



Styresak 022-2019

Oppfølging av internrevisjon i Helse Nord 01/17 - Risikostyring

Saksbehandler: Asbjørn Jørgensen m.fl.

Dato dok: 18.03.2019

Møtedato: 27.03.2019

Vår ref: 2019/1287

Vedlegg (t): Internrevisjonsrapport 01-2017 – Risikostyring i Helse Nord,
Risikostyring i Helse Nord Foretaksspesifikt notat til Nordlandssykehuset (NLSH),
Styresak 161-2018 Oppfølging av internrevisjonsrapport 01-2017 Risikostyring i Helse Nord

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn

Risikostyring av foretakets overordnet mål som gitt i oppdragsdokumentet er gjort med bakgrunn i RL1602 Risikostyring i Helse Nord. I tillegg er det gjort justering for å følge opp anbefalinger som fremkom i Internrevisjonsrapport 01/17 fra internrevisjon i Helse Nord.

Direktørens vurdering

Områder hvor det er risiko for manglende måloppnåelse følges opp og rapporters til styret fortløpende, blant annet gjennom tertialrapporteringen. Det er samtidig på sin plass å vise til Helse Nord sin styresak 161/2018 hvor en vurderer at; *Nordlandssykehuset HF har høy modenhet og god kompetanse innenfor internkontroll og risikostyring.*

1. Innledning

Risikostyring inngår i foretakets styringssystem og har som hensikt å identifisere forhold som kan påvirke foretakets mål hvis de inntreffer. I risikostyring inngår alle tiltak og aktiviteter som gjøres for å styre risiko. Dette er en fortløpende prosess på alle nivåer, i alle enheter, og for foretaket som helhet. Risikostyring fokuserer på oppnåelse av foretakets mål, overholdelse av gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger.

Nordlandssykehuset sitt arbeid med risikostyring er en del av foretakets styringssystem. Foretakets styringssystemet omfatter de aktiviteter, systemer og prosesser som foretaket bruker for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteter slik at de er i samsvar med foretakets mål. Styringssystemet følger krav og føringer fra eier og myndigheter inkludert kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Risikostyringen i foretaket styres via rutiner som beskriver:

1. Overordnede føringer for risikostyring (RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord og RL1592 Risikopolicy).
2. Risikostyringsprosessen i foretaket (PR25911 Risikovurdering og risikostyring og RL5525 Veileder risikovurdering).

Risikostyring i foretaket er en del av fortløpende styringsaktiviteter

I foretaket foregår det fortløpende styringsaktiviteter, blant annet:

- Oppfølging av tilbakemeldinger fra pasienter.
- Oppfølging av uønskede hendelser og forbedringsforslag.
- Avdelings-, klinikk- og ledermøter inkludert direktørens oppfølgingsmøter med klinikkene.
- Internrevisjoner.
- Risikovurderinger.

I disse aktivitetene inngår også fortløpende arbeidet med å identifisere mulige risikoer, beslutte og iverksette tiltak og vurdere effekten av disse.

Risikostyring som del av ledelsens gjennomgang

Ledelsens gjennomgang er et av verktøyene for sikre risikostyring av foretaket sin drift, intern kontroll og kontinuerlig forbedring. I foretaket er ledelsens gjennomgang organisert som en prosess som gjennomføres fra laveste ledernivå til direktør (foretaksnivå). I denne gjennomgangen ligger det også en vurdering av om det er endringer som vil påvirke foretakets mål, aktiviteter eller styringssystem.

Alle nivå i foretaket gjennomgår informasjon, data og resultat for å vurdere om enheten:

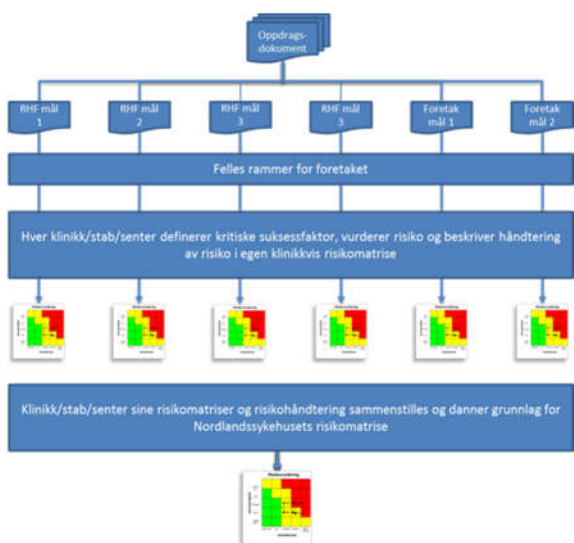
- Oppnår ønskede mål og resultater
- Overholder gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger.
- Har et styringssystem som bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Der en ikke har oppnådd eller hvor det risiko for at en ikke oppnår ovenstående punkter bestemmes tiltak som inngår i handlingsplaner og forbedringsarbeid. Oppfølging av status og effekt av tiltak inngår som del av foretakets styringsaktiviteter. Ledelsens gjennomgang er således et element av foretakets risikostyring da en identifiserer mulige risikoer og tar stilling til hvilke tiltak som er påkrevd. Da prosessen er gjennomgående fra laveste ledernivå til administrerende direktør vil en underveis identifisere risikoområder som berører flere enheter i foretaket og hvor det er hensiktsmessig å samkjøre tiltak.

Oppdragsdokument

Arbeidet med å implementere og oppfylle de krav eier stiller til måloppnåelse i oppdragsdokumentet inngår i foretakets aktiviteter, systemer og prosesser. Foretaket bruker styringssystemet til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteter slik at en oppnår de mål og resultater som eier gir. Identifisering av forhold som gir eller kan gi risiko for manglende måloppnåelse samt vurdering av eventuelle tiltak inngår i planleggingen. For overordnede mål som Helse Nord RHF i dialog med foretakene har bestemt skal gjøres til særlig gjenstand for risikovurderinger blir fulgt opp i henhold til de føringer *RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*. Risikovurdering og status på risikobildet rapporteres til styret.

Gjennomføring:



1. Foretaket legger felles rammer (f.eks. kritiske suksessfaktorer, barrierer, tiltak)
2. RHF og foretaksmålene følges opp på den enkelte klinikk/stab/senter.
3. Den enkelte klinikk/stab/senter gjennomfører risikovurdering for oppnåelse av relevante overordnede mål for Helse Nord og foretakspesifikke mål
4. Risikovurderingene med tiltak for å håndtere risiko for klinikk/stab/senter sammenstilles og danner grunnlag for NLSH sin risikomatrixe og risikostyring av

Internrevisjonsrapport 01/2017

Risikostyring i Helse Nord

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 31.08.2017

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1 Innledning	3
1.1 Krav om risikostyring.....	3
1.2 Formål	3
1.3 Omfang og avgrensninger.....	4
1.4 Fokusområder	4
1.5 Revisjonskriterier	4
2 Metoder	5
3 Observasjoner og vurderinger	5
3.1 Systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.....	5
3.1.1 Observasjoner	5
3.1.2 Internrevisjonens vurderinger.....	6
3.2 Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forh. til virksomhetens målsettinger	6
3.2.1 Observasjoner	6
3.2.2 Internrevisjonens vurderinger.....	6
3.3 Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres.....	7
3.3.1 Observasjoner	7
3.3.2 Internrevisjonens vurderinger.....	7
3.4 Korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes.....	8
3.4.1 Observasjoner	8
3.4.2 Internrevisjonens vurderinger.....	8
3.5 Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.....	9
3.5.1 Observasjoner	9
3.5.2 Internrevisjonens vurderinger.....	9
3.6 Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. 10	
3.6.1 Observasjoner	10
3.6.2 Internrevisjonens vurderinger.....	11
3.7 Redegjøre for styrets arbeid i årlig melding	11
3.7.1 Observasjoner	11
3.7.2 Internrevisjonens vurderinger.....	12
4 Konklusjon og anbefalinger.....	13
4.1 Konklusjon	13
4.2 Anbefalinger	13

Vedlegg 1 - Dokumentoversikt

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i foretaksgruppen i perioden september 2016-august 2017.

Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen er å bekrefte at risikostyringen i foretaksgruppen foregår i samsvar med krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og gjennomføres på en slik måte at risikoen for manglende måloppnåelse er innenfor akseptert nivå.

Revisjonen har omfattet alle foretakene inklusive Helse Nord RHF og Helse Nord IKT, og gjelder risikostyringen i 2015 og 2016. Det skrives én rapport, adressert til Helse Nord RHF.

Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved bruk av dokumentgjennomgang og intervjuer.

Konklusjon

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.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å iverksette tiltak for å sikre at alle foretakene legger Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602) til grunn for risikostyringsarbeidet, og tiltak for å harmonisere og forbedre kvaliteten på foretakenes etterlevelse av retningslinjenes sentrale krav. Videre, å iverksette rutiner som innebærer grundigere oppfølging av, og kontroll med, foretakenes risikostyringsarbeid, samt definere egne mål for den årlige risikostyringen i de foretakene som ikke er sykehusforetak. Til sist anbefaler vi også at Helse Nord RHF, i samråd med de underliggende helseforetakene, vurderer behovet for å gjøre endringer i gjeldende retningslinjer for risikostyring (RL1602).

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon gjennomført i perioden fra september 2016 til august 2017. Oppdraget inngår i vedtatt revisjonsplan for 2016-2017. Bjørn Ole Kristiansen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret. Det skrives én rapport, adressert til Helse Nord RHF. Revisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt foretakene 15.09.2016
- Gjennomgang av innsendt dokumentasjon og andre innhentede dokumenter
- Intervjuer med ledere og medarbeidere i alle reviderte enheter, i perioden november-desember 2016
- Oppsummeringsmøter med alle reviderte enheter, i april og mai 2017
- Utkast til rapport oversendt 30.06.2017 til uttalelse og kvalitetssikring av fakta, tilbakemelding mottatt 18.08.2017

1.1 Krav om risikostyring

Helse Nord RHF er gjennom eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) pålagt å etablere systemer for risikostyring. Kravet ble stilt første gang i foretaksmøte 24. januar 2008 (pkt. 4.3.1):

"Styret skal påse at Helse Nord RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Rapport fra styrets gjennomgang skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2008. I tillegg skal det redegjøres for styrets arbeid i Årlig melding."

Kravet er gjentatt i senere foretaksmøter og oppdragsdokumenter, bl.a. i foretaksmøte 30. januar 2012 (pkt 5.2): *"Foretaksmøtet viste til tidligere krav om å ha god intern kontroll og systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. Det skal rapporteres om arbeidet i årlig melding."*

1.2 Formål

Revisjonens formål er å bekrefte at risikostyringen i foretaksgruppen foregår i samsvar med krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og gjennomføres på en slik måte at risikoen for manglende måloppnåelse er innenfor akseptert nivå.

1.3 Omfang og avgrensninger

Revisjonen er avgrenset til foretaksgruppens gjennomføring av risikostyring i 2015 og 2016, og har omfattet alle foretakene inklusive Helse Nord RHF og Helse Nord IKT, som da var en enhet i HN RHF. Det skrives én rapport, adressert til Helse Nord RHF.

1.4 Fokusområder

I dette oppdraget har internrevisjonen først og fremst hatt fokus på følgende:

- Hvordan Helse Nord RHF har etterlevd departementets krav om risikostyring i foretaksgruppen, herunder hvordan kravet er videreformidlet og fulgt opp overfor de underliggende foretakene.
- Hvordan de underliggende foretakene har etterkommet kravene fra Helse Nord RHF knyttet til risikostyring.

1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med. I dette revisjonsoppdraget er kriteriene hentet direkte fra kravet om risikostyring som eier – Helse- og omsorgsdepartementet – har stilt i foretaksmøter med Helse Nord RHF, se kap. 1.1 foran:

- Styret skal påse at Helse Nord RHF har etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.
- Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres
- Korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes
- Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger
- Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen
- Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.
- Det skal redegjøres for styrets arbeid i Årlig melding.

Følgende metodedokument/rammeverk for risikostyring har vært vektlagt i vurderingen av om observasjonene tilsier at departementets krav er innfridd:

- «Risikostyring i staten», Metodedokument utgitt i 2005 av Senter for statlig økonomistyring, SSØ (nå Direktoratet for økonomistyring, DFØ).
- «Helhetlig risikostyring – et integrert rammeverk», utgitt i 2004/2005 av COSO/Norges Interne Revisorers Forening.

2 Metoder

Følgende metoder er benyttet:

- **Dokumentgjennomgang**
Dokumenter tilsendt fra foretakene og innhentet fra foretaksgruppens websider er vurdert opp mot revisjonskriteriene og benyttet i forberedelse til intervjuer.
- **Intervjuer**
Det er gjennomført intervjuer med utvalgte nøkkelpersoner i foretaksledelse og stab ved alle foretakene.

3 Observasjoner og vurderinger

I dette kapitlet gjennomgås revisjonskriteriene ett for ett, med redegjørelse for internrevisjonens observasjoner og vurderinger. Kriteriet om at styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger er flyttet frem i forhold til fremstillingen i kap. 1.5, hvor oppstillingen følger kravet fra foretaksmøtet i 2008. Dette gir en mer logisk fremdrift i omtalen av risikostyringsprosessen.

3.1 Systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik

3.1.1 Observasjoner

Internrevisjonen mener det er naturlig å vurdere dette kravet til å dreie seg om hvorvidt det er etablert tilfredsstillende felles retningslinjer, prosedyrer og rutiner for risikostyring i foretaksgruppen.

Styret i Helse Nord RHF vedtok i april 2009 «Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord» (RL1602), og i mai samme år ble disse behandlet i foretaksmøter i samtlige foretak og vedtatt som gjeldende konsernbestemmelse for risikostyring. Retningslinjene bygger bl.a. på metodedokumentet "Risikostyring i staten", utgitt av Senter for statlig økonomistyring (nå Direktoratet for økonomistyring), som igjen er basert på det anerkjente internasjonale rammeverket COSO ERM (Enterprise Risk Management/ Helhetlig risikostyring). RL1602 kom i oppdatert versjon i januar 2015.

Det fremgår av RL1602 at Helse Nord RHF årlig skal definere et antall overordnede styringsmål som skal følges særlig opp i løpet av året. Dette er ivarettatt ved at det i oppdragsdokumentene til de underliggende helseforetakene hvert år er definert overordnede mål (og ev. delmål) som skal benyttes i risikostyringen dette året. Målene for 2016 ble kommunisert i flere omganger og med noe ulikt innhold, bl.a. fordi man på et tidspunkt føyde til nye mål med utgangspunkt i de styringsmål som kom fra Helse- og omsorgsdepartementet.

3.1.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen konstaterer at Helse Nord RHF har utarbeidet retningslinjer for risikostyring i foretaksgruppen som alle foretakene plikter å følge, og at disse retningslinjene er i samsvar med anerkjente rammeverk. Det konstateres videre at det årlig er definert felles styringsmål som skal benyttes i risikostyringen i foretaksgruppen. Gjennom dette har Helse Nord RHF etter internrevisjonens vurdering innfridd kravet om å etablere systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik i foretaksgruppen.

3.2 Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger

3.2.1 Observasjoner

Internrevisjonen legger til grunn at HOD gjennom dette kravet vil sikre at *målsettingene* som velges ut til oppfølging i risikostyringsprosessen er vesentlige for foretaksgruppen. Dermed er det gjort en logisk og nødvendig avgrensning mot kravet som gjengis og behandles i neste kapittel (3.3), om å identifisere risikoer knyttet til disse målene.

Målene som Helse Nord RHF har valgt ut for oppfølging i risikostyringsprosessen for 2015 og 2016 er hentet fra foretaksgruppens langsiktige strategi- og måldokumenter. Det fremgår av RL1602 pkt. 3 at Sykehusapotek Nord og RHF-ets enheter kan gis andre hovedmål enn foretaksgruppen for øvrig, men internrevisjonen konstaterer at Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT har fått akkurat de samme målene som sykehusforetakene.

I RL1602 stilles det krav om at ledelsen ved det enkelte foretak skal definere foretaksspesifikke mål for oppfølging i risikostyringsprosessen, i tillegg til målene som er valgt ut av Helse Nord RHF. Internrevisjonen konstaterer at flere av foretakene ikke har gjort dette.

3.2.2 Internrevisjonens vurderinger

Det er positivt og viktig at Helse Nord RHF tar utgangspunkt i foretaksgruppens strategi- og måldokumenter ved utvelgelse av mål til bruk i risikostyringsprosessen, slik RL1602 også anbefaler. Internrevisjonen finner det imidlertid uheldig at det ikke er gitt særskilte, relevante mål i oppdragsdokumentene til Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT. Internrevisjonen konstaterer også at selv om flere av foretakene har fulgt retningslinjene og supplert fellesmålene med egne, foretaksspesifikke mål, så har ikke alle gjort det. Også dette er uheldige avvik fra kravene i RL1602.

3.3 Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres

3.3.1 Observasjoner

For å sikre at risikofaktorer knyttet til de utvalgte målene blir identifisert, stilles følgende krav i RL1602 (pkt 3): *Hovedmål og/eller delmål skal risikovurderes i foretaket. I vurderingen av risiko benyttes skalaer for sannsynlighet og konsekvens, og risikoen plottes inn i en risikomatrise.* Deretter vises til en matrise som anbefales benyttet (hentet fra Direktoratet for økonomistyring), og det påpekes at det kan være hensiktsmessig å gå veien om en definering av hvilke forhold som er viktigst for å sikre at målet nås, dvs. de kritiske suksessfaktorene (KSF-ene), og risikovurdere hvert av disse.

I revisjonen har det fremkommet at mange av foretakene gjennomfører risikovurderingene med bruk av skala for sannsynlighet og konsekvens, jf. malen som anbefales i RL1602. Flere foretak gjennomfører imidlertid risikovurderingene på andre måter, basert på andre verktøy og annen metodikk. Noen benytter ikke skala for sannsynlighet og konsekvens. Det gjelder bl.a. Helse Nord IKT, som i perioden som omfattes av denne revisjonen i svært liten grad har lagt RL1602 til grunn for risikostyringsarbeidet. Enkelte foretak benytter KSF-er (kritiske suksessfaktorer) for å komme frem til endelig risiko for noen av målene.

Internrevisjonen konstaterer også at det er stor variasjon i hvordan risikovurderingene gjennomføres i praksis. I enkelte foretak starter man på klinikknivå og sammenfatter på foretaksnivå, men det er mest vanlig at risikovurderingene bare utføres av foretakets ledergruppe eller deler av denne, gjerne med bistand fra stab. Bruk av fag- eller nøkkelpersoner fra organisasjonen for øvrig er i liten grad dokumentert, men det har fremkommet i intervjuer at flere foretak trekker inn slik kompetanse ved behov.

Risikovurderingen for hele foretaksgruppen som foretas av Helse Nord RHF, gjøres av en arbeidsgruppe hvor også fagpersonell utenfor ledergruppen deltar. Det er imidlertid opplyst at dette skjer uten at de risikovurderingene som er gjort i de underliggende foretak legges til grunn. Etter det internrevisjonen er kjent med utføres det ikke selvstendig risikovurdering for RHF-ets egne aktiviteter, men det fremkom i enkelte intervjuer at man mener relevante risikoer knyttet til RHF-ets oppgaver inngår i vurderingen man gjør for hele foretaksgruppen.

3.3.2 Internrevisjonens vurderinger

Det gjøres mye grundig og faglig godt risikovurderingsarbeid i foretaksgruppen, opp mot målene som er valgt ut for bruk i den årlige risikostyringsprosessen. Det er imidlertid uheldig at flere av foretakene ikke gjør vurderingene i samsvar med RL1602, og heller ikke benytter skala for sannsynlighet og konsekvens.

Det er Helse Nord RHF's ansvar å gjennomføre en sammenfattende risikovurdering av de utvalgte mål for foretaksgruppen som helhet. Etter internrevisjonens oppfatning viser

observasjonene som er beskrevet ovenfor at dette er en krevende oppgave som Helse Nord RHF til dels mangler nødvendig grunnlag for å gjennomføre på tilfredsstillende vis. Graden av etterlevelse av RL1602 varierer mye i foretaksgruppen, og det er store forskjeller i hvor mye foretakene gjør seg nytte av kunnskapen til helse- og fagpersonell utenfor ledergruppe og stab i denne prosessen. Det er også uheldig at foretakenes egne risikovurderinger ikke er innhentet og lagt til grunn når den sammenfattende vurderingen gjøres i Helse Nord RHF, selv om denne gjøres av kompetent personell med god kunnskap om de underliggende foretakenes aktivitet og utfordringer. Alt i alt mener internrevisjonen det må konkluderes med at det knytter seg ikke ubetydelig usikkerhet til resultatet av denne sammenfattende risikovurderingen.

3.4 Korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes

3.4.1 Observasjoner

Dette kriteriet dreier seg om hvordan man i foretaksgruppen tar beslutning om risikohåndtering, og hvordan håndteringen gjennomføres i form av ulike tiltak. RL1602 gir følgende veiledning i hvordan foretaket, med utgangspunkt i de gjennomførte risikovurderinger, kommer frem til hvilke risikoer som må reduseres: *Det må også tas stilling til hva som er et akseptabelt nivå for risikoen for ikke å nå den aktuelle målsettingen, altså hvilken risikotoleranse vi har på området. Deretter må det konkluderes på om den avdekkede risikoen ligger innenfor det nivået. Retningslinjene stiller så følgende krav: Risikovurderingen legges til grunn for beslutning om hvilke risikoer som må reduseres, og hvilke tiltak som skal iverksettes for å oppnå dette. Effekten av tiltakene må vurderes i ettertids, for avklaring av om de har vært tilstrekkelige eller om det er behov for ytterligere tiltak.*

Det har fremkommet i intervjuene at foretakene legger de gjennomførte risikovurderingene til grunn for beslutning om hvilke tiltak som skal iverksettes, men det er i liten grad gitt uttrykk for at man har et bevisst forhold til nivået for risikotoleranse knyttet til de ulike målene. I de fleste foretakene fremsto det også som uklart om de vedtatte tiltak faktisk var blitt gjennomført, og man har i liten grad etterlevd kravet om vurdering av tiltakene i ettertids. Dokumentasjonen for denne delen av prosessen var generelt svak i hele foretaksgruppen, selv om det fra enkelte foretak ble fremlagt dokumentasjon for tiltak som er besluttet, med angivelse av tiltaksansvarlig.

3.4.2 Internrevisjonens vurderinger

Det er positivt at de risikovurderingene som blir gjennomført også legges til grunn for vurdering av behov for iverksetting av tiltak, men internrevisjonen mener en økt bevissthet rundt foretakenes risikotoleranse vil være nyttig her. Det vil bidra til at man klarere ser hvilke avdekkede risikoer som kan aksepteres, og hvilke som må søkes redusert eller fjernet fordi de ligger utenfor grensene for hva man kan akseptere.

Det er uheldig at flere av foretakene er usikre på, og ofte ikke kan dokumentere, i hvilken grad de vedtatte tiltakene faktisk er blitt iverksatt, og at det sjelden er gjennomført en vurdering i ettertid av om tiltakene har vært tilstrekkelige. Dette gjør det vanskelig for foretaket og andre å vite om foretakets risikovurderinger har blitt fulgt opp slik at risikoen for manglende måloppnåelse er redusert til akseptabelt nivå.

3.5 Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen

3.5.1 Observasjoner

For at den ledelsesmessige forankringen skal sies å være tilfredsstillende i hele organisasjonen har internrevisjonen lagt til grunn at ledelsen på flere nivåer i foretaket skal være involvert i risikostyringsarbeidet, og at toppledelsen må vise et synlig engasjement for risikostyring.

I RL1602 er det eget punkt om ledelsens oppfølging av risiko, som inneholder krav om at både risikovurderingene og iverksetting av tiltak skal følges regelmessig opp i ledermøter i foretakene og i direktørmøter. I intervjuene har det fremkommet at risikovurdering og iverksetting av tiltak følges jevnlig opp i ledermøter o.l. i de fleste foretakene. Oppfølgingens innhold og omfang er imidlertid vanskelig å fastslå, da det også fremkom at det sjelden dokumenteres konkret hvilke mål og risikoer tiltakene gjelder.

Internrevisjonen har etterspurt graden av synlig engasjement fra ledelsen i foretakene og fra RHF-et, knyttet til risikostyring. Det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner på dette punkt ettersom vi i hovedsak har intervjuet ledere og stabspersonell med roller i risikostyringen, men det kan konstateres at det er variasjon her. Enkelte ledere vurderte risikostyringen som et sentralt og nyttig element i foretakets mål- og resultatstyring og hadde tatt oppfølging av tiltak inn i dialogavtaler, tavlemøter o.l., mens andre ledere har hatt mindre fokus på risikostyringen. Som påpekt i kap. 3.3.1 foran, har ikke alle foretak lagt RL1602 til grunn for risikostyringen, men det har fremkommet at alle nå i 2017 er i gang med å implementere disse retningslinjene. Ved enkelte foretak ble det gitt uttrykk for at man ikke opplevde engasjementet fra Helse Nord RHF som sterkt og tydelig, det ble bl.a. vist til at man sjelden fikk oppfølgingsspørsmål knyttet til den pålagte tertialvise rapporteringen.

3.5.2 Internrevisjonens vurderinger

Det er positivt at risikovurderinger og iverksetting av tiltak følges opp i ledermøter o.l. i de fleste foretakene. Internrevisjonen konstaterer likevel at det foreligger klare forbedringsmuligheter her, særlig for dokumentasjon av oppfølgingen.

Internrevisjonen konstaterer videre at ledelsen ved flere foretak er, og blir oppfattet som, sterkt engasjerte pådrivere i arbeidet med risikostyring. Dette er etter

internrevisjonens vurdering helt avgjørende for at risikostyringen skal bli gjennomført på en god måte som et element i foretakets mål- og resultatstyring, i samsvar med RL1602 og kravet fra HOD. Ved andre foretak har ikke engasjement vært like sterkt. Det kan også stilles spørsmål ved om Helse Nord RHF's engasjement har vært tilstrekkelig, og om man har klart å formidle et inntrykk av slikt engasjement ut til foretakene.

3.6 Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.

I tillegg til temaet «ledelsens gjennomgang», vil også den tertialvise rapporteringen som foretakene pålegges i RL1602 bli omtalt i dette kapitlet.

3.6.1 Observasjoner

a) Ledelsens gjennomgang:

Styret i Helse Nord RHF har hvert år behandlet risikostyringen i foretaksgruppen i egen sak om «ledelsens gjennomgang av virksomheten». I saksdokumentet for 2015 er det gjort rede for ledelsens vurdering av risikoen for målene som er valgt ut for risikostyring, men uten angivelse av sannsynlighet og konsekvens. I styresaken med ledelsens gjennomgang for 2016 fremgår det hvordan risikoen er satt sammen av sannsynlighet og konsekvens, men her er det vanskeligere å se at de risikovurderte målene stemmer med de som er definert for bruk i risikostyringen dette året. Det antas bl.a. å ha sammenheng med observasjonen som er gjengitt i kap. 3.1.1 foran, om at målene for 2016 ble kommunisert i flere omganger og med noe ulikt innhold.

Videre har det fremkommet i intervjuer at saksfremleggene er mer basert på den kunnskap og oversikt RHF-administrasjonen har om risikostyringen i foretaksgruppen, enn på vurderinger gjort i foretakenes egne «ledelsens gjennomgang», eventuelt andre konkrete innspill fra foretakene.

Helse Nord RHF har videreført kravet om årlig gjennomgang i oppdragsdokumentene til de underliggende helseforetakene. Internrevisjonen konstaterer at foretakenes omtale av risikostyringen i styresakene om «ledelsens gjennomgang av internkontrollen» varierer mye i omfang og kvalitet. Også innholdsmessig er det sprik, fra gjennomgang av systemet med hovedvekt på kvalitet og miljø, til resultatreddegjørelse for økonomi og pasientsikkerhet

b) Tertialvis rapportering:

RL1602 krever at foretaksstyrene i første tertial skal behandle administrasjonens risikovurdering av risikostyringsmålene, og at de i annet tertial skal behandle oppfølgingen av risikoer som er avdekket i første tertial. Dette gjelder også for Helse Nord RHF. Alle styrene, med unntak av styringsgruppen i HN IKT, har fått disse temaene

til behandling gjennom tertialrapportene. Internrevisjonen konstaterer imidlertid at omtalen i tertialrapportene varierer mye i kvalitet, og at det med få unntak sies lite om hvilke uakseptable risikoer som er identifisert eller hvilke tiltak som er iverksatt. Sakene begrenser seg ofte til opplysning om status i arbeidet, supplert med noe resultatrapportering.

Styret i Helse Nord RHF har i tertialrapportene for 1. og 2. tertial fått kortfattet informasjon om hvor langt de underliggende foretakene har kommet i risikostyringsarbeidet, men det sies ikke noe om resultatet av de gjennomførte risikovurderinger (1. tertial) eller oppfølgingen av uakseptable risikoer (2. tertial). Det har fremkommet i intervjuer at informasjonen her ikke er basert på de underliggende foretakenes tertialrapporter. RHF-ets tertialrapporter inneholder ingen opplysninger om risikovurderinger eller oppfølging direkte mot RHF-et og dets enheter (som HN IKT og SKDE), og ingen sammenfattende oppsummering for foretaksgruppen.

3.6.2 Internrevisjonens vurderinger

a) Ledelsens gjennomgang:

Internrevisjonen mener det foreligger muligheter for betydelig forbedring i informasjonen om risikostyring i styresakene om «ledelsens gjennomgang». Det antas hensiktsmessig at styret får en kort redegjørelse for risikostyringen i foretaksgruppen hvor det fremgår om definering av mål, gjennomføring av risikovurderinger, iverksetting og oppfølging av tiltak, rapportering til styret m.m. blir gjennomført i samsvar med vedtatte retningslinjer. Og det bør foreligge konkret og pålitelig informasjon fra de underliggende foretakene når oppsummeringen til RHF-styret utformes.

b) Tertialvis rapportering:

Etter internrevisjonens oppfatning er det et klart forbedringspotensial i informasjonen om risikostyring som gis RHF-styret i tertialrapportene for 1. og 2. tertial. I rapporten for 1. tertial kan det gis en kort og presis orientering om gjennomførte risikovurderinger og de viktigste konklusjoner fra disse, først og fremst avdekkede behov for risikoreduserende tiltak. Det er naturlig at det tas inn en konklusjon for foretaksgruppen som helhet, inklusive Helse Nord RHF. I rapporten for andre tertial er det naturlig å gjøre rede for hvordan risikoer avdekket i første tertial er fulgt opp, og hvordan risikobildet har endret seg. Tertialrapportene fra de underliggende foretakenes kan også bli bedre, og disse, utformet i samsvar med kravene i RL1602, bør inngå i grunnlaget for RHF-ets tertialrapporter.

3.7 Redegjøre for styrets arbeid i årlig melding

3.7.1 Observasjoner

I årlig melding fra Helse Nord RHF for 2015 og 2016 er risikostyringsarbeidet ikke omtalt. Dette kan skyldes at risikostyring ikke lenger inngår som punkt i HODs mal for

årlig melding fra RHF-et. Etter det som er opplyst, har ikke departementet etterlyst slik redegjørelse.

Det fremgår av RL 1602 at det skal redegjøres for foretakets arbeid med risikostyring i årlig melding. Internrevisjonen konstaterer at de fleste foretakene sier lite her om hvordan arbeidet med risikostyring har foregått, og i årlig melding for 2016 er det flere foretak som ikke omtaler risikostyring. Dette er oppgitt å ha sammenheng med at omtale av risikostyring ikke inngikk i malen for årlig melding 2016 som Helse Nord RHF sendte ut.

3.7.2 Internrevisjonens vurderinger

Det fremgår av foretaksprotokollen fra januar 2012 at Helse Nord RHF skal rapportere om arbeidet med risikostyring i årlig melding til HOD. Internrevisjonen konstaterer at dette kravet ikke er etterlevd de siste år. Det synes grunn til å avklare med HOD hvorvidt kravet om rapportering om risikostyring i årlig melding fortsatt står ved lag.

Internrevisjonen mener også at det er brudd på kravet i RL1602, når rapporteringen av risikostyring i årlig melding fra de underliggende foretakene med få unntak er svært generell, og til dels mangler helt.

4 Konklusjon og anbefalinger

4.1 Konklusjon

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.

4.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Iverksette tiltak for å sikre at alle foretakene legger Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602) til grunn for sitt risikostyringsarbeid.
2. Iverksette tiltak for å harmonisere og forbedre kvaliteten på foretakenes etterlevelse av retningslinjenes sentrale krav.
3. Iverksette rutiner som innebærer grundigere oppfølging av, og kontroll med, foretakenes risikostyringsarbeid, herunder vurdere behovet for styrking av tilgjengelig kompetanse på fagfeltet.
4. Definere egne, foretaksspesifikke mål for den årlige risikostyringen i de foretakene som ikke er sykehusforetak.
5. Vurdere behovet for endringer i gjeldende retningslinjer for risikostyring (RL1602), i samråd med de underliggende helseforetakene.

Vedlegg 1 - Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Felles dokumentasjon for foretaksgruppen:

- Protokoller fra foretaksmøter i Helse Nord RHF med eiers overordnede styringsbudskap fra 2008 t.o.m. 2016
- Oppdragsdokumenter 2015 og 2016 fra HOD til Helse Nord RHF
- Oppdragsdokumenter 2015 og 2016 fra Helse Nord RHF til underliggende helseforetak
- Brev fra Helse Nord RHF av 08.12.2014: Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål 2015
- Brev fra Helse Nord RHF av 29.01.2016: Risikostyring 2016 i foretaksgruppen – overordnede mål 2016
- RL1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, 29.06.2015 v.5
- RL4632 Risikovurderingsverktøy, excel.
- Styresak 148/2014 HN RHF: Risikostyring 2015 i foretaksgruppen – overordnede mål
- Styresak 31/2009 HN RHF: Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord

Dokumentasjon fra foretakene:

Internrevisjonen har også innhentet og gjennomgått omfattende dokumentasjon fra de enkelte underliggende foretak, bl.a.:

- Foretaksmøtesaker 2009 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord
- Styresaker om risikostyring og ledelsens gjennomgang
- Tertialrapporter
- Årlig melding
- Diverse prosedyrer, rutinebeskrivelser og policydokumenter
- Dokumentasjon for risikovurderinger og tiltaksoppfølging
- Referater fra ledermøter og oppfølgingsmøter
- Dialogavtaler

Risikostyring i Helse Nord –

Foretaksspesifikt notat til Nordlandssykehuset (NLSH)

Internrevisjonen har levert *internrevisjonsrapport 01/2017 Risikostyring i Helse Nord* til Helse Nord RHF. Rapporten gir en sammenfattende fremstilling av observasjoner, vurderinger og konklusjoner for samtlige foretak i foretaksgruppen, inklusive Nordlandssykehuset.

I dette notatet gis en nærmere redegjørelse for våre observasjoner og vurderinger av Nordlandssykehuset, knyttet opp mot hvert enkelt punkt i rapportens kapittel 3.

Kap. 3.1: Systemer for risikostyring

(«Det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik»)

Dette kapitlet i rapporten gjelder *RHF-ets* etablering av system, dermed er det ikke noe foretaksspesifikt å tilføye her. Redegjørelse for hvordan systemet følges opp i NLSH blir gitt under hvert enkelt punkt nedenfor.

Kap. 3.2: Målsettingene som følges opp i risikostyringen er vesentlige

(«Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsettinger»)

Alle mål og delmål fra RHF-et er tatt med i de risikovurderingene foretaket gjør. NLSH har imidlertid ikke definert og fulgt opp egne foretaksspesifikke mål i tillegg, slik RL1602 krever. Ledelsen har begrunnet dette med at mengden mål og delmål som gis fra RHF-et «allerede er nær å sprengte rammene for hva man i praktisk, månedlig og løpende fokusert risikostyring på flere ledernivå i HF'et kan følge opp som særlig fokuserte områder».

Kap. 3.3: Identifisering av risikofaktorer

(«Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres»)

Ut fra intervjuer og fremlagt dokumentasjon konstaterer internrevisjonen at NLSH foretar risikovurderinger, også opp mot de definerte målene, men at dette ikke gjøres slik som beskrevet i retningslinjene (RL1602), og at dokumentasjonen er mangelfull. Det er opplyst at foretaket bruker de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene til å identifisere risikoer, som tas videre inn i «Ledelsens gjennomgang. Det er imidlertid ikke lagt frem dokumentasjon for systematiske risikovurderinger med bruk av matrise for sannsynlighet og konsekvens, verken på klinikknivå eller foretaksnivå, ut over noen få eksempler hvor retningslinjenes krav er fulgt helt eller delvis. F.eks. en illustrasjon i årlig melding for 2015

hvor de tre «hovedmålene» er plottet inn i en matrise med sannsynlighet og konsekvens, og en matrise som viser risikovurdering av ett av de definerte målene for 2016 (Sykefravær under 7,5 %), hvor anbefalt mål og verktøy er brukt.

Kap. 3.4: Iverksetting av korrigerende tiltak

(«Korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes»)

Internrevisjonen konstaterer at korrigerende tiltak, også opp mot risikoer avdekket i risikostyringsarbeidet, besluttet iverksatt på flere nivåer i organisasjonen og er et gjennomgående tema i oppfølgingsmøtene med klinikkene. Men i hvilken grad disse tiltakene er relevante, tilstrekkelige og hensiktsmessige kan vanskelig fastslås i ettertid, da det ikke er gjort noen samlet, konkret og dokumentert vurdering og beskrivelse av hvilke tiltak som skal iverksettes opp mot de avdekkede risikoene. Det er heller ikke fremlagt dokumentasjon for at man har fulgt opp og undersøkt om de besluttede tiltakene faktisk er iverksatt og har hatt tilsiktet effekt, slik RL1602 krever.

Det fins referanser til iverksetting av tiltak og etterfølgende vurderinger i referatene fra de klinikkvise oppfølgingsmøter og enkelte referater fra ledermøter o.l., men dette er lite systematisk og konkret. Status i tiltaksgjennomføringen omtales også til dels i tertialrapporter og årlig melding, men da naturlig nok i form av generelle og overordnede beskrivelser.

Kap. 3.5: Ledelsesforankring

(«Styringssystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen»)

Ledelsens engasjement og fokus på risikoer i foretakets løpende drift, økonomi, prosjekter m.m. fremstår som tydelig og sterkt i NLSH. Foretaket bruker bl.a. ledelsens gjennomgang meget aktivt i virksomhetsstyringen. Engasjementet for å følge Helse Nords retningslinjer for risikostyring – RL1602 – har ikke vært like tydelig.

Kap. 3.6: Styrebehandling av ledelsens gjennomgang, tertialrapportering

(«Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik»)

Internrevisjonen registrerer at det legges betydelig vekt på arbeidet med ledelsens gjennomgang (LGG) i NLSH, det er bl.a. vedtatt egne retningslinjer for dette (RL2339).

I den årlige styresaken om LGG omtales risikostyringen med opplysning om hvilke mål man har vært pålagt å følge opp dette året, samt redegjørelse for status (måloppnåelse i forhold til krav). Det gis også litt annen informasjon, men det sies lite om hvordan NLSH har arbeidet med risikostyring opp mot de gitte mål, eller hvilken effekt dette arbeidet har hatt.

Det gjøres rede for arbeidet med risikostyring i tertialrapportene for 1. og 2. tertial, som krevd i RL1602. Her får styret en kort orientering om at det er gjennomført risikovurderinger som er lagt til grunn for utarbeidelse av risikoreduserende tiltak.

Kap. 3.7: Årlig melding

(«Redegjøre for styrets arbeid i årlig melding»)

I årlig melding for 2015 er kapitlet om risikostyring fyldig. Det informeres om hvilke mål som har inngått i risikostyringen, det orienteres om status (måloppnåelse) og det redegjøres for planlagte tiltak. I årlig melding for 2016 er ikke risikostyring nevnt, det opplyses at dette skyldes at omtale av risikostyring ikke inngikk i malen for årlig melding 2016 som Helse Nord RHF sendte ut.

Avsluttende kommentarer

Selv om det er konstatert betydelige avvik i foretakets etterlevelse av Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602), som man etter vedtak i foretaksmøte er pålagt å følge, vil internrevisjonen understreke at det ut fra intervjuer og fremlagt dokumentasjon kan slås fast at det jobbes systematisk og godt i Nordlandssykehuset med å holde risikoer på et akseptabelt nivå.

Møtedato: 19. desember 2018
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Hilde Rolandsen, 91568738

Sted/Dato:
Bodø, 12.12.2018

**Styresak 161-2018 Oppfølging av internrevisjonsrapport 01/2017:
Risikostyring i Helse Nord - oppfølging av
styresak 100-2017**

Saksdokumentene var ettersendt.

Formål

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 100-2017 Internrevisjonsrapport 01/2017: Risikostyring i Helse Nord* i styremøte 27. september 2017. Styret fattet følgende vedtak i punkt 2: *Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding høsten 2018, om hvordan rapportens anbefalinger er fulgt opp.*

Denne styresaken skal informere styret i Helse Nord RHF om hvordan anbefalingene fra internrevisjonsrapport 01/2017 er fulgt opp i foretaksgruppen.

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gått igjennom utkast til denne styresaken. Deres innspill er tatt inn i endelig saksfremlegg.

Internrevisjonsrapport 01/2017- konklusjon og anbefalinger

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.

Internrevisjonen ga fem anbefalinger til Helse Nord RHF:

1. Iverksette tiltak for å sikre at alle foretakene legger *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602)* til grunn for sitt risikostyringsarbeid.
2. Iverksette tiltak for å harmonisere og forbedre kvaliteten på foretakenes etterlevelse av retningslinjenes sentrale krav.
3. Iverksette rutiner som innebærer grundigere oppfølging av, og kontroll med, foretakenes risikostyringsarbeid, herunder vurdere behovet for styrking av tilgjengelig kompetanse på fagfeltet.
4. Definere egne, foretaksspesifikke mål for den årlige risikostyringen i de foretakene som ikke er sykehusforetak.
5. Vurdere behovet for endringer i gjeldende retningslinjer for risikostyring (RL1602), i samråd med de underliggende helseforetakene

Status for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger

Risikostyring er et langsiktig arbeid. Nedenfor redegjøres for iverksatte aktiviteter som ventes å ivareta anbefalingene fra internrevisjonens rapport.

1. Iverksette tiltak for å sikre at alle foretakene legger *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602)* til grunn for sitt risikostyringsarbeid.

Det første kravet om å etablere risikostyring kom i foretaksmøte i januar 2008. De første årene var det rettet ekstra oppmerksomhet på å få nødvendige strukturer på plass, herunder etablering av retningslinjer og å bygge rutiner rundt rapportering. De siste årene har oppfølgingen fra Helse Nord RHF vært rettet mot at helseforetakene jobbet med bruk av metodikken i virksomhetsstyringen, og mindre fokus på selve rapporteringen.

Helse Nord IKT HF (HN IKT)

Internrevisjonens rapport har eksplisitt pekt på at HN IKT «*i svært liten grad har lagt RL1602 til grunn for risikostyringsarbeidet.*» Helseforetaket har tidligere lagt til grunn RL1602 i risikostyring på prosjektnivå, men ikke på virksomhetsnivå.

Helseforetaket har fulgt opp internrevisjonens anbefalinger med å utarbeide *Rammer for risikostyring* - et rammeverk som beskriver hvordan risikostyring skal utøves på både virksomhets- og operativt nivå. Rammeverket foreligger i høringsversjon.

Risikostyring er i ferd med å bli integrert i mål- og resultatstyringen. Dette gjennomføres trinnvis slik at alle overordnede strategiske mål etter hvert skal underlegges risikovurdering i tråd med retningslinjene for risikostyring i Helse Nord.

Vurderingen er at dette vil tilfredsstille kravene i RL1602.

2. Iverksette tiltak for å harmonisere og forbedre kvaliteten på foretakenes etterlevelse av retningslinjenes sentrale krav.

Det er få personer som jobber med risiko i de enkelte helseforetak. Miljøene er små, og det er relativt store forskjeller i gjennomføring av risikostyring.

Controller-nettverket er regionens arena for oppfølging av internkontroll og risikostyring. Denne gruppen har de siste tre år i hovedsak vært opptatt av innføring av KPP¹, og har ikke hatt særskilt oppmerksomhet om internrevisjonens rapport.

Nordlandssykehuset HF har høy modenhet og god kompetanse innenfor internkontroll og risikostyring. De har tatt initiativ til å danne nettverk for risikostyring mellom helseforetakene. Et nettverk med mandat, felles mål og jevnlig møter vil bli arena for kunnskapsdeling og dialog rundt følgende tema:

¹ KPP: Kostnad Pr. Pasient

- Utdveksling av erfaring og informasjon
- Bidra til kompetanseheving innen risiko
- Bidra til standardisering, profesjonalisering, felles rutiner og praksis
- Bidra til koordinering og forankring av, samt gi innspill til, pågående prosesser innen risikofeltet.
- Være et forum som gir innspill til beslutningstakere i de lokale helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Nettverket skal ikke ha beslutningsmyndighet eller ansvar ut over deltakernes egne roller i eget helseforetak, men skal gjennomgå relevante tema for å bidra til erfaringsoverføring og samordning av aktiviteter der dette er hensiktsmessig. Forslag til mandat for nettverket legges frem for adm. direktør primo 2019.

3. Iverksette rutiner som innebærer grundigere oppfølging av, og kontroll med, foretakenes risikostyringsarbeid, herunder vurdere behovet for styrking av tilgjengelig kompetanse på fagfeltet.

Ved utarbeidelse av rapport om *Ledelsens gjennomgang* i 2018 har Helse Nord RHF systematisk gjennomgått tilsvarende dokumenter i hvert av helseforetakene, se tabell 1 nedenfor.

Foretak	Samlet for Helse Nord	FIN	UNN	SANO	IKT	NLSH	HSYK
1.Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen							
A. Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter er under 50 dager innen 2021	Middels risiko	Lav risiko	Middels risiko	Ikke relevant	Ikke relevant	Middels risiko	Lav risiko
B. Det skal ikke være fristbrudd	Middels risiko	Middels risiko	Middels risiko	Ikke relevant	Ikke relevant	Middels risiko	Middels risiko
C. Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid	Høy risiko	Middels risiko	Middels risiko	Ikke relevant	Ikke relevant	Middels risiko	Høy risiko
3.Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell							
d) Gjennomsnittlig sykefravær skal være < 7,5 % og kortidsfraværet skal reduseres til gjennomsnittlig < 2 % for foretaket	Høy risiko	Middels risiko	Høy risiko	Lav risiko	Middels risiko	Middels risiko	Lav risiko
4.Innfri de økonomiske mål i perioden							
e) Økonomisk resultat i tråd med plan (Erling - sjekk)	Høy risiko	Middels risiko	Høy risiko	Lav risiko	Middels risiko	Høy risiko	Middels risiko

Tabell 1: Samlet vurdering av risiko knyttet til overordnede mål i 2018 – alle HF.

Det er fremdeles stor variasjon i kvaliteten i gjennomføringen. Nordlandssykehuset HF er trolig det helseforetaket som er kommet lengst. Det må arbeides bedre med dokumentasjon av:

- Identifisering av årsak til risiko og korrigerende tiltak
- Regelmessig gjennomgang både i klinikker, ledelse og styrene

Utvikling av risiko og risikotoleranse

Internrevisjonens rapport peker på at helseforetakene i liten grad har et bevisst forhold til risikotoleranse, og om vedtatte tiltak er gjennomført. Det er et uttrykk for at risikostyringen ikke har hatt tilstrekkelig fokus på ledernivå.

Riksrevisjonens rapport *Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten* (2018) peker også på at utviklingen i risiko i liten grad synliggjøres. Dette er innarbeidet i rapporten *Ledelsens gjennomgang 2018*.

Oppdragsdokument 2019 vil ha et eget punkt om risikostyring, og i oppfølgingsmøtene blir det lagt til rette for mer systematisk gjennomgang av risikostyringen i hvert helseforetak.

4. Definere egne, foretaksspesifikke mål for den årlige risikostyringen i de foretakene som ikke er sykehusforetak.

I prosessen med utarbeidelsen av hovedmål og delmål for foretaksgruppen for 2019, er det gjennomført egne møter med Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF for å vurdere om helseforetakene skal ha egne hovedmål og delmål. Det er konkludert med at begge skal følge samme hovedmål som resten av foretaksgruppen. Det vises til tabell 3 nedenfor.

Sykehusapotek Nord HF

Det er konkludert med ett delmål som i tillegg skal gjelde for Sykehusapotek Nord²:

- Antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt

Helse Nord IKT HF

Det er konkludert med at helseforetaket i tillegg skal risikovurdere fire egne strategiske mål som skal komme i tillegg til felles mål som fremkommer av tabell 2 nedenfor.

- L1 – Stabile, kostnadseffektive og sikre tjenester
- L2 – Gode kundeopplevelser og god service
- L3 – Helhetlig informasjonssikkerhet
- L4 – Løse regionale behov for felles digitale løsninger

Den samlede plan for overordnede mål og delmål for risikostyring for 2019 følger av tabell 2 nedenfor.

² Se også tabell 3 nedenfor

Delmål som skal bidra til oppfylle de regionale og nasjonale overordnede styringsmål for 2019						
Nasjonale mål	A	Oppfylle nasjonale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen		Resultat		
	1	Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen		Se OD 2019. Forutsettes at HF-ene gjør egenvurdering på risiko på disse punktene		
	2	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling				
	3	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet				
Regionale mål	B	Sikre god pasient- og brukermedvirkning	MÅL	HF Mnd	HN IKT	SANO
	1	Antall behandlingsbeskrivelser publisert på HF-enes nettsider skal øke	> 150	x		
	C	Sikre tilstrekkelig kvalifisert personell				
	1	Sykefravær samlet innen 2021	< 7,5%	x	x	x
	2	Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018	Øke 1pp	x		
	3	Andel heltidsstillinger for helsefagarbeidere innen 2021	> 5 %	x		x
	D	Innfri de økonomiske mål i perioden				
	1	Se resultatkrav fra Helse Nord		x	x	x
	2	Invest. gj.f. i hht vedt.ramme (tid, kostn. og innhold)		x	x	x
	3	Antall ad-hoc anskaffelser skal reduseres i 2019 og være lavere enn 25 innen 2021	< 25	x	x	x
	E	Samhandling				
	1	Andel legemiddellister samstemte ved innleggelse	> 90%	x		
	2	Antall samhandlingsavvik meldt fra kommune	Antall	x		
	3	Antall samhandlingsavvik meldt fra spes.h.tj.	Antall	x		
	4	Antall ei.førte utskr.samt. m/farmas.	>X*			x

Tabell 2: Overordnede mål for risikostyring i 2019

5. Vurdere behovet for endringer i gjeldende retningslinjer for risikostyring (RL1602), i samråd med de underliggende helseforetakene.

Nåværende retningslinjer er basert på COSO-rammeverket (2004), bygger på dokumentet *Risikostyring i staten* (2005), og ble oppdatert i 2015.

I 2017 ble det utgitt nytt COSO-rammeverk og ny veileder for risikostyringsfunksjonen. Det er flere vesentlige endringer, bl. a:

- Definisjonen av risiko er endret.
- Risikostyringens rolle knyttet til strategi og utvikling er sterkere vektlagt.
- Klarere kobling mot prestasjoner, resultater og organisasjonskultur.
- En ny kategori er lagt til: Å forfølge muligheter.

Det er behov for å gjennomgå retningslinjene på nytt, og arbeidet er nylig startet. Nettverk for risikostyring skal involveres i arbeidet.

Adm. direktørs vurdering

Adm. direktør er fornøyd med at internrevisjonens rapport både har avdekket svakheter i risikostyringen og kommet med konkrete anbefalinger.

Adm. direktør vil legge til at Riksrevisjonens rapport *Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten* (2018) også har påpekt at styrene i helseforetakene i større grad bør involvere seg i risikostyringen i helseforetakene.

Vurdering av resultatutvikling i 2017 og 2018 viser en økende risiko for at foretaksgruppen ikke kommer til å nå sine overordnede mål, og at det er behov for tettere oppfølging av risikoreduserende tiltak.

Utvikling av god risikostyringskultur er et langsiktig arbeid, og det er behov for å styrke kompetansen, og sette av mer tid og ressurser i oppfølgingen fremover.

Adm. direktør vil følge opp at både Helse Nord RHF og helseforetakene sikrer at ansvar for oppfølging av risikostyringen er identifisert, samt at det defineres krav til kompetanse om risikostyring på ledernivå. Kompetansemodule i personalsystemet er riktig sted for å ivareta systematisk oppfølging av dette.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølgingen av *internrevisjonsrapport 01/2017 – Risikostyring i Helse Nord* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å ha fortsatt oppmerksomhet på risikostyringen i Helse Nord RHF og underliggende helseforetak.

Bodø, den 12. desember 2018

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Internrevisjonsrapport 01/2017 – Risikostyring i Helse Nord
2. RL 1602 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord
3. Vurdering av utvikling av risiko knyttet til overordnede mål for foretaksgruppen – ferdigstilles desember 2018.

Vedleggene nr. 1 og 2 er publisert på Helse Nord RHF's nettsted - se her:
[Styremøte i Helse Nord RHF 19. desember 2018](#)

Vedlegg 3

Vurdering av utvikling i risiko knyttet til Helse Nord RHF's overordnede mål 2018 og 2019

MÅL			Desember 2017			Desember 2018			Desember 2018			
			Sanns	Kons.	Risiko	Sanns	Kons.	Risiko	IDENTIFISERTE TILTAK			
						Før nye tiltak			Inkl. tiltak			
1	NASJONALE	Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet										
		Gj.snittlig ventetid <50 dager innen 2021	3	4	12	2	4	8	Viser til helseforetakenes egne planer	2	2	4
		Ingen fristbrudd	4	4	16	3	4	12	Viser til helseforetakenes egne planer	2	2	4
		Pakkeforeløp gjennomført innen normert tid	2	4	8	3	4	12	Økt kapasitet diagnostikk, felles protokoller, tiltak i grensesnitt FINUNN (urologi) og HSYKNLSH lunge	2	2	4
2	REGIONALE	Sikre god pasient og brukermedvirkning	Ikke identif. indikatorer									
Antall beh.beskrivelser publisert på HF's nettsider skal øke >150					4	3	12	Regional tiltaksplan for pasientkommunikasjon	2	3	6	
3		Sikre gode arb.forhold og tilstrekkelig kvalifisert personell										
Sykefravær <7,5% ^ korttidsfravær <2%		5	4	20								
Sykefravær <7,5% innen 2021					5	4	20	Reg. HMS-nettverk: tiltaksplan, nærvars- og forbedringsprosj. Frigjort kapasitet og lederutvikling.	4	4	16	
Gj.snitt stillingsandel sykepleiere økes med 1%-poeng					4	5	20	Løpende virksomhetsrapportering	4	5	20	
Andel heltidsstillinger for helsefagarbeidere innen 2021					4	4	16	Løpende virksomhetsrapportering	4	4	16	
4		Innfri de økonomiske mål i perioden										
Se resultatkrav		3	4	12	4	4	16	Identifiseres i dir.møte 5. desember	4	4	16	
Investeringer gjennomført i hht tid/kost					3	5	15	Styrenes fokus på sitt ansvar. Gj.gang kons.regul.	3	5	15	
Antall ad-hoc anskaffelser redusert 30% innen 2021 (hiå: 37)					4	5	20	Løpende virksomhetsrapportering	3	5	15	
5		Samhandling										
Andel legemiddellister samstemt ved innleggelse > 90%					5	4	20	Implementering ny prosedyre pågår. Krav om måloppnåelse og tert.rapp. videreføres i OD19	4	4	16	
Antall samhandlingsavvik meldt fra kommuner								Ikke ident. måltall, fokus 2019 er synliggjøring				
Antall samhandlingsavvik meldt fra spes.h.tj.								Ikke ident. måltall, fokus 2019 er synliggjøring				
Antall gjennomførte utskrivningssamtaler m/farmasøyt					2	3	6	SAN med ny info ref. e-post 26.11.2018	2	3	6	

Samlet vurdering av risiko knyttet til overordnede mål i 2018