

Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene

Dokument 3:13 (2023–2024)



Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:13 (2023–2024)
Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene

Dokumentet har følgende inndeling:

- Riksrevisjonens konklusjoner, utdyping av konklusjoner, anbefalinger, statsrådets svar og Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar
- Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden
- Vedlegg 2: Statsrådets svar
- Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

Riksrevisjonen, 14. mars 2024

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	5
2	Konklusjoner	7
3	Overordnet vurdering	8
4	Utdyping av konklusjoner	8
4.1	De regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen	8
4.1.1	Det er kjente områder med manglende måloppnåelse som i mange tilfeller ikke inngår i de prioriterte risikoene som legges fram for styrene	9
4.1.2	De fleste fødeavdelingene i helseforetakene gjennomfører få risikovurderinger	12
4.2	Det er manglende systematikk i måten risikostyringen gjennomføres på	14
4.2.1	Mål om kvalitet i pasientbehandlingen blir ofte ikke operasjonalisert	15
4.2.2	Mange av risikovurderingene gir et dårlig grunnlag for å vurdere om risikoen bør følges opp med tiltak	15
4.2.3	Det er mangelfull dokumentasjon av om risikoreduserende tiltak blir fulgt opp	17
4.3	Mange av retningslinjene for risikostyring er ikke i tråd med god praksis	19
4.4	Mange styrer får begrenset informasjon om risikostyringssystemet fungerer etter hensikten	21
4.5	De regionale helseforetakene har ulik forståelse av hvilket ansvar de har for risikostyringssystemet i foretaksgruppen	22
5	Anbefalinger	23
6	Statsrådets svar	23
7	Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar	24
	Vedlegg	25

Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 2: Statsrådets svar

Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

Figuroversikt

Figur 1	Helseforetakenes prioriterte risikoer innen ulike konsekvensområder	9
Figur 2	Helseforetakenes prioriterte risikoer på området kvalitet i pasientbehandlingen, 2022	10
Figur 3	Antall mottatte risikovurderinger på konsekvensområdet kvalitet i pasientbehandlingen i fødeavdelingene, per helseforetak, 2019–2022	12
Figur 4	Meldte uønskede hendelser etter konsekvens i alle fødeavdelingene, 2019–2021	13
Figur 5	Stegene i risikostyringsprosessen	14
Figur 6	Eksempel på risikomatrise	16
Figur 7	Eksempel på risikoakseptkriterier for ulike risikonivåer	17
Figur 8	Eksempel på dokumentasjon på gjennomførte risikoreduserende tiltak og effekten av tiltakene på risikonivået	18

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Et eksempel på felles kriterier som en foretaksgruppe skal bruke ved vurdering av konsekvenser innen pasientsikkerhet	20
-------------	---	----

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter disse tre alvorlighetsgradene:

1. **Sterkt kritikkverdig** er Riksrevisjonens sterkeste kritikk. Vi bruker dette kritikknivået når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
2. **Kritikkverdig** bruker vi når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
3. **Ikke tilfredsstillende** bruker vi når vi finner svakheter, feil og mangler, men som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

1 Innledning

Formålet med risikostyring er å gi rimelig sikkerhet for at virksomhetens mål nås. Risikostyring er ett av flere virkemidler som skal bidra til at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne nå helsepolitiske mål.

Risikostyring skal hjelpe foretakene til å tenke proaktivt, prioritere og ta bedre beslutninger. Det handler om at ledelsen både skal kjenne til og aktivt håndtere forhold som kan true måloppnåelsen, blant annet ved å identifisere og forebygge områder der svikt kan oppstå.

Sentrale helsepolitiske mål er nedfelt i helselovgivningen, og de er i all hovedsak knyttet til ulike aspekter ved å sikre kvaliteten i pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenestene i sin region. Ansvarer innebærer at befolkningen i helseregionen skal tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene eier helseforetakene, som skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.¹

De norske helsetjenestene holder høyt nivå internasjonalt.² Likevel har helseforetakene manglende måloppnåelse innen flere områder som gjelder kvalitet i pasientbehandlingen. Blant annet er målet om å redusere omfanget av pasientskader ikke nådd. Videre har det over mange år vært for lange ventetider til behandling ved helseforetakene. Når det gjelder målet om et likeverdig tjenestetilbud, foreligger det mye kunnskap som viser at det er uønskede variasjoner mellom helseforetakene i kvaliteten på og forbruket av spesialisthelsetjenester på en rekke fagområder.

Riksrevisjonen har gjennomført mange undersøkelser som viser at det er svakheter i viktige faktorer som har betydning for foretakenes evne til å levere tjenester i tråd med de helsepolitiske målene.³ Flere av disse viser at det er svakheter i helseforetakenes og de regionale helseforetakenes arbeid med risikostyring.⁴ Også undersøkelser som er gjennomført av internrevisjonene i de regionale helseforetakene viser at det er svakheter på området.⁵

Risikostyring er en sentral del av styringssystemet og skal være integrert i virksomhetsstyringen. Selv om det er mange faktorer som påvirker de regionale helseforetakenes og helseforetakenes måloppnåelse, vil svakheter i risikostyringen ha betydning for virksomhetsstyringen og dermed få konsekvenser for hvordan foretakene prioriterer ressurser, følger opp resultater og bruker informasjon til læring og forbedring. Svak risikostyring



Risikostyring

Risikostyring er en systematisk prosess som skal sikre at risiko som kan true måloppnåelsen på ulike nivåer i foretakene blir identifisert og vurdert, og at nødvendige tiltak for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå blir gjennomført og at risiko blir fulgt opp.

¹ Lov om helseforetak m.m. § 1.

² OECD. (2023). *Health at a Glance 2023*.

³ Blant annet Dokument 3:2 (2019–2020). *Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*, Dokument 3:2 (2021–2022). *Undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr* og Dokument 3:2 (2020–2021). *Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer*.

⁴ Dokument 3:2 (2016–2017). *Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser*, Dokument 3:2 (2019–2020). *Årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester*, Dokument 3:2 (2018–2019). *Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten*, Dokument 3:2 (2020–2021). *Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer* og Dokument 3:2 (2018–2019). *Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS*.

⁵ Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. (2021). *Risikostyring og kvalitet Oslo universitetssykehus HF*, Internrevisjonen Helse Nord. (2017). *Risikostyring i Helse Nord og Internrevisjonen Helse Midt-Norge*. (2020). *Risikostyring i Helse Midt-Norge RHF*.

kan få direkte konsekvenser for den enkelte pasients liv og helse og har derfor høy viktighet.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om de regionale helseforetakene og helseforetakene bruker risikostyring i samsvar med gjeldende krav og anbefalinger som virkemiddel for å støtte opp om helsepolitiske mål.

Et sentralt premiss for undersøkelsen er at god risikostyring bidrar til målrettet innretning av virksomheten. Den direkte årsakssammenhengen mellom risikostyring og måloppnåelse er ikke kartlagt.

Undersøkelsen er særskilt rettet mot risikostyring av mål om kvalitet i pasientbehandlingen og omfatter både foretaksnivå og operativt nivå. På det operative nivået er undersøkelsen avgrenset til risikostyringen som foregår i fødeavdelingene. Undersøkelsen omfatter i hovedsak perioden 2019–2022.

Risikostyring på områder som ikke berører kvaliteten i pasientbehandlingen direkte, som blant annet bygging av nye sykehus og innføring av nye IKT-systemer, er i mindre grad belyst.

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet i brev 22. november 2023. Departementet har i brev 20. desember 2023 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 26. januar 2024 og statsrådets svar 8. februar 2024 følger som vedlegg.

2 Konklusjoner



- De regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen.
 - Det er kjente områder med manglende måloppnåelse som i mange tilfeller ikke inngår i de prioriterte risikoene som legges fram for styrene.
 - De fleste fødeavdelingene i helseforetakene gjennomfører få risikovurderinger.
- Det er manglende systematikk i måten risikostyringen gjennomføres på.
 - Mål om kvalitet i pasientbehandlingen blir ofte ikke operasjonalisert.
 - Mange av risikovurderingene gir et dårlig grunnlag for å vurdere om risikoen bør følges opp med tiltak.
 - Det er mangelfull dokumentasjon av om risiko-reducerende tiltak blir fulgt opp.
- Mange av retningslinjene for risikostyring er ikke i tråd med god praksis.
- Mange styrer får begrenset informasjon om risikostyringssystemet fungerer etter hensikten.
- De regionale helseforetakene har ulik forståelse av hvilket ansvar de har for risikostyringssystemet i foretaksgruppen.

3 Overordnet vurdering

Kritikkverdig



- Det er kritikkverdig at mange av foretakene ikke arbeider systematisk med risikostyring. Dette kan føre til at viktige utfordringer ikke blir identifisert, eller at nødvendige korrigerende tiltak ikke blir gjennomført og fulgt opp. Foretakenes evne til å systematisk innrette virksomheten på en måte som bidrar til måloppnåelse, blir dermed redusert. Noen foretak har god praksis i deler av risikostyringen. Det er derfor grunnlag for læring på tvers av foretakene.
- De regionale helseforetakene har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp om helseforetakene har fungerende risikostyringssystemer. Dette er ikke tilfredsstillende. De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for at det er etablert styringssystemer i helseforetakene de eier. Svak risikostyring i helseforetakene vil kunne påvirke de regionale helseforetakenes evne til å ivareta sitt sørge for-ansvar.

4 Utdyping av konklusjoner

Undersøkelsen viser at mange av foretakene ikke arbeider systematisk med risikostyring. Dette kan føre til at viktige utfordringer ikke blir identifisert, eller at nødvendige korrigerende tiltak ikke blir gjennomført og fulgt opp. Foretakenes evne til å systematisk innrette virksomheten på en måte som bidrar til måloppnåelse, blir dermed redusert. Dette mener Riksrevisjonen er kritikkverdig.

Noen foretak har god praksis i deler av risikostyringen. Det er derfor grunnlag for læring på tvers av foretakene.

4.1 De regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen

Ledelsen i de regionale helseforetakene og ledere på ulike nivåer i helseforetakene skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene. Risikostyring skal bidra til at foretakene med utgangspunkt i sin egenart retter oppmerksomheten mot områder som i særlig grad kan true måloppnåelsen.

4.1.1 Det er kjente områder med manglende måloppnåelse som i mange tilfeller ikke inngår i de prioriterte risikoene som legges fram for styrene

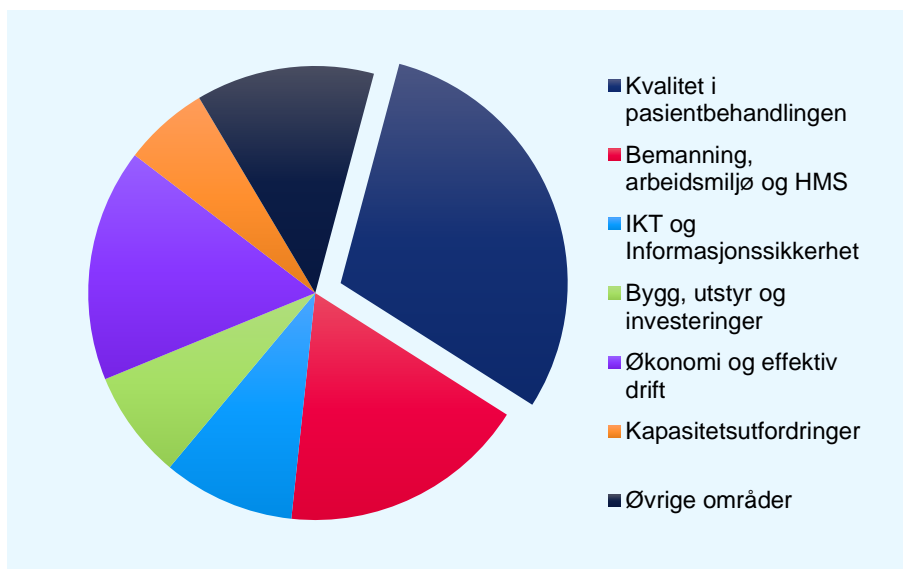
Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene får informasjon om svakheter på ulike måter. Dette skjer dels gjennom den løpende virksomhetsstyringen, der styrene får informasjon om resultater i driften som berører status for arbeidet med å nå viktige mål og utfordringer, for eksempel ventetider.

Risikostyring handler om at foretakene identifiserer risikoer som det er nødvendig å rette særskilt oppmerksomhet mot. Slike saker blir styrene informert om i egne saker om *prioriterte risikoer* eller i andre særskilte saker. Særskilte saker kan for eksempel være økonomiske langtidsplaner og større bygge- eller IKT-prosjekter.

Alle de fire regionale helseforetakene og alle helseforetakene, unntatt to, legger fram prioriterte risikoer for styrene flere ganger i året.

Risikostyring er en dynamisk prosess. Det vil si at det kan være utskiftninger i de prioriterte risikoene over tid. I undersøkelsen er det kartlagt hvilke risikoer som ble prioritert av de regionale helseforetakene og helseforetakene høsten 2022. De prioriterte risikoene gjaldt ulike områder som blant annet kvaliteten i pasientbehandlingen, bemanningsutfordringer, økonomi, IKT og informasjonssikkerhet, og investeringer. Figur 1 viser helseforetakenes prioriterte risikoer fordelt på de ulike konsekvensområdene.

Figur 1 Helseforetakenes prioriterte risikoer innen ulike konsekvensområder



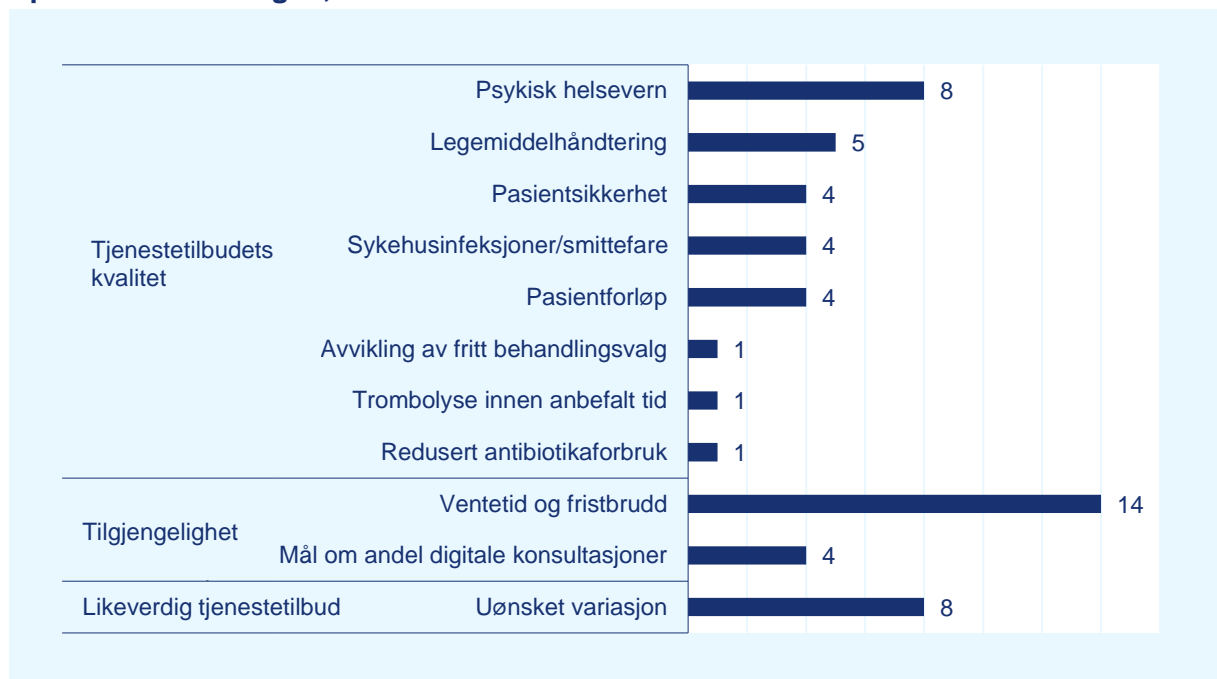
Kilde: Helseforetakene (N= 181)

Både de regionale helseforetakene og helseforetakene har flest prioriterte risikoer på området *kvalitet i pasientbehandlingen*. Alle de regionale helseforetakene og alle helseforetakene som har prioriterte risikoer, la fram én eller flere risikoer på dette området for styrene i 2022. Dette området dekker spesialisthelsetjenestenes formål om å bidra til å sikre

- tjenestetilbudets kvalitet
- et likeverdig tjenestetilbud
- at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene

Figur 2 viser fordelingen av risikoer mellom de tre formålene innenfor området *kvalitet i pasientbehandlingen* i helseforetakene. Samlet sett har helseforetakene prioritert 54 risikoer på dette området.

Figur 2 Helseforetakenes prioriterte risikoer på området kvalitet i pasientbehandlingen, 2022



Kilde: Helseforetakene (N = 54)

Alle de fire regionale helseforetakene og de fleste helseforetakene har prioritert risikoer knyttet til *tjenestetilbudets kvalitet*. Videre har tre av de fire regionale helseforetakene og nesten halvparten av helseforetakene prioritert risikoer knyttet til målet om at tjenestene skal være *tilgjengelige* for pasientene.

Imidlertid har få foretak prioritert risikoer knyttet til målet om et *likeverdig tjenestetilbud*. I tillegg til foretakene i Helse Vest, er det bare to helseforetak som har prioritert risikoer knyttet til dette målet. Flere rapporter fra *Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering* har vist at det er store variasjoner mellom helseforetakene i kvaliteten på og forbruket av spesialisthelsetjenester på en rekke fagområder. Med bakgrunn i det ovennevnte er det etter Riksrevisjonens vurdering få foretak som har prioriterte risikoer knyttet til målet om et *likeverdig tjenestetilbud*.

Også på flere andre områder har foretakene hatt manglende måloppnåelse over tid. I undersøkelsen er ikke det enkelte helseforetakets prioriteringer vurdert, men samlet sett mener Riksrevisjonen at relativt få foretak har valgt å legge fram prioriterte risikoer for styrene i 2022 på følgende områder:

- Psykiske plager og lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene, og Stortinget har gjennom flere år sluttet seg til at bedre behandling innenfor psykisk helse og rus er et sentralt mål. Undersøkelsen viser at tre av de regionale helseforetakene har psykisk helsevern som en prioritert risiko, mens dette bare gjelder sju av helseforetakene.
- Det er bare to helseforetak som har lagt fram prioriterte risikoer der samhandling mellom helseforetakene og kommunene er hovedtema. En rekke tidligere undersøkelser fra både Riksrevisjonen og andre viser at det er utfordringer med å få til helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom kommunene og helseforetakene, og at det ofte oppstår svikt i overgangene mellom dem. I *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* står det at lederen bør ha særskilt oppmerksomhet på risikofaktorer som er forbundet med samhandling internt og eksternt.

Foretakenes måloppnåelse påvirkes også av ytre omgivelser, slik som juridiske, teknologiske, økonomiske og miljømessige faktorer. Bare tre helseforetak og ett av de regionale helseforetakene har eksterne forhold som prioriterte risikoer. Risiko for svikt i leveranser av kritisk utstyr og legemidler og utbrudd av smittsom sykdom som utfordrer sykehusenes kapasitet, er to av disse risikoene.

Innenfor rammene av de overordnede målene og øvrige rammer som Stortinget fastsetter, gir Helse- og omsorgsdepartementet krav og føringer til de regionale helseforetakene i de årlige foretaksmøtene og oppdragsdokumentene. Det er vanlig praksis at de regionale helseforetakene videreformidler disse til helseforetakene i regionen.

Mål og krav i oppdragsdokumentene følges opp i den løpende virksomhetsstyringen. Undersøkelsen viser at alle de fire regionale helseforetakene risikovurderer styringskravene knyttet til mål om kvalitet i pasientbehandlingen som gis i oppdragsdokumentene, mens bare om lag halvparten av helseforetakene har gjort tilsvarende. Etter Riksrevisjonens vurdering er det uheldig at mange helseforetak ikke risikovurderer oppdragsdokumentet, ettersom dette dokumentet inneholder sentrale mål og krav om kvalitet i pasientbehandlingen som er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, og som omfatter nasjonale mål og føringer vedtatt av Stortinget.

Ved identifisering av prioriterte risikoer tar flere helseforetak bare utgangspunkt i særskilte risikoer i egen virksomhet, mens andre kun tar utgangspunkt i mål og krav i oppdragsdokumentet. Videre er det få helseforetak som har endringer i ytre omgivelser blant sine prioriterte risikoer. Etter Riksrevisjonens vurdering bruker mange helseforetak ikke et tilstrekkelig bredt grunnlag for å få en samlet oversikt over risikobildet ved identifiseringen av prioriterte risikoer.

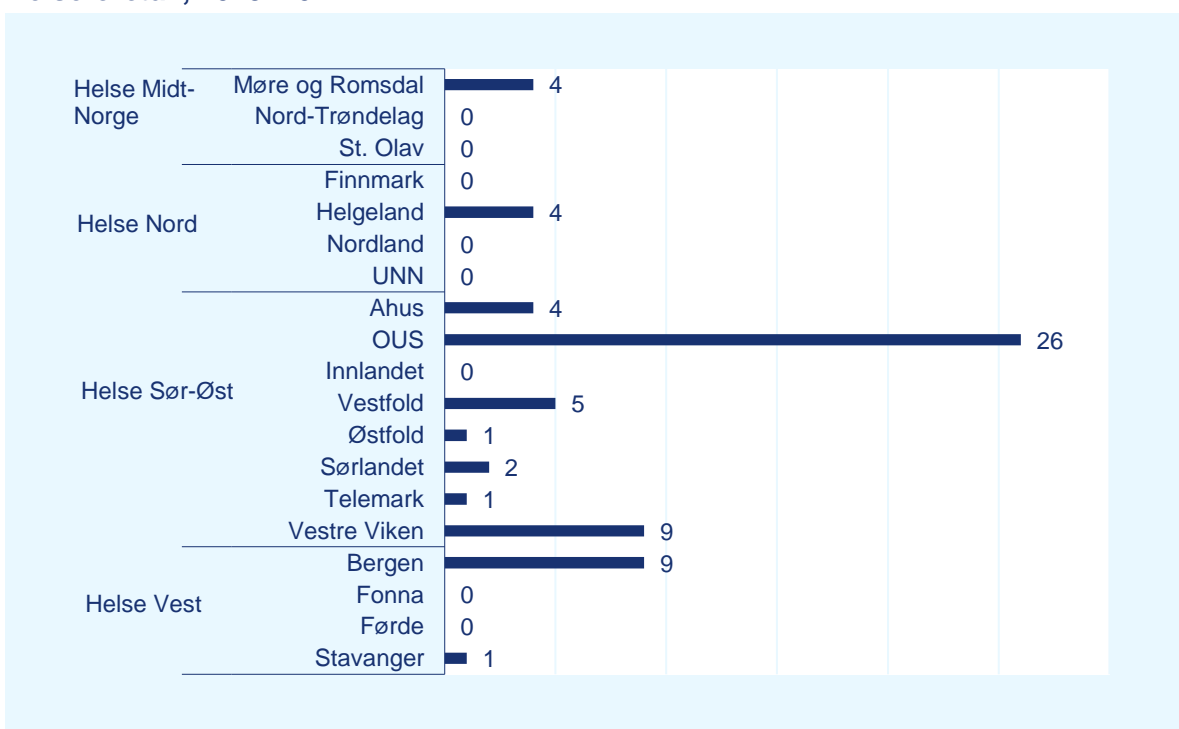
4.1.2 De fleste fødeavdelingene i helseforetakene gjennomfører få risikovurderinger

For å fange opp risiko som kan svekke måloppnåelsen, er det nødvendig at risikovurderinger også gjennomføres på lavere nivåer i foretakene. Det kan være risiko knyttet til den løpende driften, for eksempel gjentatte uønskede hendelser og bemanningsutfordringer, eller risiko som kan oppstå i forbindelse med planlagte endringer. Eksempler på det sistnevnte er omorganiseringer eller innføring av ny teknologi.

I et flertall av helseforetakenes retningslinjer for risikostyring står det at risikostyring bør gjennomføres også på operativt nivå. I 11 av 19 helseforetak har fødeavdelingene i perioden 2019–2022 gjennomført risikovurderinger av mål på området *kvalitet i pasientbehandlingen*. Disse kan være omfattende, som risikovurdering av fødetilbudet, eller gjelde mer avgrensede områder, som for eksempel overflytting av pasienter eller sommerbemanning.

De fleste helseforetakene gjør få risikovurderinger. I bare 4 helseforetak har fødeavdelingene gjennomført fem eller flere risikovurderinger i disse fire årene, jf. figur 3.

Figur 3 Antall mottatte risikovurderinger på konsekvensområdet kvalitet i pasientbehandlingen i fødeavdelingene, per helseforetak, 2019–2022



Kilde: Helseforetakene (N = 66)

Figuren viser at i åtte helseforetak har ikke fødeavdelingene gjennomført risikovurderinger av *kvalitet i pasientbehandlingen* i perioden. Fire av disse har imidlertid – i likhet med mange av de andre helseforetakene – oversendt risikovurderinger på områdene *arbeidsmiljø/HMS* og *bemanningsutfordringer*

i fødeavdelingene. Dette er områder som indirekte påvirker *kvaliteten i pasientbehandlingen*. De fire øvrige helseforetakene har ikke oversendt noen risikovurderinger som er gjennomført i fødeavdelingene i perioden.

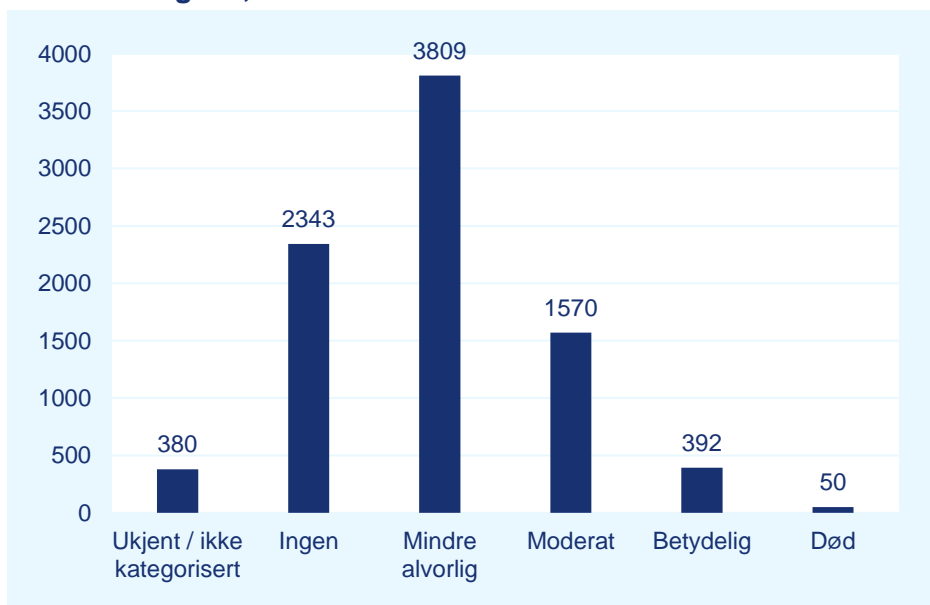
Helse- og omsorgsdepartementet viser til at fødselsomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal sammenheng. *Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering* sin rapport om fødselshjelp viser også at gravide kvinner generelt får tett og god oppfølging gjennom svangerskap og fødsel.⁶ Departementet framholder at Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*⁷ gir et faglig grunnlag for utviklingen av fødselsomsorgen. Undersøkelsen viser at fødeavdelingene i helseforetakene bruker flere typer verktøy for å unngå feil og pasientskader.

Samtidig viser ulike kilder at fødeavdelingene har utfordringer knyttet til

- å rekruttere og beholde fagpersonell (inkludert jordmødre)
- variasjon i kvalitetsindikatorer
- uberettiget geografisk variasjon i behandlingspraksis, det vil si i bruk av blant annet keisersnitt, tang og vakuum, klipping og epidural⁸
- relativt mange uønskede hendelser

Uønskede hendelser er hendelser som har ført til, eller som kunne ha ført til, pasientskade og i verste fall død. Det varierer mellom helseforetakene hvor stor andelen av uønskede hendelser utgjør av antall fødsler. Denne variasjonen kan påvirkes av ulik meldekultur mellom helseforetakene. God meldekultur fører til et høyere antall meldte hendelser, noe som kan være positivt i lys av arbeidet med pasientsikkerheten.

Figur 4 Meldte uønskede hendelser etter konsekvens i alle fødeavdelingene, 2019–2021



Kilde: Helseforetakene (N = 8544)

⁶ SKDE. (2019). *Helseatlas for fødselshjelp – Bruk av helsetjenester innen fødselshjelp i perioden 2015–2017*.

⁷ Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.

⁸ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2019). *Helseatlas for fødselshjelp*.

Det ble meldt inn uønskede hendelser i omtrent 5 prosent av alle fødsler i perioden 2019–2021. I absolutte tall utgjør dette 8544 uønskede hendelser. De ulike hendelsene er kategorisert i et eget klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser, jf. figuren ovenfor. Et flertall av de uønskede hendelsene hadde mindre alvorlige eller ingen konsekvenser. 1570 av de uønskede hendelsene hadde moderate konsekvenser, som innebærer at de krevde behandlingstiltak eller oppfølging. Videre hadde 392 hendelser betydelig konsekvenser, det vil si skade som krevde en betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet, varig funksjonstap eller lidelse. 50 tilfeller ble meldt inn som død, som kan ha årsak i behandling eller mangel på behandling.

Helseforetakene kan følge opp uønskede hendelser på ulike måter, for eksempel gjennom hendelsesanalyser. Samtidig som det gjennomføres få risikovurderinger i fødeavdelingene, viser undersøkelsen at det også, med unntak av noen få helseforetak, gjennomføres relativt få eller ingen hendelsesanalyser av uønskede hendelser i fødeavdelingene.

Sykehusene er i sin natur virksomheter hvor en ikke kan gardere seg mot uønskede hendelser. Utdringene på området tilsier imidlertid at det etter Riksrevisjonens vurdering gjennomføres få dokumenterte risikovurderinger med det formål å identifisere områder der svikt kan inntreffe, og å forebygge svikt i fødeavdelingene.



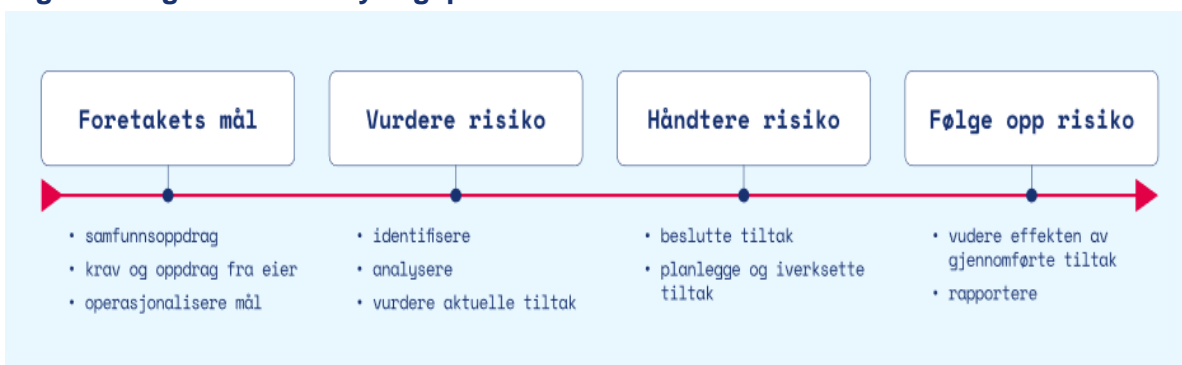
Hendelsesanalyse

En hendelsesanalyse bør gjøres etter en hendelse som har ført til, eller kunne ha ført til, betydelig skade på en pasient. Hovedhensikten med hendelsesanalysen er å lære av hendelsen og hindre at den gjentas.

4.2 Det er manglende systematikk i måten risikostyringen gjennomføres på

For å sikre at de vesentlige risikoene blir identifisert og fulgt opp, bør risikostyringen være en systematisk prosess. Resultatene av den bør dokumenteres for at styret og ledere på ulike nivåer i foretakene skal kunne ivareta sine ansvarsområder. Stegene i risikostyringsprosessen er framstilt i figur 5.

Figur 5 Stegene i risikostyringsprosessen



Kilde: Utarbeidet med utgangspunkt i Norsk Standard. (2018). *Risikostyring: Retningslinjer* (NS-ISO 31000:2018) og Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2008). *Risikostyring i staten*

4.2.1 Mål om kvalitet i pasientbehandlingen blir ofte ikke operasjonalisert

Målene er et viktig utgangspunkt for risikovurderinger. Tydelige mål er avgjørende for at risikostyringen skal gi verdi. Hvis målene er uklare, blir det vanskelig å identifisere tilhørende risikoer og tiltak som kan bidra til å øke sannsynligheten for måloppnåelse. Operasjonalisering av mål vil gjøre dem tydeligere.

Mange av styringsmålene i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er operasjonalisert i indikatorer som er konkrete, målbare og tidsbestemte. Tre av fire regionale helseforetak og over halvparten av helseforetakene har ikke på foretaksnivå operasjonalisert mål om kvalitet i pasientbehandlingen utover styringskravene i det årlige oppdragsdokumentet. Dette kan etter Riksrevisjonens vurdering redusere mulighetene til å identifisere andre risikoer som tar utgangspunkt i egenarten til det enkelte foretak.

Ledere i helseforetakene bør operasjonalisere målene til relevant nivå i virksomheten. Akershus universitetssykehus HF er et av helseforetakene som har operasjonalisert mål utover mål i oppdragsdokumentet. Her brukes en prosedyre som skal sikre en god prosess i behandlingen og operasjonaliseringen av målene til klinikkene. Helseforetaket legger opp til at alle enhetene i klinikkene skal sette egne mål for kvaliteten i pasientbehandlingen.

Undersøkelsen viser at nesten halvparten av helseforetakene ikke har operasjonalisert mål om kvalitet i pasientbehandlingen i fødeavdelingene. Etter Riksrevisjonens vurdering svekker dette fødeavdelingenes grunnlag for å integrere risikostyringen i virksomhetsstyringen og å identifisere risikoer som kan true måloppnåelsen.

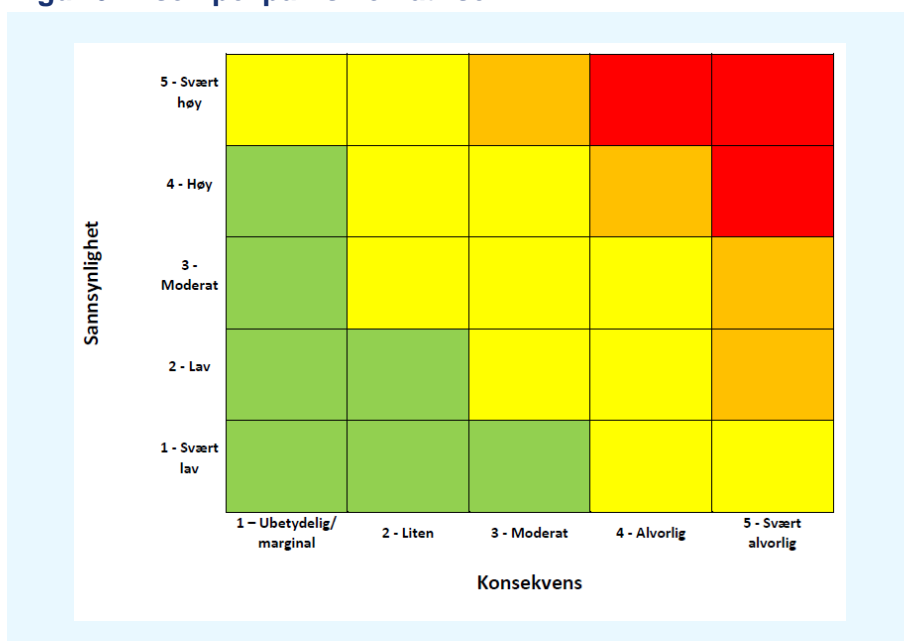
4.2.2 Mange av risikovurderingene gir et dårlig grunnlag for å vurdere om risikoen bør følges opp med tiltak

En risikovurdering skal gi grunnlag for å beslutte om risikoen bør håndteres, og eventuelt hvordan. Undersøkelsen viser at det er svakheter i kvaliteten på mange av de gjennomførte risikovurderingene når det gjelder å dokumentere risikonivå, planlagte tiltak og kunnskapsgrunnlaget vurderingene bygger på.

Risikonivået er en kombinasjon av sannsynligheten for at risikoen oppstår og mulige konsekvenser. Risikonivået skal gi grunnlag for beslutninger om hvorvidt det er nødvendig å iverksette risikoreducerende tiltak. Når dette ikke er dokumentert, er det vanskelig å vurdere om det er nødvendig å gjennomføre tiltak for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå.

Risikonivået kan visualiseres i en risikomatrix. Figur 6 illustrerer risikomatriksen som foretaksgruppen i Helse Midt-Norge skal bruke. Den viser ulike kombinasjoner av sannsynlighet og konsekvens, som gir henholdsvis lavt, moderat, høyt eller svært høyt risikonivå.

Figur 6 Eksempel på risikomatrixe



Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*

Undersøkelsen viser følgende:

- Hver tredje risikovurdering på operativt nivå i fødeavdelingene inneholder ikke en vurdering av sannsynlighet, konsekvens og risikonivå.
- Kun 12 av 19 helseforetak har dokumentert sannsynlighet, konsekvens og risikonivå i risikoer som er behandlet av styret.
- Av de regionale helseforetakene, er det bare Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF som overfor styret har dokumentert både sannsynlighet, konsekvens og risikonivå. De to andre regionale helseforetakene har ikke dokumentert tilsvarende.

I retningslinjene for risikostyring for foretaksgruppene til både Helse Vest og Helse Midt-Norge går det fram kriterier for om det bør iverksettes tiltak for de ulike risikoene (risikoakseptkriterier). Figur 7 viser kriteriene som skal brukes av foretaksgruppen i Helse Midt-Norge.

Figur 7 Eksempel på risikoakseptkriterier for ulike risikonivåer

Risikonivå	Beskrivelse
Lav	Risiko <i>kan</i> aksepteres uten å vurdere nye risikoreduserende tiltak.
Moderat	Risiko <i>kan</i> aksepteres, men nye risikoreduserende tiltak <i>bør</i> vurderes.
Høy	Risiko <i>kan</i> aksepteres, men nye risikoreduserende tiltak <i>skal</i> vurderes.
Svært høyt	Risiko <i>bør</i> kun unntaksvis aksepteres. Nye risikoreduserende tiltak <i>skal</i> vurderes svært grundig.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*

En risikovurdering har begrenset nytte hvis den ikke følges opp med tiltak. Undersøkelsen viser at i nesten halvparten av risikovurderingene som er utført i fødeavdelingene, er ikke planlagte risikoreduserende tiltak dokumentert, selv om risikonivået tilsier at det burde ha vært iverksatt tiltak i tråd med risikoakseptkriterier. På foretaksnivå gjelder dette fem av helseforetakene, det vil si at de ikke har dokumentert planlagte tiltak, mens alle de regionale helseforetakene har gjort dette.

Både på foretaksnivå og i fødeavdelingene i helseforetakene inneholder risikovurderingene begrenset dokumentasjon av hvilket kunnskapsgrunnlag de bygger på. For eksempel er det i liten grad dokumentert hvem som har vært involvert i utarbeidelsen av risikovurderingene, hvilke data som er brukt (for eksempel data om uønskede hendelser eller nasjonale kvalitetsindikatorer), eller om viktige interessenter (berørte avdelinger, pasienter, brukerorganisasjoner og kommuner) har vært involvert. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering informasjon som er viktig for å støtte beslutningstakere i den videre prosessen med å håndtere risiko.

4.2.3 Det er mangelfull dokumentasjon av om risikoreduserende tiltak blir fulgt opp

Undersøkelsen viser at det finnes lite dokumentasjon av at risikoreduserende tiltak etter risikovurderinger blir fulgt opp. Dette gjelder både fødeavdelingene og på foretaksnivå i helseforetakene og i de regionale helseforetakene.

Det er bare *fødeavdelinger* i tre helseforetak som har dokumentert eksempler på at planlagte tiltak for å håndtere risiko er gjennomført og evaluert. Flertallet av helseforetakene kan derfor ikke dokumentere at risikoreduserende tiltak blir gjennomført i fødeavdelingene, eller at effekten av tiltakene blir vurdert. Flertallet kan heller ikke dokumentere at relevant risiko er rapportert til overordnet nivå. Samtidig er det få helseforetak som

har skriftlige rutiner for hvordan planlagte tiltak skal følges opp og rapporteres.

Når det gjelder *foretaksnivå* i helseforetakene, kan bare halvparten av foretakene dokumentere at gjennomføringen av tiltak blir rapportert til styret i virksomhets- og tertialrapporteringen. Sørlandet sykehus HF er et av foretakene som skiller seg ut. Foretaket har dokumentert eksempel på tiltak og forventet effekt på risiko etter tiltak i tertialrapportering til styret, jf. figur 8.

Figur 8 Eksempel på dokumentasjon på gjennomførte risikoreducerende tiltak og effekten av tiltakene på risikonivået

Nr	Risikoområde	Risiko manglende måloppn.	(Sannsynlig het - Konsekvens)		Overordnede tiltak i 3.tertial:	Risiko-nivå pr.31.03.22 etter tiltak
			Risiko-nivå rapp. 3. tertial 2021	Risiko-nivå 2. tertial		
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet						
14	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, reduseres til 10% eller lavere		2-2	2-2		2-2
15	Andel enheter med godt sikkerhetsklima utgjør minst 75%		2-2	2-2	Oppfølging ForBedring 2021 i alle enheter. 81 % av enhetene på SSHF svarer 75 eller bedre. Referansen (HSØ) var 82 %.	2-2
16	Forbruk av bredspektrert antibiotika reduseres med 30% sammenliknet med 2012		2-3	2-3	Økt fokus og datavarehusløsning etableres høsten 2021	2-2

Kilde: Sørlandet sykehus HF

Undersøkelsen viser også at mange av risikovurderingene som er utført både på foretaksnivå og i fødeavdelingene, ikke inkluderer informasjon om hvem som er ansvarlig for gjennomføringen av tiltak, eller fristen for gjennomføringen av tiltak. Dette er trolig sentrale årsaker til at det heller ikke kan dokumenteres at tiltak er gjennomført og fulgt opp.

Også når det gjelder risikovurderinger *de regionale helseforetakene* har utført, er det lite dokumentasjon på gjennomførte tiltak, og det er i liten grad dokumentert om tiltak har hatt effekt på risikoene. Flere av de regionale helseforetakene opplyser at oppfølging av tiltak og rapportering av risiko i helseforetakene skjer løpende i møter, uten at oppfølgingen blir dokumentert.

Manglende dokumentasjon på oppfølging av tiltak og rapportering av risiko viser etter Riksrevisjonens vurdering at risikostyringssystemet ikke er fullstendig innført i foretakene. Manglende dokumentasjon kan føre til at ledere ikke enkelt får oversikt over risikobildet på sitt ansvarsområde og hvordan risikoer eventuelt håndteres. Dermed begrenses mulighetene de har til å systematisk innrette og følge opp virksomheten på en måte som kan bidra til måloppnåelse og til å identifisere områder der det er mulig å gjøre kvalitetsforbedringer.

Foretakene rapporterer regelmessig resultater på sentrale deler av driften til styret og eiere. Ledere på ulike nivåer i foretakene vil i forbindelse med måneds- og tertialrapporteringen blant annet kunne følge utviklingen i kvalitetsindikatorer og dermed kunne avdekke risikoer for manglende

måloppnåelse. Videre viser departementet til at de regionale helseforetakene tar opp sider ved driften med særlig risiko og områder som krever oppmerksomhet, i oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Etter Riksrevisjonens oppfatning er tiltak som besluttes og gjennomføres som oppfølging av resultatavvik i virksomhetsrapporteringen, en del av den løpende resultatoppfølgingen. Slik oppfølging kan være relevant for å identifisere områder som bør følges særskilt i risikoarbeidet. Dette kan betraktes som god virksomhetsstyring og forbedringsarbeid, noe som fører til bedre måloppnåelse. Dette er en *reaktiv* tilnærming til allerede oppståtte problemer. Det er imidlertid etter Riksrevisjonens vurdering også viktig å ha en *proaktiv* risikotilnærming – der formålet er å forebygge og unngå negative resultater.

4.3 Mange av retningslinjene for risikostyring er ikke i tråd med god praksis

Helse- og omsorgsdepartementet presiserte kravene til risikostyring allerede i foretaksmøtet i 2008 og har gjentatt dette i flere foretaksmøter siden. Departementet stilte krav om at styrene i de regionale helseforetakene skulle påse at foretakene hadde etablert systemer for risikostyring. Dette kravet omfattet både det regionale helseforetaket og foretaksgruppen.

God praksis for risikostyring tilsier at foretakene har retningslinjer som beskriver sentrale elementer som skal bidra til å sikre systematikk i risikostyringen. Disse elementene omfatter blant annet kriterier for å vurdere sannsynlighet, konsekvens og risikonivå, hvordan risikovurderinger bør gjennomføres, og hvordan risikoer bør håndteres og følges opp.

Felles retningslinjer er et viktig hjelpemiddel for å sikre sammenlignbar praksis i foretaksgruppene. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF har de regionale helseforetakene utarbeidet retningslinjer for risikostyring for sine egne foretaksgrupper. Helse Sør-Øst RHF har et rammeverk for virksomhetsstyring for foretaksgruppen der risikostyring er begrenset omtalt.

De tre andre regionale helseforetakene har etter 2020 revidert retningslinjene for risikostyring. En av grunnene til dette var at det var behov for å ha lik metodikk i foretaksgruppene.

De reviderte retningslinjene for risikostyring til foretaksgruppene i Helse Vest og Helse Midt-Norge inneholder krav til sentrale elementer i risikostyringen. De reviderte retningslinjene til Helse Nord RHF gir begrenset informasjon om de sentrale elementene, men viser til at metodikken skal utvikles i samarbeid med helseforetakene.

Det er bare Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF som i retningslinjene for foretaksgruppene har definert felles kriterier for å vurdere sannsynlighet og konsekvens, hvilket risikonivå som kan aksepteres, og hvilke handlinger som kreves ved ulike risikonivåer. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering viktig for å kunne vurdere og sammenligne risiko på tvers av og mellom nivåer i foretaksgruppen. Ulik praksis mellom helseforetakene i foretaksgruppen svekker etter Riksrevisjonens vurdering det regionale

helseforetakets grunnlag for å kunne vurdere det samlede risikobildet i foretaksgruppen.

Faktaboks 1 viser et eksempel på hvordan retningslinjene – for å standardisere vurderingene som gjøres i foretakene – får fram hvilke kriterier som gjelder når man vurderer konsekvenser innen pasientsikkerhet.

Faktaboks 1 Et eksempel på felles kriterier som en foretaksgruppe skal bruke ved vurdering av konsekvenser innen pasientsikkerhet

Konsekvens-område	Ubetydelig/marginal	Liten	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Pasient-sikkerhet	Ingen eller ubetydelige skader	Kortvarige eller små skader, eller for få personer	Skader av middels alvorlighet eller varighet, eller for et betydelig antall personer	Skader av alvorlig eller vedvarende karakter, eller for mange personer	Kritiske skader eller tap av liv, eller for svært mange personer

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*

De nye retningslinjene for foretaksgruppene i Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge presiserer at de enkelte helseforetakene bør utarbeide egne retningslinjer for risikostyring. Det pekes på at helseforetakene har et selvstendig ansvar for at styringssystemene er tilpasset foretakets egenart og særskilte risikoforhold.

Nesten alle helseforetakene har egne retningslinjer for risikostyring. De varierer imidlertid med hensyn til hvordan de dekker de ulike delene av risikostyringen.

Helseforetakenes retningslinjer er gjennomgående mangelfulle i beskrivelsen av hvordan planlagte risikoreducerende tiltak skal følges opp, og hvordan risiko skal rapporteres mellom nivåene i helseforetaket. De felles retningslinjene til foretaksgruppene omtaler også dette i liten grad. Dette er trolig en forklaring på hvorfor helseforetakene i så begrenset grad kan dokumentere at risikoreducerende tiltak faktisk er gjennomført og har hatt effekt.

Mange av retningslinjene til helseforetakene omhandler prosessen med å vurdere og håndtere risiko, men mangler omtale av faktorer som er viktige for å tilrettelegge risikostyringen i virksomheten. For eksempel mangler retningslinjene ofte en beskrivelse av hvem som har systemansvaret for risikostyringen, hvordan interne og eksterne interessenter skal ivaretas og hvordan selve systemet skal evalueres og forbedres.

Etter Riksrevisjonens vurdering er mange av retningslinjene for risikostyring ikke i tråd med god praksis. Når sentrale elementer i risikostyringen ikke inngår eller er tydeliggjort i retningslinjene, påvirker dette kvaliteten på gjennomføringen av risikostyringen.

4.4 Mange styrer får begrenset informasjon om risikostyringssystemet fungerer etter hensikten

Styrene i foretakene skal minst en gang årlig gjennomgå og vurdere foretakets styringssystem. Formålet er å vurdere om det fungerer etter hensikten og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Denne gjennomgangen kalles *ledelsens gjennomgang*.

De regionale helseforetakene fikk allerede i foretaksmøtet i 2008 krav om en slik gjennomgang, som også skulle omfatte tilstanden i foretaksgruppen. De regionale helseforetakene og et flertall av helseforetakene har opplyst at evalueringen av risikostyringen skal inngå i ledelsens gjennomgang.

Alle de regionale helseforetakene gjennomfører ledelsens gjennomgang i tråd med hensikten, som er å evaluere og forbedre styringssystemene.

De regionale helseforetakene har imidlertid ulik praksis med hensyn til om ledelsens gjennomgang omfatter styringssystemene til hele foretaksgruppen. Det er bare gjennomgangen til Helse Midt-Norge RHF som omfatter de felles styringssystemene for foretaksgruppen. Gjennomgangen til Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF omfatter kun styringssystemene i det regionale helseforetaket, mens gjennomgangen til Helse Nord RHF i hovedsak gjelder internt i det regionale helseforetaket.

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene, med unntak av Helse Sør-Øst RHF, omtaler risikostyringssystemet eksplisitt i ledelsens gjennomgang for årene 2021 og 2022. De tre regionale helseforetakene har også besluttet tiltak for å forbedre systemet for risikostyring både i de regionale helseforetakene og i foretaksgruppene.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at det har gjennomgått risikostyringssystemet på administrativt nivå, men har valgt å ikke omtale risikostyringssystemet i de to ledelsens gjennomganger som er forelagt styret i 2021 og 2022.

Alle helseforetakene gjennomfører også ledelsens gjennomgang. Imidlertid viser undersøkelsen at nesten halvparten av dem i hovedsak bruker denne gjennomgangen til å rapportere resultater og aktiviteter og i liten grad til å gi en vurdering av styringssystemene. Disse helseforetakene bruker dermed ikke ledelsens gjennomgang i tråd med formålet.

Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal aktivt følge med på om foretakene har et forsvarlig styringssystem gjennom sin kontrollfunksjon. Når undersøkelsen viser at ledelsens gjennomgang i mange helseforetak inneholder lite omtale av kvaliteten på risikostyringssystemet, betyr det at styrene i disse foretakene får begrenset kunnskap når de skal vurdere om risikostyringssystemet fungerer etter intensjonen.

Undersøkelsen viser at uavhengig av om styrene har fått lite eller mye informasjon om kvaliteten på risikostyringsystemet, tar et flertall av styrene gjennomgangen til orientering i behandlingen av ledelsens gjennomgang.

Samtidig viser undersøkelsen at styrene – både i de regionale helseforetakene og helseforetakene – er kjent med at internrevisjonene har avdekket svakheter i risikostyringen i foretaksgruppene. Styrene i Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har vedtatt endringer i foretaksgruppenes retningslinjer for risikostyring for å fjerne disse svakhetene.

Internrevisjonene i de regionale helseforetakene er et virkemiddel som styrene kan bruke til å få kunnskap om styringssystemene i foretakene. Etter Riksrevisjonens vurdering er det imidlertid viktig at styrene i foretakene også bruker ledelsens gjennomgang til å vurdere styringssystemene, slik at dette blir gjort regelmessig og i tråd med kravene gitt i foretaksmøtet i 2008.

4.5 De regionale helseforetakene har ulik forståelse av hvilket ansvar de har for risikostyringsystemet i foretaksgruppen

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har ulik tilnærming til hvordan tilstanden til systemene i foretaksgruppene følges opp. Det er ulik praksis både med hensyn til om foretaksgruppen har felles retningslinjer for risikostyring, og med hensyn til om ledelsens gjennomgang omfatter hele foretaksgruppen. Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF er ytterpunktene her.

I motsetning til Helse Sør-Øst RHF har Helse Midt-Norge RHF felles retningslinjer for risikostyring i sin foretaksgruppe og foretaksgruppen inkluderes også i den årlige gjennomgang av styringssystemet, det vil si ledelsens gjennomgang. Helse Midt-Norge RHF begrunner innretningen av ledelsens gjennomgang med sitt sørge for- og tilsynsansvar. Det regionale helseforetaket legger i tilsynsansvaret at det har ansvar for å kontrollere de delene av styringssystemet som er felles for hele foretaksgruppen.

Helse Sør-Øst RHF på sin side begrunner sin praksis med at helseforetakene er selvstendige rettssubjekter og har et selvstendig ansvar for å innrette virksomheten i tråd med kravene i lov og forskrift.

Riksrevisjonen er enig i at styret og ledelsen i det enkelte helseforetak har en selvstendig plikt til å sørge for at foretaket har et forsvarlig styringssystem. Samtidig har de regionale helseforetakene etter Riksrevisjonens vurdering ansvar for at det etableres styringssystemer i de helseforetakene det eier. De regionale helseforetakene har også ansvar for å ha oversikt over tilstanden til felles styringssystemer i foretaksgruppen.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det ikke tilfredsstillende at de regionale helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har fulgt opp om helseforetakene har fungerende risikostyringssystemer. Det er spesielt viktig å følge opp

helseforetak som over tid ikke har oppnådd tilfredsstillende kvalitet på risikostyringen.

Selv om det er mange faktorer som har betydning for om målene i helseforetakene nås, kan svak risikostyring ha konsekvenser for måloppnåelsen i det enkelte helseforetaket. Dette vil kunne påvirke også det regionale helseforetakets evne til å ivareta sitt sørge for-ansvar.

For at de regionale helseforetakene skal få oversikt over risikoene til foretaksgruppen, er de avhengig av at helseforetakene har systemer som gir en oversikt over egne risikoer. For at oversikten skal være systematisk, er det viktig at rapporteringen av risiko fra helseforetakene er sammenlignbar. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering nødvendig for at de regionale helseforetakene skal kunne ha tilstrekkelig oversikt over de samlede risikoene i foretaksgruppen og dermed kunne iverksette tiltak som sikrer en kontinuerlig forbedring.

5 Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at de regionale helseforetakene iverksetter tiltak slik at risikostyring blir brukt som et aktivt virkemiddel for å nå de helsepolitiske målene.

Dette innebærer at de regionale helseforetakene:

- Sørger for en praksis for risikostyring i sine foretaksgrupper som innebærer at vesentlig risiko systematisk blir identifisert og vurdert, og at nødvendige tiltak for å redusere risiko blir gjennomført og fulgt opp. Det er også viktig å følge opp at risikostyringen er helhetlig og integrert i virksomhetsstyringen.
- Sikrer at foretaksgruppene inkluderer risikostyringssystemet i sine årlige gjennomganger av styringssystemene, det vil si i ledelsens gjennomgang, for å vurdere om det fungerer som forutsatt og bidrar til forbedring av virksomhetene.
- Følger opp helseforetak som over tid ikke har tilfredsstillende kvalitet på risikostyringen.

6 Statsrådets svar

Dokument 3:13 (2023–2024) *Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene* ble oversendt statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet til uttalelse. Svaret fra statsråden følger i sin helhet i vedlegg 2.

7 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

Riksrevisjonen merker seg at statsråden mener rapporten gir en nyttig oversikt over risikostyringen på tvers av regioner og nivåer med utgangspunkt i standarder for beste praksis og gir grunnlag for læring.

Statsråden viser til Riksrevisjonens konklusjon om at de regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen. Statsråden påpeker at denne konklusjonen gir et tidsavgrenset innblikk fordi det bygger på en kartlegging av hvilke risikoområder som ble prioritert av styrene i foretakene høsten 2022.

Undersøkelsen legger til grunn at de prioriterte risikoene er områder som styrene ønsker å rette særskilt oppmerksomhet mot. Relativt få foretak har lagt fram prioriterte risikoer for sine styrer på områder der mange helseforetak har hatt utfordringer over lang tid. Riksrevisjonen vil videre presisere at konklusjonen ikke kun er avgrenset til 2022, men også bygger på omfanget av risikovurderinger gjort i fødeavdelingene i perioden 2019 til 2022.

Statsråden mener at det er en utfordring at undersøkelsen er avgrenset til risikostyring og dermed ikke fanger opp helheten og kompleksiteten i det samlede styringssystemet i de regionale helseforetakene. Operasjonalisering av risikostyring i foretaksgruppen skjer gjennom ulike prosesser og aktiviteter etablert som en del av styringssystemet og styringsdialogen i helseforetaksgruppene. Riksrevisjonen er kjent med at de regionale helseforetakene er oppmerksomme på risiko i den løpende virksomhetsstyringen. Imidlertid er undersøkelsen rettet mot det systematiske risikoarbeidet.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 13. februar 2024

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Tom-Christer Nilsen

Helga Pedersen

Anne Tingelstad Wøien

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Børre Fylling 22241214
Vår dato
26.01.2024
Deres dato

Vår referanse
2022/00975-78
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Ingvild Kjerkhol

Oversendelse av Dokument 3:13 (2023–2024) Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:13 (2023–2024) *Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene*.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 22.11.2023, og på departementets svar 20.12.2023.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 08.02.2024.

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

riksrevisor

Vedlegg:

Utkast til Dokument 3:13 (2023–2024) *Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene*.

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:

Statsrådets svar

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Utsatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref

Dato

22/3736-

8. februar 2024

Riksrevisjonens undersøkelse om risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. januar 2024, med oversendelse av Dokument 3:13 (2023-2024) Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Riksrevisjonen viser til at formålet med risikostyring er å gi rimelig sikkerhet for at virksomhetens mål nås, og at risikostyring er ett av flere virkemidler som skal bidra til at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne nå helsepolitiske mål. Jeg slutter meg til dette, og er enig i at risikostyring er en sentral del av styringssystemet og skal være integrert i virksomhetsstyringen.

Riksrevisjonen konkluderer bl.a. med at de regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen. Bakgrunnen for konklusjonen er kartlegging av hvilke risikoområder som ble prioritert av de regionale helseforetakene og helseforetakene høsten 2022. Alle regionale helseforetak og alle helseforetak, unntatt to, legger frem prioriterte risikoområder for styrene flere ganger i året. I tillegg får styrene informasjon om svakheter på ulike måter gjennom den løpende virksomhetsstyringen. Undersøkelsen til Riksrevisjonen er således basert på dokumentasjon som gir et tidsavgrenset innblikk i helseforetakenes risikovurderinger, og gir således ikke et samlet bilde av de risikoområder som prioriteres og løftes til styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Ved å avgrense undersøkelsen til risikostyring er det en utfordring at beskrivelsene og funnene i Riksrevisjonens rapport ikke fanger opp helheten og kompleksiteten i det samlede styringssystemet i de regionale helseforetakene. Operasjonalisering av risikostyring i

foretaksgruppen skjer gjennom ulike prosesser og aktiviteter etablert som en del av styringssystemet og styringsdialogen i helseforetaksgruppene.

Alle oppgavene i de regionale helseforetakene og helseforetakene er i utgangspunktet innrettet for å nå helsepolitiske overordnede mål. Risikostyring er et viktig verktøy som må ses i sammenheng med flere virkemidler i helseforetakenes styringssystem. Ledere på alle nivå må vurdere valg av ulike virkemidler og tiltak. Jeg vil også vise til at Riksrevisjonen i undersøkelsen ikke har vurdert sammenhengen mellom god risikostyring og resultater knyttet til helsepolitiske mål.

Riksrevisjonens rapport gir en nyttig oversikt over risikostyringen på tvers av regioner og nivåer med utgangspunkt i standarder for beste praksis. Dette gir grunnlag for læring på tvers og videre forbedringsarbeid av styringssystemet generelt og risikoarbeidet spesielt. Jeg vil på denne bakgrunn følge opp Riksrevisjonens anbefalinger på egnet måte overfor de regionale helseforetakene.

Nærmere om risikostyring i fødeavdelingene:

Reduksjon av pasientskader er et klart mål i spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen har i sin undersøkelse hatt særskilte vurderinger knyttet til fødeavdelinger. Det framkommer i rapporten at det er gjennomført få eller ingen risikovurderinger i fødeavdelingene, og at mange av de som er gjennomført ikke er i tråd med god praksis.

Jeg vil vise til at vi har kvalitetskrav i fødselsomsorgen som gir et faglig grunnlag for utvikling av fødselsomsorgen, og at fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng.

Sykehusene er i sin natur virksomheter hvor en ikke kan gardere seg mot uønskede hendelser, selv om det er gjennomført risikovurderinger i tråd med beste praksis. I rapporten vises det til antall innmeldte uønskede hendelser over en tre-års periode. Uønskede hendelser er hendelser som har ført til, eller som kunne ført til, pasientskade og i verste fall død. Alle helseforetak bruker NOKUP (norsk klassifikasjonssystem for uønsket pasienthendelse) for å klassifisere uønskede hendelser. Hensikten med å melde uønskede hendelser er å finne årsaker til hendelser, og om en kan gjøre system-messige tiltak for å forebygge en liknende hendelse. Antall meldte hendelser kan ikke tas til inntekt for faktisk omfang av pasientskader og om skaden skyldes svikt i behandling. Å melde uønskede hendelser er viktig for å avdekke årsaker og risikoområder for pasientsikkerhet. God meldekultur knyttet til uønskede hendelser, og som fører til et høyere antall meldte hendelser, kan være positivt sett ut fra arbeidet med risikostyring innen pasientsikkerhetsområdet.

Jeg er opptatt av god kvalitet og pasientsikkerhet i sykehusene generelt og en god fødselsomsorg i Norge. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan er dette viktige tema som vil bli fulgt opp i helseplanperioden gjennom blant annet implementering av rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet, oppfølging av Varselutvalgets rapport «Fra varsel til

læring og forbedring», samt tiltak for en sammenhengende og helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, reading "Ingvild Kjerkol". The signature is written in a cursive, flowing style.

Ingvild Kjerkol

Vedlegg 3:

Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

Revisjonen er gjennomført i henhold til

- **lov om Riksrevisjonen § 9 andre ledd**
- **instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 5 andre ledd**
- **INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon**

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn	11
1.1.1	Nærmere om risikostyring	12
1.2	Mål og problemstillinger	13
1.2.1	Mål	13
1.2.2	Problemstillinger	13
1.3	Avgrensninger	17
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	18
2.1	Problemstilling 1 Hvilke risikoer prioriterer foretakene?	19
2.2	Problemstilling 2 Har foretakene systemer for risikostyring?	20
2.3	Problemstilling 3 Hvordan bruker foretakene risikostyring for å nå målene om kvalitet i pasientbehandlingen?	20
3	Revisjonskriterier	23
3.1	Helsepolitiske mål og aktørenes ansvar	23
3.2	Krav til risikostyring	24
3.2.1	Krav til risikostyring som en del av styringssystemet	24
3.2.2	Krav til risikostyringsprosessen	25
3.3	Krav til styret og ledelsen i de regionale helseforetakene og helseforetakene	27
4	Prioritering av risikoer	28
4.1	Styrenes prioriterte risikoer	29
4.1.1	Prioriterte risikoer som legges fram for styrene i de regionale helseforetakene	29
4.1.2	Prioriterte risikoer som legges fram for styrene i helseforetakene	32
4.1.3	Områder der få prioriterte risikoer legges fram for styret i foretakene	36
4.2	Risikovurderinger på operativt nivå i helseforetakenes fødeavdelinger	41
4.2.1	Risikovurderinger som er gjennomført i fødeavdelingene	42
4.2.2	Områder som risikovurderes i fødeavdelingene	43
4.2.3	Kjente utfordringer i fødeavdelingene	45
4.2.4	Eksempler på verktøy som brukes for å unngå feil og pasientskader	48
5	Systemet for risikostyring	51
5.1	Retningslinjer, veiledere og maler for risikostyring i foretakene	52
5.1.1	De regionale helseforetakenes retningslinjer for risikostyring	52
5.1.2	Retningslinjer og veiledere for risikostyring i helseforetakene	53
5.2	Retningslinjenes beskrivelse av ansvar og roller og bruken av risikostyring i foretakene	54
5.2.1	Ansvar og roller knyttet til risikostyringsarbeidet i foretakene	54
5.2.2	På hvilket nivå og i hvilke situasjoner bør det gjennomføres risikovurderinger?	55
5.3	Hvordan sentrale elementer i risikostyringen omtales i retningslinjer og maler	56
5.3.1	Overordnet bilde av om retningslinjene beskriver sentrale elementer i risikostyringen	56

5.3.2	Kriterier for sannsynlighet, konsekvens og risikonivå	58
5.3.3	Planlegging av risikovurderingen	61
5.3.4	Risikovurderinger	62
5.3.5	Risikohåndtering	63
5.3.6	Oppfølging av risiko	63
5.3.7	Systemet for risikostyring internt i Helse Sør-Øst RHF	65
5.3.8	Proessen med å velge ut prioriterte risikoer	66
5.4	Annen støtte og tilrettelegging for å understøtte risikoarbeidet i foretakene	68
5.4.1	Bruk av IKT-moduler i risikostyringen	69
5.4.2	Tiltak for å sikre kompetanse hos styremedlemmer, ledere og dedikerte medarbeidere i foretakene	71
5.4.3	Faglige nettverk for risikostyring	71
6	De regionale helseforetakenes risikostyring for å nå mål om kvalitet i pasientbehandlingen	72
6.1	Overordnede mål om kvalitet i pasientbehandlingen	73
6.2	Risikovurderinger	75
6.2.1	Identifisering av risiko	75
6.2.2	Risikoanalyse	77
6.2.3	Risikoevaluering	78
6.3	Risikohåndtering	78
6.3.1	Risikoreducerende tiltak	78
6.3.2	Ansvar og tidsfrister	79
6.4	Oppfølging av risiko	79
7	Helseforetakenes risikostyring for å nå mål om kvalitet i pasientbehandlingen	82
7.1	Risikostyring på foretaksnivå	83
7.1.1	Overordnede mål om kvalitet i pasientbehandlingen	83
7.1.2	Risikovurderinger	85
7.1.3	Risikohåndtering	90
7.1.4	Oppfølging av risiko	91
7.2	Risikostyring på operativt nivå i klinikker som har ansvar for fødeavdelingene	93
7.2.1	Mål på operativt nivå	93
7.2.2	Risikovurderinger	94
7.2.3	Risikohåndtering	97
7.2.4	Oppfølging av risiko	97
7.3	Samsvar mellom risikostyring på foretaksnivå og operativt nivå	98
7.3.1	Operasjonalisering av mål	98
7.3.2	Risikoidentifisering og -vurderinger	98
7.3.3	Oppfølging av risiko	99
8	Evaluering av systemet for risikostyring	101

8.1	Prosedyrer for gjennomføring av ledelsens gjennomgang	101
8.2	Innholdet i ledelsens gjennomgang	102
8.3	Omtale av risikostyring i ledelsens gjennomgang	102
8.4	Oppfølging av ledelsens gjennomgang i foretakene	104
8.5	En samlet oppsummering av informasjonen som styrene får om risikostyring, og styrenes behandling av denne	105
8.5.1	Styret i helseforetakene	105
8.5.2	Styret i de regionale helseforetakene	106
9	Vurderinger	107
9.1	De regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen	108
9.1.1	Det er kjente områder med manglende måloppnåelse som i mange tilfeller ikke inngår i de prioriterte risikoene som legges fram for styrene	108
9.1.2	De fleste fødeavdelingene i helseforetakene gjennomfører få risikovurderinger	109
9.2	Det er manglende systematikk i måten risikostyringen gjennomføres på	111
9.2.1	Mål om kvalitet i pasientbehandlingen blir ofte ikke operasjonalisert	111
9.2.2	Mange av risikovurderingene gir et dårlig grunnlag for å vurdere om risikoen bør følges opp med tiltak	112
9.2.3	Det er mangelfull dokumentasjon av om risikoreduserende tiltak blir fulgt opp	113
9.3	Mange av retningslinjene for risikostyring er ikke i tråd med god praksis	113
9.4	Mange styrer får begrenset informasjon om risikostyringssystemet fungerer etter hensikten	115
9.5	De regionale helseforetakene har ulik forståelse av hvilket ansvar de har for risikostyringssystemet i foretaksgruppen	116
10	Referanseliste	117
11	Vedlegg	119
	Vedlegg 1 Brev til de regionale helseforetakene 14.11.22	120
	Vedlegg 2 Brev til helseforetakene 28.10.22	126
	Vedlegg 3 Oversikt over fødsler i sykehusene	132
	Vedlegg 4 Fødeavdelingenes bemanningsutfordringer	134
	Vedlegg 5 Kvalitetsindikatorer – fødsel og abort	136
	Vedlegg 6 Eksempel på utfylt risikovurdering	137
	Vedlegg 7 Sjekkliste for vurdering av praksis opp mot anerkjente standarder	138
 Tabelloversikt		
	Tabell 1 Oversikt over helseforetakene som inngår i undersøkelsen	16
	Tabell 2 De regionale helseforetakenes prioriterte risikoer etter konsekvensområde, per region i andre tertial 2022	30
	Tabell 3 De regionale helseforetakenes prioriterte risikoer knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen i 2022	31

Tabell 4 Helseforetakenes prioriterte risikoområder etter konsekvensområde, per region i andre tertial 2022	33
Tabell 5 Helseforetakenes prioritering av risikoer knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen, andre tertial 2022	35
Tabell 6 Retningslinjer i foretaksgruppene og helseforetakene	54
Tabell 7 Sentrale elementer i risikostyringen som beskrives i retningslinjene til foretaksgruppene og foretakene (og i foretakenes veiledere)	57
Tabell 8 Prioriterte mål for Sykehuset Innlandet i 2022 og risikoer knyttet til disse	85
Tabell 9 Helseforetakenes risikovurderinger av mål på området kvalitet i pasientbehandlingen – i oppdragsdokumentet og/eller med utgangspunkt i egne utfordringer	86

Figuroversikt

Figur 1 Stegene i risikostyringsprosessen.....	13
Figur 2 Helseregionene og et eksempel på hvordan et helseforetak er organisert under et regionalt helseforetak	15
Figur 3 Helseforetakenes prioriterte risikoer på området kvalitet i pasientbehandlingen, 2022	36
Figur 4 Antall risikovurderinger som er mottatt fra fødeavdelingene per helseforetak, 2019–2022	42
Figur 5 Konsekvensområder i mottatte risikovurderinger fra fødeavdelingene, 2019–2022	43
Figur 6 Antall mottatte risikovurderinger på konsekvensområdet kvalitet i pasientbehandlingen på fødeområdet, per helseforetak, 2019–2022	44
Figur 7 Andelen uønskede hendelser av totalt antall fødsler, 2019–2021	46
Figur 8 Meldte uønskede hendelser etter konsekvens i alle fødeavdelingene, 2019–2021	47
Figur 9 Antall hendelses- eller årsaksanalyser og risikovurderinger gjennomført i fødeavdelingene, 2019–2022	49
Figur 10 Helse Midt-Norges risikomatrise	60
Figur 11 Helse Midt-Norges risikoakseptkriterier for ulike risikonivåer	60
Figur 12 Status på gjennomførte risikovurderinger i klinikkene i Sørlandet sykehus.....	70
Figur 13 Status for OUS' arbeid med å utvikle en årsplan for risikostyringen.....	70
Figur 14 Stegene i risikostyringsprosessen.....	72
Figur 15 Risikovurdering i Helse Sør-Øst RHF	77
Figur 16 Stegene i risikostyringsprosessen.....	82
Figur 17 Ahus' kategorisering av risiko for manglende måloppnåelse.....	87
Figur 18 Sannsynlighet, konsekvens og risikonivå i Nord-Trøndelag	89
Figur 19 Risikobildet før og etter tiltak.....	91
Figur 20 Eksempel på dokumentasjon av gjennomførte tiltak og effekt på risikonivået	92
Figur 21 Eksempel på Ahus' statusrapportering etter første tertial	93

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Oversikt over kvaliteten i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde 2017–2019	38
Faktaboks 2 Informasjon om fødesteder	41
Faktaboks 3 Eksempler på kriterier for sannsynlighets- og konsekvensvurdering	59
Faktaboks 4 Vestre Vikens forventninger til planleggingen av risikovurderinger	61
Faktaboks 5 Rapportering av risiko i Sørlandet Sykehus (første tertial)	64
Faktaboks 6 Vurdering av prioriterte risikoer i Helse Førde	66

Faktaboks 7	Prosess for å velge ut prioriterte risikoer i Helse Midt-Norge RHF.....	67
Faktaboks 8	Rapportering av topp 10-risikoer i Helse Midt-Norge RHF	68
Faktaboks 9	Mål og indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet i et oppdragsdokument.....	74
Faktaboks 10	Beskrivelse av Ahus' prosess med å operasjonalisere mål og krav i oppdragsbrevet...	84
Faktaboks 11	Forskjellen på kritiske suksessfaktorer og risikovurderinger	88
Faktaboks 12	Grunner til å gjøre en risikovurdering på operativt nivå.....	95
Faktaboks 13	Eksempel på hvordan Helse Midt-Norge RHF omtaler risikostyring i ledelsens gjennomgang	103
Faktaboks 14	Eksempler på hvordan fire helseforetak omtaler risikostyring når det gjelder områder som bør forbedres, i ledelsens gjennomgang	103
Faktaboks 15	Eksempler på forbedringstiltak som er gjort i helseforetakene.....	104

Ordliste og forkortelser

Foretaksgruppe	Foretaksgruppe er betegnelsen på det regionale helseforetaket og helseforetakene det eier i en helseregion.
Helseforetak (HF)	Et helseforetak er en virksomhet som er eid av et regionalt helseforetak. Helseforetaket yter spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt opptaksområde. I Norge er det 20 helseforetak som yter somatiske helsetjenester. Et helseforetak kan eie ett eller flere sykehus.
Konsekvens	Konsekvens viser til hvilke følger, virkninger eller resultater det har for et mål hvis en risiko inntreffer.
Konsekvensområde	Konsekvensområde viser til området en risiko kan ha konsekvenser for dersom den inntreffer, for eksempel for pasienter, ansatte eller virksomhetens økonomi.
Ledelsens gjennomgang	Minst én gang årlig skal hele styringssystemet gjennomgås systematisk og vurderes opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Denne gjennomgangen kalles ofte ledelsens gjennomgang.
Opptaksområde	Definert geografiske område og befolkning som et helseforetak eller sykehus har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til.
Prioritert risiko	Prioritert risiko er risiko som administrasjonen i foretaket mener er viktig og bør ha særskilt oppmerksomhet, og som legges fram for foretakets styre.
Rapportering	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.
Regionalt helseforetak (RHF)	Et regionalt helseforetak er en statseid virksomhet som har ansvaret for spesialisthelsetjenestene i en helseregion. Det er fire helseregioner og dermed fire regionale helseforetak i Norge.
Retningslinjer for risikostyring og rammeverk for risikostyring	Foretakene bruker begrepene retningslinjer eller rammeverk som tittel på dokumentene som inneholder retningslinjene for risikostyring. Dokumentene kan inneholde den samme informasjonen, og de omtales i rapporten som retningslinjer for risikostyring. For å få integrert risikostyringen i viktige aktiviteter og funksjoner bør det utarbeides retningslinjer for risikostyringen. Retningslinjene bør være tilpasset organisasjonens egenart.
Restrisiko	Restrisiko er forventet gjenværende risiko etter at tiltak er gjennomført og har hatt effekt.

Risiko	Risiko viser til forhold eller hendelser som kan inntreffe og påvirke organisasjonens måloppnåelse negativt, positivt eller begge deler.
Risikohåndtering	Risikohåndtering går ut på å 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.
Risikokriterier	Risikokriterier , også kalt risikoakseptkriterier, er kriterier som brukes for å avgjøre om det er nødvendig å gjennomføre tiltak for å redusere risikonivået til en risiko.
Risikonivå	Risikonivå er en kombinasjon av sannsynligheten for at risikoen oppstår og mulige konsekvenser. Det er vanlig å definere risikonivå slik: risikonivå = sannsynlighet x konsekvens
Risikooppfølging	Med oppfølging menes en vurdering eller evaluering av risikoen etter at tiltak er gjennomført.
Risikoregister	Et risikoregister inneholder informasjon om risikoene i en virksomhet med blant annet en kort beskrivelse av risikoen, dens sannsynlighet og konsekvens, kilden til risikoen og tiltak.
Risikostyring	Risikostyring er koordinerte aktiviteter for å rettlede og kontrollere en organisasjon med hensyn til risiko. Formålet med risikostyring er å styre organisasjonen på en slik måte at målene blir oppnådd.
Risikostyringsprosess	En risikostyringsprosess går ut på å identifisere, vurdere, håndtere og følge opp hendelser som kan utgjøre en risiko. Risikostyringsprosessen bør være tilpasset organisasjonens egenart.
Risikostyringssystem	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.
Risikovurdering	Risikovurdering er prosessen som omfatter risikoidentifisering, risikoanalyse og risikoevaluering. <ul style="list-style-type: none"> • Målet med risikoidentifisering er å finne, gjenkjenne og beskrive risikoer som kan bidra til at en organisasjon når målene sine. • 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. • 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.
Sannsynlighet	Sannsynligheten for at en hendelse som påvirker risikoen, inntreffer.

Sørge for-ansvaret

De regionale helseforetakene skal i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a **sørge for** sykehustjenester til personer som bor i helseregionen.

Virksomhetsstyring

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.¹

Kilder: ISO 31 000, ISO 31010, Helsedirektoratet, Direktoratet for forvaltning og økonomistyring og Store norske leksikon

¹ [Hva er virksomhetsstyring? | DFØ \(dfo.no\)](#)

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Formålet med risikostyring er å gi rimelig sikkerhet for at virksomhetens mål nås. Risikostyring er et av flere virkemidler som skal bidra til at de regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene skal kunne nå helsepolitiske mål. Risikostyring skal hjelpe foretakene til å tenke proaktivt, prioritere og ta bedre beslutninger.² Det handler om at ledelsen både skal kjenne til og aktivt håndtere forhold som kan true måloppnåelsen, blant annet ved å identifisere og forebygge områder der svikt kan oppstå.

Sentrale helsepolitiske mål er nedfelt i helselovgivingen, og de er i all hovedsak knyttet til ulike aspekter ved å sikre kvaliteten i pasientbehandlingen. Spesialisthelsetjenestelovens formål er særlig å

- bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet
- bidra til et likeverdig tjenestetilbud
- bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov
- bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene
- fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning

I tillegg er det et formål å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.³

RHF-ene har et sørge for-ansvar for spesialisthelsetjenester i sin region. Ansvarer innebærer at befolkningen i helseregionen skal tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester. RHF-ene eier helseforetakene, som skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det.⁴

Stortinget fastsetter også mål for spesialisthelsetjenesten gjennom blant annet budsjettvedtak og nasjonale helse- og sykehusplaner.⁵ Helse- og omsorgsdepartementets styring skjer innenfor de rammene og målene som Stortinget fastsetter. Departementet gir nærmere krav og føringer til RHF-ene i de årlige foretaksmøtene og oppdragsbrevene. Det er vanlig praksis at disse blir viderefremmet av RHF-ene til helseforetakene i sin region.

De norske helsetjenestene holder høyt nivå internasjonalt.⁶ Likevel har helseforetakene manglende måloppnåelse innen flere områder som gjelder kvalitet i pasientbehandlingen. Helsedirektoratets rapport fra 2023, *Pasientskader i Norge 2021*, viser at det oppstod pasientskade ved 12,6 prosent av somatiske sykehusopphold. Ifølge Prop. 1 S (2023–2024) har det vært en svakt nedadgående trend i omfanget av pasientskader i perioden 2012–2022, men det er fortsatt et stykke unna målet på 10 prosent innen 2023.⁷ Basert på studier fra blant annet Sverige regner en med at rundt halvparten av pasientskadene kunne vært forebygget.⁸ Videre har det over mange år vært for lange ventetider til behandling ved helseforetakene.

Når det gjelder målet om et likeverdig tjenestetilbud, er det mye kunnskap som viser at det er store geografiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten. Flere såkalte helseatlas fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering og Helse Førde HF har siden 2015 vist at det er variasjoner mellom helseforetakene i kvaliteten på og forbruket av spesialisthelsetjenester på en rekke fagområder. Riksrevisjonen publiserte i 2019 en undersøkelse som belyste uønsket variasjon i forbruk, årsaker til

² Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2008). [Risikostyring i staten](#).

³ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1.

⁴ Lov om helseforetak m.m. § 1.

⁵ Sist i Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

⁶ OECD. (2023). *Health at a Glance 2023*.

⁷ Prop. 1 S (2023–2024) *For budsjettåret 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁸ Prop. 1 S (2022–2023). *For budsjettåret 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.

variasjonen og hvordan RHF-ene og helseforetakene ivaretar hensynet til likeverdig tilgang til helsetjenester.⁹

Riksrevisjonen har gjennomført mange undersøkelser som viser at det er svakheter i viktige faktorer som har betydning for foretakenes evne til å levere tjenester i tråd med de helsepolitiske målene.¹⁰ Flere av disse viser at det er svakheter i RHF-enes og helseforetakenes og arbeid med risikostyring.¹¹ Også undersøkelser som er gjennomført av internrevisjonene i RHF-ene viser at det er svakheter på området.¹²

Risikostyring er en sentral del av styringssystemet, og skal være integrert i virksomhetsstyringen. Selv om det er mange faktorer som påvirker RHF-enes og helseforetakenes måloppnåelse, vil svakheter i risikostyringen ha betydning for virksomhetsstyringen og dermed få konsekvenser for hvordan foretakene prioriterer ressurser, følger opp resultater og bruker informasjon til læring og forbedring. Svak risikostyring kan få direkte konsekvenser for den enkelte pasients liv og helse, og har derfor høy viktighet.

Ledelsen i RHF-ene og helseforetakene har ansvar for virksomhetsstyringen i sine foretak.¹³ Dette innebærer å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.¹⁴ Risikostyringen skal være integrert og en naturlig del av virksomhetens styringssystem.¹⁵

Styrene i RHF-ene og helseforetakene skal føre tilsyn med at virksomheten blant annet drives i samsvar med formålet og vedtak truffet på foretaksmøtet.¹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet presiserte kravene til risikostyring i foretaksmøtet i 2008. Her ble det stilt krav om at styret skal påse at foretaket har etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.

1.1.1 Nærmere om risikostyring

Risikostyring handler om at ledelsen både skal kjenne til og aktivt håndtere forhold som kan true måloppnåelse.

Risikostyring i RHF-ene og helseforetakene innebærer at ledelsen

- har oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene og pasient- og brukersikkerheten¹⁷
- planlegger hvordan identifiserte risikoer kan reduseres eller minimaliseres¹⁸

I dette arbeidet bør det brukes en kjent standard.¹⁹ En faglig standard er NS-ISO 31000:2018 *Risikostyring Retningslinjer*. Med utgangspunkt i denne standarden kan stegene i risikostyringsprosessen framstilles som i figur 1. Prosessen er i overensstemmelse med modellen til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring.

⁹ Dokument 3:2 (2019–2020). *Årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester*. Undersøkelsen ble fulgt opp i Dokument 3:2 (2023–2024).

¹⁰ Blant annet Dokument 3:2 (2019–2020). *Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*, Dokument 3:2 (2021–2022). *Undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr* og Dokument 3:2 (2020–2021). *Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer*.

¹¹ Dokument 3:2 (2016–2017). *Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser*, Dokument 3:2 (2019–2020). *Årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester*, Dokument 3:2 (2018–2019). *Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten*, Dokument 3:2 (2020–2021). *Undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer* og Dokument 3:2 (2018–2019). *Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS*.

¹² Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. (2021). *Risikostyring og kvalitet Oslo universitetssykehus HF*, Internrevisjonen Helse Nord. (2017). *Risikostyring i Helse Nord* og Internrevisjonen Helse Midt-Norge. (2020). *Risikostyring i Helse Midt-Norge RHF*.

¹³ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene*, § 3.

¹⁴ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene* § 4.

¹⁵ Helsedirektoratet. (2018). *Veileder til lov og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, § 1.

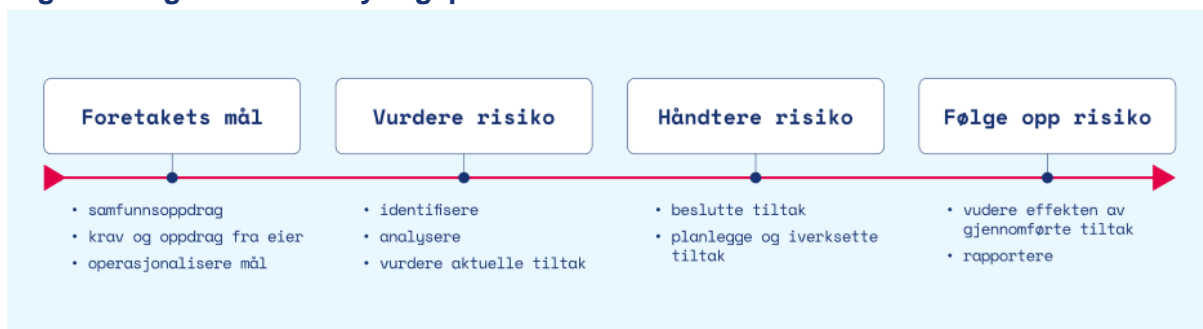
¹⁶ *Lov om helseforetak m.m.* § 28.

¹⁷ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 6 d.

¹⁸ *Ibid.*, § 6 e.

¹⁹ Helsedirektoratet. (2018). *Veileder til lov og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Figur 1 Stegene i risikostyringsprosessen



Kilde: Utarbeidet med utgangspunkt i Norsk Standard. (2018). Risikostyring: Retningslinjer (NS-ISO 31000:2018) og Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2008). Risikostyring i staten

Risikovurderinger bør ta utgangspunkt i virksomhetens mål, noe som forutsetter at foretaket har oversikt over disse. Det første steget i risikostyringsprosessen går ut på å vurdere risikoen for at målene ikke nås. Dette innebærer blant annet å vurdere sannsynligheten for at risikoen vil inntreffe, og eventuelle konsekvenser den vil ha. Videre bør det fastsettes kriterier for hvilket risikonivå som kan aksepteres, slik at man har et utgangspunkt for å avgjøre om en eventuell risiko kan aksepteres, eller om det bør iverksettes tiltak.

Som en del av virksomhetsstyringen bør ledelsen være kjent med sentrale faktorer som påvirker måloppnåelsen. Identifisering av kritiske suksessfaktorer eller drivere er også et godt utgangspunkt for å identifisere risiko.

Risiko bør deretter håndteres ved at man først beslutter hvilke tiltak som vil redusere den til et akseptabelt nivå, og deretter iverksetter disse tiltakene. Det siste steget i risikostyringsprosessen går ut på å følge opp tiltakene for å se om de har hatt den ønskede effekten på risikoen, og rapportere til ledere på ulike nivåer og foretakets styre, slik at de får informasjon som setter dem i stand til å ivareta ansvaret sitt.

Risikostyring kan gjennomføres på ulike nivåer i foretakene. Prosessen og systemet for risikostyring bør dokumenteres.²⁰ Dette skal gjøre det mulig for alle interessenter å følge avveiningene som er gjort i prosessen, blant annet når det gjelder metode, valg, avgrensninger, forutsetninger og vurderinger.

1.2 Mål og problemstillinger

1.2.1 Mål

Målet med undersøkelsen er å vurdere om RHF-ene og helseforetakene bruker risikostyring i samsvar med gjeldende krav og anbefalinger som virkemiddel for å støtte opp om helsepolitiske mål.

1.2.2 Problemstillinger

1. Hvilke risikoer prioriterer foretakene?²¹
 - Hvilke områder blir lagt fram som de prioriterte risikoene til styrene?
 - Hvilke risikovurderinger gjøres på operativt nivå i helseforetakene?
2. Har foretakene systemer for risikostyring?
 - Har foretakene utarbeidet retningslinjer mv. for risikostyring som er i tråd med faglige krav?
 - Hvilke virkemidler bruker foretakene for å støtte opp om gjennomføringen av risikoarbeidet?

²⁰ Norsk Standard. (2018). *Risikostyring: Retningslinjer* (NS-ISO 31000:2018), kapittel 6.

²¹ Med foretakene menes både de regionale helseforetakene og foretakene.

- Gjennomfører foretakene regelmessige evalueringer av om systemet for risikostyring fungerer etter hensikten?
3. Hvordan bruker foretakene risikostyring for å nå målene om kvalitet i pasientbehandlingen?
- Risikovurderer foretakene mål om kvalitet i pasientbehandlingen?
 - Blir det gjennomført tiltak for å redusere risiko?
 - Hvordan følger foretakene opp risikovurderingene?

Undersøkelsen belyser i hovedsak risikostyringen som er rettet mot målene om kvalitet i pasientbehandlingen. Dette gjelder problemstilling 3 og dels problemstilling 1. De sentrale aspektene som belyses i så måte, er foretakenes formål om å bidra til at tjenestetilbudet er likeverdig, er tilgjengelig for pasientene, og har god kvalitet.

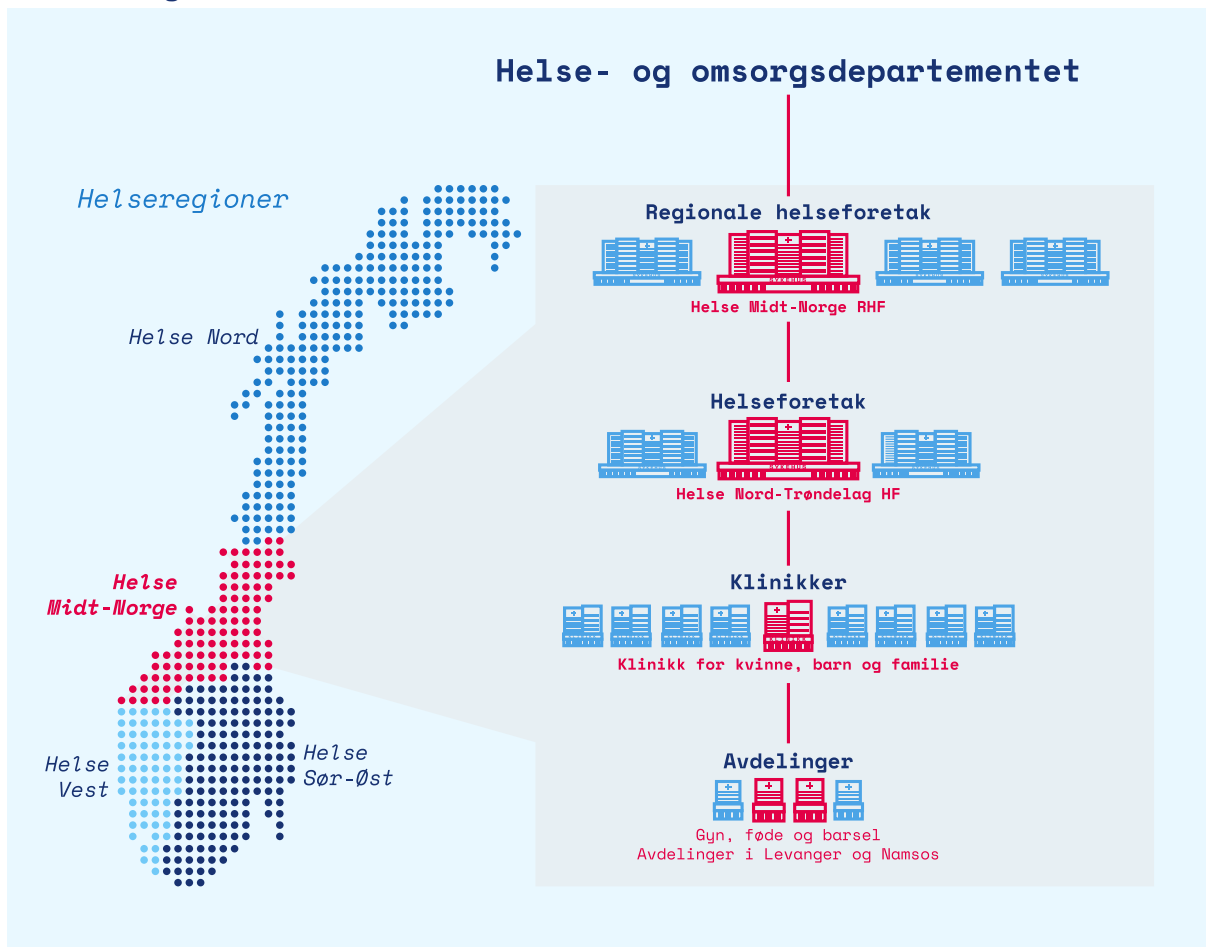
Problemstilling 1 omfatter en karlegging av de prioriterte risikoene. Dette er risikoer som foretakene vurderer at det er behov for å ha særskilt oppmerksomhet på, og som framlegges for styrene i egne saker eller som del av den faste virksomhetsrapporteringen.

Styrene får også informasjon om risikoer i andre særskilte saker utover de prioriterte risikoene, som for eksempel større byggeprosjekter. Videre får styrene informasjon som kan være relevant for risikostyringen gjennom den løpende virksomhetsstyringen. Dette er informasjon om resultater i driften som berører status for arbeidet med å nå viktige mål og utfordringer, som for eksempel ventetider. Dette er forhold som ikke inngår i undersøkelsen.

Undersøkelsen omfatter risikostyring både på foretaksnivå og på operativt nivå i helseforetakene. Med foretaksnivå menes her foretaksledelsen og styret. Når det gjelder det operative nivået, har vi valgt å begrense undersøkelsen til risikostyringen som foregår i fødeavdelingene og klinikkene som har ansvar for disse.

De fire RHF-ene eier helseforetakene. Undersøkelsen omfatter de helseforetakene som har klinikker med ansvar for fødeavdelinger, jf. tabell 1. De fleste helseforetakene har fødeavdelinger på flere geografiske steder. Figur 2 gir en oversikt over helseregionene og viser hvordan et helseforetak er organisert under et regionalt helseforetak, der Helse Nord-Trøndelag er brukt som eksempel.

Figur 2 Helseregionene og et eksempel på hvordan et helseforetak er organisert under et regionalt helseforetak



Kilde: Riksrevisjonen

I undersøkelsen bruker vi forkortelser for helseforetakenes navn, jf. tabell 1.

Tabell 1 Oversikt over helseforetakene som inngår i undersøkelsen

Regionale helseforetak (RHF)	Helseforetak (HF)	Kortnavn for HF brukt i rapporten
Helse Midt-Norge RHF	Helse Møre og Romsdal HF	Møre og Romsdal
	Helse Nord-Trøndelag HF	Nord-Trøndelag
	St. Olavs hospital HF	St. Olav
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	Finnmark
	Helgelandssykehuset HF	Helgeland
	Nordlandssykehuset HF	Nordland
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	UNN
Helse Sør-Øst RHF	Akershus universitetssykehus HF	Ahus
	Oslo universitetssykehus HF	OUS
	Sykehuset Innlandet HF	Innlandet
	Sykehuset i Vestfold HF	Vestfold
	Sykehuset Østfold HF	Østfold
	Sørlandet sykehus HF	Sørlandet
	Sykehuset Telemark HF	Telemark
Helse Vest RHF	Vestre Viken HF	Vestre Viken
	Helse Bergen HF	Bergen
	Helse Fonna HF	Fonna
	Helse Førde HF	Førde
	Helse Stavanger HF	Stavanger

1.3 Avgrensninger

Risikostyring er et av flere virkemidler som skal bidra til at RHF-ene og helseforetakene skal kunne nå helsepolitiske mål. Et sentralt premis for undersøkelsen er at god risikostyring bidrar til målrettet innretning av virksomheten, og bidrar positivt til foretakenes måloppnåelse. Den direkte årsaks-sammenheng mellom risikostyring og måloppnåelse er ikke kartlagt.

Risikostyring på områder som ikke berører kvaliteten i pasientbehandlingen direkte, blant annet økonomiske langtidsplaner, bygging av nye sykehus og innføring av nye IKT-systemer, blir i liten grad belyst. Undersøkelsen gir derfor ikke et samlet bilde av risikoarbeidet og risikostyringen som skjer i foretakene. Vi legger imidlertid til grunn at risikostyring av målet om kvalitet i pasientbehandlingen bør være en sentral del av risikoarbeidet i foretakene.

Ledere på ulike nivåer i foretakene vil i forbindelse med måneds- og tertialrapporteringen følge utviklingen på indikatorer innen områder som økonomi, bemanning, aktivitet, ventetider og kvalitet. Oppfølging av resultatavvik i virksomhetsrapporteringen er relevant for å identifisere områder som bør følges særskilt i risikoarbeidet. Prosessen med å iverksette tiltak med bakgrunn i oppfølgingen av resultatavvik kan betraktes som god virksomhetsstyring og forbedringsarbeid. Undersøkelsen omfatter ikke denne resultatoppfølgingen. Vi har i stedet belyst foretakenes arbeid med bruk av risikometodikk – der formålet er å forebygge og unngå negative resultater.

På alle nivåer i foretakene vurderer ledere som en del av virksomhetsstyringen risiko, uten at dette nødvendigvis blir dokumentert og inngår i den formelle risikostyringsprosessen. Det er et skille mellom på den ene siden risikostyring som en metodikk som skal redusere framtidig risiko, og på den andre siden den oppmerksomheten ledere og medarbeidere har om risiko under utførelsen av de daglige arbeidsoppgavene, og i arbeidet med oppfølging av oppgaver og mål. I tillegg foregår det også annet løpende forbedringsarbeid i foretakene som har betydning for måloppnåelsen. Dette er forhold vi ikke har undersøkt, men det er et bakteppe for undersøkelsen.

I en risikovurdering inngår det faglige og skjønnsmessige vurderinger av både faktorer som påvirker risikoen og eventuelle tiltak som skal redusere den. Undersøkelsen belyser ikke det faglige skjønnnet som ligger til grunn for disse vurderingene.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Vi har i hovedsak belyst problemstillingene i undersøkelsen ved å analysere dokumenter fordi god praksis tilsier at risikostyringen er dokumentert. Undersøkellesperioden er fra 2019 til 2022. For å supplere dokumentanalysen har vi i tillegg intervjuet de fire regionale helseforetakene (RHF-ene). Intervjuene ble gjennomført i 2023.

Dokumentinnhenting og -analyse

Vi innhentet dokumenter og svar på en rekke spørsmål i et brev som ble sendt til 19 helseforetak 28. oktober 2022. Spørsmålene, ca. 50 i alt, var fordelt på åtte temaer.²² Helseforetakene ble stilt spørsmål om følgende temaer:

- rammeverk/retningslinjer, prosedyrer, veiledere og maler for risikostyring
- risikostyringsfunksjonen (ansvar for systemet med risikostyring)
- støtte og tilrettelegging i risikoarbeidet
- evaluering av systemet for risikostyring
- prioriterte risikoer som legges fram for styret
- risikostyring på overordnet nivå knyttet til mål om kvalitet i pasientbehandlingen
- risikostyring på operativt nivå (fødeavdelinger) knyttet til mål om kvalitet i pasientbehandlingen
- uønskede hendelser og hendelsesanalyser

Vi mottok svar fra alle de 19 helseforetakene som har fødeavdelinger.

Videre innhentet vi dokumenter og svar på en rekke spørsmål i et brev som ble sendt til RHF-ene 14. november 2022. RHF-ene ble stilt spørsmål om de samme temaene som helseforetakene, med unntak av spørsmål som handlet om risikostyring på operativt nivå (fødeavdelinger).²³

Vi har brukt dokumenter og skriftlige svar under hvert tema til å besvare én eller flere av problemstillingene. For å sikre en enhetlig forståelse av spørsmålene og at vi mottok all relevant informasjon, hadde vi etter utsendelsen av brevene en samtale med alle de fire RHF-ene og tilnærmet alle helseforetakene.

Vi har også innhentet annen dokumentasjon som er offentlig tilgjengelig. Dette omfatter i all hovedsak innkallinger med saksvedlegg til foretakenes styremøter. Samlet har vi innhentet om lag 2000 dokumenter.

Et sentralt metodisk grep i undersøkelsen er å vurdere innhentede data mot god praksis slik den framstilles i anerkjente standarder for risikostyring (NS-ISO 31000:2018 og NS 5814) og *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* med veileder. Basert på disse kildene utarbeidet vi sjekklister for de ulike delene av risikostyringsprosessen, jf. vedlegg 7. Sjekklistene er utarbeidet i samarbeid med en ekstern spesialist på faglige standarder innenfor risikostyring. I tillegg var dette et av temaene i et av referansegruppemøtene. Vi gjennomførte analysen ved å kartlegge innholdet i de innhentede risikovurderingene mot god praksis. Hva vi anser som god praksis, beskrives i kapittel 3 om revisjonskriteriene.

Ved oppstart av undersøkelsen ble det opprettet en referansegruppe. Referansegruppen har gitt innspill til utarbeidelsen av det metodiske opplegget, operasjonaliseringen av de generelle kravene til risikostyring og forventningene som er satt til risikoarbeidet i helseforetakene spesielt. Gruppen har bestått av en forsker på blant annet *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, en spesialist på faglige standarder innenfor risikostyring og ledere og medarbeidere som

²² Vedlegg 1.

²³ Vedlegg 2.

arbeider med risikostyring i helseforetak. Det har vært to møter i referansegruppen. I tillegg har spesialisten på faglige standarder innenfor risikostyring gitt faglig rådgivning ved utarbeidelse av sjekklister og rapporten.

Intervjuer

Vi gjennomførte strukturerte intervjuer med alle RHF-ene i april 2023. Hvem som deltok fra RHF-ene, varierte. Det var som oftest ansvarlige for risikostyringsfunksjonen, eierdirektører eller fagdirektører. Intervjuguidene ble utarbeidet med utgangspunkt i en foreløpig analyse av mottatte dokumenter. Av den grunn hadde intervjuguidene til de fire RHF-ene noe ulik utforming. Mange temaer var imidlertid felles.

Formålet med intervjuene var å få en bedre forståelse for resultatene av dokumentanalysen og å få kartlagt annen relevant informasjon. Referatene fra intervjuene med representanter for RHF-ene er verifisert.

Kriterier for valg av fagområde på operativt nivå

For å gjøre revisjonen håndterbar begrenset vi risikostyringen på operativt nivå til fagområdet *fødsel*. Det er flere grunner til at dette fagområdet er valgt:

- Det er utviklet mange nasjonale kvalitetsindikatorer på dette fagområdet. Dermed har vi kunnet belyse hvordan kunnskap fra systemet med kvalitetsindikatorer brukes i risikoarbeidet.
- Gjennom Dokument 3:2 (2019–2020) *Riksrevisjonens undersøkelse om bemanningsutfordringer i helseforetakene* har vi hatt tilgang på data om bemanningssituasjonen i fødeavdelingene som er relevant for å belyse risikostyringen i helseforetakene.²⁴
- Dokument 3:2 (2016–2017) *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser* viste at helseforetakene utnyttet i liten grad informasjon fra avviksmeldingene til å identifisere risikoområder og forbedringsmulighet. Undersøkelsen tok utgangspunkt i meldekulturen i fødeavdelingene. Undersøkelsen ble fulgt opp i Dokument 3:2 (2019–2020). Den viste at helseforetakene fremdeles hadde utfordringer når det gjelder meldekultur og læring av meldte hendelser.
- De fleste sykehusene i helseforetakene har fødeavdelinger. Det er flere enn 40 fødeavdelinger i de 19 helseforetakene.

2.1 Problemstilling 1 Hvilke risikoer prioriterer foretakene?

I kartleggingen av hvilke risikoer styrene prioriterer, er undersøkelsen avgrenset til å se på de prioriterte risikoene som er lagt fram for styrene høsten 2022. De viktigste kildene til informasjon om prioriterte risikoer er styredokumenter innhentet fra RHF-ene og helseforetakene. Styredokumentene er supplert med skriftlige redegjørelser fra foretakene.

Risikostyring er en dynamisk prosess som innebærer at det kan være utskiftninger i de prioriterte risikoene over tid. Hensikten har vært å belyse hvilke risikoer foretakene samlet sett prioriterer. Det enkelte foretaks prioriteringer er derfor ikke vurdert.

Risikoenes konsekvensområder ble kartlagt med utgangspunkt i mål og oppgaver gitt i spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven samt i kjente utfordringer som foretakene har. Konsekvensområdene går fram av tabell 2. Når det gjelder området *kvalitet i pasientbehandlingen*, omfatter dette tre underkategorier: *tjenestetilbudets kvalitet*, *tilgjengelighet* og *likeverdig tjenestetilbud*. Disse underkategoriene tar utgangspunkt i helseforetaksloven § 1.

²⁴ Dokument 3:2 (2019–2020). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper – 2018*.

For å kartlegge omfanget av risikovurderinger og hvilke konsekvensområder som er risikovurdert på operativt nivå, ba vi helseforetakene om å sende oss alle risikovurderinger eller ROS-analyser som er gjennomført i fødeavdelingene fra 2019 til november 2022.

For å belyse utfordringer knyttet til fagområdet fødsel nærmere har vi innhentet og analysert informasjon om utviklingen i antall uønskede hendelser i fødeavdelingene fra 2019 til november 2022. Vi ba om å få tilsendt statistikk over antall pasientrelaterte hendelser som er meldt i helseforetakenes interne meldesystemer, og statistikk over årsaker til uønskede hendelser (per fagområde, sykehus osv.). Videre har vi innhentet data for én utvalgt nasjonal kvalitetsindikator på fagområdet fødsel i 2022. I tillegg har vi data fra 2019 som viser fødeavdelingenes utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde jordmødre.²⁵ I undersøkelsen har vi sammenlignet utfordringene ved fødeavdelingene med omfanget av risikovurderinger.

2.2 Problemstilling 2 Har foretakene systemer for risikostyring?

Problemstillingen er i hovedsak kartlagt gjennom dokumentanalyse av innhentede dokumenter, som retningslinjer og veiledere for risikostyring, maler (standardskjemaer) som brukes i risikoarbeidet, samt skriftlige svar.

Vi har med utgangspunkt i en sjekkliste undersøkt om de tilsendte retningslinjene er i tråd med god praksis. Når det gjelder helseforetakene, er også veiledere for risikostyring inkludert i analysen.

For å undersøke om risikostyringen blir evaluert, har vi gått gjennom innholdet i ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG), både i helseforetakene og i RHF-ene. Vi har kartlagt innholdet i foretakenes to siste gjennomganger fra to av følgende år: 2020, 2021 og 2022. Dokumentasjonen er vurdert mot krav i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 8 f og veiledning til forskriften. Dersom dokumentasjonen fra ett av årene tilfredsstillende, har vi tatt utgangspunkt i dokumentasjonen fra dette året i analysene.

Vi har også bedt om å få tilsendt eventuelle beskrivelser av prosedyrene med å velge ut prioriterte risikoer, og gjennomgått disse. I gjennomgangen har vi også undersøkt hvordan risiko eventuelt rapporteres fra lavere nivå i foretakene. Formålet har vært å belyse hvor systematisk foretakene arbeider med utvelgelsen av prioriterte risikoer, jf. kapittel 2.1.

Retningslinjer for risikostyring, ledelsens gjennomgang og annen støtte (bruk av IKT-systemer, opplæring i risikostyring, fagnettverk) var temaer i intervjuene med RHF-ene.

2.3 Problemstilling 3 Hvordan bruker foretakene risikostyring for å nå målene om kvalitet i pasientbehandlingen?

Vi har kartlagt arbeidet med risikostyring i RHF-ene og helseforetakene. Når det gjelder helseforetakene, har vi undersøkt dette både på foretaksnivå og på operativt nivå. Datagrunnlaget har i hovedsak vært dokumenter som vi har hentet inn fra foretakene, supplert med skriftlige redegjørelser.

Problemstillingen er også belyst gjennom intervjuer med representanter for alle RHF-ene. I tillegg har vi gjennomført samtaler med systemansvarlige for risikostyringen i tre helseforetak. Formålet med disse samtalene har vært å få utdypet enkelte deler av risikostyringen i disse foretakene.²⁶ De tre helseforetakene ble valgt ut fordi de utmerket seg positivt på noen områder. Flere eksempler som er

²⁵ Dokument 3:2 (2019–2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*.

²⁶ Ahus, OUS og Stavanger.

omtalt i rapporten, er fra disse helseforetakene. Samtalene bidro til å verifisere forståelsen av disse eksemplene.

Risikovurderinger skal ta utgangspunkt i virksomhetens mål. Foretakene ble spurt om de har operasjonalisert målene om kvalitet i pasientbehandlingen, og vi undersøkte om de har gjennomført risikovurderinger av disse målene.

Risikovurderinger på foretaksnivå er dokumentert i egne styresaker om risiko og i tertialrapporter eller virksomhetsrapporter. På operativt nivå er risikovurderingene dokumentert i ulike dokumenter.

Kvaliteten på risikovurderinger og risikohåndtering

Vi har med utgangspunkt i en sjekkliste, jf. omtale innledningsvis i kapittel 2, undersøkt om risikovurderingene inneholder informasjon om blant annet

- bakgrunnen for risikovurderingen
- kunnskapsgrunnlaget (statistikk, deltakere)
- sannsynlighet, konsekvens og risikonivå
- planlagte tiltak for å håndtere risiko
- frist for å gjennomføre tiltakene
- hvem som er ansvarlig for å gjennomføre tiltakene

På foretaksnivå har vi kartlagt kvaliteten på risikovurderingene både i RHF-ene og i helseforetakene. I helseforetakene har vi også kartlagt kvaliteten på risikovurderingene i fødeavdelingene, det vil si på operativt nivå.

Analysen på foretaksnivå omfatter alle prioriterte risikoer som ble lagt fram i den siste styresaken i RHF-ene og helseforetakene i 2022, jf. kapittel 2.1. Den omfatter også foretakenes risikovurderinger av målene om kvalitet i pasientbehandlingen som ble fastsatt i oppdragsdokumentene for 2022. I tillegg har vi analysert eventuelt andre risikovurderinger som foretakene har gjort rettet mot mål om kvalitet i pasientbehandlingen. Alle risikovurderinger som inngår i analysen, er forelagt helseforetakenes styrer.

Når det gjelder det operative nivået, valgte vi ut 73 av 112 dokumenter som inneholder i alt 128 risikovurderinger som er utført ved fødeavdelingene. Et kriterium var at alle helseforetakene som hadde sendt inn minst én risikovurdering fra fødeavdelingen, skulle være representert i utvalget. Dette ga oss et grunnlag for å gi et bilde av kvaliteten på risikovurderingene på operativt nivå i helseforetakene.

Totalt hadde fødeavdelinger ved 15 helseforetak dokumentert én eller flere risikovurderinger. Antall dokumenter som er innsendt fra de 15 helseforetakene, varierer fra 1 til 22. Vi har gjennomgått mellom 1 og 11 dokumenter per helseforetak, avhengig av hvor mange dokumenter det enkelte helseforetaket har sendt inn. Når det gjelder de helseforetakene som har sendt inn få dokumenter, har vi gjennomgått alle. Når det gjelder de helseforetakene som har sendt inn mange dokumenter, har vi gjennomgått et tilfeldig utvalg.

I vurderingen av helseforetakenes risikovurderinger, tok vi utgangspunkt i foretakets beste eksempel. Dette betyr at helseforetaket kan ha én eller flere risikovurderinger som tilfredsstill den faglige standarden. Hvis for eksempel 13 av 19 helseforetak har tilfredsstillt et punkt i sjekklisten, har 13 helseforetak én eller flere risikovurderinger som tilfredsstillt dette spørsmålet. Dette gjelder både på foretaksnivå og på operativt nivå.

Oppfølging av risiko

Vi har undersøkt om foretakene og klinikkene som har ansvar for fødeavdelingene, kan dokumentere at de planlagte tiltakene for å håndtere risiko faktisk blir gjennomført og fulgt opp. På det operative nivået i fødeavdelingene har vi undersøkt dette ved å gå gjennom de to siste rapporteringene eller annen dokumentasjon av gjennomføring og evaluering av tiltak.

Videre har vi undersøkt hvordan relevant risiko blir rapportert til høyere nivåer i organisasjonen. Vi har også undersøkt prosessen med å velge ut prioriterte risikoer som legges fram for styrene. Dette gjorde vi ved å be om å få tilsendt skriftlige rutiner og gjennomgå de siste virksomhets- eller tertialrapportene til styrene.

Vi har bedt om å få tilsendt de to siste styresakene i 2022 som gjelder prioriterte risikoer, for å kartlegge om planlagte risikohåndteringstiltak i den første av disse sakene er blitt gjennomført, og hvorvidt de vurderer tiltakenes effekt i ettertid.

Risikostyringen skal være integrert i virksomhetsstyringen, men vi legger til grunn at den operasjonaliseres på en slik måte at den kan identifiseres på en sammenhengende og enhetlig måte, slik at foretakene kan dokumentere at hovedelementene i risikostyringsprosessen blir gjennomført og står i sammenheng med hverandre.

3 Revisjonskriterier

De viktigste kravene til risikostyring framgår av

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven)
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Formålet med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* er å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenesten etterleves.²⁷ I undersøkelsen er Helsedirektoratets *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenesten* brukt som allmenne kriterier. Foretakene er ikke pliktig til å følge råd og anbefalinger i denne veilederen, men vi har lagt til grunn at sentrale elementer i veilederen angir hva som er god praksis for risikostyring når det gjelder målene om god kvalitet på pasientbehandlingen.

Ifølge *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* bør risikovurderinger følge en kjent standard. Vi har brukt sentrale elementer fra følgende kilder som faglige standarder for å utdype forventningene til hva som utgjør god praksis for risikostyring:

- *Risikostyring: Retningslinjer*, Norsk Standard NS-ISO 31000:2018
- *Krav til risikovurderinger*, Norsk Standard NS 5814:2021

Det er ikke lov- eller forskriftsfestet at helseforetakene skal bruke ISO-standarder. I undersøkelsen legger vi imidlertid til grunn at helseforetakene må bruke en faglig standard, men at dette kan være andre standarder enn ISO-standarder.

3.1 Helsepolitiske mål og aktørenes ansvar

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjenester.²⁸ Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at politikken for spesialisthelsetjenesten er i samsvar med de målene som framgår av Stortingets vedtak og forutsetninger.

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har et sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester i sin region.²⁹ Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige.³⁰ Dette innebærer at RHF-ene har et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester.

Formålet med risikostyring er å gi rimelig sikkerhet for at virksomhetens mål nås, og risikostyringen må derfor ta utgangspunkt i disse målene.³¹

Sentrale helsepolitiske mål er nedfelt i helselovgivningen, og de er i all hovedsak knyttet til ulike aspekter som skal sikre kvaliteten i pasientbehandlingen.

- Spesialisthelsetjenestens formål er særlig³²
 - å sikre tjenestetilbudets kvalitet
 - å sikre et likeverdig tjenestetilbud
 - å bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov
 - å bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene
 - å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning

²⁷ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 1.

²⁸ *Spesialisthelsetjenesteloven* § 2-1.

²⁹ *Spesialisthelsetjenesteloven* § 2-1 a.

³⁰ *Spesialisthelsetjenesteloven* § 2-2.

³¹ Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2008). *Risikostyring i staten - Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*.

³² *Spesialisthelsetjenesteloven* § 1.

- Helseforetakenes formål (samfunnsoppdrag) er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.³³

I tillegg er det et formål å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.³⁴

Stortinget fastsetter også mål for spesialisthelsetjenesten gjennom blant annet budsjettvedtak og i stortingsmeldingen om den nasjonale helse- og sykehusplanen. Helse- og omsorgsdepartementet gir nærmere krav og føringer til RHF-ene i de årlige foretaksmøtene og oppdragsbrevene.

3.2 Krav til risikostyring

3.2.1 Krav til risikostyring som en del av styringssystemet

Enhver som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.³⁵

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven og *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (helsetilsynsloven) er RHF-ene og helseforetakene pålagt å ha et internkontrollsystem og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene som er fastsatt i lov eller forskrift.³⁶ Kravet til internkontroll omfatter også risikostyring.

Ifølge *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* er foretakene pålagt å ha et styringssystem som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med kravene som er fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forskriften at risikostyringen skal være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem.³⁷ I veilederen til forskriften går det fram at styringssystemet omfatter *aktiviteter, systemer og prosesser*.³⁸

I veilederen som er utarbeidet av Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, framheves det at god risikostyring er integrert i virksomhetens mål- og resultatstyring.³⁹ Det betyr at den er et linjeansvar, og at den skal utføres samtidig med andre styringsprosesser. Det er viktig at risikovurderinger gjøres parallelt med annen planlegging. På et overordnet organisasjonsnivå er det naturlig at slike risikovurderinger utføres som en del av strategi- og planleggingsprosesser. På lavere organisasjonsnivåer er det naturlig at vurderingene gjennomføres i forbindelse med at man utarbeider virksomhetsplaner og lignende. Det bør skapes en sammenheng mellom risikovurderinger på et overordnet nivå og lavere nivåer.

Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfanget som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig. Styrende dokumenter skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelige.⁴⁰

Helse- og omsorgsdepartementet presiserte kravene til risikostyring i foretaksmøtet med RHF-ene i 2008.⁴¹ Her ble det stilt krav om at styret skal påse at foretaket har etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Videre ble det stilt krav om at risikofaktorer som kan

³³ Helseforetaksloven § 1.

³⁴ Spesialisthelsetjenesteloven § 1.

³⁵ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

³⁶ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helsetilsynsloven § 5.

³⁷ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018), § 1.

³⁸ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018), § 4.

³⁹ Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2008). *Risikostyring i staten*.

⁴⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5.

⁴¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Protokoll fra foretaksmøte med de regionale helseforetakene*, 23.–25. januar 2008, punkt 4.3.1 Risikostyring og internkontroll.

medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og foretaksgruppen ikke nås, skal identifiseres, og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende mål-oppnåelse, skal iverksettes. Styringsystemene skal ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. Også etter 2008 har departementet ved flere anledninger vist til kravet om risikostyring i foretaksmøter med RHF-ene.⁴²

Ifølge NS-ISO 31000:2018 bør det etableres et rammeverk for risikostyring. Formålet med rammeverket er å integrere risikostyring i viktige aktiviteter og funksjoner.

I *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* står det at foretakene minimum én gang i året systematisk skal gjennomgå og vurdere hele styringsystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring, jf. § 8 f. I foretakene blir en slik gjennomgang ofte omtalt som ledelsens gjennomgang.

I foretaksmøtet i 2008 ble det stilt krav om at styret i RHF-ene minimum én gang i året skal ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaksgruppen med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.

Rutiner for risikostyring, rutiner for håndtering av avvik og informasjon om uønskede hendelser og kvalitetsindikatorer er eksempler på dokumenter og statistikk som kan være relevante for ledelsens gjennomgang. Basert på ledelsens gjennomgang må det vurderes om det er behov for endringer. I etterkant av ledelsens gjennomgang skal øverste leder sørge for at det utarbeides en oppfølgingsplan for de områdene som ikke er tilfredsstillende, og at endringene implementeres og har den ønskede effekten.⁴³

NS-ISO 31000:2018 viser til at virksomheter regelmessig bør vurdere om rammeverket bidrar til å understøtte måloppnåelsen, og vurdere og forbedre rammeverket og gjennomføringen av risikostyringsprosessen.⁴⁴

3.2.2 Krav til risikostyringsprosessen

Risikovurderinger bør ta utgangspunkt i virksomhetens mål. Ifølge *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* må ledelsen i planleggingen ha oversikt over virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det forventes også at foretakene operasjonaliserer de overordnede målene om kvalitet.⁴⁵ I veilederen til forskriften framgår det at øverste leder bør sette mål for blant annet kvalitet, pasientsikkerhet og forbedring. Målene bør blant annet være konkrete, målbare og tidsbestemte. Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivåer i virksomheten.⁴⁶

Risikostyringsprosessen omfatter delprosessene risikovurdering, risikohåndtering og oppfølging av risiko.⁴⁷

Risikovurdering er den overordnede prosessen med risikoidentifisering, risikoanalyse og risiko-evaluering.

- Formålet med *risikoidentifisering* er å finne, gjenkjenne og beskrive risikoer som kan hjelpe en organisasjon med eller forhindre den fra å nå målene sine.

⁴² Protokoll fra foretaksmøter i perioden 2009–2013 og foretaksmøte i 2019.

⁴³ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018), veiledning til § 8.

⁴⁴ Norsk Standard. (2018). *Risikostyring: Retningslinjer* (NS-ISO 31000:2018).

⁴⁵ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 6 a.

⁴⁶ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018), veiledning til § 6 a.

⁴⁷ Norsk Standard. (2018). *Risikostyring: Retningslinjer* (NS-ISO 31000:2018).

- Formålet med en *risikoanalyse* er å forstå en risiko og omfatter blant annet å vurdere usikkerhet, risikokilder, konsekvenser og sannsynlighet.
- Formålet med en *risikoevaluering* er å beslutte om det er nødvendig å iverksette tiltak for å håndtere en risiko. Beslutningen tar utgangspunkt i risikoanalysen.

For å evaluere betydningen av risiko og for å understøtte beslutningen om det bør iverksettes tiltak, bør ledelsen og styret fastsette hvilket risikonivå som kan aksepteres.

Når det gjelder risikoidentifisering, er det også i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* vist til at lederen i planleggingen skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene og pasient- og brukersikkerheten.⁴⁸ Ifølge veilederen til forskriften innebærer dette kravet en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Eksempler på kilder som kan gi relevant informasjon er

- uønskede hendelser
- oversikt over demografi og sykdomsforekomst i pasientgrunnet
- nasjonale kvalitetsregistre
- nasjonale kvalitetsindikatorer

Ifølge veilederen til forskriften er målet med den systematiske gjennomgangen

- å identifisere områder der svikt kan inntre ofte
- å identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasientene, brukere eller andre
- å forebygge svikt og uønskede hendelser⁴⁹

Risikohåndtering består av to prosesser.⁵⁰ Den første går ut på å vurdere og beslutte tiltak for å håndtere risiko. Den andre går ut på å utarbeide planer for, og gjennomføre, de valgte tiltakene.

I *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* står det at lederen har et ansvar for å planlegge hvordan risiko som er avdekket, kan minimaliseres, og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.⁵¹ Ifølge veilederen til forskriften bør risikoområder prioriteres, og det bør lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i framtiden. Planen bør inneholde mål, tiltak, oversikt over hvem som har ansvar for gjennomføringen, og en tidsplan.⁵²

Videre skal *risiko følges opp*. Oppfølgingen og rapporteringen av risiko bør integreres i organisasjonens styring av prestasjoner, målinger og rapporteringsaktiviteter.⁵³

Risikostyringsprosessen og resultatene av den bør dokumenteres og *rapporteres* ved hjelp av hensiktsmessige mekanismer. Dette bør gjøres blant annet for å forbedre aktivitetene knyttet til risikostyringen og skaffe til veie informasjon som kan danne grunnlag for beslutninger. Rapporteringen bør blant annet understøtte den øverste ledelsen og overordnede organer når de skal ivareta ansvarsområdene sine.⁵⁴

⁴⁸ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 6 d.

⁴⁹ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018) § 6 d.

⁵⁰ Norsk Standard. (2018). *Risikostyring: Retningslinjer* (NS-ISO 31000:2018).

⁵¹ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 6 e.

⁵² Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018) § 6 e.

⁵³ Norsk Standard. (2018). *Risikostyring: Retningslinjer* (NS-ISO 31000:2018), kapittel 6.6.

⁵⁴ Norsk Standard. (2018). *Risikostyring: Retningslinjer* (NS-ISO 31000:2018), kapittel 6.7.

3.3 Krav til styret og ledelsen i de regionale helseforetakene og helseforetakene

Helseforetaksloven § 28 omhandler styrets oppgaver. Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lovens formål, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter. I RHF-ene omfatter styrets plikter også helseforetak som foretaket eier.

Styret i RHF-ene og helseforetakene skal – gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven – følge aktivt med på om foretakene har et forsvarlig styringssystem. *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* peker på at styret må sørge for å være informert om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige, og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret plikter å gripe inn i tilfeller der foretaket ikke korrigerer ulovlig og uforsvarlig virksomhet.⁵⁵

RHF-ene skal etablere internrevisjoner. De skal bidra til forbedringer i risikostyringen, internkontrollen og virksomhetsstyringen og også omfatte helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. Internrevisjonen skal rapportere til styret og administrativt til daglig leder.⁵⁶

Det følger av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften.⁵⁷ Ifølge veilederen til forskriften er det daglig leder for det enkelte regionale helseforetak og daglig leder for det enkelte helseforetak som har det overordnede ansvaret innenfor sitt ansvarsområde. Daglig leder for det regionale helseforetaket har det overordnede ansvaret for at det etableres styringssystemer i de ulike helseforetakene. Samtidig er det klart at også de daglige lederne for de enkelte helseforetakene har en selvstendig plikt til å sørge for at helseforetaket etablerer et styringssystem.⁵⁸

Oppgavene i styringssystemene vil ofte være delegert. Ifølge *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* er det avgjørende for et godt styringssystem at det er tydelig hvor ansvar, oppgaver og myndighet er plassert i virksomheten.⁵⁹

⁵⁵ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018), veiledning til § 3.

⁵⁶ Helseforetaksloven § 37 a.

⁵⁷ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 3.

⁵⁸ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018), veiledning til § 3.

⁵⁹ Ibid.

4 Prioritering av risikoer

I dette kapittelet viser vi hvilke risikoer de regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene prioriterer på foretaksnivå og legger fram for sine styrer. Videre beskriver vi områder der det samlet sett er få prioriterte risikoer, selv om dette er områder der det er lovpålagte oppgaver eller det er kjente utfordringer på, eller der eksterne faktorer kan påvirke foretakenes måloppnåelse.

Vi ser også nærmere på i hvilken grad helseforetakene gjennomfører risikovurderinger på operativt nivå i fødeavdelingene, og hvilke konsekvensområder disse omfatter.⁶⁰ Akkurat som på foretaksnivået undersøker vi også hvorvidt fødeavdelingene risikovurderer områder der det er kjente utfordringer.

Relevante revisjonskriterier

Styret og ledelsen i foretakene skal

- ha oversikt over virksomhetens mål
- holde oversikt over de områdene i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og de områdene hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene

Oppsummering

Prioriterte risikoer som de regionale helseforetakene og helseforetakene legger fram for sine styrer

- Alle de fire regionale helseforetakene og alle helseforetakene, unntatt to, legger fram prioriterte risikoer for styret flere ganger i året.
- Blant de prioriterte risikoene som legges fram for styret, er det flest innenfor konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*. Alle foretakene har lagt fram minst én risiko på dette området.
- Det er flere områder med kjente utfordringer der få foretak legger fram prioriterte risikoer. Det er også få foretak som prioriterer risiko knyttet til ytre omgivelser.
- Pasientbehandling, som er en av foretakenes fire hovedoppgaver, er ofte en prioritert risiko. Få av de prioriterte risikoene omhandler de tre andre hovedoppgavene, det vil si forskning, utdanning av personell og pasientopplæring.
- Ingen av styrene besluttet at det skulle gjøres endringer i de prioriterte risikoene da de behandlet dem.

Risikovurderinger på operativt nivå i helseforetakenes fødeavdelinger

- Risikovurdering er et lite utbredt verktøy i fødeavdelingene. De fleste fødeavdelingene gjennomfører få risikovurderinger av konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*. Samtidig er det flere kjente utfordringer som er knyttet til fødeavdelingene.

⁶⁰ Konsekvensområde er et område en risiko kan ha konsekvenser for dersom den inntreffer.

4.1 Styrenes prioriterte risikoer

Administrasjonen i RHF-ene og helseforetakene forbereder saker som skal legges fram for styret. Styrene får informasjon om utfordringer på ulike måter.

Dette skjer dels gjennom den løpende virksomhetsstyringen, der styrene får informasjon om resultater i driften som berører status for arbeidet med å nå viktige mål og utfordringer, som for eksempel ventetider. Dette er rapporter som inngår i den vanlige virksomhetsoppfølgingen, og som kan gi informasjon som er relevant i risikostyringen og status i prioriterte risikoer. I behandlingen av rapporter om resultater og måloppnåelse, vil risiko knyttet til disse kunne bli diskutert.

Risikostyring handler om utfordringer som foretakene har identifisert og har funnet det nødvendig å ha særskilt oppmerksomhet mot. Slike saker blir styrene informert om i egne saker om *prioriterte risikoer* eller i andre særskilte saker. Særskilte saker kan for eksempel være økonomiske langtidspaner og større bygge- eller IKT-prosjekter. Flere foretak har risikoregistre eller lignende som omfatter flere risikoer enn dem som legges fram for styret.

I dette kapittelet ser vi kun på *prioriterte risikoer* som legges fram for styrene. Vi legger til grunn at de prioriterte risikoene er risikoer som administrasjonen mener er viktige og bør få særskilt oppmerksomhet. Slike risikoer legges fram for styrene i egne saker eller som del av den faste virksomhetsrapporteringen.

4.1.1 Prioriterte risikoer som legges fram for styrene i de regionale helseforetakene

For å gi styret i RHF-ene en oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller manglende måloppnåelse, legger administrasjonen fram prioriterte risikoer for styret.

De fire RHF-ene legger fram prioriterte risikoer for styret flere ganger i året. Disse legges fram som egne saker (for eksempel «Topp 10-risikoer», «Risikovurdering av hovedmål») eller som en del av faste rapporter (virksomhets- eller tertialrapporter). Ettersom regionene har ulike utfordringer og muligheter, kan risikoene som legges fram, være ulike.

Vi ba RHF-ene om å sende oss siste styresak der de overordnede (prioriterte) risikoene ble lagt fram. Tabell 2 viser hvilke konsekvensområder de prioriterte risikoene i de tilsendte sakene gjaldt. Kategoriseringen av områdene tar utgangspunkt i sentrale mål, lovpålagte oppgaver og kjente utfordringer i foretakene. En risiko kan berøre mer enn ett konsekvensområde.

En gjennomgang av protokollene fra styremøtene der disse risikoene er lagt fram, viser at styrene ikke besluttet at det skulle gjøres endringer i de foreslåtte prioriteringene da de behandlet sakene.

Tabell 2 De regionale helseforetakenes prioriterte risikoer etter konsekvensområde, per region i andre tertial 2022

Konsekvensområde	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Antall
Kvalitet i pasientbehandlingen	3	4	4	2	13
Bemanningsutfordringer	1	1	1	1	4
Arbeidsmiljø/HMS			1	1	2
IKT/informasjonsikkerhet	3		3	1	7
Bygg, utstyr, investeringer	1		1		2
Økonomi	1	1	1		3
Effektiv drift		1	1		2
Samhandling med kommunene					0
Forskning		1			1
Utdanning av personell	1				1
Pasientopplæring					0
Øvrige områder	2				2
Antall	12	8	12	5	37

Kilde: De regionale helseforetakene

Tabell 2 viser at antall prioriterte risikoer i RHF-ene varierer mellom fem og tolv. Videre viser tabellen at RHF-ene har risikoer på mellom fire og sju konsekvensområder hver. Foretakene har i noen tilfeller flere prioriterte risikoer på samme konsekvensområde.⁶¹

Blant de prioriterte risikoene som legges fram for styret, er det flest på området *kvalitet i pasientbehandlingen*.⁶² Antall risikoer på dette området utgjør omtrent hver tredje risiko som er lagt fram. Alle RHF-ene prioriterer risikoer på dette området. Under *øvrige områder* inngår Helse Midt-Norge RHFs prioriterte risikoer knyttet til utbrudd av smittsom sykdom og avvik i tilbudet om pasientreiser.

Alle RHF-ene har prioritert risikoer på konsekvensområdet *bemanningsutfordringer*, nærmere bestemt

- turnover (Helse Vest RHF)
- manglende evne til å utdanne, rekruttere og beholde riktig og tilstrekkelig kompetanse (Helse Midt-Norge RHF)
- beholde og rekruttere personell (Helse Sør-Øst RHF)
- antallet årsverk gjenspeiles ikke i økt pasientbehandling (Helse Nord RHF)

Tabell 2 viser at det er forskjeller mellom foretakene med hensyn til hvilke konsekvensområder risikoene var knyttet til:

- To av foretakene har prioritert risikoer på området *arbeidsmiljø og HMS*. Helse Vest RHF har prioritert risikoen «vold og trusler mot medarbeidere», mens Helse Sør-Øst RHF har en bredere

⁶¹ I tre tilfeller er risikoen så vidt formulert at den omfatter to konsekvensområder.

⁶² Konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen* består av underkategoriene likeverdig tjenestetilbud, tjenestetilbudets kvalitet og tilgjengelighet.

tilnærming til denne risikoen. Konsekvensområdet *arbeidsmiljø og HMS* henger nært sammen med området *bemanningsutfordringer*.⁶³

- Med unntak av Helse Nord RHF har alle RHF-ene prioritert risikoer på konsekvensområdet *IKT og informasjonssikkerhet*. Helse Midt-Norge RHF har prioritert to risikoer forbundet med innføringen av Helseplattformen, som er et stort IKT-prosjekt i denne regionen. Helse Midt-Norge RHF har i tillegg prioritert en risiko for omfattende cyberangrep.
- Helse Midt-Norge RHF og Hele Sør-Øst RHF har prioritert risikoer på konsekvensområdet *bygg, utstyr og investeringer*. Begge har prioritert risiko forbundet med planlegging og gjennomføring eller økte kostnader for regionale byggeprosjekter.
- Med unntak av Helse Vest RHF har alle RHF-ene prioritert risikoer på konsekvensområdet *økonomi*. Dette gjelder risikoen for ikke å oppnå planlagt økonomisk resultat.

Tabell 2 viser at det er få eller ingen prioriterte risikoer på konsekvensområdene *forskning, utdanning av personell og pasientopplæring*, som er tre av hovedoppgavene til foretakene. I tillegg er det få prioriterte risikoer på området *samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene*. Noen av disse kan imidlertid inngå i risikoer som er klassifisert innenfor et annet konsekvensområde.

Nærmere om prioriterte risikoer knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen

Konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen* gjelder følgende sentrale helsepolitiske mål og oppdrag for RHF-ene:

- *tjenestetilbudets kvalitet*, som omfatter kvaliteten og sikkerheten på tjenestene som utføres
- *tilgjengelighet*, som blant annet omfatter mål om hvor raskt pasientbehandlingen skal gis
- *likeverdig tjenestetilbud*, som omfatter uønsket variasjon i forbruket av helsetjenester eller i kvaliteten på pasientbehandlingen

Tabell 3 viser antall prioriterte risikoer på disse tre områdene som ble lagt fram for styret i 2022.

Tabell 3 De regionale helseforetakenes prioriterte risikoer knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen i 2022

RHF	Tjenestetilbudets kvalitet	Tilgjengelighet	Likeverdig tjenestetilbud	Antall
Helse Midt-Norge	2	1		3
Helse Nord	3	1		4
Helse Sør-Øst	3	1		4
Helse Vest	1		1	2
Antall	9	3	1	13

Kilde: De regionale helseforetakene

Tabell 3 viser at ingen av RHF-ene har prioritert risikoer på alle de tre konsekvensområdene. Det er flest risikoer på området *tjenestetilbudets kvalitet*. Alle foretakene har risikoer som inngår i dette konsekvensområdet.⁶⁴

⁶³ Helsedirektoratet. (2019). *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten*.

⁶⁴ Helse Nord RHF har vurdert kritiske suksessfaktorer for å nå hovedmål, jf. Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022*. Kritiske suksessfaktorer er forhold som er avgjørende for at målene skal nås.

Disse risikoene varierer mye med hensyn til omfang og presisjon. Mens Helse Vest RHF har prioritert en konkret risiko knyttet til *tjenestetilbudets kvalitet* (legemiddelhåndtering), opererer de tre andre RHF-ene med svært generelle beskrivelser, for eksempel «målet om å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten».

Med unntak av Helse Vest RHF har alle RHF-ene prioritert risikoer på konsekvensområdet *tilgjengelighet*. Risikoene som inngår i denne kategorien, er som følger:

- lange ventetider og fristbrudd innenfor psykisk helse (Helse Midt-Norge RHF)
- målet om å sørge for rask tilgang til helsetjenester (Helse Nord RHF)
- lange ventetider grunnet manglende behandlingsskapasitet (Helse Sør-Øst RHF)

Det er bare Helse Vest RHF som har vurdert risiko på konsekvensområdet *likeverdig tjenestetilbud*. Dette er risikoen for uønsket variasjon innenfor ortopedi og radiologi.

Alle RHF-ene, unntatt Helse Vest RHF, har prioritert risiko på området psykisk helsevern. Dette temaet inngår i prioriterte risikoer på *områdene tjenestetilbudets kvalitet og tilgjengelighet*. Ingen av RHF-ene har prioritert risiko på konsekvensområdet *samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene*.

4.1.2 Prioriterte risikoer som legges fram for styrene i helseforetakene

De fleste helseforetakene rapporterer om prioriterte risikoer til styret flere ganger i året.⁶⁵ Disse ble lagt fram i egne saker, eller de inngikk i faste driftsrapporter.⁶⁶ Det ble totalt lagt fram 162 risikoer. Akkurat som RHF-ene, har flere av helseforetakenes prioriterte risikoer konsekvenser på flere områder, og det er derfor i alt 181 tilfeller fordelt på 9 konsekvensområder.⁶⁷

En gjennomgang av protokollene fra styremøtene der disse risikoene ble lagt fram, viser at ingen av styrene besluttet at det skulle gjøres endringer i de prioriterte risikoene da de behandlet sakene.

Alle helseforetakene, bortsett fra Nordland og Vestfold, rapporterer prioriterte risikoer til styret. Blant de 17 foretakene som rapporterer risikoer, varierer antall risikoer fra 4 til 25. To foretak skiller seg ut ved å ha henholdsvis 23 og 26 prioriterte risikoer, mens elleve foretak har færre enn 10 risikoer.

Tabell 4 gir en oversikt over risikoene helseforetakene har lagt fram for styret, etter konsekvensområde. *Øvrige områder* omfatter områdene *samhandling med kommunene, forskning, utdanning av personell og annet*.

⁶⁵ I brev til helseforetakene ba vi om de to siste styresakene (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll), der foretakets overordnede prioriterte risikoer legges fram for styret (topp 10-risikoer eller lignende).

⁶⁶ Egne saker er blant annet «Topp 10 risiko», «Risikostyring 6 på topp», «Risikovurdering av oppdrag i styringsdokumentet» og «Samlet risikobilde», mens driftsrapporter er virksomhetsrapporter, månedsrapporter eller tertialrapporter.

⁶⁷ Konsekvensområdene er kvalitet i pasientbehandlingen, bemanning, arbeidsmiljø og HMS, IKT og informasjonssikkerhet, bygg, utstyr og investeringer, økonomi, effektiv drift, kapasitetsutfordringer og øvrige områder.

Tabell 4 Helseforetakenes prioriterte risikoområder etter konsekvensområde, per region i andre tertial 2022

Foretak	Kvalitet i pasientbehandlingen	Bemanningsutfordringer	Arbeidsmiljø/HMS	IKT/informasjons-sikkerhet	Bygg, utstyr og investeringer	Økonomi	Effektiv drift	Kapasitetsutfordringer	Øvrige områder
Helse Midt-Norge									
Møre og Romsdal	2	1		2	2	1	2		
Nord-Trøndelag	1	1		2	2	1	3		1
St. Olav	7	2	3	3	2	1		1	4
Helse Nord									
Finnmark	3	1			1		2		2
Helgeland	4	1			1		5		
Nordland									
UNN	10						1		3
Helse Sør-Øst									
Ahus	3		2				2		1
OUS	4	1	4	1	4	1	2	7	2
Innlandet	3	1	1	1	1	2			4
Østfold	1	1			1			1	
Sørlandet	3					1	2		2
Telemark	2	1		1		1	1	1	
Vestfold									
Vestre Viken	1	1	2	3		1		1	3
Helse Vest									
Fonna	2	1	1	1					
Førde	3	2	1	1		1			
Bergen	2	1	1	1					
Stavanger	3	1	1	1					1
Antall	54	16	16	17	14	10	20	11	23

Kilde: Helseforetakene (N = 181)

Tabell 4 viser at det er stor variasjon i hvor mange konsekvensområder som prioriteres av helseforetakene. Ett foretak har risikoer på alle områdene, mens sju foretak har risikoer på fire eller færre områder.

Alle helseforetakene i Helse Midt-Norge har prioritert risikoer på mange konsekvensområder. Motsatt har foretakene i Helse Nord og Helse Vest prioritert risikoer på få områder. I Helse Vest har foretakene fem risikoer som er felles for alle helseforetakene i regionen. Felles prioriterte risikoer ble innført for alle foretakene i Helse Vest i 2020. Tabell 4 viser at helseforetakene i Helse Vest prioriterer få risikoer på andre områder enn dem som er prioritert regionalt. I likhet med RHF-ene prioriterer helseforetakene flest risikoer på konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*. Risikoene i denne kategorien utgjør nesten hver tredje risiko som er lagt fram for styrene. UNN og St. Olav peker seg ut med mange risikoer på dette området.

Alle helseforetakene har prioritert minst én risiko på området *kvalitet i pasientbehandlingen*. Tabellen viser også at et flertall av helseforetakene har prioritert å legge fram risikoer på konsekvensområdet *bemanningsutfordringer*.

Videre viser tabellen at åtte av helseforetakene har prioritert risikoer på konsekvensområdet *bygg, utstyr og investeringer*, mens elleve foretak har prioritert risikoer på området *IKT og informasjonssikkerhet*. Fem helseforetak prioriterte risikoer på begge områdene. Disse foretakene planlegger eller er i ferd med å bygge nye eller rehabilitere større sykehusbygg eller innføre nye store IKT-systemer.

Risikoene på konsekvensområdene *økonomi, effektiv drift og bygg, utstyr og investeringer* henger tett sammen. Sju av åtte helseforetak som har prioritert risiko på området *bygg, utstyr og investeringer*, har også prioritert risiko på områdene *økonomi* eller *effektiv drift*.

Effektiv ressursutnyttelse er et sentralt mål, og effektivisering av driften legges ofte som en planforutsetning for at helseforetakene skal oppnå det planlagte økonomiske resultatet. Dette er i neste omgang en forutsetning for at et helseforetak skal kunne realisere planlagte investeringer, blant annet i bygg, IKT og medisinsk-teknisk utstyr. Riksrevisjonens undersøkelse av investeringer i helseforetakene viser at mange helseforetak har utfordringer med å nå planlagte økonomiske resultater.⁶⁸

Ti foretak har prioritert i alt 23 risikoer på *øvrige områder* i tabell 4. Her inngår blant annet risikoer på områdene *forskning, utdanning av personell, pasientopplæring og samhandling med kommunene*.

Nærmere om prioriterte risikoer knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen

Alle de 17 helseforetakene som rapporterer prioriterte risiko til styret, rapporterer minst én risiko på konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*. Antallet varierer fra én risiko i Nord-Trøndelag, Vestre Viken og Østfold til ti i UNN.

Tabell 5 viser antall risikoer som ledelsen i helseforetakene har valgt å legge fram for styret innenfor de tre kategoriene på konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*. Helseforetakene har samlet sett prioritert 54 risikoer på dette området.

⁶⁸ Dokument 3:2 (2021–2022). Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

Tabell 5 Helseforetakenes prioritering av risikoer knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen, andre tertial 2022

RHF	HF	Tjenestetilbudets kvalitet	Tilgjengelighet	Likeverdig tjenestetilbud	Antall
Helse Midt-Norge	Møre og Romsdal	2			2
	Nord-Trøndelag		1		1
	St. Olav	1	6		7
Helse Nord	Finnmark	3			3
	Helgeland	2	2		4
	UNN	7	3		10
Helse Sør-Øst	Ahus		3		3
	OUS	4			4
	Innlandet	1	1	1	3
	Østfold	1			1
	Sørlandet	2	1		3
	Telemark	1	1		2
	Vestre Viken			1	1
Helse Vest	Fonna	1		1	2
	Førde	1		2	3
	Bergen	1		1	2
	Stavanger	1		2	3
Antall		28	18	8	54

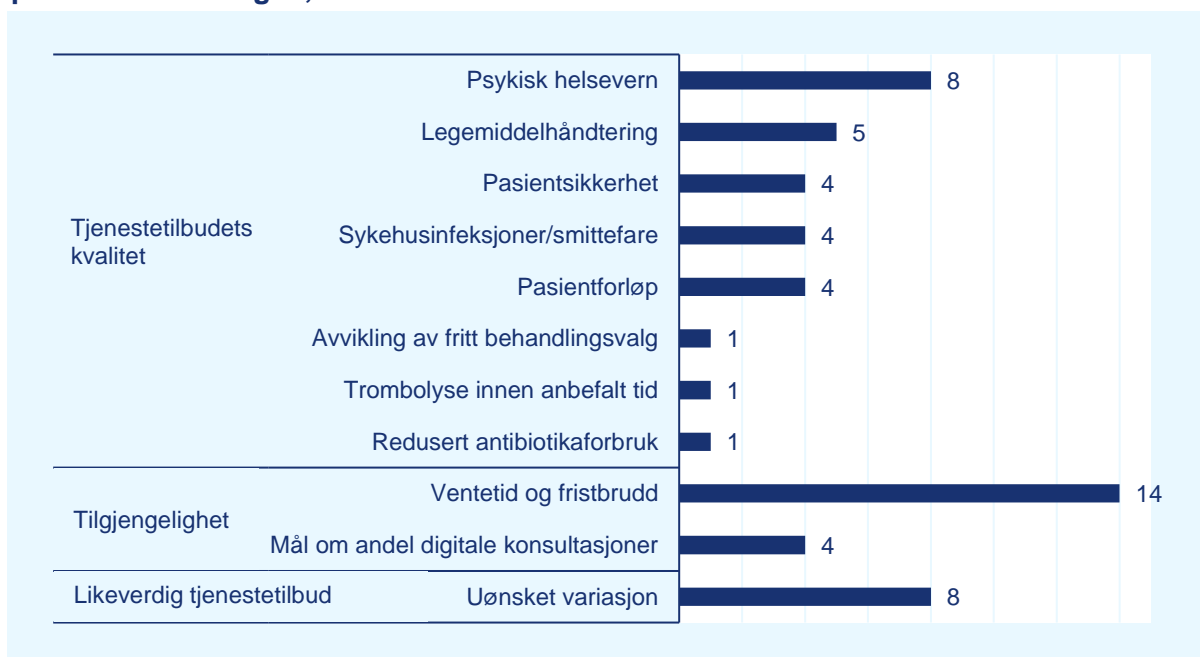
Kilde: Helseforetakene (N = 54)

Tabellen viser at det er flest prioriterte risikoer i kategorien *tjenestetilbudets kvalitet*. Med unntak av Ahus, Vestre Viken og Nord-Trøndelag legger alle foretakene fram minst én risiko i denne kategorien. Færre helseforetak rapporterer risiko til styrene i de to andre kategoriene. Bare Innlandet har prioritert risikoer i alle de tre kategoriene.

Helseforetakene i Helse Vest skiller seg fra foretakene i de andre tre regionene ved at ingen av dem har prioritert risikoer i kategorien *tilgjengelighet*, noe som gjelder et flertall av helseforetakene i de andre regionene. Samtidig har alle helseforetakene i Helse Vest lagt fram prioriterte risikoer i kategorien *likeverdig tjenestetilbud*. Denne kategorien dreier seg om at befolkningen skal gis likeverdige helsetjenester, uavhengig av blant annet bosted. Den prioriterte risikoen gjelder uønsket variasjon innenfor røntgen og ortopedi.

Figur 3 gir et mer detaljert bilde av hvilke risikoer som inngår i de tre kategoriene *tjenestetilbudets kvalitet*, *likeverdig tjenestetilbud* og *tilgjengelighet*.

Figur 3 Helseforetakenes prioriterte risikoer på området kvalitet i pasientbehandlingen, 2022



Kilde: Helseforetakene (N = 54)

Figur 3 viser at det er variasjon når det gjelder hvilke risikoer som prioriteres på området *kvalitet i pasientbehandlingen*. Klart flest prioriterte risikoer gjelder målet om kortere ventetider, som i mange år har vært et mål i de årlige oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

4.1.3 Områder der få prioriterte risikoer legges fram for styret i foretakene

Formålet med kartleggingen er å synliggjøre det samlede bildet av risikoer som foretakene prioriterer. Risikostyring skal være en dynamisk prosess. Dette innebærer at prioriterte risikoer vil endres over tid. Det enkelte foretakets valg av prioriterte risikoer i 2022 er ikke vurdert. Kartleggingen viser at det er noen områder der mange foretak har hatt utfordringer over tid, der det samlet sett legges fram få prioriterte risikoer for styrene i 2022. Dette gjelder

- mål om likeverdige helsetjenester
- psykisk helsevern
- samhandling med kommunene
- tre av de fire hovedoppgavene til foretakene

I tillegg er det få risikoer som tar utgangspunkt i eksterne forhold som kan påvirke foretakenes måloppnåelse.

Mål om likeverdige helsetjenester

Et sentralt mål for spesialisthelsetjenesten er å yte gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det, uavhengig av blant annet bosted.

Kartleggingen viser at det er få av de prioriterte risikoene som gjelder målet om likeverdige helsetjenester. Unntaket er i hovedsak foretakene i Helse Vest. I denne regionen er imidlertid risikoene begrenset til fagområdene ortopedi og røntgen.

Samtidig er det mye kunnskap som viser at det er store geografiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten. Siden 2015 har Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering publisert 15 helseatlas.

Atlasene omfatter et bredt utvalg helsetjenester som tilbys ulike pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten. I helseatlasene sammenlignes befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder. Helseatlasene viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder kvaliteten på og forbruket av spesialisthelsetjenester på en rekke fagområder.

Helseatlas for kvalitet ble publisert i 2021.⁶⁹ Atlaset viste at det var betydelig variasjon mellom helseforetakene når det gjelder mange kvalitetsindikatorer i perioden 2017–2019. Resultatene fra atlasen er oppsummert i faktaboks 1.

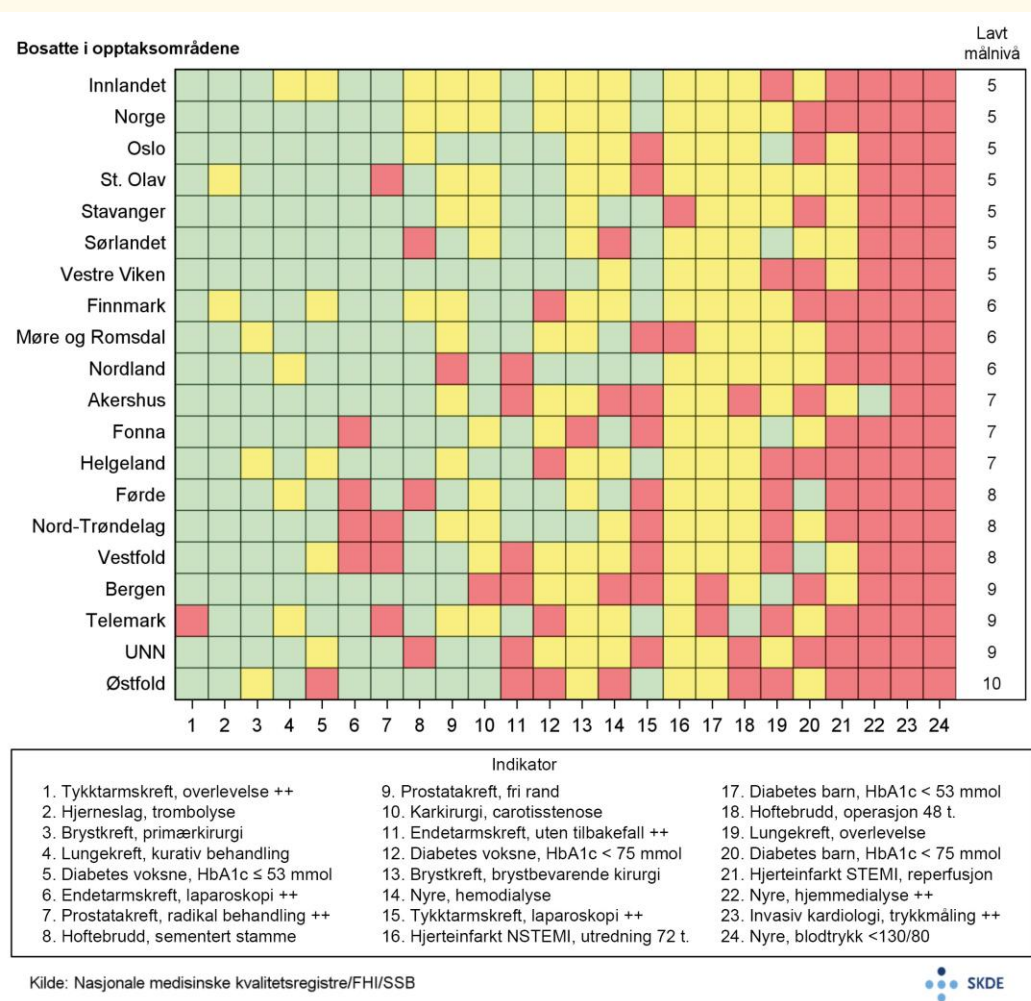
Riksrevisjonen publiserte i 2019 en undersøkelse som belyste uønsket variasjon i forbruk, årsakene til denne variasjonen og hvordan RHF-ene og helseforetakene ivaretar hensynet til likeverdig tilgang til helsetjenester og effektiv ressursbruk.⁷⁰ Undersøkelsen avdekket blant annet at RHF-ene og helseforetakene i liten grad hadde brukt informasjon om forbruket av helsetjenester til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten.

Undersøkelsen ble fulgt opp i 2023. Oppfølgingsundersøkelsen viste at kunnskapsgrunnlaget om uønsket variasjon i forbruk har blitt bedre fordi det er publisert flere helseatlas, og at RHF-ene har fortsatt med å gjøre styringsinformasjon som brukes i lokalt forbedringsarbeid, tilgjengelig. Den viste også at det er iverksatt flere relevante tiltak, både av Helse- og omsorgsdepartementet og RHF-ene, som skal bidra til å redusere uønsket variasjon i forbruket av helsetjenester.

⁶⁹ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2021). *Helseatlas for kvalitet: En beskrivelse av kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester for årene 2017–2019*.

⁷⁰ Dokument 3:2 (2019–2020). *Årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester*. Undersøkelsen ble fulgt opp i Dokument 3:2 (2023–2024).

Faktaboks 1 Oversikt over kvaliteten i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde 2017–2019



Høy, moderat og lav måloppnåelse er markert med henholdsvis grønn, gul og rød farge. På noen områder har alle eller tilnærmet alle helseforetakene lik måloppnåelse. På andre områder er det større forskjeller. Variasjonen i måloppnåelse mellom ulike opptaksområder viser at det var mulig å oppnå høy kvalitet i mange av behandlingene, men at dette har lyktes i ulik grad i de forskjellige opptaksområdene.

Helseatlasen viser også at det på regionalt nivå er ulik måloppnåelse for 9 av de 24 indikatorene som ble valgt til å måle kvaliteten i utvalgte nødvendige helsetjenester. Samtlige regioner hadde lav måloppnåelse på indikatorer hvor andre regioner lyktes bedre.

Kilde: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2021). *Helseatlas for kvalitet – En beskrivelse av kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester for årene 2017–2019.*

Psykisk helsevern

Psykiske plager og lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge, og Stortinget har gjennom flere år sluttet seg til at bedre behandling innenfor psykisk helse og rus er et sentralt mål. *Den gylne regel* var i flere år et mål for spesialisthelsetjenesten. Den innebar at psykisk helse og rusbehandling skulle prioriteres over somatiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* viste at den gylne regel ikke var innfridd, og at mange med psykiske plager og lidelser ikke får hjelp når de trenger det. I 2022 ble regelen erstattet av et mål om at aktiviteten i behandlingen i psykisk helsevern skal øke.

Ifølge *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er utfordringene innenfor psykisk helsevern sammensatte. I planen står det blant annet at det er behov for mer kunnskap, både om det framtidige behovet for psykiske helsetjenester og om hvordan tjenestene bør organiseres for å dekke dette behovet. Det står også at det er behov for å videreutvikle tjenestene gjennom bedre samhandling og bruk av teknologi.⁷¹

Alle RHF-ene, unntatt Helse Vest RHF, har prioritert risiko knyttet til psykisk helsevern. Nærmere analyser av de prioriterte risikoene i helseforetakene viser at 11 av de 162 prioriterte risikoene omfatter konsekvensområdet *psykisk helsevern*. Bare sju helseforetak har prioritert risiko der psykiatri er hovedtema.

Samhandling med kommunene

Samhandlingsreformen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, som trådte i kraft i 2012, har som mål å sikre en bærekraftig helsetjeneste av god kvalitet. Dette målet skulle man blant annet nå ved å sørge for at kommunehelsetjenesten yter en større del av helsetjenestene, slik at veksten i bruken av spesialisthelsetjenester ble dempet. God kvalitet i tjenestene skulle sikres ved å styrke de ansattes kompetanse og øke samarbeidet mellom helsenivåene. Reformen skulle innføres gjennom en gradvis oppbygging av nye helsetilbud i kommunene og en omstilling av spesialisthelsetjenesten.

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er det brede forventninger om at partene skal styrke samhandlingen, og det går blant annet fram at det for ofte oppstår svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner.⁷²

En rekke undersøkelser viser at det er utfordringer med å få til helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom de to nivåene:

- Helsepersonellkommisjonens utredning NOU 2023: 4 *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* peker på at det fortsatt er samhandlingsutfordringer, vel ti år etter at samhandlingsreformen ble innført. Det er utfordrende å få helhetlige pasientforløp og god flyt i tjenestene når de tilbys av aktører som er organisert forskjellig. Pasienter med tjenestebehov fra forskjellige nivåer er utsatte, og tjenesteflyten kan stoppe opp. Det dreier seg ofte om sårbare grupper som skrøpelige eldre, kronikere og pasienter med psykiske lidelser.⁷³
- Både den siste perspektivmeldingen, som kom i 2021, og Helsepersonellkommisjonen understreker problemene som helse- og omsorgssektoren står overfor i årene framover: En stadig økende andel eldre fører både til at andelen personer som har kronisk sykdom og sammensatte diagnoser, øker, og til at sykdomsbyrden knyttet til muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser øker.⁷⁴
- Riksrevisjonen har gjennomført flere undersøkelser som belyser samarbeidsutfordringer mellom de to nivåene.⁷⁵

Kartleggingen viser at ingen av RHF-ene og kun to helseforetak har lagt fram prioriterte risikoer for styret der samhandling mellom helseforetakene og kommunene er hovedtema.

Tre av de fire hovedoppgavene til helseforetakene

Pasientbehandling er en av foretakenes fire hovedoppgaver. *Forskning, utdanning av personell og pasientopplæring* er de tre andre hovedoppgavene. Gjennomgangen av styredokumentene viser at

⁷¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* (Meld. St. 7 (2019–2020)), kapittel 5.

⁷² Ibid., kapittel 4.

⁷³ NOU (2023:4). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.

⁷⁴ Finansdepartementet. (2021). *Perspektivmeldingen 2021* (Meld. St. 14 (2020–2021)) og NOU (2023: 4). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.

⁷⁵ Blant annet Dokument 3:5 (2015–2016). *Undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, Dokument 3:2 (2017–2018). *Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten* og Dokument 3:13 (2021–2022). *Undersøkelse av psykiske helsetjenester*.

bare 1 av de 34 prioriterte risikoene som legges fram for styret i RHF-ene, er på disse tre konsekvensområdene, og at bare fire helseforetak har prioritert risiko på disse områdene.

Dokument 3:9 (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene* viste at det var et potensial for å øke antall studier ved norske sykehus og gi flere pasienter tilgang til å delta.

Dokument 3:2 (2019–2020) *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* viste at det var svakheter i informasjonen RHF-ene ga kunnskapssektoren for at den skulle kunne tilpasse utdanningskapasiteten etter spesialisthelsetjenestens behov. Videre viste undersøkelsen at helseforetakene har utfordringer med å opprette nok praksisplasser, noe som er en forutsetning for økt utdanningskapasitet. I oppfølgingen av undersøkelsen, som ble gjennomført i 2023, kommer det fram at det er igangsatt tiltak, men at det fortsatt er utfordringer, og at det gjenstår mye arbeid.

Eksterne forhold som kan påvirke foretakenes måloppnåelse

Foretakenes måloppnåelse påvirkes også av eksterne faktorer som ligger utenfor deres kontroll. Når det skjer endringer i disse faktorene, kan dette påvirke et foretaks måloppnåelse.

Eksterne faktorer som kan utgjøre en risiko for helseforetakene, er for eksempel⁷⁶

- klimaendringer og naturkatastrofer
- smittsomme sykdommer
- digitale angrep
- Ukraina-krigen – flyktningetilstrømning, sikkerhetspolitiske trusler
- forsyningssvikt – svikt i leveranser av viktig utstyr og legemidler
- prisøkninger, inflasjon
- juridiske endringer – lov- og regelverksendringer

Når det gjelder RHF-ene, er det kun Helse Midt-Norge RHF som har prioritert risikoer knyttet til eksterne faktorer. Temaene disse omfatter, er

- omfattende cyberangrep
- svikt i leveranse av kritisk utstyr, materiell eller legemidler
- utbrudd av smittsom sykdom som utfordrer sykehusenes kapasitet
- økte byggekostnader for pågående og planlagte prosjekter

Bare disse fire helseforetakene har prioritert risikoer knyttet til eksterne faktorer:

- OUS: tilgang til kritiske legemidler og materiell og covid-19 (smitterisiko og konsekvenser for annen pasientbehandling)
- Innlandet: forsinkelser i leveranser av utstyr, materiell og ambulanser
- St. Olav: drift/tjenesteproduksjon – beredskap på grunn av situasjonen i Ukraina; stor sannsynlighet for tilstrømming av flyktninger fra Ukraina med behov for helsehjelp; system for screening av smittsomme sykdommer, inkludert tuberkulose; urolig sikkerhetssituasjon i Europa som kan påvirke både cybersikkerhet og forsyningssikkerhet
- Vestre Viken: IKT-driftsavbrudd og forsinkede eller manglende IKT-leveranser

Flertallet av RHF-ene og helseforetakene har derfor ikke eksterne risikoer blant de prioriterte risikoene. Håndtering av slik risiko kan imidlertid inngå i foretakenes beredskapsplaner eller andre planer.

⁷⁶ Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2019). *Analysen av krisescenarier* og Nasjonal sikkerhetsmyndighet. (2023). *Risiko 2023 – Økt uforutsigbarhet krever høyere beredskap*.

4.2 Risikovurderinger på operativt nivå i helseforetakenes fødeavdelinger

I dette kapittelet beskriver vi omfanget av risikovurderinger som gjennomføres på operativt nivå, ved å undersøke fødeavdelingene i helseforetakene. Det er over 40 fødesteder i landet, og de er ulikt organisert, jf. faktaboks 2.

Faktaboks 2 Informasjon om fødesteder

Faktorer som varierer mellom helseforetakene:

- **hvor mange fødeenheter de har**
 - Seks helseforetak har én enhet.⁷⁷
 - Ni helseforetak har to eller tre enheter.⁷⁸
 - Fire helseforetak har fire enheter.⁷⁹
- **antall fødsler**
 - Det ble registrert 55 630 fødsler i hele landet i 2021. Flere enn 30 000 av disse var i Helse Sør-Øst.
 - Antall fødsler per år varierer betydelig mellom de aktuelle institusjonene.
 - 5 steder har færre enn 100 fødsler per år.
 - 10 steder har mellom 100 og 400 fødsler per år.
 - 12 steder har mellom 400 og 1 000 fødsler per år.
 - 22 steder har mellom 100 og 1 000 fødsler per år.
 - 16 steder har flere enn 1 000 fødsler per år.
- **antall jordmødre på fødeinstitusjonene**
 - 11 steder har flere enn 50 jordmødre.
 - 15 steder har mellom 20 og 50 jordmødre.
 - 11 steder har færre enn 20 jordmødre.

Kilde: Medisinsk fødselsregister (Folkehelseinstituttet) og Dokument 3:2 (2019–2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*

Vedlegg 3 gir en oversikt over fødestedene i landet, antall fødsler, antall fødsler per dag og antall jordmødre for 2021.

Fødeavdelingene er vanligvis organisert i en klinikk. En klinikk kan ha fødeavdelinger ulike steder. For eksempel har Klinikk for kvinne, barn og familie i Nord-Trøndelag fødeavdelinger ved sykehusene i Namsos og Levanger, jf. figur 2. Kvinner som blir vurdert å ha risikofaktorer i svangerskapet eller ved fødselen, skal føde ved fødeinstitusjoner som har mer spesialisert kompetanse.

Helseforetakene ble bedt om å sende oss de sist oppdaterte risikovurderingene av operasjonaliserte mål om *kvalitet i pasientbehandlingen* som er gjennomført i *klinikkene* som fødeavdelingene er organisert under. Hovedinntrykket er at det med unntak av noen få helseforetak gjøres få slike risikovurderinger som gjelder fødselsområdet spesielt. Vi har mottatt i alt 53 risikovurderinger utført av klinikker som gjelder fødeområdet, og disse er utført i ni helseforetak. Risikovurderingene omfatter flere risikokategorier utover kvalitet i pasientbehandlingen, blant annet bemanningsutfordringer, arbeidsmiljø/HMS og kapasitetsutfordringer. OUS, Ahus og Bergen har utført 40 av disse risikovurderingene.

⁷⁷ St. Olav, Førde, Stavanger, Vestfold, Telemark og Østfold.

⁷⁸ Finnmark, Nord-Trøndelag, Bergen, Fonna, OUS, Ahus, Helgeland, Nordland og Sørlandet.

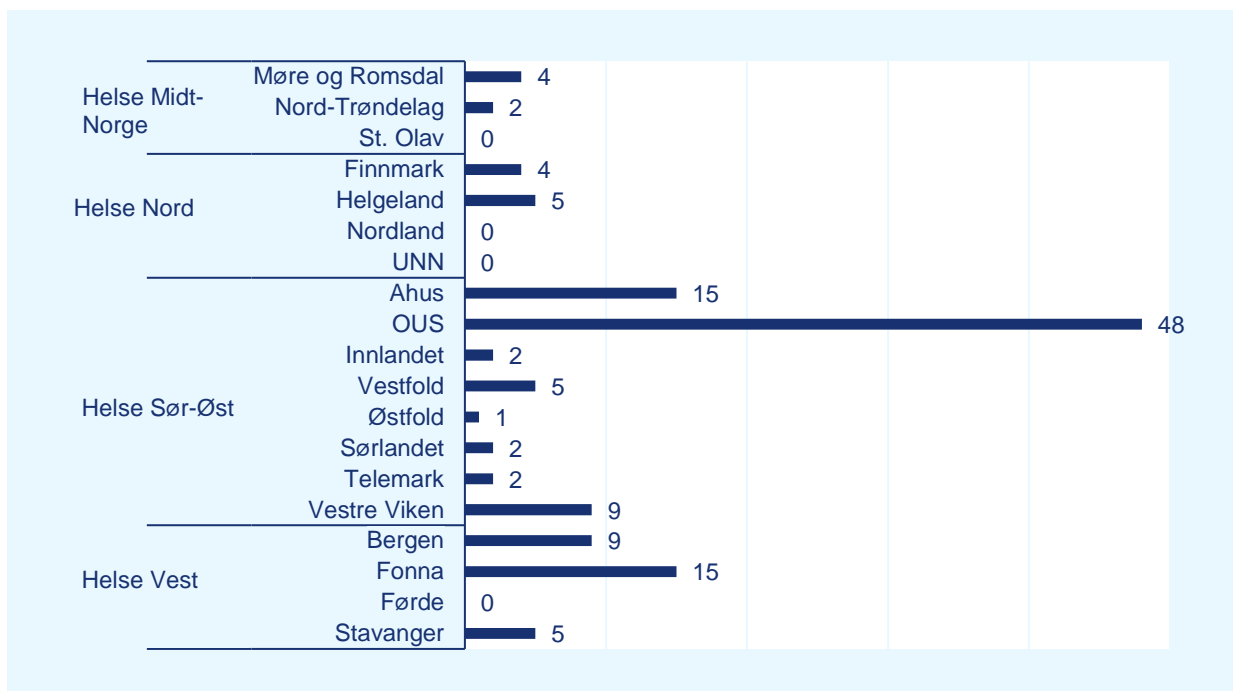
⁷⁹ UNN, Møre og Romsdal, Vestre Viken og Innlandet.

4.2.1 Risikovurderinger som er gjennomført i fødeavdelingene

Vi ba helseforetakene om å sende oss *alle* risikovurderinger eller ROS-analyser som er gjennomført i fødeavdelingene fra 2019 til 2022.

Vi har dermed bedt om skriftlige risikovurderinger, som i de aller fleste tilfellene dokumenteres ved å fylle ut en mal. I alle helseforetakene er det i denne perioden gjennomført til sammen 128 risikovurderinger i fødeavdelingene. Antallet som er gjort i hvert foretak, varierer fra 0 til 48.

Figur 4 Antall risikovurderinger som er mottatt fra fødeavdelingene per helseforetak, 2019–2022



Kilde: Helseforetakene (N = 128)

Figur 4 viser at det er stor variasjon mellom helseforetakene i bruken av risikovurderinger som verktøy. Det er helseforetak i regionene Helse Sør-Øst og Helse Vest som har gjennomført flest risikovurderinger, men det er også stor variasjon innad i regionene. Fødeavdelingene i OUS bruker dette verktøyet langt mer enn fødeavdelinger i de andre foretakene, med 48 risikovurderinger på fire år. På den andre siden har fødeavdelinger i 14 foretak gjennomført 5 eller færre risikovurderinger siden 2019.⁸⁰

Når det gjelder omfanget av risikovurderinger, er hovedbildet dermed at de fleste helseforetakene gjør få risikovurderinger. Dette viser at de i liten grad bruker risikovurderinger som et systematisk hjelpemiddel for å styrke kvaliteten i pasientbehandlingen, til tross for at alle helseforetakene har kjente utfordringer i fødeavdelingene. Fødeavdelingenes utfordringer beskrives nærmere i kapittel 4.2.3.

Fødeavdelingene ved de mest spesialiserte sykehusene håndterer gjennomgående flere komplekse pasienttilfeller enn mindre sykehus. Fødeavdelingene ved flere av universitetssykehusene gjennomfører få eller ingen risikovurderinger, selv om flere kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer i svangerskapet eller ved fødselen, føder her.

⁸⁰ Helse Bergen HF opplyser at det bare har sendt risikovurderinger som gjelder pasientområdet og at det også gjennomfører risikovurderinger som gjelder blant annet arbeidsmiljø/HMS og bemanningsutfordringer, jf. innspill fra Helse Bergen i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023. Det kan være tilfelle at flere helseforetak også har risikovurderinger utover pasientområdet som ikke er oversendt Riksrevisjonen.

Komplikasjoner kan skje selv om kvinner ikke blir vurdert til å ha risikofaktorer i svangerskapet eller ved fødselen. Dette tilsier at man også bør vurdere å gjennomføre risikovurderinger for å forebygge uønskede hendelser i helseforetak med mindre spesialiserte fødeavdelinger og fødestuer.

St. Olav, Førde, Nordland og UNN har ikke dokumentert at det er gjennomført risikovurderinger i sine fødeavdelinger. St. Olav er det eneste av disse som har gjennomført risikovurderinger av fødeområdet, men dette er gjort på klinikknivå. Både Førde og Nordland opplyser at risikovurderinger i liten grad brukes. Nordland har definert følgende utvalgte områder der risikostyringsmetodikken skal benyttes:⁸¹

1. Oppfølging av definerte målsettinger fra Helse Nord for risikostyring som gitt i oppdragsdokumentet
2. Økonomioppfølging av budsjett på klinikknivå
3. Ved definerte prosjekter der dette vurderes som hensiktsmessig.

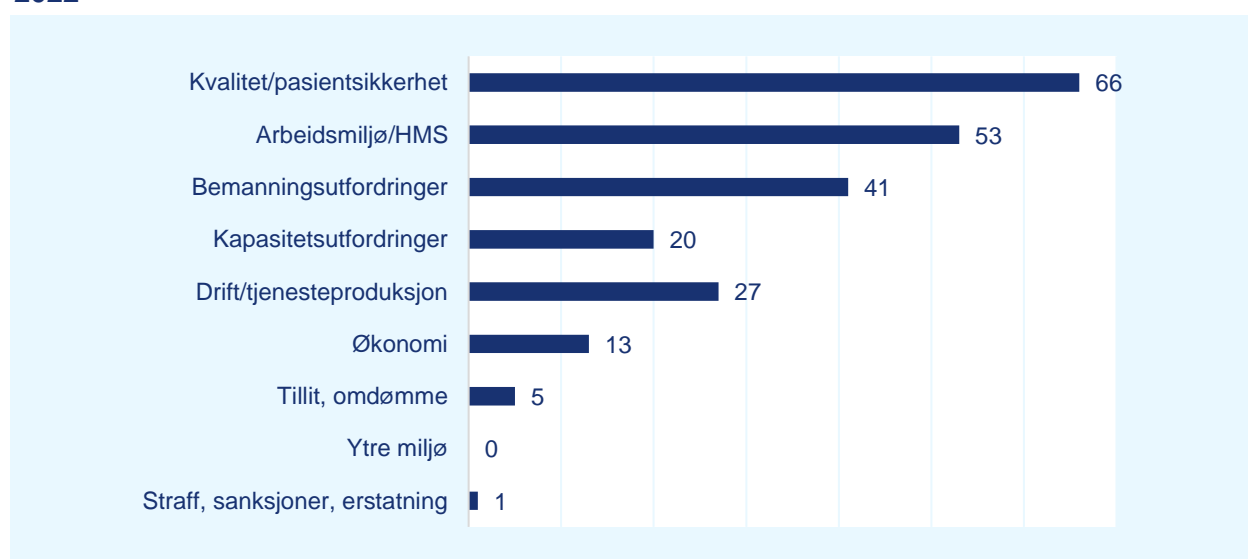
Foretaket har dermed avgrenset bruksområdet for risikovurderinger på en måte som synes å innebære at verktøyet ikke skal brukes på operativt nivå i pasientbehandlingen. UNN har ikke sendt oss noen risikovurderinger som er gjennomført i fødeavdelingene.

4.2.2 Områder som risikovurderes i fødeavdelingene

Fra alle helseforetakene har vi mottatt til sammen 128 risikovurderinger som er utført i fødeavdelingene i perioden 2019–2022. Figur 5 viser hvordan helseforetakenes risikovurderinger på fødeområdet fordeler seg på ni ulike konsekvensområder.

På operativt nivå bruker vi et noe annerledes sett med konsekvensområder enn på foretaksnivå fordi de to organisasjonsnivåene har ulike ansvarsforhold. Ettersom en risikovurdering kan være rettet mot mer enn ett konsekvensområde, er antall områder høyere enn antall risikovurderinger. En risikovurdering kan for eksempel berøre konsekvenser både for pasienter og for ansatte. Antall konsekvensområder som berøres i de 128 risikovurderingene, utgjør 226 i alt.

Figur 5 Konsekvensområder i mottatte risikovurderinger fra fødeavdelingene, 2019–2022



Kilde: Helseforetakene (N = 226)

⁸¹ Nordlandssykehuset HF. (udatert). *Risikovurdering og risikostyring* (PR25911).

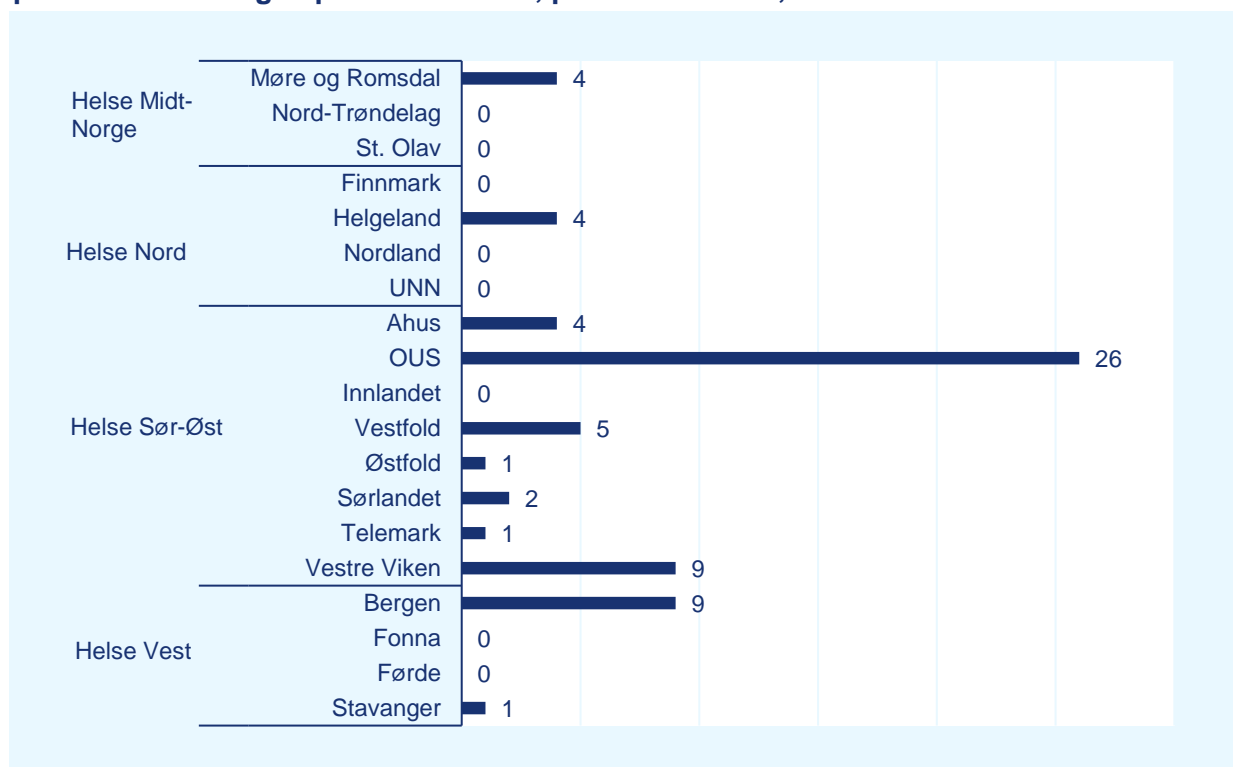
Figur 5 viser at blant de 128 risikovurderingene, har flest konsekvenser innenfor området *kvalitet i pasientbehandlingen*. Videre viser figuren at mange av risikovurderingene er knyttet til de ansatte, det vil si enten arbeidsmiljø eller bemanningsutfordringer.

På konsekvensområdet *arbeidsmiljø/HMS* er risiko ofte knyttet til arbeidstid og andre krav i arbeidsmiljøloven. Dette området antas gjerne å henge sammen med området *kvalitet i pasientbehandlingen*. Et arbeidsmiljø der det er gode relasjoner mellom personalgruppene og et velutviklet samarbeid, fører sannsynligvis til bedre og sikrere helsetjenester.⁸²

Konsekvensområdet *bemanningsutfordringer* omfatter risiko knyttet til problemer med å besette stillinger, høy turnover eller sammensetning av kompetanse hos de ansatte. Figuren viser også at mange foretak har bemanningsutfordringer, både generelt når det gjelder å rekruttere og beholde jordmødre, og spesielt når det gjelder bemanning i ferieperioder. Konsekvensområdene *kvalitet i pasientbehandlingen*, *arbeidsmiljø/HMS* og *bemanningsutfordringer* inngår i 71 prosent av risikovurderingene.

Hver femte risikovurdering gjelder *drift/tjenesteproduksjon* og *kapasitetsutfordringer*. Til forskjell fra på foretaksnivå forekommer risikoområder som effektivisering, investeringer samt IKT og informasjonssikkerhet i liten grad på fødeområdet. Figur 6 gir en nærmere oversikt over antall risikovurderinger og hvor mange av disse som gjelder konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen* per helseforetak.

Figur 6 Antall mottatte risikovurderinger på konsekvensområdet kvalitet i pasientbehandlingen på fødeområdet, per helseforetak, 2019–2022



Kilde: Helseforetakene (N = 66)

Figur 6 viser at antall risikovurderinger som gjelder konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*, varierer fra 0 til 26. Disse risikovurderinger kan være omfattende, som risikovurdering av fødetilbudet,

⁸² Helsedirektoratet. (2019). *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten*.

eller gjelde avgrensede områder, som for eksempel overflytting av pasienter, operasjonskapasitet eller sommerstengning. Åtte helseforetak har ikke gjort noen risikovurderinger på området.

Blant de tre helseforetakene som samlet sett gjennomfører flest risikovurderinger, varierer andelen risikovurderinger av *kvaliteten i pasientbehandlingen* fra ingen ved Fonna til mer enn halvparten i OUS, jf. figur 4 og 6.

Kartleggingen viser at en stor andel av risikovurderingene er rettet mot området *kvalitet i pasientbehandlingen* i noen av helseforetakene, mens de i andre foretak i hovedsak er rettet mot andre konsekvensområder.

4.2.3 Kjente utfordringer i fødeavdelingene

Fødselsomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal sammenheng. *Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering* sin rapport om fødselshjelp viser til at gravide kvinner generelt får tett og god oppfølging gjennom svangerskap og fødsel. Flere kilder viser imidlertid også at fødeavdelingene i helseforetakene har utfordringer knyttet til

- å rekruttere og beholde fagpersonell (inkludert jordmødre)
- relativt mange uønskede hendelser
- variasjon i kvalitetsindikatorer
- ulik praksis i behandlingen (uønsket variasjon)

Samlet tilsier dette at helseforetakene har utfordringer på flere områder. Dette gjenspeiles ikke i antallet mottatte risikovurderinger.

Fødeavdelingene har utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde jordmødre

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene viste at mange helseforetak hadde store utfordringer med å rekruttere, mobilisere (reduere sykefravær og øke stillingsandeler) og beholde jordmødre (høy turnover og høy alder).⁸³ Vedlegg 4 gir en oversikt over fødeavdelingene gruppert etter hvilke utfordringer de hadde i 2019.

I oppfølgingsundersøkelsen som ble gjennomført i 2023, kom det fram at jordmødre som en stillingsgruppe kan være særlig vanskelig å rekruttere, beholde og mobilisere.⁸⁴

Analysen av risikovurderinger som er gjennomført i fødeavdelingene, viser at det ikke synes å være slik at de helseforetakene som hadde størst utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde jordmødre i 2019, har tatt i bruk risikostyring som virkemiddel i større grad enn andre foretak. Riktig nok er noen av helseforetakene med størst utfordringer i 2019 blant dem som har gjennomført flest risikovurderinger i fødeavdelingene,⁸⁵ men det er også slik at andre helseforetak med like store utfordringer har gjennomført få eller ingen risikovurderinger.⁸⁶

Uønskede hendelser

Sykehusene er i sin natur virksomheter hvor en ikke kan gardere seg mot uønskede hendelser. Uønskede hendelser er hendelser som har eller kunne ha ført til pasientskade. Helseforetakene skal rapportere om uønskede hendelser i fødeavdelingene. Slike hendelser er rapportert i omtrent 5 prosent av alle fødsler i perioden 2019–2021. Figur 7 viser at alle helseforetakene har sendt oss

⁸³ Dokument 3:2 (2019–2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene.*

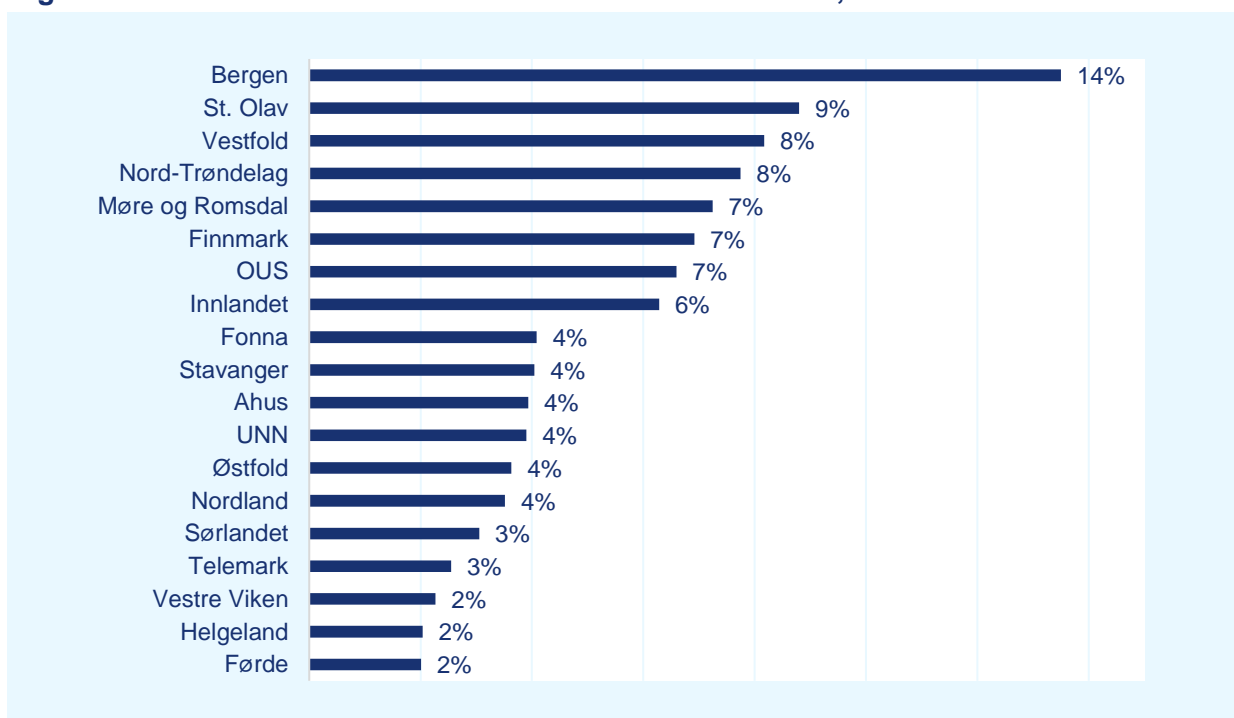
⁸⁴ Dokument 3:2 (2023–2024). *Kontroll med forvaltningen av statlige selskaper – 2022.*

⁸⁵ Stavanger, Ahus og Fonna.

⁸⁶ UNN, Nordland, Finnmark og Møre og Romsdal.

dokumentasjon på uønskede hendelser i fødeavdelingene i perioden. I figuren skiller det ikke mellom alvorlighetsgraden til hendelsene.

Figur 7 Andelen uønskede hendelser av totalt antall fødsler, 2019–2021



Kilde: Dokumentasjon som er sendt til Riksrevisjonen fra helseforetakenes interne avvikssystem og Medisinsk fødselsregister

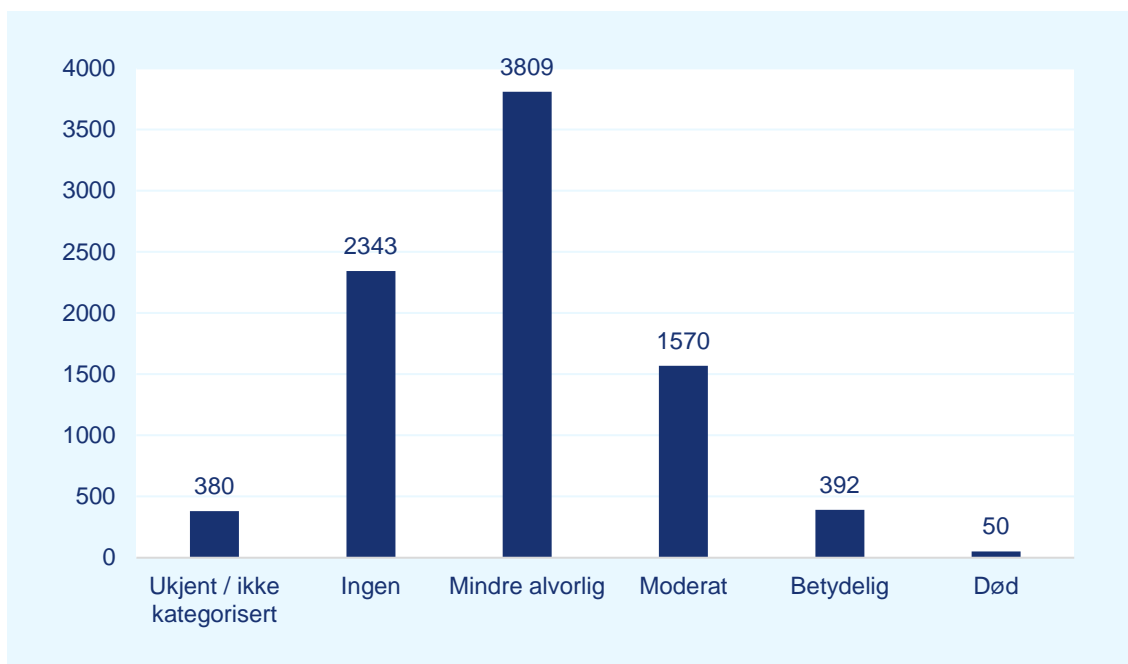
Figuren viser at andelen uønskede hendelser av totalt antall fødsler varierer mellom helseforetakene. Variasjonene som kommer fram i figuren, kan imidlertid være påvirket av ulike meldekulturer i helseforetakene. God meldekultur fører til et høyere antall meldte hendelser, noe som kan være positivt sett ut fra arbeidet med pasientsikkerhet.⁸⁷

Helseforetakene skal kategorisere uønskede hendelser i tråd med *Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser*.⁸⁸ I kodeverket registreres konsekvensene for pasienten i fem kategorier, fra ingen til død, jf. figur 8.

⁸⁷ Helse Bergen HF skriver at foretaket ikke har dårligere resultater i fødselshjelpen enn andre sammenlignbare fødeenheter, men melder altså mye oftere uønskede hendelser, jf. innspill fra Helse Bergen i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023

⁸⁸ Helsedirektoratet. (2021). *Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser*.

Figur 8 Meldte uønskede hendelser etter konsekvens i alle fødeavdelingene, 2019–2021



Kilde: Dokumentasjon som er sendt til Riksrevisjonen fra helseforetakenes interne avvikssystem

Det ble meldt inn uønskede hendelser i omtrent 5 prosent av alle fødsler i perioden 2019–2021. I absolutte tall utgjør dette 8544 uønskede hendelser. Et flertall av de uønskede hendelsene hadde mindre alvorlige eller ingen konsekvenser, jf. figur 8. 1570 av de uønskede hendelsene hadde moderate konsekvenser, som innebærer at de krevde behandlingstiltak eller oppfølging. Videre hadde 392 hendelser betydelig konsekvenser, det vil si skade som krevde betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet, varig funksjonstap eller lidelse. I 50 tilfeller gjaldt hendelsen dødsfall, som kan ha hatt årsak i behandling eller mangel på behandling.

Andelen av de uønskede hendelsene som er moderate eller mer alvorlige, varierer mellom helseforetakene. Til sammen var det 2 012 hendelser som hadde moderate eller betydelige konsekvenser, eller som medførte dødsfall. I samme periode var det totalt ca. 164 000 fødsler. Dette betyr at det i perioden 2019–2021 skjedde én slik hendelse i overkant av 1 prosent av alle fødsler i Norge.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er et mål eller en pekepinn på kvaliteten på behandlingstilbudet på området som måles. Det er ti nasjonale kvalitetsindikatorer på fagområdet fødsel. Det finnes også andre nasjonale kvalitetsindikatorer som gjelder fødsel under andre temaer. Vedlegg 5 gir en beskrivelse av disse indikatorene.

Det er ulike grader av variasjon mellom kvalitetsindikatorene. For eksempel varierer indikatoren *forekomst av fødselsrifter* fra 1,4 prosent i Helse Sør-Øst til 1,9 prosent i Helse Midt-Norge. Innad i regionene er variasjonene mellom helseforetakene større:

- fra 1,2 % til 2,4 % i Helse Midt-Norge
- fra 1,5 % til 2,4 % i Helse Nord
- fra 1,6 % til 1,9 % i Helse Vest
- fra 1,0 % til 2,3 % i Helse Sør-Øst

Andelen varierer enda mer mellom fødeavdelingene innad i helseforetakene.

Utviklingen for kvalitetsindikatorne kan følges over tid. Med unntak av indikatoren for pasienterfaringer finnes det indikatoredata på sykehusnivå for fødeavdelingene fra ca. 2010. For eksempel var andelen *store rifter* ved UNN 2,5 prosent i 2016 og 1,5 prosent i 2021. Når man tolker disse indikatorene, må man være oppmerksom på at helseforetakene har ulike risikoprofiler. Kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer i svangerskapet eller ved fødselen, skal føde ved fødeinstitusjoner som har spesialisert kompetanse.

Helseatlas for fødselshjelp

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering publiserte i 2019 *Helseatlas for fødselshjelp*. Denne rapporten viser at gravide kvinner får tett og god oppfølging gjennom svangerskap og fødsel. Det var ikke mulig å påvise systematisk geografisk variasjon i antall komplikasjoner ved fødsel, og omfanget av slike komplikasjoner var svært lavt.⁸⁹ Helseatlasen viser imidlertid at det var

- uberettiget geografisk variasjon i bruken av keisersnitt, tang og vakuumpompe, klipping under fødsel og epidural
- stor og uberettiget geografisk variasjon i bruken av spesialisthelsetjenesten i barseltiden, både for barselkvinner og nyfødte barn

4.2.4 Eksempler på verktøy som brukes for å unngå feil og pasientskader

Analysen viser at fødeavdelinger i mange helseforetak i begrenset grad bruker risikovurderinger som verktøy. Vi spurte helseforetakene om hvilke andre verktøy fødeavdelingene bruker for å forebygge feil og pasientskader i pasientbehandlingen. Eksempler på slike verktøy er

- hendelsesanalyser
- risikotavler
- det grønne korset

Disse tre verktøyene oppgis av relativt mange helseforetak. I tillegg blir bruk av kvalitetsindikatorer nevnt av mange. Samtlige helseforetak har gitt eksempler på verktøy de bruker i forbedringsarbeidet. Det ligger utenfor undersøkelsens formål å gjøre en fullstendig kartlegging av forbedringsarbeidet som skjer i fødeavdelingene.

Hendelsesanalyser

Hendelsesanalyser er viktige elementer i styringssystemet for virksomheter i helsetjenesten.⁹⁰ I hendelsesanalyser blir årsaker til uønskede hendelser systematisk identifisert og analysert. Hensikten er å lære og å styrke det risikoforebyggende arbeidet.⁹¹ En hendelsesanalyse bør gjøres etter en hendelse som har ført til, eller kunne ha ført til, betydelig skade på en pasient. En hendelsesanalyse prøver å besvare følgende spørsmål:⁹²

- Hva har skjedd?
- Hvorfor har det skjedd?
- Hvordan kan en gjentakelse bli forhindre?

Vi ba helseforetakene om å sende oss antall hendelses- eller årsaksanalyser som var gjennomført i fødeavdelingene i perioden 2019–2022. Vi fikk tilsendt totalt 40 hendelsesanalyser fra de ulike helseforetakene, jf. figur 9.

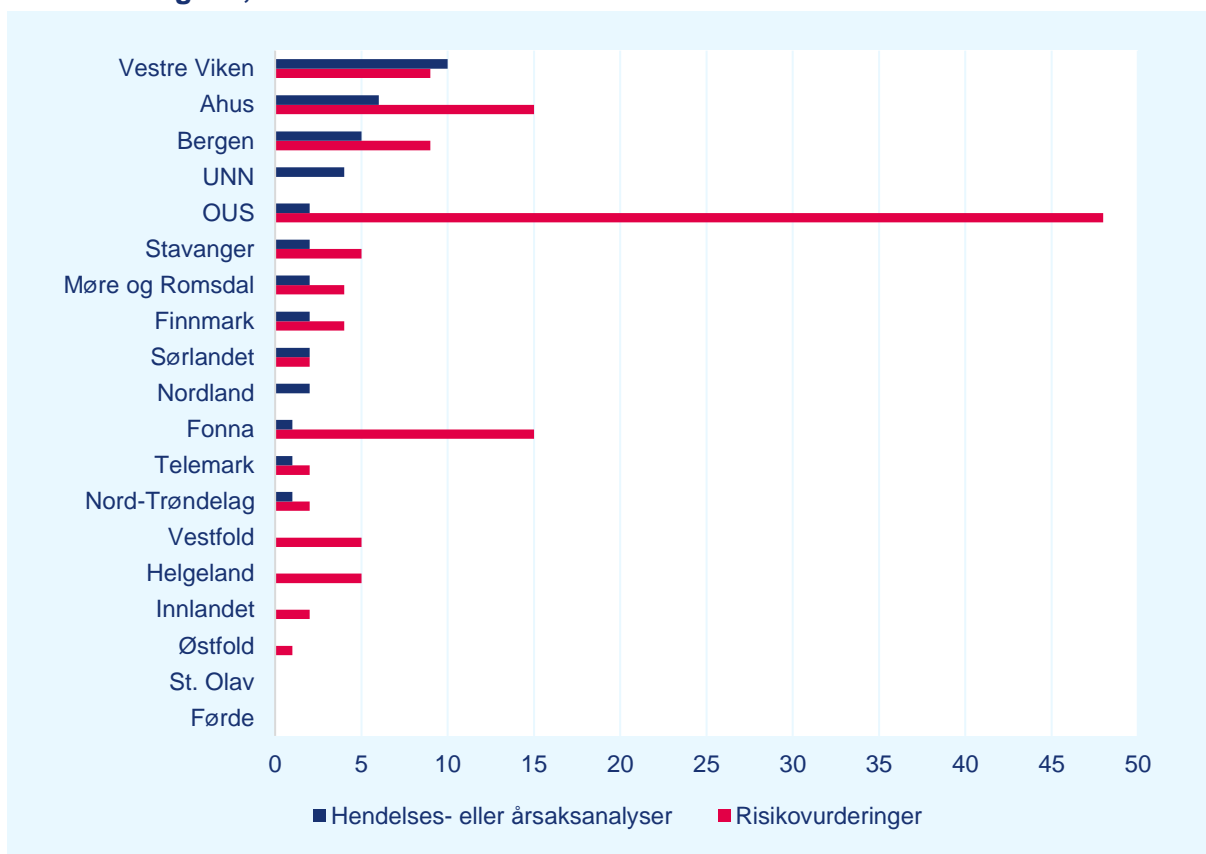
⁸⁹ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2019). *Helseatlas for fødselshjelp - bruk av helsetjenester innen fødselshjelp i perioden 2015–2017*.

⁹⁰ Helsedirektoratet. (2019). *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten*.

⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid.

Figur 9 Antall hendelses- eller årsaksanalyser og risikovurderinger gjennomført i fødeavdelingene, 2019–2022



Kilde: Dokumentasjon som er sendt til Riksrevisjonen fra helseforetakene

Figuren viser at det med unntak av noen få helseforetak gjennomføres relativt få eller ingen hendelsesanalyser av uønskede hendelser eller nesten-hendelser i fødeavdelingene. 13 av 19 helseforetak har gjennomført hendelsesanalyser av uønskede hendelser på fødeområdet i perioden 2019–2022. Blant disse er det bare tre helseforetak som har gjennomført fem eller flere hendelsesanalyser i perioden: Vestre Viken, Ahus og Bergen.

Disse tre helseforetakene gjør både en del hendelsesanalyser og risikovurderinger. OUS skiller seg ut ved at det gjennomføres mange risikovurderinger, men få hendelsesanalyser.

Seks helseforetak har ikke sendt oss hendelsesanalyser av uønskede hendelser på fødeområdet. Det må understrekes at dette ikke betyr at disse helseforetakene ikke følger opp uønskede hendelser. Fire av disse helseforetakene gjennomførte opptil fem risikovurderinger, og to av dem gjennomførte ingen risikovurderinger.

Risikotavle og forbedringstavle

Formålet med en *risikotavle* er å skape en oversikt over utvalgte risikoområder for pasienter og brukere. Tavlen er et verktøy som gjør det mulig å etablere en regelmessig dialog om pasientene og oppfølgingen av utvalgte tiltak knyttet til risikoområdene. Tavlemøtene kan bidra til å redusere pasientskader og uønskede hendelser ved å sikre oppfølging av tiltak som reduserer risiko, og skape en felles forståelse for risiko i enheten. Tavlemøtene gir seksjonen mulighet til å jobbe systematisk og gjøre risikovurderinger av hver pasient.

Formålet med en *forbedringstavle* er å skape en oversikt over status for pågående forbedringsarbeid i en enhet. Tavlen er et verktøy som gjør det mulig å etablere en systematisk og regelmessig dialog om hvordan man kan forbedre eksisterende praksis. Møtene bidrar til at man i fellesskap kan komme fram

til, prioritere, teste og vurdere forbedringsideer. Ideene kan komme fra de ansatte, pasienter, brukere og pårørende.

Det grønne korset

Det grønne korset er en kalender for én måned, formet som et kors. Den enkelte dag fargelegges etter hvilke pasientrelaterte hendelser som har skjedd. Rød betyr betydelig skade eller død, oransje betyr at det har vært en hendelse med konsekvenser, gul betyr nesten-hendelser som kunne ført til skade, og grønn betyr ingen uønskede hendelser. Dersom det ikke har vært noen uønskede hendelser i løpet av en måned, vil korset bli grønt.

Det grønne korset skal bidra til å synliggjøre pasientrelaterte uønskede hendelser i enheten fra dag til dag og gi en oversikt over hendelser og risikoområder. Hensikten med metoden er å forbedre pasientsikkerheten og pasientsikkerhetskulturen. Dette oppnås ved at leder setter pasientsikkerhet på dagsordenen, og ved at alle medarbeidere får ansvar for å oppdage og dokumentere risiko og for å medvirke i det påfølgende analyse- og forbedringsarbeidet. Det grønne korset kan gjennomføres på team-/enhetsnivå, seksjonsnivå og avdelingsnivå over lengre tid.

5 Systemet for risikostyring

Dette kapitlet omhandler systemet for risikostyring. I den første delen ser vi nærmere på om foretakene har retningslinjer, veiledere og maler for risikostyring. Deretter kartlegger vi innholdet i retningslinjene for å se om de er utarbeidet i tråd med god praksis. Til slutt beskriver vi annen støtte som gis i risikoarbeidet.

Relevante revisjonskriterier

- De regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene skal ha et styringssystem som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav som er fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen.
- RHF-ene og helseforetakene skal ha etablert et system for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Systemet for risikostyring bør sikre at risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og foretaksgruppen ikke nås, identifiseres. Videre bør systemet sørge for at det iverksettes korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse.
- God praksis for risikostyring tilsier at foretakene har retningslinjer for risikostyring. Disse bør vise hvordan risikostyringen kan integreres i virksomhetsstyringen.

Oppsummering

De regionale helseforetakene

- Med unntak av Helse Sør-Øst RHF har alle de regionale helseforetakene retningslinjer for risikostyring som omfatter hele foretaksgruppen. Retningslinjene er revidert de siste årene, noe som har sin bakgrunn i et ønske om en felles risikostyringsmetodikk innen regionene.
- Helse Sør-Øst RHF har et rammeverk for virksomhetsstyring som gjelder for foretaksgruppen, der risikostyring er kortfattet omtalt. Dette er også det eneste regionale helseforetaket som beskriver risikostyringen internt i foretaket.
- Retningslinjene til Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF er i hovedsak i tråd med god praksis for risikostyring.

Helseforetak

- Nesten alle helseforetakene (16 av 19) har retningslinjer for risikostyring.
- Mange helseforetak har retningslinjer som ikke er i tråd med god praksis for risikostyring.
- Et gjennomgående trekk er at retningslinjene bare i begrenset grad beskriver hvordan risiko skal følges opp.
- Mange av retningslinjene beskriver prosessene risikovurdering og risikohåndtering, men bare i begrenset grad forhold som er viktige for å integrere disse prosessene i virksomhetsstyringen.

5.1 Retningslinjer, veiledere og maler for risikostyring i foretakene

Vi har hentet inn retningslinjer, veiledere og maler som brukes som verktøy i risikostyringen i foretakene. Foretakene bruker begrepene *retningslinjer* eller *rammeverk* som tittel på dokumentene som inneholder retningslinjene for risikostyring. Dokumentene inneholder altså den samme informasjonen, og de omtales her som *retningslinjer for risikostyring*. I analyser av dokumentene er det dermed ikke skilt mellom rammeverk og retningslinjer for risikostyring.

De fleste retningslinjene beskriver hvordan risikostyringen skal gjennomføres, mens veilederne ofte fungerer som et hjelpemiddel i risikostyringsprosessen.

Risikostyring er en del av virksomhetsstyringen. Enkelte foretak har rammeverk for virksomhetsstyring som gir en overordnet omtale av risikostyring.

5.1.1 De regionale helseforetakenes retningslinjer for risikostyring

Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2022 et dokument som beskriver risikostyringen internt i det regionale helseforetaket. Det gis en nærmere beskrivelse av dette i kapittel 5.3.7. De tre andre RHF-ene har ikke utarbeidet egne retningslinjer. I intervju ble det opplyst at Helse Midt-Norge RHF har planer om å gjøre dette.

Med unntak av Helse Sør-Øst RHF har alle RHF-ene utarbeidet retningslinjer som gjelder for foretaksgruppen.⁹³ Helse Sør-Øst RHF har imidlertid et rammeverk for virksomhetsstyring som gjelder for foretaksgruppen, der risikostyring er omtalt i begrenset grad.⁹⁴

Både Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har de siste årene revidert retningslinjene sine for risikostyring.

Ifølge Helse Sør-Øst RHF følges rammeverket for virksomhetsstyring, inkludert risikostyring, kontinuerlig opp i et regionalt nettverk for virksomhetsstyring med deltakelse fra samtlige helseforetak. Dette koordineres av Helse Sør-Øst RHF.

Internrevisjonen i Helse Vest RHF gjennomførte i 2019 en revisjon av internkontrollen i helseforetakene. Den viste blant annet at helseforetakene i for liten grad systematiserer informasjon i risikovurderingene for å få en totaloversikt over risikobildet og hvordan risikoene blir fulgt opp. I styresaken der de nye retningslinjene ble lagt fram i Helse Vest RHF, ble ulik kompetanse og erfaring knyttet til risikostyring i foretakene oppgitt som viktige årsaker til at Helse Vest RHF reviderte retningslinjene i 2020.

Internrevisjonenes undersøkelser av risikostyringen i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF er en viktig årsak til at RHF-enes retningslinjer for risikostyring ble revidert i henholdsvis 2022 og 2023. Da de nye retningslinjene for Helse Nord ble vedtatt, var dette noe administrerende direktør ifølge styresaken vurderte som helt nødvendig for å lage en felles plattform i regionen og for å forbedre den regionale risikostyringen.

I retningslinjene til disse tre RHF-ene gis det flere begrunnelser for at de har utarbeidet felles retningslinjer for foretaksgruppen. Et av formålene til Helse Midt-Norge RHF er å gi virksomhetene, lederne og medarbeiderne en strukturert metode for å identifisere, vurdere, håndtere og kommunisere risiko, som i sin tur kan

⁹³ Helse Midt-Norge RHF har et regionalt rammeverk for risikostyring som ble godkjent i styremøte 28. oktober 2021 (styresak 91/21). Det erstattet det tidligere rammeverket fra 2015. Helse Vest RHF sine retningslinjer for risikostyring ble behandlet i styret 7. juni 2021. Helse Vest RHF har også prinsipper for risikostyring. Helse Nord RHF sine retningslinjer for risikostyring fra mars 2023 erstattet tidligere retningslinjer fra 2019.

⁹⁴ I en foretaksgruppe inngår et regionalt helseforetak og helseforetakene det eier i en helseregion.

- understøtte styringsevnen og trygge måloppnåelsen i hele foretaksgruppen
- brukes i beslutningstaking og bidra til prioritering og velbegrunnede valg
- sikre en systematisk og enhetlig tilnærming og dermed konsekvente og sammenlignbare resultater til bruk i virksomhetsstyringen⁹⁵

Alle de tre RHF-ene vektlegger betydningen av at helseforetakene i regionen har felles metodikk. Felles metodikk vil gjøre det mulig å sammenligne risiko på tvers og mellom nivåer i foretaksgruppene. Helse Vest RHF gir i intervju uttrykk for at det har vært en utfordring at oppfølgingen og rapporteringen har vært gjort på ulike måter, eller at det ikke har blitt gjort, mens Helse Nord RHF framhever at felles retningslinjer også legger til rette for økt samarbeid om risikostyring i regionen ved at man bruker samme målestokk og har lik forståelse av begreper.

Helse Sør-Øst RHF viser til at nettverket i virksomhetsstyring skal følge opp rammeverkets prinsipper for god virksomhetsstyring, samt legge til rette for læring og erfaringsutveksling på tvers.⁹⁶

Helse Sør-Øst RHF begrunner valget om å ikke utarbeide felles retningslinjer for risikostyring for foretaksgruppen med at helseforetakene er selvstendige rettssubjekter, og at ansvaret for å følge opp risikostyringen derfor ligger til det enkelte helseforetak. RHF-et påpeker at løpende risikovurdering forutsettes å danne grunnlaget for helseforetaksledelsens styringsdialog, både internt i det enkelte helseforetak, overfor helseforetakets styre og mellom helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF.⁹⁷

I intervju trekker Helse Sør-Øst RHF fram at foretaket er tilbakeholdent med å lage felles utdypende retningslinjer for alle områdene innenfor virksomhetsstyringen. Ifølge RHF-et er det viktig at risikostyringen tilpasses lokale behov og innrettes slik at det blir et nyttig ledelsesverktøy i det enkelte helseforetak. Operasjonalisering av risikostyring i foretaksgruppen skjer gjennom ulike prosesser og aktiviteter som er etablert som en del av styringssystemet og styringsdialogen i Helse Sør-Øst.

Ingen av RHF-ene har dokumenter som de definerer som veiledere for risikostyring.

5.1.2 Retningslinjer og veiledere for risikostyring i helseforetakene

Med unntak av Helse Sør-Øst RHF går det fram av alle RHF-enes retningslinjer at de enkelte helseforetakene bør etablere lokale retningslinjer for risikostyring. Ifølge retningslinjene har det enkelte foretak et eget ansvar for at styringssystemet er tilpasset foretakets egenart og særskilte risikoforhold.

Helse Sør-Øst RHF påpeker i intervju at helseforetakene har et selvstendig ansvar for å operasjonalisere rammeverket for virksomhetsstyring og etablere nødvendige prosesser og rutiner for virksomhetsstyring lokalt, inkludert rutiner og metodikk for risikovurdering og risikostyring.

Tabell 6 viser en oversikt over helseforetakene som har retningslinjer for risikostyring, og om foretaksgruppen har retningslinjer for risikostyring.

⁹⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2021). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*.

⁹⁶ Innspill fra Helse Sør-Øst RHF i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

⁹⁷ Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, brev til Riksrevisjonen, 12.12.2022.

Tabell 6 Retningslinjer i foretaksgruppene og helseforetakene

RHF	Retningslinjer i foretaksgruppen	Retningslinjer i helseforetakene
Helse Midt-Norge	Ja	Nord-Trøndelag St. Olav
Helse Nord	Ja	UNN Nordland
Helse Sør-Øst	Nei	Ahus Innlandet OUS Sørlandet Telemark Vestfold Vestre Viken Østfold
Helse Vest	Ja	Førde Bergen Fonna Stavanger

Kilde: Dokumentasjon som er sendt til Riksrevisjonen fra RHF-ene og helseforetakene

Tabell 6 viser at 16 av 19 helseforetak har egne retningslinjer for risikostyring. Helse Sør-Øst RHF har som nevnt ikke retningslinjer for risikostyring for foretaksgruppen, men tabellen viser at samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst har egne retningslinjer for risikostyring. Flere helseforetak har i tillegg et dokument som er definert som en veileder for risikostyring. Dette fungerer som en bruksanvisning i risikostyringsprosessen.

Tre helseforetak har verken egne retningslinjer eller veiledere for risikostyring.⁹⁸ Disse tre ligger i regioner som har retningslinjer for foretaksgruppen, og som i tillegg har rammeverk for virksomhetsstyring som inneholder overordnet informasjon om hvordan risikostyringen skal gjennomføres i helseforetakene.

5.2 Retningslinjenes beskrivelse av ansvar og roller og bruken av risikostyring i foretakene

De fleste retningslinjene på begge nivåene beskriver hvilke *formål* risikostyringen skal ha. Mange av retningslinjene peker på at risikostyringen skal bidra til

- måloppnåelse, overholdelse av regler
- prioriteringer av ressurser
- bedre beslutninger

5.2.1 Ansvar og roller knyttet til risikostyringsarbeidet i foretakene

Retningslinjene til alle RHF-ene og et flertall av helseforetakene beskriver hvilket ansvar og hvilken myndighet ulike roller har i risikostyringen. Ifølge retningslinjene er det administrerende direktør som

⁹⁸ Helgeland, Finnmark og Møre og Romsdal.

har det overordnede ansvaret for risikostyringen i foretaket. Klinikkledere og ledere på lavere nivåer har ansvar for at risikostyringen gjennomføres på sine ansvarsområder. Retningslinjene viser derfor tydelig at risikostyring er en lederoppgave. Styrets ansvar for risikostyringen er også omtalt i mange av retningslinjene.

En viktig rolle i risikostyringsarbeidet er rollen som systemansvarlig, det vil si stillingen/funksjonen som har ansvar for selve systemet for risikostyringen. Oppgaver som en systemansvarlig kan ha, er for eksempel

- å operasjonalisere og oppdatere retningslinjer og veileder
- å bidra til kompetanseheving eller opplæring av ledere
- å bistå ved og legge til rette for risikovurderingsprosesser i klinikkene

Retningslinjene til RHF-ene og et flertall av helseforetakene inneholder ikke informasjon om hvilken stilling eller funksjon som har fått delegert systemansvaret for risikostyringen i foretakene. RHF-ene oppgir imidlertid hvem som har fått delegert dette ansvaret i skriftlige svar til Riksrevisjonen. I tre av RHF-ene er systemansvaret delegert til leder av eieravdelingen.⁹⁹ I helseforetakene er det mest vanlig at fagsjef for kvalitet og pasientsikkerhet er systemansvarlig for risikostyringen. En del helseforetak har valgt å delegerer systemansvaret til andre ledere i staben.¹⁰⁰ I tre helseforetak har administrerende direktør ikke delegert systemansvaret for risikostyring.¹⁰¹

Det er få helseforetak som omtaler hva systemansvaret innebærer i retningslinjene. Oppgavene i kulepunktene ovenfor blir for eksempel ikke nevnt i noen av retningslinjene.

Opgavene til den som har systemansvar for risikostyringen, tilsier at denne bør ha tett kontakt med andre stabsfunksjoner. Ansvarsdelingen med andre stabsenheter som internrevisjonen og økonomi- og compliance-funksjonen omtales ikke i noen av retningslinjene. Et godt samarbeid med disse enhetene antas å være viktig for systemansvarlig for risikostyringen.

Det er også andre forhold som bør være avklart når det gjelder utøvelsen av systemansvaret. Dette gjelder blant annet

- mandat, autoritet, kompetanse, ressurser til funksjonen
- tilgang til relevant informasjon i virksomheten
- om risikofunksjonen har mulighet til å rapportere direkte til styret

Dette omtales ikke i noen av retningslinjene for risikostyring eller annen dokumentasjon vi har mottatt.

5.2.2 På hvilket nivå og i hvilke situasjoner bør det gjennomføres risikovurderinger?

God risikostyring bør være integrert i virksomhetens mål- og resultatstyring. Det betyr at den er et linjeansvar, og at den utføres samtidig med andre styringsprosesser. På et overordnet nivå er det naturlig at slike risikovurderinger utføres som en del av strategi- og planleggingsprosesser. På lavere organisasjonsnivåer er det naturlig at vurderingene gjennomføres i forbindelse med at man utarbeider virksomhetsplaner og lignende.

Det bør dessuten skapes en sammenheng mellom risikovurderinger på et overordnet nivå og lavere nivåer.

De regionale retningslinjene er noe ulike med hensyn til hvilket nivå i foretaket det står at risikostyringsprosessen skal skje på. I retningslinjene til Helse Midt-Norge og Helse Vest går det fram at risikostyringsprosessen skal skje både på foretaksnivå og på operativt nivå. Ifølge de gamle

⁹⁹ I Helse Midt-Norge RHF er ansvaret delegert til leder for seksjon for beredskap, internkontroll, sikkerhet og kvalitet.

¹⁰⁰ For eksempel økonomidirektør, leder for virksomhetsstyring eller foretaksrevisor.

¹⁰¹ Vestfold, Fonna og Førde.

retningslinjene til Helse Nord skulle risikostyringen først og fremst skje på strategisk nivå. Ifølge de nye retningslinjene, som trådte i kraft i 2023, skal risikostyringen også skje på operativt nivå. Rammeverket til Helse Sør-Øst sier ikke noe om hvilket nivå risikostyringen skal skje på.

Ifølge et flertall av retningslinjene til helseforetakene skal risikostyringen skje både på strategisk og på operativt nivå. Noen få helseforetak skiller seg ut ved at retningslinjene enten er rettet mot det strategiske nivået¹⁰² eller mot det operative nivået.¹⁰³

Uavhengig av nivå bør risikovurderinger og oppfølgingen av tiltak gjøres ved betydelige utviklingstiltak eller endringer. Veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenesten oppgir ulike grunner til å gjennomføre risikovurderinger, jf. faktaboks 12. Den skiller mellom risiko i den eksisterende virksomheten og risiko som oppstår i forbindelse med planlagte endringer. Et eksempel på risiko i den eksisterende virksomheten er gjentatte observasjoner av hendelser i en bestemt arbeidsprosess, for eksempel håndtering av legemidler. Eksempler på risiko i forbindelse med planlagte endringer er innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer.

Retningslinjene til foretaksgruppene er forskjellige med hensyn til hvilke situasjoner det står at risikovurderinger bør gjennomføres i. Ifølge retningslinjene til Helse Midt-Norge og Helse Nord¹⁰⁴ kan dette gjelde både eksisterende drift og forut for planlagte endringer, mens retningslinjene til Helse Vest og rammeverket til Helse Sør-Øst ikke sier noe spesielt om dette.

Ifølge et flertall av helseforetakenes retningslinjer bør risikovurderinger skje både ved eksisterende drift og forut for planlagte endringer.

Foretakenes måloppnåelse påvirkes også av eksterne faktorer, jf. kapittel 4.1. I retningslinjene til Helse Midt-Norge står det at risikostyringen bør fange opp endringer i eksterne faktorer som kan påvirke foretakenes måloppnåelse. Helse Midt-Norge RHF er også det eneste RHF-et som har prioritert risikoer som gjelder eksterne faktorer. Det er få helseforetak som har retningslinjer som omhandler endringer i eksterne faktorer.

5.3 Hvordan sentrale elementer i risikostyringen omtales i retningslinjer og maler

5.3.1 Overordnet bilde av om retningslinjene beskriver sentrale elementer i risikostyringen

Tabell 7 viser om fem sentrale elementer i risikostyringen beskrives i retningslinjene. Disse elementene er som følger:

- *Kriterier for sannsynlighet, konsekvens og risikonivå* er sentrale for å avgjøre om det er nødvendig å gjennomføre tiltak for å redusere risikoen.
- *Planlegging av risikovurderinger* omfatter forhold som bør være avklart før man går i gang. Dette gjelder bakgrunnen for og målet med risikovurderingen, hvilke verktøy som skal brukes, hvilke data som skal legges til grunn, hvem som bør delta, og hvor mye tid som skal brukes.
- De tre siste elementene gjelder delprosessene *risikovurdering*, *risikohåndtering* og *oppfølging av risiko*.

¹⁰² UNN, Nordland og Nord-Trøndelag. UNN skriver at de har oppmerksomhet også på det operative nivået, men at dette ikke kommer fram i retningslinjene. Foretaket viser blant annet til en veileder som er mye brukt i de operative risikovurderingene, jf. innspill fra Universitetssykehuset i Nord-Norge HF i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

¹⁰³ Fonna og Stavanger.

¹⁰⁴ I de gamle retningslinjene til Helse Nord stod det at det bør skje forut for planlagte endringer.

Hvert element omfatter flere spørsmål med utgangspunkt i NS-ISO 31000:2018 og *Veileder til forskrift i ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Fargene viser om retningslinjene gir svar på få spørsmål (rød), et middels antall spørsmål (gul) eller mange spørsmål (grønn) innenfor hvert av de fem elementene. I tabellen inngår både retningslinjene til foretaksgruppen og til de enkelte helseforetakene. Når det gjelder helseforetakene, er også veiledere inkludert i analysen. Spørsmålene som er lagt til grunn i dokumentanalysen, omtales i vedlegg 7.

Tabell 7 Sentrale elementer i risikostyringen som beskrives i retningslinjene til foretaksgruppene og foretakene (og i foretakenes veiledere)

Foretak	Kriterier for sannsynlighet, konsekvens og risikonivå	Planlegging av risiko-vurderinger	Risiko-vurdering	Risiko-håndtering	Oppfølging av risiko
Helse Sør-Øst RHF					
Ahus					
Vestre Viken					
Sørlandet					
Innlandet					
OUS					
Vestfold					
Telemark					
Østfold					
Helse Vest RHF					
Fonna					
Førde					
Stavanger					
Bergen					
Helse Midt-Norge RHF					
Nord-Trøndelag					
St. Olav					
Helse Nord RHF					
Nordland					
UNN					
Antall spørsmål i sjekklisten	4	8	7	6	4

Kilde: Retningslinjer for risikostyring fra de regionale helseforetakene og helseforetakene, veiledere for risikostyring fra helseforetakene og rammeverket for virksomhetsstyring til Helse Sør-Øst RHF

Tabell 7 viser at retningslinjene til Helse Vest og Helse Midt-Norge besvarer mange spørsmål i henholdsvis fem og fire av de fem sentrale elementene i risikostyringen. Dette gjelder ikke Helse Sør-Østs rammeverk for virksomhetsstyring og de nye retningslinjene til Helse Nord. I de nye retningslinjene til Helse Nord står det imidlertid at metodikken skal utvikles i samarbeid med helseforetakene.

Tabell 7 viser også at helseforetakenes retningslinjer varierer med hensyn til om og hvor grundig de beskriver de ulike elementene i risikostyringen. Det er mange helseforetak som har retningslinjer som i begrenset grad beskriver hvordan planlagte tiltak skal følges opp og rapporteres.

Mange av retningslinjene til helseforetakene gir begrenset informasjon om flere av elementene i risikostyringen. Når det gjelder helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Nord innebærer dette at verken de regionale eller de lokale retningslinjene gir tilstrekkelig informasjon om risikostyringen.

I noen av de lokale retningslinjene vises det i en del tilfeller til retningslinjene til foretaksgruppen. I risikoarbeidet i disse helseforetakene må man derfor forholde seg til to retningslinjer. Svakheter i de lokale retningslinjene kan derfor kompenseres for gjennom bedre kvalitet på retningslinjene til foretaksgruppen.

Retningslinjene for risikostyring til foretaksgruppene omtaler mange av temaene på et overordnet nivå. De legger også opp til at helseforetakene skal utarbeide lokale retningslinjer som er tilpasset sine særegenheter. Kartleggingen viser imidlertid at helseforetakenes retningslinjer i begrenset grad operasjonaliserer disse områdene.

Alle helseforetakene har maler som de bruker i gjennomføringen av risikovurderingene. Disse malene består av en rekke forhåndsdefinerte felter. Maler gir føringer, men legger også begrensninger på hvilken informasjon som hentes inn eller dokumenteres. Informasjon som det ikke er lagt inn et felt for i malen, vil som regel ikke bli dokumentert. Malenes utforming blir derfor avgjørende for om helseforetakene kan dokumentere at de har oppfylt kravene i retningslinjene.

Analysen viser at det i en del tilfeller brukes maler som ikke legger opp til at man skal dokumentere at man oppfylder kravene i retningslinjene. I andre tilfeller brukes det maler som legger opp til at man skal dokumentere informasjon som ikke står i retningslinjene. I disse tilfellene kan malene kompensere for at retningslinjene ikke beskriver god praksis.

De tre helseforetakene som verken har retningslinjer eller veiledere for risikostyring, bruker en mal der det gis veiledning til deler av risikostyringsprosessen. Dette er en mal som brukes av mange helseforetak, og veiledningen er derfor ikke nødvendigvis tilpasset det enkelte helseforetak.

5.3.2 Kriterier for sannsynlighet, konsekvens og risikonivå

Hensikten med å fastsette kriterier for å vurdere sannsynlighet, konsekvens og risikonivå, det vil si hvilket risikonivå som kan aksepteres, er å gjøre det enklere å ta beslutninger om hvorvidt en bestemt risiko kan aksepteres, eller om det bør iverksettes tiltak.

Retningslinjene til foretaksgruppene til Helse Midt-Norge og Helse Vest definerer følgende:

- kriterier for å vurdere sannsynlighet og konsekvens
- hvilket risikonivå som kan aksepteres
- handlingsregler for tiltak på ulike risikonivåer (risikoakseptkriterier), det vil si hvilke handlinger som kreves ved høyt, middels og lavt risikonivå

Faktaboks 3 viser et utdrag av kriterier for å vurdere sannsynlighet og konsekvens for pasientsikkerhet i retningslinjene til Helse Midt-Norge.

Faktaboks 3 Eksempler på kriterier for sannsynlighets- og konsekvensvurdering

Tabell 1 Kriterier for sannsynlighetsvurdering

Type	Svært lav	Lav	Middels	Høy	Svært høy
Styringsmål	Estimert 0–10 % sannsynlig i målperioden	Estimert 10–35 % sannsynlig i målperioden	Estimert 35–65 % sannsynlig i målperioden	Estimert 65–90 % sannsynlig i målperioden	Estimert 90–100 % sannsynlig i målperioden

Tabell 2 Kriterier for konsekvensvurdering, fordelt på konsekvensområder

Konsekvensområde	Ubetydelig/ marginal	Liten	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Pasientsikkerhet	Ingen eller ubetydelige skader.	Kortvarige eller små skader, eller for få personer.	Skader av middels alvorlighet eller varighet, eller for et betydelig antall personer.	Skader av alvorlig eller vedvarende karakter, eller for mange personer.	Kritiske skader eller tap av liv, eller for svært mange personer.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). Utdrag fra *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*

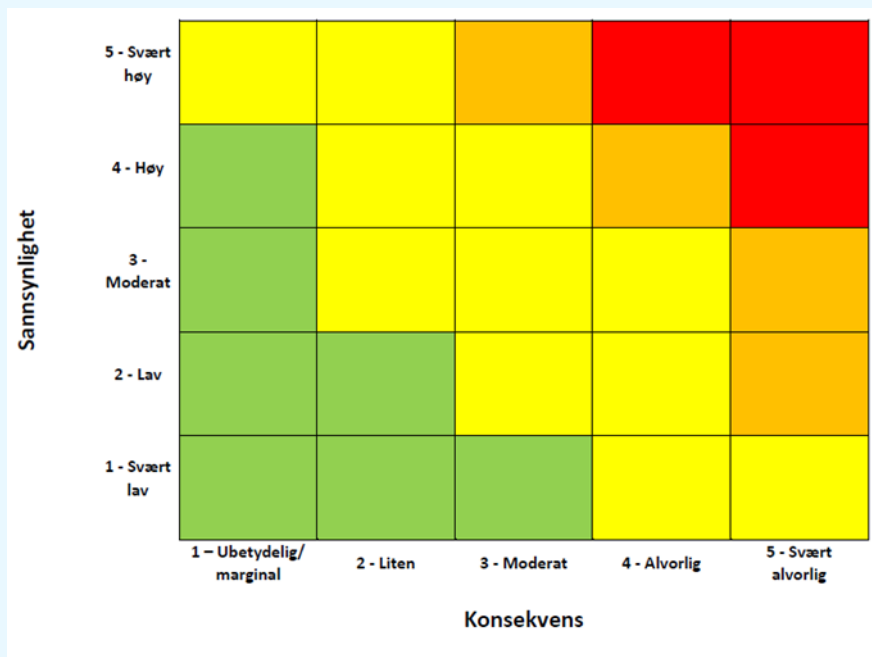
I intervju har Helse Midt-Norge RHF framhevet at felles kriterier for å vurdere sannsynlighet og konsekvens er nødvendig for å kunne sammenligne risiko på tvers og mellom nivåene i foretaksgruppen. Det vil for eksempel være en fordel at helseforetakene har felles kriterier når de skal fastsette hva som skal klassifiseres som en alvorlig pasientskade.¹⁰⁵

Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF har ikke tilsvarende felles kriterier for å vurdere sannsynlighet og konsekvens for sine foretaksgrupper. Helse Nord RHF opplyser i intervju at de har planer om å lage felles kriterier for dette, og at de vil bli innarbeidet i retningslinjene.

Risikonivåer er ulike kombinasjoner av sannsynlighet og konsekvens. Figur 10 illustrerer risikomatriksen som det legges opp til at foretaksgruppen skal bruke, i retningslinjene til Helse Midt-Norge RHF. Styret og ledelsen skal fastsette hvilke risikonivåer som kan aksepteres.

¹⁰⁵ Riksrevisjonen. (2023). Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF, 25.04.2023.

Figur 10 Helse Midt-Norges risikomatrixe



Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*

Figur 10 viser at Helse Midt-Norge RHF har fem graderinger av sannsynlighet og konsekvens og fire risikonivåer. Disse fire risikonivåene er lav, moderat, høy og svært høy, jf. figur 11.

Når det gjelder handlingsregler for de ulike risikonivåene, går det fram av retningslinjene til både Helse Vest og Helse Midt-Norge at risikonivået skal vurderes opp mot risikoakseptkriteriene som er fastsatt. Figur 11 beskriver hvilke vurderinger og handlinger som skal gjennomføres ved de ulike risikonivåene i Helse Midt-Norge.

Figur 11 Helse Midt-Norges risikoakseptkriterier for ulike risikonivåer

Risikonivå	Beskrivelse
Lav	Risiko <i>kan</i> aksepteres uten å vurdere nye risikoreduserende tiltak.
Moderat	Risiko <i>kan</i> aksepteres, men nye risikoreduserende tiltak <i>bør</i> vurderes.
Høy	Risiko <i>kan</i> aksepteres, men nye risikoreduserende tiltak <i>skal</i> vurderes.
Svært høyt	Risiko <i>bør</i> kun unntaksvis aksepteres. Nye risikoreduserende tiltak <i>skal</i> vurderes.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*

Retningslinjene til Helse Nord og Helse Sør-Østs rammeverk for virksomhetsstyring inneholder ikke kriterier for hvilket risikonivå som kan aksepteres. I de nye retningslinjene til Helse Nord fra 2023 går

det fram at dette skal videreutvikles i nettverket for risikostyring, og at det vil bli omtalt i et vedlegg til retningslinjene. Videre vises det til at styret i helseforetakene skal fastsette foretakets risikovilje og -toleranse.

Retningslinjene til nesten alle helseforetakene omtaler følgende punkter:¹⁰⁶

- hvilke kriterier det er for å vurdere sannsynlighet og konsekvens
- hvilket risikonivå som kan aksepteres
- risikoakseptkriterier for å vurdere tiltak på ulike risikonivåer

5.3.3 Planlegging av risikovurderingen

Det er god praksis å planlegge hvordan risikovurderingen skal gjennomføres.

I retningslinjene til foretaksgruppene til Helse Vest og Helse Midt-Norge står det hva som må avklares før en risikostyringsprosess starter med en risikovurdering. Forhold som bør avklares i planleggingen av prosessen, er for eksempel

- hvilket mål som skal risikovurderes
- hvor mye tid og hvilke ressurser som kreves for å gjennomføre risikovurderingen
- hvilke verktøy eller teknikker som skal brukes
- hvilke interessenter som blir berørt

Når det gjelder kartleggingen av interessenter, er retningslinjene til Helse Vest mest konkrete. Der går det fram at det bør tas hensyn til synspunkter fra interne og eksterne interessenter, ansatte, fageksperter, prosessveiledere og pasienter.

Retningslinjene til Helse Nord og rammeverket til Helse Sør-Øst inneholder ikke informasjon om hvilke forhold som må avklares når man planlegger risikostyringsprosessen. Hensikten med å dokumentere planleggingen av prosessen er å legge til rette for et best mulig beslutningsgrunnlag og synliggjøre overfor ledere på høyere nivåer eller andre interessenter hvilket kunnskapsgrunnlag som har vært brukt i forbindelse med risikovurderingen.

Retningslinjene til Vestre Viken og UNN er blant de retningslinjene som inneholder mest informasjon om hvordan risikostyringsprosessen bør planlegges. Vestre Viken har også en prosedyre for planlegging og gjennomføring av risikovurderinger, jf. faktaboks 4.

Faktaboks 4 Vestre Vikens forventninger til planleggingen av risikovurderinger

Framgangsmåte for planlegging av en risikovurdering

- Definer hva som skal risikovurderes, og hensikten med risikovurderingen.
- Innhent nødvendig grunnlagsinformasjon som blant annet styringsdata, avvik og uønskede hendelser og erfaringer fra ansatte.
- Sett av tilstrekkelig tid til å gå gjennom grunnlagsdokumentasjonen.
- Sett ned en gruppe. Retningslinjene gir eksempler på hvilke personer som henholdsvis skal og bør vurderes. Dette er blant annet ledere, ansatte og støttepersonell.
- Vurder nødvendig tidsbruk til gjennomføring av risikovurderingene.

Kilde: Vestre Viken HF. (2021). *VV Planlegging og gjennomføring av en risikovurdering*

Retningslinjene i mange andre helseforetak gir til sammenligning begrenset informasjon om hva som bør avklares under planleggingen av risikostyringsprosessen. Dette kompenseres ikke av malene som

¹⁰⁶ En del helseforetak har disse kriteriene som vedlegg eller i veiledere.

brukes i helseforetakene. Malene som brukes i mange helseforetak, legger ikke opp til at punktene som omtales i retningslinjene til Vestre Viken, skal dokumenteres.

5.3.4 Risikovurderinger

En risikovurdering omfatter prosessene med å identifisere, analysere og evaluere risiko. Retningslinjene til Helse Vest og Helse Midt-Norge beskriver disse prosessene. Retningslinjene til Helse Nord og rammeverket for virksomhetsstyring til Helse Sør-Øst inneholder derimot ikke denne typen informasjon.

Identifisering av risiko

I retningslinjene til foretaksgruppene til både Helse Midt-Norge og Helse Vest står det blant annet at relevant og hensiktsmessig informasjon bør brukes til å identifisere risiko.

Omtrent halvparten av helseforetakene har retningslinjer der det går fram at relevant, hensiktsmessig og oppdatert informasjon er viktig når man skal identifisere risiko.

Det er få helseforetak som bruker maler som legger opp til at man skal dokumentere hvilket kunnskapsgrunnlag som er lagt til grunn for risikovurderingene, eller hvilke metoder eller verktøy som er brukt for å vurdere sannsynlighet og konsekvens av ulike hendelser. Dette medfører en risiko for at disse faktorene ikke blir dokumentert i risikovurderingene som gjennomføres.

Risikoanalyse

Formålet med en risikoanalyse er å forstå risikoen, og en slik analyse går blant annet ut på å vurdere usikkerhet, konsekvenser og sannsynlighet. Ifølge retningslinjene til foretaksgruppene til både Helse Midt-Norge og Helse Vest bør risikoanalyser omfatte en vurdering av sannsynligheten for at hendelser kan inntreffe, og hvilke konsekvenser de i så fall kan få hvis de inntreffer. Videre sier disse retningslinjene at det skal tas hensyn til eksisterende tiltak ved vurdering av sannsynlighet og konsekvens.

I retningslinjene til de fleste helseforetakene står det at risikoanalyser bør omfatte en vurdering av sannsynlighet og konsekvens. I litt færre retningslinjer står det at det skal tas hensyn til eksisterende tiltak ved vurdering av sannsynlighet og konsekvens. Helseforetakene i alle regionene bruker maler som legger opp til at man i risikoanalysen skal vurdere sannsynlighet og konsekvens av ulike hendelser. Noe færre maler legger opp til at man skal dokumentere eksisterende tiltak.

Å synliggjøre usikkerhet overfor beslutningstakere er viktig. Når denne typen informasjon mangler, kan risikoanalyser med presise beskrivelser av sannsynlighet og konsekvens av ulike hendelser framstå som mer robuste enn de i en del tilfeller faktisk er. I retningslinjene til alle foretaksgruppene står det at risikoanalyser bør beskrive begrensningene i kunnskap og informasjonens pålitelighet.

Når det gjelder helseforetakene, er det imidlertid få som har retningslinjer som peker på at risikoanalysen bør beskrive begrensninger i kunnskap og informasjonens pålitelighet.¹⁰⁷ Dette gjelder også malene som brukes. Det er bare Stavanger som har en mal som legger opp til at man skal beskrive usikkerhet og usikkerhetsnivået i datagrunnlaget som er lagt til grunn for risikoanalysen.

Sammenholde risikoanalysen med akseptert risikonivå (evaluering)

Risikoevaluering innebærer å sammenligne resultatene av risikoanalysen med fastlagte kriterier for hva som er akseptert risikonivå. Et høyt eller moderat risikonivå indikerer at det er behov for tiltak for å håndtere risikoen. Dette er imidlertid bare ett av flere alternativ ved evalueringen.

¹⁰⁷ Vestre Viken, St. Olav og Stavanger er blant helseforetakene som omtaler usikkerhet i retningslinjene.

Retningslinjene til Helse Vest og Helse Midt-Norge viser til at alle aktiviteter i risikovurderingene skal dokumenteres skriftlig. Dette skal gjøre det mulig for alle interessenter å følge resonnementene som er gjort i prosessen, blant annet når det gjelder metode, valg, avgrensninger, forutsetninger og vurderinger.¹⁰⁸

Retningslinjene til Helse Vest viser for eksempel til at følgende handlinger *kan* settes i verk ved stor usikkerhet i risikoanalysen:

- hente inn mer kunnskap
- akseptere usikkerheten
- iverksette tiltak som tar høyde for usikkerheten (føre var-prinsippet)

Dokumentanalysen viser at det er få helseforetak som har retningslinjer som beskriver hvordan prosessen med å evaluere risikoanalysen bør gjennomføres.¹⁰⁹ Malene som brukes i helseforetakene, legger heller ikke opp til at man skal dokumentere evalueringen av risikoanalysen.

5.3.5 Risikohåndtering

Risikohåndtering omfatter prosessene med å vurdere alternative tiltak og beslutte hvilke tiltak som bør gjennomføres for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå. Videre omfatter det planlegging og iverksetting av tiltakene.

Ifølge retningslinjene til Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF bør risikohåndteringen inkludere følgende:

- hvilke tiltak som skal iverksettes
- hva som er den forventede effekten av tiltakene
- hvem som er ansvarlig for å godkjenne og gjennomføre tiltakene
- vurdering av økonomi ved valg av tiltak
- når tiltakene forventes å være slutført
- hvordan tiltakene skal følges opp og rapporteres

Retningslinjene til Helse Nord og rammeverket til Helse Sør-Øst omtaler ikke disse punktene.

Ifølge retningslinjene til de fleste helseforetakene skal det lages en plan med tilhørende tiltak for å håndtere risiko. Det er imidlertid stor variasjon med hensyn til hva det står at planen skal inneholde.

I alle helseregionene er det helseforetak som har retningslinjer som slår fast at punktene i listen ovenfor skal dokumenteres.¹¹⁰ Mange helseforetak har imidlertid retningslinjer som i mer begrenset grad omtaler hva planen for risikohåndtering skal inneholde. Flere helseforetak i Helse Nord og Helse Sør-Øst har derfor verken egne eller regionale retningslinjer som beskriver hvilken informasjon som bør dokumenteres i risikohåndteringen.

5.3.6 Oppfølging av risiko

Formålet med å følge opp risikoen er å kontrollere at tiltak blir gjennomført, og om tiltakene har effekt. Ifølge god praksis bør måten denne oppfølgingen skal skje på, dokumenteres og være en planlagt del av risikostyringsprosessen. Videre bør resultatene av oppfølgingen rapporteres. Hensikten med rapporteringen er blant annet å gi ledere og styret relevant informasjon, slik at de kan ivareta ansvaret sitt.

¹⁰⁸ Helse Vest RHF. (2021). *Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest*, kapittel 5.3.

¹⁰⁹ Unntakene er blant annet Ahus, Fonna, St Olav, Nord-Trøndelag, Unn og Nordland.

¹¹⁰ Unn i Helse Nord, Nord-Trøndelag i Helse Midt-Norge, Fonna i Helse Vest og Ahus, OUS og Sørlandet i Helse Sør-Øst.

Oppfølging av risiko i helseforetakene

Retningslinjene til RHF-ene omtaler ikke hvordan risiko skal rapporteres fra lavere til høyere nivåer i helseforetakene. Mange av helseforetakenes egne retningslinjer for risikostyring gir også begrenset informasjon om hvordan planlagte tiltak skal følges opp og rapporteres.

Helseforetakene bruker maler i delprosessene risikovurdering og risikohåndtering. De fleste bruker derimot ikke maler for oppfølging og rapportering av tiltak. Et av helseforetakene som har en mal er UNN. Her skal tiltak dokumenteres i mal for handlingsplan.

Rapportering av risiko fra lavere til høyere nivåer kan skje både i risikohåndteringen og i oppfølgingen av risikoen. I forbindelse med *risikohåndteringen* kan det hende at man ikke klarer å identifisere tiltak som gir den forventede effekten, slik at risikoen reduseres til et akseptabelt risikonivå. Få helseforetak har retningslinjer som beskriver hvordan slike situasjoner skal håndteres. Et av unntakene er Sørlandet. Ved risiko (eller restrisiko) som ligger utenfor vedtatte risikoakseptkriterier, skal aksept av slik risiko ifølge helseforetakets retningslinjer begrunnes og dokumenteres. Når håndteringen av risiko ligger utenfor lederens fullmakt, skal den behandles på et høyere nivå.

Siden retningslinjene for risikostyring inneholder begrenset omtale av oppfølging av risiko, fikk helseforetakene spørsmål om hvorvidt risikorapporteringen fra ulike nivåer i foretaket er beskrevet i andre dokumenter. Det viste seg at det bare er sju helseforetak som har retningslinjer for rapportering av risiko fra ulike nivåer i foretaket.¹¹¹

Sørlandet har for eksempel en prosedyre som beskriver hvordan man skal gjennomføre en risikovurdering av målene i de årlige oppdragsdokumentene. Første tertial skal det gjøres en såkalt hovedvurdering, jf. faktaboks 5. Andre og tredje tertial skal klinikkene revidere risikovurderingene sine, og en overordnet risikovurdering skal rapporteres til ledelsen, foretakets styre og det regionale helseforetaket.

Faktaboks 5 Rapportering av risiko i Sørlandet Sykehus (første tertial)

Første tertial – hovedvurdering:

Den generelle risikovurderingen utarbeides av hver klinikk med utgangspunkt i foretakets strategi, oppdragsdokumentet, handlingsplaner, mål og budsjetter innenfor eget ansvarsområde. Når det gjelder arbeidsmiljøet, bør enhetene samordne arbeidet med HMS-runden som alle skal utføre.

Avdelingene skal sende en kopi av egne risikovurderinger til klinikkleder. Disse risikovurderingene sammenfattes og brukes som utgangspunkt for en samlet risikovurdering for klinikknivået.

På tilsvarende måte sendes en kopi av klinikkens risikovurderinger til direktørens stab, som sørger for en overordnet risikovurdering for sykehuset. Den overordnede risikovurderingen behandles i styret og rapporteres til Helse Sør-Øst RHF.

Kilde: Sørlandet sykehus HF. (2022). *Oppdrag og bestillerdokumentene – risikovurdering*

Oppfølging av risiko i de regionale helseforetakene

De tre RHF-ene som har retningslinjer for foretaksgruppen, omtaler oppfølging av risiko i varierende grad. Felles for alle tre er at det går fram at rapporteringen skal være dokumentert, men det sies mindre om hvordan risiko skal rapporteres til styret og RHF-et.

¹¹¹ Ahus, Sørlandet, Telemark, OUS, Innlandet, Førde og Helgeland.

Retningslinjene til Helse Vest er de mest detaljerte når det gjelder oppfølging av tiltak. Her vises det nemlig til betydningen av å evaluere og korrigere de tiltakene som er satt i verk. Det står videre at oppfølgingen av risikostyringsprosessen og resultatene av den bør være planlagt, med klart definerte ansvarsområder. Oppfølgingen bør skje på alle stadier av prosessen og integreres i virksomhetsstyringen.

I retningslinjene pekes det på at det enkelte helseforetak selv må legge opp til hvordan rapporteringen av risiko skal skje som en del av virksomhetsstyringen. Det står ingenting om rapportering av risiko til styrene.

Retningslinjene til Helse Midt-Norge inneholder mer informasjon om rapportering enn retningslinjene til Helse Vest. Det står blant annet at risikoeier har ansvar for at uakseptabel risiko formidles til nærmeste leder, slik at vedkommende kan ta høyde for denne risikoen i vurderingen av sitt eget risikobilde. Retningslinjene beskriver også helseforetakenes rapportering til eget styre, helseforetakenes rapportering til RHF-et og RHF-ets rapportering til eget styre. Helseforetakene skal regelmessig rapportere følgende til sitt eget styre og til RHF-et:

- risiko knyttet til oppnåelse av styringsmål
- topp 10-risikoer

RHF-ets rapportering til eget styre skal følge samme mal som helseforetakenes rapportering til eget styre, men inkluderer innholdet i risikorapporteringen fra helseforetakene i vurderingen.

I de reviderte retningslinjene til Helse Nord pekes det på at foretakene gjennom virksomhetsrapportene skal orientere eier og eget styre om vesentlig, oppstått risiko som er, eller kan være, av betydning for foretakets måloppnåelse. Foretakene skal vurdere risikoen og beskrive tiltak for å håndtere den. Det presiseres hva som bør beskrives i henholdsvis tertialrapport 1 og 2. I sistnevnte skal det blant annet gå fram om tiltakene omtalt i tertialrapport 1 har hatt ønsket effekt, og om nye tiltak bør iverksettes hvis det er nødvendig.

Helse Sør-Øst RHF har ikke felles retningslinjer for risikostyring i foretaksgruppen. Foretakets oppfølging av risiko i helseforetakene omtales i kapittel 5.3.7.

5.3.7 Systemet for risikostyring internt i Helse Sør-Øst RHF

Som nevnt i kapittel 5.1 har ikke Helse Sør-Øst RHF retningslinjer for risikostyring som gjelder for foretaksgruppen. Det er imidlertid det eneste RHF-et som har et dokument som beskriver risikostyringen internt i RHF-et. Metoden for risikovurderinger tar utgangspunkt i Direktoratet for økonomistyrings (DFØ) veileder i internkontroll.

Analysen viser at retningslinjene beskriver sentrale elementer i risikostyringsprosessen på regionalt nivå, inkludert roller, ansvar, metode og gjennomføring.

Helse Sør-Øst RHF bruker en femstegs skala for sannsynlighet og konsekvens i sin interne risikomatrix. RHF-et har imidlertid ikke fastsatt kriterier for sannsynlighets- og konsekvensvurdering, noe både Helse Midt-Norge og Helse Vest har i sine retningslinjer, jf. kapittel 5.3.2. Dette reduserer muligheten til å sammenligne risiko på tvers og mellom nivåene i foretaksgruppen.

Helse Sør-Øst RHF har også definert risikoakseptkriterier. Foretaket har tre risikonivåer (lavt, moderat og høyt) som ligger til grunn for oppfølgingen av risiko. Når det gjelder risikoområder der risikoen vurderes som moderat eller høy, skal det utarbeides tiltak som reduserer risikoen og bedrer måloppnåelsen på regionalt nivå.

Videre beskriver retningslinjene hva som er grunnlaget for ledelsens risikovurdering. Dette bygger på

- risikovurderingen fra forrige tertial, justert for oppdatert virksomhetsinformasjon i foretaksgruppen siste tertial
- eventuelle endringer i styringsmål fra Helse- og omsorgsdepartementet
- helseforetakenes løpende risikovurderinger

Retningslinjene til Helse Sør-Øst RHF beskriver også hvilken informasjon risikovurderingene skal inneholde. Det går fram at disse skal vise ledelsens vurdering av tre forhold: risiko før tiltak, prioriterte risikoreduserende tiltak og forventet restrisiko etter at tiltakene er gjennomført. Tilsvarende oversikt skal legges fram for styret.

I retningslinjene står det at områder der alle risikoreduserende tiltak innenfor Helse Sør-Øst RHF's ansvarsområder er gjennomført og ledelsen vurderer at risikoen er akseptabel, skal tas ut av de regionale overordnede risikovurderingene og følges opp gjennom etablerte styringssystemer.

5.3.8 Prosessen med å velge ut prioriterte risikoer

Styret vil ha behov for informasjon om risiko for å ivareta tilsynsansvaret. Som vist i kapittel 4.1 legger alle RHF-ene og de fleste helseforetakene fram prioriterte risikoer for styret.

Vi har spurt foretakene om de har fastsatt – og dokumentert – en strukturert prosess for hvordan de velger ut de overordnede risikoene på foretaksnivå (topp 10-risikoer eller lignende) som skal legges fram for styret. Dette er en prosess som gjentas flere ganger i året. Det må antas at skriftlige rutiner bidrar til en mer systematisk og strukturert utvelgelse av risiko, og at de dermed også bidrar til å sikre at de mest vesentlige risikoene faktisk blir prioritert. Kun 5 av de 17 helseforetakene som legger fram prioriterte risikoer for styret, har en slik skriftlig rutine.¹¹²

Det går fram av rutinene at prosessen starter med at klinikkene utarbeider risikovurderinger, som deretter sammenfattes og presenteres i foretakets ledermøter. Etter en gjennomgang i ledermøtet blir prioriterte risikoer valgt ut og lagt fram for styret. I flere av helseforetakenes rutiner står det at de prioriterte risikovurderingene skal sendes til det regionale helseforetaket.¹¹³ To av rutinene viser til informasjonen som risikovurderingene skal baseres på, blant annet oppdragsdokumentet og klinikkens risikovurderinger. I rutinene til Helse Førde HF står det for eksempel hva vurderingen av prioriterte risikoer skal baseres på, jf. faktaboks 6.

Faktaboks 6 Vurdering av prioriterte risikoer i Helse Førde

Vurderinga og avgjerda skal i hovudsak basere seg på:

- Ei heilskapleg vurdering av det overordna risikobiletet knytt til kvaliteten i pasient-behandlinga ytt av helseføretaket
- Resultat på kvalitetsindikatorar, kvalitetsregister og andre kvalitetsmål
- Innspel frå klinikkane, inkludert risikobiletet som blir teikna i dei klinikkvise Leiinga sin gjennomgang
- Område med mange og store avvik, inkludert avvik frå lover og forskrifter
- Resultat på leveransar i styringsdokumentet og andre styringssignal

Kilde: Helse Førde HF. (2022). *Utveljing av overordna risikoar i Helse Førde*

De fem prioriterte risikoene for foretakene i Helse Vest ble fastlagt i 2020. Helse Vest RHF identifiserte da sammen med helseforetakene fem risikoområder som det særlig var behov for å følge opp i foretaksgruppen i en periode på to–tre år. De prioriterte risikoene har vært uendret siden den gang.

¹¹² Førde, Sørlandet, OUS, Nord-Trøndelag og Helgeland.

¹¹³ Nord-Trøndelag, OUS og Sørlandet.

Denne framgangsmåten er Helse Vest RHF alene om, og ingen av de tre andre helseregionene har felles prioriterte risikoer for foretaksgruppen.

Analysene viser at ingen av RHF-ene har egne skriftlige rutiner for hvordan de skal velge ut prioriterte risikoer som legges fram for styret. Helse Vest RHF uttaler at de er i ferd med å utarbeide en formalisert prosess for å velge ut topp prioriterte risikoområder.¹¹⁴ Videre har Helse Midt-Norge RHF sendt oss dokumentasjon fra et internt oppstartsmøte som ble avholdt for å orientere om utvelgelsesprosessen, jf. faktaboks 7.

Faktaboks 7 Prosess for å velge ut prioriterte risikoer i Helse Midt-Norge RHF

- **Ledermøte I** (4. oktober): Orienterer om forslag til prosess, etterspørre kontaktpersoner i avdelingene
- **Oppstartsmøte** (5. oktober): Orienterer avdelingenes kontaktpersoner om prosess og forventninger
- **Oppdatering av risikoregister** (uke 41–45):
 - Gjennomgang av helseforetakenes siste Topp 10 risiko
 - Diskusjon i avdelingsmøter
 - Statusmøter i arbeidsgruppen
 - Møte med KTV/KVO, 12. oktober
 - Møte med regionalt brukerutvalg, 6. oktober
- **Ledermøte II** (15. november): Presentasjon av utkast til Topp 10 risiko. Diskusjon og prioriteringer
- **Drøftingsmøte med KTV/KVO** (1./8. desember): Informere og be om innspill
- **Ved behov: Ledermøte III** (6. desember): Ferdigstilt styresak klar til ledermøtet
- **RBU** (12. desember)
- **Styremøte** (15. desember)

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Topp 10 risiko – Oppstartsmøte 5. oktober 2022*

I retningslinjene for risikostyring som gjelder Helse Midt-Norge, gis det også en overordnet beskrivelse av rapporteringen av topp prioriterte risikoer til styret, jf. faktaboks 8.

¹¹⁴ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Vest RHF*, 14.04.2023.

Faktaboks 8 Rapportering av topp 10-risikoer i Helse Midt-Norge RHF

I Helse Midt-Norge RHF's retningslinjer for risikostyring går det fram at de ti risikoene som skal rapporteres til styret, er de risikoene som det enkelte foretak* selv vurderer som mest alvorlige. Helseforetakene skal minimum to ganger årlig rapportere status på de ti risikokildene.

Risikoene skal være resultat av en overordnet og helhetlig vurdering av foretaket, og kan omfatte risikokilder innenfor ni definerte konsekvensområder. De ni områdene er

- pasientsikkerhet
- arbeidsmiljø/HMS
- informasjonssikkerhet og personvern
- ytre miljø
- drift/tjenesteproduksjon
- kapasitet
- straff, sanksjoner og erstatningsansvar
- økonomi
- tillit, omdømme

Ved behov kan man vurdere konsekvenser for andre områder. Risikobildet bør være et resultat av en intern prosess for å aggregere risiko for hele virksomheten. RHF-et skal inkludere innholdet i risikorapportene fra helseforetakene i vurderingen.

* Helse Midt-Norge RHF inngår som et foretak her

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge* og Helse Midt-Norge RHF. (2022).

I retningslinjene til Helse Midt-Norge står det at i tillegg til rapportering av topp 10-risiko, skal helseforetakene også vurdere risiko knyttet til oppnåelse av styringsmål, som en del av sin tertialrapportering. De to rapporteringsformene er ment å utfylle hverandre, og den samlede målsettingen med de to rapporteringene er å gi styret en samlet oversikt over det overordnede risikobildet i virksomheten.¹¹⁵

I retningslinjene for risikostyring i Helse Sør-Øst RHF gis det også en overordnet beskrivelse av rapporteringen av prioriterte risikoer.¹¹⁶ Blant annet står det hvordan risiko skal identifiseres, hvilken metode som skal brukes, hva som er grunnlaget for risikovurderingene, ledelsens behandling og innholdet som skal presenteres for styret.

5.4 Annen støtte og tilrettelegging for å understøtte risikoarbeidet i foretakene

Ledere bør sikre at risikostyringsarbeidet blir tildelt hensiktsmessige ressurser, som blant annet kan omfatte kompetanse og faglig utvikling, metoder og verktøy samt dokumenterte prosedyrer og systemer for styring av informasjon og kunnskap.

Retningslinjene på regionalt nivå omtaler i begrenset grad ulike former for ressursbehov. Unntaket er retningslinjene til Helse Vest og Helse Midt-Norge, som peker på betydningen av mennesker, ferdigheter, erfaring og kompetanse i risikostyringsarbeidet. I retningslinjene til Helse Nord står det imidlertid at de administrerende direktørene i RHF-et og helseforetakene har ansvar for å sørge for at risikostyringsarbeidet blir tildelt tilstrekkelige og kompetente ressurser.

¹¹⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*.

¹¹⁶ Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Beskrivelse av risikostyring i Helse Sør-Øst RHF*.

Videre viser analysen at retningslinjene til 13 helseforetak ikke omtaler dette temaet. Retningslinjene til 5 helseforetak omtaler noen av de følgende momentene:¹¹⁷

- mennesker, ferdigheter, erfaring og kompetanse
- prosesser, metoder og verktøy som skal brukes i risikostyringsarbeidet
- behov for faglig utvikling og opplæring

5.4.1 Bruk av IKT-moduler i risikostyringen

Bruk av programvare i risikostyringen kan ha følgende fordeler:¹¹⁸

- Det kan fungere som en støtte ved å veilede brukeren gjennom prosessen. Systemet kan sørge for at alle obligatoriske felter fylles ut, for eksempel risiko, vurdering av risiko, tiltak, ansvarlig og frister.
- Det kan gjøre risikovurderinger lettere tilgjengelig for flere og dermed bidra til å forenkle kommunikasjon rundt risiko.
- Det kan på en enklere måte gi ledelsen oversikt over risikoer som gjelder foretaket. Det gjør det også mulig å få oversikt over omfanget av risikovurderinger og tiltak.
- Det kan ha funksjoner som gjør det mulig å legge inn frister for gjennomføring av tiltak, og som gir den ansvarlige en påminnelse dersom tiltak ikke gjennomføres innen fristen.

Det er bare Helse Midt-Norge RHF som har en risikomodul i kvalitetssystemet EQS.¹¹⁹ Denne er også gjort tilgjengelig for helseforetakene i regionen. Helse Midt-Norge RHF erfarer at bruk av risikomodulen sikrer at retningslinjene blir fulgt.¹²⁰ RHF-et har imidlertid bevisst ikke gitt føringer om at helseforetakene skal bruke systemet.

Helse Vest RHF og Helse Nord RHF arbeider for å få på plass et datasystem som foretaksgruppen kan bruke i risikostyringsarbeidet. Helse Vest RHF uttaler at et felles datasystem gjør det mulig å hente inn informasjon om enkelte områder fra hvert enkelt helseforetak og samtidig rapportere risiko mellom nivåene i foretaksgruppen.¹²¹ Helse Nord RHF erfarer at helseforetakene utarbeider risikovurderinger i ulike formater.¹²² Dette, i tillegg til at risikovurderingene har ulikt innhold, gjør det utfordrende for RHF-et å sammenligne risiko på tvers og rapportere risiko mellom nivåene.

I skriftlige svar fra helseforetakene kommer det fram at fem helseforetak har tatt i bruk programvare i risikostyringen. Flere av disse har en egen risikostyringsmodul der det gjennomføres risikovurderinger med risikoanalyser og utarbeides tiltaksplaner.¹²³ Fire av de fem helseforetakene som har tatt i bruk slik programvare, er i Helse Sør-Øst RHF.¹²⁴ Det siste er i Helse Vest RHF. Ytterligere seks helseforetak arbeider med å få på plass programvare, og tre av disse er i Helse Vest RHF. Risikovurderinger som vi har gått gjennom, tyder på at helseforetakene i begrenset grad har tatt i bruk funksjonaliteten i disse systemene.

Sørlandet har et IT-system som blant annet kan generere statistikk over gjennomførte risikovurderinger, jf. figur 12. Dette viser fordelene ved å ha et system som gir en oversikt over risikovurderingene som er gjennomført. Det er også mulig å hente ut informasjon om hvilke områder det er gjennomført risikovurderinger innenfor, for eksempel pasientbehandling, arbeidsmiljø eller informasjonssikkerhet.

¹¹⁷ OUS, Sørlandet, Stavanger, UNN og Nordland.

¹¹⁸ Samtale med kontaktperson ved OUS.

¹¹⁹ Gjennomgang av skriftlige svar fra de regionale helseforetakene og verifiserte referater fra møter med de regionale helseforetakene.

¹²⁰ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023.

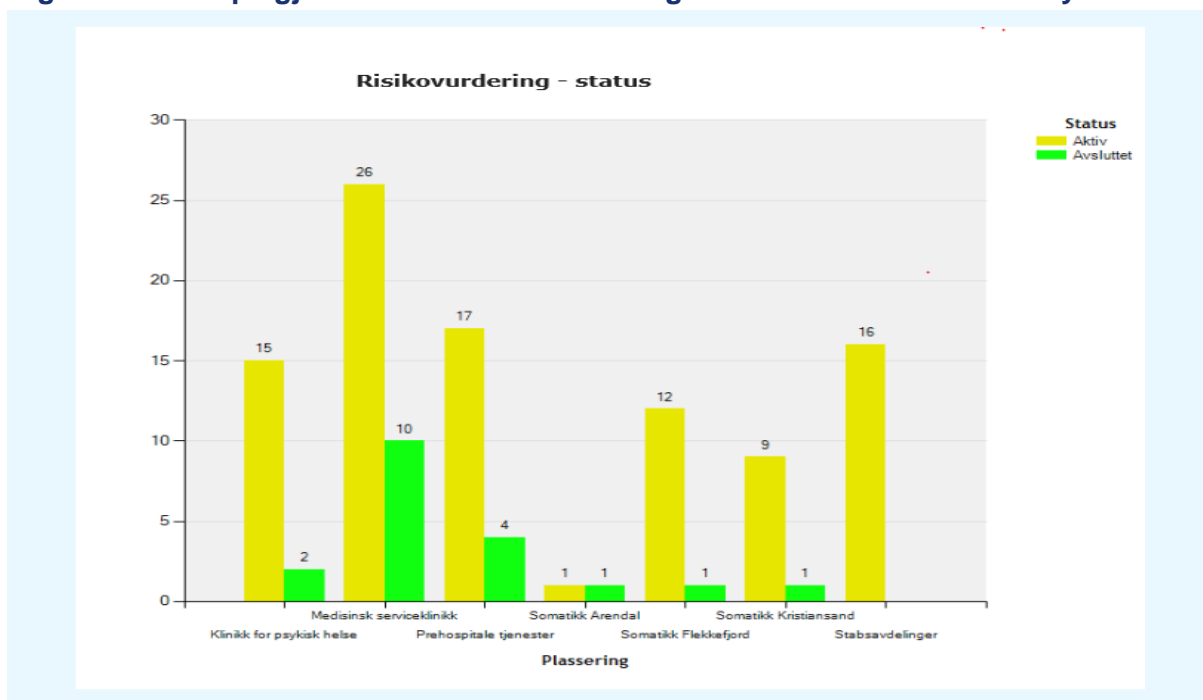
¹²¹ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Vest RHF*, 14.04.2023.

¹²² Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Nord RHF*, 28.04.2023.

¹²³ UNN har i innspill til undersøkelsen pekt på at de også har tilgjengelig programvare som brukes innen noen områder på det operative nivået, jf. innspill fra UNN i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

¹²⁴ Innlandet, Vestre Viken, OUS og Sørlandet.

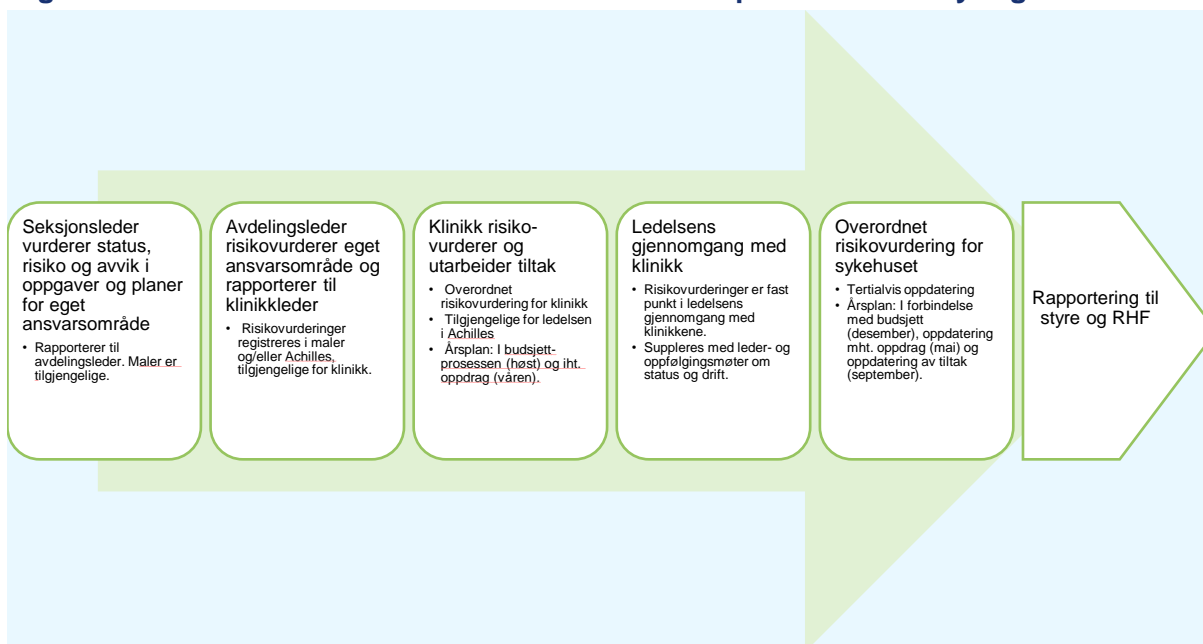
Figur 12 Status på gjennomførte risikovurderinger i klinikkene i Sørlandet sykehus



Kilde: Sørlandet sykehus HF

OUS arbeider med å videreutvikle rutiner for å følge opp og rapportere på risiko fra de ulike nivåene i helseforetaket. OUS bruker dataverktøyet Achilles i risikostyringen. Achilles brukes for å registrere, følge opp og rapportere risiko, jf. figur 13.

Figur 13 Status for OUS' arbeid med å utvikle en årsplan for risikostyringen



Kilde: Utarbeidet med utgangspunkt i Oslo universitetssykehus HF. (2022). *Sykehusets årsplan for virksomhetsstyring* og Oslo universitetssykehus HF. (2022). *Årsplan for risikovurderinger*

OUS er i ferd med å utvikle og implementere dette oppfølgingssystemet. Per i dag er det stor variasjon mellom og innad i klinikkene i hvor langt de har kommet med å innføre disse rutinene og å ta i bruk Achilles i risikostyringen. Fødeavdelingen i OUS har kommet relativt langt i dette arbeidet.

Som det framgår av figuren, legges det opp til faste frister for å registrere risikovurderinger i datasystemet. Risikovurderinger som er registrert på lavere nivå, er tilgjengelige for overordnet nivå. Overordnet leder har dermed tilgang på risikovurderinger fra underordnet nivå når vedkommende skal risikovurdere eget ansvarsområde. Risikovurderinger fra klinikkene skal gjennomgås i ledermøter, og en overordnet risikovurdering skal legges fram for styret.

5.4.2 Tiltak for å sikre kompetanse hos styremedlemmer, ledere og dedikerte medarbeidere i foretakene

Opplæring i risikostyring til styremedlemmer

Det er avholdt seminar for styrene i både RHF-ene og i helseforetakene der temaet var internkontroll og risikostyring. Dette ble sist gjennomført i 2019 i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. I 2022 gjennomførte Helse Sør-Øst RHF et styreseminar der temaet var kvalitet og pasientsikkerhet samt styrets ansvar for å etterspørre informasjon og identifisere risiko.¹²⁵ Helse Vest RHF viser til at styret har fått informasjon om hvordan RHF-et jobber med virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring.¹²⁶

Et flertall av helseforetakene (tolv) opplyser at de ikke har gitt styremedlemmer opplæring i risikostyring i perioden 2019–2022. Imidlertid viser enkelte av disse tolv til at det regionale helseforetaket har avholdt styreseminar. I tillegg viser noen helseforetak til at styret får informasjon om risikostyring gjennom styresaker, og noen få helseforetak viser til at styremedlemmer har fått en gjennomgang av blant annet *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Kompetansekrav og opplæring i risikostyring for ledere og dedikerte medarbeidere

Ingen av RHF-ene opplyser at de stiller spesifikke kompetansekrav til ledere når det gjelder risikostyring. Av de 19 helseforetakene er det 9 som ikke har stilt slike krav til lederne. Imidlertid oppgir 16 av helseforetakene at de har et system for å gi ledere opplæring i risikostyring. Videre opplyser 6 helseforetak at de har et system for å gi dedikerte medarbeidere opplæring i risikostyring.¹²⁷

5.4.3 Faglige nettverk for risikostyring

Alle RHF-ene har regionale nettverk innenfor ulike fagområder. Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har et regionalt nettverk for risikostyring, mens Helse Sør-Øst RHF har en regional nettverksgruppe innenfor virksomhetsstyring. Helse Midt-Norge RHF uttaler at det vurderer å etablere et fagnettverk innenfor virksomhetsstyring.¹²⁸ Samtlige av RHF-ene erfarer at nettverket danner grunnlag for dialog, læring og muligheter for erfaringsutveksling.¹²⁹ Helse Midt-Norge RHF legger til at det også er en arena for konsensusbasert styring.¹³⁰ Sju av helseforetakene opplyser at de har interne nettverk for risikostyring.¹³¹

¹²⁵ Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, brev til Riksrevisjonen, 12.12.2022 og Helse Sør-Øst RHF (2022) *Kvalitet og pasientsikkerhet*, presentasjon på felles styreseminar i Helse Sør-Øst RHF, 16.02.2022.

¹²⁶ Helse Vest RHF. (2022) *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, vedlegg i brev til Riksrevisjonen, 8.12.2022.

¹²⁷ Stavanger, Sørlandet, Innlandet, Vestre Viken, Telemark og OUS.

¹²⁸ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023.

¹²⁹ Riksrevisjonen. (2023) *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023, Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Vest RHF*, 14.04.2023, Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Nord RHF*, 28.04.2023 og Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Sør-Øst RHF*, 21.04.2023.

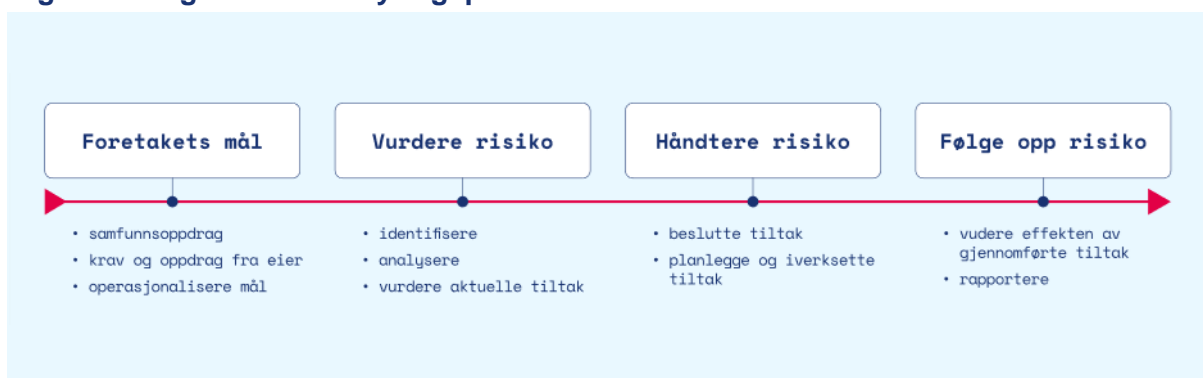
¹³⁰ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023.

¹³¹ Førde, Fonna, Bergen, Stavanger, Sørlandet, UNN og OUS.

6 De regionale helseforetakenes risikostyring for å nå mål om kvalitet i pasientbehandlingen

Dette kapitlet handler om risikostyringen i de regionale helseforetakene (RHF) når det gjelder mål om *kvalitet i pasientbehandlingen*. Risikostyring bør inngå som en del av virksomhetsstyringen, og er en proaktiv tilnærming – der formålet er å forebygge og unngå negative resultater, jf. kapittel 1.1. Dette kapitlet er strukturert etter stegene i risikostyringsprosessen, jf. figur 14 der stegene er visuelt framstilt. For hvert av de ulike stegene har vi undersøkt om risikostyringsprosessen er i tråd med krav og god praksis.

Figur 14 Stegene i risikostyringsprosessen



Kilde: Utarbeidet med utgangspunkt i NS-ISO 31000:2018 og Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2008). *Risikostyring i staten*

Relevante revisjonskriterier

- RHF-ene har et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester.
- RHF-ene skal bruke risikostyring som et virkemiddel for å nå mål om *kvalitet i pasientbehandlingen* i foretaksgruppen.
- Risikostyringen bør skje i tråd med stegene i risikostyringsprosessen slik de er beskrevet i figur 14. Det innebærer følgende:
 - Overordnede mål om kvalitet bør operasjonaliseres, slik at de er konkrete, målbare og tidsbestemte. Operasjonaliserte mål bør være utgangspunkt for risikovurderingen.
 - Risiko for manglende måloppnåelse vurderes ved at risikoer blir identifisert for foretaksgruppen og analysert (risikoanalyse).
 - Basert på risikoanalysen vurderes det om det er aktuelt med tiltak. Vurderingen gjøres mot fastsatte kriterier for hvilke risikoer som kan aksepteres (risikoakseptkriterier).
 - Eventuelle tiltak besluttes, gjennomføres og følges opp ved at man vurderer om de har hatt den forventede effekten
- Risikostyring inngår i ledelsen og styrets beslutningsgrunnlag og bør være dokumentert.

Oppsummering

Mål

- I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er mål om *kvalitet i pasientbehandlingen* operasjonalisert i indikatorer som er konkrete, målbare og tidsbestemte.
- De regionale helseforetakene mener at operasjonaliseringen av mål om *kvalitet i pasientbehandlingen* for foretaksgruppen kommer fram i de regionale utviklingsplanene og i flerårige planer. Planene inneholder en overordnet omtale av målene om *kvalitet i pasientbehandlingen*, men dette er i liten grad en operasjonalisering av disse målene.

Risikovurderinger

- De regionale helseforetakene bruker risikovurderingene fra helseforetakene som grunnlag for å velge ut prioriterte risikoer på ulike måter.
- I Helse Vest RHF er risikoene fastsatt for en periode på to–tre år. De tre andre justerer risikoene minst én gang i året.
- Det er bare Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF som dokumenterer vurderingen de gjør av sannsynlighet, konsekvens og risikonivå i styredokumentene.

Risikohåndtering

- Alle de regionale helseforetakene har dokumentert og styrebehandlet planlagte tiltak for å redusere risiko.

Oppfølging av risiko

- Oppfølgingen av tiltak og effekten av tiltak på risiko er i liten grad dokumentert i styredokumenter.

6.1 Overordnede mål om kvalitet i pasientbehandlingen

De overordnede målene om kvalitet i pasientbehandlingen er regulert i helselovgivningen. Innenfor rammene av de overordnede målene og øvrige rammer som Stortinget fastsetter, gir Helse- og omsorgsdepartementet RHF-ene styringsmål og oppdrag i foretaksmøter og oppdragsdokumenter. Styringsmålene, som formidles i oppdragsdokumentene, er årlige, men mange av dem gjentas over flere år. I 2022 var de overordnede målene i oppdragsdokumentet fra departementet som følger:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Hovedmålene i oppdragsdokumentene er overordnede. I dokumentene er imidlertid mange av målene operasjonalisert i indikatorer (delmål) som er konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte. Faktaboks 9 gir et eksempel på hvordan målene om å forbedre kvaliteten er operasjonalisert i indikatorer.

Faktaboks 9 Mål og indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet i et oppdragsdokument

Hovedmål

- Det skal tilrettelegges for forskning og innovasjon i tjenesten, og arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet skal styrkes.

Indikatorer

- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023, jf. mål i *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*.
- Samlet forbruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenlignet med 2012.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Oppdragsdokument for 2022*

Utover målene og oppgavene som er fastsatt i oppdragsdokumentet, viser RHF-ene til sine langsiktige planer. RHF-ene skriver at operasjonaliseringen av mål om kvalitet i pasientbehandlingen for foretaksgruppen kommer fram i de regionale utviklingsplanene og i flerårige planer for kvalitet og pasientsikkerhet.¹³²

Helse Sør-Øst RHF viser i tillegg til at operasjonaliseringen av mål inngår i delplaner og strategier, blant annet *Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*.¹³³ Målet for delstrategien er å redusere risiko for pasientskader og uønsket variasjon i tilbud og i kvaliteten på tjenestene.¹³⁴

Også Helse Nord RHF har utarbeidet en delstrategi som skal bidra til å sette retning for det regionale helseforetakets arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i en femårig periode.¹³⁵ Det kommer fram av styresaken at delstrategien skal styrke forutsetningene for å bedre kvaliteten i tjenestene.

De regionale utviklingsplanene har en horisont på opptil 18 år. Disse planene inneholder en overordnet omtale av målene om kvalitet i pasientbehandlingen, og målene er i liten grad operasjonalisert. Et eksempel på ett slikt overordnet mål er *kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer*.¹³⁶ Delstrategiene som gjelder pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, har også flerårige perspektiver.

Planenes og strategienes langsiktighet tilsier at målene er overordnede og lite konkrete. I forbindelse med høringen av Helse Sør-Øst RHF's regionale utviklingsplan kom det fram at høringsinstansene etterlyste ytterligere konkretisering av hvordan ambisjonene i planen skal realiseres.¹³⁷ Helse Sør-Øst RHF påpeker at dette er gjort innenfor noen områder, og at konkretiseringen først og fremst vil beskrives i egne gjennomføringsplaner for helseforetakene og det regionale helseforetaket.

¹³² Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, brev til Riksrevisjonen, 12.12.2022, Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, vedlegg i brev til Riksrevisjonen, 12.12.2022 og Helse Vest RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, vedlegg i brev til Riksrevisjonen, 8.12.2022.

¹³³ Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, brev til Riksrevisjonen, 12.12.2022.

¹³⁴ Helse Sør-Øst RHF. (2021). *Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*.

¹³⁵ Helse Nord RHF. (2022). *Strategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for Helse Nord RHF 2023–2027*.

¹³⁶ Helse Sør-Øst RHF. (2018). *Regional utviklingsplan 2035*.

¹³⁷ Helse Sør-Øst RHF. (2018). *Regional utviklingsplan 2035*.

6.2 Risikovurderinger

Hensikten med risikovurderinger er å få oversikt over risikoer som kan hindre måloppnåelse, og et grunnlag for å vurdere om det er nødvendig med tiltak for å håndtere disse risikoene.

6.2.1 Identifisering av risiko

Første del av risikovurderingen innebærer å få oversikt over risikoer som påvirker måloppnåelsen. RHF-ene risikovurderer mål om kvalitet i pasientbehandlingen. Dette er dokumentert i prioriterte risikoer som behandles av styrene, jf. kapittel 4.1. I tillegg til prioriterte risikoer har alle RHF-ene, med unntak av Helse Nord RHF, dokumentert vurderingene de har gjort av hvorvidt de har utfordringer med å nå målene i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet.¹³⁸

Helse Nord RHF uttaler i intervju at de vurderer risikoen for at mål og krav i oppdragsdokumentet ikke blir gjennomført, på et overordnet nivå.¹³⁹ I motsetning til de andre RHF-ene har ikke Helse Nord RHF sendt oss dokumentasjon som viser denne vurderingen. Imidlertid er oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet utgangspunkt for de prioriterte risikoene i Helse Nord RHF. Helse Nord RHF har delt de tre styringsmålene i oppdragsdokumentet inn i sju mål og lagt til økonomisk bærekraft som et mål. Deretter har de identifisert kritiske suksessfaktorer for disse åtte målene. Helse Nord RHF har valgt en tilnærming der de først identifiserer de viktigste driverne for måloppnåelse og deretter hvilke risikoreducerende tiltak som bør prioriteres iverksatt.¹⁴⁰

Helse Nord RHF har også vurdert risikoen for at de ikke når målene om kvalitet i pasientbehandlingen, i egne styresaker i 2020 og 2021.¹⁴¹ I 2020 var formålet å orientere styret om uønsket variasjon i kvaliteten på ulike pasientforløp i regionen og informere om administrasjonens oppfølging.¹⁴² I 2021 var formålet å orientere styret om områder i pasientbehandlingen hvor risikoen for manglende måloppnåelse ble vurdert som høy. I vurderingen ble blant annet variasjon i nasjonale kvalitetsindikatorer vektlagt. Helse Nord RHF valgte i 2021 to områder innenfor psykisk helsevern og fem områder innenfor somatikk som skulle få særlig oppmerksomhet i RHF-ets styringsdialog med helseforetakene.

Gjennomgangen av styresaker viser at ingen av de andre RHF-ene har lagt fram særskilte styresaker slik som Helse Nord RHF har gjort når det gjelder *kvalitet i pasientbehandlingen*. Imidlertid har alle RHF-ene prioritert risikoer innenfor konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*, jf. kapittel 4.1.

Nærmere om hvilken informasjon de regionale helseforetakene bruker for å identifisere de prioriterte risikoene

Alle RHF-ene bruker ulike kilder for å identifisere prioriterte risikoer.¹⁴³ Kildene er i hovedsak styringssignaler som Helse- og omsorgsdepartementet gir i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, informasjon fra helseforetakene (tertialrapporter, møter) og ulike typer data som kvalitetsindikatorer.

RHF-ene har i intervjuer redegjort for hvordan prioriterte risikoer velges. Helse Vest RHF skiller seg fra de tre andre RHF-ene ved at de prioriterte risikoene ble valgt i 2020. Helse Vest RHF skriver at arbeidet ble organisert som et prosjekt med formål om å jobbe sammen om å redusere risiko, og ha en merverdi av å jobbe sammen regionalt på tvers av helseforetakene.¹⁴⁴ De prioriterte risikoene gjelder for hele foretaksgruppen og skal etter planen ligge fast i en periode på to–tre år før det gjøres

¹³⁸ Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Risikomatrise kvalitet og pasientsikkerhet*, 2. tertial 2022, Helse Sør-Øst RHF. (2022). 116-2022 Vedlegg 3 *virksomhetsrapport etter andre tertial 2022*, Helse Vest RHF. (2022). *Mal Ansvarsmatrise* og Helse Vest RHF. (2022). *Utføre ei risiko-grovsortering av oppdragsdokumentet*, prosedyre.

¹³⁹ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Nord RHF*, 28.04.2023.

¹⁴⁰ Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022*.

¹⁴¹ Helse Nord RHF. (2020). Styresak 44-2020 *Risiko for å oppnå kvalitetsmål for 2020* og Helse Nord RHF. (2021). Styresak 44-2021 *Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen*.

¹⁴² Helse Nord RHF. (2020). Styresak 44-2020 *Risiko for å oppnå kvalitetsmål for 2020*.

¹⁴³ Dokumentanalyse og verifiserte intervjuer med de fire regionale helseforetakene.

¹⁴⁴ Innspill fra Helse Vest RHF i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

en ny prioritering av felles risikoer.¹⁴⁵ Dette innebærer at Helse Vest i denne perioden ikke tar hensyn til hendelser som oppstår, eller ulike endringer i de interne og eksterne omgivelsene, for eksempel endringer i lovgivning, teknologi, demografi og politiske prioriteringer, i prioriteringene sine. Helse Vest har i 2023 utarbeidet en prosess for utvelgelse av prioriterte risikoer som skal baseres på risikoene som helseforetakene melder inn.¹⁴⁶ Forslagene skal være relatert til risikoer som påvirker pasientbehandling og-/eller medarbeidere. I tillegg må de være nyttig for et regionalt samarbeid og oppfylle tre kriterier.¹⁴⁷

I de tre andre RHF-ene blir aktuell informasjon løpende samlet og vurdert mot tidligere risikovurderinger og endringer i risikobildet.¹⁴⁸ Det varierer imidlertid med hensyn til hvordan de vektlegger de ulike kildene for å identifisere risiko. Ett alternativ er å ta utgangspunkt i de overordnede styringsmålene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Et annet er å ta utgangspunkt i informasjon om utfordringer i helseforetakene i regionen.

I tråd med de regionale retningslinjene tar Helse Midt-Norge RHF innholdet i risikorapportene fra helseforetakene med i sine vurderinger av topp ti-risikoer. Helse Midt-Norge RHF har etablert to former for rapportering fra helseforetakene. Den ene omfatter rapportering av helseforetakenes egne topp prioriterte risikoer og den andre rapportering på styringsmål som RHF-et vurderer som mest kritiske. Sistnevnte innebærer at RHF-et gir føringer for hvilke risikoer helseforetakene skal vurdere. Helse Midt-Norge RHF gjør en selvstendig vurdering av konsekvensene for ulike risikoer og mener at fordelene med en slik tilnærming er at foretaket sikrer seg informasjon innenfor disse områdene. Ettersom det er utvalgte områder, begrenser det også rapporteringsmengden. RHF-et presiserer at denne rapporteringen ikke gjelder status på oppdragene, men risikoen for manglende måloppnåelse.¹⁴⁹

Helseforetakenes rapportering av sine topp prioriterte risikoer til Helse Midt-Norge RHF samles i et risikoregister.¹⁵⁰ Hensikten med risikoregistret er at RHF-et kontinuerlig skal ha oversikt over de viktigste risikokildene på regionalt nivå.¹⁵¹ Topp 10-risikoer utgjør de ti høyest rangerte risikoene i dette registret.¹⁵² Helse Midt-Norge RHF uttrykker i intervju at det ikke legger føringer for foretakenes prioriterte risikoer, og at fordelene med denne tilnærmingen er at viktig informasjon løftes fra helseforetakene til det regionale foretaket.¹⁵³ Som tidligere nevnt har Helse Midt-Norge RHF felles kriterier for å vurdere sannsynlighet, konsekvens og risikonivå, jf. faktaboks 3. Felles kriterier er nødvendige for å kunne sammenligne risiko på tvers og mellom nivåer i foretaksgruppen.

Helse Sør-Øst RHF har også samlet risikorapporteringen fra helseforetakene i en sammenstilling.¹⁵⁴ Helseforetakenes risikovurderinger sorteres og oppsummeres med utgangspunkt i Helse Sør-Øst RHF's prioriterte risikoer.¹⁵⁵ RHF-et opplyser at det gjør sine egne vurderinger av risikoenes sannsynlighet og konsekvens, og at disse kan avvike fra helseforetakenes vurderinger. Dette skyldes at RHF-et bruker andre kilder for å vurdere den samlede risikoen på regionalt nivå.¹⁵⁶ Helse Sør-Øst RHF har heller ikke felles kriterier for å vurdere sannsynlighet og konsekvens som gjelder foretaksgruppen, jf. kapittel 5.3.2, noe som gjør det vanskelig å sammenligne rapportert risiko fra helseforetakene.

¹⁴⁵ Helse Vest RHF. (2021). *Organisering 5 på topp Risiko* og Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Vest RHF*, 14.04.2023.

¹⁴⁶ Innspill fra Helse Vest RHF i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

¹⁴⁷ De tre kriteriene er; nytte av å få et felles kunnskapsgrunnlag regionalt, nytte av felles regionalt mål bilde og nytte av å gjennomføre felles tiltak regionalt.

¹⁴⁸ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023. Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Nord RHF*, 28.04.2023 og Riksrevisjonen (2023) *Verifisert referat fra møte med Helse Sør-Øst RHF*, 21.04.2023.

¹⁴⁹ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023.

¹⁵⁰ Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Risikoregister desember 22*.

¹⁵¹ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023.

¹⁵² Helse Midt-Norge RHF. (2022). Sak 65-22 *Top 10 risiko*.

¹⁵³ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023.

¹⁵⁴ Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Risiko etter andre tertial 2022*.

¹⁵⁵ Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Beskrivelse av risikostyring i Helse Sør-Øst RHF*.

¹⁵⁶ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Sør-Øst RHF*, 21.04.2023.

Verken Helse Vest RHF eller Helse Nord RHF kan dokumentere at de har en tilsvarende systematisk oversikt over risikoene i foretaksgruppen. I Helse Nord's retningslinjer står det at risikostyringen skal ta utgangspunkt i definerte strategier og mål. Videre står det at styringsmålene fra eier er overordnet i målhierarkiet. Det går fram av styredokumentasjonen at Helse Nord RHF tar utgangspunkt i oppdragsdokumentet i utvelgelsen av prioriterte risikoer.

6.2.2 Risikoanalyse

En risikoanalyse bør blant annet inkludere en vurdering av sannsynligheten for at hendelser kan inntreffe, og de mulige konsekvensene av dette. En kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens utgjør risikonivået.

Det er bare Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF som, i tråd med retningslinjene sine, har dokumentert vurderinger av sannsynlighet, konsekvens og risikonivå i risikovurderingene.¹⁵⁷ Figur 15 gir et eksempel fra Helse Sør-Øst RHF's rapportering av risiko. Rapporteringen inneholder informasjon om risikoene, vurderinger av sannsynlighet og konsekvens samt risikonivået for RHF-et. I figuren er feltet «inngangsrisiko» en funksjon av risikoens sannsynlighet og konsekvens før tiltak er satt inn, mens feltet «restrisiko» viser forventet risikonivå etter at tiltak har hatt effekt.

I motsetning til Helse Midt-Norge RHF har imidlertid ikke Helse Sør-Øst RHF definert kriterier for sannsynlighet og konsekvens, verken for foretaksgruppen eller internt i RHF-et, jf. kapittel 5.3.7. Formålet med kriterier er å skape en felles forståelse av skalaene som brukes, for eksempel hva som klassifiseres som en alvorlig eller en svært alvorlig hendelse.

Figur 15 Risikovurdering i Helse Sør-Øst RHF

Risikoområde 3: Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, inkludert pasientsikkerhet og korridor plasser			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter første tertial 2021	3	3	Moderat
• etter andre tertial 2021	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreducerende/-stabiliserende tiltak per andre tertial 2021:			Forventet full effekt
• Videreføre oppfølging av resultater fra GTT-gjennomgangene.			løpende
• Følge opp og operasjonalisere tiltak i regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.			løpende
• Dialog med helseforetakene om behovet for å planlegge med økt intensivkapasitet for kommende infeksjonssesong.			31.12.2021
• Gjennomgang av data fra nasjonale kvalitetsregistre, NPR og FHI som grunnlag for etablering av spesifikke krav til helseforetakene i regionen.			Tredje tertial 2022
Vurdering av restrisiko:	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter ovenstående tiltak	2	3	Moderat

Kilde: Helse Sør-Øst RHF. (2021). 111-2021 Vedlegg 1 – Virksomhetsrapport per andre tertial 2021

Helse Vest RHF har definert fem prioriterte risikoområder, men det ligger ikke en dokumentert risikoanalyse til grunn for vurderingen av disse fem. Det innebærer at det ikke framgår en vurdering av sannsynlighet eller konsekvens for risikoene, selv om dette etter retningslinjene skal dokumenteres. RHF-et opplyser i intervju at det har som mål at topp fem risikoer skal vurderes, iverksettes tiltak for og følges opp i tråd med ISO 31 000-metodikken.¹⁵⁸

¹⁵⁷ Helse Midt-Norge RHF. (2022). Risikoregister desember 22.

¹⁵⁸ Riksrevisjonen. (2023). Verifisert referat fra møte med Helse Vest RHF, 14.04.2023.

Helse Nord RHF har ikke dokumentert risiko i en risikoanalyse som viser sannsynlighet og konsekvens, men omtaler de områdene som har størst kompleksitet og høyest risiko for redusert måloppnåelse.¹⁵⁹ Ifølge Helse Nord RHF har de tidligere prøvd å ta i bruk et risikostyringsverktøy for å vurdere sannsynlighet og konsekvens for risikoer, men erfarte at det ble komplekst og u håndterlig.¹⁶⁰

6.2.3 Risikoevaluering

Etter at risikoanalysen er gjennomført, anbefales det å gjennomføre en risikoevaluering for å vurdere om det er behov for å iverksette tiltak for å håndtere risikoen. For å få et best mulig beslutningsgrunnlag omfatter dette også en vurdering av om det er usikkerhet knyttet til analysene.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har dokumentert hvilken informasjon som er brukt i risikovurderingene, for eksempel kvalitetsindikatorer eller en rapport fra Senter fra klinisk dokumentasjon og evaluering.

Dokumentasjon vi har fått tilsendt, viser at Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har foreslått risikoreduserende tiltak tråd med risikoakseptkriteriene som er fastsatt i de to foretakenes retningslinjer for risikostyring.¹⁶¹ Dette innebærer at Helse Sør-Øst RHF har planlagte tiltak mot prioriterte risikoer med høyt eller moderat risikonivå, mens Helse Midt-Norge RHF har planlagte tiltak mot prioriterte risikoer med svært høyt, høyt og moderat risikonivå.¹⁶²

I tertialrapporteringen fra Helse Vest RHF er det foreslått tiltak mot de fem prioriterte risikoene.¹⁶³ Også i dokumentasjonen fra Helse Nord RHF er det foreslått tiltak på de områdene der det er størst kompleksitet og høyest risiko for at hovedmålene ikke nås.¹⁶⁴

Dokumentanalysen viser altså at alle RHF-ene har foreslått tiltak. De har imidlertid ikke dokumentert hvilke vurderinger som ligger til grunn for at det skal iverksettes tiltak, utover at to av dem har fastsatt risikoakseptkriterier. I retningslinjene for Helse Midt-Norge og Helse Vest står det at aktiviteter i risikovurderingen skal dokumenteres, jf. kapittel 5.

6.3 Risikohåndtering

Etter at risikovurderingene er utarbeidet, følger risikohåndteringen. Risikohåndtering innebærer å planlegge tiltak og beslutte hvilke av tiltakene som skal gjennomføres for å redusere risiko. For å sikre at tiltak blir gjennomført, bør ansvarlige for tiltakene utpekes. For å gjøre det enklere å følge opp tiltakene bør det settes frister for når de forventes å være gjennomført. Disse punktene inngår i retningslinjene til Helse Vest.

6.3.1 Risikoreduserende tiltak

Alle RHF-ene dokumenterer planlagte risikoreduserende tiltak enten i virksomhetsrapporteringen eller i særskilte saker om risiko til styret.¹⁶⁵ Både Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF dokumenterer

¹⁵⁹ Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022* og Helse Nord RHF. (2021). Styresak 44-2021 *Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen*. Helse Nord RHF skriver at det har vurdert sannsynlighet og konsekvens av prioriterte risikoer, men at det var utelatt i selve styresaken, jf. innspill fra Helse Nord RHF i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

¹⁶⁰ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Nord RHF*, 28.04.2023.

¹⁶¹ Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Beskrivelse av risikostyring i Helse Sør-Øst RHF* og Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*.

¹⁶² Helse Sør-Øst RHF. (2022). Sak 116-2022 *Vedlegg 1 Virksomhetsrapport per andre tertial 2022* og Helse Midt-Norge RHF. (2022). Sak 65-22 *Topp 10 risiko*.

¹⁶³ Helse Vest RHF. (2022). Sak 09722 *Tertialrapport til styret i Helse Vest per 2. tertial 2022*.

¹⁶⁴ Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022* og Helse Nord RHF. (2021). Styresak 44-2021 *Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen*.

¹⁶⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2022). Sak 65-22 *Top 10 risiko*, Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Risikoregister desember 22*, Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022*, Helse Sør-Øst RHF. (2022). 116-2022 *Vedlegg 1 Virksomhetsrapport per andre tertial 2022* og Helse Vest RHF. (2022). Sak 0977 *Tertialrapport til styret i Helse Vest per 2. tertial 2022*.

eksisterende tiltak i tillegg til nye planlagte tiltak.¹⁶⁶ Flere av tiltakene mot de prioriterte risikoene skal gjennomføres av RHF-et og ikke helseforetakene, for eksempel

- å utarbeide rapport om framskrivning og variasjon i forbruk innenfor psykisk helsevern¹⁶⁷
- å etablere et faktagrunnlag og utrede en mer hensiktsmessig organisering av tilbudet for å øke kapasitetsutnyttelsen¹⁶⁸
- å legge større vekt på taktisk planlegging og bruk av kompetanse- og personellanalyser for å sikre oversikt over bemanningsbehov og planer for hvordan bemanningsutfordringene skal løses¹⁶⁹
- å utarbeide en regional plan for risikoområdet legemiddel¹⁷⁰

Noen av tiltakene til RHF-ene er vagt formulert. De skal for eksempel

- utføre regionalt arbeid for å øke kapasiteten og fleksibiliteten innenfor intensivområdet¹⁷¹
- øke digitaliseringsgraden¹⁷²
- etablere tiltak som kan bidra til høyere grad av å rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere¹⁷³

Disse tiltakene kan det være vanskelig å operasjonalisere og vurdere effekten av.

Helse Midt-Norge RHF dokumenterer også hvilke risikoreducerende tiltak som er planlagt for å nå mål og oppgaver i oppdragsdokumentet. Ingen av de andre RHF-ene har dokumentasjon som viser hvilke tiltak som skal iverksettes for å håndtere risiko knyttet til oppdragsdokumentet.

Både Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har dokumentert restrisiko.¹⁷⁴ Hensikten med å dokumentere restrisiko er å få informasjon om den forventede effekten tiltaket vil ha på risikoen. En vurdering av restrisiko utgjør et viktig beslutningsgrunnlag når ledelsen skal vurdere videre håndtering av risikoen. Dokumentasjonen fra Helse Nord RHF og Helse Vest RHF inkluderer ikke restrisiko.

6.3.2 Ansvar og tidsfrister

Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har dokumentert hvem som er ansvarlig for å gjennomføre de ulike tiltakene, mens Helse Vest RHF har dokumentert hvem som er ansvarlig for de ulike risikoområdene.¹⁷⁵ I tertialrapporteringen til Helse Sør-Øst RHF står det at risikostyring og tiltak for å redusere risiko er et lederansvar.¹⁷⁶ Videre står det at det enkelte helseforetaks styre har ansvar for oppfølgingen av dette på helseforetaksnivå.

Det er bare Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF som har dokumentert frister for gjennomføringen av tiltak.¹⁷⁷

6.4 Oppfølging av risiko

Oppfølging av risiko innebærer å rapportere framdrift og resultater av tiltakene. Rutiner for å rapportere risiko og oppfølgingen av denne til relevante nivåer i foretaksgruppen er et viktig virkemiddel for å sikre helhetlig og systematisk risikostyring. Rapporteringen er en kilde til å identifisere risiko og det gir informasjon til beslutningstakere.

¹⁶⁶ Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Risikoregister desember 22* og Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022*.

¹⁶⁷ Helse Sør-Øst RHF. (2022). 116-2022 *Vedlegg 1 Virksomhetsrapport per andre tertial 2022*.

¹⁶⁸ Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022*.

¹⁶⁹ Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Risikoregister desember 22*.

¹⁷⁰ Helse Vest RHF. (2022). Sak 097-22 *Tertialrapport til styret i Helse Vest per 2. tertial 2022*.

¹⁷¹ Helse Sør-Øst RHF. (2022). 116-2022 *Vedlegg 1 Virksomhetsrapport per andre tertial 2022*.

¹⁷² Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022*.

¹⁷³ Helse Vest RHF. (2022). Sak 09772 *Tertialrapport til styret i Helse Vest per 2. tertial 2022*.

¹⁷⁴ Helse Sør-Øst RHF. (2022). 116-2022 *Vedlegg 1 Virksomhetsrapport per andre tertial 2022* og Helse Midt-Norge RHF. (2021). Sak 117-21 *Vedlegg 1 Risikoregister Topp 10 risiko*.

¹⁷⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Risikoregister desember 22*, Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022* og Helse Vest RHF. (2022). Sak 06322 *Tertialrapport til styret i Helse Vest per 1. tertial 2022*.

¹⁷⁶ Helse Sør-Øst RHF. (2022). 067-2022 *Vedlegg 1 Virksomhetsrapport per første tertial 2022* (står også i rapportering 1. tertial 2021 og 2. tertial 2022).

¹⁷⁷ Helse Sør-Øst RHF. (2022). 116-2022 *Vedlegg 1 Virksomhetsrapport per andre tertial 2022* og Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022*.

Styrene i RHF-ene får informasjon om utfordringer i foretaket gjennom den løpende virksomhetsrapporteringen, der de blant annet får informasjon om status på kvalitetsindikatorer.

Gjennomgangen av styresaker viser at RHF-ene i liten grad har rapportert til sitt styre om hvilke tiltak som er gjennomført. Videre er det lite dokumentasjon på om tiltakene har hatt effekt på risikoene. Dette innebærer at styrene mottar lite informasjon om tiltak og effekten av tiltak:

- Helse Vest RHF viser i sitt skriftlige svar til at det ikke har dokumentert hvordan foretaket har fulgt opp og evaluert tiltak som er gjennomført for å nå målene om kvalitet i pasientbehandlingen.¹⁷⁸ Gjennomgangen av tertialrapporteringen til styret i RHF-et viser at den omhandler status i arbeidet med å gjennomføre tiltak mot prioriterte risikoer, men at den i liten grad gir noen vurdering av om tiltakene har hatt effekt på risiko.¹⁷⁹
- Helse Nord RHF omtaler i sin risikovurdering av hovedmål 2022 at foretakene – når det gjelder en av de prioriterte risikoene – har iverksatt midlertidige tiltak som blant annet «kveld- og helgepoliklinikker, og regionen har økt kjøpet fra private for å håndtere situasjonen».¹⁸⁰ De gir ikke tilsvarende beskrivelse av iverksatte tiltak for de andre prioriterte risikoene. RHF-et påpeker i sitt skriftlige svar at styret ikke blir informert om gjennomførte tiltak i egne styresaker, men at det får informasjon gjennom virksomhetsrapporteringen.¹⁸¹ I tertialrapporteringen fremgår det at helseforetakene har gjennomført tiltak for noen av kravene i oppdragsdokumentet. Det står for eksempel at «det er iverksatt flere tiltak for å styrke meldekulturen og for å lære av uønskede hendelser».¹⁸² Det står lite om effekten av tiltak i rapporteringen til styret.
- I rapporteringen til styret i Helse Midt-Norge RHF er det for enkelte risikoer omtalt at tiltak er gjennomført.¹⁸³ RHF-et skriver for eksempel at det er mange pågående tiltak mot risikoen «lange ventetider og fristbrudd innenfor psykisk helse», men at effekten av disse først kan forventes på noe lengre sikt.¹⁸⁴ Foretaket uttaler i intervju at det varierer i hvilken grad tiltak gjennomføres og følges opp, og at dette er et forbedringsområde.¹⁸⁵
- I virksomhetsrapporteringen til styret i Helse Sør-Øst RHF er enkelte gjennomførte tiltak nevnt for noen av oppdragene i oppdragsdokumentet. For eksempel for oppdraget om at «aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021», skriver Helse Sør-Øst RHF at foretaket vil fortsette å følge opp helseforetakenes tiltak for å redusere ventetider og øvrige tiltaksplaner. Psykisk helsevern er også en prioritert risiko.¹⁸⁶

Flere av tiltakene mot de prioriterte risikoene skal gjennomføres av RHF-et, men noen tiltak skal gjennomføres av helseforetakene. Helse Vest RHF uttrykker at de har et mål om at tiltakene skal iverksettes og følges opp i tråd med NS-ISO 31000-metodikken.¹⁸⁷ Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF sier i intervju at tiltakene som skal gjennomføres av helseforetakene, følges opp av RHF-ene i styringslinjen.¹⁸⁸ Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF legger til at oppfølgingen skjer både muntlig og skriftlig i for eksempel direktør- og fagsjefsmøter.¹⁸⁹

¹⁷⁸ Helse Vest RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, vedlegg i brev til Riksrevisjonen, 8.12.2022.

¹⁷⁹ Helse Vest RHF. (2022). Sak 09722 *Tertialrapport til styret i Helse Vest per 2. tertial 2022*.

¹⁸⁰ Helse Nord RHF. (2022). Styresak 15-2022 *Risikovurdering av hovedmål 2022*.

¹⁸¹ Helse Nord RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, vedlegg i brev til Riksrevisjonen, 14.12.2022.

¹⁸² Helse Nord RHF. (2021). Styresak 133-2021 *Tertialrapport nr. 2-2021*.

¹⁸³ Helse Midt-Norge RHF. (2022). Sak 61-22 *Statusrapport Helse Midt-Norge pr 300422*.

¹⁸⁴ Helse Midt-Norge RHF. (2022). Sak 6-2022 *Topp 10 risiko*.

¹⁸⁵ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023.

¹⁸⁶ Helse Sør-Øst RHF. (2022). 067-2022 *Vedlegg 1 – Virksomhetsrapport per første tertial 2022*.

¹⁸⁷ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Vest RHF*, 14.04.2023.

¹⁸⁸ For eksempel oppfølgingsmøter, oppdragsdokumentet og faste temaer hver måned. Helse Nord RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, vedlegg i brev til Riksrevisjonen, 14.12.2022.

¹⁸⁹ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Nord RHF*, 28.04.2023 og Innspill fra Helse Sør-Øst RHF i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

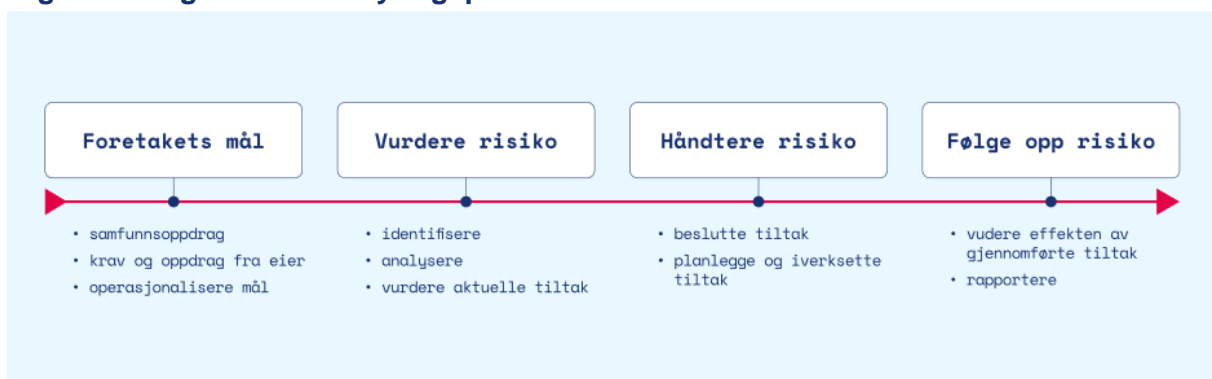
I tillegg til det ovennevnte, rapporterer RHF-ene også til Helse- og omsorgsdepartementet i den årlige meldingen om blant annet hvordan oppdragsdokumentet er fulgt opp.¹⁹⁰ En gjennomgang av de årlige meldingene for samtlige RHF for 2022 viser at de inneholder rapportering om kvaliteten i pasientbehandlingen. Denne rapporteringen omfatter resultater knyttet til blant annet målene om å redusere andelen pasientskader og bruken av bredspektret antibiotika. Videre viser gjennomgangen at omtalen av kvalitetsmål inneholder en overordnet rapportering av tiltak som er gjennomført i RHF-ene og helseforetakene.

¹⁹⁰ Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, brev til Riksrevisjonen, 12.12.2022 og Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Risikostyring i de regionale helseforetakene – innhenting av informasjon*, vedlegg i brev til Riksrevisjonen, 12.12.2022. Årlig melding fra de regionale helseforetakene er hentet på www.regjeringen.no. De regionale helseforetakene skal hvert år utarbeide en melding om foretaket som skal forelegges departementet. I meldingen skal RHF-ene rapportere på måloppnåelse av krav stilt i oppdragsdokument og foretaksmøte samt om planer og plangrunnlag.

7 Helseforetakenes risikostyring for å nå mål om kvalitet i pasientbehandlingen

I dette kapitlet setter vi søkelyset på risikostyringen i helseforetakene. Først ser vi på risikostyringen på foretaksnivå, deretter på risikostyringen på operativt nivå, det vil si i fødeavdelingene. Vi ser også nærmere på om det er samsvar mellom risikostyringen på de to nivåene. Kapitlet er strukturert etter stegene i risikostyringsprosessen, jf. figur 16. På begge nivåene har vi undersøkt om de ulike stegene i risikostyringsprosessen er i tråd med god praksis.

Figur 16 Stegene i risikostyringsprosessen



Kilde: Utarbeidet med utgangspunkt i NS-ISO 31000:2018

Relevante revisjonskriterier

- Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.
- Helseforetakene skal bruke risikostyring som et virkemiddel for å nå målene om *kvalitet i pasientbehandlingen*. Det bør skje i tråd med stegene i risikostyringsprosessen slik de er beskrevet i figur 16. Det innebærer følgende:
 - Overordnede mål om *kvalitet i pasientbehandlingen* operasjonaliseres, slik at de er tilstrekkelig konkrete, målbare og tidsbestemte. Operasjonaliserte mål er grunnlaget for å vurdere risiko.
 - Risiko for manglende måloppnåelse blir vurdert ved at risiko blir identifisert og analysert (risikoanalyse).
 - Basert på risikoanalysen vurderes det om det er aktuelt med tiltak. Vurderingen gjøres på grunnlag av fastsatte kriterier for hvilket risikonivå som kan aksepteres.
 - Eventuelle tiltak besluttes, gjennomføres og følges opp ved at man vurderer om de har hatt den forventede effekten.
- Risikostyringsprosessen inngår i ledelsen og styrets beslutningsgrunnlag og bør være dokumentert.
- Det bør skapes en sammenheng mellom risikostyringen på foretaksnivå og operativt nivå.

Oppsummering

Mål om kvalitet i pasientbehandlingen

- Mange foretak har ikke operasjonalisert mål utover de målene og oppgavene som de regionale helseforetakene gir i de årlige oppdragsdokumentene. Dette gjelder både på foretaksnivå og på operativt nivå.

Risikovurderinger

- Omtrent halvparten av helseforetakene har ikke risikovurdert mål og krav om *kvalitet i pasientbehandlingen* i oppdragsdokumentet.
- Omtrent halvparten av helseforetakene har risikovurdert både mål i oppdragsdokumentet og særskilte utfordringer i egen virksomhet.
- Omtrent halvparten av helseforetakene kan ikke dokumentere eksempler på at de har vurdert sannsynlighet og konsekvens i risikoanalysene. Dette indikerer liten grad av systematikk i risikovurderingene.
- I risikovurderingene gis det lite informasjon om begrensningene og påliteligheten til kunnskapsgrunnlaget både på foretaksnivå og på operativt nivå. Samlet sett skaper dette usikkerhet for beslutningstaker, både med hensyn til om og hvordan risikoen bør håndteres med tiltak.
- På operativt nivå er det mange helseforetak som har gjennomført få eller ingen risikovurderinger i fødeavdelingene. Mange av risikovurderingene er ikke i tråd med god praksis.

Risikohåndtering

- De fleste helseforetakene kan dokumentere at de har besluttet hvilke tiltak som skal iverksettes etter risikovurderinger på foretaksnivå. Ofte mangler det planer for å følge opp risikoen. I flere av helseforetakene er tiltakene lite konkrete.
- Tiltak for å redusere risiko er bare dokumentert i litt over halvparten av risikovurderingene til fødeavdelingene.

Oppfølging av risiko

- De fleste helseforetakene har ikke dokumenterte rutiner for å følge opp risiko. Dette reduserer mulighetene for systematisk oppfølging.
- Det er få eksempler på dokumentasjon av at tiltak er fulgt opp: Kun seks foretak har dokumentert eksempler på at tiltak blir fulgt opp på foretaksnivå, mens to foretak har dokumentert eksempler at tiltak blir fulgt opp på operativt nivå.

7.1 Risikostyring på foretaksnivå

7.1.1 Overordnede mål om kvalitet i pasientbehandlingen

Det er vanlig praksis at de regionale helseforetakene (RHF-ene) viderefører mål i oppdragsdokumentene de har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet, til helseforetakene. Disse målene er vanligvis konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte, jf. kapittel 6. I tillegg gir RHF-ene selv – som eiere av helseforetakene – egne krav og oppdrag til helseforetakene. Helseforetakene kan i tillegg operasjonalisere egne mål for kvalitet.

Alle helseforetakene har langsiktige mål i strategiske utviklingsplaner og andre langsiktige planer. De strategiske utviklingsplanene har tidsperspektiv fram mot 2035–2040, mens andre planer har en kortere tidshorisont, ofte fire år. Planene setter mål for forbedringer. Et kjennetegn ved både de strategiske utviklingsplanene og planene med kortere tidshorisont er at målene er overordnede og i liten grad operasjonalisert.

UNN er et av helseforetakene som jobber systematisk med å operasjonalisere egne mål og oppdrag. Det utarbeides årlig en dialogavtale mellom styret og direktør, som har til hensikt å ivareta nettopp dette. Dialogavtalen videreføres til alle klinikker og sentre hvor det dokumenteres hvilke tiltak som planlegges på klinikknivå og avdelingsnivå.¹⁹¹

Over halvparten (elleve) av helseforetakene har ikke dokumentert at de har operasjonalisert mål utover målene i oppdragsdokumentet. Ahus, et av helseforetakene som har operasjonalisert egne mål, anvender en prosedyre som skal sikre en god prosess for behandlingen og operasjonaliseringen av oppdrag og bestilling til egne klinikker, jf. faktaboks 10.¹⁹²

Faktaboks 10 Beskrivelse av Ahus' prosess med å operasjonalisere mål og krav i oppdragsbrevet

Helse Sør-Øst RHF sender årlig sine oppdrag og bestillinger til helseforetakene. Mange av oppdragene er knyttet til nasjonale føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdrag og bestilling er førende for virksomheten og følges opp i styringsdialogen med Helse Sør-Øst RHF. Mål og oppgaver fordeles videre til divisjoner og klinikker gjennom interne oppdragsdokumenter.

Resultater og måloppnåelse rapporteres samlet tilbake til Helse Sør-Øst RHF i en årlig melding. Det fastsettes også interne mål for virksomheten på områder det ønskes særlig oppmerksomhet om. Divisjoner og klinikker følges tett gjennom tertialvise mål og resultatstyringsmøter.

Ledelsen ved Ahus fastsatte mål for 2022 med utgangspunkt i følgende dokumenter:

- føringer gitt i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF
- hovedmål utover styringskrav fra eier i 2021
- strategisk utviklingsplan for Ahus

På denne bakgrunnen ble blant annet følgende besluttet for 2022:

- 64 mål ut fra oppdrag og bestilling fra eier (Helse Sør-Øst RHF)
- 11 hovedmål for Ahus
- 11 internkontrollmål

Et av de elleve internkontrollmålene når det gjelder mål for *kvalitet i pasientbehandlingen*, er at alle enheter skal jobbe aktivt med å vurdere og sette egne mål for kvaliteten i pasientbehandlingen. Alle mål og oppdrag omtales i et dokument som gir en beskrivelse av mål og måltall. De tre første av de elleve hovedmålene gjelder risikoer på konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*.

Nr.	Mål	Måltall
1	Ahus skal redusere ventetiden for våre pasienter	A- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter somatisk skal reduseres sammenlignet med 2021. På sikt er målet < 50 dager B- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter psykisk helsevern voksen < 40 dager, barn og unge < 35 dager, TSB * < 30 dager
2	Ahus' pasienter skal ikke oppleve fristbrudd	A– Andel fristbrudd < 1 % B– 95 % overholdelse av pasientavtaler
3	Ahus skal gjennomføre pakkeforløp iht. måltall	A – Standard forløpstid for hver av 24 kreftformer > 70 % A – Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB > 80 %. Andel pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være > 80 %

De tre målene ovenfor tar utgangspunkt i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF og inngår i hovedmålene for Ahus.

Kilde: Akershus universitetssykehus HF. (2022). *Utviklingsplan 2040*, Akershus universitetssykehus HF. (2022). *Oppdrag og bestilling 2022 for Kvinneklinikken* og Akershus universitetssykehus HF. (2022). Sak 231/22 *Mål- og resultatoppfølging OBD Ahus, 2. tertial 2022*

¹⁹¹ Innspill fra UNN i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

¹⁹² Akershus universitetssykehus HF. (2022). *Ahus - Virksomhetsstyring - Operasjonalisering av oppdrag og bestilling (OBD)*.

Sammenhengen mellom foretakenes operasjonaliserte mål og hva som risikovurderes på foretaksnivå når det gjelder kvalitet i pasientbehandlingen

Når det gjelder de helseforetakene som har operasjonalisert mål (åtte), viser analysen at det for flertallet av disse (fem) er en sammenheng mellom de prioriterte risikoene og målene. Innlandet er et eksempel på at det er tematiske sammenfall mellom foretakets mål og prioriterte risikoer. Tabell 8 viser prioriterte risikoer som samsvarer med mål.

Tabell 8 Prioriterte mål for Sykehuset Innlandet i 2022 og risikoer knyttet til disse

Foretakets mål	Prioriterte risikoer
2. Redusere gjennomsnittlig ventetid innenfor psykisk helsevern, barn og unge (BUP), til under 40 dager 6. Over 70 prosent av pakkeforløpene skal være innen anbefalt forløpstid, med særlig satsing på lungekreft 7. Minst 70 prosent av pasientene med planlagt avtale kommende 6 måneder skal ha fått tildelt time	4. Økte ventetider og fristbrudd
3. Alle avdelinger skal planlegge tiltak for å beholde ansatte og tiltak for å rekruttere personell	5. Høy arbeidsbelastning i deler av virksomheten 9. Manglende rekruttering og uønsket turnover
4. Hver divisjon prioriterer minst to områder som kan samordnes og/eller standardiseres med mål om å redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen	8. Kvalitet og pasientsikkerhet påvirkes pga. uønsket variasjon og fragmenterte fagmiljø med små volum
9. Bedre ressursutnyttelse og samordning for å sikre midler til utvikling av behandlingstilbudet, investeringer i medisinsk teknisk utstyr, IKT og vedlikehold og tilpasninger av bygningsmassen	1. Manglende internt og eksternt handlingsrom for endring 2. Manglende økonomisk bærekraft og midler til investering, innovasjon, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og bygningsmasse 3. Forsinkelse i leveranser av utstyr, materiell og ambulanser

Kilde: Sykehuset Innlandet HF. (2022). *Virksomhetsplan Sykehuset Innlandet HF* og Sykehuset Innlandet HF. (2022). *Tertialrapport 2. tertial 2022*

Tabell 8 viser seks av målene til Innlandet for 2022 og de sju prioriterte risikoene som kan knyttes til disse målene. Temaene ventetider og frister, bemanning, uønsket variasjon og økonomi/ressurser inngår både i mål og risikoer.

7.1.2 Risikovurderinger

Risikovurdering innebærer å identifisere, analysere og evaluere en risiko. Hensikten er å få oversikt over risikoer som kan hindre måloppnåelse og ha et grunnlag for å vurdere om det er nødvendig med tiltak for å håndtere risikoen.

I analysene av risikovurderinger som følger har vi tatt utgangspunkt i helseforetakenes dokumentasjon av prioriterte risikoer eller risikovurderinger av oppdragsdokumentet. Analysene er basert på dokumentasjon som er lagt fram for styret i helseforetakene.

Analysene viser at det ikke er kvalitetsforskjeller mellom risikovurderinger av prioriterte risikoer og risikovurderinger av mål og oppgaver i oppdragsdokumentene med hensyn til informasjonen som

inngår i vurderingene. I de videre analysene har vi lagt til grunn eksempler på begge typer risikovurderinger.

Identifisering av risiko

Akkurat som for RHF-ene (kapittel 6.2.1) er helseforetakenes viktigste kilder til å identifisere risiko følgende:

- statistikk og annen kunnskap om egen virksomhet
- styringsmål og oppdrag som eier (det regionale helseforetaket) gir i oppdragsdokumenter og foretaksmøter (mange av disse har eieren fått i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet)

17 av 19 helseforetak har lagt fram prioriterte risikoer for styret, jf. kapittel 4.1. Fire av disse har sendt oss dokumentasjon på risikovurderinger av operasjonaliserte mål på området *kvalitet i pasientbehandlingen* i tillegg til de prioriterte risikoene.

I tillegg har ti helseforetak sendt oss dokumentasjon der mål og krav knyttet til *kvalitet i pasientbehandlingen* i oppdragsbrevet for 2022 er risikovurdert. For fire av de ti helseforetakene er det overlapp mellom risikovurderingene som er gjort av mål og krav i oppdragsbrevet og av de prioriterte risikoene. Helseforetakene varierer med hensyn til hvor mange av målene og oppgavene i oppdragsdokumentet som er risikovurdert og lagt fram for styret (mellom 11 og 18).

Tabell 9 gir en oversikt over hva som har vært utgangspunktet for helseforetakene når de har risikovurdert mål på området *kvalitet i pasientbehandlingen*, det vil si om de har risikovurdert målene med utgangspunkt i oppdragsdokumentet, og/eller utfordringer i egen virksomhet. Vi har her kartlagt foretakenes operasjonaliserte (årlige) mål og sett bort fra langsiktige (strategiske) mål.

Tabell 9 Helseforetakenes risikovurderinger av mål på området kvalitet i pasientbehandlingen – i oppdragsdokumentet og/eller med utgangspunkt i egne utfordringer

	Risikovurdert mål med utgangspunkt i utfordringer i egen virksomhet	Ikke risikovurdert mål med utgangspunkt i utfordringer i egen virksomhet
Risikovurdert mål i oppdragsdokumentet	Helgeland Møre og Romsdal Nord-Trøndelag St. Olav Ahus OUS Sørlandet Vestre Viken	Finnmark UNN
Ikke risikovurdert mål i oppdragsdokumentet	Innlandet Telemark Østfold Bergen Fonna Førde Stavanger	Nordland Vestfold

Kilde: Helseforetakene

Ti av helseforetakene gjennomfører risikovurderinger av mål i oppdragsdokumentet som går inn under *kvalitet i pasientbehandlingen*. Dette gjelder alle helseforetakene i Helse Midt-Norge og flere av foretakene i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Tabell 9 viser videre at ni helseforetak ikke gjennomfører risikovurderinger av disse styringsmålene. Vi antar imidlertid at flere av disse helseforetakene gjennomfører slike risikovurderinger, uten at dette er dokumentert.

Telemark redegjør i sitt skriftlige svar for hvordan dette gjøres i praksis. I dette helseforetaket gjennomfører ledergruppen et særskilt møte hvor de går gjennom alle styringskrav for å operasjonalisere disse i virksomhetsstyringen. Ledergruppen definerer og vedtar hvem som er ansvarlige for gjennomføringen av tiltak, og hvem som er rapporteringsansvarlige.

De fire helseforetakene i Helse Vest er blant dem som ikke risikovurderer styringskravene i oppdragsdokumentet. Foretakene i Helse Vest risikovurderer i hovedsak de fem regionalt prioriterte risikoområdene, jf. kapittel 4.1. Helse Bergen opplyser i den forbindelse at styringskravene i oppdragsdokumentet ble risikovurdert fram til 2019, men at dette ble avvirket i forbindelse med innføringen av felles topp 5-risikoer i regionen.¹⁹³ Topp 5-risikoene skal være felles for hele foretaksgruppen og ligge fast i en periode på to–tre år før det gjøres en ny prioritering av felles risikoer, jf. kapittel 6.2.1. Disse risikoene har RHF-et valgt i samarbeid med helseforetakene, og de gjenspeiler derfor felles utfordringer for foretakene i denne regionen. Foretakene i Helse Vest har risikovurdert få risikoer som gjelder særskilte utfordringer i det enkelte helseforetak.

Tabell 9 viser videre at bare åtte av helseforetakene tar utgangspunkt både i utfordringer i egen virksomhet og i mål i oppdragsdokumentet når de gjennomfører risikovurderinger på konsekvensområdet *kvalitet i pasientbehandlingen*. Dette innebærer at omtrent halvparten av helseforetakene enten bare tar utgangspunkt i utfordringer i egen virksomhet eller mål i oppdragsdokumentet.

Ahus er et av helseforetakene som gjennomfører risikovurderinger både av styringskravene i oppdragsdokumentet og av andre mål knyttet til *kvalitet i pasientbehandlingen*. Dette foretaket har en egen prosedyre for å identifisere mål og vurdere risikoen for manglende måloppnåelse av disse.¹⁹⁴ Ifølge prosedyren skal alle klinikker gjøre en vurdering av risikoen for manglende oppnåelse av samtlige av klinikkens mål. Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av det tilgjengelige datagrunnlaget og annen relevant informasjon. Hvert enkelt mål skal deretter kategoriseres med lav, middels eller høy risiko ut fra sannsynlighet, som vist i figur 17.

Figur 17 Ahus' kategorisering av risiko for manglende måloppnåelse

Kriterier for mål angitt uten måltall	Kriterier for mål angitt med måltall
Helt sikkert / nesten helt sikkert (grønn)	< 10 % avvik (grønn)
Overveiende sikkert (gul)	> 10 % og < 50 avvik (gul)
Helt sikkert ikke / nesten helt sikkert ikke (rød)	>= 50 % avvik (rød)

Kilde: Akershus universitetssykehus HF. (2021). *Ahus – Mål- og resultatoppfølging OBD Ahus*

For alle målene som vurderes til å ha høy risiko, skal det gjennomføres en grundigere risikovurdering basert på en risikovurderingsprosedyre og mal.

Tabell 9 viser at 4 av 19 helseforetak ikke har gjennomført risikovurderinger av utfordringer på området *kvalitet i pasientbehandlingen* i egen virksomhet. To av disse risikovurderer bare mål og

¹⁹³ Helse Bergen HF. (2022). *Svar til Riksrevisjonen - dokumentoversikt og kommentarer*, 24.11.2022.

¹⁹⁴ Akershus universitetssykehus HF. (2021). *Ahus – Mål- og resultatoppfølging OBD Ahus*.

oppdrag som er gitt i oppdragsdokumentet, mens de to andre ikke har gjennomført noen risikovurderinger på området.

Et av foretakene som ikke har gjennomført noen risikovurderinger på området, er Nordland. Nordland skriver i tertialrapporten for 2022 at strukturerte overordnede risikoanalyser ikke har gitt noen tilleggsgevinst i forhold til ressursene som kreves for å gjennomføre denne typen analyser. Slike risikoanalyser har ifølge helseforetaket i tillegg vist seg å være vanskelige å samkjøre og synkronisere med øvrig aktivitet i foretaket.¹⁹⁵ I den strategiske utviklingsplanen for perioden 2018–2035 gjennomførte imidlertid foretaket risikovurderinger av såkalte kritiske suksessfaktorer knyttet til langsiktige mål, jf. faktaboks 11.¹⁹⁶

Faktaboks 11 Forskjellen på kritiske suksessfaktorer og risikovurderinger

Flere av helseforetakene har identifisert kritiske suksessfaktorer eller drivere for måloppnåelse. Etter at virksomhetens overordnede mål er kartlagt og systematisert, bør de forholdene som det er viktigst å lykkes med for å nå målene, kartlegges.

Slike viktige forhold betegnes i mange sammenhenger som kritiske suksessfaktorer: Dersom man ikke lykkes med dem, kan det hindre oppnåelsen av ett eller flere mål. Det å definere kritiske suksessfaktorer kan gjennomføres i tillegg til – ikke istedenfor – identifisering av risikoer. Ifølge Direktoratet for forvaltning og økonomistyring er identifisering av kritiske suksessfaktorer ett av stegene i god risikostyring, men det er ikke et krav å gjøre dette.

Virksomhetsstyringen forutsetter at ledelsen er kjent med sentrale faktorer som påvirker måloppnåelsen. Identifisering av kritiske suksessfaktorer eller drivere er også et godt utgangspunkt for å identifisere risiko, da det er en sammenheng mellom sentrale faktorer som bidrar til måloppnåelse, og risiko som bør vurderes.

Kilde: Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2008). *Risikostyring i staten*

Når det gjelder hvilke *informasjonskilder* som er brukt i risikovurderingene, viser dokumentanalysen at styret og ledelsen i foretakene får informasjon om områder der de har avvikende resultater på området *kvalitet i pasientbehandlingen*, gjennom virksomhets- eller tertialrapporteringen. Denne informasjonen brukes i den løpende virksomhetsstyringen. Eksempler på kilder til informasjon er

- uønskede hendelser, GTT (Global Trigger Tool)¹⁹⁷
- oversikt over demografi og sykdomsforekomst i pasientgrunnet
- nasjonale kvalitetsregistre
- nasjonale kvalitetsindikatorer

Dokumentanalysen viser at helseforetakene i begrenset grad kan dokumentere at de bruker slik informasjon i risikovurderingene. Bare to av helseforetakene dokumenterer at de har brukt data fra nasjonale kvalitetsindikatorer og uønskede hendelser i risikovurderingene.¹⁹⁸ I dokumentasjonen fra resten av helseforetakene går det ikke fram om slike data er brukt som informasjonskilder i risikovurderingene.

Enkelte helseforetak dokumenterer imidlertid at de har brukt annen informasjon. Førde har for eksempel brukt informasjon fra blant annet internrevisjonen og tilsyn til å beskrive nå-situasjonen for enkelte av de prioriterte risikoene for 2022.¹⁹⁹ Nord-Trøndelag utarbeidet de prioriterte risikoene for 2022 basert på blant annet resultater fra ledelsens gjennomgang på foretaksnivå og i klinikkene og på

¹⁹⁵ Nordlandssykehuset HF. (2022). Styresak 084-2022 *Tertialrapport 2-2022 Nordlandssykehuset HF*.

¹⁹⁶ Nordlandssykehuset HF. (2018). Strategisk utviklingsplan 2018–2035.

¹⁹⁷ [Global Trigger Tool](#) (GTT) er en metode som brukes til å gjennomføre en strukturert journalundersøkelse for å avdekke endring av pasientskader over tid.

¹⁹⁸ Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal.

¹⁹⁹ Helse Førde HF. (2022). *Risikostyring av styringsmål i HFD 1. tertial 2022*.

status for foretakets topp prioriterte risikoer for 2021.²⁰⁰ Omtrent halvparten av helseforetakene omtaler informasjonskilder i retningslinjene, jf. kapittel 5.3.4.

Helseforetakene varierer med hensyn til om *beskrivelsene av risikoene* er konkrete eller ikke. Relativt tydelige risikobeskrivelser er for eksempel «for få spesialister og ubesatte stillinger generelt»²⁰¹, «økte ventetider og fristbrudd» og «pasientgrupper må møte på flere sykehus i sitt pasientforløp»²⁰². I motsatt fall er risikoen beskrevet med bare ett ord, for eksempel «tilgjengelighet» eller «pasient-sikkerhet og kvalitetsforbedring».²⁰³

I underkant av halvparten av helseforetakene har dokumentert hvem som har *deltatt i risikovurderingene* som gjøres på foretaksnivå. Deltakerne er hovedsakelig ledergruppene.

Risikoanalyse

Neste steg i risikovurderingen er å gjennomføre en risikoanalyse. Risikoanalysen skal danne et beslutningsgrunnlag for å håndtere risikoen.

Gjennomgangen av tilsendte dokumenter viser at helseforetakene i varierende grad dokumenterer risikoanalysen som ligger til grunn for risikoene på foretaksnivå. 12 av 17 helseforetak som har dokumentert risikovurderinger på foretaksnivå, har dokumentert vurderingen av sannsynlighet og konsekvens. De 12 helseforetakene har også vurdert risikonivået. Figur 18 viser hvordan Helse Nord-Trøndelag framstiller vurderingene av sannsynlighet, konsekvens og risikonivå for fire av sine prioriterte risikoer.

Ytterligere tre helseforetak har dokumentert vurderingen av risikonivået, men uten å dokumentere grunnlaget for vurderingen, det vil si fastsettelse av sannsynligheten for eller konsekvensene av at hendelsene inntreffer.

Figur 18 Sannsynlighet, konsekvens og risikonivå i Nord-Trøndelag

Risiko område	Før tiltak		
	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko
Rekruttere, utdanne og beholde	5	5	10
Helseplattformen	5	5	10
Økonomi	5	5	10
Bygg/areal	4	4	8

Kilde: Helse Nord-Trøndelag. (2022). *10 på topp risiko Helse Nord-Trøndelag*

Risikoevaluering

Siste steg i risikovurderingen er å evaluere risikoen, det vil si å beslutte om det er nødvendig å iverksette tiltak for å håndtere risikoen. Beslutningen tar utgangspunkt i risikoanalysen og risikoakseptkriterier. I retningslinjene for risikostyring til foretaksgruppene Helse Vest og Helse Midt-Norge står det at risikoanalysen bør beskrive begrensninger i kunnskap og informasjonens

²⁰⁰ Helse Nord-Trøndelag HF. (2022). Sak 45/2022 *Styringskrav og rammer – Ti på topp-risikoer*.

²⁰¹ Helgelandssykehuset HF. (2022). Styresak 81 *Tertialrapport 2. tertial 2022*.

²⁰² Sykehuset Innlandet HF. (2022). *Tertialrapport 2. tertial 2022*.

²⁰³ Sykehuset Telemark. (2022). Sak 079/2022 *Virksomhetsrapport per 2. tertial 2022*.

pålitelighet. Det er imidlertid bare et fåtall av helseforetakenes retningslinjer som omtaler dette, jf. kapittel 5.

I mange risikovurderinger står det ingenting om hvilket kunnskapsgrunnlag eller hvilke metoder som er brukt. Når denne typen informasjon mangler, kan risikoanalyser med presise beskrivelser av sannsynligheten for at ulike hendelser inntreffer, og mulige konsekvenser av disse framstå som mer robuste enn de faktisk er. Dette bidrar til å svekke kvaliteten på beslutningsgrunnlaget til ledere på et høyere nivå og reduserer ledelsens mulighet til å vurdere om det for eksempel bør hentes inn mer informasjon før planlagte tiltak gjennomføres.

Gjennomgangen av de innhentede risikovurderingene viser at mange helseforetak har dokumentert planlagte risikoreduserende tiltak. Det går imidlertid ikke fram av dokumentasjonen hvilke vurderinger som ligger til grunn for de valgte tiltakene, eller hvorfor risikovurderinger ikke er fulgt opp med tiltak.

7.1.3 Risikohåndtering

Hensikten med risikohåndtering er å velge og iverksette tiltak som kan redusere risikoen for manglende måloppnåelse.

Risikoreduserende tiltak

Analysen viser at 14 av de 17 helseforetakene som har gjennomført risikovurderinger, har sendt oss dokumentasjon som viser planlagte tiltak for å håndtere risiko. Dette kan være tiltak knyttet til prioriterte risikoer, risiko for ikke å nå styringsmål i oppdragsdokumentet eller andre styringsmål på kvalitet gjeldende for året.²⁰⁴

Alle helseforetakene i Helse Midt-Norge har dokumentert risikoreduserende tiltak i tråd med de regionale retningslinjene for risikostyring. Fra de andre regionene er det eksempler på at helseforetak har vurdert en risiko som høy, uten å ha dokumentert risikoreduserende tiltak. Dette kan ha sammenheng med at det er flere helseforetak i Helse Nord og Helse Sør-Øst som ikke har egne retningslinjer som beskriver hvilken informasjon som bør dokumenteres i risikohåndteringen, og at denne informasjonen heller ikke inngår i de regionale retningslinjene, jf. kapittel 5.3.5.

Dokumentanalysen viser at det er variasjon mellom helseforetakene med hensyn til om tiltakene er overordnede eller konkrete. Det er bare 5 av 14 helseforetak som har eksempler på at planlagte tiltak er konkrete. Et eksempel på et relativt konkret tiltak er «økt tilgang på enerom/isolat».²⁰⁵ I flere av risikovurderingene er tiltakene mindre konkrete, for eksempel «organisatoriske og ressursutnyttelses-tiltak for å redusere risiko i løpet av 2. og 3. tertial».²⁰⁶ Lite konkrete tiltak gjør det vanskeligere å vurdere om de er gjennomført, og om de har hatt risikoreduserende effekt. Det framgår ikke av innsendte risikovurderinger om det er tatt hensyn til økonomi i valget av tiltak.

Over halvparten (9) av de 14 helseforetakene har dokumentert restrisiko, det vil si hvilken effekt tiltakene forventes å ha på risikoen. Dette kan framstilles visuelt, jf. figur 19. De resterende 5 helseforetakene har ikke dokumentert om den forventede effekten av tiltakene vil bidra til å redusere risikoens sannsynlighet eller konsekvens til et akseptabelt nivå.²⁰⁷

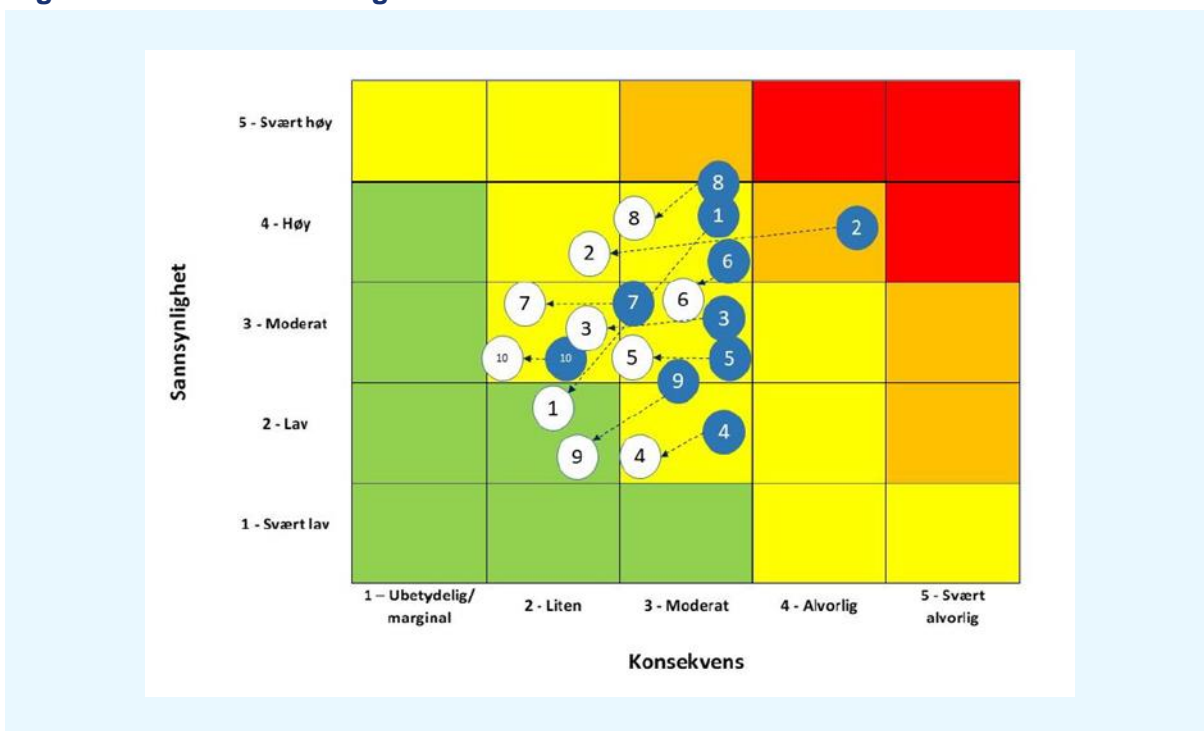
²⁰⁴ Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, St. Olav, Finnmark, Helgeland, UNN, Ahus, OUS, Telemark, Førde, Stavanger, Innlandet, Sørlandet og Vestre Viken.

²⁰⁵ Helse Møre og Romsdal HF. (2022). Sak 30-22 - Vedlegg 1 - Topp 10 risiko i Helse Møre og Romsdal.

²⁰⁶ Akershus universitetssykehus HF. (2022). Sak 02-22 Vedlegg 3 Mål og resultatoppfølging per 3.

²⁰⁷ Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, St. Olav, Finnmark, Helgeland, Nordland og OUS.

Figur 19 Risikobildet før og etter tiltak



Kilde: Helse Møre og Romsdal HF. (2022). Sak 77-22 – Vedlegg 1 – Topp 10 høst tiltak

Figur 19 viser det nåværende risikonivået og den forventede utviklingen av ulike risikoer når tiltak er gjennomført. Hver sirkel står for en risiko. Den forventede effekten av å gjennomføre tiltak mot risiko nummer én er for eksempel at både sannsynlighet og konsekvens blir redusert, slik at risikonivået reduseres til akseptabelt nivå.

Sørlandet er et av helseforetakene som dokumenterer hvilken effekt tiltakene forventes å ha på risikoen. Ifølge foretakets retningslinjer skal aksept av restrisiko som etter gjennomførte tiltak fortsatt ligger utenfor vedtatte risikoakseptkriterier, begrunnes og dokumenteres av leder. Når risiko ligger utenfor en leders fullmakt, skal risikoen behandles på et høyere nivå.

Ansvar og tidsfrister

For å sørge for at tiltak blir gjennomført, bør det pekes ut en som skal være ansvarlig for gjennomføringen av tiltak. Av de 14 helseforetakene som har dokumentert tiltak, har halvparten dokumentert hvem som er ansvarlig for å gjennomføre tiltakene.²⁰⁸ Bare fire av disse sju har dokumentert når det forventes at tiltakene blir gjennomført.²⁰⁹

7.1.4 Oppfølging av risiko

Med oppfølging menes gjennomføringen av tiltakene som er besluttet iverksatt for å minimere eller redusere risikoen, og vurderingen av risikoen etter at tiltakene er gjennomført. Strukturert oppfølging av risiko (gjennomføring og evaluering av tiltak) kan skje på følgende måter:

- i form av skriftlig rapportering eller oppdatering, det vil si dokumentert oppfølging av tiltak, oppdatering av tiltaksplan og eventuelt rapportering til overordnet nivå
- i møter, for eksempel kvalitetsutvalg, fagmøter, ledermøter o.l. som behandler risiko, noe som ikke nødvendigvis dokumenteres i et referat

²⁰⁸ Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, St. Olav, Finnmark, Helgeland, Telemark og Førde.

²⁰⁹ Nord-Trøndelag, St. Olav og Vestre Viken.

- i dataprogrammer som brukes til risikostyring, der man kan registrere oppfølging av risikovurderinger og tiltaksplaner

Mange av helseforetakenes retningslinjer gir begrenset informasjon om hvordan planlagte tiltak skal følges opp og rapporteres, jf. kapittel 5.3.6. Det finnes ikke eksempler på at foretak bruker maler eller standardiserte skjemaer for tiltaksoppfølging. Vi har heller ikke mottatt rapporter eller utskrifter fra datasystemene som dokumenterer oppfølging av risiko fra noen av de fem foretakene som har oppgitt å bruke egne datasystemer.²¹⁰

Én måte å integrere risikostyringen i virksomhetsstyringen på en strukturert og regelmessig måte er å legge rapporteringen av risiko og oppfølgingen av denne inn i faste virksomhetsrapporter. Gjennomgangen av virksomhets- og tertialrapporteringen viser at det er ni helseforetak som i ulik grad dokumenterer status for gjennomførte tiltak i slik rapportering.²¹¹ Sørlandet er et av foretakene som skiller seg ut. Foretaket har et dokumentert eksempel på tiltak og forventet effekt på risiko etter tiltak i tertialrapportering til styret, jf. figur 20.

Figur 20 Eksempel på dokumentasjon av gjennomførte tiltak og effekt på risikonivået

		(Sannsynlighet - Konsekvens)			
Nr	Risikoomåde	Risiko manglende måloppn.	Risiko-nivå rapp. 3. tertial 2021	Risiko-nivå 2. tertial	Overordnede tiltak i 3.tertial:
					Risiko-nivå pr.31.03.22 etter tiltak
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet					
14	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, reduseres til 10% eller lavere		2-2	2-2	
15	Andel enheter med godt sikkerhetsklima utgjør minst 75%		2-2	2-2	Oppfølging ForBedring 2021 i alle enheter. 81 % av enhetene på SSHF svarer 75 eller bedre. Referansen (HSØ) var 82 %.
16	Forbruk av bredspekret antibiotika reduseres med 30% sammenliknet med 2012		2-3	2-3	Økt fokus og datavarehusløsning etableres høsten 2021

Kilde: Sørlandet sykehus HF. (2022). *Risikovurdering 3. tertial 2021*

Andre eksempler er Møre og Romsdal og Telemark. Møre og Romsdal har iverksatt et arbeid med en faglig utviklingsplan på bakgrunn av en risikovurdering innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Telemark har, etter en risikovurdering innenfor konsekvensområdet bemanning og kompetanse, innført særavtaler for sykepleiere og jordmødre for å kunne gjennomføre sommeravviklingen.²¹² Det kan for øvrig hende at noen helseforetak dokumenterer oppfølgingen i andre dokumenter, men dette inngår ikke i undersøkelsen.

Som en del av mål- og resultatstyringen har alle helseforetakene oversikt over status hittil i år på utvalgte kvalitetsindikatorer. Noen helseforetak vurderer også forventet måloppnåelse for året. Det er forskjeller i disse to tilnærmingene. Status hittil i år kan for eksempel indikere at det er behov for å iverksette tiltak for å bedre måloppnåelsen. Samtidig kan det allerede være iverksatt tiltak som ennå ikke har hatt effekt, men der effekten forventes å gjøre seg gjeldende før utgangen av året. I så fall vil risikoen for manglende måloppnåelse bli vurdert som lav, til tross for at statusen viser svake resultater. Ahus er et av helseforetakene som også vurderer forventet måloppnåelse i forbindelse med tertialrapporteringen.

²¹⁰ Helseforetakene som har dataprogram er Bergen, Innlandet, Vestre Viken, OUS og Sørlandet.

²¹¹ Dette er Møre og Romsdal, Helgeland, Telemark, Stavanger, Vestre Viken, Nord-Trøndelag og St. Olav.

²¹² Sykehuset i Telemark HF. (2022). Styresak 079-2022 *Virksomhetsrapport per 2. tertial 2022*.

Ahus har en prosedyre for oppfølging av mål og oppgaver.²¹³ Arbeidet med mål- og resultatoppfølgingen starter i avdelingene, aggregeres deretter på divisjons-/klinikknivå og til sist på foretaksnivå. Resultater framstilles i tertialrapporter. Figur 21 viser et utdrag fra denne rapporteringen. Hvert tertial skal alle målene til klinikkene gjennomgås for å vurdere om risikobildet har endret seg. Dersom risikobildet er vesentlig endret eller ny risiko for manglende måloppnåelse har kommet til, må de berørte klinikkene gjennomføre risikovurdering og identifisere tiltak som skal følges opp til neste tertial.

Figur 21 Eksempel på Ahus' statusrapportering etter første tertial

Mål og oppgaver	Ant.	Lav risiko	Middels risiko	Høy risiko
Ahus hovedmål	*11	3 (3)	3 (4)	5 (4)
Oppdrag og bestilling fra HSØ	64 (56)	39 (43)	18 (10)	7 (3)
Internkontrollmål	11	7 (5)	2 (5)	2 (1)
Prioriterte aktiviteter	2	1 (1)	1 (1)	- (-)
Sum	88 (80)	50 (52)	24 (20)	14 (8)

*Ahus har ti hovedmål, men måltall for mål 7 er todelt (A & B)

Kilde: Akershus universitetssykehus HF. (2022). Sak 65/22 *Rapport pr. 2. tertial 2022, Vedlegg 2*

I tillegg til tabellen ovenfor inneholder tertialrapporten til Ahus en redegjørelse for arbeidet med å nå hvert av målene og informasjon om oppfølgingsansvarlig og gjennomføringsansvarlig.²¹⁴ Den beskriver også endringer i sannsynligheten for manglende måloppnåelse, det vil si når sannsynligheten for at mål ikke nås, er endret fra lav eller middels til høy.

7.2 Risikostyring på operativt nivå i klinikker som har ansvar for fødeavdelingene

7.2.1 Mål på operativt nivå

Mål bør operasjonaliseres på relevante nivåer i foretakene. 11 av de 19 helseforetakene har operasjonalisert mål om kvalitet på operativt nivå knyttet til fagområdet fødsel. De fleste av disse gjør dette gjennom å knytte målene til kvalitetsregistre eller nasjonale kvalitetsindikatorer. Dette kan blant annet være dokumentert i klinikk- eller avdelingsplaner eller i lederavtaler.

Møre og Romsdal, som er et eksempel på et foretak som bruker operasjonaliserte mål i styringen av fødeavdelingen, redegjør for rutinene slik:

«Det utarbeides årlig faglige kvalitetsmål for fødselsomsorgen i HMR [Helse Møre- og Romsdal] og som er felles for fødeavdelingene i klinikkene i foretaket. Fagnettverket mellom sykehusene i HMR utarbeider de faglige målene i samarbeid med seksjonsledere og avdelingssjefer med ansvar for fagområdet. Formålet er å ivareta oppfølging av prioriterte kvalitetsindikatorer, kvalitetssikre tjenesten og bidra til reduksjon av uønsket variasjon. Seksjonsleder organiserer arbeidet med oppfølging av måltall ved egen seksjon, og har ansvar for at resultatet blir presentert for ansatte minst to ganger årlig. Det er også utarbeidet strategiske målsetninger nedfelt i Strategisk kompetanseplan.»²¹⁵

²¹³ Akershus universitetssykehus HF. (2021). *Ahus - Mål- og resultatoppfølging OBD Ahus*.

²¹⁴ Akershus universitetssykehus HF. (2022). Vedlegg 2 1. tertial 2022.

²¹⁵ Helse Møre og Romsdal HF. (2022). *Risikostyring i helseforetakene - innhenting av dokumenter og redegjørelser – Besvarelse fra Helse Møre og Romsdal, 23.11.2022*.

Møre og Romsdal har fastsatt elleve faglige mål for fødselshjelp/obstetrikk for 2022–2023.²¹⁶

OUS utarbeider oppdragsdokumenter med mål og krav både for klinikker og avdelinger. Disse dokumentene tar utgangspunkt i foretakets overordnede mål og viderefører aktuelle mål til de enkelte klinikkene.

- I retningslinjen *Kvalitetsindikatorer Kvinneklinikken* er en rekke indikatorer med tilhørende operative mål oppgitt.²¹⁷
- I oppdrag til klinikken og avdelingen for 2022 er en rekke mål og krav fra oppdragsdokumentet oppgitt.²¹⁸
- Foretaket skriver i sitt skriftlige svar at mål i nasjonale kvalitetsregistre har inngått i ledelsens gjennomgang tidligere, men ikke siste år.²¹⁹ Dette skal avløses av en indikatoroversikt som etter planen skal brukes i økende grad framover.

På samme måte som på foretaksnivå kan klinikkene i strategiske dokumenter ha utarbeidet langsiktige mål om *kvalitet i pasientbehandlingen*. Disse er generelt utformet og må konkretiseres eller operasjonaliseres videre for å være til nytte i styringen og for å kunne danne grunnlag for risikostyring. Uklare målformuleringer kan gi utfordringer når målene skal risikovurderes.

UNN er et eksempel på et foretak som kun har ett overordnet og langsiktig mål for fødeavdelingen:

«Det overordna hovedmål er «TRYGG FØDSEL» hvor fødende skal motta kunnskapsbasert og målrettet fødselshjelp av høy faglig kvalitet og omsorgsfull hjelp»²²⁰

Klinikker som har ansvar for fødeavdelinger, kan også ha ansvar for andre fagområder enn fødsel. Flere klinikker kan derfor ha mål som er mer overordnede (som dekker flere fagområder).

7.2.2 Risikovurderinger

Som det går fram av kapittel 4.2, er det stor variasjon i bruken av risikovurderinger som virkemiddel i fødeavdelingene. En gjennomgang av tilsendte dokumenter viser at 15 helseforetak har gjennomført risikovurderinger i fødeavdelingene, mens fire helseforetak ikke gjennomfører risikovurderinger på dette operative nivået.²²¹

Totalt har vi mottatt dokumentasjon på 128 risikovurderinger utført i fødeavdelingene i undersøkelsesperioden (2019–2022). De videre analysene er basert på et utvalg (73) av disse risikovurderingene, jf. kapittel 2.3.

I den videre beskrivelsen kartlegger vi hvor stor andel av risikovurderingene som tilfredsstillende god praksis når det gjelder de ulike elementene i risikostyringsprosessen. Vi kartlegger også hvor mange helseforetak som kan dokumentere minst én risikovurdering som tilfredsstillende god praksis når det gjelder de ulike elementene. Hovedinntrykket er at mange av risikovurderingene ikke er i tråd med god praksis.

Identifisering av risiko

Den første delen av en risikovurdering går ut på å identifisere hendelser som kan hindre måloppnåelsen. Gjennomgangen av de 73 utvalgte dokumentene med risikovurderinger som er gjennomført

²¹⁶ Helse Møre og Romsdal HF. (2022). *Faglige mål fødselshjelp/obstetrikk - HMR 2022–2023*.

²¹⁷ Oslo universitetssykehus HF. (2022). *Kvalitetsindikatorer Kvinneklinikken*, retningslinje.

²¹⁸ Oslo universitetssykehus HF. (2022). *Oppdrag for 2022 – Drift og investeringer* og Oslo universitetssykehus HF. (2022). *Oppdrag for 2022 – Fødeavdelingen*.

²¹⁹ Oslo universitetssykehus HF. (2022). *Svar til Riksrevisjonen - dokumentoversikt og kommentarer*, 24.11.2022.

²²⁰ Universitetssykehuset i Nord-Norge HF. (2022). *Målsetting for fødselsomsorgen – Kvinneklinikken UNN*.

²²¹ De fire er Nordland, UNN, St. Olav og Førde.

på operativt nivå, viser at mål i liten grad er definert.²²² Det betyr at det ikke er gjort en kobling mellom risikoen som beskrives, og hvilket mål den påvirker.

Bakgrunnen for at risikovurderingen er utarbeidet, er imidlertid dokumentert i flertallet (63 prosent) av dokumentene. For mange av risikovurderingene er bakgrunnen at fødeavdelingen eller fødetilbudet skal omorganiseres (12 prosent), hendelsesanalyser i egen enhet (4 prosent) eller bemanning i sommerferien (7 prosent). Dette er i overensstemmelse med de ulike begrunnelsene som Helsedirektoratet gir for hvorfor det bør gjennomføres risikovurderinger, jf. faktaboks 12.

Vi finner at gjentatt observasjon av risiko er oppgitt som bakgrunnen for risikovurderinger på operativt nivå i seks helseforetak.²²³ I to klinikker er hendelsesanalyser av uønskede hendelser i egen enhet utgangspunkt og datagrunnlag for å gjennomføre risikovurderinger.

Faktaboks 12 Grunner til å gjøre en risikovurdering på operativt nivå

Formålet med en risikoanalyse er å identifisere risiko som kan medføre dårligere kvalitet eller dårligere pasient- og brukersikkerhet i virksomheten. Det kan være risiko i den eksisterende virksomheten eller risiko som oppstår i forbindelse med planlagte endringer.

1. Risiko i virksomheten

- Det foreligger gjentatte observasjoner av risiko og mindre alvorlige hendelser i en bestemt arbeidsprosess, for eksempel håndtering av henvisninger og legemidler.
- Medarbeidere anser at en arbeidsoppgave eller en bestemt situasjon er risikofylt, for eksempel informasjonsoverføring.
- Uønskede hendelser har inntruffet et annet sted i helsetjenesten, men kunne ha skjedd i egen virksomhet.
- Det er gjort flere hendelsesanalyser innenfor et område, men man vurderer at det fremdeles er betydelig risiko.

2. Før planlagte endringer

- Ny teknologi skal innføres, for eksempel nye IKT-verktøy.
- En ny medisinsk metode, medisinsk teknisk utstyr eller annen type ny prosess skal iverksettes.
- Endringer i organisasjonen, for eksempel sammenslåing av ulike virksomheter, ferieavvikling eller innføring av en annen driftsmodell i helg og ferier, skal iverksettes.

Kilde: Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018)

Når man identifiserer risikoer, bør man benytte relevante kilder. En gjennomgang av de 73 utvalgte dokumentene som inneholder risikovurderingene, viser hovedsakelig at helseforetakene i liten grad dokumenterer hvilke kunnskapsgrunnlag som er brukt i risikovurderinger på operativt nivå. Det går for eksempel ikke fram om det er brukt data om uønskede hendelser, kvalitetsregistre eller kvalitetsindikatorer som informasjonskilder under gjennomføringen av risikovurderinger.

Kun tre helseforetak har dokumentert hvilken informasjon eller hvilke data som er brukt som grunnlag for risikovurderingene vi har mottatt.²²⁴ To av disse foretakene har brukt informasjon fra statistikk og fra intervjuer med ledere eller ansatte i foretakene.²²⁵ De samme to helseforetakene har også brukt annen informasjon, for eksempel innspill fra fagekspertter. I det tredje helseforetaket er det brukt

²²² De som har brukt Excel-mal, har en hovedmeny der målene framgår. Helseforetak som bruker dette, er Ahus og Helgeland, Østfold, Vestfold og Vestre Viken har ikke brukt mal, men har omtalt målet i risikovurderingene.

²²³ Stavanger, Ahus, OUS, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Telemark.

²²⁴ OUS, Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag.

²²⁵ Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag.

avviksregistreringer knyttet til pasientsikkerhet.²²⁶ Flere helseforetak benytter trolig informasjon fra slike registreringer uten at det er dokumentert i risikovurderingene.

I to av helseforetakene har operativt nivå tatt med en vurdering av de økonomiske konsekvensene i enkelte av risikovurderingene.²²⁷

I flertallet av risikovurderingene (68 prosent) er de som har deltatt i gjennomføringen, oppgitt. Deltakerne omfatter ofte en leder på fødeavdelingen eller klinikken. I et fåtall av risikovurderingene kommer det fram hvilke roller de andre deltakerne har, for eksempel om det er verneombudet, brukerorganisasjoner eller andre interessenter (andre avdelinger, kommuner, pasienter eller pårørende).

Risikoanalyse

I 71 prosent av risikovurderingene vi har gått gjennom, er risikoens sannsynlighet og konsekvens vurdert. I disse tilfellene er også *risikonivået* (som er en kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens) beskrevet. Alle de 15 helseforetakene som har sendt risikovurderinger, har dokumentert sannsynlighet, konsekvens eller risikonivå.

Risikonivået danner grunnlag for å prioritere hvilke risikoer som anses som vesentlige når det gjelder å kunne påvirke måloppnåelsen. Når risikonivået (sannsynlighet og konsekvens) ikke er dokumentert, er det vanskelig å vurdere om det er nødvendig å prioritere tiltak for å håndtere risiko.

Risikoevaluering

Bare et fåtall helseforetak har retningslinjer som viser til at begrensninger i kunnskapsgrunnlaget og informasjonens pålitelighet bør beskrives i risikoanalysen. Helseforetakene har heller ikke maler som legger opp til at man skal beskrive denne usikkerheten, jf. kapittel 5. Dokumentanalysen av de gjennomførte risikovurderingene viser at kunnskapsgrunnlaget sjelden dokumenteres. Mangler i risikoanalysen svekker grunnlaget for beslutninger om hvorvidt det er nødvendig å iverksette tiltak for å håndtere risiko (risikoevaluering).

Gjennomgangen av de innhentede risikovurderingene viser at en del helseforetak har dokumentert planlagte risikoreducerende tiltak. Det framgår imidlertid ikke av dokumentasjonen hvilke vurderinger som ligger til grunn for de valgte tiltakene, eller hvorfor risikovurderinger ikke er fulgt opp med tiltak. Dette svekker kvaliteten på beslutningsgrunnlaget til ledere på et høyere nivå og reduserer ledelsens mulighet til å vurdere om det for eksempel bør hentes inn mer informasjon før planlagte tiltak for å håndtere risikoen gjennomføres.

Bruk av risikovurderingsmaler

På operativt nivå bruker helseforetakene risikovurderingsmaler (standardskjemaer) i dokumentasjonen av risikovurderinger. En mal gir føringer og rammer for hvordan en risikovurdering skal utføres. En mal som mangler et felt for å registrere en gitt opplysning, vil altså ikke kunne dokumentere denne opplysningen, som dermed utelates fra risikovurderingen. Som vist i kapittel 5 mangler malene ulike felter for informasjon.

Når det gjelder den praktiske bruken av malene, finner vi mange tilfeller av at de ikke er fullstendig utfylt, og at nødvendig informasjon ikke er registrert. I noen av helseforetakene er mange maler mer fullstendig utfylt enn i andre foretak. Vedlegg 6 inneholder et eksempel på en mal som er helt utfylt. At malene mangler felt, eller ikke blir utfylt, er årsakene til manglene som er påpekt tidligere i dette kapittelet

²²⁶ Oslo universitetssykehus. (2021). Fødeavdelingen ROS 2021.

²²⁷ Nord-Trøndelag har gjort det i én av to, Vestre Viken har gjort det i tre av fem. Ellers har ingen helseforetak slik dokumentasjon.

7.2.3 Risikohåndtering

Risikohåndtering innebærer å velge og iverksette tiltak som kan redusere risikoen for manglende måloppnåelse. God praksis tilsier at foretakene bør dokumentere hvilke tiltak som skal iverksettes, hvem som er ansvarlig for å iverksette tiltakene, og tidsfrist for gjennomføringen. Hensikten med dette er å sikre at tiltak blir gjennomført.

Risikoreducerende tiltak

Gjennomgangen av de utvalgte dokumentene viser at tiltak er dokumentert i 58 prosent av dokumentene fra de 15 helseforetakene som har gjennomført risikovurderinger. Dette innebærer at det i flere risikovurderinger ikke finnes dokumenterte forslag om tiltak, selv om risikonivået er høyere enn akseptert og derfor tilsier at det burde iverksettes tiltak. Dette er spesielt alvorlig hvis risikoen vurderes til å ha alvorlige konsekvenser.

I de tilfellene der det er lagt inn tiltak i risikovurderingene, er de fleste av dem relativt konkrete, for eksempel å « redusere aktiviteten ved å stenge fødestuer », ²²⁸ « utarbeide opplæringsplan for nytilsatte », ²²⁹ « holde veiledningskurs for praksisveiledere » og « øke simuleringstreningen for studenter ». ²³⁰ Imidlertid er det også tilfeller der tiltakene er relativt vage, for eksempel å « arbeide med sykefravær i avdelingen ». ²³¹

Tiltak foreslås og besluttes for å redusere risikonivået. Det betyr at tiltaket skal føre til at risikoen sannsynlighet eller konsekvens (eller begge) reduseres. I omtrent halvparten av de utvalgte dokumentene som omtaler tiltak, går det ikke fram forventet effekt på sannsynligheten eller konsekvensene som følge av at tiltakene innføres. Imidlertid er det fire helseforetak der operativt nivå ikke har dokumentert dette. Dette betyr at det er eksempler på at operativt nivå har foreslått tiltak, men uten at det kommer fram hvilken effekt tiltaket forventes å ha på risikoen (restrisikoen).

Ansvar og tidsfrist

Analysen viser at det i nesten to tredjedeler av de undersøkte risikovurderingene ikke er dokumentert hvem som er ansvarlig for å gjennomføre tiltakene. 6 av de 15 foretakene har ikke noen eksempler på risikovurderinger der det er dokumentert hvem som har ansvar for å gjennomføre risikoreducerende tiltak.

I en fjerdedel av risikovurderingene der det er planlagt tiltak, inkluderes tidsfrist for når tiltakene skal gjennomføres. I en del av disse er fristen for gjennomføringen « fortløpende ». Det er med andre ord ikke satt en konkret frist for når tiltakene skal gjennomføres eller evalueres. Ingen av de kontrollerte risikovurderingene inneholder informasjon om hvordan eller når gjennomføring og status for tiltak skal rapporteres.

7.2.4 Oppfølging av risiko

Hensikten med å følge opp risiko er å vurdere om tiltakene er gjennomført og har hatt den forventede effekten på risikoen. En løpende oppfølging av risikoene vil være en viktig del av ledelsens samlede styringsinformasjon og en del av den samlede risikostyringen. Oppfølging av risiko kan skje som en del av den løpende virksomhetsrapporteringen.

Dokumentanalysen av risikovurderinger viser at åtte helseforetak har eksempler på eksisterende tiltak på operativt nivå. ²³² Dette er tiltak som tidligere er besluttet iverksatt. Å inkludere eksisterende tiltak i

²²⁸ Sykehuset i Østfold HF. (2022). *Risikovurdering føde-barsel tilbud sommer 2022 kvinneklinikken*.

²²⁹ Helse Stavanger HF. (2022). *Risikovurdering årsplan jordmødre føde - barsel*.

²³⁰ Helse Stavanger HF. (2022). *Risikovurdering driftsreduksjon KK høst 2022*.

²³¹ Finnmarkssykehuset HF. (2021). *ROS-analyse HMS Klinikk Hammerfest – Kvinne-barn – Fødegyn og poliklinikk 2021*.

²³² I 8 av de 16 helseforetakene som har sendt risikovurderinger på operativt nivå.

risikovurderingen gjør det mulig å følge opp tidligere iverksatte tiltak, og videre vurdere om tiltakene har hatt effekt på risiko.

Helseforetakene har blitt bedt om å sende oss dokumentasjon på at tiltak knyttet til risikovurderinger som gjelder fødeavdelingene, har blitt fulgt opp, det vil si at de har blitt gjennomført og evaluert. Svært få helseforetak kan dokumentere at tiltak har blitt gjennomført, utover dokumentasjon av eksisterende tiltak. Sju helseforetak har utarbeidet skriftlige rutiner for rapportering av risiko fra lavere til høyere nivå i foretakene, jf. kapittel 5.²³³ To av disse har sendt oss dokumentasjon på at tiltak blir fulgt opp på operativt nivå.²³⁴

Med ett unntak inneholder heller ikke risikovurderingsmalene som helseforetakene bruker, egne felter for å registrere gjennomføring og oppfølging av planlagte tiltak og eventuell restrisiko etter gjennomførte tiltak. Det finnes likevel enkelte eksempler fra operativt nivå på at kommentarfelter i risikovurderingsmalen er brukt for å notere status for gjennomførte tiltak.²³⁵

To foretak opplyser at de følger opp tiltak i møter.²³⁶ Vi antar at dette kan være tilfelle for flere foretak, uten at det nødvendigvis blir referatført. OUS har opplyst at foretaket er i ferd med å innføre en rapporteringsrutine som skal gi oversikt over status på tiltak etter risikovurderinger. OUS er videre i ferd med å ta i bruk et dataprogram for risikostyring som også vil kunne brukes til å registrere og rapportere oppfølging av risikovurderinger.

7.3 Samsvar mellom risikostyring på foretaksnivå og operativt nivå

I kapittel 7.1 og 7.2 beskriver vi hvordan henholdsvis overordnet og operativt nivå i helseforetakene har dokumentert arbeidet med risikostyring. I dette kapittelet beskriver vi sammenhengen mellom risikoarbeidet på de to nivåene. I tillegg beskriver vi sammenhengen mellom praksis og retningslinjer, slik de er beskrevet i kapittel 5.

For å kunne vurdere risiko på et overordnet nivå bør ledelsen ha en oppfatning av hvordan risiko på lavere nivåer håndteres. Når risikostyringen er fullt ut integrert i virksomhetsstyringen, vil ledelsen ha informasjon fra risikovurderinger på lavere nivåer i organisasjonen som grunnlag for den overordnede risikovurderingen.

7.3.1 Operasjonalisering av mål

Som vist i kapittel 7.1 har åtte helseforetak dokumentert at de har operasjonalisert mål utover målene i oppdragsdokumentet på foretaksnivå. I kapittel 7.2 går det fram at elleve helseforetak har operasjonalisert mål på operativt nivå. Fire foretak har operasjonalisert mål på begge nivåer, mens fire av foretakene ikke har dokumentert at de har operasjonalisert mål på noen av nivåene.

Analysen viser dermed at 15 av helseforetakene ikke har dokumentert at de har operasjonalisert mål knyttet til *kvalitet i pasientbehandlingen* både på foretaksnivå og på operativt nivå. Disse foretakene har dermed et mangelfullt utgangspunkt både for å identifisere risiko og for å integrere risikostyringen i den øvrige virksomhetsstyringen.

7.3.2 Risikoidentifisering og -vurderinger

Dokumentgjennomgangen viser at et flertall av helseforetakene har gjennomført risikovurderinger både på foretaksnivå og på operativt nivå. På operativt nivå er det imidlertid mange helseforetak som

²³³ Ahus, OUS, Sørlandet, Telemark, Førde, Helgeland og Innlandet.

²³⁴ Ahus og Sørlandet.

²³⁵ Bergen og Stavanger.

²³⁶ Telemark og Fonna.

gjennomfører få risikovurderinger, til tross for at det står i retningslinjene at risikovurderinger skal skje både på foretaksnivå og på operativt nivå, jf. kapittel 5.

Seks helseforetak har kun gjennomført risikovurderinger på ett av de to nivåene.²³⁷ Fire av disse har dokumentert at de kun gjennomfører risikovurderinger på foretaksnivå,²³⁸ mens to kun gjør dette på operativt nivå.²³⁹

For tre av disse seks foretakene kan dette ha sammenheng med at retningslinjene bare er rettet mot et av nivåene, jf. kapittel 5.²⁴⁰ De tre andre følger derimot ikke sine egne retningslinjer, der det pekes på at risikovurderinger skal utarbeides på begge nivåer.

Analysene viser at ingen av helseforetakene har dokumentert god praksis i alle stegene i risikostyringsprosessen (i henhold til NS-ISO 31000:2018), verken på foretaksnivå eller på operativt nivå. Sju helseforetak på foretaksnivå har imidlertid risikovurderinger der blant annet følgende sentrale elementer i risikostyringen dokumenteres:

- bakgrunnen for eller formålet med risikovurderingen
- en vurdering av sannsynligheten for at identifiserte risikoer inntreffer, og mulige konsekvenser
- planlagte tiltak for å redusere risiko²⁴¹

Seks helseforetak har eksempler på risikovurderinger på operativt nivå som dokumenterer punktene ovenfor.²⁴² Kun to av helseforetakene kan dokumentere disse sentrale elementene i risikostyringsprosessen for både overordnet og operativt nivå. Disse to helseforetakene har imidlertid gjort få risikovurderinger på operativt nivå (Helgeland og Innlandet).

På begge nivåene er det slik at flere av helseforetakene som viser eksempler på god praksis, også har retningslinjer som beskriver god praksis. Samtidig er det også slik at flere av dem ikke har egne retningslinjer for risikostyring, jf. kapittel 5.

7.3.3 Oppfølging av risiko

Analysene viser at det er svært få helseforetak som dokumenterer at risikovurderinger på operativt nivå i fødeavdelingene blir fulgt opp og rapportert. Det vil si at de verken har dokumentert at tiltak er gjennomført, effekten av tiltak eller vurderinger av restrisiko etter at tiltak er gjennomført. Dette er heller ikke rapportert til relevant nivå.²⁴³

Som omtalt i kapittel 5.4.1 har fem av helseforetakene egne dataprogrammer for risikostyring. Slike programmer vil kunne ha en rapporterings- eller oppslagsfunksjon for blant annet oppfølging av tiltak og status på risiko. Disse fem har ikke sendt oss annen dokumentasjon på rapportering enn helseforetakene som ikke har slike dataprogrammer.

Fjorten helseforetak har ikke sendt oss foretakets retningslinjer for rapportering av risiko og kan dermed ikke dokumentere at de har en rutinefestet rapportering av risiko. Noen av foretakene har redegjort for rapporteringspraksisen sin i skriftlige svar, uten at dette er dokumentert nærmere.

Redegjørelsene har ulik detaljeringsgrad. De mest detaljerte omtaler blant annet tidsfrister og hvordan informasjon om risiko aggregeres i klinikkene og til foretaksledelsen. Retningslinjer og rutiner for oppfølging og rapportering av risiko beskrives i kapittel 5.

²³⁷ Foretaksnivå: Vestfold, Vestre Viken og Fonna. Operativt nivå: St. Olav, Nordland, UNN og Førde.

²³⁸ St. Olav, Nordland, UNN og Førde.

²³⁹ Vestfold og Fonna.

²⁴⁰ Nordland, UNN og Fonna.

²⁴¹ Nord-Trøndelag, St. Olav, Finnmark, Helgeland, Innlandet, Sørlandet og Førde.

²⁴² Møre og Romsdal, Helgeland, Ahus, Innlandet, Vestfold og Østfold.

²⁴³ Ahus, Sørlandet, Telemark, Stavanger og Fonna har dokumentert dette.

Samlet sett viser analysen dermed at det er lite dokumentasjon av rapportering fra operativt nivå til foretaksledelsen når det gjelder gjennomføring og evaluering av tiltak knyttet til mål om *kvalitet i pasientbehandlingen*. Enkelte helseforetak oppgir at rapporteringen skjer i møter.

En del helseforetak rapporterer ikke på risikohåndteringstiltak som ble lagt fram i foregående rapportering til styret. Disse helseforetakene kan derfor ikke dokumentere at tiltak blir gjennomført, restrisiko etter gjennomføring av tiltak eller at risikoarbeidet er rapportert til overordnet nivå.

En gjennomgang av ulike planer (avdelings-, virksomhets- og tiltaksplaner) viser at disse i liten grad rapporterer om risiko og oppfølgingen av denne, det vil si at tiltak som er et resultat av gjennomførte risikovurderinger ikke blir overført til ordinære driftsplaner eller -rapporter. I ni av helseforetakene har klinikken med ansvar for fødeavdelingen sendt oss klinikkplanen. Flere av klinikkplanene omtaler mål som er knyttet til helseforetakets mål, men ingen av klinikkplanene omtaler avdelingens risiko eller tiltak etter risikovurderinger. I ni av foretakene har fødeavdelingen en avdelingsplan, i sju av foretakene har fødeavdelingen ikke en slik plan, og for to helseforetak foreligger det ikke informasjon om dette.

Det generelle inntrykket er derfor at det i helseforetakene er lite dokumentasjon på rapportering av risiko eller på vurderinger av om tiltak har hatt den ønskede effekten. Dette gjelder fra fødeavdelingene til klinikkene og fra klinikkene til ledelsen/staben. Vi viser i den sammenheng til at mange av retningslinjene for risikostyring i begrenset grad omtaler hvordan risikoer skal følges opp og rapporteres, jf. kapittel 5.

8 Evaluering av systemet for risikostyring

Dette kapitlet handler om foretakene vurderer om risikostyringssystemet fungerer etter hensikten. I tillegg setter vi søkelyset på hvilken informasjon styret i foretakene får om risikostyringsprosessen og -systemet.

Relevante revisjonskriterier

- Foretakene skal minimum en gang i året ha en systematisk gjennomgang og vurdering av styringssystemet (også kalt ledelsens gjennomgang). Risikostyringssystemet er en del av styringssystemet. Et styringssystem er de *aktivitetene, systemene og prosessene* som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at den samsvarer med kravene i helse- og omsorgslovgivningen.
- Styret i de regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene har et ansvar for å føre aktivt tilsyn med foretakets virksomhet. Dette omfatter blant annet at foretaket drives i samsvar med målene og har et forsvarlig styringssystem. I RHF-ene omfatter styrets plikter også helseforetakene som foretaket eier.

Oppsummering

- De regionale helseforetakene bruker ledelsens gjennomgang til å vurdere om styringssystemet fungerer som forutsatt, mens mange av helseforetakene i stor grad bruker ledelsens gjennomgang til å rapportere på mål og resultater.
- Helse Midt-Norge RHF inkluderer hele foretaksgruppen i ledelsens gjennomgang, mens Helse Nord RHF gjør det delvis. Verken Helse Vest RHF eller Helse Sør-Øst RHF gjør tilsvarende.
- Helse Sør-Øst RHF og åtte av helseforetakene omtaler ikke risikostyringssystemet i ledelsens gjennomgang.
- Styret i de ulike foretakene tar i hovedsak informasjonen om risikostyringen til etterretning, både gjennomgangen av risikostyringssystemet og prioriterte risikoer.

8.1 Prosedyrer for gjennomføring av ledelsens gjennomgang

Dokumentanalysen viser at RHF-ene har prosedyrer eller sjekklister for gjennomføringen av ledelsens gjennomgang. Det er kun i prosedyren til Helse Midt-Norge RHF at det står at ledelsens gjennomgang omhandler styringssystemet for hele foretaksgruppen i regionen.²⁴⁴ I sjekklisten til Helse Nord RHF står det at risikostyringssystemet skal vurderes i ledelsens gjennomgang.²⁴⁵ Ikke i noen av de andre RHF-enes prosedyrer står det særskilt at risikostyringssystemet skal vurderes i forbindelse med ledelsens gjennomgang.

Med unntak av ett helseforetak (Fonna) har alle helseforetakene prosedyrer for ledelsens gjennomgang. I over halvparten (tolv) av helseforetakenes prosedyrer, maler eller sjekklister for gjennomføringen av ledelsens gjennomgang står det hvordan risikostyring eller risikovurderinger kan inngå som en del av ledelsens gjennomgang.

I prosedyrene til både RHF-ene og helseforetakene står det hvem som har ansvar for gjennomføringen, og i et flertall av prosedyrene står det at lavere nivåer i foretaket skal involveres.

²⁴⁴ Helse Midt-Norge RHF. (2022). *Gjennomfør Leiinga sin gjennomgang*.

²⁴⁵ Helse Nord RHF. (2022). *Ledelsens gjennomgang 20xx*.

Prosedyrene til helseforetakene gir også føringer om hvilken informasjon ledelsens gjennomgang skal bygge på.

8.2 Innholdet i ledelsens gjennomgang

RHF-ene bruker i stor grad ledelsens gjennomgang til en vurdering av styringssystemet. Dette er i tråd med hensikten med ledelsens gjennomgang, som er å sikre at styringssystemene fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Når det gjelder helseforetakene, er det åtte foretak som hovedsakelig bruker ledelsens gjennomgang til å rapportere resultater og aktiviteter. Dette innebærer at ledelsens gjennomgang for disse helseforetakene i liten grad er en vurdering av styringssystemene.

Bare Helse Midt-Norge RHF har en ledelsens gjennomgang som omfatter hele foretaksgruppen. I intervju begrunner Helse Midt-Norge RHF dette med sitt sørge for-ansvar og tilsynsansvar.²⁴⁶ Tilsynsansvaret innebærer ifølge RHF-et at det har ansvar for å kontrollere de delene av styringssystemet som gjelder hele foretaksgruppen. RHF-et vurderer fellessystemer, men ikke systemer som det enkelte helseforetak bruker. Retningslinjene for risikostyring er et fellessystem.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF gjennomfører ledelsens gjennomgang kun internt for RHF-et. Ledelsens gjennomgang for Helse Nord RHF omfatter i hovedsak styringssystemet internt i RHF-et, men omtaler til en viss grad også foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF mener at en slik praksis er i tråd med foretaksmodellen og RHF-ets overordnede ansvar overfor helseforetakene.²⁴⁷ Helse Sør-Øst RHF utdyper dette med at RHF-ets tilsynsansvar innebærer at det skal påse at helseforetakene har et styringssystem, og at helseforetakene legger fram saker for sine styrever der de går gjennom systemet.²⁴⁸ RHF-et legger til grunn en forståelse av styringssystemet som de prosesser og aktiviteter som er etablert i det regionale helseforetaket for å følge opp eierstyringen av helseforetakene det regionale helseforetaket eier.²⁴⁹ Helse Vest RHF opplyser i intervju at det per i dag ikke har en dokumentert oppfølging av helseforetakenes styringssystemer.²⁵⁰

8.3 Omtale av risikostyring i ledelsens gjennomgang

Både RHF-ene og flertallet av helseforetakene opplyser at evalueringen av risikostyringen skjer i forbindelse med ledelsens gjennomgang.

Gjennomgangen av foretakenes ledelsens gjennomganger for 2021 og 2022 viser at alle RHF-ene, unntatt Helse Sør-Øst RHF, omtaler risikostyringssystemet eksplisitt i gjennomgangene. Helse Sør-Øst RHF opplyser at det har gjennomgått risikostyringssystemet på administrativt nivå, men har valgt å ikke omtale risikostyringssystemet i ledelsens gjennomganger som er forelagt sitt styre i disse to årene.²⁵¹

I gjennomgangen til de tre RHF-ene som omtaler risikostyring, kommer det fram at det gjenstår arbeid med å implementere retningslinjer for risikostyring, etablere rutiner og endre praksis som muliggjør en mer kontinuerlig risikostyring.²⁵² Faktaboks 13 gir et godt eksempel på omtalen av risikostyring i ledelsens gjennomgang.

²⁴⁶ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Midt-Norge RHF*, 25.04.2023.

²⁴⁷ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Nord RHF*, 28.04.2023 og Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Sør-Øst RHF*, 21.04.2023.

²⁴⁸ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Sør-Øst RHF*, 21.04.2023.

²⁴⁹ Innspill fra Helse Sør-Øst RHF i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

²⁵⁰ Riksrevisjonen. (2023). *Verifisert referat fra møte med Helse Vest RHF*, 14.04.2023.

²⁵¹ Innspill fra Helse Sør-Øst RHF i vedlegg til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 20.12.2023.

²⁵² Helse Midt-Norge RHF. (2022). Sak 117-22 Vedlegg *Ledelsens gjennomgang Helse Midt-Norge*, Helse Nord RHF. (2021). Styresak 11-2021 *Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2020* og Helse Vest RHF. (2020). Sak 12020 Vedlegg 1 - *Leiinga si gjennomgang Helse Vest RHF*.

Faktaboks 13 Eksempel på hvordan Helse Midt-Norge RHF omtaler risikostyring i ledelsens gjennomgang

Risikostyring er mer enn bare rapportering av risikobildet. Det skal være en kontinuerlig prosess, naturlig integrert i øvrig virksomhetsstyring. Disse prinsippene er tydelig nedfelt i de eksisterende retningslinjene, men det gjenstår fremdeles en del før dette er godt innarbeidet i foretaksgruppen. Det bør derfor jobbes videre med etablering av rutiner og endring av praksis slik at dette ivaretas på en måte som muliggjør en mer kontinuerlig risikostyring.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2022). Sak 117-22 *Vedlegg Ledelsens gjennomgang Helse Midt-Norge RHF 2022*

Dokumentanalysen viser at elleve helseforetak omtaler risikostyring i de to siste styrebehandlede ledelsens gjennomganger. Dette betyr at det er åtte helseforetak som ikke omtaler risikostyring i gjennomgangen av styringssystemene.

Blant helseforetakene som omtaler risikostyring, varierer det hvor detaljert omtalen er. For eksempel har Bergen og Stavanger viet et kapittel til å informere om helseforetakets arbeid med risikostyring. Andre helseforetak har en knappere omtale, og Ahus skriver for eksempel kun om andelen ledere i foretaket som har gjennomført risikovurderinger.

Faktaboks 14 Eksempler på hvordan fire helseforetak omtaler risikostyring når det gjelder områder som bør forbedres, i ledelsens gjennomgang

- Gjennomgangen viser også at det gjenstår arbeid for å sikre at hele organisasjonen benytter risikostyring som verktøy, og der kontinuerlig forbedring er integrert i daglig drift.
- Sykehuset må jobbe videre med implementering av risikostyring på alle nivåer i organisasjonen.
- Ny og forbedret metodikk for risikostyring er innført, men det er fortsatt behov for å utvikle ledergruppens og klinikkens arbeid med dette videre.
- Tilbakemeldingene fra klinikkene i ledelsens gjennomgang omhandler fortsatt manglende opplæring i risikostyring og behov for et digitalt verktøy. I tillegg etterspørres retningslinjer for hvor utførte risikovurderinger skal lagres, noe som etter hvert vil skje automatisk når risikomodulen i Synergi er tatt i bruk.

Kilde: Ledelsens gjennomgang for helseforetakene Møre og Romsdal, Finnmark, Telemark og Stavanger

I omtalen av risikostyring går det fram at om lag halvparten (10 av 19) av helseforetakene har behov for å forbedre risikostyringen. Det betyr at tilnærmet alle helseforetakene som har evaluert risikostyringen, mener det er behov for forbedring. Se eksempler på omtale av områder som bør forbedres, i faktaboks 14.

Analyser viser at det ikke er noen sammenheng mellom helseforetakene som omtaler risikostyring i ledelsens gjennomgang, og hvorvidt foretakene har dokumentert risikostyringsprosessen på foretaksnivå, jf. kapittel 7. Blant helseforetakene som har omtalt utfordringer med risikostyring i ledelsens gjennomgang, er det dermed eksempler på foretak som har relativt god praksis, men også på foretak som har mindre god praksis.

8.4 Oppfølging av ledelsens gjennomgang i foretakene

I alle RHF-ene inneholder ledelsens gjennomgang en vurdering av fjorårets gjennomgang. I tillegg inneholder den en oversikt over tiltak som foreslås for det kommende året (for eksempel tiltaksplan).

De tre RHF-ene som omtaler risikostyring, har også tiltak for å forbedre risikostyringen. For eksempel hadde Helse Midt-Norge RHF i 2021 tiltak for å revidere retningslinjene for risikostyring. Revisjonen av retningslinjene ble gjennomført i 2021, og nye retningslinjer ble innført i 2022.²⁵³ Også Helse Vest RHF identifiserte i 2020 behovet for å styrke risikostyringen i virksomhetsstyringen, blant annet ved å risikovurdere oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet og definere hvilke overordnede mål i oppdragsdokumentet som skal ha særlig oppmerksomhet i RHF-et.²⁵⁴ I ledelsens gjennomgang for Helse Nord RHF for 2021 står det at RHF-et ikke har tilstrekkelige rutiner og retningslinjer for gjennomføring av risikovurderinger, og at det skal utarbeides slike retningslinjer.²⁵⁵

Helseforetakene har ansvar for å iverksette og følge opp egne tiltak. I prosedyrene til et flertall av helseforetakene (13) står det at forrige års ledelsens gjennomgang skal gjennomgås. Videre står det i flere av helseforetakenes (13) prosedyrer at en tiltaksplan eller tilsvarende skal utarbeides. Beskrivelsen av hvordan en slik plan skal følges opp, varierer. I én prosedyre står det for eksempel at tiltak skal følges opp fortløpende i oppfølgingsmøter eller tavlemøter (Vestre Viken), mens det i en annen prosedyre står at tiltak skal følges opp minst to ganger i året i forbindelse med tertial-rapportering (Telemark). I en tredje prosedyre står det at definerte høyrisikoområder som avdekkes i ledelsens gjennomgang, skal følges opp med konkrete tiltaksplaner (Innlandet).

Gjennomgangen av ledelsens gjennomgang viser at de fleste helseforetakene dokumenterer en vurdering av planlagte tiltak fra forrige periode. For noen (7) helseforetak inngår også en vurdering av arbeidet som er gjort innenfor risikostyring.

Faktaboks 15 Eksempler på forbedringstiltak som er gjort i helseforetakene

- Det gjennomføres risikostyring av oppdragsdokumentet på overordnet nivå, med evaluering og korrigerende i første og andre tertial.
- Det er gjennomført risikostyring på klinikk- og avdelingsnivå på utvalgte områder.
- Det er utarbeidet nye retningslinjer, maler og opplæringsprogram for operative risikoanalyser.
- Gjennomgangen av styringssystemet for risikostyring viser at organisering og strukturer er styrket gjennom pågående regionalt og lokalt forbedringsarbeid. Dokumentasjonen er delvis oppdatert, og det er etablert og utviklet arenaer for samarbeid.
- Rutinene for risikostyring er oppdatert i EQS (et dataprogram for virksomhetsstyring), regionalt e-læringskurs i risikostyring er tilgjengelig i læringsportalen, og risikostyring av topp 6-risikoområder pågår.

Kilde: Ledelsens gjennomgang for helseforetakene Finnmark, UNN, Bergen og Stavanger

Gjennomgangen av styreprotokoller viser at styret både i RHF-ene og i helseforetakene har behandlet ledelsens gjennomgang. Vedtakene er i hovedsak at styrene tar saken til orientering. Det er imidlertid eksempler på at styret ber helseforetaket om å iverksette planlagte tiltak (fem helseforetak), og på at styret ber om å bli holdt oppdatert (to helseforetak).

²⁵³ Helse Midt-Norge RHF. (2022). Sak 117-22 Vedlegg *Ledelsens gjennomgang Helse Midt-Norge*.

²⁵⁴ Helse Vest RHF. (2020). Sak 12020 Vedlegg 1 - *Leiinga si gjennomgang Helse Vest RHF*.

²⁵⁵ Helse Nord RHF. (2022). Styresak 16-2022 *Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2021*.

8.5 En samlet oppsummering av informasjonen som styrene får om risikostyring, og styrenes behandling av denne

Alle RHF-ene og helseforetakene rapporterer til sitt styre om løpende drift i virksomhets- eller tertialrapporter, der en vurdering av risiko kan inngå implisitt. Disse rapportene gir informasjon om målene om kvalitet i pasientbehandlingen ved å rapportere om status på utvalgte oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og utvalgte kvalitetsindikatorer med videre. Resultatinformasjon om blant annet kvalitetsindikatorer gir status for måloppnåelsen på et gitt tidspunkt og kan være relevant for en vurdering av utviklingen av risikobildet.

Styrene blir i mindre grad orientert om resultatene i helseatlasene fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i den løpende virksomhetsstyringen. Helseatlasene gir sentral informasjon om hvordan samfunnsoppdraget knyttet til likeverdig helsetilbud ivaretas.

- *Helseatlas for kvalitet* (2021) er kun lagt fram for ett av styrene i RHF-ene og for ni av styrene i helseforetakene.
- *Helseatlas for fødselshjelp* (2019) har ikke vært lagt fram for eller fulgt opp av noen av styrene i RHF-ene. Bare ett helseforetak har valgt å legge fram denne rapporten for styret.

8.5.1 Styret i helseforetakene

Styret i alle helseforetakene – bortsett fra i Nordland og Vestfold – får primært informasjon om risikoer knyttet til mål om kvalitet i pasientbehandlingen gjennom prioriterte risikoer eller i risikovurderinger av oppdragsdokumentene fra RHF-ene, jf. kapittel 4 og 7.

Styrene trenger et godt beslutningsgrunnlag for å kunne ivareta tilsynsansvaret sitt. Gjennomgangen av risikovurderingene styrene mottar, viser at det varierer med hensyn til hvor mye informasjon som helseforetakene dokumenterer, jf. kapittel 7.1.

- Bare åtte helseforetak bruker informasjon både fra egen virksomhet og fra oppdragsdokumentet fra RHF-et.
- Bare tolv av helseforetakene har dokumentert risikoanalyser med vurdering av sannsynlighet og konsekvens. Dette er informasjon som beslutningstakere trenger for å vurdere om tiltak iverksettes i tråd med risikokriteriene.
- Halvparten av helseforetakene som har dokumentert planlagte tiltak, har i ulik grad dokumentert status for gjennomførte tiltak i virksomhets- eller tertialrapporteringen.
- Tre helseforetak har ikke dokumentert planlagte tiltak for å redusere risikoen.²⁵⁶ I disse helseforetakene er det vanskelig for styret å sørge for at korrigerende tiltak treffes.

I et flertall av helseforetakene har styret i hovedsak tatt saken til orientering ved behandling av de prioriterte risikoene. I tillegg viser gjennomgangen følgende:

- Styret i tre helseforetak har forutsatt at tiltak iverksettes.
- Styret i tre helseforetak har forutsatt at tiltak evalueres.
- Styret i to helseforetak har bedt om å holdes løpende orientert.
- Styret i ett helseforetak har uttalt bekymring for en av risikoene og bedt om å holdes løpende orientert.

Gjennom behandlingen av ledelsens gjennomgang skal styret i helseforetakene få informasjon om styringssystemene i foretakene fungerer. Dokumentgjennomgangen viser at elleve helseforetak omtaler risikostyring i ledelsens gjennomgang. At åtte helseforetak ikke omtaler risikostyring, betyr at

²⁵⁶ Bergen, Nordland og Østfold.

styret i disse helseforetakene har et svakere grunnlag for å kunne følge med på om helseforetakene har et forsvarlig risikostyringsstyringsystem.

I styrebehandlingen av ledelsens gjennomgang har de fleste styrene tatt saken til orientering, uavhengig av om risikostyring er omtalt. I to helseforetak ber styret om å holdes oppdatert, og i fem helseforetak ber styret om at tiltak blir iverksatt og fulgt opp. Det er kun styret i Vestre Viken som omtaler risikostyring i behandlingen av ledelsens gjennomgang. I protokollen står det blant annet at styret er fornøyd med at administrasjonen har stor oppmerksomhet på risikostyring, og at det er et fast tema på ledermøter. Videre står det at forbedringsarbeid er et kontinuerlig arbeid, og at gode systemer står sentralt for å kunne lære av feil og formidle erfaringer og løsninger.

8.5.2 Styret i de regionale helseforetakene

Dokumentgjennomgangen viser at administrasjonen i RHF-ene legger fram risikovurderinger av mål om kvalitet i pasientbehandlingen. Akkurat som for helseforetakene er dette i hovedsak rapportert i styresaker om prioriterte risikoer. I tillegg mottar styret i Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF risikovurderinger av oppdragsdokumentet. Styret i Helse Nord RHF har også behandlet særskilte styresaker om kvaliteten i pasientbehandlingen.

Innholdsmessig varierer det mellom de RHF-ene hvilken informasjon styret får gjennom risikoreporteringen, jf. kapittel 6. Det er bare styret i Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF som mottar dokumentasjon på administrasjonens vurdering av sannsynlighet og konsekvens. Alle RHF-ene har dokumentert tiltak, men styrene får i svært begrenset grad informasjon om tiltakene har hatt effekt på risikoene.

Ved behandling av de prioriterte risikoene ble det ikke gjort endringer i de foreslåtte prioriteringene, jf. kapittel 4.1. Både i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF tok styret saken til etterretning. Som nevnt i kapittel 6.4 får styret i Helse Vest RHF rapportering av status for de prioriterte risikoene. Ettersom risikoene skal være uendret i en periode på to–tre år, innebærer dette at styret i begrenset grad får informasjon om endringer i risikobildet i perioden. Både i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF ba styret administrerende direktør om å innarbeide innspill fra styret og å følge opp tiltakene.

Gjennom behandlingen av ledelsens gjennomgang skal styret i RHF-ene få informasjon om styrings-systemene fungerer. Som beskrevet i kapittel 8.4, varierer det mellom RHF-ene med hensyn til om ledelsens gjennomgang omtaler systemet for risikostyring, og om gjennomgangen omfatter hele foretaksgruppen.

I behandlingen av ledelsens gjennomgang har styrene tatt informasjonen til orientering. Videre går det fram at styret i Helse Nord RHF er tilfreds med gjennomføringen av tiltakene fra forrige ledelsens gjennomgang, og at styret i Helse Midt-Norge RHF slutter seg til tiltakene og ber administrerende direktør følge opp.

Styrene mottar også informasjon om risikostyringen gjennom undersøkelser som internrevisjonene utfører. Internrevisjonen skal vurdere foretakenes prosesser, som inkluderer risikostyring. Formålet er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring. Internrevisjonene i RHF-ene har avdekket svakheter i risikostyringen. Dette er noe av årsaken til at retningslinjene for risikostyring for helseforetakene i Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge ble revidert, jf. kapittel 5. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har også gjennomført flere revisjoner som belyser svakheter i risikostyringen i helseforetakene.

9 Vurderinger

Formålet med risikostyring er å gi rimelig sikkerhet for at virksomhetens mål nås. Risikostyring er ett av flere virkemidler som skal bidra til at de regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene skal kunne nå helsepolitiske mål. Risikostyring skal hjelpe foretakene til å tenke proaktivt, prioritere og ta bedre beslutninger. Det handler om at ledelsen både skal kjenne til og aktivt håndtere forhold som kan true måloppnåelsen, som blant annet å identifisere og forebygge områder der svikt kan oppstå.

Sentrale helsepolitiske mål er nedfelt i helselovgivningen, og de er i all hovedsak knyttet til ulike aspekter ved å sikre kvaliteten i pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene har et sørge for-ansvar for spesialisthelsetjenestene i sin region. Ansvarer innebærer at befolkningen i helseregionen skal tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene eier helseforetakene, som skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det.²⁵⁷

De norske helsetjenestene holder høyt nivå internasjonalt. Likevel har helseforetakene manglende måloppnåelse innen flere områder som gjelder kvalitet i pasientbehandlingen. Blant annet er målet om å redusere omfanget av pasientskader ikke nådd. Videre har det over mange år vært for lange ventetider til behandling ved helseforetakene. Når det gjelder målet om et likeverdig tjenestetilbud, foreligger det mye kunnskap som viser at det er uønskede variasjoner mellom helseforetakene i kvaliteten på og forbruket av spesialisthelsetjenester på en rekke fagområder.

Samlet sett viser undersøkelsen at verken de regionale helseforetakene eller helseforetakene arbeider systematisk med risikostyring. Dette kan føre til at viktige utfordringer ikke blir identifisert, eller at nødvendige korrigerende tiltak ikke blir gjennomført og fulgt opp. Foretakenes evne til å systematisk innrette virksomheten på en måte som bidrar til måloppnåelse, blir dermed redusert.

Svakheter i risikostyringen er utdypet i de kommende kapitlene og viser at

- de regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen
- det er manglende systematikk i måten risikostyringen gjennomføres på
- mange av retningslinjene for risikostyring ikke er i tråd med god praksis
- mange styrer får begrenset informasjon om hvorvidt risikostyringssystemet fungerer
- de regionale helseforetakene har ulik forståelse av ansvaret for risikostyringssystemet i foretaksgruppene

Risikostyring er en sentral del av styringssystemet, og skal være en integrert del av virksomhetsstyringen. Selv om det er mange faktorer som påvirker foretakenes måloppnåelse, vil svakheter i risikostyringen ha betydning for virksomhetsstyringen og får dermed konsekvenser for hvordan foretakene prioriterer ressurser, følger opp resultater og hvordan informasjon brukes til læring og forbedring. Svak risikostyring kan i ytterste konsekvens også få konsekvenser for den enkelte pasientens liv og helse.

I undersøkelsen er det ingen eksempler på foretak som har en helhetlig og systematisk risikostyring, men noen har god praksis i deler av risikostyringen. Det er derfor grunnlag for læring på tvers av foretakene.

²⁵⁷ Lov om helseforetak m.m. § 1.

9.1 De regionale helseforetakene og helseforetakene har kjente utfordringer som i varierende grad gjenspeiles i risikostyringen

Ledelsen i de regionale helseforetakene og ledere på ulike nivåer i helseforetakene skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene. Risikostyring skal bidra til at foretakene med utgangspunkt i sin egenart retter oppmerksomheten mot områder som i særlig grad kan true måloppnåelsen.

9.1.1 Det er kjente områder med manglende måloppnåelse som i mange tilfeller ikke inngår i de prioriterte risikoene som legges fram for styrene.

Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene får informasjon om svakheter på ulike måter. Dette skjer dels gjennom den løpende virksomhetsstyringen, der styrene får informasjon om resultater i driften som berører status for arbeidet med å nå viktige mål og utfordringer, som for eksempel ventetider.

Risikostyring handler om at foretakene identifiserer risikoer som det er nødvendig å ha særskilt oppmerksomhet mot. Slike saker blir styrene informert om i egne saker om *prioriterte risikoer* eller i andre særskilte saker. Særskilte saker kan for eksempel være økonomiske langtidspaner og større bygge- eller IKT-prosjekter.

Alle de fire regionale helseforetakene og alle helseforetakene, unntatt to, legger fram prioriterte risikoer for styret flere ganger i året.

Risikostyring er en dynamisk prosess. Det vil si at det kan være utskiftninger i de prioriterte risikoene over tid. I undersøkelsen er det kartlagt hvilke risikoer som ble prioritert av de regionale helseforetakene og helseforetakene høsten 2022. De prioriterte risikoene gjaldt ulike områder som blant annet kvaliteten i pasientbehandlingen, bemanningsutfordringer, økonomi, IKT og informasjonssikkerhet, bygg, investeringer og effektiv drift.

Både de regionale helseforetakene og helseforetakene har flest prioriterte risikoer på området *kvalitet i pasientbehandlingen*. Alle de regionale helseforetakene og alle helseforetakene som har prioriterte risikoer, la fram én eller flere risikoer på dette området for styrene i 2022. Dette området dekker spesialisthelsetjenestenes formål om å bidra til å sikre

- tjenestetilbudets kvalitet
- et likeverdig tjenestetilbud
- at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene

Alle de fire regionale helseforetakene og femten av de 19 helseforetakene har prioritert risikoer knyttet til *tjenestetilbudets kvalitet*. Videre har tre av de fire regionale helseforetakene og åtte helseforetak prioritert risikoer knyttet til målet om at tjenestene skal være *tilgjengelige* for pasientene.

Imidlertid har få foretak prioritert risikoer knyttet til målet om *et likeverdig tjenestetilbud*. I tillegg til foretakene i Helse Vest, er det bare to helseforetak som har prioritert risikoer knyttet til dette målet. Flere rapporter fra *Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering* har vist at det er store variasjoner mellom helseforetakene i kvaliteten på og forbruket av spesialisthelsetjenester på en rekke fagområder. Med bakgrunn i det ovennevnte er det etter vår vurdering få foretak som har prioriterte risikoer knyttet til målet om et *likeverdig tjenestetilbud*.

Også på flere andre områder har foretakene hatt manglende måloppnåelse over tid. I undersøkelsen er ikke det enkelte helseforetakets prioriteringer vurdert, men samlet sett mener vi at relativt få foretak har valgt å legge fram prioriterte risikoer for sine styrer i 2022 på følgende områder:

- Psykiske plager og lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene, og Stortinget har gjennom flere år sluttet seg til at bedre behandling innenfor psykisk helse og rus er et sentralt mål. Undersøkelsen viser at tre av de regionale helseforetakene har psykisk helsevern som en prioritert risiko, mens dette bare gjelder sju av helseforetakene.
- Det er bare to helseforetak som har lagt fram prioriterte risikoer der samhandling mellom helseforetakene og kommunene er hovedtema. En rekke tidligere undersøkelser fra både Riksrevisjonen og andre viser at det er utfordringer med å få til helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom kommunene og helseforetakene, og at det ofte oppstår svikt i overgangene mellom dem. I *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* står det at lederen bør ha særskilt oppmerksomhet på risikofaktorer som er forbundet med samhandling internt og eksternt.

Foretakenes måloppnåelse påvirkes også av ytre omgivelser, slik som juridiske, teknologiske, økonomiske og miljømessige faktorer. Når det skjer endringer i disse faktorene, kan dette påvirke foretakenes muligheter til måloppnåelse. Bare tre helseforetak og ett av de regionale helseforetakene har eksterne forhold som prioritert risiko. Risiko for svikt i leveranser av kritisk utstyr og legemidler og utbrudd av smittsom sykdom som utfordrer sykehusenes kapasitet, er to av disse risikoene.

Det legges fram få prioriterte risikoer rettet mot de tre andre hovedoppgavene til spesialisthelsetjenesten. Disse hovedoppgavene er forskning, utdanning av personell og pasientopplæring. Bare 1 av de 34 prioriterte risikoene som ble lagt fram for styrene i de regionale helseforetakene i siste halvår 2022, omhandlet en av disse oppgavene. Tilsvarende var det bare fire helseforetak som prioriterte risikoer på disse områdene.

Innenfor rammene av de overordnede målene og øvrige rammer som Stortinget fastsetter, gir Helse- og omsorgsdepartementet krav og føringer til de regionale helseforetakene i de årlige foretaksmøtene og oppdragsdokumentene. Det er vanlig praksis at de regionale helseforetakene videreformidler disse til helseforetakene i regionen.

Mål og krav i oppdragsdokumentene følges opp i den løpende virksomhetsstyringen. Undersøkelsen viser at alle de fire regionale helseforetakene risikovurderer styringskravene knyttet til mål om kvalitet i pasientbehandlingen som gis i oppdragsdokumentene, mens bare om lag halvparten av helseforetakene har gjort tilsvarende. Etter vår vurdering er det uheldig at mange helseforetak ikke risikovurderer oppdragsdokumentet, ettersom dette dokumentet inneholder sentrale mål og krav om kvalitet i pasientbehandlingen som er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, og som omfatter nasjonale mål og føringer vedtatt av Stortinget.

Ved identifisering av de prioriterte risikoene tar flere helseforetak bare utgangspunkt i utfordringer i egen virksomhet, mens andre kun tar utgangspunkt i mål og krav i oppdragsdokumentet. Videre er det få helseforetak som har endringer i ytre omgivelser blant sine prioriterte risikoer. Det er kun tre helseforetak der prioriterte risikoer tar utgangspunkt både i oppdragsdokumentet, utfordringer i egen virksomhet og ytre omgivelser ved identifisering av risiko. Dette er OUS, St.Olav og Vestre Viken. Etter vår vurdering bruker mange helseforetak ikke et tilstrekkelig bredt grunnlag for å få en samlet oversikt over risikobildet ved identifiseringen av prioriterte risikoer.

9.1.2 De fleste fødeavdelingene i helseforetakene gjennomfører få risikovurderinger

For å fange opp risiko som kan svekke måloppnåelsen, er det nødvendig at risikovurderinger også gjennomføres på lavere nivåer i foretakene. Det kan være risiko knyttet til den løpende driften, for

eksempel gjentatte uønskede hendelser og bemanningsutfordringer, eller risiko som kan oppstå i forbindelse med planlagte endringer. Eksempler på det sistnevnte er omorganiseringer og innføring av ny teknologi.

I et flertall av helseforetakenes retningslinjer for risikostyring står det at risikostyring bør gjennomføres også på operativt nivå. I undersøkelsen har vi belyst det operative nivået ved å se på risikostyringen som skjer i fødeavdelingene og klinikkene som har ansvar for disse.

I 11 av 19 helseforetak har fødeavdelingene i perioden 2019–2022 gjennomført risikovurderinger av mål på området *kvalitet i pasientbehandlingen*. Disse kan være omfattende, som risikovurdering av fødetilbudet, eller gjelde mer avgrensede områder, som for eksempel overflytting av pasienter eller sommerbemanning. De fleste helseforetakene gjør få risikovurderinger. I bare i 4 helseforetak har fødeavdelingene gjennomført fem eller flere risikovurderinger i disse fire årene.

I åtte helseforetak har ikke fødeavdelingene gjennomført risikovurderinger av *kvalitet i pasientbehandlingen* i perioden. Fire av disse har imidlertid – i likhet med mange av de andre helseforetakene – oversendt risikovurderinger på områdene *arbeidsmiljø/HMS* og *bemanningsutfordringer* i fødeavdelingene. Dette er områder som indirekte påvirker *kvaliteten i pasientbehandlingen*. De fire øvrige helseforetakene har ikke oversendt noen risikovurderinger som er gjennomført i fødeavdelingene i perioden.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at fødselsomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal sammenheng. *Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering* sin rapport om fødselshjelp viser også at gravide kvinner generelt får tett og god oppfølging gjennom svangerskap og fødsel. Departementet framholder at veilederen fra Helsedirektoratet *Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* gir et faglig grunnlag for utvikling av fødselsomsorgen. Undersøkelsen viser at fødeavdelingene i helseforetakene bruker flere typer verktøy for å unngå feil og pasientskader.

Samtidig viser ulike kilder at fødeavdelingene har utfordringer knyttet til

- å rekruttere og beholde fagpersonell (inkludert jordmødre)
- variasjon i kvalitetsindikatorer
- uberettiget geografisk variasjon i behandlingspraksis, det vil si i bruk av blant annet keisersnitt, tang og vakuump, klipping og epidural ²⁵⁸
- relativt mange uønskede hendelser

Uønskede hendelser er hendelser som har ført, eller som kunne ha ført til, pasientskade og i verste fall død. Det varierer mellom helseforetakene hvor stor andelen av uønskede hendelser utgjør av antall fødsler. Denne variasjonen kan påvirkes av ulik meldekultur mellom helseforetakene. God meldekultur fører til et høyere antall meldte hendelser, noe som kan være positivt i lys av arbeidet med pasientsikkerheten.

Det ble meldt inn uønskede hendelser i omtrent 5 prosent av alle fødsler i perioden 2019–2021. I absolutte tall utgjør dette 8544 uønskede hendelser. De ulike hendelsene er kategorisert i et eget klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser. Et flertall av de uønskede hendelsene hadde mindre alvorlige eller ingen konsekvenser. 1570 av de uønskede hendelsene hadde moderate konsekvenser, som innebærer at de krevde behandlingstiltak eller oppfølging. Videre hadde 392 hendelser betydelig konsekvenser, det vil si skade som krevde en betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet, varig funksjonstap eller lidelse. 50 tilfeller ble meldt inn som død, som kan ha årsak i behandling eller mangel på behandling.

²⁵⁸ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2019). *Helseatlas for fødselshjelp*.

Helseforetakene kan følge opp uønskede hendelser på ulike måter, for eksempel gjennom hendelsesanalyser. Samtidig som det gjennomføres få risikovurderinger i fødeavdelingene, viser undersøkelsen at det også, med unntak av noen få helseforetak, gjennomføres relativt få eller ingen hendelsesanalyser av uønskede hendelser i fødeavdelingene.

Sykehusene er i sin natur virksomheter hvor en ikke kan gardere seg mot uønskede hendelser. Utfordringene på området tilsier imidlertid at det etter vår vurdering gjennomføres få dokumenterte risikovurderinger med det formål å identifisere områder der svikt kan inntreffe, og å forebygge svikt i fødeavdelingene.

9.2 Det er manglende systematikk i måten risikostyringen gjennomføres på

For å sikre at de vesentlige risikoene blir identifisert og fulgt opp, bør risikostyringen være en systematisk prosess. Resultatene av den bør dokumenteres for at styret og ledere på ulike nivåer i foretakene skal kunne ivareta sine ansvarsområder. Oversikter over risiko bør inngå i grunnlaget for å ta beslutninger og gjennomføre et systematisk forbedringsarbeid.

Undersøkelsen viser følgende svakheter i måten risikostyringen gjennomføres på:

- Mål om kvalitet i pasientbehandlingen blir ofte ikke operasjonalisert.
- Mange av risikovurderingene gir et dårlig grunnlag for å vurdere om risikoen bør følges opp med tiltak.
- Det er mangelfull dokumentasjon på om risikoreducerende tiltak blir gjennomført.

9.2.1 Mål om kvalitet i pasientbehandlingen blir ofte ikke operasjonalisert

Målene er et viktig utgangspunkt for risikovurderinger. Tydelige mål er avgjørende for at risikostyringen skal gi verdi. Hvis målene er uklare, blir det vanskelig å identifisere tilhørende risikoer og tiltak som kan bidra til å øke sannsynligheten for måloppnåelse. Operasjonalisering av mål vil gjøre dem tydeligere.

Mange av styringsmålene i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er operasjonalisert i indikatorer som er konkrete, målbare og tidsbestemte. Tre av fire regionale helseforetak og over halvparten (11 av 19) av helseforetakene har ikke operasjonalisert mål om kvalitet i pasientbehandlingen på foretaksnivå utover styringskravene i det årlige oppdragsdokumentet. Dette kan etter vår vurdering redusere mulighetene til å identifisere risikoer som tar utgangspunkt i egenarten til det enkelte helseforetak.

Ledere i foretakene bør operasjonalisere målene til relevant nivå i virksomheten. Akershus universitetssykehus HF er et av foretakene som har operasjonalisert mål utover mål i oppdragsdokumentet. Her brukes en prosedyre som skal sikre en god prosess i behandlingen og operasjonaliseringen av målene til klinikkene. Helseforetaket legger opp til at alle enhetene i klinikkene skal sette egne mål for kvaliteten i pasientbehandlingen.

Undersøkelsen viser at nesten halvparten (åtte) av helseforetakene ikke har operasjonalisert mål om kvalitet i pasientbehandlingen i fødeavdelingene. Etter vår vurdering svekker dette fødeavdelingenes grunnlag for å integrere risikostyringen i virksomhetsstyringen og å identifisere risikoer som kan true måloppnåelsen.

9.2.2 Mange av risikovurderingene gir et dårlig grunnlag for å vurdere om risikoen bør følges opp med tiltak

En risikovurdering skal gi grunnlag for å beslutte om risikoen bør håndteres, og eventuelt hvordan. Undersøkelsen viser at det er svakheter i kvaliteten på mange av risikovurderingene når det gjelder å dokumentere risikonivå, planlagte tiltak og kunnskapsgrunnlaget vurderingene bygger på.

I undersøkelsen har vi vurdert om de gjennomførte risikovurderingene er i tråd med god praksis. Når det gjelder de regionale helseforetakene og helseforetakene på foretaksnivå, gjelder dette i hovedsak prioriterte risikoer som behandles av styret, jf. kapittel 9.1.1, og risikovurderinger av krav i oppdragsdokumentet. Videre er et utvalg risikovurderinger i fødeavdelingene gjennomgått.

Risikonivået er en kombinasjon av sannsynligheten for at risikoen oppstår og mulige konsekvenser. Risikonivået skal gi grunnlag for beslutninger om hvorvidt det er nødvendig å iverksette risikoreduserende tiltak. Når dette ikke er dokumentert, er det vanskelig å vurdere om det er nødvendig å gjennomføre tiltak for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå. Undersøkelsen viser følgende:

- Hver tredje risikovurdering på operativt nivå i fødeavdelingene inneholder ikke en vurdering av sannsynlighet, konsekvens og risikonivå.
- Kun 12 av 19 helseforetak har dokumentert sannsynlighet, konsekvens og risikonivå i risikoer som er behandlet av styret.
- Av de regionale helseforetakene, er det bare Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF som overfor styret både har dokumentert sannsynlighet, konsekvens og risikonivå. De to andre regionale helseforetakene har ikke dokumentert tilsvarende.²⁵⁹

I retningslinjene for risikostyring for foretaksgruppene til både Helse Vest og Helse Midt-Norge går det fram kriterier for om det bør iverksettes tiltak for de ulike risikoene (risikoakseptkriterier). En risikovurdering har begrenset nytte hvis den ikke følges opp med tiltak. Undersøkelsen viser at i nesten halvparten av risikovurderingene som er utført i fødeavdelingene, er ikke planlagte risikoreduserende tiltak dokumentert, selv om risikonivået tilsier at det burde ha vært iverksatt tiltak i tråd med risikoakseptkriterier. Det gis ikke informasjon om hvorfor det ikke er planlagt tiltak, hvorfor risikoen likevel aksepteres, om risikoen blir rapportert til et høyere nivå, eller hvordan risikoen på annen måte skal følges opp. På foretaksnivå gjelder dette fem av helseforetakene, det vil si at de ikke har dokumentert planlagte tiltak, mens alle de regionale helseforetakene har gjort dette.

Tiltak som er lite konkret beskrevet gjør det vanskelig å vurdere om de er gjennomført, og om de har hatt en risikoreduserende effekt. Undersøkelsen viser at det er få eksempler på konkrete planlagte tiltak på foretaksnivå i helseforetakene. I fødeavdelingene og i de regionale helseforetakene er tiltakene mer konkrete.

Både på foretaksnivå og i fødeavdelingene i helseforetakene inneholder risikovurderingene begrenset dokumentasjon om hvilket *kunnskapsgrunnlag* de bygger på. For eksempel er det i liten grad dokumentert hvem som har vært involvert i utarbeidelsen av risikovurderingene, hvilke data som er brukt (for eksempel data om uønskede hendelser eller nasjonale kvalitetsindikatorer), eller om viktige interessenter (berørte avdelinger, pasienter, brukerorganisasjoner og kommuner) har vært involvert. Dette er etter vår vurdering informasjon som er viktig for å støtte beslutningstakere i den videre prosessen med å håndtere risiko.

²⁵⁹ Helse Nord RHF har i svarbrev om undersøkelsen skrevet at dette er dokumentert, men det ligger ikke i styresaken.

9.2.3 Det er mangelfull dokumentasjon av om risikoreduserende tiltak blir fulgt opp

Undersøkelsen viser at det finnes lite dokumentasjon på at risikoreduserende tiltak etter risikovurderinger blir fulgt opp. Dette gjelder både fødeavdelingene og på foretaksnivå i helseforetakene og i de regionale helseforetakene.

å håndtere risiko er gjennomført og evaluert. Flertallet av Det er bare *fødeavdelinger* i tre helseforetak som har dokumentert eksempler på at planlagte tiltak for helseforetakene kan derfor ikke dokumentere at risikoreduserende tiltak blir gjennomført i fødeavdelingen, eller at effekten av tiltakene blir vurdert. Flertallet kan heller ikke dokumentere at relevant risiko er rapportert til overordnet nivå. Samtidig er det få helseforetak som har skriftlige rutiner for hvordan planlagte tiltak skal følges opp og rapporteres.

Når det gjelder *foretaksnivå* i helseforetakene, kan bare halvparten av helseforetakene dokumentere at gjennomførte tiltak blir rapportert til styret i virksomhets- og tertialrapporteringen.

Undersøkelsen viser også at mange av risikovurderingene som er utført både på foretaksnivå og i fødeavdelingene i helseforetakene, ikke inkluderer informasjon om hvem som er ansvarlig for gjennomføringen av tiltak, eller fristen for gjennomføringen av tiltak. Dette er trolig sentrale årsaker til at det heller ikke kan dokumenteres at tiltak er gjennomført og fulgt opp.

Også når det gjelder risikovurderinger *de regionale helseforetakene* har utført, er det lite dokumentasjon av gjennomførte tiltak, og det er i liten grad dokumentert om tiltak har hatt effekt på risikoene. Flere av de regionale helseforetakene opplyser at oppfølging av tiltak og rapportering av risiko i helseforetakene skjer løpende i møter, uten at oppfølgingen er dokumentert.

Manglende oppfølging av tiltak og rapportering av risiko viser etter vår vurdering at risikostyrings-systemet ikke er fullstendig innført i foretakene. En risikovurdering har begrenset verdi hvis den ikke følges opp med tiltak. Manglende dokumentasjon kan føre til at ledere ikke enkelt får oversikt over risikobildet innenfor sitt ansvarsområde og hvordan risikoer eventuelt håndteres. Dermed begrenses mulighetene de har til å systematisk innrette og følge opp virksomheten på en måte som bidrar til måloppnåelse og til å identifisere områder der det er mulig å gjøre kvalitetsforbedringer.

Foretakene rapporterer regelmessig resultater på sentrale deler av driften til sine styrever og til eiere. Ledere på ulike nivåer i foretakene vil i forbindelse med måneds- og tertialrapporteringen blant annet kunne følge utviklingen i kvalitetsindikatorer og dermed kunne identifisere risikoer for manglende måloppnåelse. Videre viser departementet til at de regionale helseforetakene tar opp sider ved driften med særlig risiko og områder som krever oppmerksomhet, i oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Tiltak som besluttes og gjennomføres som oppfølging av resultatavvik i virksomhetsrapporteringen er en del av den løpende resultatoppfølgingen. Slik oppfølging kan være relevant for å identifisere områder som bør følges særskilt i risikoarbeidet. Dette kan betraktes som god virksomhetsstyring og forbedringsarbeid, som fører til bedre måloppnåelse. Dette er en *reaktiv* tilnærming til allerede oppståtte problemer. Det er imidlertid også etter vår vurdering viktig å ha en *proaktiv* risikotilnærming – der formålet er å forebygge og unngå negative resultater.

9.3 Mange av retningslinjene for risikostyring er ikke i tråd med god praksis

Helse- og omsorgsdepartementet presiserte kravene til risikostyring allerede i foretaksmøtet i 2008, og har gjentatt dette i flere foretaksmøter siden. Departementet stilte krav om at styret i de regionale helseforetakene skulle påse at foretakene hadde etablert systemer for risikostyring. Dette kravet omfattet både det regionale helseforetaket og foretaksgruppen.

God praksis for risikostyring tilsier at foretakene har retningslinjer som beskriver sentrale elementer som skal bidra til å sikre systematikk i risikostyringen. Disse elementene omfatter blant annet kriterier for å vurdere sannsynlighet, konsekvens og risikonivå, hvordan risikovurderinger bør gjennomføres, og hvordan risikoer bør håndteres og følges opp.

Felles retningslinjer er et viktig hjelpemiddel for å sikre sammenlignbar praksis i foretaksgruppene. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF har de regionale helseforetakene utarbeidet retningslinjer for risikostyring for sine foretaksgrupper. Helse Sør-Øst RHF har et rammeverk for virksomhetsstyring for foretaksgruppen der risikostyring er begrenset omtalt.

De tre andre regionale helseforetakene har etter 2020 revidert sine retningslinjer for risikostyring. En bakgrunn for disse revisjonene var at det var behov for å ha lik metodikk i foretaksgruppene.

De reviderte retningslinjene for risikostyring til foretaksgruppene i Helse Vest og Helse Midt-Norge inneholder krav til sentrale elementer i risikostyringen. De reviderte retningslinjene til Helse Nord RHF gir begrenset informasjon om de sentrale elementene, men viser til at metodikken skal utvikles i samarbeid med helseforetakene.

Det er bare Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF som i retningslinjene for foretaksgruppene har definert felles kriterier for å vurdere sannsynlighet og konsekvens, hvilket risikonivå som kan aksepteres, og hvilke handlinger som kreves ved ulike risikonivåer. Dette er etter vår vurdering viktig for å kunne vurdere og sammenligne risiko på tvers og mellom nivåer i foretaksgruppen. Ulik praksis mellom helseforetakene i foretaksgruppen svekker etter vår vurdering det regionale helseforetakets grunnlag for å kunne vurdere det samlede risikobildet i foretaksgruppen.

De nye retningslinjene for foretaksgruppene i Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge presiserer at de enkelte helseforetakene bør utarbeide egne retningslinjer for risikostyring. Det pekes på at helseforetakene har et selvstendig ansvar for at styringssystemene er tilpasset foretakets egenart og særskilte risikoforhold.

Nesten alle helseforetakene har egne retningslinjer for risikostyring. De varierer imidlertid med hensyn til hvordan de dekker de ulike delene av risikostyringen.

Helseforetakenes retningslinjer er gjennomgående mangelfulle i beskrivelsen av hvordan planlagte tiltak for å redusere risiko skal følges opp, og hvordan risiko skal rapporteres mellom nivåene i helseforetaket. De felles retningslinjene til foretaksgruppene omtaler også dette i liten grad. Dette er trolig en forklaring på hvorfor helseforetakene i så begrenset grad kan dokumentere at risikoreduserende tiltak faktisk er gjennomført og har hatt effekt, jf. kapittel 9.2.3.

Mange av retningslinjene til helseforetakene omhandler prosessen med å vurdere og håndtere risiko, men mangler omtale av faktorer som er viktige for tilretteleggingen av risikostyringen i virksomheten. For eksempel mangler retningslinjene ofte en beskrivelse av hvem som har systemansvaret for risikostyringen, hvordan interne og eksterne interessenter skal ivaretas og hvordan selve systemet skal evalueres og forbedres.

Etter vår vurdering er mange av retningslinjene for risikostyring ikke i tråd med god praksis. Når sentrale elementer i risikostyringen ikke inngår eller er tydeliggjort i retningslinjene, påvirker dette kvaliteten på gjennomføringen av risikostyringen.

9.4 Mange styrer får begrenset informasjon om risikostyringssystemet fungerer etter hensikten

Styrene i foretakene skal minimum en gang i året gjennomgå og vurdere foretakets styringssystem. Formålet med kravet er å sikre at foretakene gjennomfører vurderinger av om styringssystemet fungerer etter hensikten, og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Denne gjennomgangen kalles *ledelsens gjennomgang*.

De regionale helseforetakene fikk allerede i foretaksmøtet i 2008 krav om en slik gjennomgang, som også skulle omfatte tilstanden i foretaksgruppen. De regionale helseforetakene og et flertall av helseforetakene har opplyst at evalueringen av risikostyringen skal inngå i ledelsens gjennomgang.

Alle de regionale helseforetakene gjennomfører ledelsens gjennomgang i tråd med hensikten, som er å evaluere og forbedre styringssystemene.

De regionale helseforetakene har imidlertid ulik praksis med hensyn til om ledelsens gjennomgang omfatter styringssystemene til hele foretaksgruppen. Det er bare gjennomgangen til Helse Midt-Norge RHF som omfatter de felles styringssystemene for foretaksgruppen. Gjennomgangen til Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF omfatter kun styringssystemene i det regionale helseforetaket, mens gjennomgangen til Helse Nord RHF i hovedsak gjelder internt i det regionale helseforetaket.

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene, med unntak av Helse Sør-Øst RHF, omtaler risikostyringssystemet eksplisitt i ledelsens gjennomgang for årene 2021 og 2022. Disse tre regionale helseforetakene har også besluttet tiltak for å forbedre systemet for risikostyring både i de regionale helseforetakene og i foretaksgruppene.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at det har gjennomgått risikostyringssystemet på administrativt nivå, men har valgt å ikke omtale risikostyringssystemet i ledelsens gjennomganger som er forelagt sitt styre i disse to årene.

Alle helseforetakene gjennomfører også ledelsens gjennomgang. Imidlertid viser undersøkelsen at nesten halvparten av dem i hovedsak bruker denne gjennomgangen til å rapportere resultater og aktiviteter, og i liten grad en vurdering av styringssystemene. Disse helseforetakene bruker dermed ikke ledelsens gjennomgang i tråd med formålet.

Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal følge aktivt med på om foretakene har et forsvarlig styringssystem gjennom sin kontrollfunksjon. Når undersøkelsen viser at ledelsens gjennomgang i mange helseforetak inneholder lite omtale av kvaliteten på risikostyringssystemet, betyr det at disse styrene har et begrenset grunnlag for å vurdere om risikostyringssystemet fungerer etter intensjonen.

Undersøkelsen viser at uavhengig av om styrene har fått lite eller mye informasjon om kvaliteten på risikostyringssystemet, tar et flertall av styrene gjennomgangen til orientering i behandlingen av ledelsens gjennomgang.

Samtidig viser undersøkelsen at styrene – både i de regionale helseforetakene og helseforetakene – er kjent med at internrevisjonene har avdekket svakheter i risikostyringen i foretaksgruppene. Styrene i Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har vedtatt endringer i retningslinjene for risikostyring for foretaksgruppene for å fjerne disse svakhetene.

Internrevisjonen i de regionale helseforetakene er et virkemiddel som styrene kan bruke til få kunnskap om styringssystemene i foretakene. Etter vår vurdering er det imidlertid viktig at styrene i

foretakene også bruker ledelsens gjennomgang til å vurdere styringssystemene, slik at dette blir gjort regelmessig og i tråd med kravene gitt i foretaksmøtet i 2008.

9.5 De regionale helseforetakene har ulik forståelse av hvilket ansvar de har for risikostyringssystemet i foretaksgruppen

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har ulik tilnærming til hvordan tilstanden til styringssystemene i foretaksgruppene følges opp. Det er ulik praksis både med hensyn til felles retningslinjer for risikostyring for foretaksgruppen, og om ledelsens gjennomgang omfatter hele foretaksgruppen. Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF er ytterpunktene her.

I motsetning til Helse Sør-Øst RHF, har Helse Midt-Norge RHF felles retningslinjer for risikostyring i sin foretaksgruppe og foretaksgruppen inkluderes også i sin årlige gjennomgang av styringssystemet, det vil si ledelsens gjennomgang, jf. kapittel 9.3 og 9.4. Helse Midt-Norge RHF begrunner innretningen av ledelsens gjennomgang med sitt sørge for- og tilsynsansvar. Det regionale helseforetaket legger i tilsynsansvaret at det har ansvar for å kontrollere de delene av styringssystemet som er felles for hele foretaksgruppen.

Helse Sør-Øst RHF på sin side begrunner sin praksis med at helseforetakene er selvstendige rettssubjekter og har et selvstendig ansvar for å innrette virksomheten i tråd med krav i lov og forskrift.

Styret og ledelsen i det enkelte helseforetak har en selvstendig plikt til å sørge for at foretaket har et forsvarlig styringssystem. Samtidig har de regionale helseforetakene etter vår vurdering ansvar for at det etableres styringssystemer i de helseforetakene det eier. De regionale helseforetakene har også ansvar for å ha oversikt over tilstanden til felles styringssystemer i foretaksgruppen.

Etter vår vurdering har ikke de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad har fulgt opp om helseforetakene har fungerende risikostyringssystemer. Det er spesielt viktig å følge opp helseforetak som over tid ikke har oppnådd tilfredsstillende kvalitet på risikostyringen.

Selv om det er mange faktorer som har betydning for om målene i helseforetakene nås, kan svak risikostyring ha konsekvenser for måloppnåelsen i det enkelte helseforetaket. Dette vil kunne påvirke også det regionale helseforetakets evne til å ivareta sitt sørge for-ansvar.

For at de regionale helseforetakene skal få oversikt over risikoene til foretaksgruppen, er de avhengig av at helseforetakene har systemer som gir oversikt over egne risikoer. For at oversikten skal være systematisk, er det viktig at rapporteringen fra helseforetakene er sammenlignbar. Dette er etter vår vurdering nødvendig for at de regionale helseforetakene skal kunne ha tilstrekkelig oversikt over de samlede risikoene i foretaksgruppen, og dermed kunne iverksette tiltak som sikrer en kontinuerlig forbedring.

10 Referanseliste

Lover og forskrifter

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).*
- *lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).*
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven).*
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*

Stortingsdokumenter

- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.*
- Meld. St. 14 (2020–2021) *Perspektivmeldingen 2021.*
- Prop. 1 S (2022–2023) *For budsjettåret 2023.* Helse- og omsorgsdepartementet.

Møteprotokoller og styredokumenter

- Protokoller fra foretaksmøter med de regionale helseforetakene 2008–2022.
- Oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for perioden 2018–2022.
- Styredokumenter i de regionale helseforetakene og helseforetakene i perioden 2019–2022.

Veiledere og faglige standarder

- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (2008). *Risikostyring i staten – Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen.*
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav til fødselsomsorgen.*
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018).
- Helsedirektoratet. (2019). *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten.*
- Helsedirektoratet. (2021). *Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser.*
- COSO. (2017). *Helhetlig Risikostyring – Integreering med strategi og måloppnåelse.*
- Norsk Standard. (2018). *Risikostyring: Retningslinjer* (NS-ISO 31000:2018).

Regionale rammeverk og retningslinjer

- Helse Vest RHF. (2020). *Rammeverk for verksemdstyring i Helse Vest.*
- Helse Vest RHF. (2021). *Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest.*
- Helse Sør-Øst. (2020). *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst.*
- Helse Sør-Øst RHF. (2022). *Beskrivelse av risikostyring i Helse Sør-Øst RHF.*
- Helse Vest. (udatert). *Prinsipp for risikostyring i Helse Vest.*
- Helse Midt-Norge RHF. (2021). *Regionalt rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*
- Helse Nord RHF. (2022). *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Nord RHF.*
- Helse Nord RHF. (udatert). *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, versjon 6.2.*

Rapporter og utredninger

- SKDE. (2019). *Helseatlas for fødselshjelp – Bruk av helsetjenester innen fødselshjelp i perioden 2015–2017.*
- SKDE. (2021). *Helseatlas for kvalitet – En beskrivelse av kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester for årene 2017–2019.*
- Internrevisjonen Helse Nord. (2017). *Risikostyring i Helse Nord.*
- Internrevisjonen i Helse Vest. (2019). *Internkontroll i helseforetaka.*
- Internrevisjonen Helse Midt-Norge. (2020). *Risikostyring i Helse Midt-Norge RHF.*
- Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. (2021). *Risikostyring og kvalitet Oslo universitetssykehus HF.*
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2019). *Analyser av krisescenarioer.*

- Nasjonal sikkerhetsmyndighet. (2023). *Risiko 2023 – Økt uforutsigbarhet krever høyere beredskap.*
- NOU (2023:4) *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.*
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023.*

Nettsider

- [Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering \(SKDE\) – Helseatlas.](#)
- [Direktoratet for forvaltning og økonomistyring \(DFØ\) – Risikostyring i staten.](#)
- [Folkehelseinstituttet \(FHI\) – Medisinsk fødselsregister.](#)
- [I trygge hender 24/7 – Global Trigger Tool \(GTT\).](#)

11 Vedlegg

Vedlegg 1 Brev til de regionale helseforetakene 14.11.22

Rammeverk, prosedyrer, veiledere og maler for risikostyring

Vi vil kartlegge hvordan de regionale helseforetakene har organisert sitt risikoarbeid. Vi legger til grunn at *rammeverk for risikostyring* (eller tilsvarende dokument – f.eks. «retningslinjer» eller «policy») beskriver organiseringen. I tillegg ber vi om *andre dokumenter* som brukes i styringen og gjennomføringen av risikoarbeidet, f.eks. prosedyrebeskrivelser, rutiner, maler og veiledere. I spørsmålene skiller vi mellom dokumenter som gjelder risikoarbeid internt i det regionale helseforetaket og dokumenter som gjelder foretaksgruppa.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
1.	Har foretaket utarbeidet overordnede styringsdokumenter (rammeverk, retningslinjer eller policydokument) for risikostyring internt i RHF-et ? Hvis ja, ber vi om å få disse oversendt.	
2.	Har foretaket utarbeidet overordnede styringsdokumenter (rammeverk, retningslinjer og eller policydokument) for risikostyring i foretaksgruppa ? Hvis ja, ber vi om å få disse oversendt.	
3.	Bruker foretaket andre styrende dokumenter som operasjonaliserer planlegging og gjennomføring av risikostyringen internt i RHF-et (f.eks. prosedyrer, rutiner, veiledere og maler)? Hvis ja, ber vi om å få dokumentene oversendt.	
4.	Bruker foretaket andre styrende dokumenter som operasjonaliserer planlegging og gjennomføring av risikostyringen i foretaksgruppa (f.eks. prosedyrer, rutiner, veiledere og maler)? Hvis ja, ber vi om å få dokumentene oversendt.	
5.	Er rammeverk/retningslinjer, rutiner, maler osv. som gjelder risikostyring samlet og tilgjengeliggjort (f.eks. i elektronisk verktøy)? Hvis ja, redegjør kort for hvordan dokumentene er tilgjengeliggjort.	

Risikostyringsfunksjonen

Administrerende direktør har overordnet ansvar for risikostyringen. Dette ansvaret kan delegeres ved at de øvrige lederne skal sørge for en forsvarlig risikostyring innenfor sitt ansvarsområde.

Risikostyringsfunksjonen skal bistå virksomheten i arbeidet med å iverksette og implementere effektive prosesser for å identifisere, vurdere og håndtere risiko. I tillegg har risikofunksjonen et selvstendig ansvar for å overvåke risikobildet, og å flagge utviklingstrender for eksisterende risikoer og potensielt utfall av nye trusler/muligheter.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
6.	Er ansvaret for risikostyringsfunksjonen internt i RHF-et plassert hos en bestemt leder i organisasjonen – i så fall hvilken enhet?	
7.	Hvilken enhet i RHF-et har ansvar for å støtte og følge opp systemet for risikostyring i helseforetakene i regionen?	
8.	Har foretaket et dokument som beskriver mandat, oppgaver, ansvar og myndighet for risikostyringsfunksjonen nevnt i spørsmål 6 og 7? Hvis ja, ber vi om å få denne dokumentasjonen oversendt. Hvis ikke, ber vi om en kort redegjørelse.	

Annen støtte og tilrettelegging av risikoarbeidet

Vi ønsker å kartlegge annen støtte og tilrettelegging av risikoarbeidet internt i RHF-et og i foretaksgruppa, ut over temaene omtalt over.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
9.	Bruker RHF-et en programvare som hjelpemiddel i sin interne risikostyring/-arbeid, som f.eks. CIM eller Delta? Hvis ja, hvilket program?	
10.	Brukes en felles programvare som hjelpemiddel i risikostyring/-arbeid i helseforetakene i regionen, som f.eks. CIM eller Delta? Hvis ja, hvilket program?	
11.	Hvis ja på spørsmål 9 eller 10: Hvilke deler (moduler) av programmet brukes i risikostyringen/-arbeidet?	
12.	Er det dokumentert krav til kompetanse hos ledere internt i RHF-et i risikostyring? (F.eks. i et eget dokument, stillingsbeskrivelse eller i lederavtale.) Hvis ja, ønsker vi et eksempel oversendt.	
13.	Har RHF-et et system for opplæring av RHF-ets ledere i risikostyring? (Som ev. inngår som del av opplæring i virksomhetsstyring.) Hvis ja, ønsker vi dokumentasjon oversendt.	
14.	Hvilken opplæring i risikostyring har blitt gitt til styremedlemmer i RHF-et i perioden 2019–2022?	
15.	Har RHF-et arrangert opplæring i risikostyring for styremedlemmer i helseforetakene i regionen i perioden 2019–2022?	
16.	Er det en regional faggruppe/-nettverk for risikostyring, eller er andre regionale faggrupper, der oppgaver knyttet til risikostyring inngår?	
17.	Hvis ja på spørsmål 16:	

	Er det utarbeidet en beskrivelse av mandat, oppgaver, ansvar og myndighet for gruppene nevnt i spørsmål 16? Hvis ja, ber vi om å få denne dokumentasjonen oversendt.	
18.	Hvilke andre virkemidler bruker RHF-et for å støtte og styrke HF-enes risikoarbeid?	

Evalueringer av systemet for risikostyring

Vi vil undersøke hvordan risikostyringssystemene internt i RHF-et blir evaluert og forbedret. Videre vil vi undersøke hvordan RHF-et evaluerer risikostyringen i foretaksgruppa. Vi legger til grunn at dette gjøres som del av ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG).

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
19.	Vi ber om de 2 siste ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG) internt i RHF-et .	
20.	Vi ber vi om de 2 siste LGG for foretaksgruppa .	
21.	Vi ber om oppfølgings-/tiltaks-/handlingsplan for eventuelle svakheter som er identifisert i risikostyringen i de 2 siste evalueringene av LGG.	
22.	Har RHF-et styrende dokumenter for utarbeidelse av LGG (f.eks. rutiner for prosessen, sjekklister)? Hvis ja, ber vi om å få disse oversendt. Hvis ikke, ber vi om en kort redegjørelse for hvordan prosessen gjennomføres (f.eks. hvem har ansvar, hvem er involvert og på hvilken måte).	
23.	Har RHF-et gitt noen felles retningslinjer og mal for hvordan LGG i foretaksgruppa skal gjennomføres?	
24.	Utarbeides LGG for avdelinger i RHF-et? Hvis ja, ber vi om å få oversendt sist utarbeidede LGG for den/de avdelingen(e) som har ansvar for RHF-ets sørge for-ansvar og systemet for risikostyring.	
25.	Hvis nei på 24: Vi ber om å få oversendt innspill fra denne/disse avdelingene til RHF-ets sist utarbeidede LGG.	
26.	Dersom systemet for risikostyring internt i RHF-et eller foretaksgruppa evalueres i andre dokumenter enn LGG , ber vi om å få de 2 siste evalueringene tilsendt.	

Prioriterte risikoer på overordnet nivå i helseforetakene

Vi vil kartlegge hvilke risikoer som prioriteres på overordnet nivå og framlegges for styret i RHF-et, hvordan disse risikoene innhentes og hvilke prosedyrer som ligger til grunn for prioriteringsarbeidet.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
27.	Vi ber om de to siste styresakene (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll), der RHF-ets overordnede prioriterte risikoer framlegges («Ti på topp» el. lign.).	
28.	Er det en dokumentert prosess for hvordan RHF-et velger ut de overordnede risikoene på RHF nivå («10 på topp» el.lign.) som skal legges fram for styret? Hvis ja, ber vi om å få denne oversendt. Hvis denne ikke finnes, ber vi om en kort redegjørelse for prosessen (f.eks. hvem har ansvar, hvem er involvert, på hvilken måte og når skjer dette).	
29.	Har ledelsen en oversikt over risikoer internt i RHF-et? (F.eks. i form av et risikoregister)? Vi ber om dokumentasjon eller en kort redegjørelse for systemet.	
30.	Har ledelsen i RHF-et en oversikt over risiko i foretaksgruppa? Vi ber om dokumentasjon eller en kort redegjørelse for systemet.	
31.	Har RHF-et prosedyre for å samle rapportering av risiko fra HF-ene i regionen? Hvis ja, ber vi om å få den oversendt. Hvis denne ikke finnes, ber vi om en kort redegjørelse for prosessen (for eksempel hvem har ansvar for å rapportere, hvem er involvert, hvor ofte rapporteres det og på hvilken måte).	

Risikostyring på overordnet nivå knyttet til mål om kvalitet i pasientbehandlingen i foretaksgruppen

Vi vil undersøke hvordan RHF-et har identifisert og operasjonalisert sine mål knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen i virksomhetsstyringen, og i hvilken grad disse målene er risikovurdert og fulgt opp. Videre vil vi undersøke om foretakets styre behandler saker om kvalitet i pasientbehandlingen.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
32.	Har foretaket gjennomført risikovurderinger av mål og krav til kvalitet i pasientbehandlingen gitt i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2021 og 2022? Hvis ja, ønsker vi oversendt disse risikovurderingene, samt eventuelle planer for tiltak for å redusere risiko (hvis disse er i eget dokument). Hvis nei – gå til spørsmål 36?	
33.	Er risikovurderinger og planlagte tiltak for å redusere risiko nevnt i spørsmål 32 lagt fram for styret? I så fall ber vi om å få styresakene oversendt (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).	

34.	Vi ønsker dokumentasjon av hvordan foretaket har fulgt opp og evaluert gjennomførte tiltak beskrevet i spørsmål 32? (rapporter, referater e.l.)	
35.	Er styret informert om gjennomførte tiltak nevnt i spørsmål 34 og effekten av disse? I så fall ber vi om å få styresakene oversendt (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).	
36.	Har RHF-et operasjonalisert mål om kvalitet i pasientbehandlingen for foretaksgruppa, jf. forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenesten § 6a? Hvis ja, ber vi om å få oversendt styrende dokumenter som viser dette (for eksempel utviklingsplan, virksomhetsplan, handlingsplaner, strategier). Hvis nei, gå videre til spørsmål 41.	
37.	Har foretaket gjennomført risikovurderinger av operasjonaliserte mål om kvalitet i pasientbehandlingen i spørsmål 36? Hvis ja, ønsker vi oversendt den siste oppdaterte risikovurderingen av hvert av målene i perioden 2019-2022. I tillegg ber vi om eventuelle planer for tiltak for å redusere disse risikoene (hvis de er i eget dokument). Hvis nei, gå til spørsmål 41.	
38.	Er risikovurderinger og planlagte tiltak for å redusere risiko nevnt i spørsmål 37 lagt fram for styret? I så fall ber vi om å få styresakene oversendt (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).	
39.	Vi ønsker dokumentasjon av hvordan foretaket har fulgt opp og evaluert gjennomførte tiltak beskrevet i spørsmål 37? (rapporter, referater e.l.)	
40.	Er styret informert om gjennomførte tiltak nevnt i spørsmål 39 og effekten av disse? I så fall ber vi om å få styresakene oversendt (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).	
41.	Vi ber om styresaker i RHF-et som gir en samlet rapportering av kvaliteten i pasientbehandlingen i foretaksgruppa i 2022, ut over den løpende månedrapporteringen (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).	
42.	Har resultater fra SKDEs <i>Helseatlas for kvalitet</i> (2021) blitt framlagt for og fulgt opp av styret? Hvis ja, ønsker vi oversendt den/de aktuelle styresakene (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).	
43.	Har resultater fra SKDEs <i>Helseatlas for fødselshjelp</i> (2019) blitt framlagt for og fulgt opp av styret? Hvis ja, ønsker vi oversendt den/de aktuelle styresakene (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).	

Uønskede hendelser

Vi vil kartlegge hvilken informasjon de regionale helseforetakene innhenter fra helseforetakene om uønskede hendelser og hvordan informasjon fra uønskede hendelser brukes i risikostyringen og forbedringsarbeidet.

Nr.	Dokumentasjon	Dokumenthenvisning
44.	Vi ber om en kort redegjørelse for hvilken informasjon RHF-et innhenter om uønskede hendelser i helseforetakene? (F.eks. antall hendelser på ulike fagområder, alvorlighetsgrad, klassifisering av type hendelser.)	
45.	Vi ber om styresaker i RHF-et som gir en samlet rapportering av uønskede hendelser i foretaksgruppa i 2022, ut over den løpende månedsrapporteringen (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).	
46.	Har RHF-et et system eller en rutine for hvordan det bruker informasjonen om uønskede hendelser og eventuelt hendelsesanalyser i arbeidet med kvalitetsforbedring og risikoarbeid i foretaksgruppa? Hvis ja, ønsker vi denne tilsendt.	

Vedlegg 2 Brev til helseforetakene 28.10.22

Helseforetakets rammeverk, prosedyrer, veiledere og maler

Vi vil kartlegge hvordan helseforetakene har organisert sitt risikoarbeid. Vi legger til grunn at *rammeverk for risikostyring* (eller tilsvarende dokument - f.eks. «retningslinjer» eller «policy») beskriver organiseringen. I tillegg ber vi om *andre dokumenter* som brukes i styringen og gjennomføringen av risikoarbeidet i foretaket, for eksempel prosedyrebeskrivelser, rutiner, maler og veiledere.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
47.	Har helseforetaket utarbeidet overordnede styringsdokumenter (rammeverk, retningslinjer og eller policydokument) for risikostyring? Hvis ja, ber vi om å få det oversendt.	
48.	Bruker helseforetaket andre styrende dokumenter som operasjonaliserer planlegging og gjennomføring av risikostyringen (for eksempel prosedyrer, rutiner, veiledere og maler)? Hvis ja, ber vi om å få dokumentene oversendt.	
49.	Har ett eller flere sykehus/klinikker i foretaket eget rammeverk, prosedyrer, maler og veiledere i risikoarbeidet? Hvis ja, ber vi om å få disse oversendt.	
50.	Bruker fødeavdelingen(e) egne prosedyrer, maler og veiledere i risikoarbeidet? Hvis ja, ber vi om å få disse oversendt	
51.	Er rammeverk/retningslinjer, rutiner, maler osv. samlet og tilgjengeliggjort (for eksempel i elektronisk verktøy)? Hvis ja, redegjør kort for hvordan dokumentene er tilgjengeliggjort.	

Risikostyringsfunksjonen

Administrerende direktør har overordnet ansvar for risikostyringen. Dette ansvaret kan delegeres ved at de øvrige lederne skal sørge for en forsvarlig risikostyring innenfor sitt ansvarsområde.

Risikostyringsfunksjonen skal bistå virksomheten i arbeidet med å iverksette og implementere effektive prosesser for å identifisere, vurdere og håndtere risiko. I tillegg har risikofunksjonen et selvstendig ansvar for å overvåke risikobildet, og å flagge utviklingstrender for eksisterende risikoer og potensielt utfall av nye trusler/muligheter.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
52.	Er ansvaret for risikostyringsfunksjonen i helseforetaket plassert hos en bestemt leder i organisasjonen - i så fall hvilken enhet?	
53.	Har foretaket et dokument som beskriver mandat, oppgaver, ansvar og myndighet for risikostyringsfunksjonen nevnt i spørsmål 6? Hvis ja, ber vi om å få denne dokumentasjonen oversendt. Hvis ikke, ber vi om en kort redegjørelse.	

Annen støtte og tilrettelegging av risikoarbeidet

Vi vil undersøke hvordan foretaket tilrettelegger for og støtter det løpende risikoarbeidet, **ut over temaene omtalt over.**

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
54.	Brukes det en programvare som hjelpemiddel i risikostyringen/-arbeidet, som f.eks. CIM eller Delta? Hvis ja, hvilket program?	
55.	Hvis ja på spørsmål 8: Hvilke deler (moduler) av programmet brukes i risikostyringen/-arbeidet?	
56.	Deltar foretaket i en regional faggruppe/-nettverk for risikostyring?	
57.	Har helseforetaket en intern faggruppe/-nettverk for risikostyring?	
58.	Hvis ja på spørsmål 11: Er det utarbeidet en beskrivelse av mandat, oppgaver, ansvar og myndighet for faggruppe/-nettverket for risikostyring? Hvis ja, ber vi om å få denne dokumentasjonen oversendt.	
59.	Er det dokumentert krav til kompetanse hos ledere i risikostyring? (F.eks. i et eget dokument, stillingsbeskrivelse eller i lederavtale.) Hvis ja, ønsker vi dette oversendt.	
60.	Har helseforetaket et system for opplæring av ledere i risikostyring? Hvis ja, ønsker vi dokumentasjon oversendt.	
61.	Har helseforetaket et system for opplæring av dedikerte medarbeidere i risikostyring? Hvis ja, ønsker vi en dokumentasjon oversendt.	
62.	Hvilken opplæring i risikostyring har blitt gitt til styremedlemmer i foretaket i perioden 2019–2022?	

Evalueringer av systemet for risikostyring

Vi vil undersøke hvordan risikostyringssystemene i foretakene blir evaluert og forbedret. Vi legger til grunn at dette i mange foretak gjøres som del av ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG).

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
63.	Vi ber om ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG) for helseforetaket i 2021 og 2022.	
64.	Dersom systemet for risikostyring i helseforetaket evalueres i andre dokumenter enn LGG , ber vi om å få de to siste utgavene (i 2021 og 2022) av disse dokumentene tilsendt.	
65.	Har foretaket styrende dokumenter for utarbeidelse av LGG (f.eks. rutiner for prosessen, sjekklister)? Hvis ja, ber vi om å få disse oversendt.	

	Hvis ikke, ber vi om en kort redegjørelse for hvordan prosessen gjennomføres (f.eks. hvem har ansvar, hvem er involvert og på hvilken måte og bruk av sjekklister).	
66.	Utarbeides LGG for klinikker/avdelinger med ansvar for fagområdet fødsel? Hvis ja, ber vi om å få oversendt sist utarbeidede LGG for den/de klinikkene der fagområdet fødsel er organisatorisk plassert.	
67.	Vi ber om å få oversendt innspill fra klinikk med ansvar for fagområdet fødsel til helseforetakets sist utarbeidede LGG.	

Prioriterte risikoer på overordnet nivå i helseforetakene

Vi vil kartlegge hvilke risikoer som prioriteres på overordnet nivå og framlegges for styret i helseforetakene, hvordan disse risikoene innhentes og hvilke prosedyrer som ligger til grunn for prioriteringsarbeidet.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
68.	Vi ber om de to siste styresakene (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll), der foretakets overordnede prioriterte risikoer framlegges («Ti på topp» el. lign.).	
69.	Er det dokumentert en strukturert prosess for hvordan helseforetaket velger ut de overordnede risikoene på foretaksnivå («10 på topp») som skal legges fram for styret? Hvis ja, ber vi om å få denne oversendt. Hvis denne ikke finnes, ber vi om en kort redegjørelse for prosessen (for eksempel hvem har ansvar, hvem er involvert, på hvilken måte og når skjer dette).	
70.	Hvordan holder ledelsen i helseforetaket oversikt over de prioriterte risikoene i klinikkene? Vi ber om dokumentasjon eller en kort redegjørelse for systemet.	
71.	Er rapportering av risiko fra ulike nivåer i helseforetaket beskrevet i en prosedyre/rutine? Hvis ja, ber vi om å få den oversendt. Hvis denne ikke finnes, ber vi om en kort redegjørelse for prosessen (for eksempel hvem har ansvar for å rapportere, hvem er involvert, hvor ofte rapporteres det og på hvilken måte).	

Risikostyring på overordnet nivå knyttet til mål om kvalitet i pasientbehandlingen i virksomhetsstyringen

Vi vil undersøke hvordan foretaket har identifisert og operasjonalisert sine mål knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen i virksomhetsstyringen, og i hvilken grad disse målene er risikovurdert og fulgt opp. *Kvalitet i pasientbehandlingen* omfatter her faglig forsvarlige spesialisthelsetjenester og pasientsikkerhet. Videre vil vi undersøke om foretakets styre behandler saker om kvalitet i pasientbehandlingen.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
72.	<p>Har helseforetaket operasjonalisert mål om kvalitet i pasientbehandlingen på foretaksnivå?</p> <p>Hvis ja, ber vi om å få oversendt styrende dokumenter som viser dette (for eksempel utviklingsplan, virksomhetsplan, handlingsplaner, strategier).</p> <p>Hvis nei, gå videre til spørsmål 29.</p>	
73.	<p>Har foretaket gjennomført risikovurderinger av de operasjonaliserte målene på foretaksnivå?</p> <p>Hvis ja, ønsker vi oversendt de sist oppdaterte risikovurderingene av hvert av målene.</p>	
74.	<p>Har foretaket dokumentert planlagte tiltak for å fjerne eller redusere risiko nevnt i spørsmål 27?</p> <p>Hvis ja, ønsker vi oversendt disse dokumentene, hvis de ikke inngår i risikovurderingene.</p>	
75.	<p>Har helseforetaket gjennomført risikovurderinger av mål og krav til kvalitet i pasientbehandlingen gitt i oppdragsbrevet for 2022?</p> <p>Hvis ja, ønsker vi oversendt disse risikovurderingene.</p>	
76.	<p>Vi ber om siste styresak om den samlede tilstanden til kvaliteten i pasientbehandlingen i helseforetaket (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).</p>	
77.	<p>Har resultater fra SKDEs <i>Helseatlas for kvalitet (2021)</i> blitt framlagt for og fulgt opp av styret?</p> <p>Hvis ja, ønsker vi oversendt den/de aktuelle styresakene (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).</p>	
78.	<p>En gjennomgang av SKDEs <i>Helseatlas for kvalitet (2021)</i> viser at foretaket har lav måloppnåelse på flere helsetjenester, jf. figur 4.1 i helseatlasen.</p> <p>Er det gjennomført risikovurderinger av noen av disse behandlingene som følge av atlasen?</p> <p>Hvis ja, ønsker vi disse risikovurderingene tilsendt.</p> <p>Vi forstår at resultater fra helseatlasene kan brukes i annet forbedringsarbeid enn risikostyring.</p>	
79.	<p>Har resultater fra SKDEs <i>Helseatlas for fødselshjelp (2019)</i> blitt framlagt for og fulgt opp av styret?</p> <p>Hvis ja, ønsker vi oversendt den/de aktuelle styresakene (inkludert saksframlegg, vedlegg og protokoll).</p>	

Risikostyring knyttet til mål om kvalitet i pasientbehandlingen på lavere nivå i virksomheten

I tillegg til å vurdere risikostyringen samlet i helseforetaket ønsker vi å innhente dokumenter som viser hvordan risikostyringen skjer i virksomhetsstyringen i deler av foretaket. Vi har avgrenset til klinikker/avdelinger som har ansvar for fagområdet fødsler i foretaket.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
80.	Vi ber om å få oversendt avdelingsplan (eller tilsvarende for fødeavdelingen, og klinikkplan for overordnet klinikk for 2022.	
81.	Har helseforetaket operasjonalisert mål om kvalitet i pasientbehandlingen på fagområdet fødsel på lavere nivå (divisjon, klinikk/avdeling) i foretaket? Hvis ja, ber vi om å få oversendt dokumentasjon som viser dette. Dette kan eksempelvis være klinikkplan, avdelingsplan, lederavtale, målekort.	
82.	Har foretaket gjennomført risikovurderinger av mål om kvalitet i pasientbehandlingen? Hvis ja, ønsker vi oversendt de sist oppdaterte risikovurderingene av hvert av målene. Hvis nei, gå videre til spørsmål nr. 40.	
83.	Har foretaket dokumentert planlagte tiltak for å fjerne eller redusere risiko nevnt i spørsmål 36? Hvis ja, ønsker vi oversendt disse dokumentene, hvis de ikke inngår i risikovurderingene.	
84.	Vi ber om de 2 siste rapporteringene/dokumentasjon av gjennomføring og evaluering av tiltak nevnt i spørsmål 37, til nærmeste overordnede leder.	
85.	Vi ber om de 2 siste rapporteringene/dokumentasjon til foretaksledelsen på gjennomføring og evaluering av tiltak nevnt i spørsmål 37, fra klinikk som har ansvar for fødeavdelingen(e).	

Risikostyring av operative prosesser i fødeavdelingene

De enkelte virksomhetsområdene i foretakene vil også inkludere en rekke **operative prosesser**. Med operative prosesser menes løpende aktiviteter som er knyttet til kjernevirksomheten. Vi vil kartlegge risikovurderinger/ROS-analyser som er gjennomført av operative prosesser og rapporteringen.

Nr.	Spørsmål	Dokumenthenvisning
86.	Vi ber om alle gjennomførte risikovurderinger/ROS-analyser som gjelder fødeavdelingen(e) fra og med 2019.	
87.	Har foretaket dokumentert planlagte tiltak for å fjerne eller redusere risiko nevnt i spørsmål 40? Hvis ja, ønsker vi oversendt disse dokumentene, hvis de ikke inngår i risikovurderingene.	
88.	Vi ber om de 2 siste rapporteringene/dokumentasjon fra fødeavdelingen(e) på gjennomføring og evaluering av tiltak knyttet til risikovurderinger av operative prosesser til nærmeste overordnede leder.	
89.	Hvilke verktøy bruker fødeavdelingen(e) for å forebygge risiko i pasientbehandlingen (f.eks. «forbedringstavlen», «grønt kors»)? Vi ber om en oppstilling av hvilke verktøy som brukes og en konkret redegjørelse for hva de går ut på.	

Uønskede hendelser og hendelsesanalyser

Vi vil kartlegge omfanget av uønskede hendelser som er registrert i helseforetakets interne avvikssystem. Videre vil vi kartlegge omfanget av hendelsesanalyser. Vi vil også undersøke hvordan informasjon fra uønskede hendelser brukes i risikostyringen og forbedringsarbeidet.

Nr.	Dokumentasjon	Dokumenthenvisning
90.	<p>Vi ber om antall meldte pasientrelaterte uønskede hendelser registrert i helseforetakets interne avvikssystem pr. år i perioden 2019–2021, dvs. for helseforetaket samlet. Med <i>pasientrelaterte</i> mener vi hendelser som har ført til eller kunne ført til pasientskade, uavhengig av alvorlighetsgrad.</p> <p>Dataene fordeles etter de kategoriene helseforetaket benytter (for eksempel fordelt etter alvorlighetsgrad, type hendelse, type personell som har meldt).</p> <p>Vi understreker at det ikke skal utarbeides ny statistikk, men sende det helseforetaket selv bruker. Vi ber om at dere sender statistikk i egnet format, gjerne Excel.</p>	
91.	<p>Vi ber om antall meldte pasientrelaterte uønskede hendelser i hver enkelt fødeavdeling i helseforetaket pr. år i perioden 2019–2021.</p> <p>Dataene fordeles etter de kategoriene helseforetaket benytter (for eksempel fordelt etter alvorlighetsgrad, type hendelse, type personell som har meldt).</p> <p>Vi understreker at det ikke skal utarbeides ny statistikk, men sende det helseforetaket selv bruker. Vi ber om at dere sender statistikk i egnet format, gjerne Excel.</p>	
92.	<p>Har helseforetaket rutiner for å gjennomføre årsaksanalyser/hendelsesgjennomganger etter uønskede hendelser i fødeavdelingen(e)?</p> <p>Hvis ja, ber vi om å få den oversendt.</p>	
93.	<p>Vi ber om antall hendelses-/årsaksanalyser per år for årene 2019–2021 i helseforetaket.</p>	
94.	<p>Vi ber om antall hendelses-/årsaksanalyser per år for årene 2019–2021 i fødeavdelingen(e).</p>	
95.	<p>Vi ber om alle hendelses-/årsaksanalyser som er gjort i årene 2020 og 2021 i klinikken som omfatter fødeavdelingen(e).</p>	
96.	<p>Har helseforetaket rutiner for hvordan rapportering av uønskede hendelser skal brukes til læring og forbedring?</p> <p>Hvis ja, ber vi om å få disse oversendt.</p>	
97.	<p>Har helseforetaket rutiner for hvordan rapportering av uønskede hendelser skal brukes inn i systemet for risikostyring?</p> <p>Hvis ja, ber vi om å få den oversendt.</p> <p>Hvis nei, ber vi om en kort redegjørelse.</p>	

Vedlegg 3 Oversikt over fødsler i sykehusene

Region	Helseforetak	Lokasjon	Antall 2021	Antall fødsler per dag	Antall jordmødre
Midt	Nord-Trøndelag	Levanger	849	2,33	38
Midt	Nord-Trøndelag	Namsos	357	0,98	21
Midt	Møre og Romsdal	Ålesund	1317	3,61	41
Midt	Møre og Romsdal	Kristiansund	46	0,13	19
Midt	Møre og Romsdal	Molde	694	1,90	18
Midt	Møre og Romsdal	Volda	510	1,40	19
Midt	St. Olav	St. Olav	3911	10,72	85
Nord	Finnmark	Hammerfest	392	1,07	36
Nord	Finnmark	Kirkenes	186	0,51	23
Nord	Helgeland	Brønnøysund	24	0,07	
Nord	Helgeland	Mo i Rana	278	0,76	
Nord	Helgeland	Sandnessjøen	298	0,82	
Nord	Nordland	Bodø	987	2,70	33
Nord	Nordland	Lofoten	86	0,24	
Nord	Nordland	Vesterålen	299	0,82	12
Nord	UNN	Sonjatun - Storslett	28	0,08	
Nord	UNN	Harstad	285	0,78	18
Nord	UNN	Narvik	215	0,59	13
Nord	UNN	Tromsø	1374	3,76	48
Sør-Øst	Vestfold	Tønsberg	1918	5,25	55
Sør-Øst	Innlandet	Elverum	902	2,47	26
Sør-Øst	Innlandet	Gjøvik	519	1,42	28
Sør-Øst	Innlandet	Lillehammer	1104	3,02	30
Sør-Øst	Innlandet	Tynset	50	0,14	
Sør-Øst	Østfold	Kalnes	2893	7,93	64
Sør-Øst	Ahus	Kongsvinger	532	1,46	19
Sør-Øst	Ahus	Nordbyhagen	4881	13,37	129
Sør-Øst	OUS	Ullevål	6855	18,78	243
Sør-Øst	OUS	Rikshospitalet	2464	6,75	81
Sør-Øst	Sørlandet	Arendal	900	2,47	28
Sør-Øst	Sørlandet	Flekkefjord	332	0,91	13

Sør-Øst	Sørlandet	Kristiansand	1845	5,05	67
Sør-Øst	Vestre Viken	Bærum	1725	4,73	40
Sør-Øst	Vestre Viken	Drammen	1785	4,89	60
Sør-Øst	Vestre Viken	Kongsberg	371	1,02	17
Sør-Øst	Vestre Viken	Ringerike	717	1,96	25
Sør-Øst	Telemark	Porsgrunn	1520	4,16	54
Helse Vest	Stavanger	Stavanger	4331	11,87	103
Helse Vest	Bergen	Haukeland	4707	12,90	145
Helse Vest	Bergen	Voss	441	1,21	19
Helse Vest	Fonna	Haugesund	1334	3,65	42
Helse Vest	Fonna	Stord	435	1,19	16
Helse Vest	Førde	Førde	933	2,56	22
			55630		1750

Vedlegg 4 Fødeavdelingenes bemanningsutfordringer

Figur Jordmødre. Samlet oversikt over bemanningsutfordringer per sykehus

Jordmødre	Beholde		Mobilisere		Rekruttere	
	Andel over 60 år	Turnover	Stillingsprosent	Sykefravær	Lett å rekruttere	ubesatte stillinger
Hammerfest						
Haugesund						
Kristiansund						
Stord						
Voss						
Bodø						
Bærum						
Molde						
Ahus						
Flekkefjord						
Stavanger						
Tromsø						
Gjøvik						
Kalnes						
Kongsvinger						
Drammen						
Rikshospitale						
Vesterålen						
Elverum						
Ålesund						
Harstad						
Kristiansand						
Tønsberg						
Narvik						
St. Olavs						
Namsos						
Arendal						
Volda						
Kongsberg						
Lillehammer						
Ringerike						
Skien						
Haukeland						
Ullevål						
Levanger						
Førde						

Fargekodeinndeling		
Andel over 60 år	Stillingsprosent	Sykefravær
<15 %	≥90 %	<8.1 % (p50)
≥15 % <20 %	≥80 % <90 %	≥8.1 % <10.2 %
≥20 %	<80 %	≥10.2 % (p75)
Turnover	Lett å rekruttere	Andel ubesatte stillinger
<6.8 % (p50)*	5-7	<4 %
≥6.8 % <12.7%	4	≥4 % <8 %
≥12.7 % (p75)	1-3	≥ 8 %

* p = persentil

Tabellen viser hvordan de ulike sykehusene kommer ut på de ulike indikatorene på bemanningsutfordringer blant jordmødre. For hver indikator er sykehusene gitt fargekode grønn, gul og rød i henhold til grenseverdier oppgitt under tabellen. Fargen grønn indikerer at sykehuset har relativt små utfordringer på indikatoren; fargen gul indikerer at sykehuset har middels utfordringer med indikatoren, mens fargen rød indikerer at sykehuset har relativt store utfordringer på indikatoren for jordmødre sammenlignet med andre sykehus. De hvite feltene betyr at det mangler data for den aktuelle indikatoren fra dette sykehuset.

Tabellen er systematisert slik at sykehus i den øvre delen av tabellen har større og mer sammensatte bemanningsutfordringer med jordmødre enn sykehus i den nederste delen av tabellen. Det er likevel ikke slik at noen sykehus kommer dårlig eller bra ut på alle aspekter av bemanningsutfordringer. Mange av sykehusene nederst i tabellen har flere indikatorer merket med grønt sammenlignet med sykehusene i den øverste delen. Det må understrekes at dette ikke betyr at disse sykehusene ikke har bemanningsutfordringer. Disse kan ha andre bemanningsutfordringer enn dette utvalget av indikatorer viser.

Tabellen viser at det er flere av sykehusene med en høy andel jordmødre over 60 år som også har utfordringer med å rekruttere nye medarbeidere. Dette kan trolig gi risiko for bemanningsutfordringer også på lengre sikt. Noe av bemanningsutfordringene kan imidlertid løses ved at det er ett potensiale for å øke stillingsprosentene blant jordmødre.

Undersøkelsen viste en sammenheng mellom ansattes opplevelse av kvaliteten på pasientbehandlingen og om helseforetakene hadde bemanningsutfordringer.

Vedlegg 5 Kvalitetsindikatorer – fødsel og abort

	Navn på indikator	Beskrivelse av indikator
1	Abort - selvbestemt abort gjennomført medikamentelt eller kirurgisk	Indikatoren viser andel selvbestemte aborter gjennomført medikamentelt eller kirurgisk inntil utgangen av henholdsvis 9. og 12. svangerskapsuke.
2	Fødsel - dødelighet i nyfødtp perioden	Indikatoren angir antall barn som dør 0 - 27 dager etter fødsel (neonatal dødelighet) per 1 000 levendefødte barn, siste 2-årsperiode.
3	Fødsel - dødfødte barn	Indikatoren beregner antall dødfødte barn per 1 000 fødte barn, siste 2-årsperiode
4	Fødsel - erfaringer med fødsels- og barselomsorgen	Indikatoren viser kvinners erfaringer med fødsels- og barselomsorgen ved sykehus og fødestuer i
5	Fødsel - forekomst av fødselsrifter	Indikatoren måler andelen store fødselsrifter (slinkterskader)
6	Fødsel - fødsler uten større inngrep og komplikasjoner	Indikatoren beregner fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos førstegangsfødende og flergangsfødende.
7	Fødsel - igangsetting av fødsel	Indikatoren viser andel fødsler som blir igangsatt hos alle fødende
8	Indikatoren viser andel fødsler som skjer ved keisersnitt	Indikatoren viser andel fødsler som skjer ved keisersnitt
9	Fødsel - ristimulering under fødsel	Indikatoren viser andel fødsler hvor riene blir stimulert med oksytocin hos førstegangsfødende og flergangsfødende
10	Fødsel - tilstand hos nyfødte barn	Indikatoren viser andel nyfødte barn med Apgar-skår under 7 etter 5 minutter.

Det finnes også andre nasjonale kvalitetsindikatorer som gjelder fødsler under andre tema.

Infeksjoner

- 10 Indikatoren viser andel av kirurgiske inngrep der det er oppdaget postoperativ dyp sårinfeksjon eller postoperativ infeksjon i indre organ eller hulrom, som har oppstått innen 30 dager etter keisersnitt
- 11 Infeksjon – oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter utført keisersnitt
- 12 Infeksjon – postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt

Indikatoren måler andel av keisersnitt der det er oppdaget postoperativ infeksjon i operasjonsområdet, som har oppstått innen 30 dager etter inngrepet. I tallene inngår både overflatiske, dype og organ-/hulromsinfeksjoner.

Vedlegg 6 Eksempel på utfylt risikovurdering

Risikovurdering													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
Nr	Kategori (Liv og helse, øst miljø, øst økonomi, drift)	Fare/Trusselfølsket helse	Årsak	Beskrivelse av konsekvens	Evt.eksisterende tiltak som allerede er iverksatt/besluttede iverksatt	Risiko (S= Sannsynlighet, K= konsekvens)		Ytterligere tiltak	Ansvarlig for tiltak	Frist	Hestrisiko etter ytterligere tiltak		Kommentar
						S	K				S	K	
1	Liv og helse	Ikke tilstrekkelig jordmordeking kan medføre at det ikke blir gjort forsvarlig fødselsstøtte til befolkning på opptaksområdet vårt.	Flere ledige vakter som medfører ikke tilstrekkelig jordmordeking. Antall vikarer det er behov for har desverre ikke vært mulig å få pga generell jordmordeking i Norge og redusert tilgang til antall vikarer gjennom pågående pandemi.	Fare for pasientsikkerhet, stor risiko for å ikke kunne opprettholde forsvarlig drift	Årsplan for å regulere ansattes arbeidstid har gjort det mulig å ha en kjent jordmor på jobb alle vakter i sommer. Bestilling av jordmordeking startet allerede med muntlige avtaler direkte med vikarer for sommer og etterfølgende bestillingen kontinuerlig fra januar. Alle ansatte som har ønsket større stilling i sommer har fått dette. Vi trenger likevel at faste jordmødre kan jobbe ekstra.	Medisinsk	Høg	Gi et spesialtillegg til jordmødre slik at de kan motvirke til å avbøye utover sin stilling sommeren 2021. Tilbud om bonusordning fra AD fra uke 23. Sammenstilling av fødeavdelingene uke 28-32. Helse Vest skaffet ytterligere vikarer.	Administrerende direktør	Implementert	Medisinsk	Midt	Spørresak 4340 TL. Spørresak 433300. Sommerkompensasjon må være på plass så tidlig som mulig før sommeren 2022, seinast medio april. Evaluering 31.08.21: Ønsket særtillegg ble ikke forlenget til over sommeren. Ønsket at sommerkompensasjonstillegg er differensiert ut fra kompetanse (spesialt kompetente/erfarte/erfarte). Det er medtatt 3-4 meldinger fra Kvinneklínken i sommer, oppleggsarbeid av dette pågår. Mottatt avvikmelding fra barneklínken på et barn som fikk forsinket helsehjelp. Evaluering 2.9.21: Vært for lite med en jordmor på uførløst på 7H. Vært ønskelig med to jordmødre på dagtid, gått greit på natt. Lav bemanning på 7G. Jordmødre har gått forvitte hjem fra jobb, for lite tid til god pasientbehandling og man leper fra pasient til pasient. Dette går utover trykelsen og man kvier seg for å jobbe på 7G. Dette er veldig synd, da det er en faglig spennende avdeling å jobbe på. Fått tilbake melding fra nyutdannede jordmødre at de ikke orker å jobbe 100% på 7G. Samtidig på 7G tar mye tid, mye omsorg. Avdelingsledelse har satt av en jordmordeking (pneumonist) til dette gjennom sommeren og det har fungert veldig bra. Forslag til tiltak: - Å være barnepleier på barsel kontra fødeavdeling krever mer kompetanse, eksempelvis med krevende ammeveiledning. Det er ønskelig med vikarer som har hatt praksis.
2	Omdømme	Manglende tillit blant befolkning på opptaksområdet vårt og blant våre medarbeidere.	Flere avisoppslag i lokale aviser	Negative regionale oppslag i medieoppslag/opprekksonhet. Diskusjoner i fagmiljøet. Risiko for forringelse av helsestjenesten som blir tilbudt. Sviket tillit til at man får trygg fødselsomsorg blant befolkningen i opptaksområdet vårt.	Hjipp informasjon fra ledelsen ved Kvinneklínken om status for ledige vakter og status for foreslåtte tiltak til medarbeidere via ulike informasjonskanaler. Tett dialog med verneinstansen og de tilknyttede. Art nærmeste leder er tilgjengelig for spørsmål. Åpenhet og transparen.	Medisinsk	Midt	Svare på henvendelser fra media i henhold til gjeldende prosedyrer.	Kommunikasjonsavdeling sammen med ledelse	Ved henvendelse	Medisinsk	Midt	Evaluering 31.08.21: Svart ut oppslag i Klassekampen. Evaluering 2.9.21: Omdømme i forhold til vikaryk, det må gis informasjon om samdrift. Kan risikere at vikarer ikke melder seg eller trekker seg fra oppdrag i utgangspunktet avtalt med 7H. Omdømme til Fødeavdelingen er at det er en travelt avdeling og vikarer ønsker å jobbe ved en mindre avdeling. Må tilstrebe å formidle mer informasjon til ansatte tidligere for å sikre større forutsettbarehet. Barselavdelingen har mottatt klager fra pasienter på mangelfull ammehjelp. Barselavdeling 7G har flere barselkvinner med akutt pleietilstand. Omdømme blant medarbeidere er at det er en svært travelt sengepost med økende ansvar. Fått tilbake melding om at medarbeidere opplever at de ikke har kapasitet til å ha full stillingsutøvelse på barselavdeling 7G. Forslag til tiltak: - Bestemme samdrift tidligere. Det er ikke ønskelig, men det må bestemmes tidligere for å ivareta både medarbeidere og ledere. Større forutsettbarehet for medarbeidere. Fått gode tilbake meldinger på samtlige avdelinger for at det føltes tryggere. - Fordele noen stuer som lavtviskoenheter? Fordele lavtviskoenheter til vikarer.

Vedlegg 7 Sjekkliste for vurdering av praksis opp mot anerkjente standarder

Spørsmål brukt i vurderinger av retningslinjer er markert med (X) i tabellen.

Spørsmål	Ved vurdering av retningslinjer
Rammeverk	
Har helseforetaket rammeverk, retningslinjer, policy, veiledere og maler for risikostyring?	
Har RHF et internt rammeverk (retningslinjer/Policy) for risikostyring?	
Har HF-et et rammeverk (retningslinjer, policy) for risikostyring?	
Hvilken standard er rammeverket for risikostyring basert på?	
Har HF et rammeverk for virksomhetsstyring?	
Hvilken standard er rammeverket for virksomhetsstyring basert på?	
Hvilke operative dokumenter (veiledere) er utarbeidet for risikostyringsprosessen?	
Har foretaket utarbeidet maler for risikoarbeidet? <ul style="list-style-type: none"> for risikovurdering/ oppdrag/ analyseskjema for risikohåndtering for risikorapportering/ handlingsplan/ sluttrapport 	
Er det stilt krav til dokumentasjon?	
Hvilke deler av risikostyringen stilles det krav til dokumentasjon? <ul style="list-style-type: none"> risikovurderinger risikohåndteringen oppfølgingen av risikoen 	
Står det at dokumentasjon skal være tilgjengelig?	
Står det i dokumentasjon skal være oppdatert?	
Utforming	
Er formålet med risikostyring beskrevet?	
Framgår det at risikostyring skal være integrert i kjernevirksomheten og beslutningstaking?	
Er sammenheng med andre policydokumenter beskrevet?	
Er måten motstridende mål skal håndteres på beskrevet?	
Ansvar og roller (risikostyringsfunksjonen, risikoeier m.m.)	
Er ansvar, myndighet og ansvarlighet beskrevet?	
Er ansvar, myndighet og ansvarlighet beskrevet for: <ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Klinikkledere Ledere på lavere nivå Risikoeier 	

• Risikoleder (leder for risikofunksjonen)	
Står det hvilke fullmakter risikoeier har?	
Sier rammeverket (eller annet dokument) at det skal pekes ut en person med det overordnede ansvaret for risikostyringsfunksjonen?	
Er mandat, autoritet, kompetanse og ressurser til risikofunksjonen definert?	
Er arbeidsoppgavene til risikostyringsfunksjonen definert/dokumentert?	
Er risikostyringsfunksjonen behov for tilgang til informasjon beskrevet/definert?	
Er risikostyringsfunksjonen rutiner for rapportering definert/dokumentert?	
Er risikostyringsfunksjonen koordinering med andre funksjoner definert og dokumentert?	
Tildeling av ressurser	
Er det beskrevet av den øverste ledelsen og overordnet organ der det er aktuelt, at risikostyringen blir tildelt hensiktsmessige ressurser: • mennesker, ferdigheter, erfaring og kompetanse	
... hensiktsmessige ressurser: • organisasjonens prosesser, metoder og verktøy	
... hensiktsmessige ressurser: • dokumenterte prosesser og prosedyrer	
... hensiktsmessige ressurser: • behov for faglig utvikling	
Evaluering	
Står det at system for risikostyring skal evalueres/forbedres?	
Er det utarbeidet mal for oppfølgingsplan for de områdene som ikke er tilfredsstillende i systemet?	
Gir rammeverket en beskrivelse av hvordan tiltakene i oppfølgingsplanen skal følges opp?	
Framgår det i rammeverket hvor ofte risikostyringen skal evalueres?	
Kommunikasjon og konsultasjon	
Beskrives det at forskjellige ekspertiser involveres i risikostyringsprosessene?	
Beskrives at person med kompetanse i risikostyring bør inngå? (prosessveiledere)	
Beskrives det at forskjellige synspunkter skal tas hensyn til i risikovurderinger? - ansatte	
Beskrives det at forskjellige synspunkter skal tas hensyn til i risikovurderinger? - pasienter og pårørende	
Beskrives det at forskjellige synspunkter skal tas hensyn til? - interne interessenter (f.eks. andre avdelinger)	
Beskrives det at forskjellige synspunkter skal tas hensyn til? - eksterne interessenter (f.eks. kommuner)	
Omfang, kontekst og kriterier	
Omtaler det på hvilket nivå risikovurderinger skal gjennomføres? • Strategiske nivå • Operativt nivå	

Omtales det når det bør gjennomføres risikovurdering?	
Gis det eksempler grunner til risikovurderinger som skyldes rådende forhold?	
Gis det eksempler til grunner for risikovurderinger forut for planlagte endringer	
Planlegging av risikovurderinger	
Står det at ved utarbeidelse av risikovurderinger bør framgå:	
Begrunnelse eller bakgrunn	X
- mål	X
- forventede resultater	
- tid	X
- verktøy og teknikker	X
- ressursbehov	X
- ansvarsområder	X
- forhold til andre prosjekter/aktiviteter/enheter	X
Står det at eksterne og interne forhold som påvirker virksomhetens målsetninger skal identifiseres (ved utforming av risikovurderinger)?	X
Kriterier for sannsynlighet, konsekvens, risikonivå og risikoakseptkriterier	
Står det hvilke kriterier det er for å vurdere risiko? - Sannsynlighet	X
Står det hvilke kriterier det er for å vurdere risiko? - Konsekvens	X
Står det at tidshorizonten for vurderingen av konsekvensene skal vurderes	
Står det hvilke kriterier det er for aksept av risiko? - Risikotoleranse/-appetitt?	X
Står det hvilke handlingsregler for når man skal iverksette tiltak?	X
Risikovurdering	
Inngår eksterne risikofaktorer?	X
Framgår det hvilke modeller/teknikker som kan brukes for å identifisere risiko?	X
Framgår det at bakenforliggende årsaker/faktorer til hendelser skal identifiseres?	
Framgår det at det skal benyttes relevant og hensiktsmessig informasjon?	X
Står det at usikkerhet i risikoberegningene bør omtales?	X
Framgår det at følgende faktorer skal vurderes i risikoanalysen, bl.a.: - sannsynlighet og konsekvenser	X
Framgår det at følgende faktorer skal vurderes i risikoanalysen, bl.a.: - eksisterende tiltak/kontroller og deres virkning	X
Framgår det hvordan en risiko skal evalueres/vurderes?	X
Risikohåndtering	
Framgår det at alternativer for risikohåndtering skal vurderes?	
Framgår det at det skal lages en plan for risikohåndtering (for den enkelte risiko)?	

Er det krav om at planen skal inneholde informasjon om hvem som er ansvarlig for godkjenning av planen?	X
Er det krav om at planen skal inneholde informasjon om hvem som er ansvarlig for gjennomføring av planen?	
Framgår det at det skal tas hensyn til økonomi/ressurser i valg av tiltak?	X
Framgår det at det skal tas hensyn til konsekvenser for andre interessenter inkludert i planen?	
Framgår det at det skal opplyses om hvilke tiltak som skal iverksettes?	X
Framgår det at planen skal inneholde begrunnelse for valg av tiltak?	
Framgår det at tiltakene konkrete og mulig å følge opp?	
Framgår det at det skal vurderes hva som vil bli effekten av tiltaket (forventet effekt)?	X
Framgår det at det skal beskrives hvordan prestasjon av tiltaket skal måles (måle effekt av tiltaket)?	
Framgår det at planen skal inneholde informasjon om hvem som er ansvarlig for gjennomføring av tiltakene?	X
Framgår det at planen skal inneholde informasjon om når tiltak forventes å gjennomføres og fullføres?	X
Framgår det at planen skal inneholde krav til rapportering og overvåking?	
Framgår det at restrisikoen skal være dokumentert?	
Overvåking og gjennomgåelse	
Står det at tiltakene faktisk skal følges opp og evalueres?	X
Står det hvordan tiltakene skal følges opp?	X
Registrering og rapportering	
Framgår målet med rapporteringen av risiko?	
Framgår det at denne rapporteringen skal være skriftlig?	
Framgår det at rapportering av risiko skal integreres i virksomhetsstyringen?	
Står det hvem som skal motta rapportering?	
Står det hvor ofte det skal rapporteres?	
Er det skriftlige kriterier for hva som skal rapporteres/løftes?	X
Framgår det av rammeverket at rapportering av risiko til styret?	
Er det kriterier for hva som skal løftes fra lavere til høyere nivå?	X
Står det hvor ofte det skal rapporteres?	
Er det skriftlige kriterier for hva som skal rapporteres/løftes?	
Står det hvilken prosedyre som skal gjennomføres for å velge ut prioriterte risiko (10 på topp)?	
Framgår det av rammeverket at rapportering av risiko fra HF til RHF?	
Gir rammeverket (el.l.) informasjon om elementer i risikoregister/oversikt over risikoer?	