



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	17.02.2025
Saksansvarlig:	Vivi Brenden Bech, assisterende direktør
Saksbehandler:	Andreas Ertesvåg
Møtedato:	25. februar 2025
Saksnr i Elements:	2025/657

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
15/25	25.02.2025	Styret i Finnmarkssykehuset HF

Styresak - Risikostyring i Finnmarkssykehuset HF

Ingress

Styret informeres om hvordan Finnmarkssykehuset HF arbeider med risikostyring. På bakgrunn av erfaringer og innspill videreutvikles foretakets prosesser. Det er tatt flere grep for å bedre risikostyringen.

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar saken om risikostyring i Finnmarkssykehuset HF til orientering.

Ole Hope
Administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord
- 2 Mandat for risikoutvalget FIN HF v.1.0



Formål/Sammendrag

Saken gir en oversikt over hvordan Finnmarkssykehuset HF jobber med risikostyring. Helse Nords regionale retningslinje brukes som grunnlag for foretakets arbeid. I tråd med retningslinjen har foretaket hatt fokus på risikostyring i forbindelse med det pågående reorganiseringsarbeidet. Det er tatt grep med å styrke fokuset på risikostyring i form av opprettelse av et risikoutvalg. Foretaket er pilot i Helse Nord på digitalt verktøy for risikovurderinger, noe som vil bidra til bedre oversikt og oppfølging av risiko.

Bakgrunn

Risikovurdering og risikostyring har vært et fokusområde som i det pågående arbeidet med reorganisering i Finnmarkssykehuset HF. Foretaket tar stadige grep for å videreutvikle og forbedre dette arbeidet. Styret får i denne saken informasjon om hvordan Finnmarkssykehuset HF jobber med risikostyring.

Saksvurdering/analyse

Hva er risikostyring?

Risikostyring kan defineres som «alle aktiviteter som gjøres for å styre risiko». Det handler ikke om å eliminere risiko, men å balansere risiko og mål. Risikostyring i praksis innebærer etablering av strukturer og rutiner for å sikre gode beslutninger.

Helhetlig risikostyring inkluderer informasjon fra blant annet avvik og hendelser, beredskapsanalyser, øvelser og internrevisjon, i tillegg til risikovurderinger. I denne saken er fokus på sentrale retningslinjer, ansvar og organisering av risikostyring i Finnmarkssykehuset HF. Ledelsens gjennomgang vil gi en helhetlig gjennomgang av styringssystemet. Gjennomgangen legges fram for styret i april.

Retningslinjer og ansvarsområder

Styret i Helse Nord RHF har vedtatt regionale retningslinjer for risikostyring. Retningslinjene ble sist revidert høsten 2024. Det er vedtatt felles beskrivelser av sannsynlighet og konsekvens, som utgangspunkt for risikovurderinger. Finnmarkssykehuset HF har tatt i bruk de nye retningslinjene som en del av arbeidet med reorganisering.

Risikostyring er definert på tre nivåer:

- Strategisk nivå – lang sikt: Er en del av grunnlaget for å utforme strategier og fastsette strategiske mål.
- Prosjekt: Prosjekt er et avgrenset arbeid. Vurdering av risiko gjøres i planlegging, overganger og underveis i prosjektarbeid.
- Operativt/driftnivå – kortsiktig: Risiko skal vurderes periodisk i den daglige driften og ved endringer.



Ansvar for risikostyring i helseforetakene er beskrevet som følger:

HF-styret	skal se til at foretaket har et helhetlig system for risikostyring og internkontroll som sier hvordan aktivitetene blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert, i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal ta beslutninger på strategisk nivå og ta stilling til helseforetakets risikovilje og -toleranse
Administrerende direktør HF	skal sørge for å etablere hensiktsmessige og effektive styrings-, risiko- og internkontrollsystemer, og følge opp internkontrollen som ledelsesverktøy for å sikre målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon og overholdelse av lover, regler og selvpålagte krav har det overordnede ansvaret for å styre helseforetakets risiko og er <i>risikoeier</i> skal sørge for at risikostyringen i helseforetaket fungerer i samsvar med disse retningslinjene, og at det utarbeides nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av denne retningslinjen skal orientere eget styre om helseforetakets risikobilde skal sørge for at risikostyringsarbeidet blir tildelt tilstrekkelige og kompetente ressurser skal definere risikovilje og -toleranse for mål på bakgrunn av føringer fra eier og styre skal sørge for at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak

Risikostyring i reorganiseringsprosjektet

I tråd med de regionale retningslinjene har Finnmarkssykehuset HF hatt fokus på risikostyring i forbindelse med det pågående reorganiseringsprosjektet. Regionale beskrivelser for konsekvensområder og sannsynlighet er brukt i risikovurderingene.

Styringsgruppen har hatt et overordnet fokus på risikovurdering og -styring av prosjektaktiviteter. Det inkluderer kartlegging av risikoer knyttet til gjennomføring av prosjektet. Foretakets arbeidsmiljøutvalg har hatt et særlig fokus på risikoer og tiltak knyttet til arbeidsmiljø.

Foreslåtte endringer er, og blir, risikovurdert. Risikovurderingene gjennomføres i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste. Dette bidrar til å sikre et godt grunnlag for å kartlegge risikoområder. Risikovurderingene inngår som en del av grunnlaget for å beslutte ny organisering.

Risikoutvalg

Risikoutvalget er etablert for å heve kvaliteten på risikostyring i Finnmarkssykehuset HF. Mandat for utvalget ble vedtatt januar 2025, og første møte gjennomført februar. Utvalget er partssammensatt, og inkluderer representanter fra tillitsvalgte og vernetjenesten. Utvalget ledes av assisterende direktør.

Oppgavene til utvalget er:

- Bidra til råd ved gjennomføring av risikovurderinger i klinikkene.
- Forvalte en samlet oversikt over den operasjonelle risikoen.
- Legge til rette for rapportering av risiko til ledelsen og styret.
- Ta i bruk verktøy for risikovurdering (innføres i 2025, se neste delkapittel).
- Evaluere rammeverk for risikostyring.
- Ha oversikt over behov for opplæring og opplæringsmateriell.

Verktøy for risikovurdering

I 2025 innføres et digitalt verktøy for risikovurdering i Helse Nord. Verktøyet er integrert i nytt kvalitetssystem, og inkluderer i tillegg system for melding av hendelser og prosedyresystem.

Innføring og bruk av verktøyet som er under implementering vil ha en rekke positive effekter, sett opp mot dagens bruk av Excel-dokumenter. Felles termer (begrepsforståelse) og standardiserte verdier samt automatisk etablering av risiko- og tiltaksregister er noen av de positive effektene.

Finnmarkssykehuset HF er fra januar pilot på verktøyet i Helse Nord.

Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud

Risikostyring omfatter alle mål. God risikostyring er viktig for å nå målene innen samisk språk, kultur og tjenestetilbud.

Risikovurdering

Riksrevisjonens rapport «Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene Dokument 3:13 (2023–2024)» avdekket behov for forbedringer i hvordan helseforetakene jobber med risikostyring. Helse Nord har brukt funnene til Riksrevisjonen for å forbedre de regionale retningslinjene. Dette var utgangspunktet for de reviderte retningslinjene som ble gitt ut høsten 2024.

Finnmarkssykehuset HF's erfaringer i reorganiseringsprosjektet avdekket ytterligere behov for å videreutvikle risikostyringen i foretaket. Et resultat av dette er implementering av de regionale retningslinjene, opprettelse av risikoutvalg og gjennomføring av opplæring for ledelse og tillitsvalgte.

Arbeidet bidrar til å heve kvaliteten på risikostyring, samt legge et grunnlag for kontinuerlig forbedring.



Budsjett/finansiering

Arbeid med risikostyring er en integrert del av driften av Finnmarkssykehuset HF. Etablering av risikoutvalg medfører ikke ekstra kostnader.

Medbestemmelse og brukermedvirkning

Medbestemmelse er en del av risikostyringen. Eksempelvis gjennom deltakelse i råd og utvalg som kvalitet- og arbeidsmiljøutvalg, samarbeidsmøter og foretakets arbeidsmiljøutvalg. Styresaker og andre saker om endring og daglig drift behandles på informasjons og drøftingsmøter. Tillitsvalgte og vernetjenesten er medlemmer i risikoutvalget.

Saken er drøftet i informasjons- og drøftingsmøte 17. februar 2025 og behandlet i FAMU samme dag. Det framkom ikke spørsmål i saken. Saken har ikke blitt endret som følge av dette.

Direktørens vurdering

Finnmarkssykehuset HF har tatt flere steg for å løfte arbeidet med risikostyring. Riksrevisjonens rapport, og erfaringer fra arbeidet med reorganisering, har avdekket behovet for forbedring.

Det regionale samarbeidet i Helse Nord bidrar til et godt rammeverk med felles retningslinjer og kompetanseoverføring. Dette er med å sikre en god faglighet i arbeidet som gjøres både regionalt og lokalt. Finnmarkssykehuset HF var tidlig ute med å ta i bruk felles retningslinjer, og har fulgt disse gjennom arbeidet med reorganisering.

Med opprettelse av et eget risikoutvalg, legges fundamentet for å løfte arbeidet med risikostyring ytterligere. Utvalget viser at risiko er et fokusområde, og blir tatt på alvor. Utvalget vil jobbe langsiktig for en kontinuerlig forbedring av foretakets prosesser.

Risikostyring er ikke en engangshendelse, men en kontinuerlig prosess som er integrert i den helhetlige styringen i foretaket.

Dokumentansvarlig:	Tove Skjelvik	Dok. id:	RL1602
Godkjent av:	Hilde Rolandsen	Versjonsnummer:	8.1
Gyldighetsområde:	Helse Nord	Neste rev. dato:	25.10.2026

Retningslinje for risikostyring i Helse Nord

Innhold

0. Endringer siden forrige versjon	3
1. Innledning	3
2. Formål.....	3
3. Risikostyring.....	3
3. Risikostyring i Helse Nord	4
3.1 Helse Nord RHF	4
3.2 Helseforetakene.....	4
4. Risikostyring på ulike nivåer	5
5. Roller og ansvar i risikostyring	6
5.1 Rolle- og ansvarsmatrise	9
6. Krav til risikostyring	9
6.1 Risikotoleranse og risikoområder	9
6.2 Gjennomføring av risikostyring.....	10
6.3 Særskilte risikovurderinger	11
7. Forvaltning av dokumentet.....	11
7.1 Ansvar for dokumentet	11
7.2 Hvordan videreutvikle dokumentet	11
8. Begreper	12
9. Vedlegg	15
10. Referanser / litteratur	16

0. Endringer siden forrige versjon

26.09.2024: Regional retningslinje for risikostyring ble behandlet i styret for Helse Nord RHF
26.04.2023, og overlevert helseforetakene 05.07.2023.

Denne versjonen er oppdatert etter evaluering våren 2024. Evalueringen er gjennomført i regionalt nettverk for risikostyring. I tråd med pkt. 6.1 er det utarbeidet et vedlegg til retningslinjen som beskriver føringer for risikostyring som må ivaretas i lokalt styrende dokumenter. Riksrevisjonens rapport om risikostyring i spesialisthelsetjenesten har vært nyttig i evalueringen.

1. Innledning

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

Forhold eller hendelser som inntreffer og påvirker måloppnåelsen kan ha negative konsekvenser, positive konsekvenser eller begge deler. I dette dokumentet omfatter begrepet «risiko» både trusler og muligheter.

Dokumentet er utarbeidet med utgangspunkt i veiledere og standarder innen risikostyring, og tilpasset for Helse Nord.

2. Formål

Dokumentet beskriver krav til risikostyringen i Helse Nord og ansvar og roller for å legge til rette for god risikostyring. Dokumentet gjelder for hele foretaksgruppen Helse Nord.

Det forutsettes at foretakene i Helse Nord utarbeider nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av denne retningslinjen med vedlegg.

3. Risikostyring

Risikostyring kan forstås som systematiske, koordinerte og proaktive aktiviteter som er rettet mot vurdering og håndtering av usikkerhet og hendelser som kan påvirke virksomhetens strategi og måloppnåelse.

Risikostyring hjelper oss å prioritere og å ta bedre beslutninger, og skal bidra til forbedring av prestasjoner, oppmuntre til innovasjon og støtte oppnåelsen av våre mål.

For å etablere god risikostyring, være oppdatert og ha kontroll på risikoer i Helse Nord må vi;

- ta utgangspunkt i et omforent målbilde i foretaksgruppen
- integrere risikostyring i foretaksgruppens eier- og virksomhetsstyring
- jevnlig vurdere og fastsette foretakenes og foretaksgruppens akseptable nivå for risiko (risikovilje og -toleranse)
- gjennom risikostyring bidra til at vi utarbeider våre strategier og planer slik at vi kan oppfylle og nå våre mål
- vurdere risikoen for manglende måloppnåelse i pågående og planlagt aktivitet, samt foreta prioriteringer og iverksette tiltak for å håndtere risiko
- bruke risikostyring aktivt for å vurdere risikoer som knytter seg til mulige fremtidige hendelser, både på kort, mellomlang og lang sikt
- være bevisst på risikoen for at vi ikke griper de muligheter som fins for å forbedre måloppnåelsen

3. Risikostyring i Helse Nord

3.1 Helse Nord RHF

Helse Nord RHF er eier av helseforetakene i regionen og har det overordnede sørge-for-ansvaret i nord.

Helse Nord RHF eier sammen med de andre regionale helseforetakene i Norge fem nasjonale helseforetak¹. De felleseide foretakene er en betydelig del av den samlede spesialisthelsetjenesten til befolkningen i hele landet.

Helse Nord RHF kjøper også helsetjenester fra private aktører, som er et viktig supplement til helseforetakenes aktivitet.

For å ivareta god risikostyring og planlegging, må Helse Nord RHF være kjent med, samle inn, koble sammen og analysere risikoer fra aktører som påvirker Helse Nord RHF's overordnede ansvar, oppgaver og måloppnåelse.

Helse Nord RHF er gjennom lov og forskrift pålagt ansvar for risikostyring i egen virksomhet.

Helse- og omsorgsdepartementet som eier og styret i det regionale helseforetaket, skal holdes orientert om utviklingen av risikoer i foretaksgruppen og i Helse Nord RHF.

3.2 Helseforetakene

Helseforetakene i foretaksgruppen er de utøvende virksomhetene og er selvstendige rettssubjekter. Av dette følger det at helseforetakene har et selvstendig ansvar for å levere forsvarlige tjenester og for å følge opp alle lovkrav som gjelder for virksomheten.

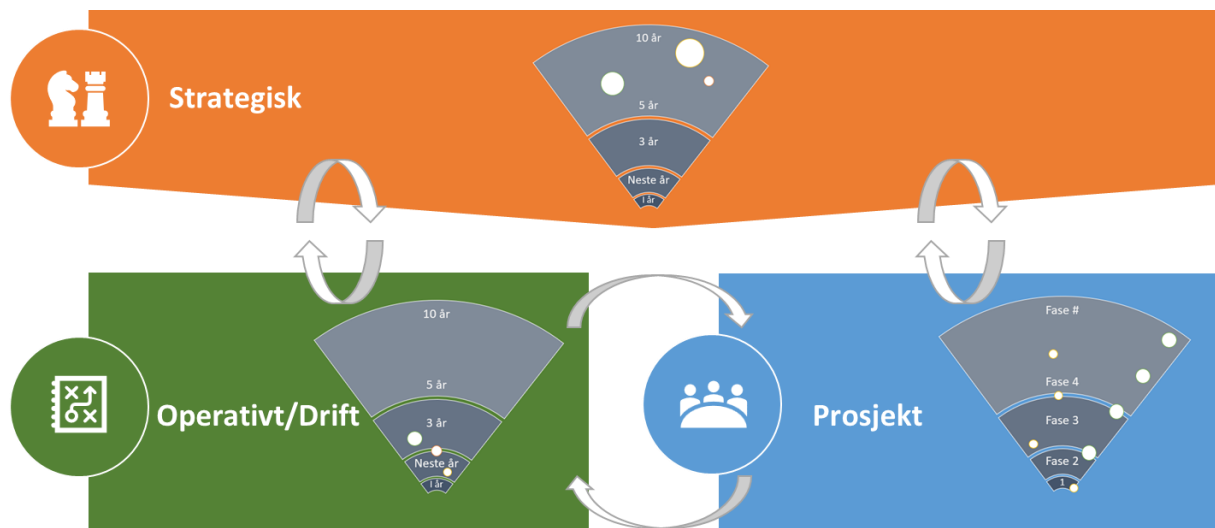
Helseforetakene er gjennom lov og forskrift pålagt ansvar for risikostyring i egen virksomhet.

Helse Nord RHF som er eier av helseforetakene og styrene i helseforetakene skal holdes orientert om utviklingen i risikoer.

¹ Sykehusinnkjøp HF, Luftambulansetjenesten HF, Pasientreiser HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Sykehusbygg HF

4. Risikostyring på ulike nivåer

Hvordan risikovurdering- og styring skjer på alle nivåer i våre foretak, er illustrert i figur 1².



Figur 1 Risikostyring på ulike nivå. Pilene illustrerer nivåenes gjensidige påvirkning på hverandre.

Strategisk nivå - lang sikt

Risikovurderinger på strategisk nivå utgjør en del av grunnlaget for å utforme strategier og fastsette strategiske mål. Riktig strategi og strategiske prosjekter vedtas ut fra en risikobasert tilnærming. RHF som eier har et overordnet ansvar for å oppfylle formålet. Styrende prosesser ledet av RHF vil påvirke tilsvarende prosesser i det enkelte foretak.³

Prosjekter – prosjektets varighet

Prosjekt er et avgrenset arbeid med tydelig struktur, økonomi og krav til leveranser. Vurdering av risiko skjer i planleggingsfasen i prosjekter samt ved alle faseoverganger og løpende i prosjektet.

Operativt- / driftsnivå - kortsikt

Risiko skal vurderes periodisk i den daglige driften, samt ved endringer i driften, endringer i prosesser, produkter, utførelse, organisering mv.

Drift omfatter den daglige aktiviteten, inklusive den aktiviteten som understøtter foretakenes hovedoppgaver

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

² «Boblene» i figuren er bare til illustrasjon, og skal illustrere at risikoer kan identifiseres i ulike tidshorisonter eller faser. Identifiserte risikoer kan være av ulik størrelse og omfang.

³ Kilder: Oppdragsdokument, Regional utviklingsplan og foretaksvis utviklingsplaner m.m.

5. Roller og ansvar i risikostyring

Tabell 1 beskriver ansvaret som følger av det regionale helseforetakets eierrolle⁴ og ansvaret som ligger til foretakene som selvstendige juridiske enheter.

Rolle	Risikostyring som eier	Risikostyring i eget foretak
RHF-styret	skal føre tilsyn med egneide og felleseide foretak	skal se til at foretaket har et helhetlig system for risikostyring og internkontroll som sier hvordan aktivitetene blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert, i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. skal ta beslutninger på strategisk nivå og ta stilling til det regionale helseforetakets risikovilje og -toleranse
Administrerende direktør RHF	skal orientere styret om foretaksgruppens helhetlige risikobilde skal også, gjennom regelmessige oppfølgingsmøter, se til at helseforetakene Helse Nord RHF eier, driver virksomheten der i samsvar med vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret skal påse at risikostyringsaktiviteter i foretaksgruppen blir beskrevet og tilgjengeliggjort skal påse at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak	skal sørge for å etablere hensiktsmessige og effektive styrings-, risiko- og internkontrollsystemer, og følge opp internkontrollen som ledelsesverktøy for å sikre målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon og overholdelse av lover, regler og selvpålagte krav. har det overordnede ansvaret for å styre det regionale helseforetakets risiko og er <i>risikoeier</i> skal sørge for at risikostyringen i det regionale helseforetaket fungerer i samsvar med disse retningslinjene, og at det utarbeides nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av denne retningslinjen skal orientere eget styre om det regionale helseforetakets risikobilde skal sørge for at risikostyringsarbeidet blir tildelt tilstrekkelige og kompetente ressurser skal definere foretakets risikovilje og -toleranse for mål på bakgrunn av føringer fra eier og styre

⁴ Instruks for styret i Helse Nord RHF 2024 – 2026; som eier av helseforetakene i Helse Nord skjer styrets eierstyring i foretaksmøte, instruks for administrerende direktør og fullmaktsmatrise for Helse Nord RHF og konsernbestemmelser for investeringer i Helse Nord

		skal sørge for at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak
--	--	--

HF-styret		skal se til at foretaket har et helhetlig system for risikostyring og internkontroll som sier hvordan aktivitetene blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert, i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal ta beslutninger på strategisk nivå og ta stilling til helseforetakets risikovilje og -toleranse
Administrerende direktør HF		skal sørge for å etablere hensiktsmessige og effektive styrings-, risiko- og internkontrollsystemer, og følge opp internkontrollen som ledelsesverktøy for å sikre målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon og overholdelse av lover, regler og selvpålagte krav har det overordnede ansvaret for å styre helseforetakets risiko og er <i>risikoeier</i> skal sørge for at risikostyringen i helseforetaket fungerer i samsvar med disse retningslinjene, og at det utarbeides nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av denne retningslinjen skal orientere eget styre om helseforetakets risikobilde skal sørge for at risikostyringsarbeidet blir tildelt tilstrekkelige og kompetente ressurser skal definere risikovilje og -toleranse for mål på bakgrunn av føringer fra eier og styre

		skal sørge for at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak
--	--	--

Tabell 1 Roller og ansvar for styrene og administrerende direktører

Regionalt nettverk for risikostyring i Helse Nord	Det er etablert nettverk for risikostyring i Helse Nord med representanter fra alle foretakene i regionen. Nettverket skal være et felles forum som bidrar til å binde sammen Helse Nords foretak i arbeidet med å utvikle og gjennomføre integrert og helhetlig risikostyring, både på strategisk og operativt nivå. Nettverket skal bidra til standardisering, profesjonalisering og utvikling av felles praksis innen risikofeltet. Nettverket ledes av eieravdelingen i Helse Nord RHF. Det er utarbeidet et mandat for nettverkets arbeid, godkjent av administrerende direktør i Helse Nord RHF.
---	--

Tabell 2 Rolle og ansvar for regionalt nettverk for risikostyring

5.1 Rolle- og ansvarsmatrise

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

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

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

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

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

For risikostyring i prosjekter – se DS10281 Prosjektrammeverk.

6. Krav til risikostyring

Risikostyringen i Helse Nord RHF og i foretakene skal være integrert i virksomhetsstyringen og skal innrettes slik at den er i stand til å identifisere, vurdere og håndtere risiko på kort og lang sikt.⁵

All vurdering av risiko innebærer grader av usikkerhet, både trusler og muligheter. All negativ risiko kan ikke unngås, og alle muligheter kan ikke tas.

Ansvarlige for gjennomføring av risikovurderinger bør kommunisere styrker og svakheter i risikovurderingene og i forslag til tiltak. Dette for at ledelsen best mulig skal kunne vurdere grunnlaget for å prioritere de risikoer det er viktigst å håndtere, og beslutte hvilke tiltak som skal iverksettes. Ansvar, roller og tidsfrister for styring av risiko skal konkretiseres.

Foretakene skal:

- gjennom egne styrende dokumenter synliggjøre hvordan risikostyringen gjennomføres. Se vedlegg 1 Regionale føringer for risikostyring i virksomhetene i Helse Nord
- ha styringssystemer og verktøy som gjør det mulig å identifisere, prioritere tiltak og ha kontroll med oppfølgingen av iverksatte tiltak for å styre risiko

6.1 Risikotoleranse og risikoområder

For å kunne gjennomføre en samlet vurdering av risiko i foretaksgruppen må det benyttes samme inndeling av risikoområder. Risikotoleransen innen risikoområdene bør fortrinnsvis angis i kvantitative størrelser. Der det ikke er mulig, eller hensiktsmessig, å benytte kvantitative størrelser må kvalitative begreper benyttes.

⁵ Tidshorisont vil variere etter hvilken type risiko det er knyttet til. Bør beskrives ved gjennomføring av risikovurdering hva man vurderer innenfor de ulike tidsperspektivene.

Følgende overordnede områder er eksempler på områder som kan legges til grunn for vurdering av risiko:

- a) Kvalitet og pasientsikkerhet
- b) Personell, utdanning og kompetanse
- c) Helse-Miljø-Sikkerhet (arbeidsmiljø)
- d) Drift/tjenesteproduksjon/beredskap
- e) Klima og miljø
- f) Økonomi
- g) Forskning og innovasjon
- h) Informasjonssikkerhet og personvern
- i) Tillitt og omdømme
- j) Samhandling
- k) Mål

Områdene som ligger til grunn for vurdering av risiko kan være gjenstand for endring og utvikling, og andre områder kan også være aktuelle for vurdering av risiko.

Felles risikoområder og detaljering av innholdet i disse videreutvikles i regi av nettverket for risikostyring, og fremgår av vedlegg 1 til retningslinjen.

Styret i helseforetaket skal beslutte foretakets risikovilje- og toleranse. Dette ligger til grunn for foretakets videre og mer detaljerte fastsetting av risikotoleranse på det enkelte område, hvor det også tas stilling til hva det aktuelle nivået vil innebære i praksis.

6.2 Gjennomføring av risikostyring

Foretakene skal organisere risikostyringen og etablere eget risikoregister på en slik måte at de regelmessig og ved behov kan fremvise en samlet vurdering av risiko gjennom de etablerte systemene for virksomhetsstyring og -rapportering. Regionale krav om prioritering av styringsmål for risikostyring, innhold og frekvens i rapportering fastsettes i årlige styringskrav og rammer til helseforetakene, se også vedlegg 1.

Foretaket skal i Ledelsens gjennomgang (LG) evaluere om systemet for risikostyring fungerer etter hensikten, og skal beslutte tiltak på områder hvor det er identifisert muligheter til forbedring.

Foretakene skal orientere eier og eget styre om risikoer og iverksette tiltak.

Foretakets risikotoleranse på de ulike områder skal vektlegges ved vurdering om behov for tiltak. Foretaksledelsen må foreta en konkretisering av tiltak når styret har besluttet risikotoleranse av overordnet/generell karakter.

Risikovurdering, samt prioritering, iverksetting og oppfølging av tiltak skal gjøres ved vesentlige endringer i foretakets drift eller organisering, og før oppstart, implementering og driftssetting av prosjekter⁶.

Tiltak skal iverksettes i samsvar med den prioritering som er foretatt, og ledelsen/prosjekteier skal påse at dette skjer som planlagt. For å kontrollere at tiltakene er iverksatt og har ønsket effekt, gjennomføres det oppfølgingsaktiviteter, integrert i foretakets øvrige virksomhetsstyring.

⁶ Se også DS10281Prosjektrammeverk - <https://boo-hndcm-01.hn.helsenord.no/DocMapProd/page/doc/dmDocIndex.html?DOCKEYID=583205>

6.3 Særskilte risikovurderinger

For å samordne risikostyringen og gi grunnlag for vurdering og håndtering av risikosituasjonen i foretaksgruppen som helhet, vil Helse Nord RHF kunne peke ut andre eller særskilte områder som foretakene skal risikovurdere og rapportere på. Helse Nord RHF vil kunne utarbeide særskilte maler for rapportering og oppfølging.

7. Forvaltning av dokumentet

7.1 Ansvar for dokumentet

Administrerende direktør i Helse Nord RHF er ansvarlig for at dette dokumentet er i samsvar med gjeldende lover, forskrifter, vedtatte strategier, og i henhold til foretakets beslutninger.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF kan ved behov gjennomføre mindre revisjoner (underversjoner) av dette dokumentet.

Større revisjoner (hovedversjoner) av dette dokumentet skal godkjennes av *styret i Helse Nord RHF*.

7.2 Hvordan videreutvikle dokumentet

Dokumentet skal evalueres årlig, og revideres ved behov og endring i regulatoriske krav og beslutninger. Innspill til forbedringer kan initieres og fremmes overfor regionalt nettverk for risikostyring.

Det regionale nettverket for risikostyring skal bistå med utvikling og revisjon.

8. Begreper

Innen risikostyring benyttes mange ulike begreper, og betydningen av begrepene som benyttes kan tolkes noe ulikt for ulike risikostyringsaktiviteter. Forklaringen til de ulike begrepene er hentet fra ulike kilder. Oversikten er ikke uttømmende.

Begrep	Forklaring
Risiko	<i>NS-ISO 31000:2018:</i> Virkningen av usikkerhet knyttet til mål Begrepsmerknad 1: En virkning er et avvik fra det forventede. Den kan være positiv, negativ eller begge deler. Risiko forstås her som både negativt og positivt, trusler og muligheter.
Risikostyring	<i>NS-ISO 31000:2018:</i> Koordinerte aktiviteter for å rettlede og kontrollere en organisasjon med hensyn til <i>risiko</i>. <i>IIA Norge Veileder for risikostyringsfunksjonen, 2018:</i> Risikostyring kan defineres som systematiske, koordinerte og proaktive aktiviteter som er rettet mot vurdering og håndtering av usikkerhet og hendelser som kan påvirke virksomhetens strategi og måloppnåelse.
Helhetlig risikostyring	<i>IIA Norge Veileder for risikostyringsfunksjonen, 2018:</i> Helhetlig risikostyring innebærer at man inntar et helhetlig perspektiv; ikke bare på virksomhetens status i øyeblikket, men også på sannsynlig positiv og negativ fremtidig utvikling. Slik er det ment å være et verktøy for balansert prioritering av ressursbruk. Derfor bør arbeidet også harmoneres med andre styringsaktiviteter, som f.eks. strategiarbeid og målstyring.
Risikostyringsprosess	<i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> En risikostyringsprosess går ut på å identifisere, vurdere, håndtere og følge opp hendelser som kan utgjøre en risiko. Risikostyringsprosessen bør være tilpasset organisasjonens egenart.
Risikovurdering	<i>SN-ISO Guide 73:2009:</i> Samlet prosess som består av risikoidentifisering, risikoanalyse og risikoevaluering.
Risikoidentifisering	<i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> Målet med risikoidentifisering er å finne, gjenkjenne og beskrive risikoer som kan bidra til at en organisasjon når målene sine.
Risikoanalyse	<i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> Risikoanalyse innebærer en detaljert vurdering av usikkerhet, risikokilder, konsekvenser, sannsynlighet, hendelser, scenarioer, kontroller og deres virkning. En hendelse kan ha flere årsaker og konsekvenser, og den kan påvirke flere mål.
Risikoevaluering	<i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> Målet med risikoevaluering er å understøtte beslutninger. Ved å sammenligne resultatene av risikoanalysene med fastlagte risikokriterier kan man bestemme hvor det er nødvendig å iverksette tiltak.

Risikoeier	<i>SN-ISO Guide 73:2009:</i> Person eller enhet med overordnet ansvar for og myndighet til å styre en risiko.
Risikovilje / risikoappetitt	<i>SN-ISO Guide 73:2009:</i> Risikoappetitt – mengde og type risiko som en organisasjon er villig til å ta tak i eller ta for egen regning.
Risikotoleranse	<i>SN-ISO Guide 73:2009:</i> Organisasjonens eller interessentens vilje til å bære risikoen etter risikohåndtering for å oppnå sine mål.
Risikobilde	En nyansert fremstilling av risiko med et mest mulig komplett bilde av alle risikoforhold som er av betydning for den aktuelle virksomheten/aktiviteten. Risikobildet skal gi en oversikt og forståelse av risikoen ved å belyse årsakssammenhenger, samt hvorvidt det finnes- og effekten - av aktuelle tiltak. Det bør også fremkomme hvilke forutsetninger, antakelser og kunnskap som ligger til grunn for analysen og dermed også resultatene. Usikkerheten i vurderingene bør altså kommuniseres.
Strategisk nivå	På <i>strategisk nivå</i> (S) blir det tatt beslutninger av langsiktig karakter om mål og strategi for forvaltningsvirksomheten som del av kjernevirksomheten.
Operativt nivå	<i>Operativt nivå</i> (O) har ansvar for utførelsen av (drifts- og vedlikeholds) oppgavene.
Hendelse	<i>NS-ISO 31000:2018:</i> Forekomst av eller endring i et bestemt sett med omstendigheter. Begrepsmerknad 1: En hendelse kan være en enkelt begivenhet eller en serie av begivenheter, og den kan ha flere årsaker og flere konsekvenser. Begrepsmerknad 2: En hendelse kan også være at noe forventes, men ikke skjer, eller at noe ikke forventes, men skjer. Begrepsmerknad 3: En hendelse kan være en risikokilde.
Sannsynlighet	<i>NS-ISO 31000:2018</i> Potensialet for at noe kan skje.
Konsekvens	<i>NS-ISO 31000:2018</i> Resultat av en hendelse som påvirker mål. Begrepsmerknad 1: En konsekvens kan være sikker eller usikker, og ha positiv eller negativ virkning på mål. Begrepsmerknad 2: Konsekvenser kan uttrykkes kvalitativt eller kvantitativt. Begrepsmerknad 3: Alle konsekvenser kan bli mer omfattende gjennomkjedereaksjoner.
Konsekvensområde	<i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> Konsekvensområde viser til området en risiko kan ha konsekvenser for dersom den inntreffer, for eksempel for pasienter, ansatte eller virksomhetens økonomi.
Risikokilde	<i>NS-ISO Guide 73:2009</i> Risikokilde element som alene eller i kombinasjon har et iboende potensial til å forårsake risiko

Risikonivå	<i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> Risikonivå er en kombinasjon av sannsynligheten for at risikoen oppstår og mulige konsekvenser. Det er vanlig å definere risikonivå slik: risikonivå = sannsynlighet x konsekvens
Risikohåndtering	<i>NS-ISO Guide 73:2009</i> Prosess for å modifisere risiko <i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> vurdere alternative tiltak og beslutte hvilke tiltak som skal gjennomføres for å ta hensyn til risikoen. Det går også ut på å utarbeide en plan for gjennomføringen av de valgte tiltakene.
Risikoregister	<i>NS-ISO Guide 73:2009</i> Informasjonsregister over identifiserte risikoer <i>Merknad</i> I Helse Nord kan dette inneholde risikoreduserende tiltak
Restrisiko	<i>NS-ISO Guide 73:2009</i> Risiko som er igjen etter risikohåndtering
Usikkerhet	Innenfor risikostyring forstår vi som det å ikke vite sann verdi av en størrelse eller fremtidige konsekvenser av en aktivitet eller hendelse. Vi snakker også om usikkerhet som følge av å ha ufullstendig eller upresis informasjon eller kunnskap om en hypotese, en størrelse eller en hendelse som oppstår
Kontroll	<i>NS-ISO 31000:2018:</i> Tiltak som opprettholder og/eller modifiserer risiko i positiv eller negativ retning.
Rapportering	<i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> Målet med rapportering er blant annet å kommunisere aktiviteter knyttet til risikostyring og resultater og bidra med informasjon som kan danne grunnlag for beslutninger. Rapporteringen skal blant annet understøtte den øverste ledelsen og overordnede organer når de skal oppfylle sine ansvarsområder.
Virksomhetsstyring	<i>Direktoratet for forvaltning og økonomistyring</i> Virksomhetsstyring er å • fastsette mål • prioritere, planlegge og budsjettere ressurser • følge opp og rapportere resultater og ressursbruk og bruke informasjonen til læring og forbedring slik at målene nås på en effektiv måte.
Ledelsens gjennomgang (LG)	<i>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</i> minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.
Risikostyringssystem	<i>Riksrevisjonen: Dokument 3:13 (2023–2024)</i> Et risikostyringssystem viser til organiseringen og administrasjonen av risikoarbeidet i virksomheten. Det omfatter blant annet fordeling av ansvar, rutiner for rapportering av risiko og oppfølgingen av denne.

9. Vedlegg

1. [Regionale føringer for risikostyring i virksomhetene i Helse Nord](#)

10. Referanser / litteratur

Eksterne referanser / litteratur:

- [Lov om helseforetak m.m. \(helseforetaksloven\)](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- NS-ISO 31000:2018 *Risikostyring Retningslinjer*
- NS-IEC 31010:2019 *Risikostyring Metoder for risikovurdering*
- SN-ISO Guide 73:2009 *Risikostyring Terminologi*
- [IIA Norge Veileder for risikostyringsfunksjonen 2018](#)
- Terje Aven *Risikostyring – Grunnleggende prinsipper og ideer*, Universitetsforlaget 2. opplag 2009
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) <https://dfo.no/fagomrader/styring-i-staten/virksomhetsstyring/hva-er-virksomhetsstyring>

Interne referanser / litteratur:

Helse Nord

- [Mandat for Regionalt nettverk for risikostyring i Helse Nord – \(FB2531\)](#)

Helse Nord RHF

- [Instruks Styret for Helse Nord RHF – \(PR11664\)](#)
- [Instruks for administrerende direktør i Helse Nord RHF – \(PR11663\)](#)
- [Instruks for internrevisjon i Helse Nord RHF \(PR12232\)](#)
- [Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF – \(RL9922\)](#)

Finnmarkssykehuset HF

- [Styreinstruks Finnmarkssykehuset HF](#)
- [Instruks adm. dir. Finnmarkssykehuset HF – \(RL6199\)](#)

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

- [Styreinstruks for UNN HF - Styresak 10/04 – \(FB0527\)](#)
- [Instruks for administrerende direktør i UNN – \(FB1753\)](#)

Nordlandssykehuset HF

- [Instruks for Styret i Nordlandssykehuset HF – \(FB0816\)](#)
- [Instruks for Administrerende direktør i Nordlandssykehuset HF – \(FB2040\)](#)

Helgelandssykehuset HF

- [Instruks for styret i Helgelandssykehuset HF](#)
- [Instruks for Administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF – \(FB2043\)](#)

Helse Nord IKT HF

- [Styreinstruks for Helse Nord IKT HF – \(RL5680\)](#)
- [Instruks for administrerende direktør, Helse Nord IKT HF – \(RL5685\)](#)

Sykehusapotek Nord HF

- [Styreinstruks Sykehusapotek Nord HF- \(RL0744\)](#)
- [Stillingsinstruks direktør – \(FB0575\)](#)

Mandat for risikoutvalget

Finnmarkssykehuset HF

Versjon 1.0

dato: 21. januar 2025

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.5	10.1.2025	Versjon etter tilbakemeldinger fra ledelsen og tillitsvalgte i møte 8. januar.	Jens Riis	
0.8	13.1.2025	Versjon klar for drøftingsmøte	Jens Riis	
0.9	20.1.2025	Versjon klar etter drøftingsmøte		
1.0	21.1.2025	Godkjent versjon		

1 Bakgrunn

Finnmarkssykehuset HF (FIN HF) bruker risikovurderinger som verktøy, for å vurdere og håndtere hvordan effekten av ulike tiltak kan påvirke driften ved FIN HF.

Drift omfatter den daglige aktiviteten, inklusive den aktiviteten som understøtter foretakenes hovedoppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende

Etter gjennomføringen av risikovurderinger i prosjektet, viser erfaringene at det er behov for å se disse vurderingene som del av den foretaksovergripende risikostyringen i FIN HF. Derfor skal det etableres et risikoutvalg, som skal bidra til å håndtere det overordnede ansvaret med foretakets arbeid med risikovurdering. Assisterende direktør er eier av dette mandatet, og vil være leder for risikoutvalget.

Risikoutvalget er en fast innretning.

2 Formål

Foretakene i Helse Nord RHF skal ha kontroll på og styring med risikoene foretakene står overfor, på kort og lang sikt. Helhetlig risikostyring skal bidra til å forbedre organisasjonens evne til å oppnå fastsatte mål. Foretakene skal også utarbeide nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av den regionale retningslinjen for risikostyring i Helse Nord RHF.

Gjennomføring av risikovurderinger, med konsekvensområder og akseptansekriterier, er beskrevet i den regionale retningslinjen. Det foretakene selv skal koordinere og rapportere internt, er ikke beskrevet. Risikoutvalget opprettes for å dekke dette, med mål om enhetlig og samordnet risikostyring for FIN HF innenfor nivåer beskrevet i retningslinjene; strategisk (lang sikt), operativt (kort sikt) og prosjekter (avgrenset periode).

3 Ansvar og oppgaver

Administrerende direktørs rolle og ansvar

Retningslinjene for risikostyring i Helse Nord RHF definerer administrerende direktørs rolle og ansvar i risikostyringen i foretaket. De peker blant annet på at administrerende direktør

- har det overordnede ansvaret for å styre helseforetakets risiko og er risikoeier
- skal definere risikovilje og -toleranse for mål på bakgrunn av føringer fra eier og styre

Bidra og gi råd ved gjennomføring av risikovurderinger i klinikkene

Det er forskjellige praksis i hvordan en gjennomfører en risikovurdering i FIN HF. Bruk av nye felles akseptansekriterier og konsekvensområder med formål om helhetlig vurdering og rapportering kan føre til forskjellig praksis. Risikoutvalget kan derfor sørge for at praksisen koordineres på tvers av klinikker og enheter. Ansvar for å gjennomføre risikovurderinger ligger hos leder for klinikken.

Forvalte en samlet oversikt over den operasjonelle risikoen

For at risikovurderingene skal kunne brukes aktivt i styringen og oppfølgingen av virksomheten, må risikovurderingene være oppdaterte. Oppdaterte risikovurderinger for foretaket skal også være samlet i et risikoregister, slik at det regelmessig og ved behov er mulig å fremvise en samlet vurdering av risiko.

Legge til rette for rapportering av risiko til ledelsen og styret

Risikoutvalget må utarbeide faste rutiner for rapportering av risiko til ledelsen og styret i FIN HF, og bidra til den praktiske gjennomføringen. Dette innebærer dialog med ledelsen om innhold og form på rapporten(e).

Ta i bruk verktøy for risikovurdering

Helse Nord RHF har gått til anskaffelse av et nytt verktøy for risikovurdering. Innføring og bruk av verktøyet som er under implementering vil ha en rekke positive effekter, sett opp mot dagens bruk av Excel-dokumenter. Felles termer (begrepsforståelse) og standardiserte verdier samt automatisk etablering av risiko- og tiltaksregister er noen av de positive effektene.

Evaluerer rammeverk for risikostyring

Risikoutvalget må evaluere sin egen rolle og verdi, i tillegg til styrende dokumenter, prosesser og system for risikostyring i FIN HF. Til dette arbeidet kan en bruke ulike former for undersøkelser og modenhetsanalyser.

Evaluering skal gjennomføres en gang i året. Erfaringer skal deles med regionalt nettverk for risikostyring.

Bredden av utvalgets oppgaver utover foretakets gjennomføring av risikovurdering, skal være del av utvalgets evaluering.

Kunnskap og kompetanse

Skal identifisere opplæringsbehov og sørge for oversikt over opplæringsmaterieell innenfor risikostyring.

4 Arbeidsform

Risikoutvalget vil ha faste møter minimum hvert kvartal. I tillegg vil det være møter ved behov og/eller deltakelse i arbeidsmøter arrangert av andre.

Leder for risikoutvalget deltar på ledermøter og styringsmøter i reorganiseringsprosjektet.

Leder for utvalget er kontaktperson.

5 Sammensetning

Assisterende direktør FIN HF er leder for risikoutvalget. I tillegg deltar:

- medisinsk direktør
- klinikkjef (ut fra behov)
- representant fra foretakstillitsvalgt for NSF
- representant fra foretakstillitsvalgt for Fagforbundet
- representant fra foretakstillitsvalgt for DNLF
- foretaksverneombudet
- Finnmarkssykehusets representanter i regionalt nettverk for risikostyring

- spesialrådgiver beredskap

Andre ressurser kan tas med etter behov.

6 Kompetanse

Utvalget er satt sammen av ledere, tillitsvalgte og fagpersoner innenfor risikostyring. Deltakere dekker behov til foretaksledelsen, risikoeier samt regionalt nettverk for risikostyring forankret i Helse Nord RHF. Det forutsettes at deltakerne har nødvendig kompetanse innenfor sitt interessentområde for å løse utvalgets oppgaver. Dette inkluderer kompetanse på risikostyring, FIN HF sitt rammeverk for risikostyring og gjennomføring av risikovurdering og -håndtering.