

Risikostyring og risiko- og sårbarhetsanalyse i Sykehjemsetaten

Dokumentadministrator: Kristian Gjestrum

Gyldig fra: 13.02.2024

Revisjon: 2.0

Godkjent av: Johnny Advocaat

Revisjonsfrist: 12.02.2026

ID: 1357

Hensikten med rutinen

Rutinen har til hensikt å sikre god kvalitet på Sykehjemsetatens risikostyring og sikre at institusjonene og områdedirektørene har innsikt i eget områdes risikobilde. Videre skal rutinen:

- Gi en grunnleggende innføring i hvordan risiko- og sårbarhetsanalyse kan gjennomføres.
- Bidra til kvalitetsarbeidet på institusjon og i Sykehjemsetaten som helhet.
- Sikre at risikostyringener en integrert del av institusjonenes og Sykehjemsetatens virksomhetsstyring.

Hvem gjelder rutinen for

Gjelder for alle ledere i Sykehjemsetaten og medarbeidere som har en rolle i egen avdelings/institusjons/etats risikostyring.

Gjelder for alle medarbeidere som skal gjennomføre eller bidra i en risiko- og sårbarhetsanalyse.

Ansvarsfordeling

Etatsdirektør har det overordnede ansvaret for risikostyringen i Sykehjemsetaten.

Områdedirektør har det overordnede ansvaret for risikostyringen for sitt område. Områdedirektør er ansvarlig for å etterspørre risikoanalyser på aktuelle områder, og etterspørre nye tiltak og effekten av gjennomførte tiltak.

Institusjonssjef har det overordnede ansvaret for risikostyringen på sin institusjon. Institusjonssjef er selv ansvarlig for å gjennomføre risikoanalyser, opprette/gjennomføre risikoreduserende tiltak, og videreformidle institusjonens risikobilde til områdedirektør.

Avdelingsledere er ansvarlige for å håndtere risiko på avdelingsnivå, opprette risikoreduserende tiltak og løfte risikoområder til institusjonssjef.

Medarbeidere er ansvarlige for å delta i risikostyringen ved behov og melde fra om risikoer de identifiserer i eget arbeid.

Utførelse av rutinen

Risikoanalyser skal gjennomføres i EQS i skjemaet  [Enkel RoS](#). Risikoanalyser knyttet til brannvern gjøres i henhold til  [Brannvern og brannforebyggende arbeid](#).

Risikostyring skal være en integrert del av institusjonens virksomhetsstyring. Dette betyr at institusjonen skal ha god oversikt og forståelse av risiko på eget område. For å sikre et godt og helhetlig risikobilde skal det løpende gjennomføres risikoanalyser på lovpålagte områder og på områder som institusjonen selv identifiserer som aktuelle. Se  [Mulige risikoområder](#) for forslag til risikoområder og relatert for metode for å identifisere risikoområder.

En risiko som er registrert i EQS skal revurderes løpende til risikoen ikke lenger vurderes som aktuell.

Metode for risikoanalyse

Medarbeidere som deltar i risikoanalysen beslutter selv hvilken metode som benyttes til å gjennomføre risikoanalysen. Metoden som benyttes skal kunne identifisere ulike risikoområder og risikofaktorer/hendelser, vurdere sannsynlighet for og konsekvensen av hendelsene, og identifisere forslag

for håndtering av risikoen. Se relatert for ulike metodeforslag knyttet til identifisering, vurdering og håndtering av risiko.

Risikoanalysen skal ha to eller flere deltakere og skal inkludere vurderinger/synspunkter fra medarbeidere som arbeider tette opp mot risikoen. Verneombud skal delta i analyser som omhandler arbeidsmiljø.

Håndtering av risiko

Håndtering av risiko skal prioriteres etter plassering og fargekode i risikomatrisen i EQS. Sykehjemsetaten praktiserer sin risikotoleranse etter føre-var-prinsippet når det gjelder usikkerhet. Dette betyr at hvis det er knyttet stor usikkerhet til analysen og det er potensiale for alvorlige konsekvenser kan disse risikoene prioriteres høyere enn plassering i risikomatrisen skulle tilsi. Håndtering av prioriterte risikoer skal gjøres etter ALARP-prinsippet. Hvis en risiko er vurdert til høy/rød skal den videreformidles til områdedirektør med planlagte tiltak. Dette gjøres gjennom ordinær styringsdialog og ved å gi områdedirektør leserrettighet til aktuelle risikoer.

Tiltak/handlingsplan skal dokumenteres i EQS og risikoer skal revurderes når planlagte tiltak er gjennomført.

Begrepsforklaring

En felles begrepsforståelse skal bidra til at medarbeidere i Sykehjemsetaten har en grunnleggende og felles forståelse av viktige faktorer når risikoanalyser gjennomføres og at risikostyringen tar utgangspunkt i de samme definisjonene uavhengig av institusjon eller avdeling. Dette for å sikre en grad av standardisering i etaten.

- **Risiko** kombinerer sannsynlighet for og konsekvens av en hendelse som kan ha verdier for oss mennesker. Verdiene kan være liv og helse, miljø eller andre økonomiske verdier.
- **Risikoområde** betegner et felles område som gir utspring til ulike risikoer.
- **Sannsynlighet** brukes som mål på hvor trolig vi mener der er at en bestemt hendelse vil inntreffe, gitt vår bakgrunnskunnskap.
- **Konsekvenser** uttrykker vi i form av tap av samfunnsverdier. Samfunnsverdier er uttrykk for de verdiene vi ønsker å beskytte, f.eks. liv og helse, natur og kulturverdier, materielle verdier.
- **Usikkerhet** benyttes for å beskrive kvaliteten på bakgrunnskunnskapen vurderingene er basert på.
- **Hendelser/uønskede hendelser** er situasjoner som avviker fra det normale og som har medført eller kan medføre tap på liv eller skade på helse, miljø, materielle verdier og kritisk infrastruktur.
- **ALARP** - as low as reasonably practicable - en risiko skal etter igangsatte tiltak være så lav som praktisk mulig.
- **Risikotoleranse** forklarer i hvilken grad og hvorfor man har akseptert eller ikke akseptert de vurderte risikoene.

Lowerk

[Arbeidsmiljøloven](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](#)

[Internkontrollforskriften](#)

[Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen](#)

Referanser

 [Kvalitetshåndbok - kvalitetssystem](#)

[Modell for risikovurdering fra Arbeidstilsynet](#)

[Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten](#)

Relaterte lenker:

- [Risiko- og hendelsesanalyse - Håndbok for helsetjenesten](#)
- [Risikostyring og internkontroll Oslo kommune](#)