN
Regional behandling for OCD (tvangslidelser) for barn og unge	UNN
Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO)	NLSH
Regionalt senter for spiseforstyrrelser (RESSP), voksne	NLSH
Regionalt senter for spiseforstyrrelser, barn og unge	UNN

Tabell 13 Regional behandlingstjenester

Regionale kompetansetjenester	Lokalisering
Kompetansesenter for arvelig kreft (KAK)	UNN
Kompetansesenter for diagnostisk fysikk	UNN
Kompetansesenter i smittevern for Helse Nord (KORSN)	UNN
Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling (Lindring i Nord)	UNN
Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet	NLSH
Kompetansesenter for arbeid og psykisk helse	NLSH

Tabell 14 Regionale kompetansetjenester (som vil komme inn under de nye retningslinjene)⁸

⁸ <http://intranett.helse-nord.no/regionale-kompetansetjenester/category43640.html>

Andre kompetansesenter som er organisert utenfor det nye styringssystemet
Kompetansesenter rus, Nord-Norge (KoRus-Nord)
RELIS - Legemiddelinformasjon i Nord-Norge
RVTS Nord - Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
Regionsenter for døvblinde (døvblindesenteret)
Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO)

Tabell 15 Andre kompetansesenter som er organisert utenfor det nye styringssystemet

Utfordringen for regionale funksjoner er å holde et regionalt og overordnet perspektiv på sin aktivitet, og å være til like stor nytte for alle. Oppgaver på tvers av juridiske strukturer er krevende, og krever stor grad av samarbeid også på faglig/operativt nivå.

Etableringen av felles funksjonell forvaltning av kliniske, kvalitets (og administrative) IKT-systemer representerer en ny utfordring for foretaksgruppen. Forvaltning er i hovedsak lagt til UNN, og noen tjenester til NLSH. Nåsituasjonen er at Helse Nord RHF i noen tilfeller griper inn i saksbehandling i forvaltningsenhetene. Dette fordi ansvars- og beslutningslinjer ikke fullt ut er etablert. Arbeid for å avklare ansvarsforhold i grensesnittene mellom de ulike rollene er satt i gang. For 2018 bør det etableres eget kapittel i oppdragsdokument for utvalgte enheter.

7. Beredskap

Området reguleres av:

- Lov om helsemessig og sosial beredskap
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid

Status fremgår av tabell 12 nedenfor. Det er implisitt at mål for 2018 er fokusert mot områdene som er hhv. i «rød» og «gul» status.

Tiltak	Kommentar			
Oppdaterte planer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Overordnede beredskapsplaner i helseforetakene OK ➤ Underliggende spesialplaner i helseforetakene ikke ferdigstilt, masseskader ok ➤ Revisjon av regional beredskapsplan forsinket, utkast ventelig ved årsskiftet 2017/2018 ➤ Intern beredskapsplan HN RHF ok, men noen sjekklister på scenarier mangler ➤ Koordinering av planer med kommunene er noe mangelfull men følges opp ➤ Koordinering av planer med andre aktører (forsvar, sivilforsvar, frivillige o.a.) er mangelfull ➤ Samarbeid med bedrifter som omfattes av storulykkeforskriften er ok 	X	X	X
Øvelser	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Øvelse Barents Rescue i 2017 (NLSH og UNN) ➤ Finnmarkssykehuset deltok i NATO øvelse Joint Viking 2017 ➤ Alle helseforetak øver kontinuerlig, i hovedsak masseskade ➤ RHF deltar i NATO øvelse Trident Javellin i 2017 og Helse Nord i planlegging av nasjonal helseberedskapsøvelse 2018 ➤ Øvelser evalueres og læringspunkter følges godt opp 			X X X X X

Beredskapstiltak	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vedtatt å styrke beredskapen på Svalbard i 2017 – planlegging pågår ➤ Prosjekt Droner i beredskap – pågår ➤ Etablering av begrenset nett i RHF (ventelig ferdig i år) - kan utveksle gradert info ➤ Samarbeid med AVINOR om tilpasning av beredskap for luftambulansetjenesten 			X	X	X
Sivilt militært samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> ➤ RHF deltar i HODs planarbeid (SBS-sivilt beredskapssystem og nasjonal helseberedskapsplan) og i prosjekter under Helseberedskapsrådet ➤ Samarbeid under øvelser ➤ Deltar i årlig sivilt militært møte i nord 			X	X	X
Annet:						
Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å: - i samarbeid, og ved bruk av CBRNE-senteret, etablere beredskap for ambulansetransport og spesialisthelsetjenestens håndtering ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. - ved bruk av CBRNE-senteret, i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Forsvaret, utvikle nasjonale løsninger for medisinsk evakuering med fly og helikopter.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Helse Sør-Øst har koordinert arbeidet, og vi har deltatt. Det er foreslått løsning som er forankret hos fagdirektørene. 			X		
Implementere Helsedirektoratets <i>Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementert av helseforetakene 					X
Sikre at tiltakene knyttet til Riksrevisjonens rapport om beredskap innenfor IKT, vann og strøm blir fulgt opp.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Følges opp av RHF i styringssystemet, og i regionalt beredskapsutvalg og forum for teknisk ansvarlige i HF – i arbeid 			X		
Med bistand fra regional legemiddelkomite opprette og vedlikeholde lokale ROS-analyser for legemiddelberedskap og sikre tilstrekkelige	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Legemiddelkomite etablert med ROS-analyser mm er ikke gjennomført 	X				

beredskapslagre av legemidler herunder infusjonsvæsker. Regional legemiddelkomite skal i løpet av 2017 utarbeide retningslinjer for håndtering av mangelsituasjoner.				
--	--	--	--	--

Tabell 16 Status beredskap

Nordområdene

Tiltak	Kommentar			
Bidra i oppfølging av regjeringens nordområdestrategi	Deltar i følgende: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nordisk helseberedskapskonferanse – årlig ➤ Beredskap over grensene – Russland, Finland og Sverige - avtaler ➤ Barents helsesamarbeid - løpende ➤ Nordisk helsesamarbeid – løpende ➤ Sivilt militært møte i nord – årlig ➤ Bidrar i HODs arbeid med strategien ➤ Styrket beredskapen på Svalbard 			X
			X	

Tabell 17 Status nordområdene

Barents helsesamarbeid

Tiltak	Kommentar			
Legge til rette for godt samarbeid i Barentsregionen	Oppfølging: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bidratt i HODs arbeid med norsk russisk helsesamarbeidsprogram ➤ Deltar i HODs komite for tilskudd til samarbeidsprosjekter med Russland ➤ Medlem i HODs prosjektgruppe for norsk formannskap i barentssamarbeidet (2018) ➤ Medlem i Joint working group of health and social related issues (JWGHS) ➤ Ansvar for norsk helsetjenestes bidrag I planlegging og gjennomføring av øvelse Barents Rescue ➤ Samarbeidsavtaler med Murmansk og Arkhangelsk fylker 			X
				X
				X
				X
				X
				X
				X

Tabell 18 Status barents helsesamarbeid

8. Informasjonssikkerhet

Det vises til Riksrevisjonens rapporter, omtalt i styresak 157-2016/4, og sak 153-2016 om informasjonssikkerhet spesielt. Kort beskrevet har det skjedd en utvikling, men at nåsituasjonen med økt digitalisering av tjenestene våre, endringer i rammebetingelser som følge av nytt regelverk og et sammensatt risikobildet, gjør er at vi kommer til å ha utfordringer innenfor fagområdet informasjonssikkerhet i årene fremover.

Endringer i risikobildet tilsier at trusselmetodene er i rask utvikling, og at angrepene er mer avanserte og mer komplekse enn tidligere. Et utviklingstrekk er at interessen for pasientinformasjon er blitt større. Innsamling av slike data er et mål for både kriminelle og statssponsende aktører, og sykehus er potensielle mål for slik informasjonsinnsamling.

8.1 Handlingsplan for informasjonssikkerhet

Handlingsplan for informasjonssikkerhet er utarbeidet. Planen beskriver kortsiktige mål og konkrete tiltak/ aktiviteter som skal gjennomføres i 2017/2018 med tre fokusområder:

1. Revidere styringssystemet for informasjonssikkerhet
2. Ny personvernforordning fra EU
3. Sikkerhetskultur

Fokusområde	Kommentar			
Revidering av styringssystem for informasjonssikkerhet	Felles styringssystem forvaltes av Fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS).			X
	Styringssystemet beskriver aktiviteter for å veilede og styre Helse Nord når det gjelder informasjonssikkerhet.			
	<ul style="list-style-type: none">• Revidering av styringssystem for informasjonssikkerhet følger oppsatt plan.• Regionale sikkerhetskrav (nivå 1) beskriver sikkerhetsmål, sikkerhetsstrategier og ansvar. Behandlet i direktørmøte 11.10.			X
Ny personvernforordning fra EU (GDPR)	Alle EU- og EØS-land får nytt personvernregelverk som trer i kraft mai 2018.			
	Aktiviteter for å klargjøre organisasjonen til de endringer som skal inntreffe. Oppsatt plan følges, men med mindre forsinkelser.		X	
	<ul style="list-style-type: none">• Personvernombud er utpekt i 4 HF, og det er planlagt at dette skal etableres i alle HF		X	

	<ul style="list-style-type: none"> Arbeidet med å utarbeide retningslinjer som følge av endrede krav har mindre forsinkelser. 			
Sikkerhetskultur	<p>God sikkerhetskultur krever langsiktige og målrettede tiltak. Holdninger og opplæring vil bidra til bedre etterlevelse av kravene til informasjonssikkerhet</p> <ul style="list-style-type: none"> Obligatorisk e-læringskurs for informasjonssikkerhet som inngår i Helse Nord sin kompetanseplan er utarbeidet. Relevante artikler om informasjonssikkerhet skal publiseres på intranettet 		X	X

Tabell 19 Status fokusområder informasjonssikkerhet

Fagområdet er gjenstand for økt politisk fokus, og har stort behov for generell rådgivning. Det er tid- og ressurskrevende. Felles elektronisk pasientjournal forutsetter at Helse Nord har god kontroll på området.

8.2 Prosjektet helhetlig informasjonssikkerhet (HIS)

Prosjektet ble etablert i Helse Nord IKT i november 2016, se styresak 88-2017 i Helse Nord RHF. Formålet er å understøtte pasientsikkerhetsarbeidet gjennom å utvikle forsvarlig og tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Prosjektet har et omfang på ca. 108 mill. kroner, og forventes ferdigstilt ultimo 2019.

8.3 Oppfølging av Riksrevisjonens merknader

8.3.1 Status og videre planer for oppfølging av helseforetakenes styring og kontroll for tilgang til elektroniske pasientjournaler

Helse Nord RHF har styrket oppfølgingen av helseforetakene med en mer løpende rapportering på å lukke avvik i sykehusenes eget forbedringsarbeid. Alle helseforetakene har utarbeidet en forpliktende plan for å gjennomføre ROS⁹-analyser, som følges – med små forsinkelser.

Det vises til krav i HF-enes OD om at ROS, behandlet av foretakenes styre innen 1.6.17.

⁹ ROS: Risiko- og sårbarhetsanalyser

8.3.2 Status og videre planer for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser av helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet for medisinskteknisk utstyr (MTU)

Helseforetakene har tatt utgangspunkt i Norm for informasjonssikkerhet (Normen), «Veileder i personvern og informasjonssikkerhet – medisinsk utstyr». NLSH har gjort et grundig arbeid, og danner grunnlag for arbeidet i de øvrige HF.

Regionalt kurs for informasjonssikkerhet for medisinskteknisk personell basert på Normen er gjennomført. HN RHF har oppfordret til å gjøre obligatorisk for medisinskteknisk personell.

Inntrengingstest i IKT-systemene er gjennomført både i 2015 og 2016 og resultatene følges opp i styringslinjen til Helse Nord IKT og i helseforetakene. Medisinskteknisk utstyr er identifisert som vesentlig risikopunkt. Administrasjonen vil arbeide med å innlemme dette i styringssystemet for informasjonssikkerhet, herunder vurdere behov for endring av beslutningslinjer.

Det er besluttet å etablere et prosjekt i Helse Nord for å se på organisering og forholdet mellom IKT og MTU der foretakene sammen kan bygge videre på arbeidet som er utført i HSØ. Prosjektmandatet som er under utforming vil beskrive dette nærmere.

8.3.3 Leverandørtilganger

Internkontroll av fjerntilganger¹⁰ i Helse Nord IKT ble gjennomført i juni 2017. Området ansees å være forsvarlig ivaretatt.

8.3.4 Databehandleravtaler

Eksisterende avtalene skal oppdateres i 2018. Nye maler er under etablering.

9. Ytre miljø

Helse Nord RHF er sertifisert etter NS ISO 14001 Miljøstyringssystemer. Resertifisering etter ny standard ISO 14001:2015 ble gjort 19. september 2017 med følgende oppfølgingspunkt:

- Miljøaspekter. Indirekte miljøaspekter og aspektenes livsløpsperspektiv må vurderes
- Ledelsens gjennomgang. Gjennomgang og konklusjoner fra interne revisjoner må tas med i ledelsens gjennomgang ytre miljø
- Miljømål. Oppfølgingsansvar og tidsplan for oppfølging må defineres
- Interessentanalyse. Det må gjøres en ny vurdering for å få med alle aktuelle interessenter, samt at påvirkningsmulighetene til den enkelte interessent må vurderes på nytt
- Intern revisjon. Prosedyre for intern revisjon må endres

¹⁰ Tilgang til HN IKTs infrastruktur via portalløsning eller Citrix-klient.

- Kommunikasjonsplan. Det må lages en ny kommunikasjonsplan som tar med alle aktuelle krav/forventninger til interne og eksterne interessenter
- Samsvarsvurdering. Skjematikk må tilpasses foretakets påvirkning

CO₂-utslipp for til tjenestereiser er økt med ~14% fra 2015 til 2016. Samtidig er kostnadene redusert med ca 3 %. Analyse viser at omfattende prosjektarbeid er bakenforliggende årsak til økte utslipp. Lavere kostnader forklares med økning for de rimeligste strekningene, dvs. der det er konkurranse mellom flyselskap.

Helse Nord er en stor samfunnsaktør, og med hensyn til pasientperspektivet, miljøperspektivet og kostnadsperspektivet er det etablert planer for reduksjon av reisevirksomheten gjennom effektivisering av pasientreiser, reduksjon av tjenestereiser og økt bruk av Skype og videokonferanser.

For å få en kontinuerlig oppfølging av miljøarbeidet er det også etablert en miljøkoordinator samt utpekt miljøkontakter i avdelingene.

10. Innkjøpsområdet

10.1 Organisering

En stor del¹¹ av anskaffelsesvirksomheten i regionen overdratt til Sykehusinnkjøp HF f.o.m. 1. februar 2017. De overdratte ressursene er i første fase organisert i en egen divisjon, og skal betjene avgivende foretak på lik linje som tidligere.

Inneværende år har hatt størst fokus på å etablere gode samhandlingsprosesser og sikre et stabilt leveransenivå, mens fokuset på utvikling er nedprioritert.

10.2 Nåsituasjon

I oppdragsdokument 2017 er det stilt krav om at foretakene skal øke bruken av innkjøpssystemet slik at vi fra og med 1.1 2018 har full kontroll på alle vare- og tjenestekjøp i regionen. Kravet kommer ikke til å bli innfridd, og nå-situasjonen er at faktura for > 50% av alle anskaffelser går direkte til økonomisystemet. Dette gjør at vi:

- Har mangelfull oversikt over detaljer i egne anskaffelser
- Har mangelfull oversikt over avtalelojalitet
- Sannsynligvis går glipp av muligheten til å redusere kostnadene

Årsak til mangelfull måloppnåelse vurderer å være:

- Utviklingene av funksjonalitet i innkjøpssystemet tatt lengre tid enn forventet.
- Svært forskjellig fokus innad i helseforetakene

¹¹ 11 ansatte + 2 ledige stillingshjemler

Arbeidet med å øke profesjonaliteten innenfor innkjøpsområdet må styrkes. Oppdatert strategi for innkjøpsområdet legges frem for styrebehandling i februar 2018.

For å lykkes med implementering av strategien er det behov for at:

1. Strategien er forankret fra topp til bunn i helseforetakene.
2. Alle anskaffelser gjennomføres i henhold til gjeldende regelverk og interne rutiner, og at kontrakter etterleves.
3. Foretakene frigjør ressurser til gjennomføring gjennom å:
 - Forankre strategien i hele organisasjonen
 - Utarbeide konkret handlingsplan med kvantifiserbare mål, klare frister og definert ressursbehov
 - Utnytte kompetanse på tvers av avdelinger og foretak
 - Forenkle og effektivisere saksbehandling
 - Legge til rette for å benytte eksterne ressurser ved behov
 - Innføre digitale anskaffelsesprosesser
 - Regelmessig rapportering på målbare KPI-er,

10.3 Innkjøps samarbeidet mellom foretak

Alle anskaffelsesplaner og behov skal meldes inn til Sykeshusinnkjøp HF som vil etablere en samlet oversikt over behovet både internt i regionen og mellom regioner. Dette gir en bedre mulighet for å samordne prosesser der det åpenbart er felles interesser.

I 2017 har vi flere eksempler på at samarbeid mellom foretak/regioner gir vesentlige besparelser. Anskaffelse av EKG-utstyr, forsikringstjenester og annonsetjenester er 3 eksempler. Anskaffelse av prøvetakingsutstyr i samarbeid med divisjon Midt Norge er et annet eksempel.

Etableringen av kategoristruktur med involvering fra klinisk personell, og oppfølging av anskaffelsesplaner må få sterkere fokus.

11. Økonomiforvaltningen

Overordnet vurdering er at:

- De økonomiske resultatene siste fem år har vært i overkant av prognose og langsiktig plan. Dette skyldes godt internt forbedringsarbeid.
- Investeringstakten er høy, og likviditeten kommer til å være flaskehals i perioden 2019/2020. Igangsatte investeringer må styres godt, og nye prosjekt må eventuelt utsettes dersom forutsetningene i langsiktig plan endres.

- Nord-Norge har en lavere andel av befolkningsøkningen enn resten av landet. Dette taler for at Helse Nord må forberede seg på mer krevende rammebetingelser fremover.

Diskusjon om inntektsfordelingsmodellen for somatikk har ført til beslutning om at revisjon av den prehospitalt delen utsettes, til fordel for revisjon av somatikkmodellen. Arbeidet skal ferdigstilles innen mai 2018, og vil kreve godt samarbeid mellom foretakene.

Revisor har pekt på 3 områder som har behov for forbedring, disse følges opp internt.

12. Eksterne tilsyn og interne revisjoner

På flere områder i tabellen under er tiltakene av langsiktig karakter. Ett eksempel tiltakene for å lukke avvikene rundt IKT/beredskap, som fremdeles pågår.

Intern / Ekstern	Gjenno mført år:	Beskrivelse:	Myndighet/organ:	Revidert enhet/organ:	Ansvarlig for oppfølging:	Status:	Status oppdatert dato:	Kommentar
Ekstern	2013	Styring av effektivitet i sykehus	Riksrevisjonen	Alle HF	Eierdirektør	Lukket	14.11.2017	Oppfølging i AIM-prosjektet
Ekstern	2014	Styring av pleieressursene	Riksrevisjonen	Alle HF	Eierdirektør	Under arbeid	14.11.2017	
Ekstern	2014	Arbeidsmiljøarbeid i norske sykehus - rapp. 2016	Arbeidstilsynet	FIN - Hammerfest	Eierdirektør	Lukket	14.11.2017	A-tils. Lukket oktober 2015
Ekstern	2015	Styring og kontroll for tilgang til EPJ	Riksrevisjonen	Alle HF	Eierdirektør	Under arbeid	14.11.2017	Se eget brev
Ekstern	2015	Ivaretagelse av info-sikkerhet for MTU	Riksrevisjonen	Alle HF	Eierdirektør	Under arbeid	14.11.2017	Prosjekt helh. Info.sikkerhet + Kommende mandat MTU/IKT
Ekstern	2015	Beredskap, IKT, vann, strøm	Riksrevisjonen	Alle HF	Eierdirektør	Under arbeid	14.11.2017	
Ekstern	2015	Forvaltningsrevisjon om bruk av billeddiagnostikk	Riksrevisjonen		Fagdirektør	Åpen	27.11.2017	ePhorte 2015/729
Intern	2015	Oppfølging av vedtatte fagplaner	Internrevisjon	HF	Fagdirektør	Lukket		Se sak 20-2017-3
Ekstern	2016	Håndtering av uønskede hendelser	Riksrevisjonen	Alle HF	Fagdirektør	Under arbeid	14.11.2017	
Intern	2016	Samstemning av legemiddellister	Internrevisjon	4 HF	Fagdirektør	Under arbeid		Styrebeh. 2016
Intern	2016	2. gangs oppfølging av bilambulansestasjonen	Internrevisjon		Fagdirektør	Lukket		Styrebeh. 2016
Intern	2016	Vedlikehold og utvikling av kompetanse	Internrevisjon	HF	Eierdirektør	Lukket		Se sak 20-2017-4
Ekstern	2016	Miljøsertifisering	Det norske Veritas	HN RHF	Stabsdirektør	Lukket	27.11.2017	Sertifikat utstedt
Intern	2016	Tvungen psykisk helsevern i Nordlandssykehuset	Internrevisjon	NLSH	Fagdirektør	Lukket	14.11.2017	
Ekstern	2017	Regnskapsrevisjon	DeLoitte	Alle HF	Økonomidirektør	Åpen	10.10.2017	Årlig revisjon
Ekstern	2017	Miljøsertifisering	Det norske Veritas	Helse Nord	Stabsdirektør	Under arbeid	10.11.2017	
Ekstern	2017	Håndtering av bierverv	Riksrevisjonen	Alle HF	Eierdirektør	Åpen	14.11.2017	ePhorte 2016/402
Ekstern	2017	Kontroll av medisinsk kodepraksis	Riksrevisjonen	Alle HF	Kvalitets- og forskningsdirektør	Lukket	14.11.2017	Se dir.møte 9.11.2017. Forelagt styret 30.08.17 (sak 90/2017)
Intern	2017	Risikostyring i Helse Nord	Internrevisjon	RHF, HF	Eierdirektør	Under arbeid	14.11.2017	Høsten 2018
Intern	2017	Henvvisninger og ventetid	Internrevisjon	HF	Kvalitets- og forskningsdirektør	Under arbeid		Styresak vår 2018
20	20	20	20	18	20	20	15	15

Tabell 20 Oversikt over interne/eksterne tilsyn og revisjoner

12.1 Helsetilsynet

Samarbeidet med Helsetilsynet er godt. Tilbakemelding fra Helsetilsynet er at det i 2017 har vært god fremgang rundt overholdelse av svarfrist. Det er gjennomført et landsomfattende tilsyn rundt sepsis (blodforgiftning), med gode resultater for alle foretak i regionen.

13.Kvalitet

13.1 Kvalitetsstyringssystem

Alle dokumenter som inngår i internkontrollsystemet, skal være under kontroll. Helse Nord benytter Docmap og Compendia som systemer for dokumentstyring (ref. PR30376).

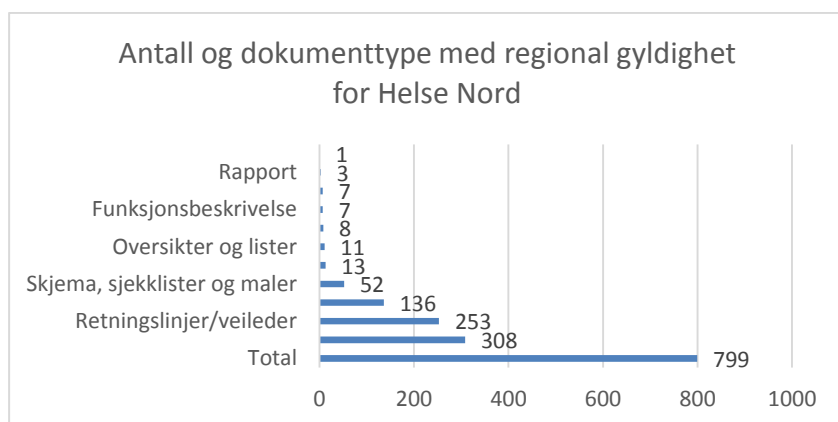
HN har utfordringer med felles kvalitetsstyringssystem (Docmap), både innenfor:

- Den elektroniske løsningen
- Organisering av arbeidet med styringsdokumenter/ retningslinjer/prosedyrer og hendelser/avvik.

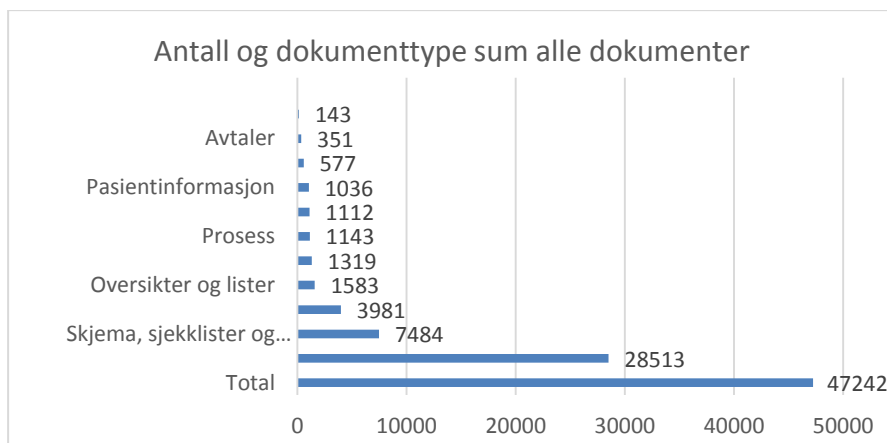
Forprosjekt med mål om å bidra til forbedring av begge områder pågår. Dette er et strategisk viktig arbeid, som forventes å ta tid.

13.1.1 Dokumentstyring, rutiner og prosedyrer i Docmap

Nær 800 dokumenter i Docmap har regional gyldighet. HN RHF har ansvar for mange av dem, men flere er delegert til fagpersoner i foretakene. 78 dokumenter i HN har overskredet frist for revisjon, dvs. ca. 10%.



For hele foretaksgruppen er det i overkant av 47 000 gyldige dokumenter i Docmap, hvorav 4359 dokumenter med overskredet frist for revisjon pr. november 2017. Det er usikkerhet om det er overlapp i telling av dokumenter i dokumentsamlinger.



Figur 4 Antall og dokumenttype sum alle dokumenter. Kilde: Docmap

Det pågår en ryddeprosess i helseforetakene og i Helse Nord RHF. Dette ansees ikke som tilstrekkelig for å oppnå et godt nok system for fremtiden.

13.1.2 Uønskede hendelser og avvik

For perioden 1. januar–26. oktober 2017 er det registrert 20 hendelser og forbedringsforslag i avviksmoduleen der angitt ansvarlig enhet er Helse Nord RHF.

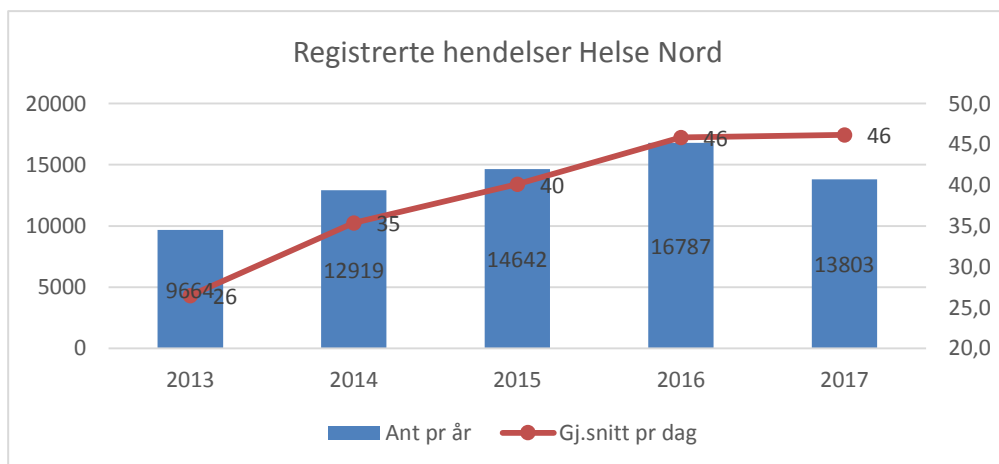
10 registrerte hendelser vurderes å være feilregistreringer. Det aktuelle antallet hendelser for Helse Nord RHF i perioden vurderes å være ~10, samme nivå som i 2016..

Registrerte hendelser for Helse Nord RHF fordeler seg på ulike hendelsestyper og gir isolert sett ikke godt nok grunnlag for å vurdere systemets effektivitet og virkemåte.

Uønskede hendelser og avvik for hele foretaksgruppen (HN)

I perioden 1. januar – 26. oktober 2017 er det registrert 13.803 hendelser, som tilsvarer en årstakt på ~16.565.

Sammenliknet med 2013 viser bildet en synlig endring av registrerte hendelser per dag viser en endring fra 26 til ca. 46 pr dag.



Figur 5 Registrerte hendelser Helse Nord. Kilde: Docmap

I januar 2017 ble nytt nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser innført. Dette vil på sikt gi bedre grunnlag for analyse av hendelser i foretaksgruppen.

- Alvorlige hendelser er fast post på regionalt fagsjefsmøte, for diskusjon og læring.
- KTV/KVO har bedt om å bli orientert om *systemene i foretakene* for hvordan varsler etter §3.3.a og meldinger etter §3.3. i spesialisthelsetjenesten følges opp. En kartlegging av dette i hvert foretak er iverksatt. Samlet orientering til de konserntillitsvalgte/konsernverneombud planlegges i januar/februar 2018. Oppfølging av forhold som framkommer i kartleggingen blir vurdert.
- Helse Nord har støttet initiativet om å etablere én felles meldeordning, ref. Helsedirektoratets rapport: «*Én vei inn - Forslag til felles meldesystem, meldeordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten*». Helse Nord bidrar til arbeidet med å pilotere ordningen. Piloten vil etableres i to foretak i Helse Sør-Øst.

13.2 Kvalitetsstrategi

Sammen med helseforetakene skal Helse Nord RHF arbeide fram konkrete handlingsplaner for å gjennomføre forbedringstiltakene vedtatt i HNs regionale kvalitetsstrategi 2016–2020.

Gjeldende kvalitetsstrategi ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF 16. desember 2015.

De fire satsningsområdene er:

1. Pasientens helsetjeneste
2. Pasientsikkerhet
3. Kunnskapsforankring
4. Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis

Aktiviteten i 2017 har vært fokusert rundt:

- Samstemming av legemiddellister
- Kvalitetssystem
- Klinisk fagrevisjon
- Pasienterfaringsundersøkelser (PREM)
- Reg. variasjonsprosjekt og nasjonal arbeidsgruppe for indikator og metodeutvikling (AIM)
- Automatisert journalundersøkelse (ASJ)
- Forbedringsagentutdanning
- Kvalitetsmidler, "såkorn"
- Pasientsikkerhetsprogrammet

13.2.1 Samstemming av legemiddellister

Regionalt prosjekt for å sikre felles regional metode for samstemming av legemiddellister, og rapportering av antall samstemte lister, startet 01.09.17. Prosjektet omhandler gjennomgang av legemiddelmodulen i Dips, og felles metode for registrering av legemiddelallergi og annen kritisk informasjon.

13.2.2 Klinisk fagrevisjon

HN har utarbeidet retningslinjer for kliniske fagrevisjoner (se styresak 61-2017). Første kliniske fagrevisjon er gjennomført innen NSTEMI (hyppigste form for hjerteinfarkt), og revisjon for kjemoterapi etter tykktarmskreft er iverksatt. Dette er viktige milepæler i kvalitetsstrategien, og tilbakemeldingene fra fagmiljøene er positive.

I 2018 vil ytterligere 1-3 kliniske fagrevisjoner gjennomføres. HN skal på oppdrag fra HOD lede arbeidet med et nasjonalt nettverk for kliniske fagrevisjoner. Dette starter høsten 2017.

13.2.3 Pasienterfaringsundersøkelser (PREM)

Regional løsning for selvbetjenings for inn-/utsjekk innføres i 2018, løsning for registrering av tilbakemelding fra pasient vurderes inkludert i samme system.

13.2.4 Regionalt variasjonsprosjekt og nasjonal arbeidsgruppe for indikator og metodeutvikling (AIM)

Spesialisthelsetjenesten har godt grunnlag for å mene at helsetjenesten har en betydelig grad av uønsket variasjon i. Rapport fra arbeidet i AIM ble levert HOD 27.10.17.

I 2018 får Helse Nord oppgaven med å lede den nasjonale gruppen. Arbeidet både nasjonalt og regionalt vil dreie mer mot kvalitetssikring av indikatorene som allerede er innført, og forbedringsarbeidet i foretakene.

I 2018 knyttes arbeidet tettere opp mot arbeidet i datavarehuset, Helse Nord LIS, og til samarbeidet med SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering).

13.2.5 Automatisert journalundersøkelse (ASJ)

Den elektroniske GTT¹²-portalen er operativ og klar til bruk for alle HF i regionen. Alle GTT-team har fått tilbud om opplæring. Målet er at foretakene i 2018 tar i bruk funksjonalitet ut over det automatiske uttrekket til påkrevet GTT-granskning og bruker dette i forbedringsarbeidet for å redusere antall uønskede hendelser.

13.2.6 Forbedringsagentutdanning

Prosjektet "*Modulbasert opplæringsprogram i kontinuerlig kvalitetsforbedring, Helse Nord*" ble avsluttet 01.08.17. Det er levert et samlingsbasert opplæringsprogram der innhold kan hentes fra de 5 modulene "Introduksjon", "Ledelse av kvalitetsforbedring", "Verktøy", "Prosesskartlegging/prosessforbedring" og "Målinger". Høsten 2018 vil det bli vurdert om det er behov for ytterligere tiltak for å ta disse læringsmodulene i bruk.

13.2.7 Søkbare kvalitetsmidler, «såkorn»

Små, men viktige kvalitetsprosjekter starter på grunnplanet i klinikken og bidrar til kvalitetsforbedring nær pasienten. Disse trenger ofte ikke så mye midler, men faller ikke inn under noen av de andre mulighetene for å søke finansiering. Som en pilot er midler lyst ut i 2017. Dette ble godt mottatt. Eventuell videreføring vurderes i 2018.

¹² GTT: Global TriggerTool – Indikator for uønskede hendelser

13.2.8 Pasientsikkerhet

Femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet avsluttes ved utgangen av 2018. Det finnes 16 tiltakspakker hvorav 14 er aktuelle for spesialisthelsetjenesten. Foretakene har i stor grad innført tiltakspakker på aktuelle enheter og jobber med å ta flere i bruk. Regional enhet for kvalitet og klinisk pasientsikkerhet styrkes i 2018, med mål om å følge opp at arbeidet med tiltakspakkene fortsetter med uforminsket kraft.

14. IKT

14.1 Overordnet

Helse Nord IKT er skilt ut som eget helseforetak f.o.m. 1. januar 2017. Begrunnelsen er behovet for å rendyrke ansvarsforhold og styringsstrukturen for enheten.

Porteføljen i Helse Nord IKT er omfangsrik og legger beslag på større deler av investeringsporteføljen sammen med FIKS/FRESK-programmet. Det er god kontroll på porteføljen med kun et begrenset antall prosjekter som rapportere om forsinkelser

Ansvar for realisering av nytteverdien av gjennomførte investeringer ligger hos HF-ene. HN RHF må gjennom eierstyringen verifiseres at det legges robuste planer for dette lokalt.

Vi går mot mer nasjonal standardisering. Dette krever nye styringsstrukturer, og langt større grad av samordning mellom regioner enn det vi tidligere har hatt.

14.2 Felles Innføring av kliniske system (FIKS/FRESK)

Det vises til styresak 151-2016 og 57-2017 for hhv beslutning om videreføring av DIPS Arena og gjennomføring av Elektronisk medikasjon og kurve (EK). Hovedtrekkene er:

- Sammenslåing av databaser for EPJ, laboratorie og røntgen gjennomført i henhold til plan, totale kostnader ca. 15% lavere enn budsjett.
- Standardiseringshåndbok for bruk og forvaltning av DIPS EPJ er levert.
- Funksjonell forvaltning for kliniske system er etablert. Arbeidet med pasientforløp er forsinket på grunn av forsinket leveranse hos leverandør. HN har sammen med de øvrige brukere av DIPS, hatt tett kontakt med leverandøren om ferdigstillelsen av kontraktsfestet funksjonalitet.
- Forprosjektet med EK er avsluttet. Akseptansetest er ikke godkjent, og arbeidet med å utbedre svakheter i løsningen pågår.
- Strukturert journal, beslutningstøtte og elektronisk medikasjon og kurve, blir en viktig del av grunnmuren i arbeidet med økt pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Prioriteringer 2018

- Etablere robuste strukturer for å opprettholde etablerte standarder, sikre god opplæring hos brukere, og å drive forbedringsarbeidet fremover. Se eget avsnitt om felles regionale enheter/oppgaver.
- God dialog med foretakene for å sikre realisering av nytteverdien av FIKS
- Samstemme planlagt aktivitet i foretakene med behovet for ressurser til opplæring og innføring i FRESK-programmet.
- Regionalt og interregionalt samarbeid for videre arbeid med strukturert journal og arketyper

14.3 Nasjonalt samarbeid om DIPS Arena

Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst har alle same pasientjournalssystem: DIPS. Langsiktig mål bilde er et felles samordnet EPJ for de tre regionene, som grunnlag for god samhandling med øvrige aktører i helsetjenesten i tråd med målsettingene i «Én innbygger – én journal». Uavhengig av strategi fram mot det overordnede målbildet for «Én innbygger – én journal», vil de tre regionene bidra aktivt til å sikre god integrasjon mellom EPJ-system i spesialisthelsetjenesten og EPJ-systemene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette for å sikre at pasientinformasjon følger pasientforløpet og dermed sørge for god kvalitet i pasientbehandlingen og god pasientsikkerhet.

En overordnet vurdering av *gjennomføringsrisiko* tilsier at det er grunn til å anta at større løft innenfor EPJ/PAS-området er lettere å gjennomføre i regionale prosjekter enn som prosjekter på tvers av de tre regionene. Dette gjelder både ved en modernisering av dagens løsninger i regionene, og ikke minst dersom det skal gjennomføres omfattende anskaffelsesprosjekter etter mønster fra Helseplattformen i Helse Midt. Deling av journaldokumenter på tvers av virksomheter og systemer er et grep som vil sørge for at pasientinformasjon kan følge pasienten på tvers av regionene. De tre RHF-ene vil sammen ta initiativ til implementering av slik deling basert på *internasjonale* standarder.

Avgjørende for de tre RHF-ene er at DIPS AS lykkes med å ferdigstille DIPS Arena. Gjeldende planer viser at pilotering av DIPS Arena kan starte ultimo 2018. Arena gir omfattende forbedringer og ny funksjonalitet for EPJ, bl. a. støtte for strukturert journal. Fremover er det også viktig at DIPS AS som leverandør har tilstrekkelige ressurser til å understøtte både spesialisthelsetjenestens behov og understøtte mer effektiv elektronisk samhandling/ informasjonsdeling med avtalespesialister, kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger.

14.3.1 Prioriteringer 2018

Realisere målsetting i «Felles plan» for samarbeid mellom de tre RHF som bruker DIPS.

Dette gjelder:

1. Felles koordinert oppfølging av DIPS
2. Redusert variasjon i konfigurering av DIPS Arena for mer effektiv forvaltning av løsningen,
3. Redusert variasjon i krav for å forenkle produktutviklingen og forbedre brukeropplevelsen,
4. Arbeidsfordeling av testing og pilotering for å redusere arbeidsinnsats, felles grensesnitt der det er relevant for å redusere utviklingsbehov og risiko for feil
5. Overordnet koordinering av planer for innføring av nye versjoner av DIPS Arena.

Gjennom samarbeid vil én av regionene, i forståelse med de andre regionene, prøve ut og etablere løsningen gjennom en smidig tilnærming. Dette danner grunnlag for utrulling i de øvrige regioner og påfølgende koordinert forbedringsarbeid. Gjennomføringen vil i stor grad skje *innenfor* og *mellom* de regionale programmene som har ansvaret for regional gjennomføring av tiltakene.

14.4 Nasjonal samordning av IKT

Arbeidet med en innbygger – en journal (EIEJ) foregår med uforminsket kraft. Fokuset er å etablere felles løsning for kommunal sektor. Ambisjonene rundt felles system for hele helsesektoren virker å være mer nedtonet. Helse Nord mener dette er en nødvendig korreksjon, der de nasjonale planene i større grad tar inn over seg behovet for å gjennomføre de regionale EPJ/PAS programmene.

Behovet for tettere integrasjon mellom aktørene i sektoren vil øke, og berede grunn for en tettere grad av samhandling mellom aktørene i sektoren. Lojalitet til nasjonale standarder vil i fremtiden øke.

HN RHF har etablert arkitekturstyring som skal sikre at den regionale IKT utviklingen er i samsvar med de nasjonale standarder.

15. Samhandling

Samhandlingsfeltet hatt begrenset oppmerksomhet de siste årene, både i Helse Nord RHF, i helseforetakene og i kommunene. Det er ikke ensbetydende med at utfordringene er borte. Helse Nord RHF har derfor i løpet av andre halvår 2017 intensivert arbeidet gjennom flere tiltak:

- Etablering av et fast møte mellom samhandlingslederne i helseforetakene og samhandlingsansvarlig i Helse Nord RHF
- Videreført arbeidet i samhandlingsutvalget med fastleger, med større intensitet
- Reetablert samarbeidsutvalget med KS, og tatt ansvar for sekretariat og ledelse i dette organet

- Videreutviklet samhandlingsbarometeret gjennom oppdateringer og flere variabler
- Arrangert en konferanse om videreutvikling av meldingsformidling med fastleger, samhandlingsledere og IKT-personell; særlig fokus på dialogfunksjonalitet mellom fastleger og sykehus. Antatt implementeringsstart i løpet av 2018
- Videreført igangsatt arbeid med å utforme en eldrehelseplan for spesialisthelsetjenesten (antatt ferdig på nyåret 2018)
- Gjort omfattende og spesifiserte analyser av den demografiske utvikling i helseforetak, lokalsykehus og kommuner for perioden fram til 2040.
- I regi av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) kartlagt samhandlingserfaringer i forhold til fastleger og avvikshåndtering
- Tatt initiativ til en felles kartlegging – i regi av de enkelte helseforetak/OSOer - kommuners og helseforetaks kapasitet til å håndtere de demografiske utfordringer i tiden fremover.
- Bestilt prosjekt i regi av NSDM for å kartlegge aldersbetinget og forventet avgang av fastleger i Nord-Norge de nærmeste årene: analyser gjøres på helseforetaks-, lokalsykehus- og kommunenivå.

Prosessene over er initiert i regi av Helse Nord RHF alene eller i samarbeid med samhandlingslederne i helseforetakene. I tillegg foregår betydelig aktivitet i regi av OSO¹³-ene i de enkelte helseforetak. Sammenlignet med den aktivitet og de tiltak som ble initiert i samhandlingsreformens første år, er det imidlertid relativt avdempet aktivitet på samhandlingsfeltet.

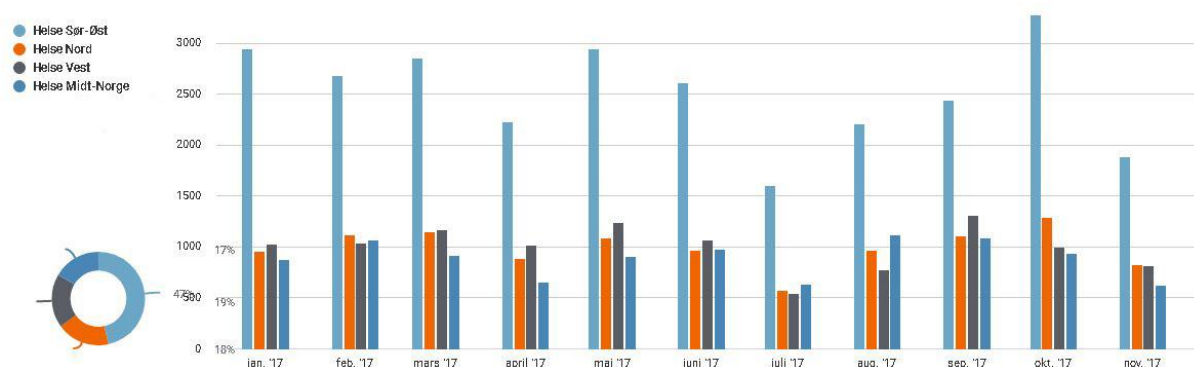
Siden samhandlingsfeltet overskrider forvaltningsnivåer, er det ikke mulig å utløse omforente handlinger gjennom instruksjon i én av linjene. Feltet er avhengig av at ledere- på flere nivåer og i begge systemer – engasjerer seg både på strategisk og operativt nivå. Dette dreier seg om mobilisering av ansatte i eget system, aktiv deltagelse på felles arenaer, og om utvikling og internalisering av en kultur for samhandling. Disse forutsetninger er i begrenset grad til stede, med den konsekvens at samhandlingslederne både har for liten overordnet lederstøtte og for svak forankring i de kliniske miljøer. Det gjør det ikke enklere at kommunesektoren er innbyrdes svakt organisert i møte med helseforetakene, og at det store antall småkommuner i Nord-Norge forsterker kompetansekløften og mangel på likeverd.

Dersom helseforetakene og kommunene samlet skal kunne takle de store demografiske utfordringene kommer, er det avgjørende at samarbeidsflatene intensiveres over en større flate og flere felles tiltak. *I regional utviklingsplan 2035* må disse problemstillingene settes tungt på dagsorden og gis prioritet på tiltakssiden. Dette er nødvendig for at kommunene – gjennom innbyrdes samarbeid og støtte fra helseforetakene - skal bli i stand til å løse sine primær oppgaver, men kanskje enda viktigere for helseforetakenes evne og kapasitet til å håndtere sitt oppdrag i en stadig mer faglig spesialisert og høyteknologisk medisinsk utvikling.

¹³ OSO – Områdespesifikke samarbeidsorgan mellom kommuner og helseforetak

16. Mediebildet

Helse Nord har et høyt antall medieoppslag.



Figur 6 Antall medieoppslag januar–oktober 2017. Medieoppslag hvor «Helse Nord» er med i teksten (tilsvarende for sammenliknende regioner).

Helse Nord RHF har flere saker som over tid har preget mediebildet, PCI, Klinikk Alta og Helgelandssykehuset 2025 er blant sakene som har hatt størst oppmerksomhet. Det er god forståelse blant ledere og rådgivere i Helse Nord RHF om å håndtere mediehenndelser profesjonelt og raskt. «Streaming» av styremøter har fått gode tilbakemeldinger.

17. Regional utviklingsplan 2035

Arbeidet med *Regional Utviklingsplan 2035*, som skal styrebehandles desember 2018, er startet. Planen skal gi retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord for de kommende 18 år og være del av grunnlaget for neste versjon av Nasjonal helse- og sykehusplan. Den regionale utviklingsplanen kommer etter at de fleste av helseforetakene har laget første versjon av sine planer. Den regionale planen må ta opp i seg vesentlige elementer av de foretaksvise planer. Strategier og tiltak i den regionale planen må ha god forankring i helseforetaksgruppen samlet. Sentrale tema som vil inngå i planen er:

- Behov for helsetjenester ut fra demografi, sykkelighet, utvikling i tilbud
- På hvilken måte behovet for helsetjenester skal ivaretas – kapasitet, kompetanse
- Beskrive de muligheter digitalisering gir og hvordan forberede organisasjonen
- Hvor skal hvilke tjenester ytes – basis lokalsykehus, et bredere tilbud ved NLSH og universitetsklinikkenes rolle
- Utviklingen i antall eldre og hvilke krav det vil sette til helsetjenesten
- Samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Forskning og utdanning
- Avveie forholdet mellom investering og drift
- Lederskap og medarbeiderskap
- Utvikling av bygningsmasse som sikrer regional oppslutning

18. Virksomhetsstyring

Internrevisjonen har gjennomgått Helse Nord RHF's ivaretagelse og oppfølging av risikostyringen i foretaksgruppen, «*Internrevisjonsrapport 01/2017 – Risikostyring i Helse Nord*».

Internrevisjonens konkluderte med: «*Gjennom vedtak av regionale retningslinjer og definering av styringsmål til årlig oppfølging har Helse Nord RHF etablert et godt fundament for risikostyring i samsvar med kravene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er imidlertid svakheter og stor variasjon i hvordan retningslinjene etterleves i foretaksgruppen, og risikostyringen kan dermed ikke sies å foregå på en slik måte at risikoen for manglende måloppnåelse er innenfor akseptert nivå.*»

Forbedringspotensialer er avdekket og vil følges opp i 2018.

For å styrke oppfølging, prioritering og gjennomføringsevnen, er ny modell for oppfølging av den viktigste porteføljen av regionale prosjekt under etablering. Porteføljestyret består av store deler av ledergruppen i HN RHF, samt adm. direktører i alle HF. Det er under innføring felles prosjektmetodikk, og en konseptutredning for arbeidsform, kompetanse og prioritering legges frem ved årsskifte 2017/2018. Dette må sees i sammenheng med:

- Regional utviklingsplan 2035 og etablering av felles målbilde på 3-4 års horisont
- Samling om de viktigste mål og tiltak
- Løpende oppfølging av kvalitetsparametere, herunder «Variasjonsprosjektet»
- Øvrig virksomhetsstyring

19. Hovedutfordringer 2018

Basert på rapporterte data om kvalitet i pasientbehandlingen, vurderes hovedområde pasientbehandling til å være under kontroll, se styresak 119-2017. Systematikken i tiltakspakkene og læringsnettverkene i Pasientsikkerhetsprogrammet har vært en viktig medvirkende årsak til forbedringene som er oppnådd, og er ventet å fortsette.

Basert på Ledelsens gjennomgang for 2017, vurderer adm. direktør at de viktigste områdene for oppfølging i 2018 er arbeidet med:

1. Å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell. Herunder styrke organisasjonen og klargjøre rollene rundt utdanningsfeltet, arbeidet med lederutviklingen og fremskriving av fremtidige behov. Arbeidet med å gjøre Helse Nord til en attraktiv arbeidsplass med lavt sykefravær, heltidskultur, åpenhetskultur og «en lærende organisasjon» likeså. Samarbeidet med utdannings-organisasjonene må styrkes, og vi må sikre at utdanningsoppgavene for Leger i Spesialisering (LIS) kommer etableres i henhold til plan. Foretaksgruppen har de siste 4 årene hatt en økning på > 700

årsverk (~5%), uten tilsvarende reduksjon i innleie. Dette er en ikke bærekraftig utvikling både mht kostnader og tilgang på arbeidskraft. Det må derfor identifiseres foretaksvis mål for bemanningsutvikling, og hvilke tiltak som fører til mål.

2. Å sikre økonomisk kontroll slik at ambisjonene i langsiktig investeringsplan opprettholdes. Omstillingstiltakene i helseforetakene må følges opp, og regionen må få en systematisk oppfølging av at identifiserte nytteeffekter av investeringer, faktisk realiseres. Innføring av porteføljestyling vil styrke evnen til prioritering og oppfølging. Lønnsomme investeringer, f.eks. i teknologi, må prioriteres – og foretaksgruppen må i forbindelse med regional utviklingsplan etablere konkrete mål innenfor dette området. Arbeidet med profesjonalisering av innkjøp representerer et stort potensiale for bedre ressursutnyttelse og lavere kostnader. Dersom økonomiske resultat ikke innfris i tråd med plan, må planlagte investeringer utsettes.
3. Å få opp forskningsaktiviteten i alle foretakene – både for å fremme kunnskapsutvikling, men også for å bygge opp en kultur for kunnskapsbasert praksis. Forskere i regionen må i større grad orientere seg mot andre finansieringskilder, inkludert de virkelig store (som EU, Forskningsrådet). Foretakene må også selv bruke mer av sin basisbevilgning til forskning. Det er for tidlig å vurdere effekten av satsingen på innovasjon etter bare ett år.
4. Å ivareta *Den gylne regel*: Pr. utgangen av 2. tertial innfrir Helse Nord styringsbudskapet fra HOD om at det skal være høyere vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Satsing på fagplaner, kortere ventetider og andre kvalitetsfremmende tiltak innenfor somatikk, gjør at hensynet til den gylne regel må ha egen oppfølging.
5. Å lykkes med innovasjon og nytenking i regional utviklingsplan. Demografiske fremskrivninger vitner om at Nord-Norge får særlig store utfordringer i årene fremover. Aldrende befolkning, sentralisering av bosettingsmønster, særlig at andel yrkesaktive og pensjonister i utkantstrøk blir stadig lavere, taler for at det blir et stort behov for å tenke nytt om hvor og hvordan spesialisthelsetjenestene leveres. Regional utviklingsplan 2035 må peke en tydelig retning på konkrete tiltak i neste 4-års periode. Arbeidet med samhandling med kommunene må styrkes vesentlig, og vi må finne gode piloter for å utforske nye løsninger.
6. Å sikre kontroll på IKT, beredskap og informasjonssikkerhet. Vår egen regionalisering av kliniske IKT-system fordrer ny samhandling regionalt – samtidig som nasjonale føringer gjør at vi skal forberede oss på ytterligere endringer. Dette byr på utfordringer både faglig, teknisk, økonomisk og menneskelig. Utviklingen byr også på nye muligheter innenfor samhandling, bedre kvalitet, økt pasienttilfredshet, optimalisering og forenkling.

Samsvar med regelverk og oppfølging av oppdragsdokument, foretaksprotokoll og interne/eksterne tilsyn har forbedringspotensiale. Tiltak som kan føre til viktige forbedringer er identifisert.

Organiseringen av det regionale helseforetaket er under vurdering. Adm. direktør vil foreslå hensiktsmessige justeringer gitt den overordnede vurdering av nåsituasjon og fremtidig utvikling.

19.1 Risikovurdering

Innenfor hvert av styringsmålene er konkrete og målbare mål gjennomarbeidet. Forankring har skjedd i ledermøte i Helse Nord RHF og direktørmøte i regionen.

Innenfor hvert målområde er identifiserte felles regional indikatorer, og det er gjort vurdering av risiko for manglende måloppnåelse. For målområde 2 er det ikke identifisert indikatorer som kan måles regelmessig i 2018.

Mål	Mål	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikonivå
1	Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pas.sikkerhet			
	Gj.snittlig ventetid <50 dager innen 2021	3	4	
	Ingen fristbrudd	4	4	
	Pakkeforløp gjennomført innen normert tid	2	4	
2	Sikre god pasient og brukermedvirkning			
3	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalif. Personell			
	Sykefravær <7,5% ^ Korttidsfravær <2%	5	4	
4	Innfri de økonomiske mål i perioden			
	Se resultatkrav	3	4	

Tabell 21 Samlet vurdering risiko 2018

19.1.1 Vurdering av overordnede mål, risikobilde og hovedutfordringer

Den overordnede vurderingen er at det er høy risiko for manglende måloppnåelse innfor flere av de felles regionale kritiske indikatorene.

Manglende måloppnåelse vil kreve justering også av den økonomiske langtidsplanen.

Regelmessig oppfølging av punkt 1-6 i kapittel 18 vil bli fulgt opp i oppdragsdokument til helseforetakene for 2019 og stå sentralt på månedlige oppfølgingsmøter for strategi, og bli nærmere beskrevet i *Regional Utviklingsplan 2035*.