



# **GOD VIRKSOMHETSSTYRING**

**Grunnlag for god pasientbehandling**

**Rammeverk for virksomhetsstyring, intern  
styring og kontroll, i Helse Sør-Øst**

**Hamar, desember2010**

## Forord

Å gi god og riktig pasientbehandling er vår viktigste oppgave. Denne oppgaven skal løses innenfor et sett av lover, regler og krav om måloppnåelse. Samtidig skal vi også gjennomføre andre oppgaver for å endre og utvikle oss, holde orden på økonomien m.v. For at vi skal få til dette må vi ha styring og kontroll (internkontroll og risikostyring) med hva vi gjør, hvordan vi gjør det og hvordan vi disponerer våre samlede ressurser.

Virksomhetsstyring blir i denne sammenheng et helt sentralt begrep, og hensikten med dette dokumentet er å beskrive og tydeliggjøre innholdet i kravene til intern styring og kontroll. Dokumentet er ment å være en støtte til alle som har ansvar for intern styring og kontroll på alle ledelsesnivåer innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst sitt omdømme har blitt utfordret flere ganger det siste året. Flere av disse sakene har vist at det er svakheter i intern styring og kontroll ved de enheter som er involvert, enten ved at tiltak i forhold til måloppnåelse ikke har vært god nok, eller ved at regelverk og rutiner ikke har blitt etterlevd. Vi ønsker med dette dokumentet å sikre en omforent forståelse for hvordan vi gjennom prinsipper og metoder for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, systematisk kan forbedre og styrke virksomheten og bidra til en bedre måloppnåelse.

Intern styring og kontroll handler bl.a. om ansvar. Selv om det i siste instans er et styre- og ledelsesansvar, forventes det at alle medarbeidere tar medansvar i arbeidet med å sikre god intern styring og kontroll. Det er viktig at det skapes gjennomgående holdninger og kultur for å sikre at mål og metoder er formidlet og forstått blant alle ansatte, og at ledelsen underbygger denne tenkningen gjennom beslutninger, kommunikasjon og daglige handlinger.

Dette er første versjon av et dokument i utvikling. Videre diskusjon av prinsippene skal bidra til at vi blir ennå tydeligere og at forståelsen for begreper og virkemidler blir godt forankret. Vi vil derfor se til at rammeverket for god virksomhetsstyring i helseforetaksgruppen settes på dagsorden i flere fora.

Hamar desember 2010

Bente Mikkelsen  
administrerende direktør

# INNHOLD

1. INNLEDNING	4
1.1. HENSIKTEN MED DOKUMENTET	4
1.2. VISJON OG VERDIER	4
1.3. EIERS KRAV TIL HELHETLIG OPPLEGG FOR GOD VIRKSOMHETSSTYRING	4
1.4. ÅPENHETSKULTUR	5
1.5. VEILEDNING TIL LESEREN	5
2. KRAV OG FØRINGER FOR VIRKSOMHETEN I FORETAKSGRUPPEN	6
3. HVA ER VIRKSOMHETSSTYRING?	7
3.1. MÅL- OG RESULTATSTYRING	7
3.2. EIERSTYRING	8
3.3. VIRKSOMHETSSTYRINGSPRINSIPPER	8
3.4. SAMMENHENGEN MELLOM VIRKSOMHETSSTYRING, INTERNKONTROLL OG RISIKOSTYRING	9
4. PRINSIPPER FOR INTERN STYRING OG KONTROLL SOM DEL AV VIRKSOMHETSSTYRINGEN	9
4.1. STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ	11
4.2. ETABLERE MÅLSETTINGER OG RISIKOVURDERING	12
4.3. TILTAK FOR Å HA STYRING OG KONTROLL	13
4.4. OPPFØLGING	14
5. ROLLER, ANSVAR OG OPPGAVER I VIRKSOMHETSSTYRINGEN	15
5.1. STYRETS ANSVAR ETTER HELSEFORETAKSLOVEN	15
5.2. DET REGIONALE HELSEFORETAKETS ROLLE, ANSVAR OG OPPGAVER	16
5.3. HELSEFORETAKENES ROLLE, ANSVAR OG OPPGAVER	16
5.4. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS OPPGAVER (I RHF OG I HF)	16
5.5. OM ORDNINGEN MED INTERNE STYRELEDERE	17
5.6. UNDERLIGGENDE LEDELSE OG DEN ENKELTE MEDARBEIDER	17
5.7. LEDELSESMESSIG KOMMUNIKASJON – DEN LØPENDE KONTAKTEN	17
5.8. KONSERNREVISJONEN	17
5.9. SAMLET OPPLEGG FOR STRUKTUR INTERN STYRING OG KONTROLL	18
VEDLEGG	19

# 1. Innledning

## 1.1. Hensikten med dokumentet

Dette dokumentet beskriver prinsippene for god virksomhetsstyring og er et rammeverk for å etablere intern styring og kontroll (internkontroll og risikostyring) relatert til all virksomhet i Helse Sør-Øst. Det dekker alle lovområder og mål, krav og føringer gitt av lovgiver og eier.

Prinsippene omfatter intern styring og kontroll i et vidt perspektiv og tar således opp i seg definisjonene og innholdet i internkontroll som følger av ulike forskrifter som for eksempel §§ 3 og 4 i Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, §§ 3 og 5 i Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter m.fl. Det understrekes at det ikke er noen motsetninger mellom definisjonene.

Dokumentet er en videreutvikling av styresak 016-2010 *God virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst* og bygger på etablerte prinsipper og definisjoner tilpasset virksomheten i Helse Sør-Øst. Dokumentet erstatter "Risikostyring i Helse Sør-Øst" fra 2008.

## 1.2. Visjon og verdier

Målsettingen med dokumentet er at de prinsipper, definisjoner og føringer som her beskrives skal utgjøre et felles rammeverk og ligge til grunn for all virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, og bidra til oppfyllelse av alle krav og føringer som gjelder for foretaksgruppens virksomhet, herunder god pasientsikkerhet og effektiv ressursutnyttelse. Arbeidet skal følgelig understøtte Helse Sør-Østs visjon som er å skape:

***Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi***

Det er videre lagt til grunn at en innenfor foretaksgruppen Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert, der de tre nasjonale verdiene "kvalitet", "trygghet" og "respekt" er omsatt til følgende normer for virksomheten:

- Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på og i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

## 1.3. Eiers krav til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring

Helse- og omsorgsdepartementet stilte i foretaksmøte i 2004 krav til de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav – praktisering av internkontroll og risikostyring for å sikre god virksomhetsstyring.

Kravene om dette er gjentatt i senere foretaksmøter og i foretaksmøteprotokoll fra januar 2010 er dette formulert slik:

*"Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Sør-Øst RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene."*

*”Foretaksrådet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakene oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Foretaksrådet la til grunn at dette følges opp.”*

I brev av 28.01.10 understreker Helse- og omsorgsdepartementet på nytt de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar for at befolkningen i helseregionene blir tilbudt forsvarlige spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 og § 2-2. Det presiseres at ”sørge for”-ansvaret som de regionale helseforetakene er pålagt bl.a. innebærer å ivareta ansvar for planlegging, gjennomføre egne planer, evaluere resultater og iverksette korrigerende tiltak.

Gjennomgangen av statens eierkrav til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring er beskrevet mer utførlig i vedlegg 2.

#### **1.4. Åpenhetskultur**

Med utgangspunkt i verdigrunnlaget legger Helse Sør-Øst vekt på verdibasert ledelse og endringskompetanse. Dette betyr for Helse Sør-Øst blant annet at en skal sikre åpenhet for å avdekke og forebygge feil og mangler, involvering fra brukere og ansatte, kunnskapsbasert praksis og det å etablere en lærende organisasjon, sikre pasientsikkerhet og forutsigbarhet. Med dette som grunnlag er det også viktig at det skapes en gjennomgående kultur for god virksomhetsstyring, slik at mål og metoder er formidlet og forstått blant alle ansatte og at ledelsen underbygger denne tenkningen gjennom beslutninger, kommunikasjon og daglige handlinger.

#### **1.5. Veiledning til leseren**

Dette prinsippdokumentet er fundamentet for den samlede fremstillingen av virksomhetsstyring på regionalt og lokalt nivå i Helse Sør-Øst.

Dokumentet omhandler:

Kapittel 1: Hvorfor drive virksomhetsstyring

Kapittel 2: Krav og føringer til virksomheten

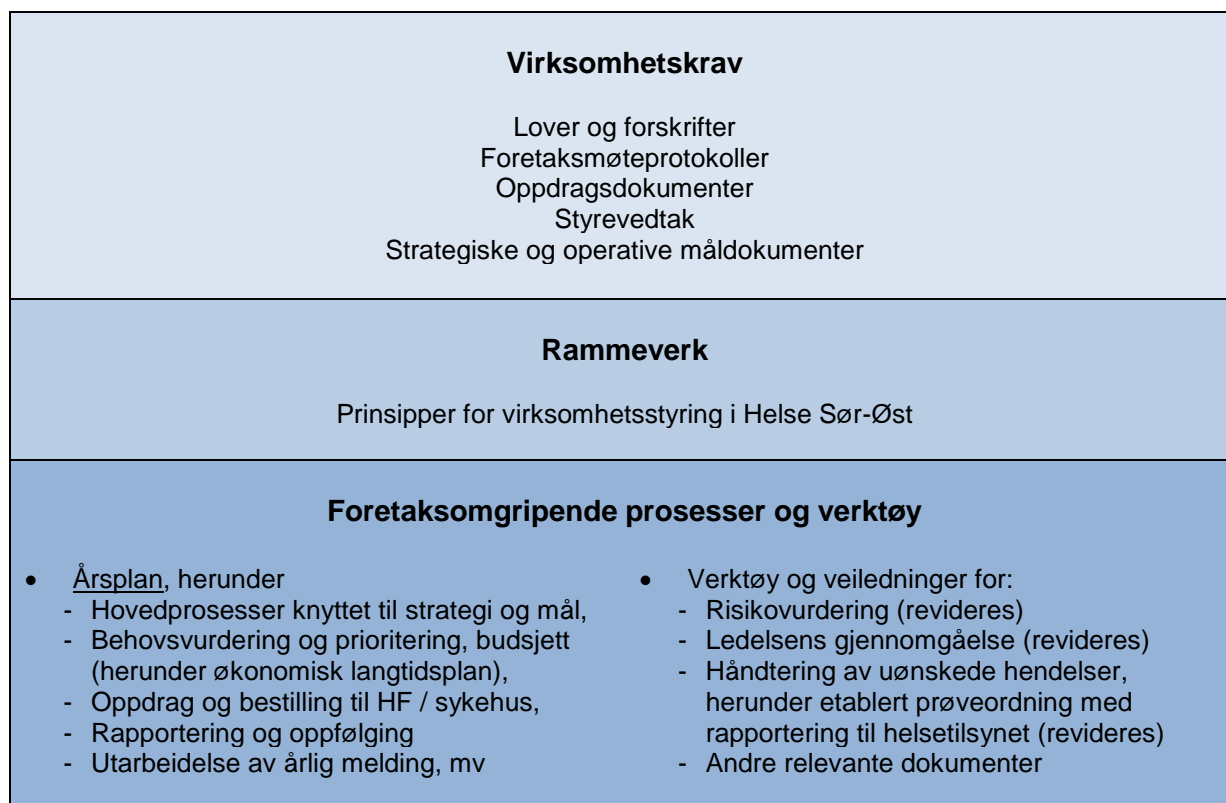
Kapittel 3: Hva er god virksomhetsstyring og gjeldende prinsipper

Kapittel 4: Prinsipper for god intern styring og kontroll

Kapittel 5: Roller, ansvar og oppgaver i virksomhetsstyringen

Prinsippdokumentet må ses i sammenheng med en rekke overordnede dokumenter. I tillegg er det en ambisjon å utvikle en mer praktisk, foretaksovergrepene oversikt over prosesser og verktøy med relevans for virksomhetsstyringen:

Figur 1: Dokumentstruktur



<b>Virksomhetskrav:</b>	Består av styrende dokumenter (lover, forskrifter, foretaksprotokoller, oppdragsdokumenter, styrevedtak og strategiske og operative måldokumenter) som er relevant på regionalt og lokalt nivå.
<b>Prinsippdokument</b>	Beskriver definisjoner, roller, ansvar og oppgaver, samt prinsipper innenfor virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring.
<b>Verktøy og prosesser</b>	Omfatter relevante prosessbeskrivelser, krav, føringer og veiledere for hva som skal gjøres, hvordan og av hvem, innenfor de viktigste områdene i styring og oppfølging av virksomheten i foretaksgruppen. Dette gjøres tilgjengelig elektronisk.

## 2. Krav og føringer for virksomheten i foretaksgruppen

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen, samt eieransvar for underliggende helseforetak. Ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret innebærer både bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra private leverandører. I tillegg til pasientbehandling har de regionale helseforetakene ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Oppdrag og bestilling til helseforetakene fra Helse Sør-Øst RHF beskriver de samlede krav og forventninger til leveransene i året.

Det legges til grunn at all virksomhet i Helse Sør-Øst skal utøves i samsvar med gjeldende lover og retningslinjer, og i tråd med de styringskrav som Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i oppdragsdokument og foretaksmøte, samt øvrige vedtak som fattes av styret for Helse Sør-Øst RHF.

De viktigste lovene som regulerer helseforetakenes virksomhet er spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (om pasientenes rett til blant annet helsehjelp, fritt sykehusvalg, informasjon og samtykke) og helseforetaksloven (som regulerer organisering av sykehus). En oversikt over de viktigste lovene er tatt inn i vedlegg 1.

Det er en lovpålagt oppgave og en etisk forpliktelse å gi befolkningen gode, trygge og effektive helsetjenester. Lovgivningen, med tilsynsmyndigheter<sup>1</sup> som skal se etter at myndighetskrav følges, er et av myndighetenes virkemidler for å forebygge svikt på viktige områder i helsetjenesten.

Det regionale helseforetaket har samtidig ansvar for at disse oppgavene løses innefor de økonomiske rammebetingelsene som er fastsatt av Stortinget og som tildeles de regionale helseforetakene gjennom statsbudsjettet.

God virksomhetsstyring skal altså bidra til å nå mål om etterlevelse av alle lov- og forskriftskrav og å sikre at det både er god styring og orden i eget hus.

### **3. Hva er virksomhetsstyring?**

Virksomhetsstyringsbegrepet må ses i forhold til andre sentrale begreper som mål- og resultatstyring, eierstyring, internkontroll og risikostyring. I fortsettelsen følger definisjoner/redegjørelser for begrepene og sammenhengen mellom dem.

#### **3.1. Mål- og resultatstyring**

Mål- og resultatstyring er det overordnede styringsprinsippet<sup>2</sup> i staten. Med mål- og resultatstyring menes:

*”Å sette mål for hva virksomheten skal oppnå, å måle resultater og sammenligne dem med målene, og bruke denne informasjonen til styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten.”*

Mål- og resultatstyring anvendes på alle nivåer staten, dvs. mellom Stortinget og departementene, mellom departementet og underliggende virksomheter, herunder de regionale helseforetakene. Spesialisthelsetjenesten er underlagt et omfattende lov- og regelverk som fastslår foretakene og sykehusenes plikter og pasienter og pårørendes rettigheter. Dette følges opp gjennom å benytte mål- og resultatstyringen som dominerende styringsprinsipp mellom det regionale og de lokale foretaksnivået, samt internt i foretakene.

Hensikten med mål- og resultatstyring er å øke effektiviteten og få mer ut av ressursene, bl.a. ved at underliggende nivå har frihet til selv å bestemme hvilke virkemidler som skal brukes for å nå målene. Styring og kontroll skal i mindre grad skje gjennom detaljerte instruksjoner om ressursbruk, aktiviteter og enkeltoppgaver. I stedet skal oppmerksomheten i

---

<sup>1</sup> Det vises til vedlegg 1 med oversikt over tilsynsmyndigheter og lover tilsynsmyndighetene forvalter i spesialisthelsetjenesten

<sup>2</sup> Mål- og resultatstyring avløste på 80-tallet regelstyring som det dominerende styringsprinsipp i staten.

større grad rettes mot at målene med virksomheten oppfylles, og at det skjer med effektiv ressursbruk. Med utgangspunkt i mål fastsatt i dialog med overordnet nivå, har ledelsen på hvert nivå selv ansvar for å utlede hvordan målene skal nås og hva som må prioriteres i styringen.

De viktigste dokumentene og prosessen i styringsdialogen mellom over- og underordnet nivå er knyttet til den årlige budsjettprosessen i staten. Med utgangspunkt i St. prp. nr. 1 (statsbudsjettet) og Stortingets vedtak, fastsetter bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet overordnede mål, styringsparametere og hvilke resultater som skal nås i tildelingsbrev til underliggende virksomhet, herunder de regionale helseforetakene.

### 3.2. Eierstyring

Begreper "Corporate governance" er også et begrep som benyttes i noen sammenhenger og oversettes med virksomhetsstyring. En kortversjon av OECDs definisjon av uttrykket er: "Corporate governance is the system by which the companies are directed and controlled, in the interest of shareholders and other stakeholders, to sustain and enhance value."

Corporate governance ses på som et overordnet og strategisk verktøy for styret og ledelsen mht å ha kontroll og evne til å styre alle deler av en virksomhet først om fremst i forhold til ytre omgivelsen. Virksomhetsstyring har slik det benyttes her, ytterligere fokus mot drift og hvordan virksomheten gjennom god intern styring og kontroll sikrer leveranse av gode helsetjenester og har fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

### 3.3. Virksomhetsstyringsprinsipper

Med **virksomhetsstyring** menes "prosessene og aktivitetene som det regionale helseforetaket og helseforetakene gjennomfører for å

- Sette mål
- Definere oppgaver for å nå målene
- Måle resultater mot målene
- Bruke informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten".

Sett i forhold til en årssyklus kan dette illustreres slik:



Figur 2 Illustrasjon årssyklus



### 3.4. Sammenhengen mellom virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring

En effektiv virksomhetsstyring forutsetter at det er etablert en god internkontroll (styring og kontroll) i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler. Med **intern styring og kontroll** menes

*”prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at det regionale helseforetaket og helseforetakene når sine målsettinger om målrettet og effektiv drift, pålitelig styringsinformasjon og etterlevelse av lover og regler”<sup>3</sup>”*

Definisjonen gjenspeiler at internkontroll er å ha styring og kontroll – ikke bare kontroll.

Et bærende prinsipp er at den interne styringen og kontrollen bør tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten. Å fastsette et tilstrekkelig og hensiktsmessig opplegg for internkontroll innebærer derfor at det gjennomføres prosesser for å identifisere og håndtere risiko, dvs. risikostyring. Med **risikostyring** menes

*”prosesser som gjennomføres av styret, ledelsen og ansatte, anvendt i fastsettelse av strategi og på tvers av virksomheten, for å identifisere potensielle hendelser som kan påvirke virksomheten. Hensikten er å håndtere risiko slik at den er i samsvar med virksomhetens aksepterte risikonivå, for derigjennom å gi rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse”*

Risikostyring kan dermed beskrives som en praktisk tilrettelegging av en metode for å ivareta kravene om etablering og gjennomføring av internkontroll og risikostyring som følger av krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.<sup>4</sup>

Prinsippene for intern styring og kontroll som er sammenfattet i kapittel 4 representerer det omforente syn og de holdninger som skal karakterisere alle aktiviteter i foretaksgruppen, dvs. blant styrer, ledelse og medarbeidere.

De avspeiler virksomhetens verdier og vil påvirke foretaksgruppens kultur og driftsform. Prinsippene er fanget opp i underliggende retningslinjer, muntlig og skriftlig kommunikasjon, i beslutningstaking og daglige ledelsesmessige handlinger. De påvirker hvordan verktøyene for virksomhetsstyring anvendes – hvordan hendelser blir identifisert, hvilke risiko som aksepteres og hvordan de blir håndtert.

## 4. Prinsipper for intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen

Til grunn for definisjoner og kriterier for å vurdere innholdet i intern styring og kontroll ligger anerkjente rammeverk for internkontroll og helhetlig risikostyring<sup>5</sup>. Som definisjonen i kap 3 viser, omfatter intern styring og kontroll også tiltak som skal sikre *etterlevelse av lover og regler*. Definisjonen i rammeverkene er videre og tar således opp i seg definisjonene og innholdet i internkontroll som følger av ulike forskrifter som for eksempel §§ 3 og 4 i Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, §§ 3 og 5 i Forskrift om systematisk helse-

<sup>3</sup> Jf COSO Internal control – integrated framework (internal control oversettes også med intern styring og kontroll)

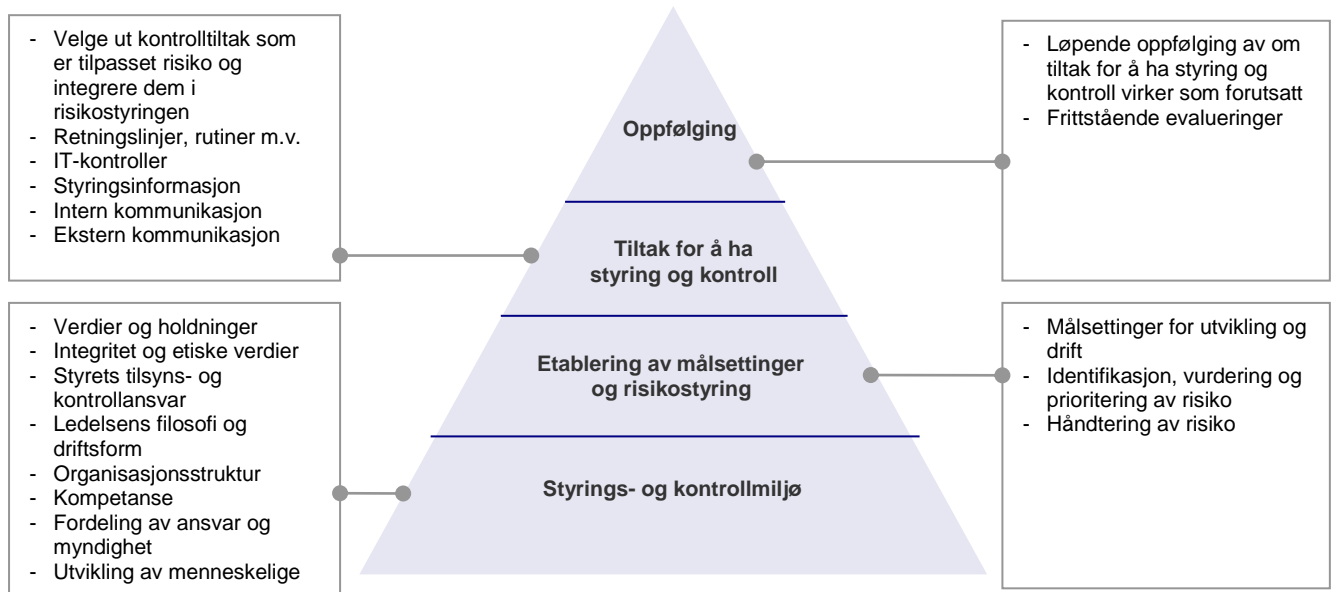
<sup>4</sup> Jf krav i foretaksprotokoller – kap 1.3.

<sup>5</sup> COSO – An integrated framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 1992  
COSO ERM – Enterprise risk management, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2004.

miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter m.fl. Det understrekes at det ikke er noen motsetninger mellom definisjonene<sup>6</sup>.

I en forenklet modell fremstilles rammeverket for intern styring og kontroll, herunder risikostyring ved fire elementer bygget på hverandre og med gjensidig avhengighet. Informasjon og kommunikasjon er også et viktig element i rammeverket og inkluderes innenfor alle deler av modellen.

Elementene i figuren nedenfor danner grunnlaget for den videre beskrivelse av innholdet i *god intern styring og kontroll* og som igjen er en forutsetning for å ha *god virksomhetsstyring* i Helse Sør-Øst.



Figur 3: En forenklet fremstilling av elementer og faktorer i rammeverket for intern styring og kontroll

Elementene henger innbyrdes sammen og må ses i relasjon til hverandre i arbeidet med å utvikle og forbedre intern styring og kontroll som ledd i virksomhetsstyringen.

Intern styring og kontroll er en kontinuerlig prosess som er gjennomgående i virksomheten, og utføres av mennesker på alle nivåer i organisasjonen, dvs. styre, ledelse og ansatte. Intern styring og kontroll anvendes på tvers av virksomheten, på alle nivåer og i alle enheter, i tillegg til virksomheten som helhet. Intern styring og kontroll gir viktige fordeler, men det finnes også begrensninger, bl.a. som følge av at menneskelig dømmekraft i forbindelse med beslutningstaking kan være mangelfull og at risikohåndtering og etablering av kontroller må etableres ut fra en kost-/nytteverdi.

Videre kan det oppstå feilsituasjoner som følge av menneskelig svikt (ubevisste feil), og kontroller kan også omgås gjennom samarbeid mellom to eller flere ansatte (bevisste feil). Ledelsen har også mulighet til å overstyre beslutninger tatt i forbindelse med helhetlig risikostyring. Nevnte begrensninger kan forhindre styret og ledelsen i å ha absolutt sikkerhet med hensyn til virksomhetens måloppnåelse.

Følgende prinsipper, virkemidler og tiltak er utledet/etablert for den praktiske etablering og håndtering av virksomhetsstyringen i foretaksgruppen:

<sup>6</sup> Forskrift om internkontroll i Sosial- og helsetjenesten.

#### 4.1. Styrings- og kontrollmiljø

Styrings- og kontrollmiljøet setter tonen for arbeidet med intern styring og kontroll i foretaket. Det danner grunnlaget for de øvrige elementene som inngår i et helhetlig system for intern styring og kontroll, og har således en sterk innvirkning på effektiviteten i dette. Styrings- og kontrollmiljøet består av flere faktorer:

- Verdier og holdninger
- Integritet og etiske verdier
- Styrets tilsyns- og kontrollansvar
- Ledelsens filosofi og driftsform
- Organisasjonsstruktur
- Kompetanse
- Fordeling av ansvar og myndighet
- Utvikling av menneskelige ressurser

Verdier og holdninger

- Verdier og holdninger i forhold til å ville ha god styring og kontroll og gjenspeiles tydelig i kommunikasjon av målsetninger og krav/rammer virksomheten skal bygge på.

##### Integritet og etiske verdier

- Foretaksgruppen har felles formelle etiske regler.
- Foretaksgruppens adferdsnormer og ledelsens handlinger gjenspeiler integritet og felles etiske verdier.
- Etiske verdier kommuniseres aktivt og følges opp med detaljert veiledning om hva som er rett og galt.
- Det finnes kommunikasjonskanaler til ledelsen, og det er etablert en meldekultur der de ansatte føler seg komfortable med å ta opp relevant informasjon.
- Den enkelte medarbeider vet hvordan egne handlinger henger sammen med det andre gjør og hvordan de bidrar til måloppnåelse.
- Det benyttes sanksjoner overfor ansatte som bryter regler og etablerte prinsipper, det finnes mekanismer som oppmuntrer til å melde fra om overtredelser, og det iverksettes reaksjoner mot ansatte som med viten og vilje unnlater å melde fra om overtredelser.

##### Styrets tilsyns- og kontrollansvar

- Styret er aktivt og har nødvendig grad av relevant og sammensatt kompetanse koblet med den nødvendige innstillingen for å ivareta sitt "påse"-ansvar (jf. pkt. 5.1).
- Styret er forberedt på å stille spørsmål om og granske ledelsens aktiviteter og presentere alternative syn, og å handle når det blir stilt overfor overtredelser.

##### Ledelsens filosofi og driftsform

- Ledelsen filosofi og driftsform understøtter god intern styring og kontroll som forutsetning for god virksomhetsstyring. Risikostyring brukes aktivt og er en integrert del av ledelsens styring og oppfølging av virksomheten i det enkelte foretak og i foretaksgruppen som helhet.

##### Organisasjonsstruktur

- Organisasjonens kultur og struktur innebærer at nøkkelområder for ansvar og myndighet er definert og viser rapporteringslinjene.
- Organisasjonskulturen er utviklet med henblikk på virksomhetens størrelse og hvilke aktiviteter som utføres.
- Organiseringen sikrer en hensiktsmessig, effektiv og målrettet kontrollstruktur hvor tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak for å ha styring og kontroll med virksomheten, slik

disse er beskrevet i dokumentets pkt 4.3, tydelig ansvars plasseres hos hhv. linjen (1. linje forsvar) og stabene (2. linje forsvar).

#### Kompetanse

- Kompetansen hos foretakets ansatte gjenspeiler den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig for å utføre tildelte oppgaver.
- Ledelsen foretar en avveining mellom kompetanse og kostnader.

#### Fordeling av ansvar og myndighet

- Tildeling av ansvar og myndighet handler om i hvilken grad enkeltpersoner og grupper blir bemyndiget og oppmuntret til å ta opp og løse problemstillinger. Dette innebærer også avgrensning av deres myndighet.
- Tildeling av ansvar og myndighet innebærer etablering av rapporteringslinjer og fullmaktsregistre.
- Retningslinjer beskriver riktig praksis, kunnskaper og erfaringer hos nøkkelpersonell og tilgjengelige ressurser.

#### Utvikling av menneskelige ressurser

- Personalpolitikken klargjør regler for og praksis for ansettelse, preferanser, opplæring, evaluering, veiledning, forfremmelse, avlønning og disiplinære reaksjoner, og sender signaler til de ansatte om forventet nivå for integritet, etisk adferd og kompetanse.

### **4.2. Etablere målsettinger og risikovurdering**

For å kunne evaluere risiko knyttet til måloppnåelse, pålitelig styringsinformasjon og etterlevelse av lov- og regelverk, er det en forutsetning at det er etablert klare strategiske og operative mål for virksomheten i det enkelte foretak og foretaksgruppen som helhet. De overordnede målene skal være systematisert ut fra krav og føringer i lovgivningen, oppdragsdokument, foretaksprotokoll og styrevedtak.

Videre må de være tydelig ansvarsplassert internt i foretaket, samtidig som det gis klare føringer for hvordan og når underliggende enheter skal ha operasjonalisert målsettinger som ledd i egen planlegging av virksomheten.

Risikostyring må være implementert i den løpende styring og oppfølging av virksomheten i foretaket ved at risikostyringen gjennomføres på alle nivåer, identifiserte risikoer vurderes og prioriteres, samt at det settes i verk tiltak for å håndtere dem.

Risikostyringen omfatter tre hovedaktiviteter:

- Identifisering av hendelser eller uheldige/uakseptable forhold,
- Risikovurdering/-prioritering og
- Risikohåndtering.

Følgende prinsipper er utledet som anbefalinger for utforming av mål og styring av risiko:

#### Målsettinger for arbeidet med å sikre at eiers krav og mål er klare/konsistente/gjennomgående

- Strategiske målsettinger er mål på overordnet nivå og er i samsvar med og støtter det enkelte helseforetak og foretaksgruppens som helhet sitt formål og visjon. Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst er førende i hele foretaksgruppen.
- Relaterte målsettinger og delmål støtter og er i samsvar med valgte strategier når det gjelder alle aktiviteter.
- Målsettinger er lette å forstå og lette å måle.

### Identifikasjon, vurdering, prioritering og håndtering av risiko

- Ledelsen har en prosess for å utforme mål og sammenholde disse med foretakets formål og sikre at de er i samsvar med akseptert risiko.
- Ledelsen vurderer risiki forbundet med mål og strategiske valg og vurderer konsekvensene av disse.
- Det enkelte helseforetak og foretaksgruppens som helhet sin risikotoleranse styrer allokering av ressurser og binder organisasjon, mennesker, prosesser og infrastruktur sammen.
- Risikotoleranse kan måles, helst i samme enhet som relaterte målsettinger.
- Ledelsen identifiserer potensielle hendelser eller forhold som kan påvirke implementering av strategi eller måloppnåelse. Hendelser kan ha positive/negative konsekvenser. Det er viktig å være klar over at arbeidet med risikostyring også vil tydeliggjøre muligheter som virksomheten kan dra nytte av.
- Selv hendelser med relativt lav sannsynlighet vurderes hvis konsekvensen er stor.
- Ledelsen erkjenner viktigheten av å forstå både eksterne og interne faktorer og hendelsestyper.
- Ledelsen sikrer at nødvendig kompetanse for å identifisere hendelser er tilgjengelig. Teknikker for å identifisere hendelser retter seg både mot fortiden og fremtiden.
- Nødvendige forbedringstiltak iverksettes og følges opp i forhold til om tiltakene gir effekt.

### **4.3. Tiltak for å ha styring og kontroll**

For å ha betryggende styring og kontroll med at virksomheten i foretaket gjennomføres som forutsatt, må det være utarbeidet og satt i verk tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak som understøtter god virksomhetsstyring.

Med tiltak for å ha styring og kontroll menes systemer, rutiner og aktiviteter som skal sikre at virksomheten i foretaket gjennomføres som forutsatt. Det finnes et omfattende sett av krav om kontrolltiltak som følger lov- og regelverk som skal være etablert i virksomheten uavhengig av størrelsen for risiko på området. Disse er et uttrykk for hvilken risiko den lovgivende myndighet anser som akseptabel, og utgjør områder hvor det er obligatorisk å sette i verk tiltak uavhengig av hva en regionalt eller lokalt måtte komme frem til i egne risikovurderinger. Eksempler på dette er nedfelt i veilederen for "Hvordan holde orden i eget hus" <sup>7</sup> utgitt av Helsedirektoratet. Det er grunnleggende for alt kvalitetsarbeid at melde- og avvikssystem skal benyttes i forbedringsøyemed. Læringssløyfer er en av flere tiltak som benyttes.

På en annen side er det slik at det innenfor flere områder hvor det åpenbart kan være høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av regelverk etc, ikke finnes lovbestemte kontrolltiltak. Her må den enkelte virksomhetsledelse selv identifisere, vurdere og beslutte eventuelle tiltak ut fra risiko og vesentlighet.

Disse risikoområdene må en tilnærme seg ved først og velge ut kontrolltiltak som er tilpasset risiko og integrere dem i risikostyringen. Styret og ledelsen må ta stilling til hvordan identifisert risiko skal håndteres. Dette kan være risiko som oppstår som følge av svakheter, feil eller mangler i etablerte systemer og rutiner, eller som følge av forhold virksomheten ikke har direkte kontroll over. Akseptert risiko medfører ingen spesielle kontrolltiltak, mens øvrige risiki krever tiltak for å begrense og/eller fjerne risiko. Eventuelle tiltak må vurderes i et kost-

/nytteperspektiv, hvor prinsippet om at nytten ved kontrolltiltaket må forsvare kostnadene forbundet med å utvikle og iverksette det.

En sentral side ved dette er å utarbeide tiltak som er konkrete og har en målbar effekt på risikoen de skal redusere eller fjerne.

Tiltak for å ha styring og kontroll kan være av foretaksovergripende art eller avgrenset til et spesifikt nivå eller funksjon i virksomheten. Det er den enkelte leders ansvar, innenfor eget ansvarsområde, å sikre at det er etablert tilstrekkelige og effektive tiltak for å ha styring og kontroll. Beslutning om hvilke prinsipper som skal legges til grunn for organisering av kontrollstrukturen i foretaket, jf pkt 4.1, tas av administrerende direktør som er øverste ansvarlig for å sørge for etablering, gjennomføring og oppfølging av tilstrekkelig intern styring og kontroll i foretaket.

Tiltak for å ha styring og kontroll kan inndeles i ulike kategorier avhengig av om de skal virke forebyggende, korrigerende eller oppdagende.

#### Særlig om intern og ekstern kommunikasjon

Informasjon og kommunikasjon er et gjennomgripende og avgjørende tiltak for å ha god styring og kontroll. Viktig informasjon må identifiseres, fanges opp og formidles til riktig tid og på riktig måte slik at de ansatte gjøres i stand til å utføre sine ansvarsoppgaver.

Informasjonssystemene skaffer informasjon om drift, økonomi og overholdelse av lover og regler som muliggjør en kontinuerlig og målrettet drift og styring av foretaket. I tillegg til internt genererte data, behandler systemene også informasjon om eksterne hendelser og forhold som er nødvendige for å ta veloverveide strategiske og driftsmessige beslutninger og for ekstern rapportering.

Åpenhetskultur og effektiv kommunikasjon må også gjennomsyre organisasjonen i vid forstand, dvs. nedover, på tvers og oppover i organisasjonen. Alle ansatte må motta et klart budskap fra toppledelsen om at ansvaret for kontroll må tas alvorlig. De må forstå sin rolle i det interne kontrollsystemet, så vel som hvordan de enkelte aktivitetene og handlingene relaterer seg til andres arbeid. De må dessuten ha kanaler for formidling av viktig informasjon opp i hierarkiet til ledelsen. Det er også behov for å ha effektiv kommunikasjon med eksterne aktører, så som representanter for befolkningen som skal ha helsetjenester, brukere, samhandlingspartnere, leverandører, lovgivere og eier.

#### **4.4. Oppfølging**

For å sikre at systemene og rutineene for å ha god styring og kontroll er etablert, etterleves og fungerer som forutsatt, må det etableres prosesser for systematisk og løpende oppfølging.

Dette oppnås gjennom:

- Løpende oppfølging av om tiltak for å ha styring og kontroll virker som forutsatt
- Analyser og sammenligninger (benchmarking)
- Frittstående evalueringer

#### Løpende oppfølging

Løpende oppfølging skjer som en integrert del av driften og inngår i den daglige ledelse som en del av den helhetlige overvåkningsfunksjonen. Oppfølgingen er integrert med andre handlinger som ansatte gjør når de utfører sine oppgaver.

Eksempler på løpende oppfølging er;

## Ledelsesrapportering

- Controlling av økonomiområdet
- Monitorering av pasientbehandlingen ved bruk av ulike typer verktøy
- Resultater fra systemkontroller som gir kontinuerlig overvåking (av fristbrudd)
- Analyse av melde- og avviksrapportering med henblikk på "røde lys"

Oppfølgingsaktiviteter skal bidra som en positiv støtte for ledere og medarbeidere på ulike nivå.

## Frittstående evalueringer

Omfanget og hyppigheten av de frittstående evalueringene avhenger primært av risikovurderingen og hvor effektive de kontinuerlige overvåkningsrutinene (oppfølgingsrutinene) er. Mangler i den interne kontrollen må rapporteres til ledelsen, og alvorlige forhold må meldes fra toppledelsen til styret. Eksempler på frittstående evalueringer er revisjoner, organisasjonsgjennomganger m.v. Eventuelle avvik fra plan eller fastsatte mål- og resultatkrav som fanges opp, må korrigeres gjennom kompenserende tiltak.

# 5. Roller, ansvar og oppgaver i virksomhetsstyringen

## 5.1. Styrets ansvar etter helseforetaksloven

Styrets ansvar og oppgaver er forankret i helseforetaksloven § 28 *Styrets oppgaver*:

- Sikre en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet
- Fastsette planer for foretakets virksomhet
- Holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling
- Føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter
- Føre tilsyn med daglig leder og fastsette instruks for denne

Dette innebærer bl.a. at styret skal "påse" at det er etablert god internkontroll i som gir rimelig sikkerhet for at foretaket når fastsatte målsettinger, har pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlever lov- og regelverk. Styret skal videre føre tilsyn med administrerende direktør og få bekreftet om intern- kontroll og risikostyring virker effektivt. Konsernrevisjonen er et av styrets verktøy for å gjøre dette.

Iht. lovens § 29 skal styret føre tilsyn med daglig leder og kan fastsette instruks for denne.

Styret må være sikret nok kunnskap og fakta til å trekke riktig konklusjon og beslutte riktige tiltak. Enkelte særskilte forhold bør rapporteres løpende til styret:

- Meldepliktige avvik
- Eksterne tilsyn der det avdekkes alvorlige avvik
- Avvik etter internt tilsyn/revisjon innen særskilte risikoområder
- Avvik eller tilsyn som ikke blir lukket innen pålagt tid av økonomiske eller andre grunner
- Avvik som krever tiltak eller koordinering på regionalt nivå
- Der det foreligger spesielt alvorlige avvik i forhold til pasientsikkerhet, økonomiske eller omdømmemessige konsekvenser

I denne sammenheng er det viktig at styret også vurderer:

- Om det finnes en klar og entydig forståelse av foretakets risikoprofil og risikoområder.
- Hva som til enhver tid er kritisk risiko i forhold til måloppnåelse både i forhold til pasientbehandlingen, økonomi mv.
- Om det er tilstrekkelig ledelsesressurser allokert til identifisering, vurdering og behandling av risikoområdene.
- Om det er en kultur som sikrer fokus på risiko og som tillater åpen informasjon om avvik, feil og mangler.
- Om styret får informasjon om risiko, avvik og hendelser.
- Om riktig info kommer til styret i rett tid og i en form som gjør styret i stand til å ivareta sitt ansvar.

## 5.2. Det regionale helseforetakets rolle, ansvar og oppgaver

Helse- og omsorgsdepartementet eier de regionale helseforetakene, på samme måte som helseforetakene eies av de regionale helseforetakene. Den samlede styringen fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF formidles i det årlige oppdragsdokumentet og i foretaksmøter.

Det regionale helseforetaket ivaretar to roller i spesialisthelsetjenesten:

- "Sørge for"-rollen, som innebærer å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. (jf. lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 a)
- "Eierrollen" som omhandler hvordan RHF skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak" (Helseforetaksloven § 1)

I årlig oppdrag og bestilling til helseforetakene videreformidles det samlede styringsbudskapet fra departementet, egne oppdrag og oppfølging av aktuelle vedtak fattet av styret i Helse Sør-Øst RHF, sammen med fastsatte budsjettammer for virksomheten.

Det er det regionale styrets oppgave gjennom god virksomhetsstyring å påse at oppfølgingen av krav er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte både i det regionale helseforetaket og i helseforetakene. Særskilt for styret i det regionale helseforetaket (§ 28, 3. ledd) er at styrets plikter også omfatter de helseforetak som foretaket eier. Rapportering om dette skjer gjennom årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet.

## 5.3. Helseforetakenes rolle, ansvar og oppgaver

Helseforetakene skal ivareta oppgaver som følger av oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det understrekes at helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt og at foretaksstyrene og ledelsen dermed har selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav, etablere god virksomhetsstyring og foreta lukking av avvik. Helseforetakenes styre og ledelse må etterspørre resultater for å kunne vite nok om hvilken risiko og kvalitet det er på tjenestene og at det gjøres forbedringer der det trengs. Ledelsen plikter også å legge til rette for at helsepersonell skal kunne gi forsvarlige helsetjenester.

## 5.4. Administrerende direktørs oppgaver (i RHF og i HF)

Det er styrene for helseforetakene og det regionale helseforetaket som fastsetter strategier og retningslinjer for virksomheten. Det enkelte styret fastsetter også instruks for administrerende direktør. Administrerende direktørs oppgave er å utvikle og iverksette strategier og handlingsplaner i samsvar med styrets beslutninger og instruks, samt å følge opp disse, jf. helseforetaksloven § 37.



Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Dette omfatter bl.a. etablering og gjennomføring av intern styring og kontroll, herunder risikostyring som forutsetning for god virksomhetsstyring, samt å følge opp at denne fungerer tilfredsstillende. Administrerende direktør skal også aktivt bidra til å sikre videreutvikling av pasientsikkerhet, helsefaglig innhold og kvalitet i foretaket

Særskilt for administrerende direktør i det regionale helseforetaket er at denne også skal føre løpende tilsyn med helseforetak som det regionale helseforetaket eier og skal påse at virksomheten der er i samsvar med vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret. Administrerende direktør har videre, som ledd i oppfølging mellom det regionale helseforetaket og de enkelte helseforetak, rett og plikt til direkte innsyn og oppfølging i de enkelte helseforetakene og deres administrasjon, jf. helseforetaksloven § 37.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Administrerende direktør plikter å forelegge for styret alle saker som etter lov eller vedtekter er lagt til styret samt saker som går ut over administrerende direktørs fullmakter. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Ytterligere bestemmelser om dette er bl.a. beskrevet i vedtekter og fullmaktsmatriser.

### **5.5. Om ordningen med interne styreledere**

Helseforetakenes styreledere er som hovedregel ansatt i det regionale helseforetaket. Dette bidrar til å sikre det gjennomgående ansvar som RHF-styret iht. loven er pålagt og som administrerende direktør skal følge opp og gjennomføre.

### **5.6. Underliggende ledelse og den enkelte medarbeider**

Vilkår for å oppnå god styring og kontroll i virksomhetsstyringen er i stor grad betinget av den kultur som skapes, vedlikeholdes og videreutvikles gjennom aktiviteter i styret og den øverste ledelse i helseforetak og RHF. Det er innenfor denne rammen den enkelte leder og medarbeider vil forstå sine oppgaver og ansvaret for å bidra til felles måloppnåelse.

Krav og forventninger overfor den enkelte leder og medarbeider må fremgå av samarbeidsavtaler, stillingsbeskrivelser m.v. Disse bær gjenspeile betydningen av verdiene kvalitet, trygghet og respekt i møte med pasienter, kollegaer og ledere. Det må bl.a. fremgå tydelig hvilke krav som stilles med hensyn til intern styring og kontroll, risikostyring, meldekultur og åpenhet i informasjon/kommunikasjon.

### **5.7. Ledelsesmessig kommunikasjon – den løpende kontakten**

I tillegg til den organisering som er etablert ut fra formelle krav og retningslinjer er det tett og løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene i direktørmøter, oppfølgingsmøter samt en rekke fagnettverk på tvers av foretaksgruppen innen kommunikasjon, økonomi, medisinske direktører, HR etc. Det er også regelmessige møter mellom det regionale helseforetaket og brukerutvalget og de konserntillitsvalgte på RHF-nivå.

### **5.8. Konsernrevisjonen**

Styret i Helse Sør-Øst RHF har videre, etter krav fra eier i 2005, etablert revisjonskomité og en internrevisjonsfunksjon med ansvar for gjennomgående internrevisjon i helseforetaksgruppen, nå konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Konsernrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for intern revisjon i den

samlede foretaksgruppen Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering intern styring og kontroll (jf. figuren nedenfor).

Konsernrevisjonen utgjør et "3.linjeforsvar" i styrings- og kontrollstrukturen i foretaksgruppen, jf. beskrivelsen nedenunder.

### 5.9. Samlet opplegg for struktur intern styring og kontroll

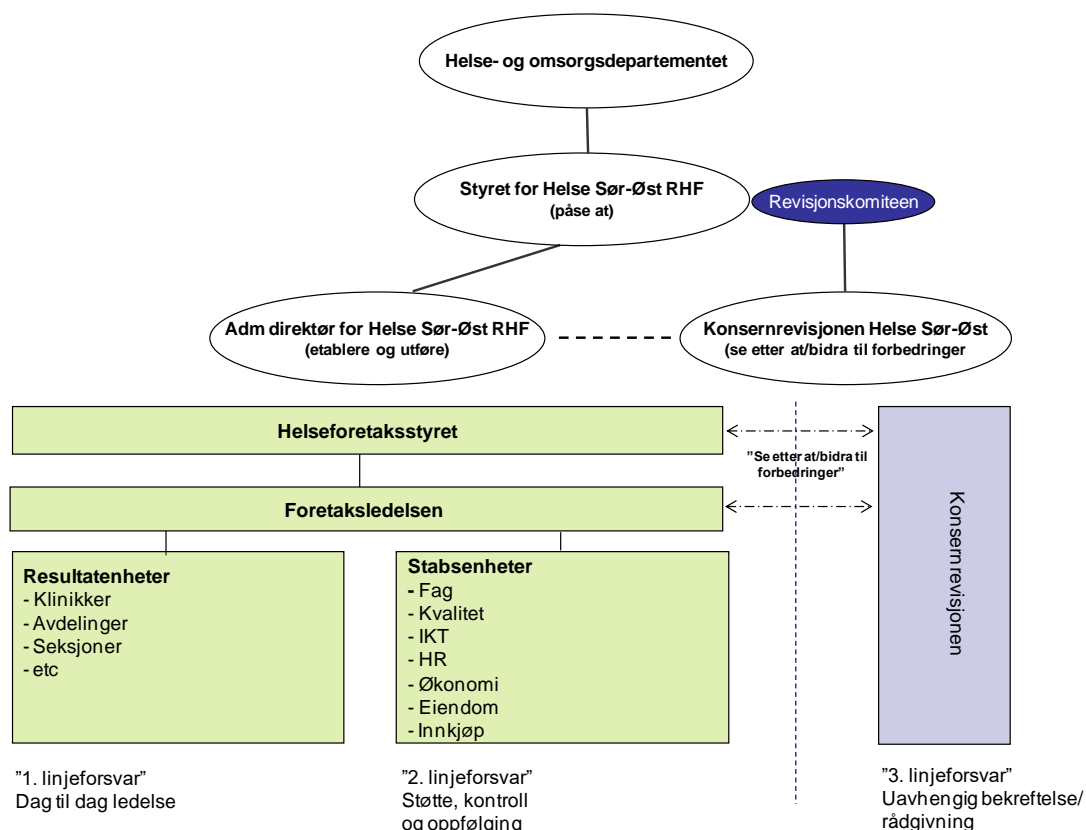
Beskrive hva som menes med 1. linje, 2. linje og 3. linjeforsvar.

- 1. linje forsvar – linjen (post, avdeling, klinikk etc)
- 2. linje forsvar – stabsfunksjonene
- 3. linje forsvar – konsernrevisjonen

Ansvar for intern styring og kontroll er etablert og fungerer som den skal, ligger hos den enkelte leder og ansatte – kontrolltiltakene må være hensiktsmessig og tilstrekkelig lagt opp for å gi rimelig kontroll i 1. linje

Det overordnede ansvar for virksomheten ligger hos foretaksledelsen – den har behov for et "sett med øyne" som kan monitorere og følge opp om intern styring og kontroll fungerer som forutsatt i linjen. (Prinsippene for beslutning om kontrollstruktur er beskrevet i pkt 4.1 og operasjonalisering i pkt 4.3)

Figur 4: Forholdet mellom oppgaver og linjens ansvar for internkontroll



# Vedlegg

## Vedlegg 1:

### Tilsynsmyndigheter og lover tilsynsmyndighetene forvalter i spesialisthelsetjenesten

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn
Statens helsetilsyn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apotekloven</li> <li>• Bioteknologiloven</li> <li>• Genteknologiloven</li> <li>• Helseforetaksloven</li> <li>• Helsepersonelloven</li> <li>• Kommunehelsetjenesteloven</li> <li>• Lov om alternativ behandling av sykdom m.v.</li> <li>• Lov om biobanker</li> <li>• Lov om forbud mot kjønnslemlestelse</li> <li>• Lov om helsemessig og sosial beredskap</li> <li>• Lov om legemidler</li> <li>• Lov om medisinsk utstyr</li> <li>• Lov om psykisk helsevern</li> <li>• Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten</li> <li>• Lov om sterilisering</li> <li>• Lov om strålevern og bruk av stråling</li> <li>• Lov om svangerskapsavbrudd</li> <li>• Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m.</li> <li>• Pasientrettighetsloven</li> <li>• Pasientskadeloven</li> <li>• Smittevernloven</li> <li>• Sosialtjenesteloven</li> <li>• Spesialisthelsetjenesteloven</li> <li>• Tannhelsetjenesteloven</li> </ul>
Statens legemiddelverk (blodbank og apotek)	
Datatilsynet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseregisterloven</li> <li>• Personopplysningsloven</li> </ul>
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matloven</li> </ul>
Arbeidstilsynet (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsmiljøloven</li> <li>• Ferieloven</li> <li>• Lov om 1. og 17. mai</li> <li>• Lov om lønnsgaranti</li> <li>• Permitteringsloven</li> <li>• Tobakkskadeloven</li> </ul>
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brann- og eksplosjonsvernloven</li> <li>• Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr</li> <li>• Produktkontrollloven</li> <li>• Sivilforsvarsloven</li> </ul>
Statens forurensningstilsyn (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forurensningsloven</li> <li>• Miljøinformasjonsloven</li> <li>• Produktkontrollloven</li> </ul>
Statens strålevern (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lov om strålevern og bruk av stråling</li> </ul>
Statens helsetilsyn / Statens institutt for folkehelse (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genteknologiloven</li> </ul>
Fylkesmannen (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forurensningsloven</li> </ul>
Luftfartstilsynet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luftfartsloven</li> </ul>
Lokalt el-tilsyn (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr</li> </ul>
Kommunalt brannvesen (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brann- og eksplosjonsvernloven</li> </ul>
Kommunene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan- og bygningsloven</li> </ul>
Riksrevisjonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan revidere alle lovområder</li> </ul>

## Vedlegg 2:

### Gjennomgang av eiers krav til helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring

Helse- og omsorgsdepartementet stilte i foretaksmøte i 2004 krav til de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav – praktisering av god virksomhetsstyring. Helse- og omsorgsdepartementet ønsket å forsikre seg om at:

- Styret for de regionale helseforetakene sikrer seg et samlet systemopplegg, basert på gjeldende regler for internkontroll og eventuelle supplerende tiltak, som gir de overordnede ansvarsnivåene tilstrekkelig sikkerhet for at myndighetskrav følges opp i helseforetaksgruppen.
- Styret for det regionale helseforetaket har en periodisk og samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen mht. oppfølging av myndighetskrav.

Det ble videre i foretaksmøte i 2005 stilt krav til at de regionale styrene skulle:

- Sikre seg at det er etablert et samlet opplegg for internkontroll for virksomheten
- Etablere intern revisjon i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen, som et ledd i styrets overvåking av internkontrollen. Intern revisjon er et viktig ledd i styrets overvåkingsfunksjon som uavhengig av administrasjonen for øvrig, skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser av helseforetakenes internkontroll for å vurdere om den virker hensiktsmessig og betryggende. Det skal også oppnevnes en kontrollkomité med ansvar for å ha et hovedfokus på styrets kontroll og tilsynsfunksjon (senere kalt revisjonskomite).

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøter etter dette gjentatt kravene til et helhetlig opplegg for god virksomhetsstyring. I foretaksmøteprotokollen fra januar 2010 er dette formulert slik:

”Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Sør-Øst RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.

- Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.
- Foretaksmøtet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakene oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.”

I brev av 28.01.10 understreker Helse- og omsorgsdepartementet på nytt de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar for at befolkningen i helseregionene blir tilbudt forsvarlige spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 og § 2-2. ”Sørge for”-ansvaret innebærer blant annet å ivareta følgende styringsfunksjoner/elementer som er beskrevet på følgende måte i dokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet:

- Ansvar for planlegging, herunder å vurdere og analysere hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelig og forsvarlig helsetjeneste. Dette forutsetter bl.a. at Helse Sør-Øst RHF kjenner reglene som gjelder for helsetjenesten, har oversikt over

behov og tilbud for helsetjenester, samt har oversikt over områder med svikt eller fare for svikt. Ved utarbeidelse av planer/tiltak må det foretas risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til iverksettelse av tiltakene og det må planlegges hvordan eventuell fare for svikt og svikt ved gjennomføringen av planer/tiltak skal håndteres.

- "Sørge for"-ansvaret innebærer også ansvar for å gjennomføre egne planer og tiltak som forutsatt og til fastsatt tid, slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig.
- Videre skal gjennomføringen av planene og tiltakene evalueres; om planene/tiltakene følges, effekten av planene/tiltakene og om gjennomføringen av planene/tiltakene har medført at det har oppstått områder med fare for svikt eller svikt som må håndteres for at det skal kunne gis et forsvarlig tjenestetilbud. Dette innebærer også innhenting av styringsinformasjon.
- Helse Sør-Øst RHF har også ansvar for å korrigere uforsvarlige forhold. Dette innebærer å iverksette korrigerende og forebyggende tiltak på eget initiativ dersom det i helseregionen ikke tilbys eller ytes tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

Det er det regionale styrets oppgave gjennom god virksomhetsstyring å påse at oppfølgingen av krav er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte i det regionale helseforetaket.

## Vedlegg 3

### Litteraturliste

Holde orden i eget hus – Helsedirektoratet 12/2004  
Internal Control – Integrated Framework, The Committee of Sponsoring Organisations of the Treadway Commission, 1992  
Enterprise Risk Management – Integrated Framework, The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2004  
Risikostyring i staten – Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen, Senter for statlig økonomistyring, 2005  
Mål- og resultatstyring i staten – en veileder i resultatmålinger, Senter for statlig økonomistyring, 2006  
Hvordan få en god start på risikostyring i statlige virksomheter, Senter for statlig økonomistyring, 2007  
Handledning - Intern styrning och kontroll Ett stöd vid myndigheternas tillämpning av förordningen om intern styrning och kontroll, ESV 2009