

Styresak 065-2017

Vedlegg 5

Prosessbeskrivelse risikostyring

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

Innhold

1. Dokumentets formål	2
2. Overordnet målsetting	3
3. Områder som alltid skal risikovurderes	4
4. Roller og ansvar i risikostyringsprosessen	4
5. Kunnskaper, ferdigheter og holdninger innen risikostyring	4
6. Risikostyringsprosess	5
6.1 Planlegge	6
6.2 Identifisere risiko	7
6.3 Analysere risiko	7
6.4 Håndtere risiko	8
6.5 Kontrollere og følge opp risiko	9
7. Verktøy for kvantifisering og analyse av risikoer i Sykehusinnkjøp	9
7.1 Vurdering av sannsynlighet	10
7.2 Vurdering av konsekvens	10
7.3 Kalkulering av risiko	11
7.4 Forventet utvikling	11
7.5 Prioritering av risikoer	12
8. Rapportering og kommunikasjon	12
9. Referanser	13

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

1. Dokumentets formål

Formålet med dette dokumentet er å sette den enkelte leder i stand til å gjennomføre risikovurderinger innenfor sin enhet. Risikovurderingen knyttes til de områder som er mest kritisk for å nå etablerte mål. Risikovurderingene benyttes til å iverksette eller forbedre risikoreduserende tiltak, og gjennom risikostyring sikre riktig prioritering av oppgaver og ressurser.

Risikostyring defineres som systematiske, koordinerte og foregripende aktiviteter som er rettet mot identifisering, vurdering og håndtering av usikkerhet og hendelser, slik at risikoen er i samsvar med virksomhetens risikoholdning og samtidig gir rimelig grad av sikkerhet for virksomhetenes måloppnåelse.

Dette omfatter blant annet virksomhetens evne til å:

- *påvirke sannsynligheten og/eller den positive eller negative konsekvensen av hendelser*
- *forstå/utnytte korrelasjoner mellom ulike typer risikoer*
- *følge med utvikling av risikobildet over tid*
- *initiere og følge opp tiltak som endrer utviklingen i ønsket retning*
- *bygge opp en kultur som sikrer implementering av tiltak og bidrar til god risikostyring*

Helhetlig risikostyring som omfatter alle deler av foretaket, fra operasjonell risiko innenfor virksomheten (jobbes det riktig?), til strategisk risiko forbundet med ønskede effekter for brukernes og oppfyllelse av samfunnsansvaret (virker leveransene slik vi tror?).

Internkontroll er en forutsetning for å kunne oppnå helhetlig risikostyring. (Jfr. Prosessbeskrivelse for internkontroll)

2. Overordnet målsetting

Overordnet målsetting med risikostyring er å:

- Sørge for at risiko er riktig vurdert, prioritert og forvaltet – samordne risikotoleranse og strategi med visjon, verdier og mål
- Sikre at prioriterte risikoer har en ansvarlig risikoeier
- Fortsette å håndtere hendelser som har potensial til å påvirke Sykehusinnkjøps leveranser
- Gi trygghet for at risikoen styres systematisk – forbedre beslutninger angående risikohåndtering
- Oppfylle nødvendige og relevante krav
- Prioritere bruk av ressurser til effektivt å håndtere våre risikoer
- Redusere driftsrelaterte overraskelser og tap
- Identifisere og håndtere sammensatte risikoer og risikoer som gjelder på tvers av foretaket
- Utnytte muligheter

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

3. Områder som alltid skal risikovurderes

Følgende målsettsingskategorier skal alltid inngå i risikovurderingene:

- Mål og resultatkrav fra eier (målrettet og effektiv drift)
- Pålitelig styringsinformasjon (herunder korrekt rapportering på vedtatte styringsindikatorer, aktivitet, bemanning og økonomi)
- Overholdelse av lover, forskrifter, styringskrav og selvpålagte krav (herunder spesielt de etiske retningslinjene)

4. Roller og ansvar i risikostyringsprosessen

Administrerende direktør er øverste ansvarlig for å etablere, gjennomføre og følge opp internkontroll og risikostyring, og derved de prosessene som dette innebærer (prosesseier). Tilrettelegger av prosessene er prosessansvarlig for internkontroll og risikostyring (prosessansvarlig), jfr. funksjonsbeskrivelse.

Den enkelte stabsleder er risikoeier for sine fagområder og prosesser, og linjeleder for egen enhet er risikoeier i forhold til definert prosesseieransvar og/eller prosessansvar. For tverrgående prosesser er prosesseier også risikoeier i forhold til utforming av internkontrollen i prosessen. (Jfr. Styringsprinsipper for Sykehusinnkjøp HF)

5. Kunnskaper, ferdigheter og holdninger innen risikostyring

En av de mest utfordrende oppgavene innen risikostyring er å skape felles risikoforståelse og opprettholde risikobevisthet blant ledere og medarbeidere.

Følgende oversikt viser hvilke områder som skal ivaretas med definert ansvarlig for å sikre dette arbeidet i Sykehusinnkjøp.

Område	Ansvarlig
Sette risikostyring på dagsorden	Administrerende direktør
Gjennomgå risikoregisteret med kritiske risikoer under regelmessige statusmøter	Prosessansvarlig internkontroll og risikostyring
Tilpass prosessbeskrivelsen for risikostyring Involvere nøkkelpersonell i tilpasning av risikostyringen og planen for denne	Prosessansvarlig internkontroll og risikostyring
Involvere nøkkelpersoner i risikoidentifikasjon Tilrettelegging og fasilitering Risiko identifiseres og analyseres gjennom workshops og intervjuer. Dette vil bidra til en bedre forståelse av risikostyringen.	Prosessansvarlig internkontroll og risikostyring Stabsledere og linjeledere

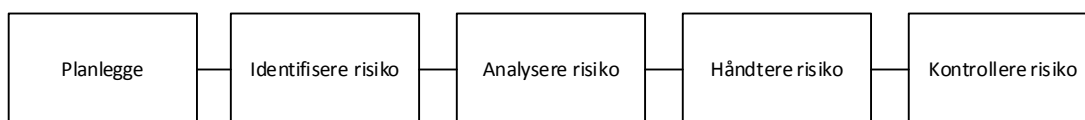
Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

Område	Ansvarlig
Trene nøkkelpersoner i risikostyring Sørge for at nøkkelpersonell forstår hva risikostyring handler om. Dette medfører å gi repeterende informasjon om Sykehusinnkjøp sin prosess og tilhørende verktøystøtte.	Prosessansvarlig internkontroll og risikostyring
Kommunisere resultater kontinuerlig En viktig suksessfaktor er å sikre at relevante resultater fra risikostyringsprosessen blir kommunisert til medarbeiderne. Risikoreportering og presentasjoner er typiske leveranser.	Prosessansvarlig internkontroll og risikostyring Stabsledere og linjeledere

Tabell 1: Områder og ansvar relatert til risikobevisthet

6. Risikostyringsprosess

Risikostyringsprosessen deles opp i fem steg hvor alle stegene gjennomføres i sin helhet minst tre ganger hvert år (tertialvis). Hele eller deler av prosessen benyttes også i løpende drift som verktøy for den enkelte leder i oppfølging av egen enhet, og for dimensjonering av internkontrollen gjennom risikohåndtering. Dersom det oppstår akutte situasjoner eller meldes inn hendelser av alvorlig karakter, skal det håndteres umiddelbart og ikke settes på vent til kommende tertial.



Figur 1: Risikostyringsprosess

I tillegg til de fem definerte stegene er det også andre viktige aktiviteter som det må fokuseres på for å lykkes med risikostyring:

- Gjennomgå og justere mål (mot risikosituasjon)
- Vedlikeholde risikostyringsmiljøet (risikobevisthet og holdninger til risiko)
- Gjennomføre opplæring i risikostyringsmetodikk (etablere felles risikoforståelse)
- Utvikle risikostyring med fokus på kontinuerlig forbedring (som del av internkontrollen)

Disse aktivitetene skal prosessansvarlig internkontroll og risikostyring planlegge for og gjennomføre. Aktivitetene totalt sett skal sikre at alle komponenter og prinsipper som følger av *Prinsipper for internkontroll og risikostyring* blir hensyntatt.

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

I kapittel 6.1-6.5 beskrives hensikten med de fem stegene i risikostyringsprosessen, hvem som er ansvarlig for utførelse og hva som skal være leveransene. Ansvar er definert på følgende måte:

- *Prosessansvarlig* er prosessansvarlig internkontroll og risikostyring.
- *Risikoeier* er enhetsleder i linje eller stab som har et definert prosesseieransvar og/eller et prosessansvar innenfor sin enhet og/eller et prosesseieransvar for tverrgående prosesser.
- *Utfører* er den som risikoeier ber gjennomføre planlagte tiltak.

Prosesseieransvar og prosessansvar er definert i nivå 1-dokumentet *Styringsprinsipper for Sykehusinnkjøp HF*.

6.1 Planlegge

Første steg i den tertialvise risikostyringsprosessen er å planlegge for gjennomføring av risikovurderingene. Planleggingen beskrives i tabellen under, hvor det angis hvem som har ansvar for hvilke oppgaver og leveranser samt hvilke aktiviteter det innebærer.

Oppgave (ansvar)	Leveranser	Aktiviteter
Planlegge, iverksette og organisere prosessen (prosessansvarlig)	Oppdatert prosessbeskrivelse Oppdaterte maler Oppdatert risikoregister Møteinnkalling og agenda Presentasjon av prosess og metodikk for risikostyring	<ul style="list-style-type: none"> • Innhente innspill til prosessbeskrivelse og maler fra risikoeierne • Utvikle et risikoregister • Avstemme risikoområder (struktur) med risikoeierne • Gjennomføre møte med ledergruppen for gjennomgang av innspill og justeringer • Oppdatere risikoregisteret
Koordinere og fasilitere risikostyringsprosessen	Fremdrifts- og møteplan for tertialvise risikostyringsaktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> • Sette opp møteplaner og frister for gjennomføring for alle risikoeierne • Innhente bekreftelser og planlegge møtene • Utvikle plan for prosessgjennomføring
Klargjøre for gjennomføring av risikostyringsprosessen	Materiell og verktøy til bruk i prosessen (møter, workshops og lignende)	<ul style="list-style-type: none"> • Forberede møtene gjennom å: <ul style="list-style-type: none"> ○ Definere og beskrive metode som skal brukes ○ Velge og tilrettelegge verktøy som skal brukes for å dekke behovene i de ulike stegene ○ Hente ut data fra ulike registre (hendelser) • Sette opp tidsplan for arbeidet med definerte milepæler

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

6.2 Identifisere risiko

Risiko kan påvises på forskjellige måter:

- I jevnlig avholdte statusmøter innen anskaffelsesprosjekter, enhetsmøter samt ledermøter i Sykehusinnkjøp. Mindre risikoer håndteres innenfor prosjekter og enheter som del av det daglige arbeidet.
- Månedlig risikovurderingsmøte avholdes for å identifisere risikoer som ikke avdekkes innenfor prosjekter eller i enheten som del av daglig drift
- I møter med helseforetakene for å identifisere risikoer som krever tiltak fra flere involverte, og risikoer som må løftes opp i linjen for behandling.

Informasjon som er samlet inn i daglig drift og i møter internt og med helseforetakene benyttes i steg 2 Identifisere risiko, i tillegg til den systematisk innhentede informasjonen.

Oppgave (ansvar)	Leveranser	Aktiviteter
Identifisere risiko og etablere det totale risikobildet (prosessansvarlig tilrettelegger for aktiviteter hvor risikoeiere deltar)	Oppdatert risikooversikt klar for analyse	<p>Risiko blir identifisert gjennom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innmeldte hendelser og klager • Dataanalyser • Prosesskartlegginger • Ulike typer møter <p>Aktivitetene skal sikre at risiko fanges opp løpende gjennom året, internt og fra eksterne parter.</p> <p>Møter (jfr. beskrivelse over) og ved behov.</p>

6.3 Analysere risiko

Risikoanalyse inneholder vurdering av sannsynlighet for at feil eller mangler kan oppstå og deretter hvilken innvirkning, konsekvens, det har for oppfyllelse av målsettingene.

- Risikoen beskrives og belegges i størst mulig grad med fakta – registrerte hendelser, resultat av prosesskartlegginger, utførte kontroller eller revisjoner som har avdekket feil, data, klager fra kunder eller leverandører m.fl.
Utkontrakterte tjenester må også inkluderes – innhente risikovurderinger jfr. avtaler.
- Sannsynlighets- og konsekvensskalaene som benyttes er beskrevet i kapittel 7.1 *Vurdering av sannsynlighet* og 7.2 *Vurdering av konsekvens*. Risiko kalkuleres som produktet av sannsynlighet og konsekvens, se kapittel 7.3 *Kalkulering av risiko*, og plasseres i en risikomatrix basert på tallverdier.

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

Oppgave (ansvar)	Leveranser	Aktiviteter
Analysere risiko Beregne sannsynlighet og konsekvens av de beskrevne risikoene (risikoeiere)	Liste over risiko prioritert mht. størrelse	<ul style="list-style-type: none"> • Legge til grunn alle kjente fakta (korrekt risikobeskrivelse) • Benytte etablerte kriterier for sannsynlighet og konsekvens. • Tilstrebe en enhetlig og objektiv vurdering. • Definere kritikalitet for risikoområde som er nær knyttet til daglig drift (for eksempel IKT)

6.4 Håndtere risiko

Håndtering av risiko innebærer:

- Definere prioriterte risikoer i risikoregisteret
- Risikoeier er ansvarlig for behandling av risikoen. Dette innebærer en mer dyptgående analyse av sannsynlighet og konsekvens. Neste steg er å utvikle en handlingsplan. Risikoeier kan selv etablere handlingsplan, og er ansvarlig for å sette handlingsplanen ut i praksis. Status på aktiviteter skal rapporteres til administrerende direktør, ledergruppemøte og tertialvis til styret.
- Den enkelte risikoeier har ansvar for å sørge for at risiko som kan håndteres på eget nivå og uten ekstra kostnader gjennomføres i henhold til den rekkefølgen som risikoeier mener er riktig. Administrerende direktør har det overordnede ansvar for den samlede prioriteringen av tiltak utover de rammer som er gitt den enkelte risikoeier (tverrgående risikoområder).
- I de tilfeller der den foreslåtte handlingsplanen innebærer finansielt ansvar, skal dette beregnes av økonomisjef og forankres hos administrerende direktør før effektivering.

Oppgave (ansvar)	Leveranser	Aktiviteter
Håndtere risiko – iverksette adekvate tiltak for å redusere risiko (risikoeier)	Tiltaksplan med angitt risikoeier og utfører av tiltak, hvilke effekter som ønskes oppnådd og tidsfrist.	<ul style="list-style-type: none"> • Analysere årsak til at risiko har oppstått. • Planlegge risikoreducerende tiltak med adekvate og realistiske aktiviteter (resultatmål). • Beregne ressursinnsats og kostnader (utover det som følger av ordinær drift) • Definere effektmål for tiltakene. • For tverrgående risikoområder som treffer flere enhet definerer administrerende direktør risikoeier.

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

6.5 Kontrollere og følge opp risiko

Kontroll og oppfølging av planlagte risikoreduserende tiltak er avgjørende for å styre fremdrift. Samtidig er identifisering av eventuelle risikoer som tidligere ikke var identifisert av like stor betydning. Noen formelle aktiviteter skal gjennomføres regelmessig, minimum hver måned.

Oppgave (ansvar)	Leveranser	Aktiviteter
Følge opp tiltaksplan (risikoeier)	Oppdatert tiltaksplan	Sjekke om avtale resultatmål er gjennomført, og foreta måling av effekt. Ved mangel på forventet effekt vurderes endrede tiltak.
Vurdere restrisiko (Risikoeier)	Revidert kategorisering av risiko	Vurdere endringer i forutsetningene for å godta restrisikoen Vurdere utviklingen og ev. iverksette nye tiltak
Identifisere nye risikoer (Alle)	Oppdateringer til risikoregisteret	Som del av løpende aktiviteter å utvise risikobevisthet og bruke melde- og avvikssystemet og oversikt over klager fra leverandører og helseforetak aktivt.
Oppdatere risikoregisteret (Prosessansvarlig)	Oppdatert risikoregister fremlegges	Motta oppdaterte tidsplaner og risikovurderinger fra risikoeierne og ajourføre risikoregisteret for månedlig statusrapportering til ledergruppen.

Gjennomgang av risikoregisteret skal gjennomføres månedlig for å:

- Holde oversikt over identifiserte risikoer, herunder avdekke utviklingstrekk og trender.
- Overvåke restrisiko ved iverksettelse av risikoreduserende tiltak.
- Identifisere nye risikoer.

7 Verktøy for kvantifisering og analyse av risikoer i Sykehusinnkjøp

Risikoregisteret er utarbeidet i Excel.

- Gir funksjonalitet for registrering, sporing og oppfølging av risiko og tiltak
- Støtter risikostyringsprosessen fra initiering til oppfølging
- Kan også anvendes for utarbeidelse av tilpassede rapporter i Excel-format.

Både konsekvens av en risikohendelse eller forventet hendelse, og sannsynligheten for hvor ofte den oppstår, beskrives verbalt i egne kolonner i risikoregisteret, samtidig som det må foretas en vurdering basert på vurderingskriterier som er tallfestet. Dette for å oppnå en enhetlig vurdering av risikoen i foretaket på alle nivåer, slik at ledelsen og styret får et mest mulig korrekt risikobilde å prioritere tiltak for.

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

7.1 Vurdering av sannsynlighet

Følgende skala gir veiledning for vurdering av sannsynlighet for hver risiko:

Sannsynlighet	Forklaring
Ekstrem (tallverdi 4)	Svært høy sannsynlighet for forekomst (typisk >90 %, men < 100 %) eller (daglig eller oftere)
Høy (tallverdi 3)	Høy sannsynlighet for forekomst (typisk > 70%, men < 90 %) eller (en gang hver måned)
Middels (tallverdi 2)	En viss sannsynlighet for å inntreffe (typisk> 30 % men < 70%) eller (en gang hvert kvartal)
Lav (tallverdi 1)	Risikoen har liten sannsynlighet for å inntreffe (vanligvis 0 % -30%) eller (en gang pr år eller sjeldnere)

7.2 Vurdering av konsekvens

Følgende skala for vurdering av konsekvens for hver risiko:

Konsekvens	Forklaring
Ekstrem (tallverdi 4)	Risikoen har <u>svært alvorlig</u> innvirkning på <ul style="list-style-type: none"> • økonomi (mer enn 1 mill. kr.) • omdømme • gjennomføring iht oppdragsdokument • overholdelse av lover og forskrifter • annet
Høy (tallverdi 3)	Risikoen har en alvorlig innvirkning på <ul style="list-style-type: none"> • økonomi (500' – 1 mill. kr.) • omdømme • gjennomføring iht oppdragsdokument • overholdelse av lover og forskrifter • annet?

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

Konsekvens	Forklaring
Middels (tallverdi 2)	Risikoen har en synlig effekt på <ul style="list-style-type: none"> • økonomi (50'-500' kr) • omdømme • gjennomføring iht oppdragsdokument • overholdelse av lover og forskrifter • annet?
Lav (tallverdi 1)	Risikoen har liten eller ingen effekt på <ul style="list-style-type: none"> • økonomi (0 – 50' kr.) • omdømme • gjennomføring iht oppdragsdokument • overholdelse av lover og forskrifter • annet?

7.3 Kalkulering av risiko

Risiko er definert som produktet av sannsynlighet og konsekvens. De kalkulerte risikoene kan da fremstilles i en matrise, her med tallverdier angitt:

Sannsynlighet	Ekstrem	4	8	12	16
	Høy	3	6	9	12
	Middels	2	4	6	8
	Lav	1	2	3	4
		Lav	Middels	Høy	Ekstrem
		Konsekvens			

Figur 1: Risikomatrixe

Forventet utvikling

Forventet utvikling av risikoene skal vurderes og defineres. Det gjøres ved å bruke en av disse verdiene:

- Statisk utvikling
- Økende utvikling
- Minkende utvikling
- Ikke-definert utvikling

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

7.4 Prioritering av risikoer

Basert på kalkulert risiko og forventet utvikling vil det være mulig å foreta en prioritering. De definerte tiltakene for å redusere sannsynlighet og/eller konsekvens må også legges til grunn for en prioritering.

8 Rapportering og kommunikasjon

Følgende figur viser rapporteringskjedene for risikoene i Sykehusinnkjøp:

Forklaring til rollene:

RE – Risikoeier

PR – Prosessansvarlig internkontroll og risikostyring

LG – Ledergruppen

AD – Administrerende direktør

	Innhold i rapporteringen	Ansvarlig	Mottaker	Frekvens
1	Status i arbeidet med å definere tiltak (avvik fra plan, utfordringer osv.)	R I/U	RE	2. hver uke
2	Evt. endringer i definerte risikoer (sannsynlighet, konsekvens, utvikling, nye tiltak) evt. behov for nye tiltak	R I/U	RE	Månedlig
3	Status i arbeidet, evt- endringer i definerte risikoer og evt. nye, utfordringer, eskaleringer.	RE	PR	Månedlig
4	Totalrapportering for risikoer i Sykehusinnkjøp, herunder status i arbeidet, evt. endringer i definerte risikoer, evt. nye risikoer, utfordringer, eskaleringer, forslag til prioritering, innspill til evt. finansiering	PR	LG	2. hver måned
5	Overordnet status i arbeidet innen Risikostyringsprosess i Sykehusinnkjøp, revidering, risikostyringsprosessen, evt. innspill til beslutninger, prioriteringer, innspill til evt. finansiering	AD	Styret	Tertialvis

Dokumenttype: Styrende dokument nivå 3	Dokumenteier: Stabsleder	Godkjent av: Administrerende direktør
Dokumentnavn: Prosessbeskrivelse risikostyring	Versjon: 1.0	Godkjent dato: xxxxxx 2017

9 Referanser

- *Styringsprinsipper for Sykehusinnkjøp HF*
- *Prinsipper internkontroll og risikostyring*
- *Funksjonsbeskrivelse internkontroll og risikostyring*
- *Prosessbeskrivelse internkontroll*
- *Årshjul*