



Møtedato: 16.06.2023

Vår ref.:
2022/836-12

Saksbehandler:
Marte Lødemel Henriksen

Dato:
08.06.2023

Styresak 62-2023

Handlingsplan for oppfølging av *Internrevisjonsrapport 01/2022 - Virksomhetsstyring i Helse Nord*

Forslag til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til planlagt oppfølging av Helse Nords internrevisjons anbefalinger til Universitetssykehuset Nord-Norge HF om virksomhetsstyringen i foretaket.

--- slutt på innstillingen ---

Bakgrunn

Helse Nord gjennomførte i perioden januar-juni 2022 internrevisjon av virksomhetsstyringen i Helse Nord RHF (HN-RHF) og underliggende helseforetak (HF). Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at det er etablert en helhetlig virksomhetsstyring i Helse Nord, i samsvar med regelverk og anerkjente rammeverk.

Internrevisjonens konklusjon var at virksomhetsstyringen i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i stor grad samsvarer med regelverk og anerkjente rammeverk. Helheten i virksomhetsstyringen i regionen har likevel forbedringspotensial, og det er gitt anbefalinger til oppfølging. I det følgende beskrives oppfølging av de anbefalinger som internrevisjonen har gitt til UNN.

Formål

Å orientere styret om plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger til UNN.

Saksutredning

Internrevisjonen ga UNN følgende spesifikke anbefalinger:

1. <i>Avklare intern fordeling av ansvar og oppgaver i forbindelse med metodikk og prosesser for risikostyring (UNN).</i>
2. <i>Beskrive i virksomhetsrapportene hvilke nye tiltak som er besluttet på grunn av den økonomiske utviklingen, og økonomiske effekter av tidligere iverksatte tiltak (UNN, NLSH og FIN).</i>

Plan for oppfølging av internrevisjonens foretaksspesifikke anbefalinger

1. *Avklare intern fordeling av ansvar og oppgaver i forbindelse med metodikk og prosesser for risikostyring.*

Internrevisjonsrapporten sees i sammenheng med at «Retningslinje for risikostyring for Helse Nord – revidert» ble godkjent av styret for Helse Nord RHF 26.04.2023, og skal overleveres i foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og UNN.

UNN har bidratt aktivt i det regionale arbeidet med revidering av retningslinjen. Parallelt med pågående regionalt arbeid, har UNN benyttet tiden til å øke organisasjonens kompetanse innen risikoområdet – både teoretisk og gjennom erfaringsutveksling. Det er opprettet et regionalt nettverk for risikostyring hvor UNN stiller med inntil 5 representanter. I tillegg er det gjennomført piloter knyttet til gradvis innføring av risikostyring i form av risikovurdering av budsjett 2023 og risikovurdering av Oppdragsdokumentet 2023.

Hovedansvaret for risikostyring i UNN er per i dag plassert hos senterleder for Fag- og kvalitetssenteret. Risikostyring ble presentert og grundig diskutert i UNNs styreseminar 23.05.2023. Styret besluttet å opprette en arbeidsgruppe for risikostyring i UNN med representanter fra styret og aktuelle fagområder. Arbeidsgruppen skal utarbeide et forslag til metodikk og arbeidsprosesser, organisering og intern fordeling av ansvar og oppgaver, slik at risikostyring på en god måte kan implementeres som et reelt styringsverktøy i UNNs virksomhet. Forslaget skal være ferdig i løpet av høsten 2023, og arbeidet er påbegynt.

2. *Beskrive i virksomhetsrapportene hvilke nye tiltak som er besluttet på grunn av den økonomiske utviklingen, og økonomiske effekter av tidligere iverksatte tiltak.*

Anbefalingen følges opp gjennom kvalitets- og virksomhetsrapportene (KVR). Fra og med KVR for mai 2023 vil den månedlige rapporten suppleres med en klinikkvis kvalitativ beskrivelse og vurdering av status for blant annet økonomiske effekter av iverksatte tiltak.

Generelle anbefalinger

I tillegg til de to anbefalingene som ble gitt spesifikt til UNN, ble alle helseforetak anbefalt å identifisere forbedringstiltak basert på påpekte svakheter og gode praksiser, og innarbeide disse i foretakets handlingsplan for oppfølging av revisjonen.

- Det bemerkes i rapporten at UNN har etablert en god praksis med årlige dialogavtaler mellom ledernivåene, basert på overordnede mål. Dialogavtalene inneholder resultatmål, tiltak og måleindikatorer for kommende år. Arbeidet med Styringshjulet som et oversiktlig, strukturert og ressurseffektivt styrings- og rapporteringssystem videreføres og forbedres kontinuerlig.
- Internrevisjonen anser UNNs e-læringsprogram, Innføring i virksomhetsstyring, som et godt grunnlag for gjennomføring av lederopplæring i UNN og vurderer at det vil kunne være en fordel om UNNs program kan være utgangspunktet for utarbeidelse av et regionalt opplegg, og tilpasses det enkelte foretak. UNN søker å videreutvikle e-læringsprogrammet for virksomhetsstyring. Ansvar for oppfølging er lagt til foretakskontroller ved direktørens stab.
- Internrevisjonen påpeker at det ikke foreligger skriftlige stillingsinstrukser/avtaler for noen av lederne som inngår i ledergruppen.
 - UNN har generisk stillingsbeskrivelse for ledere i UNN. Det vil bli fulgt opp at alle i direktørens ledergruppe har undertegnet stillingsbeskrivelse som lagres i Elements. Dialogavtalen mellom direktør og klinikk-/stabssjefer spesifiserer til enhver tid aktuelle oppdrag og arbeidsoppgaver i tråd med organisasjonens prioriterte arbeidsområder.
- Manglende funksjonsbeskrivelser for kontrollerfunksjoner som bidrar til utvikling og forbedring av foretakets styring og drift.
 - Lederlinjen følger opp eventuelle manglende funksjonsbeskrivelser for kontrollerfunksjoner som bidrar til utvikling og forbedring av foretakets styring og drift.

Medvirkning

Saken er lagt frem i drøftingsmøte i uke 24. Protokoll fra møtet legges frem i styremøtet.

Vurdering

Internrevisjonens konklusjon er at virksomhetsstyringen i UNN i stor grad samsvarer med regelverk og anerkjente rammeverk. Internrevisjonen har gitt to konkrete anbefalinger til forbedring, hvor innføring av risikostyring står sentralt. UNN har i påvente av reviderte retningslinjer for risikostyring i Helse Nord brukt tiden godt til å forberede grunnen for å kunne ta i bruk risikostyring som et reelt verktøy i virksomhetsstyringen. Det videre arbeidet vil innebære utforming av egne styrende dokumenter for intern risikostyring.

Tromsø, 14.06.2023

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Internrevisjonsrapport nr.1 - Virksomhetsstyring i Helse Nord

Internrevisjonsrapport 01/2022

Virksomhetsstyring i Helse Nord

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 07.09.2022

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	5
1.1 Krav om virksomhetsstyring.....	5
2 Formål og omfang.....	6
2.1 Formål med revisjonen.....	6
2.2 Revisjonsgrunnlag.....	6
2.3 Omfang, fokusområder, revisjonskriterier og avgrensninger.....	7
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	8
4.1 Mål og retning.....	8
4.1.1 Observasjoner.....	8
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger.....	11
4.2 Struktur.....	12
4.2.1 Observasjoner.....	12
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger.....	14
4.3 Gjennomføring.....	15
4.3.1 Observasjoner.....	15
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger.....	17
4.4 Læring og forbedring.....	18
4.4.1 Observasjoner.....	18
4.4.2 Internrevisjonens vurderinger.....	18
4.5 Andre forhold ved den regionale styringen.....	19
5 Konklusjon og anbefalinger.....	19
5.1 Samlet vurdering.....	19
5.2 Konklusjon.....	21
5.3 Anbefalinger.....	21
5.3.1 Anbefalinger til Helse Nord RHF.....	21
5.3.2 Anbefalinger til helseforetakene.....	22
5.4 Gode praksiser omtalt foran i revisjonsrapporten.....	22

Vedlegg:

1. Revisjonskriterier med vurdering per foretak og samlet

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helse Nord i perioden januar-juni 2022. Revisjonen har omfattet Helse Nord RHF og alle de underliggende helseforetakene.

Formålet med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at det er etablert en helhetlig virksomhetsstyring i Helse Nord, i samsvar med regelverk og anerkjente rammeverk.

Metoder og fokusområder

Internrevisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter, egenevalueringer fra ledergruppen i hvert helseforetak, intervjuer og modenhetsvurdering.

Revisjonens fokusområder har vært; 1. Mål og retning, 2. Struktur, 3. Gjennomføring og 4. Læring og forbedring

Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at virksomhetsstyringen i de enkelte helseforetakene i Helse Nord i stor grad samsvarer med regelverk og anerkjente rammeverk. Helheten i virksomhetsstyringen i regionen har likevel forbedringspotensial, særlig innen områdene struktur og gjennomføring. Internrevisjonen gir derfor anbefalinger om forbedringstiltak for å øke modenheten i virksomhetsstyringen. Økt modenhet kan styrke evnen til å gjennomføre strategier og innfri mål.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Videreutvikle eksisterende *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF*, herunder vurdere i samarbeid med helseforetakene, om rammeverket skal ha regional gyldighet.
2. Tydeliggjøre hvilke delstrategier som inngår i strategihierarkiet som tilhører *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*.
3. Utvikle lederprogram som legger til rette for felles forståelse av lederrollen og virksomhetsstyringen i Helse Nord, i samarbeid med helseforetakene i regionen, og gjennomføre programmet i eget foretak.
4. Videreutvikle metodikk for, og gjennomføre, en helhetlig risikostyring som bidrar til foretaksgruppens måloppnåelse.
5. Fastsette operative mål for RHF-ets egen virksomhet, med tilhørende handlingsplaner og måleindikatorer.

Helse Nord RHF bør også prioritere å gjennomføre/slutføre tidligere identifiserte interne forbedringstiltak, som å:

- Forbedre forvaltningen av regionale og interne styrende dokumenter.
- Synliggjøre strukturen for gjennomføring av sentrale prosesser i virksomhetsstyringen, i form av et samlet årshjul og tilhørende prosessbeskrivelser.
- Utarbeide mandater for utvalg, råd og møtefora som eies av Helse Nord RHF, og som er sentrale i virksomhetsstyringen, jf. årshjul og prosessbeskrivelser.
- Utarbeide stillings-/funksjonsbeskrivelser som angir roller og ansvar for ledere i Helse Nord RHF.
- Gjennomføre tiltak for å styrke kulturen for bruk av interne avviks- og forbedringsmeldinger i Helse Nord RHF.

Internrevisjonen anbefaler det enkelte helseforetaket å:

1. Identifisere forbedringstiltak basert på påpekte svakheter og gode praksiser, og innarbeide disse i foretakets handlingsplan for oppfølging av revisjonen.

I tillegg gis følgende spesifikke anbefalinger (aktuelle HF i parentes bak):

2. Utarbeide en beskrivelse av styringssystemet i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (FIN).
3. Utarbeide og ta i bruk et sett av måleindikatorer knyttet til overordnede og operative mål (SANO).
4. Avklare intern fordeling av ansvar og oppgaver i forbindelse med metodikk og prosesser for risikostyring (UNN).
5. Beskrive i virksomhetsrapportene hvilke nye tiltak som er besluttet på grunn av den økonomiske utviklingen, og økonomiske effekter av tidligere iverksatte tiltak (UNN, NLSH og FIN).

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i perioden januar-juni 2022. Internrevisor Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Janny Helene Aasen har hatt det overordnede ansvaret. Revisjonen har omfattet Helse Nord RHF (HN RHF) og alle de underliggende helseforetakene: Finnmarkssykehuset (FIN)*, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)*, Nordlandssykehuset (NLSH)*, Helgelandssykehuset (HSYK)*, Sykehusapotek Nord (SANO) og Helse Nord IKT (HNIKT). Når vi skriver Helse Nord (HN) menes hele foretaksgruppen. Foretakene angitt med * blir også benevnt som sykehusforetakene.

Revisjonen har bestått av:

- Melding om internrevisjon til Helse Nord RHF 24.01.2022 og til de underliggende helseforetakene 28.01.2022
- Dokumentgjennomgang for hvert av foretakene
- Intervjuer i Helse Nord RHF uke 6, 7 og 14, 2022
- Egevalueringer fra ledergruppen i det enkelte HF uke 8-12, 2022
- Intervjuer med styreledere og adm. direktører i HF-ene uke 14-19, 2022
- Oppsummeringsmøter per HF uke 18-20, 2022, med utsendt presentasjon
- Oppsummeringsmøte i Helse Nord RHF uke 24, 2022, med utsendt presentasjon
- Rapportutkast sendt 24.06.2022, tilbakemeldinger mottatt 26.-31.08.2022

Rapporten er oversendt til:

- Helse Nord RHF v/adm. direktør
- Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF v/leder
- Helseforetakene i Helse Nord v/adm. direktører
- Styrene i helseforetakene i Helse Nord v/styreledere

Alle internrevisjonens rapporter er tilgjengelige på følgende web-adresse: helse-nord.no/internrevisjonen.

1.1 Krav om virksomhetsstyring

Helseforetaksloven slår fast at det regionale helseforetaket skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som det eier, og at «Internrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring». Begrepet virksomhetsstyring defineres eller benyttes ikke ytterligere, verken i helseforetaksloven eller i spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementets (HODs) *Veileder om styrearbeid* sier imidlertid at: «God virksomhetsstyring omhandler rollefordelingen og samspillet mellom eier, styret og daglig leder. (...). God virksomhetsstyring omhandler også samspillet mellom virksomheten og dens

interessenter». Dette er perspektiver som krever styringselementer ut over de som vanligvis knyttes til risikostyring og internkontroll. Risikostyring og internkontroll inngår imidlertid som sentrale elementer i virksomhetsstyringen, og kravene til internkontroll knyttet til helselovgivningen er nærmere definert i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen er å bekrefte at det er etablert en helhetlig virksomhetsstyring i Helse Nord, i samsvar med regelverk og anerkjente rammeverk.

2.2 Revisjonsgrunnlag

Kravet om virksomhetsstyring i helseforetakene er utledet fra helseforetaksloven, jf. kap. 1.1. Innholdet i virksomhetsstyringen reguleres imidlertid gjennom ulike regelverk og føringer, blant annet:

- Helseforetaksloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Arbeidsmiljøloven
- Forvaltningsloven
- Vedtekter, oppdragsdokumenter og foretaksprotokoller fra HOD

Aktuelle rammeverk og veiledere omfatter blant annet:

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2018
- Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak, HOD, 2019
- Virksomhetsstyring (nettside), Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ)
- Veileder for virksomhetsstyring, IIA¹ Norge (IIA), 2021

I IIAs *Veileder for virksomhetsstyring*² (heretter omtalt som *Veilederen*) identifiseres komponenter som er sentrale for en systematisk, effektiv og hensiktsmessig styring av virksomheter. *Veilederen* er vurdert å være et egnet utgangspunkt for denne revisjonen.

¹ IIA: Institute of Internal Auditors

² ia.no/product/veileder-for-virksomhetsstyring

2.3 Omfang, fokusområder, revisjonskriterier og avgrensninger

Revisjonen tar utgangspunkt i *Veilederen* og består av en kartlegging og vurdering av hvorvidt *Veilederens* komponenter, supplert med relevante lov- og forskriftskrav og føringer fra HOD, er ivarettatt i Helse Nord RHF og i de underliggende helseforetakene.

Komponentene i *Veilederen* er gruppert i følgende temaer, som utgjør revisjonens fokusområder:

1. Mål og retning
2. Struktur
3. Gjennomføring
4. Læring og forbedring

Innenfor hvert av fokusområdene er det definert revisjonskriterier basert på revisjonsgrunnlaget, jf. kap. 2.2. Disse er presentert samlet i *Vedlegg 1 – Revisjonskriterier med vurderinger per foretak og samlet*. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

Denne revisjonen omhandler i liten grad den direkte styringen av helseforetakenes hovedoppgaver, ut over om det er beskrevet hva disse oppgavene er. Videre er følgende av komponentene fra *Veilederen* utelatt:

- Formål (*Veilederens* kap. 1.1)
- Godtgjørelses- og belønningsordninger (kap. 2.3)
- Styring og beskyttelse av øvrige verdier, ressurser og prosesser, herunder prosjekt-, program- og porteføljestyling, samt IT-styring (kap. 3.6)
- Objektive bekreftelser (kap. 4.3)

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

- *Dokumentgjennomgang:*
Dokumenter mottatt fra Helse Nord RHF og fra de underliggende helseforetakene, eller innhentet fra foretakenes nettsider, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Oversikt over gjennomgåtte dokumenter er oversendt foretakene sammen med rapportutkastet.
- *Intervjuer i Helse Nord RHF:*
Det er gjennomført intervjuer med blant annet eierdirektør, kvalitetssjef, fagdirektør, avdelingsdirektør for helsefagavdelingen, forskningsdirektør, kommunikasjons- og samfunnskontaktdirektør, økonomidirektør, direktør SKDE, HR-direktør og HR-rådgivere, stabsdirektør, foretaksadvokat, seksjonsleder eiendom og adm. direktør. Til sammen har 20 personer fra Helse Nord RHF deltatt i intervjuer i løpet av uke 6, 7 og 14, 2022.

- *Egenevalueringer fra ledergruppen i det enkelte helseforetak (HF):*
Den 16.02.2022 fikk foretakene oversendt en oversikt over påstander basert på kriteriene, som de ble bedt om å ta stilling til ved bruk av en oppgitt svarskala. De ble bedt om å avgi én felles besvarelse i Questback, som foretakets ledergruppe skulle stå bak, senest 25.03.2022.
- *Intervjuer med styreledere og adm. direktører i HF-ene:*
Det ble gjennomført individuelle intervjuer med styreledere og adm. direktører i de seks HF-ene i løpet av ukene 14-19, 2022.
- *Modenhetsvurdering av virksomhetsstyringen i Helse Nord:*
Internrevisjonen har utarbeidet og benyttet en forenklet modell for modenhetsvurdering av virksomhetsstyring, etter inspirasjon fra lignende modeller publisert gjennom IIA. Modellen inkluderer vurderinger for hvert av revisjonens fire fokusområder, samt for området «IT-verktøy og analyse». Modenheten vurderes på en skala med fem nivåer, fra én (tilfeldig) til fem (optimalisert). Modenhetsvurderingen er i denne revisjonen utført som en oppsummering av internrevisjonens observasjoner og vurderinger for hvert av fokusområdene. Vurderingene for «IT-verktøy og analyse» er utledet fra observasjonene tilknyttet de øvrige områdene.

4 Observasjoner og vurderinger

I dette kapitlet beskrives observasjoner fra revisjonsperioden per fokusområde, med vekt på områder hvor internrevisjonen har identifisert et forbedringspotensial eller en god praksis som andre kan lære av. Andre positive observasjoner beskrives i liten grad, men vurderingene som presenteres per fokusområde er basert på alle observasjonene knyttet til revisjonskriteriene. *Vedlegg 1 – Revisjonskriterier med vurderinger per foretak og samlet*, gir en helhetlig oversikt over vurderingene for alle kriteriene, med kort kommentar. I tillegg har alle foretakene mottatt presentasjon i forbindelse med oppsummeringsmøter med mer detaljerte kommentarer vedrørende eget foretak.

Hvert fokusområde innledes med *Veilederens* introduksjon til temaet.

4.1 Mål og retning

Før man kan strukturere virksomheten og legge til rette for en effektiv og hensiktsmessig drift, må noen grunnleggende forutsetninger være etablert: virksomhetens formål, visjon, verdier, mål og strategier. Identifisering og nedfelling av disse komponentene er bl.a. viktig for å motivere og inspirere alle ansatte til å jobbe i samme retning.

4.1.1 Observasjoner

Vedtekter, visjon og verdigrunnlag

Vedtektene for hvert av helseforetakene angir helseforetakenes virksomhet og øvrige opplysninger som helseforetaksloven krever. Internrevisjonen har observert at det er

noe uklare roller og ansvar knyttet til oppdatering av vedtekter i Brønnøysund-registrene, og det er også enkelte mangler ved publiseringen av oppdaterte vedtekter på foretakenes nettsider og/eller i Docmap.

Alle helseforetakene har sin egen visjon. Visjonen inngår i foretakenes strategiske utviklingsplaner og/eller strategi, som del av grunnlaget for mål og strategiske satsinger. Alle foretakene, med unntak av Sykehusapotek Nord, har publisert visjonen på sine nettsider.

Spesialisthelsetjenestens kjerneverdier, *Kvalitet, Trygghet og Respekt*, er angitt i helseforetakenes strategiske utviklingsplan og/eller strategi. Noen av foretakene har også opplyst om verdiene direkte på sine nettsider (Om oss). Tre av helseforetakene har i tillegg inkludert *Lagspill*, som følge av at RHF-et la dette til i sin strategi for 2021-2024. Det finnes kortfattede beskrivelser av hva verdiene innebærer for foretakene, men det er uklart hvordan disse konkret benyttes i kulturbygging.

Etiske retningslinjer, varsling, og samfunnsansvar og miljø

Det er utarbeidet regionale etiske retningslinjer og regionale varslingsrutiner. Internrevisjonen har imidlertid konstatert at dokumentene ikke holdes løpende oppdatert i samsvar med besluttede endringer. Etiske retningslinjer ble revidert januar 2022. I revideringen var det innarbeidet endringer basert på beslutninger om endrede verdier (jf. styresak 10-2021), endret formulering om bierverv (jf. styresak 98-2021) og nye varslingsrutiner (jf. styresak 76-2021). Styret i Helse Nord RHF fikk framlagt oppdaterte etiske retningslinjer i sak 8-2022, men de ble publisert først etter oppsummeringsmøte med internrevisjonen i juni, da mangelen ble påpekt. Felles regionale varslingsrutiner vedtatt i juni 2021 (jf. styresak 76-2021) ble først gjort tilgjengelig i Personelhåndboka fra januar 2022.

Høsten 2021 ble det vedtatt en delstrategi for klima og miljø i Helse Nord. Internrevisjonen har fått opplyst at UNN skal lede et arbeid med utarbeidelse av felles miljøstyringssystem. Som del av dette skal alle eksisterende dokumentsamlinger gjennomgås, og lokale dokumenter skal i stor grad erstattes med regionale dokumenter.

Overordnede mål og strategier

Samhandling, teknologi, kompetanse og økonomisk sunn drift er sentrale målområder i Helse Nords regionale utviklingsplan 2018-2035. Prioriteringer for å nærme seg de langsiktige, strategiske målene og styringsmålene i oppdragsdokumenter (OD) er angitt i *Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024*. Det framkommer i strategiens formål at «Dette er en strategi for Helse Nord RHF, det vil si en strategi for det regionale helseforetaket (RHF). Det er ikke en strategi for hele foretaksgruppen – Helse Nord – som inkluderer alle helseforetakene i regionen». I OD 2022 til helseforetakene er det imidlertid tatt inn en formulering om at denne strategien gir overordnede føringer. I intervjuene med de

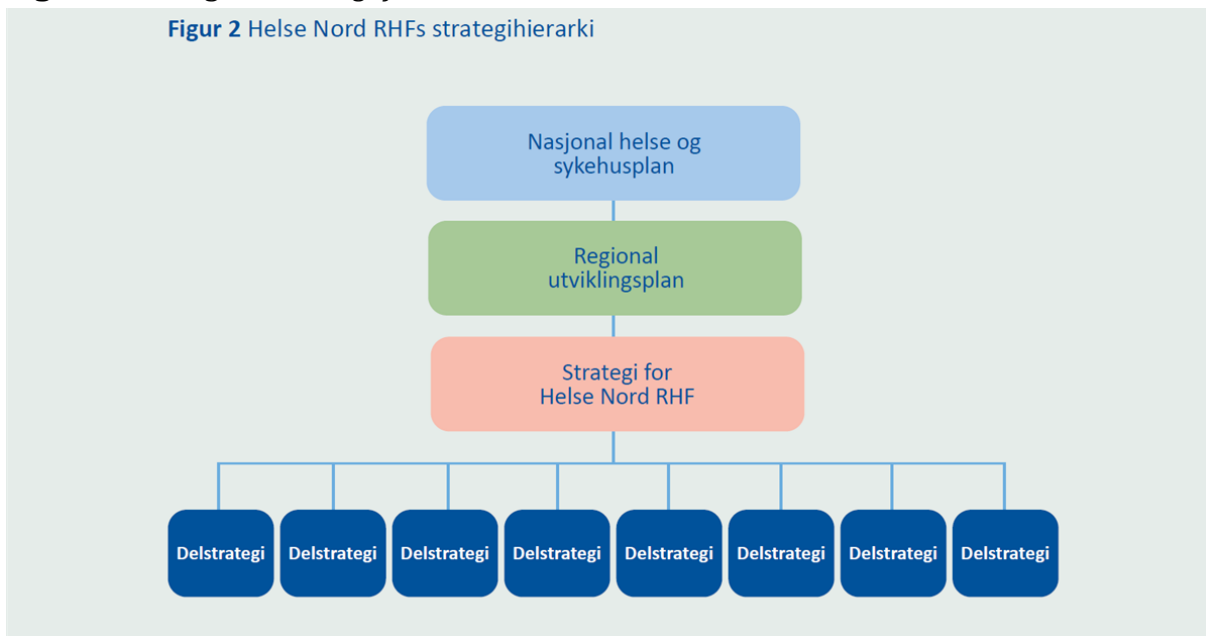
administrerende direktørene framkom det at det er noe uklart hva det innebærer at RHF-ets strategi er førende for HF-ene.

Sykehusforetakene har vist til at de overordnede målene er angitt i årlige OD og i det enkelte foretaks strategiske utviklingsplan.

De strategiske utviklingsplanene er utarbeidet på forskjellige tidspunkter, og de har forskjellig varighet og struktur. Det er en uklar sammenheng mellom de strategiske målene i helseforetakene og målene i den regionale utviklingsplanen 2018-2035. Utviklingsplanene gir i varierende grad informasjon om hvordan de overordnede målene skal nås.

Helse Nord RHF oppdaterer nå den regionale utviklingsplanen, etter krav fra HOD i OD 2020 med frist innen utgangen av 2022. I OD 2021 fikk alle sykehusforetakene i oppdrag å oppdatere sin strategiske utviklingsplan, i samsvar med interregional *Veileder for utarbeidelse av utviklingsplaner*. Opprinnelig frist er forlenget til oktober 2022. I følge veilederen skal foretakene ha informasjon om den pågående prosessen på sine nettsider, og det skal gjennomføres ekstern høring. Internrevisjonen har konstatert at ikke alle følger disse anbefalingene. Administrerende direktører og styreledere i sykehusforetakene ga uttrykk for at det er positivt at prosessen med de pågående oppdateringene er synkronisert. Fra Helse Nord IKT og Sykehusapotek Nord ble det uttalt at de savner å bli mer involvert i strategiprosessene, både i sykehusforetakene og på regionnivå.

Som over nevnt, har RHF-et utarbeidet en egen strategi for perioden 2021-2024. Her inngår *Helse Nord RHF's strategihierarki*, jf. strategiens Figur 2. Internrevisjonen konstaterer at det mangler en oversikt over hvilke delstrategier som inngår i strategihierarkiet. Det er utarbeidet en rekke delstrategier og fagplaner i regi av Helse Nord RHF, med gyldighet enten regionalt eller for Helse Nord RHF. Noen av disse er utdatert, og det pågår et arbeid med oppdatering, eks. kreftstrategi (tidligere fagplan) og kvalitetsstrategi.

Figur 1. Utdrag fra *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*

Tre av sykehusforetakene har, i tillegg til strategiske utviklingsplaner, også utarbeidet strategier med et tidsperspektiv på fire-fem år. Helse Nord IKT og Sykehusapotek Nord har utarbeidet strategisk kart/overordnet strategi med et kortere perspektiv enn utviklingsplanene.

Tre av helseforetakene utarbeider årlige handlingsplaner for å nå de overordnede målene. Det stilles i liten grad krav til form og innhold i handlingsplaner. UNN har etablert en god praksis på området ved årlige dialogavtaler mellom ledernivåene, basert på overordnede mål. Dialogavtalene inneholder resultatmål, tiltak og måleindikatorer for kommende år.

4.1.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at komponentene innen mål og retning i stor grad er ivarettatt i Helse Nord, og at dette utgjør grunnleggende forutsetninger for strukturering av virksomheten og for effektiv og hensiktsmessig drift. Det er likevel svakheter ved viktige komponenter, og disse omtales nedenfor.

Ettersom det framkommer i formålet til *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024* at dette ikke er en strategi for hele foretaksgruppen, er det uklart hva det innebærer at strategien også er overordnet førende for helseforetakene. Det er også uklart hvilke delstrategier som inngår i det tilhørende strategihierarkiet, da det ikke finnes en samlet oversikt over disse.

Vedtekter er grunnleggende dokumenter, og vi anser det som viktig at foretakene forbedrer sine rutiner for oppdatering og tilgjengeliggjøring av disse.

Det er også et forbedringspotensial i forvaltningen av regionale dokumenter, som etiske retningslinjer og retningslinjer for varsling av kritikkverdige forhold.

Internrevisjonen vurderer at det bør være en tydelig sammenheng mellom de strategiske målområdene/målene i de oppdaterte utviklingsplanene for RHF-et og for sykehusforetakene, og vi legger til grunn at dette ivaretas gjennom koordineringen i den pågående prosessen.

4.2 Struktur

En god struktur med velfungerende beslutningsprosesser, klar fordeling av ansvar og myndighet, hensiktsmessige informasjons- og kommunikasjonsprosesser (...) er avgjørende for at en virksomhet skal kunne gjennomføre sine strategier og nå sine mål.

4.2.1 Observasjoner

Krav til styret

Det foreligger styreinstruks og årlig møteplan for styret i alle foretakene. Styreinstruksene er vedtatt ulike år, for 3-10 år siden, de har ulik oppbygging og innhold, og noen har feil og/eller mangler i lovhenvisingene. Verken RHF-et eller de underliggende foretakene har gjort en konkret vurdering av om instruksene bør endres basert på oppdatert regional styreveileder av november 2021. Ikke alle styrene har inkludert gjennomføring av styrets egenevaluering i planen for eget arbeid, men slike evalueringer har i hovedsak blitt gjort årlig.

Styringssystem og struktur for gjennomføring av sentrale prosesser

Helse Nord RHF har utarbeidet det interne dokumentet, *Rammeverk for virksomhetsstyring*, RL9922, datert 14.03.2022. Dokumentet var misvisende registrert i Docmap med "Helse Nord" både i tittel og som gyldighetsområde, men dette ble korrigert etter revisjonens oppsummeringsmøte. Strukturen i rammeverket er basert på krav til styringssystemet som stilles i *Forskrift om for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten*.

Tre av helseforetakene har en samlet beskrivelse av styringssystemet med utgangspunkt i den nevnte forskriften, med henvisninger til egne prosedyrer. De øvrige tre foretakene har beskrivelser av varierende kvalitet og kobling mot forskriften.

Helse Nord RHF og to av helseforetakene mangler en samlet oversikt over når sentrale prosesser i virksomhetsstyringen skal gjennomføres (start/slutt og milepæler), med underliggende prosessbeskrivelser.

Ledelse og opplæring

I Helse Nord RHF er det bare administrerende direktør som har instruks som regulerer rolle og ansvar. Det mangler instruks for de øvrige i RHF-ets ledergruppe, informasjon om avdelingenes ansvarsområde er ikke oppdatert på RHF-ets nettsider, og flere har gitt uttrykk for at det fortsatt er uklarheter i intern organisering etter at ny organisasjonsstruktur trådte i kraft. I fem av helseforetakene foreligger det ikke stillingsbeskrivelser for alle medlemmer av ledergruppen.

Ledergruppen ved fem av helseforetakene er fornøyd med egen opplæringsstruktur, og Regionalt nettverk for lederutvikling er arena for samarbeid. Helse Nord RHF gjennomfører ikke en strukturert lederopplæring i eget foretak.

UNN har nylig utgitt e-læringsprogrammet *Innføring i virksomhetsstyring* og lagt dette i kompetanseportalen som et obligatorisk kurs for alle ledere. E-læringen er inndelt i følgende moduler:

Modul 1: Hva styres vi av?

- Delmodul 1.1: Eierstyring
- Delmodul 1.2: Regulering gjennom lovkrav
- Delmodul 1.3: Intern styring og ledelse i UNN

Modul 2: Hvordan styrer vi i hverdagen?

- Delmodul 2.1: Prosesser i virksomhetsplanlegging og styring
- Delmodul 2.2: Økonomistyring i UNN
- Delmodul 2.3: Den daglige driften
- Delmodul 2.4: Evaluering og rapportering

Utvalg, råd og møtefora

Det foreligger i liten grad mandater for utvalg, råd og møtefora som er eid av RHF-et. Det foreligger møteplaner med dato for mange av RHF-ets arenaer, men det framkommer i begrenset grad informasjon om hvilke saker som skal behandles og når. Et arbeid er igangsatt for å forbedre strukturen på dette området.

Mandater er i større grad på plass for de viktigste utvalg, råd og møtefora i helseforetakene. Finnmarkssykehuset har samlet sine mandater i retningslinjen, RL5489.

Helgelandssykehuset har fulgt opp internrevisjonens anbefaling om etablering av kvalitetsutvalg iht. lovkrav fra revisjonen «Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord», ved å reetablere kvalitetsutvalg. Nordlandssykehuset har imidlertid ikke fulgt opp samme anbefaling.

System for Helse, Miljø og Sikkerhet

Helse Nord RHF og helseforetakene har systemer som ivaretar helse-, miljø- og sikkerhetskrav, herunder medarbeidertilfredshet, inkl. verneombud og arbeidsmiljøutvalg. I RHF-et er det en rekke dokumenter i Docmap og i Personalhåndboka som ikke er oppdatert på mange år. Oppdateringer pågår.

4.2.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at det er etablert en rekke strukturer som samsvarer med *Veilederens* anbefalinger, eksempelvis ansvars- og fullmaktmatriser, rutiner for kommunikasjon, habilitetsregler og rutiner som sørger for at beslutninger blir dokumentert. Det er likevel svakheter ved flere av komponentene, og disse omtales nedenfor.

De viktigste svakhetene er knyttet til manglende beskrivelser av den enkelte leders rolle og ansvar, og at Helse Nord RHF i liten grad har etablert strukturert lederopplæring og oppfølging av lederrollen. Vi anser UNNs e-læringsprogram, *Innføring i virksomhetsstyring*, som et godt grunnlag for gjennomføring av slik opplæring i UNN. Slik vi ser det, vil det være en fordel om UNNs program kan være utgangspunktet for utarbeidelse av et regionalt opplegg, og tilpasses det enkelte foretak.

Internrevisjonen anser også at det samlet sett og/eller i enkelte av foretakene er forbedringspotensial knyttet til synliggjøring av strukturen for gjennomføring av sentrale prosesser i virksomhetsstyringen (årshjul og/eller prosessbeskrivelser), foretakenes beskrivelser av styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring, samt hvorvidt det foreligger kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i henhold til lovkrav.

Det er også forbedringspotensial i hvordan styreinstruksene vurderes og holdes oppdatert, og det kan være hensiktsmessig med en regional koordinering av dette.

Helse Nord RHF har svakheter ved hvorvidt det foreligger skriftlige mandater for utvalg, råd og faste møtefora som fastslår dets formål/rolle i styringsstrukturen, samt om det utarbeides årlige møteplaner der tidspunkt for involvering i de sentrale prosessene framkommer (hvilke saker skal behandles når). Finnmarkssykehuset har etablert en god praksis ved å samle mandater i retningslinjen, RL5489.

Økt modenhet innen *Struktur* kan styrke foretakenes evne til å gjennomføre strategier og innfri mål.

4.3 Gjennomføring

Virksomhetens mål og strategier operasjonaliseres i konkrete handlingsplaner. Helhetlig og koordinert styring av kjerneprosessene bidrar til effektivitet og kvalitet i driftsfasen, og de suppleres med støtteprosesser, som økonomi- og risikostyring. Samtidig skal lover og regler etterleves, og virksomhetens verdier forvaltes og beskyttes.

4.3.1 Observasjoner

Operative mål, handlingsplaner og måleindikatorer

Helse Nord RHF realiserer styringsmål og strategiske mål gjennom helseforetakenes måloppnåelse. Det er imidlertid i liten grad fastsatt operative mål for RHF-ets egen virksomhet, med tilhørende måleindikatorer og handlingsplaner for å nå disse. Det besluttet en rekke tiltak i ledermøter, som dokumenteres i referater med tydelig ansvar og frist. Internrevisjonen har fått opplyst at tiltakene ikke samles i en felles oversikt, og at frister ofte ikke overholdes.

Helseforetakene har i varierende grad fastsatt operative mål for ulike virksomhetsområder, som bygger opp under de overordnede målene. For fem av HF-ene har vi observert svakheter, særlig knyttet til om overordnede strategiske mål er brutt ned i operative mål, handlingsplaner og måleindikatorer.

Ved UNN blir operative mål, både knyttet til OD og til strategiske satsningsområder, fordelt til ledere gjennom dialogavtaler i et digitalt styringshjul. Det utarbeides tilhørende måleindikatorer og handlingsplaner. Ansvar, roller og tidsfrister for de ulike tiltakene er imidlertid ikke fullstendig for 2022.

Risikostyring

Oppdaterte regionale retningslinjer for risikostyring ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i februar 2020. Helse Nord RHF har gjennomført risikovurdering av de overordnede målene i 2022. Intern metodikk for risikostyring er imidlertid fortsatt under utvikling.

Det er stor variasjon i helseforetakenes risikostyringsprosesser. Fire av HF-ene har en avklart fordeling av ansvar for risikostyringsmetodikken, men metodikken er ikke avklart hos alle disse. Enkelte har gitt uttrykk for usikkerhet rundt hvordan risikostyringen best kan gjennomføres for å gi verdi. Helse Nord IKT har ikke gjennomført dokumentert risikovurdering av overordnede mål siden juli 2019. UNN og Nordlandssykehuset har ikke fulgt opp internrevisjonens anbefaling i henholdsvis internrevisjonsrapport 01/2021 og 02/2021, om å iverksette en dokumentert og helhetlig risikostyringsprosess knyttet til de overordnede målene, i samsvar med de regionale retningslinjene.

Økonomistyring

Helse Nord RHF legger til rette for en prosess knyttet til rullering av økonomisk langtidsplan (ØLP), og for en budsjettprosess i regionen, gjennom å stille krav til helseforetakene i årlige budsjettbrev. Alle foretakene har styrebehandlet økonomiske langtidsplaner og bærekraftsanalyser innen fristen i 2021 og 2022. Styrene har også godkjent budsjettene for 2022 innen fristen i desember 2021, men styret i Nordlandssykehuset tok forbehold om at det måtte framlegges en konkretisert og periodisert tiltaksplan for å oppnå et realistisk budsjett.

Det har vært en negativ økonomisk utvikling i sykehusforetakene over flere år, med betydelige budsjettavvik, om man ser bort fra ekstraordinære bevilgninger knyttet til covid-19-pandemien. Det ble besluttet omstillingstiltak i foretakene i 2019 og 2020, men disse ble i stor grad satt i bero grunnet pandemien.

Virksomhetsrapportene viste negative tall gjennom høsten 2021, uten at rapportene omtalte tiltak og mulige tiltakseffekter. Styrene i foretakene har i all hovedsak tatt virksomhetsrapportene til orientering, uten vedtak med krav om at det gjennomføres tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen. Helgelandssykehuset inkluderer en oversikt over effekten av iverksatte tiltak estimert i kroner, og informasjon om eventuelle behov for intensivering av tiltaksoppfølgingen, i sine virksomhetsrapporter. De øvrige tre sykehusforetakene har ikke en løpende oppfølging av tiltakseffekter gjennom virksomhetsrapportene, men de har egne styresaker som omhandler omstillingstiltak.

På grunn av den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen, stilte Helse Nord RHF i foretaksmøter 6. april 2022, krav om utarbeidelse av omstillingsplaner i alle helseforetakene i regionen. Planene ble oversendt innen fristen 10. mai 2022.

Rapportering på mål og krav

Helse Nord RHF har utarbeidet maler som benyttes for tertialrapporter og årlig melding fra helseforetakene. Slik rapportering skjer i hovedsak rettidig.

Det foreligger også en mal for virksomhetsrapporter i helseforetakene, sist revidert i 2019. Malen framhever at rapporten skal omfatte en overordnet vurdering av relevante forhold av utviklingen siste måned og hittil i år. Dersom det oppstår vesentlige avvik, må dette forklares med hva som er årsaken til avviket og hvilke tiltak som skal iverksettes. Internrevisjonen konstaterer at helseforetakene i varierende grad er kjent med/ benytter ovennevnte mal, jf. mangelfull tiltaksrapportering beskrevet under *Økonomistyring*.

4.3.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at gjennomføringen av virksomhetsstyringen i varierende grad samsvarer med *Veilederens* anbefalinger, og det er svakheter knyttet til flere viktige komponenter som omtales nedenfor.

Det er uheldig at det ikke gjennomføres en helhetlig risikostyring for å bidra til foretaksgruppens måloppnåelse. Vi anser det særlig uheldig at tre av helseforetakene ikke gjennomfører dokumenterte risikovurderinger av de overordnede målene.

Mangelfull operasjonalisering av mål og strategier gjelder særlig de strategiske satsingsområdene. Strategiske utviklingsplaner/strategier har generelt vage/vide målformuleringer og lang tidshorisont, og disse kan vanskelig følges opp uten at de operasjonaliseres i operative mål og tiltak med frister og utvalgte måleindikatorer. Årlige handlingsplaner, slik UNN har utarbeidet for 2022, er et eksempel på hensiktsmessig operasjonalisering av strategien. Internrevisjonen vil også framheve utviklingsarbeidet som UNN har utført for å få etablert «det digitale styringshjulet», hvor mål og strategier brytes ned og følges opp samlet. Slik vi ser det, vil det være til stor verdi for resten av helseregionen å lære av UNN på dette området, og å ta i bruk et lignende digitalt verktøy.

Det er en svakhet at RHF-et i liten grad har fastsatt operative mål for sin egen virksomhet, med tilhørende måleindikatorer og handlingsplaner.

Det er uheldig at tre av sykehusforetakenes virksomhetsrapporter i liten grad omtaler behov for nye tiltak knyttet til den økonomiske utviklingen, samt eventuelle effekter av iverksatte tiltak, i samsvar med mal. Dette kan styrke rapporteringen til eget styre. Helgelandssykehuset har etablert en god praksis på området. Vi anser det som en svakhet at styrene i sykehusforetakene ved behandlingen av virksomhetsrapportene ikke fatter konkrete vedtak med krav om nye tiltak eller intensivering av tiltak, når den økonomiske utviklingen tilsier det. Denne revisjonen har ikke omfattet om det utarbeides realistiske budsjetter eller om omstillingstiltak er gjennomførbare, men når det foreligger store negative budsjettavvik allerede de første månedene av nytt år, kan det stilles spørsmål ved om budsjettene bygger på realistiske forutsetninger.

Økt modenhet i gjennomføringen av virksomhetsstyringen kan styrke foretakenes evne til å nå fastsatte mål og grunnlaget for monitorering og systematisk forbedringsarbeid.

4.4 Læring og forbedring

Når virksomheten har etablert strukturer og prosesser for planlegging og daglig drift må dette suppleres med gode prosesser for læring og forbedring. Rammebetingelsene vil være i stadig endring og derfor er det også viktig med gode prosesser for kontinuerlig læring og forbedring for at virksomheten skal kunne stå sterkt rustet også i fremtiden. Læring og forbedring foregår på alle nivåer i organisasjonen.

4.4.1 Observasjoner

Helse Nord RHF har besluttet en rekke forbedringstiltak basert på ledelsens gjennomgang. Det har imidlertid framkommet at implementering av tiltak/endringer i mange tilfeller er mangelfull. Avviksrapportering benyttes minimalt. Helseforetakene gjennomfører i større grad løpende forbedringsarbeid basert på monitorering, kontroller, evalueringer, avviksrapportering og interne revisjoner innen ulike temaer. Stabsfunksjoner på foretaksnivå utfører en rekke kontrolloppgaver ovenfor klinikkene og kan rapportere til ledere med beslutningsmyndighet, med oppgavefordelingen er i varierende grad dokumentert.

Finnmarkssykehuset etablerte i august 2021 *Lokalt innsatsteam* med formål å redusere ventetider og fristbrudd innen poliklinisk virksomhet. Det er besluttet at arbeidet skal fortsette ut 2022. Foretaket opprettet også et *Analyseteam* i 2021, som skal bidra til langsiktig, kontinuerlig og systematisk arbeid for å oppnå det gode pasientforløp på bakgrunn av gjeldende rammebetingelser. Begge disse teamene er satt sammen av medarbeidere på tvers av organisatoriske enheter i foretaket.

Det er ikke gitt regionale føringer om gjennomføring av eller innhold i ledelsens gjennomgang, ut over at resultatet skal rapporteres sammen med rapport for andre tertial. Internrevisjonen konstaterer at det er stor variasjon i hvordan dette gjøres. Prosessen fungerer likevel bra for alle foretakene, men har forbedringspotensial i Helgelandssykehuset med hensyn på synliggjøring av status på tiltak fra forrige gjennomgang. Med unntak for Sykehusapotek Nord, er ledelsens gjennomgang knyttet til forrige kalenderår. UNN og Nordlandssykehuset har begge en god praksis i hvordan ledelsens gjennomgang beskrives og gjennomføres med en nedenfra-og-opp-tilnærming. De fleste foretakene har behandlet ledelsens gjennomgang på våren inneværende år.

4.4.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer at det er etablert gode prosesser for kontinuerlig læring og forbedring i de fleste helseforetakene. I Helse Nord RHF er det potensial for å styrke implementeringen av forbedringstiltak og kulturen for å melde avvik.

Vi vil framheve Finnmarkssykehusets team for gjennomføring av kontroller og analyser, som et godt eksempel på alternativ organisering av «andrelinjeoppgaver». Dette

forutsetter et klart mandat, forankring i foretakets ledelse og god kommunikasjon med klinikkene.

OD-kravet om rapporteringstidspunktet for ledelsens gjennomgang kan med fordel endres til tidligere på året. Vi finner det naturlig at ledelsens gjennomgang følger kalenderåret, som øvrige prosesser i virksomhetsstyringen. Slike endringer kan bidra til at prosessen og rapportene får en tydeligere rolle i den helhetlige virksomhetsstyringen.

4.5 Andre forhold ved den regionale styringen

Administrerende direktører og styreledere i helseforetakene har i intervjuer med internrevisjonen gitt uttrykk for at styringsdialogen med administrerende direktør og styreleder i det regionale helseforetaket er god, og at den omfatter viktige temaer. RHF-ets administrerende direktør og styreleder er tett på, og de er tilgjengelige for styrelederne i helseforetakene. De ønsker imidlertid at RHF-et blir mer strategisk i bestillinger og dialog med helseforetakene. Det etterlyses et tettere samarbeid i regionen for å løse det regionale utfordringsbildet, både administrativt og mellom styrene. Videre ble det gitt uttrykk for at de årlige oppdragsdokumentene er detaljerte, noe som medfører mye tidsbruk på rapportering, på bekostning av strategiske diskusjoner og felles problemløsning.

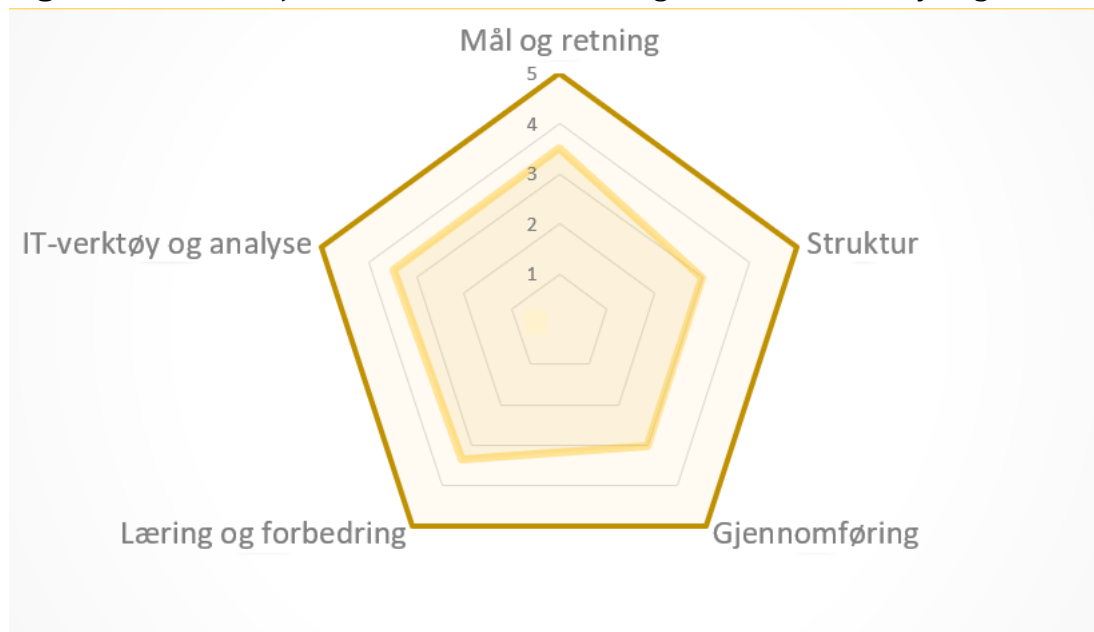
Helseforetakene ønsker å bli tettere involvert ved utarbeidelse av (del)strategier som er førende, og at strategiene ikke bare blir sendt ut på høring.

Fra Helse Nord IKT sin side savnes det en klar beskrivelse av roller og ansvar i IKT-styringen, og foretaket ser behov for mer strategisk fokus på hvordan IKT kan bidra til kvalitet i pasientbehandling og mer effektiv ressursbruk.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Samlet vurdering

I dette kapittelet oppsummeres internrevisjonens observasjoner og vurderinger for hvert av fokusområdene, samt for *IT-verktøy og analyse*, i en modenhetsvurdering av foretaksgruppens virksomhetsstyring, jf. beskrivelse i kap. 3, *Metoder*. Modenheten er vurdert på en skala med fem nivåer, fra én (tilfeldig) til fem (optimalisert), og resultatet er synliggjort ved den gule markeringen i Figur 1 nedenfor.

Figur 2. Internrevisjonens modenhetsvurdering for virksomhetsstyringen i Helse Nord**Figur 3.** Oversikt over modenhetsnivåene benyttet i internrevisjonens vurdering, jf. IIAs Modenhetsmodell³

Nivå	Benevnelse	Kjennetegn ved virksomhetsstyring på dette nivået
1	Tilfeldig	Virksomhetsstyringen fremstår som ikke formalisert og/eller tilfeldig
2	Påbegynt	Virksomhetsstyringen er mangelfull, men i utvikling. Det er liten grad av helhetlige løsninger og felles definisjoner.
3	Etablert	Virksomhetsstyringen er tilfredsstillende. Helhetlige løsninger og felles definisjoner er etablert.
4	Videreutviklet	Virksomhetsstyringen er velfungerende. Det jobbes systematisk, og forbedringstiltak vurderes/iverksettes.
5	Optimalisert	Virksomhetsstyringen er gjenstand for kontinuerlig forbedring, effektivisering og løpende oppfølging. Dette er en del av kulturen.

³ iaa.no/product/modenhetsmodell-for-virksomhetsstyring

5.2 Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at virksomhetsstyringen i de enkelte helseforetakene i Helse Nord i stor grad samsvarer med regelverk og anerkjente rammeverk. Helheten i virksomhetsstyringen i regionen har likevel forbedringspotensial, særlig innen områdene struktur og gjennomføring. Internrevisjonen gir derfor anbefalinger om forbedringstiltak for å øke modenheten i virksomhetsstyringen. Økt modenhet kan styrke evnen til å gjennomføre strategier og innfri mål.

5.3 Anbefalinger

5.3.1 Anbefalinger til Helse Nord RHF

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Videreutvikle eksisterende *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF*, herunder vurdere i samarbeid med helseforetakene, om rammeverket skal ha regional gyldighet.
2. Tydeliggjøre hvilke delstrategier som inngår i strategihierarkiet som tilhører *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*.
3. Utvikle lederprogram som legger til rette for felles forståelse av lederrollen og virksomhetsstyringen i Helse Nord, i samarbeid med helseforetakene i regionen, og gjennomføre programmet i eget foretak.
4. Videreutvikle metodikk for, og gjennomføre, en helhetlig risikostyring som bidrar til foretaksgruppens måloppnåelse.
5. Fastsette operative mål for RHF-ets egen virksomhet, med tilhørende handlingsplaner og måleindikatorer.

Helse Nord RHF bør også prioritere å gjennomføre/slutføre tidligere identifiserte interne forbedringstiltak, som å:

- Forbedre forvaltningen av regionale og interne styrende dokumenter.
- Synliggjøre strukturen for gjennomføring av sentrale prosesser i virksomhetsstyringen, i form av et samlet årshjul og tilhørende prosessbeskrivelser.
- Utarbeide mandater for utvalg, råd og møtefora som eies av Helse Nord RHF, og som er sentrale i virksomhetsstyringen, jf. årshjul og prosessbeskrivelser.
- Utarbeide stillings-/funksjonsbeskrivelser som angir roller og ansvar for ledere i Helse Nord RHF.
- Gjennomføre tiltak for å styrke kulturen for bruk av interne avviks- og forbedringsmeldinger i Helse Nord RHF.

5.3.2 Anbefalinger til helseforetakene

Internrevisjonen anbefaler det enkelte helseforetaket å:

1. Identifisere forbedringstiltak basert på påpekte svakheter og gode praksiser, og innarbeide disse i foretakets handlingsplan for oppfølging av revisjonen.

I tillegg gis følgende spesifikke anbefalinger (aktuelle HF i parentes bak):

2. Utarbeide en beskrivelse av styringssystemet i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (FIN).
3. Utarbeide og ta i bruk et sett av måleindikatorer knyttet til overordnede og operative mål (SANO).
4. Avklare intern fordeling av ansvar og oppgaver i forbindelse med metodikk og prosesser for risikostyring (UNN).
5. Beskrive i virksomhetsrapportene hvilke nye tiltak som er besluttet på grunn av den økonomiske utviklingen, og økonomiske effekter av tidligere iverksatte tiltak (UNN, NLSH og FIN).

Internrevisjonen viser også til tidligere anbefalinger som fortsatt er under oppfølging, vedrørende:

- Risikostyring (UNN og NLSH), jf. Internrevisjonsrapport 01/2021 og 02/2021
- Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (NLSH og HSYK), jf. Internrevisjonsrapport 06/2021

5.4 Gode praksiser omtalt foran i revisjonsrapporten

Her oppsummeres gode praksiser som er omtalt foran i rapporten:

- UNN har etablert en god praksis med årlige dialogavtaler mellom ledernivåene, basert på overordnede mål. Operative mål, både knyttet til OD og til strategiske satsningsområder, er tildelt ledernivåer gjennom dialogavtalene i et digitalt styringshjul.
- Finnmarkssykehuset har etablert en god praksis for beskrivelser av mandater for råd, utvalg og møteforum i retningslinjen, RL5489.
- UNN har nylig utgitt e-læringsprogrammet *Innføring i virksomhetsstyring* og lagt dette i kompetanseportalen som et obligatorisk kurs for alle ledere.
- Helgelandssykehuset har etablert en god praksis ved at virksomhetsrapportene inkluderer en oversikt over effekten av iverksatte tiltak estimert i kroner, og informasjon om eventuelle behov for intensivering av tiltaksoppfølgingen.
- Finnmarkssykehuset har en god organisering av team som gjennomfører kontroller og analyser som grunnlag for forbedringer.
- UNN og Nordlandssykehuset har begge en god praksis i hvordan ledelsens gjennomgang beskrives og gjennomføres med en nedenfra-og-opp-tilnærming.

Vedlegg 1 – Revisjonskriterier med vurdering per foretak og samlet

Tabellen oppsummerer internrevisjonens vurderinger for alle kriterier per fokusområde, per foretak og for Helse Nord samlet.

Vurderingene er uttrykt ved følgende farger: grønn (ivaretatt) – gul (potensial for forbedring) – rød (ikke ivaretatt).

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
1	<i>Mål og retning</i>									
A	Vedtektene angir foretakets virksomhet og øvrige opplysninger som helseforetaksloven krever									Svakheter i dokumentforvaltning, inkl. oppdatering i Brønnøysundregisteret
B	Visjonen uttrykker den langsiktige ideen om hva foretaket vil oppnå og danner grunnlag for mål og strategier									
C	Verdiene uttrykker hva foretaket ønsker å stå for og danner grunnlaget for kulturbygging									
D	Etiske retningslinjer uttrykker forventninger om å opptre på en etisk forsvarlig måte og vise samfunnsansvar, og de er kommunisert i det enkelte foretak									Svakheter i forvaltningen av regionale retningslinjer
E	Det er etablert ordninger for trygg varsling om kritikkverdige forhold									Svakheter i forvaltning av interne dokumenter
F	Det foreligger strategi for hvordan samfunnsansvar og miljøhensyn integreres i foretakets virksomhet									
G	Det er tydelig definert hva som er de overordnede målene på foretakets sentrale virksomhetsområder									Uklar sammenheng mellom de strategiske målene i HF-ene og målene i RU 2018-2035
H	Det foreligger vedtatte strategier/planer for å nå de overordnede målene									RHF/HN Samlet: Uklart strategihierarki FIN: Uklar sammenheng med utviklingsplan

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
2	<i>Struktur</i>									
A	Det foreligger styreinstruks og en plan for styrets eget arbeid som inkluderer jevnlig evaluering av styrets arbeid									Manglende oppdatering av styreinstrukser
B	Forhåndsdefinerte kriterier er benyttet ved siste oppnevning av styremedlemmer til HF-styrene									
C	Styret har vedtatt den overordnede organiseringen og styringsstrukturen i foretaket									Styret har ikke vedtatt helheten, men delelementer
D	Det foreligger en samlet beskrivelse av styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring									Svakheter i link til forskrift eller egne rutiner (FIN), evt. gyldighetsområde (RHF-et)
E	Det er utarbeidet en klar og hensiktsmessig struktur for når sentrale prosesser i foretakets virksomhetsstyring skal gjennomføres (årshjul e.l.)									Svakheter i beskrivelse (start/ slutt og milepæler)
F	Sykehusene i foretaket er organisert slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer									
G	(kriteriet utgikk)									
H	Ansvars- og myndighetsstrukturen er dokumentert gjennom ansvars- og fullmaktsmatriser eller lignende									
I	Det foreligger skriftlige stillingsinstrukser/avtaler for lederne som inngår i ledergruppen									Mangler beskrivelse for noen stillinger
J	Det er etablert strukturer for å sørge for nødvendig opplæring, bevisstgjøring og oppfølging av roller, ansvar og myndighet		*		*	*	*	*		* Basert på ledelsens egenevaluering RHF: har ikke strukturert lederopplæring
K	Det foreligger en klinisk etikkomité i henhold lovkrav									
L	Det foreligger kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i henhold til lovkrav									Har ikke (NLSH)/nylig (HSYK) fulgt opp anbefaling fra tidligere revisjon

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
M	Det foreligger skriftlige mandater for utvalg, råd og faste møtefora som fastslår dets formål/rolle i styringsstrukturen									Foreligger bare for noen få regionale arenaer. HN IKT: skal utarbeides
N	Det er utarbeidet årlige møteplaner for utvalg, råd og faste møtefora, i samsvar med årshjul e.l.									I hovedsak bare møtedato
O	Det er etablert rutiner som sørger for at beslutninger blir dokumentert og kommunisert, med ansvar og frist		*	*	*	*	*	*		* Basert på ledelsens egnevaluering
P	Regler for habilitet kommuniseres til alle som omfattes av dem, og det er etablert rutiner for å påse at reglene blir fulgt		*	*		*	*			* Basert på ledelsens egnevaluering
Q	Styrende dokumenter angir håndtering av intern og ekstern kommunikasjon, herunder fordeling av ansvar, roller og oppgaver									Ikke egen strategi på området. Lite beskrevet i ADs instruks.
R	Foretaket har et system som ivaretar helse-, miljø- og sikkerhetskrav, herunder medarbeidertilfredshet, inkl. verneombud og arbeidsmiljøutvalg									Svakheter i dokumentforvaltning (RHF) og rekruttering til roller (SANO)
3	<i>Gjennomføring</i>									
A	Det er fastsatt operative mål, som inkluderer mål hentet fra oppdragsdokumenter, for ulike virksomhetsområder, som bygger opp under de overordnede målene									I liten grad for strategiske satsningsområder
B	Det foreligger handlingsplaner for å nå de operative målene som angir ansvar, roller og tidsfrister for de ulike tiltakene og aktivitetene									Som over
C	Det benyttes et sett av måleindikatorer som gir grunnlag for vurdering av utvikling og grad av måloppnåelse									Som over. RHF/SANO: Også få indikatorer knyttet til mål fra OD
D	Foretaket har avklart hva som er dets kjerneprosesser (hovedoppgaver) og har dette beskrevet i styrende dokumenter									

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
E	Samfunnsansvar og miljøhensyn er integrert i gjennomføringen av foretakets hovedoppgaver		*	*	*	*	*	*		Ny regional strategi under implementering. * Basert på ledelsens egnevaluering
F	Det foreligger styrevedtatte retningslinjer for risikostyring									
G	Det er en avklart fordeling av ansvar og oppgaver for etablering og vedlikehold av intern metodikk og prosesser for risikostyring									RHF: Ansvar ikke dokumentert UNN: Uavklart
H	Det er gjennomført risikovurdering av de overordnede målene (sist gjennomførte)									RHF: Delvis. Metodikk fortsatt i utvikling UNN/NLSH: Ikke gjennomført på flere år. Anbefaling i tidligere IR. HNIKT: Sist utført i 2019. HN: Stor variasjon. Mangler helhet
I	(kriteriet utgikk)									
J	Det identifiseres risikoeiere som beslutter, forvalter og aksepterer risikoeksponering, herunder beslutter kontroller eller andre tiltak ved behov									Uklare ansvarsforhold, særlig for tverrgående risikoer
K	Foretaket har oversikt over sentrale lover og forskrifter, som holdes jevnlig oppdatert									
L	Risiko for manglende etterlevelse av lover og forskrifter vurderes og håndteres i sammenheng med vurderingen av andre operasjonelle risikoer i foretaket									FIN: Ikke spor av konkrete vurderinger HSYK: Bare ved oppsummering av avvik i ledelsens gjennomgang
M	Økonomistyringen, i form av planer, budsjett, regnskap og økonomisk rapportering, gjenspeiler foretakets aktiviteter og ansvarsområder									

Nr.	Kriterium	HN RHF	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	SANO	HN Samlet	Kommentar, der gult eller rødt
N	Det besluttes tiltak dersom den økonomiske utviklingen i forhold til budsjett, prognoser og planer, tilsier behov for dette									Tiltak vedtas, men ulik toleranse for negative budsjettavvik
O	Det rapporteres på mål og krav i henhold til fastsatt rapporteringsstruktur									
4	<i>Læring og forbedring</i>									
A	Regelmessig og systematisk gjennomgang og evaluering er etablert for sentrale aktiviteter og risikoutsatte områder, slik at avvik og uønsket utvikling kan oppdages og håndteres		*	*	*	*	*	*		* Basert på ledelsens egnevaluering
B	Det er avklart hvilke oppgaver linjeuavhengige kontrollfunksjoner har, som bidrar til utvikling og forbedring av foretakets styring og drift									Manglende funksjonsbeskrivelser
C	Linjeuavhengige kontrollfunksjoner har en organisatorisk plassering som sikrer uavhengighet til de delene av foretaket som de kontrollerer.									Kontrollfunksjoner forankret i linjen
D	Kontrollfunksjonen har rett til å rapportere til ledernivå med beslutningsmyndighet									Som over og ledelsens egnevaluering
E	Behov for forbedring og læring blir kontinuerlig identifisert og rapportert, og tiltak blir iverksatt									Minimal bruk av avvikssystemet
F	Minst en gang årlig gjennomgås og vurderes foretakets styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring systematisk opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten									HSYK: Metode under forbedring