

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Adm. direktør i Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Revisor i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Deres ref:

Vår ref:
2023/10-9

Saksbehandler
Tina Mari Eitran

Dato:
28.6.2023

Foretaksmøte, den 5. juli 2023 - innkalling, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Under henvisning til bestemmelsene i Lov om helseforetak m. m. (helseforetaksloven) kapittel 5 *Foretaksmøtet* §§ 16, 17, 18 og 19, samt stiftelsesprotokoll for Universitetssykehuset Nord-Norge HF § 10, innkalles til foretaksmøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF på **onsdag, den 5. juli 2023 - kl. 11.00.**

Møtet avvikles som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Nord. Møtet avholdes digitalt pr. **Teams**. Oppkoblingsinformasjon sendes i egen e-post.

Til behandling foreligger følgende saker:

Sak 17-2023 Godkjenning av innkalling

Sak 18-2023 Godkjenning av saksliste

Sak 19-2023 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Sak 20-2023 Regionale retningslinjer for oppfyllelse av plikter jf. åpenhetsloven

Sak 21-2023 Retningslinje for risikostyring i Helse Nord

Sak 22-2023 Funksjonell forvaltning av felles regionale kliniske IKT-systemer fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord IKT HF

Med henvisning til helseforetakslovens § 17 gjøres spesielt oppmerksom på at styreleder og daglig leder skal være til stede i foretaksmøtet. Ved forfall skal det utpekes stedfortreder. Fullmakt legges frem ved møtestart.

Vennlig hilsen

Renate Larsen /s/
styreleder

Marit Lind /s/
adm. direktør

Vedlegg: Sak 20-2023 Regionale retningslinjer for oppfyllelse av plikter jf.
åpenhetsloven
Sak 21-2023 Retningslinje for risikostyring i Helse Nord
Sak 22-2023 Funksjonell forvaltning av felles regionale kliniske IKT-
systemer fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse
Nord IKT HF

Kopi: Riksrevisjonen, Postboks 8130 Dep, 0032 Oslo

Møtedato: 5. juli 2023

Arkivnr.:
2023/10-9

Saksbehandler
Rolandsen

Dato:
28.6.2023

Foretaksmøtesak 20-2023 Regionale retningslinjer for oppfyllelse av plikter jf. åpenhetsloven

Foretaksmøtet inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet stadfester at Regionale retningslinjer for oppfyllelse av plikter etter Åpenhetsloven gjelder for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. I tråd med retningslinjene er Universitetssykehuset Nord-Norge HF ansvarlig for å etablere egne rutiner for besvarelse og håndtering av informasjonskravet.

Bodø, den 28. juni 2023

Marit Lind
adm. direktør

Formål og bakgrunn

Formålet med saken er å stadfeste regionale retningslinjer for oppfyllelse av helseforetakenes plikter jf. åpenhetsloven.

Styret i Helse Nord RHF har i møte 22. juni 2023 vedtatt regionale retningslinjer for oppfyllelse av plikter etter åpenhetsloven. Styret fattet følgende vedtak:

1. *Styret godkjenner Redegjørelse for aktsomhetsvurderinger Helse Nord RHF 2022*
2. *Styret godkjenner Helse Nord RHF sin rapport til Etisk handel Norge for 2022*
3. *Styret godkjenner Regionale retningslinjer for etterlevelse av plikter etter åpenhetsloven.*
4. *Styret ber adm. direktør innkalle til foretaksmøte for å stadfeste Regionale retningslinje for etterlevelse av plikter etter åpenhetsloven.*

I tråd med styrets vedtak legges saken fram for foretaksmøte.

Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF vedtok spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar i styremøte 29. mars 2023 (ref. styresak 31–2023). *Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold (åpenhetsloven)* er en del av rammeverket.

I tråd med plikter i lovverket skal helseforetakene utføre aktsomhetsvurderinger og publisere en redegjørelse om disse på virksomheten nettsider innen 30. juni hvert år. I tråd med regnskapsloven § 3-5 skal redegjørelsen signeres av styret og administrerende direktør.

En interregional arbeidsgruppe har jobbet videre med hvordan vi skal oppfylle våre plikter i tråd med åpenhetsloven. Helse Nord RHF har etablert tilsvarende arbeidsgruppe som koordinerer arbeidet i regionen. Arbeidsgruppen har utarbeidet regional retningslinje for oppfyllelse av plikter etter åpenhetsloven.

Regionale retningslinjer for oppfyllelse av plikter jf. åpenhetsloven er vedlagt.

Vedlegg: Regionale retningslinjer for oppfyllelse av plikter jf. åpenhetsloven

Dokumentansvarlig:	Dokumenteier	Dok. id:	DokumentID
Godkjent av:	Godkjenner	Versjonsnummer:	Versjonsnummer
Gyldighetsområde:	Gyldig for	Neste rev. dato:	Neste revisjon

Regional retningslinje for oppfyllelse av plikter etter åpenhetsloven i Helse Nord

Innhold

1. Innledning	3
2. Formål	3
3. Samfunnsansvar i Helse Nord	3
4. Omfang og gyldighet.....	3
5. Roller og ansvar	3
6. Lover, føringer og styrende dokumenter	4
7. Behandling av informasjonskrav	4
8. Rapportering.....	5
8.1. Aktsomhetsvurderinger og krav til redegjørelse	5
9. Gjennomføring av aktsomhetsvurderinger i Helse Nord.....	5
9.1. Aktsomhetsvurderinger i Helse Nord.....	6
9.1.1. Trinn 1: forankring	6
9.1.2. Trinn 2: Risikokartlegging	7
9.1.3. Trinn 3: Tiltak for å stanse, redusere og forebygge.....	9
9.1.4. Trinn 4: Overvåking av effekt og resultater	9
9.1.5. Trinn 5: Kommunikasjon.....	9
9.1.6. Trinn 6: Gjenoppretting	9

1. Innledning

Åpenhetsloven av 2021, innebærer at foretakene i Helse Nord må gjøre fortløpende vurderinger av om foretaket drives på en måte som ivaretar grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, jf. åpenhetsloven §§ 2 og 3. Spesialisthelsetjenesten skal være åpne om prioriteringer og hvordan ressursene utnyttes og vi skal sørge for at alle som jobber hos oss eller hos våre leverandører ivaretas og sikres anstendige arbeidsforhold.

En aktsomhetsvurdering er en arbeidsmetode for å kartlegge og gjøre greie for faktiske og mulige negative konsekvenser virksomheten har for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold. Helse Nord RHF er pliktig til å gjennomføre aktsomhetsvurderinger i henhold til åpenhetsloven § 4. Resultatene fra aktsomhetsvurderingene skal offentliggjøres gjennom en årlig redegjørelse, jf. § 5.

2. Formål

Retningslinjen skal bidra til at Helse Nord arbeider med ansvarlig virksomhet og at vårt samarbeid med leverandører fremmer åpenhetslovens formål. Det innebærer respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i forbindelse med produksjon av varer og levering av tjenester, og å sikre allmennheten tilgang til informasjon om hvordan virksomheter håndterer negative konsekvenser for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold.

Retningslinjen skal sikre at foretakene i Helse Nord oppfyller krav til å utføre og redegjøre for aktsomhetsvurderinger, samt ivareta informasjonsplikten i henhold til åpenhetsloven.

3. Samfunnsansvar i Helse Nord

Det overordnede målet for vår virksomhet, gitt av nasjonale myndigheter, er å sikre alle innbyggere tilstrekkelig og god tilgang til tjenester som er trygge og faglig forsvarlige. De statlige helseforetakene skal ivareta drift og utvikling av sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Dette skal vi gjøre på en bærekraftig og ansvarlig måte.

4. Omfang og gyldighet

Regional retningslinje for oppfyllelse av plikter etter åpenhetsloven i Helse Nord er gyldig for alle foretak og nivå i Helse Nord. Retningslinjen omfatter plikter knyttet til redegjørelse for aktsomhetsvurderinger i henhold til kravene i åpenhetsloven.

5. Roller og ansvar

Regional retningslinje for oppfyllelse av plikter etter åpenhetsloven i Helse Nord eies og forvaltes av Helse Nord RHF og ansvar for retningslinjen ligger til Eieravdelingen.

Hvert foretak i foretaksgruppen skal tydelig plassere ansvaret for arbeidet med aktsomhetsvurderinger i foretaket og utføre aktsomhetsvurderinger i henhold OECDs modell for aktsomhetsvurderinger. Ansvarlig avdeling har ansvar for å innhente kompetanse fra andre avdelinger ved behov. Ansvarsfordelingen i foretaket skal fordeles i henhold til følgende plikter:

1. Plikt til å utføre aktsomhetsvurderinger:

Forankre ansvarlighet i foretakets retningslinjer.

Utføre og vurdere aktsomhetsvurderinger.

Iverksette tiltak for å forebygge negative konsekvenser.

2. Plikt til å redegjøre for aktsomhetsvurderinger:

Gi generell beskrivelse av virksomhetens organisering, driftsområde, retningslinjer og rutiner for oppfølging av åpenhetsloven.

Opplyse om faktiske negative konsekvenser og vesentlig risiko for negative konsekvenser som foretaket har avdekket gjennom sine aktsomhetsvurderinger.

Opplyse om tiltak som virksomheten har iverksatt eller planlegger å iverksette for å stanse faktiske negative konsekvenser, og resultatet eller forventede resultater av disse tiltakene.

3. Plikt i henhold til informasjonskravet:

Gi enhver ved skriftlig forespørsel informasjon om hvordan foretaket arbeider i henhold til åpenhetsloven.

Publisere årlig redegjørelse offentlig på foretaks nettsider innen 30. juni hvert år.

6. Lover, føringer og styrende dokumenter

Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold (åpenhetsloven) tredde i kraft 1. juli 2022. Loven skal fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i forbindelse med produksjon av varer og levering av tjenester, og sikre allmennheten tilgang til informasjon om hvordan virksomheter håndterer negative konsekvenser for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold.

Styret i Helse Nord RHF har vedtatt Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar som klargjør hvilke rammer/føringer som gjelder for området og hvordan spesialisthelsetjenesten arbeider med samfunnsansvaret, herunder oppfølging av statens forventninger til ansvarlig virksomhet.

7. Behandling av informasjonskrav

I henhold til åpenhetsloven Enhver har ved skriftlig forespørsel rett til informasjon om hvordan vi håndterer faktiske og potensielle negative konsekvenser, både på generelt grunnlag og

spesifikt om en vare eller tjeneste vi tilbyr. Retten skal innfris innen rimelig tid og som hovedregel senest i løpet av tre uker. Dette omfatter både generell informasjon og informasjon knyttet til en særskilt vare eller tjeneste.

Foretaket er ansvarlig for å etablere egne rutiner for besvarelse og håndtering av informasjonskravet.

8. Rapportering

Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar beskriver hvordan virksomheten skal rapportere på samfunnsansvarsområdet. Helse Nord benytter rutinene for rapportering som beskrevet i rammeverket og helseforetakenes ledelse har ansvar for at rutinene følges.

8.1. Aktsomhetsvurderinger og krav til redegjørelse

Aktsomhetsvurderingene skal gjennomføres og redegjøres for årlig. Redegjørelsen skal publiseres offentlig på foretakets nettsider innen 30. juni hvert år, jf. Åpenhetsloven § 5.

Foretakene i Helse Nord kan benytte OECDs ansvarlighetskompass og mal for redegjørelse av aktsomhetsvurderingene som utgangspunkt for dokumentasjonen. Redegjørelse for aktsomhetsvurderinger skal minst inneholde:

- Generell beskrivelse av virksomhetens organisering, driftsområde, retningslinjer og rutiner for å håndtere faktiske og potensielle negative konsekvenser for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold.
- Opplysninger om faktiske negative konsekvenser og vesentlig risiko for negative konsekvenser som virksomheten har avdekket gjennom sine aktsomhetsvurderinger.
- Opplysninger om tiltak som virksomheten har iverksatt eller planlegger å iverksette for å stanse faktiske negative konsekvenser, og resultatet eller forventede resultater av disse tiltakene.

9. Gjennomføring av aktsomhetsvurderinger i Helse Nord

Gjennomføring av aktsomhetsvurderinger er en forventning fra myndigheter, FN og OECD og er i Norge lovpålagt gjennom åpenhetsloven. Åpenhetsloven skal fremme virksomheters respekt for menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, samt sikre allmenheten tilgang på informasjon.

Formålet med aktsomhetsvurderinger er først og fremst å unngå å forårsake eller medvirke til negativ påvirkning på mennesker, miljø og samfunn, og å forsøke å hindre negative påvirkning som følge av operasjoner, produkter eller tjenester gjennom forretningsforbindelser. Når involvering i negativ påvirkning ikke kan unngås, bør aktsomhetsvurderinger gjøre foretakene i stand til å redusere skade, forhindre at de gjentas, og gjenopprette dem, der det er nødvendig.

Denne fremgangsmåten beskriver metode som ligger til grunn for Helse Nord sitt arbeid med aktsomhetsvurderinger. Metoden baserer seg på OECDs metodikk og modell for aktsomhetsvurderinger.

9.1. Aktsomhetsvurderinger i Helse Nord

Følgende trinn inngår i aktsomhetsvurderingsprosessen:

1. Forankre ansvarlighet.
2. Kartlegg og vurder faktisk og potensiell negativ påvirkning knyttet til virksomheten.
3. Stans, forebygg eller reduser negativ påvirkning.
4. Overvåk gjennomføring og resultater.
5. Kommunisert hvordan påvirkning er håndtert.
6. Sørg for, eller samarbeid om, gjenoppretting og klageordninger.

9.1.1. Trinn 1: forankring

Dette trinnet handler om å ha relevante retningslinjer og planer for aktsomhetsvurderinger vedtatt hos ledelsen. Dette trinnet handler også om å bidra til ansvarlig forretningsdrift hos leverandører og forretningsforbindelser, gjennom avtaler og kontrakter.

Styret har det øverste ansvaret for at Helse Nord har implementert og operasjonalisert åpenhetsloven. Dette innebærer et ansvar for arbeidet med aktsomhetsvurderinger er tydelig plassert i organisasjonen, at foretakene i Helse Nord har etablert rutiner for å behandle forespørsler om informasjon om aktsomhetsvurderingene og at den årlige redegjørelsen for aktsomhetsvurderingene publiseres på foretakets nettsider.

Relevante dokumenter:	Lenke:
Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar.	(Docmap)
Etiske retningslinjer.	Etiske retningslinjer
Personalhåndbok.	Foretakets personalhåndbok.
Organisasjonskart.	Organisasjonskart Helse Nord
Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038.	Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038

Relevante dokumenter fra Sykehusinnkjøp HF:

[Policy for samfunnsansvar](#)

[Etiske retningslinjer](#)

[Aktsomhetsvurderinger i Sykehusinnkjøp HF](#)

[Kontraktskrav etisk handel.pdf \(sykehusinnkjop.no\)](#)

Samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF er innkjøpsentral i henhold til regelverket for offentlige anskaffelser. Samarbeidet reguleres i samarbeidsavtalen og Sykehusinnkjøp HF arbeider etter *Policy for*

samfunnsansvar som bidrar til å ivareta at følgende krav i stiftelsesvedtektene tilfredsstilles: «Helseforetaket skal sørge for at anskaffelsene skje på korrekt og samfunnsansvarlig måte. Helseforetaket skal være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp».

Policyen stadfester at Sykehusinnkjøp HF har et særlig ansvar for å bidra til at de negative påvirkningene knyttet til innkjøp blir minimale. Sykehusinnkjøp gjør aktsomhetsvurderinger for anskaffelser som utføres av dem. Dette utgjør den største andelen av anskaffelser i foretaksgruppen Helse Nord.

9.1.2. Trinn 2: Risikokartlegging

Dette trinnet handler om å identifisere foretakets mulige og faktiske negative effekt, inkludert i leverandørkjeden, for å kunne prioritere den mest alvorlige risikoen for mennesker, samfunn og miljø. Det handler om å først danne seg et overordnet risikobilde, for så å prioritere risikoområder for grundigere kartlegging og tiltak. Videre handler det om å vurdere hvordan bedriften er involvert i eventuell negativ effekt, for å fastslå riktig respons. Involvering av interessenter er sentralt.

Relevante dokumenter:	Lenke:
Kildeliste for risikokartlegging.	Høyrisikolisten Anskaffelser.no
Informasjon om hvordan en virksomhet kan påvirke menneskerettigheter.	How Can Businesses Impact Human Rights?
Mal - redegjørelse for aktsomhetsvurderinger.	(Docmap)
Ansvarlighetskompasset.	(Docmap)

Ansvarlig avdeling i foretaket har ansvar for at det gjennomføres risikovurderinger minst årlig, eller ved behov dersom endringer i samfunnet, leverandørmarkedet eller øvrige relevante faktorer inntreffer. Omfang av risikostyringsprosessen er egen aktivitet, leverandører og forretningspartnere.

Menneskerettigheter inkluderer blant annet retten til liv, utdanning, yringsfrihet, personvern/privatliv, likestilling og ikke-diskriminering. Sårbare grupper inkluderer blant annet mennesker som lever i fattigdom, migrantarbeidere, personer med nedsatt funksjonsevne, barn, LHBTIQ+-personer, urfolk og kvinner. Konkrete eksempler på risiko inkluderer blant annet overdreven bruk av overtid, levelønn, forurensing, ulykker, diskriminering, tvangsarbeid og brudd på rett til privatliv.

Følgende trinn inngår i risikokartlegging:

1. Kartlegg egen aktivitet, leverandører og forretningspartnere
2. Kategoriser leverandører og forretningspartnere etter bransje, geografi og type forretningspartner
3. Beskriv kjent risiko basert på tilgjengelig informasjon fra risikokilder
4. Vurder risiko i henhold til kriterier
5. Forankre risikovurdering på ledernivå

Følgende kriterier ligger til grunn for prioritering av tiltak:

- Kunnskap om risiko (Land/bransje/produkt)
- Volum/omfang
- Rammeavtale versus engangskjøp
- Kritisk viktig produkt/tjeneste
- Produksjonsprosess
- Ressurser og kompetanse
- Bransjer/sektorer vi ikke har kunnskap om

Følgende aktiviteter utføres årlig eller etter behov:

1. Oppdatere ansvarlighetskompass (OECD)
2. Kartlegge innkjøps kategorier og leverandører
3. Kartlegge risiko i henhold til DFØs risikoliste

Basert på kriterier som ligger til grunn for prioritering av tiltak vurderes videre behov for oppfølgende tiltak. Følgende matrise legges til grunn for identifisering av tiltak for oppfølging:

Grad av risiko (jf. risikoanalyse)	Tiltak for oppfølging (ta hensyn til evt. Bruk av kval. Krav for etisk handel)
Høy/svært høy risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Be om risikoanalyse av land/sector og aktuelle etterfulgt av oppfølgingsbrev/-samtale • Årsaksanalyse (til risiko/brudd) og handlingsplan • Revisjon på hovedkontor • Kontroll/revisjon i leverandørkjeden
Moderat/høy risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Egenrapporteringsskjema og oppfølgingsbrev/-samtale • Be om risikoanalyse av land/sector og aktuelle etterfulgt av oppfølgingsbrev/-samtale • Årsaksanalyse (til risiko/brudd) og handlingsplan • Revisjon på hovedkontor
Lav/moderat risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Egenrapporteringsskjema og oppfølgingsbrev/-samtale • Be om risikoanalyse av land/sector og aktuelle etterfulgt av oppfølgingsbrev/-samtale • Avhengig av punktet over - vurderer undersøkelser i leverandørkjeden
Ingen/lav risiko	<ul style="list-style-type: none"> • ESPD eller annen egenerklæring

9.1.3. Trinn 3: Tiltak for å stanse, redusere og forebygge

Dette trinnet handler om å håndtere funn fra kartleggingen, ved både å stanse egen negativ påvirkning, og å utvikle og iverksette planer og rutiner for å forebygge framtidig negativ påvirkning. Basert på risikovurdering gjøres en prioritering av hvilke områder det skal iverksettes tiltak. Summen av tiltakene utgjør foretakets redegjørelse.

Redegjørelsen kan inkludere følgende momenter:

- Hvilke identifiserte risikoområder er prioritert og hvorfor.
- Begrunnelse for hvilket tiltaksnivå dere velger å legge dere på i møte med konsekvensene.
- Hvilke tiltak dere vil iverksette.
- Hvem som har ansvar for å iverksette og gjennomføre tiltak.
- Hvilke endringer dere vil gjøre i egne retningslinjer.
- Hvilke planer dere har for opplæring av relevante ansatte og ledere på risikoområdet det skal utføres tiltak mot.
- Informasjon om dialogen dere har hatt/ skal ha med berørte parter forventninger til leverandører og andre forretningspartnere.

9.1.4. Trinn 4: Overvåking av effekt og resultater

Dette trinnet handler om å sikre at foretaket har nok informasjon til å vurdere om det som gjøres faktisk fungerer. Gode systemer for å registrere og håndtere informasjon danner også grunnlaget for at foretaket kan kommunisere eksternt.

Ansvarlig avdeling i foretaket har ansvar for å gjennomføre en årlig evaluering av tiltak og redegjørelse av evalueringen. Evaluering inkluderer informasjon fra Sykehusinnkjøp og eventuelt Sykehusbygg.

9.1.5. Trinn 5: Kommunikasjon

Dette trinnet handler om å kommunisere eksternt om hvordan foretaket håndterer risiko, og om hvordan skade i egen virksomhet og i leverandørkjeden eller hos andre forretningsforbindelser er håndtert. Kommunikasjon med berørte rettighetshavere er viktig.

Foretakene i Helse Nord har plikt til å offentliggjøre redegjørelse for aktsomhetsvurderingene. Redegjørelse publiseres offentlig på foretaks nettsider innen 30. juni hvert år.

Redegjørelsen skal minst inneholde:

- Generell beskrivelse av virksomhetens organisering, driftsområde, retningslinjer og rutiner for å håndtere faktiske og potensielle negative konsekvenser for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold.
- Opplysninger om faktiske negative konsekvenser og vesentlig risiko for negative konsekvenser som virksomheten har avdekket gjennom sine aktsomhetsvurderinger.
- Opplysninger om tiltak som virksomheten har iverksatt eller planlegger å iverksette for å stanse faktiske negative konsekvenser, og resultatet eller forventede resultater av disse tiltakene.

9.1.6. Trinn 6: Gjenoppretting

Dette trinnet handler om å rette opp skade foretaket har forårsaket eller bidratt til. Det handler også om å sørge for, eller samarbeide om, at de som er skadelidende eller potensielt skadelidende har tilgang til en klageordning for å få sin sak hørt.

Informasjon om klagemulighet publiseres på nettsidene. Eventuelle klager meldes via postmottak til foretaket. Foretaket behandler klager i henhold til statlige retningslinjer for saksbehandling. Der Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF er ansvarlig for anskaffelsen vil Sykehusinnkjøp håndtere klager og gjenoppretting i dialog med helseforetak og regionale helseforetak.

Møtedato: 5. juli 2023

Arkivnr.:
2023/10-9

Saksbehandler
Rolandsen

Dato:
28.6.2023

Foretaksmøtesak 21-2023 Retningslinje for risikostyring i Helse Nord

Foretaksmøtet inviteres til å fatte følgende vedtak

1. Foretaksmøtet stadfester at vedlagte Retningslinje for risikostyring gjelder for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. I tråd med retningslinjene skal Universitetssykehuset Nord-Norge HF utforme foretaksvise styrende dokumenter for sin interne risikostyring.

Bodø, 28. juni 2023

Marit Lind
adm. direktør

Formål og bakgrunn

Formålet med saken er å stadfeste revidert retningslinje for risikostyring.

Styret i Helse Nord RHF har i styremøte 26. april 2023 vedtatt revidert retningslinje for risikostyring i Helse Nord, jf. *styresak 45–2023 Retningslinje for risikostyring i Helse Nord – revidering*. Styret fattet følgende vedtak:

- 1. Styret i Helse Nord RHF vedtar revidert retningslinje for risikostyring i Helse Nord.*
- 2. Styret i Helse Nord RHF ber om at helseforetakene kalles inn til foretaksmøte for å stadfeste revidert retningslinje for risikostyring i Helse Nord. Helseforetakene utformer foretaksvise styrende dokumenter for sin interne risikostyring.*

Revidert retningslinje er vedlagt.

I tråd med styrets vedtak legges saken fram for foretaksmøte.

Kravet om risikostyring følger blant annet av forskrift av 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med retningslinjen er å beskrive krav til risikostyringen i Helse Nord, og å beskrive ansvar og roller for å legge til rette for god risikostyring. Det forutsettes at helseforetakene i Helse Nord utarbeider foretaksspesifikke styrende dokumenter for sin risikostyring.

Revidert retningslinje for risikostyring er betydelig omarbeidet. Dette har vært nødvendig for å lage en felles plattform i regionen for å forbedre den regionale risikostyringen. I den nye fremgår det blant annet hva som er forutsetninger for å utøve risikostyring, og hvilke overordnede områder som hovedregel bør benyttes for inndeling og vurdering av risiko. Ansvarsfordelingen på ulike nivå og roller, inkludert styrene i helseforetakene i Helse Nord og forholdet til øvrig virksomhetsstyring er også beskrevet.

Retningslinjen har vært revidert i tett samarbeid med helseforetakene, og det gir trygghet for at dette er et godt grunnlag for å utvikle felles forståelse av risikostyring i foretaksgruppen.

Vedlegg: Retningslinje for risikostyring i Helse Nord

Dokumentansvarlig:	Dokumenteier	Dok. id:	DokumentID
Godkjent av:	Godkjenner	Versjonsnummer:	Versjonsnummer
Gyldighetsområde:	Gyldig for	Neste rev. dato:	Neste revisjon

Retningslinje for risikostyring i Helse Nord

Innhold

0. Endringer siden forrige versjon	3
1. Innledning	3
2. Formål	3
3. Risikostyring	3
3. Risikostyring i Helse Nord	4
3.1 Helse Nord RHF	4
3.2 Helseforetakene.....	4
4. Risikostyring på ulike nivåer	5
5. Roller og ansvar i risikostyring	7
5.1 Rolle- og ansvarsmatrise	9
6. Krav til risikostyring	9
6.2 Gjennomføring på strategisk, taktisk og operativt nivå.....	10
6.3 Gjennomføring i drift og ved prosjekter.....	11
6.4 Særskilte risikovurderinger	11
7. Forvaltning av dokumentet.....	11
7.1 Ansvar for dokumentet	11
7.2 Hvordan videreutvikle dokumentet.....	11
8. Begreper.....	12
9. Referanser / litteratur.....	14

0. Endringer siden forrige versjon

Januar 2023:

Regional retningslinje for risikostyring er betydelig omarbeidet siden forrige versjon. Revisjonen er bl.a. gjort som følge av reetablering av Regionalt nettverk for risikostyring i Helse Nord, og et beskrevet behov i nettverket om å tydeliggjøre den regionale retningslinjen.

Denne versjonen av dokumentet er behandlet i styret for Helse Nord RHF den 26.04.2023.

1. Innledning

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

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

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

2. Formål

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

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

3. Risikostyring

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

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

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

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

3. Risikostyring i Helse Nord

3.1 Helse Nord RHF

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

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

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

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

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

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

3.2 Helseforetakene

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

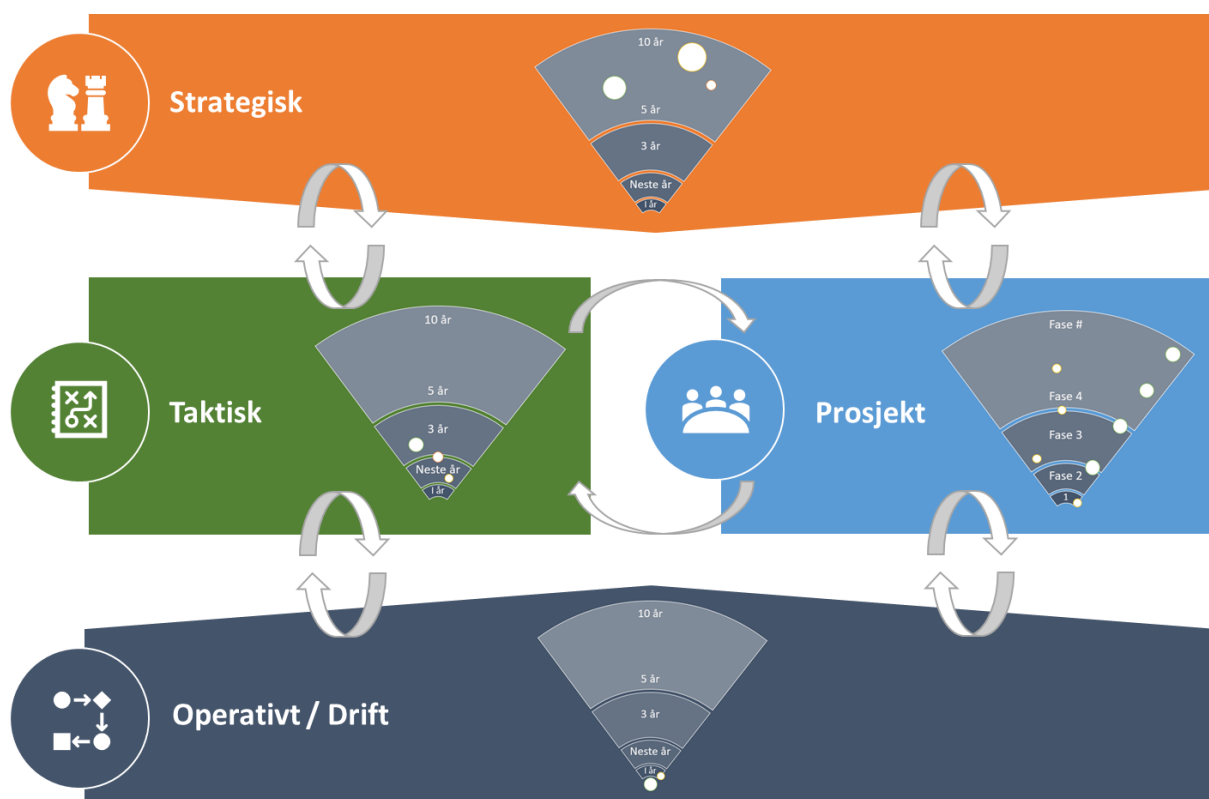
Helseforetakene er gjennom lov og forskrift pålagt ansvar for risikostyring i egen virksomhet.

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

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

4. Risikostyring på ulike nivåer

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



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

Strategisk nivå - lang sikt

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

Taktisk nivå - mellomlang sikt

Vurdering av risiko med hensyn til å nå mål er grunnlaget for konkrete virksomhetsplaner og årsplaner.

Prosjekter - prosjektets varighet

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

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

³ Kilder: Oppdragsdokument, Regional utviklingsplan og foretaksvise utviklingsplaner

Operativt- / driftsnivå - kort sikt

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

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

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

5. Roller og ansvar i risikostyring

Tabell 1 beskriver ansvaret som følger av eierrollen og ansvaret som ligger til foretakene som selvstendige juridiske enheter.

Rolle	Risikostyring som eier	Risikostyring i eget foretak
RHF-styret	<p>skal ta beslutninger på strategisk nivå og ta stilling til foretaksgruppens risikovilje og -toleranse</p> <p>skal føre tilsyn med utviklingen i foretaksgruppens samlede risiko og håndteringen av den</p> <p>skal påse at risikostyringen i foretaksgruppen fungerer i samsvar med disse retningslinjene og er <i>risikoeier</i></p> <p>skal orientere eier om foretaksgruppens samlede risikobilde</p>	<p>skal ta beslutninger på strategisk nivå og ta stilling til det regionale helseforetakets risikovilje og -toleranse</p>
Administrerende direktør RHF	<p>skal orientere styret om foretaksgruppens helhetlige risikobilde</p> <p>skal påse at risikostyringsaktiviteter i foretaksgruppen blir beskrevet og tilgjengeliggjort</p> <p>skal påse at ansvar og roller i risikostyringen blir tildelt og kommunisert</p> <p>skal påse at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert</p> <p>skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak</p>	<p>har det overordnede ansvaret for å styre det regionale helseforetakets risiko og er <i>risikoeier</i></p> <p>skal sørge for at risikostyringen i det regionale helseforetaket fungerer i samsvar med disse retningslinjene, og at det utarbeides nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av denne retningslinjen</p> <p>skal orientere eget styre om det regionale helseforetakets og foretaksgruppen risikobilde</p> <p>skal sørge for at risikostyringsarbeidet blir tildelt tilstrekkelige og kompetente ressurser</p> <p>skal definere foretakets risikovilje og -toleranse for mål på bakgrunn av føringer fra eier og styre</p> <p>skal sørge for at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert</p> <p>skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak</p>

HF-styret		skal ta beslutninger på strategisk nivå og ta stilling til helseforetakets risikovilje og -toleranse
Administrerende direktør HF		<p>har det overordnede ansvaret for å styre helseforetakets risiko og er <i>risikoeier</i></p> <p>skal sørge for at risikostyringen i helseforetaket fungerer i samsvar med disse retningslinjene, og at det utarbeides nødvendige foretaksspesifikke styrende dokumenter for etterlevelse av denne retningslinjen</p> <p>skal orientere eget styre om helseforetakets risikobilde</p> <p>skal sørge for at risikostyringsarbeidet blir tildelt tilstrekkelige og kompetente ressurser</p> <p>skal definere risikovilje og -toleranse for mål på bakgrunn av føringer fra eier og styre</p> <p>skal sørge for at risiko knyttet til mål, strategier, planer, endringer og drift blir identifisert, kommunisert og håndtert</p> <p>skal på en forsvarlig måte og til rett tid informere interne og eksterne interesseparter om risiko og tiltak</p>

Tabell 1 Roller og ansvar for styrene og administrerende direktører

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

Tabell 2 Rolle og ansvar for regionalt nettverk for risikostyring

5.1 Rolle- og ansvarsmatrise

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

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

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

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

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

For risikostyring i prosjekter – se DS10281 Prosjektrammeverk.

6. Krav til risikostyring

Risikostyringen i Helse Nord RHF og i foretakene skal være integrert i virksomhetsstyringen og skal innrettes slik at den er i stand til å identifisere, vurdere og håndtere risiko på kort, mellomlang og lang sikt.⁴

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

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

Foretakene skal:

- gjennom egne styrende dokumenter synliggjøre hvordan risikostyringen gjennomføres
- ha styringssystemer og verktøy som gjør det mulig å identifisere, prioritere tiltak og ha kontroll med oppfølgingen av iverksatte tiltak for å styre risiko

6.1 Risikotoleranse og risikoområder

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

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

- a) Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet
- b) Personell, utdanning og kompetanse
- c) Helse-Miljø-Sikkerhet

⁴ Tidshorisont vil variere etter hvilken type risiko det er knyttet til. Bør beskrives ved gjennomføring av risikovurdering hva man vurderer innenfor de ulike tidsperspektivene.

- d) Sikkerhet og beredskap
- e) Klima, miljø og bærekraft
- f) Økonomi
- g) Forskning og innovasjon
- h) Teknologi og infrastruktur
- i) Omgivelser og interesser

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

Felles risikoområder og detaljering av innholdet i disse vil videreutvikles i regi av nettverket for risikostyring, og vil fremgå som vedlegg til retningslinjen. Styret i helseforetaket skal beslutte foretakets risikovilje- og toleranse. Dette ligger til grunn for foretakets videre og mer detaljerte fastsetting av risikotoleranse på det enkelte område, hvor det også tas stilling til hva det aktuelle nivået vil innebære i praksis.

6.2 Gjennomføring på strategisk, taktisk og operativt nivå

Foretakene skal organisere risikostyringen på en slik måte at de regelmessig og ved behov kan fremvise en samlet vurdering av risiko gjennom de etablerte systemene for virksomhetsstyring og -rapportering.

Oppdragsdokument (OD) og foretaksprotokoll (FTP)	Foretakene skal vurdere risiko for måloppnåelse av krav, og skal orientere eier og eget styre om risikoer og tiltak. Fortrinnsvis skal allerede etablerte rapporteringssystemer benyttes.
Økonomisk langtidspan (ØLP)	Økonomisk langtidspan skal bidra til realisering av visjonen, hovedoppgavene og til å nå vedtatte styringsmål. Som en del av prosessen skal helseforetakene gi innspill på prioriteringer og tiltak som skal bidra til å styre risiko. Helse Nord RHF gir i årlig budsjettbrev informasjon om økonomiske planpremissar og områder helseforetakene skal gi innspill på.
Virksomhetsrapport	Gjennom virksomhetsrapportene skal foretaket orientere eier og eget styre om vesentlige oppståtte og identifiserte risikoer som er, eller kan være, av betydning for foretakets måloppnåelse. Foretaket skal vurdere risiko og beskrive tiltak for å håndtere risiko.
Tertialrapport 1	Foretaket skal orientere eier og eget styre om risiko knyttet til oppfyllelse av krav, mål og oppdrag gitt gjennom OD og FTP, og beskrive tiltak for å håndtere risiko.
Tertialrapport 2	Foretaket skal orientere eier og eget styre om risiko knyttet til oppfyllelse av krav, mål og oppdrag gitt gjennom OD og FTP, og gi en vurdering av om tiltak beskrevet i tertialrapport 1 har ønsket effekt/virkning. Dersom tiltak beskrevet i T1 har liten/ikke tilstrekkelig effekt/virkning skal foretaket beskrive nye tiltak for å håndtere risiko.
Årlig melding	Foretaket skal evaluere egen virksomhets oppfyllelse av krav, mål og oppdrag gitt gjennom OD og FTP, og orientere eier og eget styre om effekten av gjennomførte tiltak.
Ledelsens gjennomgang (LG)	Foretaket skal i LG evaluere om systemet for risikostyring er hensiktsmessig og fungerer etter hensikten, og skal beslutte tiltak på områder hvor det er identifisert muligheter til forbedring.

Tabell 4 Systemer for orientering om risiko og tiltak

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

Risiko for ikke å innfri krav, mål og oppdrag på de ulike nivåene og fagområdene skal vurderes, og sammenfattes i en samlet vurdering for foretaket, ref tabell 4.

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

6.3 Gjennomføring i drift og ved prosjekter

Risikovurdering, samt prioritering, iverksetting og oppfølging av tiltak skal gjøres ved vesentlige endringer i foretakets drift eller organisering, og før oppstart, implementering og driftssetting av prosjekter⁵.

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

6.4 Særskilte risikovurderinger

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

7. Forvaltning av dokumentet

7.1 Ansvar for dokumentet

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

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

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

7.2 Hvordan videreutvikle dokumentet

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

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

⁵ Se også DS10281Prosjektrammeverk - <https://boo-hndcm-01.hn.helsenord.no/DocMapProd/page/doc/dmDocIndex.html?DOCKEYID=583205>

8. Begreper

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

Begrep	Forklaring
Risiko	<p><i>NS-ISO 31000:2018:</i> Virkingen av usikkerhet knyttet til mål</p> <p>Begrepsmerknad 1: En virkning er et avvik fra det forventede. Den kan være positiv, negativ eller begge deler.</p> <p>Risiko forstås her som både negativt og positivt, trusler og muligheter.</p>
Risikostyring	<p><i>NS-ISO 31000:2018:</i> Koordinerte aktiviteter for å rettlede og kontrollere en organisasjon med hensyn til <i>risiko</i>.</p> <p><i>IIA Norge Veileder for risikostyringsfunksjonen, 2018:</i> Risikostyring kan defineres som systematiske, koordinerte og proaktive aktiviteter som er rettet mot vurdering og håndtering av usikkerhet og hendelser som kan påvirke virksomhetens strategi og måloppnåelse.</p>
Helhetlig risikostyring	<p><i>IIA Norge Veileder for risikostyringsfunksjonen, 2018:</i> Helhetlig risikostyring innebærer at man inntar et helhetlig perspektiv; ikke bare på virksomhetens status i øyeblikket, men også på sannsynlig positiv og negativ fremtidig utvikling. Slik er det ment å være et verktøy for balansert prioritering av ressursbruk. Derfor bør arbeidet også harmoneres med andre styringsaktiviteter, som f.eks. strategiarbeid og målstyring.</p>
Risikovurdering	<p><i>SN-ISO Guide 73:2009:</i> Samlet prosess som består av risikoidentifisering, risikoanalyse og risikoevaluering.</p>
Risikoeier	<p><i>SN-ISO Guide 73:2009:</i> Person eller enhet med overordnet ansvar for og myndighet til å styre en risiko.</p>
Risikovilje / risikoappetitt	<p><i>SN-ISO Guide 73:2009:</i> Risikoappetitt – mengde og type risiko som en organisasjon er villig til å ta tak i eller ta for egen regning.</p>
Risikotoleranse	<p><i>SN-ISO Guide 73:2009:</i> Organisasjonens eller interessentens vilje til å bære risikoen etter risikohåndtering for å oppnå sine mål.</p>
Risikobilde	<p>En nyansert fremstilling av risiko med et mest mulig komplett bilde av alle risikoforhold som er av betydning for den aktuelle virksomheten/aktiviteten.</p> <p>Risikobildet skal gi en oversikt og forståelse av risikoen ved å belyse årsakssammenhenger, samt hvorvidt det finnes- og effekten - av aktuelle tiltak. Det bør også fremkomme hvilke forutsetninger, antakelser og kunnskap som ligger til grunn for analysen og dermed også resultatene. Usikkerheten i vurderingene bør altså kommuniseres.</p>
Strategisk nivå	<p>På <i>strategisk nivå</i> (S) blir det tatt beslutninger av langsiktig karakter om mål og strategi for forvaltningsvirksomheten som del av kjernevirksomheten.</p>

Taktisk nivå	<i>Taktisk nivå</i> (T) har ansvar for å følge opp og iverksette beslutninger tatt på strategisk nivå.
Operativt nivå	<i>Operativt nivå</i> (O) har ansvar for utførelsen av (drifts- og vedlikeholds) oppgavene.
Hendelse	<p><i>NS-ISO 31000:2018:</i> Forekomst av eller endring i et bestemt sett med omstendigheter.</p> <p>Begrepsmerknad 1: En hendelse kan være en enkelt begivenhet eller en serie av begivenheter, og den kan ha flere årsaker og flere konsekvenser. Begrepsmerknad 2: En hendelse kan også være at noe forventes, men ikke skjer, eller at noe ikke forventes, men skjer. Begrepsmerknad 3: En hendelse kan være en risikokilde.</p>
Sannsynlighet	<p><i>NS-ISO 31000:2018</i> Potensialet for at noe kan skje.</p>
Konsekvens	<p><i>NS-ISO 31000:2018</i> Resultat av en hendelse som påvirker mål.</p> <p>Begrepsmerknad 1: En konsekvens kan være sikker eller usikker, og ha positiv eller negativ virkning på mål. Begrepsmerknad 2: Konsekvenser kan uttrykkes kvalitativt eller kvantitativt. Begrepsmerknad 3: Alle konsekvenser kan bli mer omfattende gjennomkjedereaksjoner.</p>
Usikkerhet	Innenfor risikostyring forstår vi som det å ikke vite sann verdi av en størrelse eller fremtidige konsekvenser av en aktivitet eller hendelse. Vi snakker også om usikkerhet som følge av å ha ufullstendig eller upresis informasjon eller kunnskap om en hypotese, en størrelse eller en hendelse som oppstår
Kontroll	<p><i>NS-ISO 31000:2018:</i> Tiltak som opprettholder og/eller modifiserer risiko i positiv eller negativ retning.</p>

9. Referanser / litteratur

Eksterne referanser / litteratur:

- [Lov om helseforetak m.m. \(helseforetaksloven\)](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- NS-ISO 31000:2018 *Risikostyring Retningslinjer*
- NS-IEC 31010:2019 *Risikostyring Metoder for risikovurdering*
- SN-ISO Guide 73:2009 *Risikostyring Terminologi*
- [IIA Norge Veileder for risikostyringsfunksjonen 2018](#)
- Terje Aven *Risikostyring – Grunnleggende prinsipper og ideer, Universitetsforlaget 2. opplag 2009*

Interne referanser / litteratur:

Helse Nord

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

Helse Nord RHF

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

Finnmarkssykehuset HF

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

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

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

Nordlandssykehuset HF

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

Helgelandssykehuset HF

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

Helse Nord IKT HF

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

Sykehusapotek Nord HF

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

Møtedato: 5. juli 2023

Arkivnr.:
2023/10-9

Saksbehandler
Rolandsen

Dato:
28.6.2023

Foretaksmøtesak 22-2023 Funksjonell forvaltning av felles regionale kliniske IKT-systemer fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord IKT HF

Foretaksmøtet inviteres til å fatte følgende vedtak

1. Foretaksmøtet vedtar at oppgavene med funksjonell forvaltning av felles kliniske IKT-systemer skal overføres fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord IKT HF.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal snarest iverksette prosessen med formell virksomhetsoverdragelse av ressursene som er knyttet til funksjonen, til Helse Nord IKT HF.
3. Helse Nord IKT HF skal overta oppgavene med funksjonell forvaltning av felles kliniske IKT-systemer.
4. Helse Nord IKT HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal samarbeide om, og sende fremdriftsplan for arbeidet til Helse Nord RHF innen 15. september 2023.
5. Helse Nord IKT HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal i mellomtiden videreutvikle teamarbeidet knyttet til oppfølging og utvikling av systemene.

Bodø, den 28. juni 2023

Marit Lind
adm. direktør

Bakgrunn

Helse Nord RHF vedtok i 2019 å samorganisere funksjonell, teknisk og merkantil forvaltning av felles kliniske IKT-systemer til Helse Nord IKT. I 2020 ble det fattet et nytt vedtak som reverserte vedtaket fra 2019 samtidig som det ble besluttet å evaluere organisering av funksjonell forvaltning i 2023.

Utviklingsorientert funksjonell forvaltning av felles kliniske IKT-systemer er en viktig forutsetning for å realisere nytteverdien av investeringene som nærmer seg å bli ferdig utviklet.

Utfordringer knyttet til funksjonell forvaltning har jevnlig vært på dagsorden i styringsgruppen for FRESK, og det er gjennomført møter med ansvarlig klinikkleder i UNN. FRESK-prosjektet avsluttes 1. halvår 2024. Tilbakemeldingene om tungvinte arbeidsprosesser har gjort at Helse Nord RHF tok initiativ til at forvaltningen ble evaluert ett år tidligere enn opprinnelig plan.

Skillet mellom teknisk/merkantil og funksjonell forvaltning skaper uhensiktsmessig arbeidsflyt og unødvendig administrasjon. Adm. direktør mener det er hensiktsmessig å samle funksjonene, slik det er gjort i andre regioner. For å oppnå synergier mellom forvaltningsenhetene, må Helse Nord IKT starte et utviklingsarbeid som sikrer at funksjonell forvaltning blir tett integrert med de øvrige forvaltningsoppgavene. Adm. direktør vil påse at helseforetakene blir involvert i det kommende arbeidet.

Adm. direktør tar til orientering at adm. direktør i UNN er uenig i at oppgaver flyttes til Helse Nord IKT. Erfaring og utvikling har lagt implisitt i alle saker Forvaltningsstyret har behandlet, dog ikke som egen sak. Det er mulig det ville ført til at de ansatte i forvaltningssettene ville vært mer forberedt på at evalueringen ville starte tidligere, dersom tilbakemeldingene om tungvinte arbeidsprosesser hadde vært tatt opp som egen sak. Adm. direktør vil derfor evaluere prosessen med flyttingen av forvaltningen internt, deretter involvere UNN og så utarbeide en rapport som kan brukes for læring.

I avveiningen av ulike oppfatninger om hvor forvaltningen skal ligge legger adm. direktør mest vekt på at de øvrige frem helseforetakene støtter anbefalingen om å flytte tjenesten.

Overføring av oppgaver fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord IKT HF

Oppdraget skal løses som et prosjekt ledet av Helse Nord RHF, der alle helseforetak regionen er representert. Oppdraget skal løses i to delprosjekt med felles styringsgruppe med representanter fra hvert foretak i regionen. Styringsgruppen opprettes og ledes fra Helse Nord RHF.

- Delprosjekt 1 skal med utgangspunkt i dagens styringsmodell for felles funksjonell forvaltning, videreutvikle denne i tråd med anbefalingene i /evalueringen. Helse Nord RHF vil sammen med etablerte regionale organ som omfattes av beslutningsprosessene (Systemforvaltningsforum og Forvaltningsstyret) gjennomgå og vurdere behov for endringer i mandat. Forslag til endringer skal legges frem for prosjektets styringsgruppe. Etter anbefaling fra styringsgruppen, fatter adm. dir. i Helse Nord RHF endelig beslutning.

- Delprosjekt 2 skal utvikle en fremtidig organisering internt i Helse Nord IKT. Delprosjektet eies og besluttes av adm. direktør i Helse Nord IKT, etter anbefaling av styringsgruppen. Helse Nord IKT skal lede arbeidet, og legge til grunn at teknisk, merkantil og funksjonell forvaltning skal integreres slik at synergieffekter oppnås. Tjenesten skal utvikles slik at god og robust forvaltning opprettholdes, samtidig som funksjonalitet og tjenesteinnovasjon utvikles. Helse Nord IKT skal sikre nødvendig involvering fra helseforetakene, konsultere styringsgruppen underveis og før endelig beslutning fattes.

Universitetssykehuset Nord-Norge skal snarest iverksette sin del av prosessen med formell virksomhetsoverdragelse av ressursene som er knyttet til funksjonen.

Helse Nord IKT HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal fortsette samarbeidet i tråd med pkt. 3 i referat fra direktørmøte 14.-15. september 2022, samarbeide om fremdriftsplan og utpeke sitt medlem til styringsgruppen.

Fremdriftsplanen bes oversendt til Helse Nord RHF innen 15. september 2023.

Behandling av saken i styret i Helse Nord RHF

Styret i Helse Nord RHF vedtok følgende i styremøte 27. juni 2023 (ref. styresak 89-2023):

1. *Styret i Helse Nord RHF godkjenner at oppgavene om funksjonell forvaltning av kliniske IKT-systemer overføres fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord IKT HF i tråd med reglene for virksomhetsoverdragelse. Styret påpeker at det er viktig å sikre videre gode prosesser for overføringen der involvering og medvirkning av ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten ivaretas.*
2. *Styret ber administrasjonen forberede at oppdraget overføres i et foretaksmøte.*