



Fakultet for teknologi og forskning Universitetet i Stavanger

Studieprogram / spesialisering: Risikostyring og
samfunnssikkerhet

Vår semesteret, 2023

Åpen

Forfatter:
Gunnar Engen

Fagansvarlig:
Eirik B. Abrahamsen

Veileder:
Eirik B. Abrahamsen

Oppgavetittel: Et risikofylt sykehusprosjekt

Poeng: 30

Nøkkelord: Risiko, risikostyring, risikovurdering,
sannsynlighet og konsekvens

Antall sider: 100

+ Vedlegg: 105

Stavanger, 15.06.2023



Universitetet
i Stavanger

Masteroppgave 2023

Fakultet for teknologi og forskning

Veileder: *Eirik B. Abrahamsen*

Et risikofylt sykehusprosjekt

Hvordan påvirker manglende konsistens i risikoforståelsen og vurderingen i beslutningsprosessen til Helse Sør – Øst restruktureringen av sykehusene i Innlandet?

Gunnar Engen

Kandidatnr: 258754

Risikostyring og samfunnssikkerhet

Universitetet i Stavanger

Førord

Det å skrive en masteroppgave har vært både utfordrende og gøy. Følelsen av å gjennomføre et individuelt prosjekt på denne størrelsen har vært unikt og gitt meg mye lærdom. Jeg har tilbrakt nattevakter med diskusjoner, idemyldringer og skriving når det kommer til oppgaven. Samtidig har jeg brukt store mengder av tiden for å følge med på nyhetsoppdateringer, oppdatering av dokumenter og analysing av innhold for å få et større perspektiv av temaet. En god medhjelper som har hjulpet meg stort sett igjennom hele opplegget er en god gammeldags kaffekopp.

Jeg vil først og fremst takke min veileder Eirik B. Abrahamsen for gode og innholdsrike veiledninger som har satt meg på en stødig kurs med å levere et produkt jeg selv er fornøyd med. Til slutt vil jeg takke venner, familie og kjæreste som har hjulpet meg med rettskriving og å lese igjennom oppgaven. Uten dere hadde jeg stått mer fast i oppgaven.

Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg Helse Sør - Øst sitt sykehusprosjekt som er en dra kamp mellom hvilket sykehusalternativ som er best for Innlandet fylke. Oppgaven ser nærmere på hvordan risikoforståelsen til Helse Sør - Øst har påvirket risikovurderingen og beslutningsprosessen deres. Det teoretiske utgangspunktet til oppgaven er risiko, usikkerhet, ISO 31000:2018 og ALARP. Metodiske grunnlaget for denne oppgaven har vært en dokumentanalyse som har satt søkelys på risikovurdering, risikoplan, tilleggsoppdrag 1 og tilleggsoppdrag 2 laget av Helse Sør - Øst. Det ble oppdaget flere interessante funn igjennom dokumentanalysen. En fragmentert risikoforståelse, forskjellig definisjonsbruk og en undervurdert usikkerhet preger sykehusprosjektet. Oppgaven tar for seg negative og positive fordeler med risikoforståelsen og hvordan usikkerheten blir dekt, men samtidig ikke åpenlyst. Det konkluderes med at risikoforståelsen kan ha blitt påvirket og svekket igjennom prosjektet til Helse Sør – Øst.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	10
1.1 Problemstilling og relevans	11
1.2 Den nye sykehusstrukturen.....	12
1.3 Kontekst.....	14
2.0 Teori.....	16
2.1 Risiko.....	16
2.2 Usikkerhet	17
2.3 Risikostyring	18
2.4 Kommunikasjon og konsultasjon	20
2.5 Bestemmelse av kontekst	20
2.6. Risikovurdering	22
2.6.1 Risikoidentifisering	22
2.6.2 Risikoanalyse.....	23
2.6.3 Risikoevaluering.....	24
2.7 Risikohåndtering	25
2.8 Overvåkning og gjennomgang	25
2.9 Registrering og rapportering.....	26
2.10 ALARP og Kostnytteanalyse.....	26
3.0 Metode.....	29
3.1 Kvalitativ metode	29
3.2 Grounded theory.....	29
3.3 Dokumentanalyse som datainnsamling	30
3.4 Tverrsnittbasert og kategoribasert inndeling av data.....	31
3.5 Forskeren.....	31
3.6 Oppgavens relevans og mine antagelser.....	32
3.7 Relabilitet og validitet i dokumentanalyse	33
3.8 Søkemetode og primærkilder	33
3.9 Betragtninger	34
3.10 Evaluering av min egen forskning.....	34
3.11 Datareduksjon.....	35
4.0 Presentasjon av dokumenter og data	36
4.1 Dokumentoversikt	36
4.2 Sammendrag og presentasjon av data.....	37
4.2.1 Plan for risikostyring – HSØ	37
4.2.1.1 Identifisere risiko.....	39

4.2.1.2	<i>Analysere risiko</i>	40
4.2.1.3	<i>Risikomatrise for trusler</i>	42
4.2.1.4	<i>Risiko</i>	44
4.2.2	Konseptfase Sykehuset Innlandet HF – Risikovurdering av virksomheten før og etter idriftsetting av investeringstiltakene	44
4.2.2.1	<i>Hva som risikovurderes</i>	45
4.2.2.2	<i>Definering av mål og etablering av rammer for analysen</i>	46
4.2.2.3	<i>Identifisering av risikoforhold</i>	50
4.2.2.4	<i>Behov for tiltak</i>	54
4.2.3	Rapport tilleggsoppdrag Del 1 konseptfase steg 1	60
4.2.4	Rapport tilleggsoppdrag, deloppdrag 2, konseptfasen steg 1	63
4.3	Kildekritikk	67
5.0	Analyse	68
5.1	Beskrivelse av datamaterialet	68
5.2	Presentasjon av resultater	69
5.2.1	Risiko	69
5.2.1.1	<i>Risikodefinitjon</i>	69
5.2.1.2	<i>Risikoplanen til HSØ</i>	71
5.2.1.3	<i>Risikovurderingen til HSØ</i>	73
5.2.2	Sannsynlighet og konsekvens	74
5.2.3	Risikomatrise	76
5.2.3.1	<i>Figur 7 - risikoplanen</i>	77
5.2.3.2	<i>Figur 16 - risikovurderingen</i>	77
5.2.3.3	<i>Figur 17</i>	77
5.2.3.4	<i>Figur 18</i>	78
5.2.3.5	<i>Figur 19</i>	78
5.2.4	Tilleggsoppdrag del 1 og 2	79
5.2.4.1	<i>Usikkerhet i tilleggsoppdrag 1</i>	79
5.2.4.2	<i>Risiko i tilleggsoppdrag 2</i>	80
6.0	Diskusjon	81
6.1	Risiko	81
6.1.1	Risikostyring	81
6.1.2	Risikovurdering	85
6.2	Risikodefinitjon	87
6.3	Forventede verdier	89
6.4	Sannsynlighet og konsekvens	90

6.5 Risikomatriise.....	91
6.6 Usikkerhet	92
6.7 Påvirkende fra utsiden	95
6.8 Hva kan gjøres bedre?	96
7.0 Konklusjon	98
7.1 Videre forskning	100

Ord	Forkortelse
Helse Sør - Øst	HSØ
International standard organization	ISO
Universitetet i Oslo	UiO
Statistisk sentralbyrå	SSB
Regionalt helseforetak	RHF

Tabelloversikt

- Tabell nr. 1 Oversikt over oppgavens struktur - s. 9
- Tabell nr. 2 Oversikt over dokumenter fra dokumentanalyse - s. 33
- Tabell nr. 3 Definisjon av risiko i dokumentene - s. 60
- Tabell nr. 4 Risikovurderingens definisjon av sannsynlighet og konsekvens - s. 65

Figuroversikt

Figur 1 Illustrasjon av den samlede sykehusstrukturen.....	13
Figur 2 Illustrasjon av begrepet risikostyring.....	19
Figur 3 Illustrasjon av ALARP – stegvis beslutning.....	27
Figur 4 Helse – Sør Østs risikostyringsprosess for prosjekter og programmer.....	39
Figur 5 Måling for sannsynlighet.....	41
Figur 6 Måling av negative konsekvenser.....	42
Figur 7 Risikomatrise.....	42
Figur 8 Føringer for risikohåndteringen.....	43
Figur 9 Konsekvenskategorier – Funksjon/tjeneste.....	48
Figur 10 Konsekvenskategorier - Mennesker.....	49
Figur 11 Sannsynlighetskategorier.....	49
Figur 12 Samlet drift og etablering for de to alternativene.....	52
Figur 13 Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift.....	53
Figur 14 Null – pluss alternativet – samlet drift.....	53
Figur 15 Etableringsfremlegging til begge alternativene.....	54

Figur 16 Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift.....	55
Figur 17 Null – pluss alternativet – samlet drift.....	56
Figur 18 Alternativet med Mjøssykehuset – etableringsperioden	57
Figur 19 Null – pluss alternativet – etableringsperioden.....	58
Figur 20 Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift.....	59
Figur 21 Null – pluss alternativet – samlet drift	59
Figur 22 Etableringsperioden for begge alternativene	60
Figur 23 Tilbakemelding til sluttårsakene	65
Figur 24 Tiltak til utfordringsbildet.....	65

Hovedelementer	Hva
Innledning	I innledning settes det i grunn for grunnlaget for valg av oppgave, problemstilling, kontekst og formålet med oppgaven.
Teori	Omhandler å legge et teoretisk fundament for oppgaven og tilrettelegge for hovedpunkter i oppgaven, drøftingselementer, fokusområder og tilrettelegging for oppgavens gang. <ul style="list-style-type: none"> • Risiko • ISO 31000:2018 • Usikkerhet • ALARP
Metode	Presenterer hvilken metode som har blitt brukt i oppgaven. Funn av dokumenter, forskerens perspektiv og fordeler og ulemper ved metoden
Presentasjon av dokumenter og data	Presenterer dokumentene som har blitt analysert og blitt benyttet av i oppgaven. Dette er dokumenter utarbeidet av HSØ.
Resultater	Her presenteres hovedfunnene fra dokumentene som har blitt oppsummert. Det trekkes frem funn, tråder og tilrettelegging for drøfting og konklusjon.
Drøfting	Her diskuteres funnene fra resultatene. Det drøftes om retningslinjer, risikoforståelse, forskjeller i dokumentene, usikkerhet og påvirkninger utenfra. Det drøftes ut ifra problemstillingen.
Konklusjon	Under konklusjonen blir det konkludert ut ifra problemstillingen og diskusjonen. Samtidig henvises det til videre forskning og hva som vil være aktuelt der,

Tabell 1, oversikt og struktur for oppgaven

Et risikofylt sykehusprosjekt

1.0 Innledning

Sykehusdebatten i Innlandet har pågått i mange år og det kan endelig se ut til at myndighetene og Helse Sør - Øst Regionalt Helseforetak har kommet fram til en enighet om hva som skal utbedres. I diskusjonen har det blitt lagt frem forskjellige forslag, og det ser ut til at det står imellom å utbedre den gamle sykehusstrukturen eller sentralisere sykehusstrukturen på Moelv. I 2022 ble valget om å sentralisere sykehusene i Innlandet valgt videre, og med dette så skal det lages et nytt storsykehus på Moelv dersom det godkjennes. I flere runder har det også tilsynelatende vært uenigheter om dette var den rette veien å ta (Haugerud, 2023a). Med dette, så valgte jeg å forske på risikovurderingene til HSØ sitt prosjekt. Selve prosjektet er iverksatt og ledes Helse Sør - Øst RHF (Sykehuset Innlandet, 2023a).

Innlandet er et av Norges største fylker og er på størrelse med Danmark. Det er rundt 370.000 beboere i fylket med stor spredning (Innlandet Fylke, 2019). Mitt første utgangspunkt var å se på helhetsbildet av den nye sykehusstrukturen og konsekvensene av det. Media og befolkningen i Innlandet har over lengre tid ment at det medfører store risikoer med å endre på den allerede eksisterende strukturen. Dette gjorde at jeg ønsket å få en større forståelse for hvordan HSØ benytter risiko i restruktureringen av sykehusene. Blir risikobegrepet brukt på en god måte eller blir det brukt på en svakere måte? Dette var det spørsmålet jeg satt igjen med etter å ha fått en økt forståelse for debatten. Risiko er et begrep som kan anses til å være svært omfattende, og det kan være vanskelig å bruke for andre som ikke jobber med fagspråket.

De siste årene har også selve helsevesenet vært i hardt vær. Det påpekes at det er mangel på fagkyndig personell, bemannings mangel, dårlige vilkår og et stort behov for å spare penger. Dette er noe som kommer til å bli inkludert i diskusjonen ettersom det innebærer risiko og beslutningsgrunnlag. Med disse punktene, så prøver HSØ å styrke opp strukturen med å aktualisere Innlandet med nye bygg og et sterkere fagmiljø for å trekke til seg flere folk (Sykehuset Innlandet, 2023a). Disse punktene er en del av kjernen til risikovurderingen som har blitt gjort i forhold til valget av ny sykehusstruktur.

Prosjektet til HSØ er et stort prosjekt som har et stort budsjett. Med budsjettet har prosjektgruppen til HSØ leid inn flere konsulentfirmaer til å analysere hvilken av valg alternativene som er den rette veien å gå. Det som har da vært interessant er hvorfor de velger bort å styrke den allerede eksisterende strukturen og heller velger å restrukturere alle sykehusene i Innlandet. Jeg vil derfor med denne oppgaven gå nærmere inn på hvordan risikoanalysen og risikovurderingene er, samt andre dokumenter som støtter opp beslutningen deres. Beslutningsgrunnlag er derfor et viktig begrep som vil bli tatt videre opp i analysen og diskusjonen i oppgaven.

I denne oppgaven vil jeg derfor diskutere om risikovurderingen og beslutningsgrunnlaget til HSØ er tilstrekkelig nok til å ta et sikkert og trygt valg. Jeg vil aktualisere diskusjonen med å ta med ISO 31000:2018 og annen faglige synspunkter opp imot sykehusdebatten i Innlandet. Jeg vil også da få besvart problemstillingen for denne oppgaven med andre aktuelle punkter jeg ønsker å belyse. Ettersom det meste knytter seg opp mot beslutningsgrunnlag kan jeg både avgrense oppgaven, men samtidig belyse synspunkter som er aktuelle. Formålet med oppgaven er å se nærmere på risikoforståelsen til HSØ og hvordan kan den utbedres.

1.1 Problemstilling og relevans

Problemstillingen jeg har valgt for denne oppgaven er

«Hvordan påvirker manglende konsistens i risikoforståelsen og vurderingen i beslutningsprosessen til Helse Sør – Øst restruktureringen av sykehusene i Innlandet?»

Denne problemstillingen inkluderer at jeg kan se på og vurdere risikoforståelsen til HSØ, samtidig som det åpner for at jeg kan se på tiltakene og gjeldene vurderinger for beslutningskraften til HSØ. Det som gjør denne problemstillingen aktuell er at temaet er dagsaktuelt, samt at det påvirker mange mennesker i enden av prosjektet. Da risiko i seg selv er et avansert begrep som har flere tolkninger og forståelser, har det vært interessant å se hvordan HSØ har arbeidet med risiko knyttet til restruktureringen av sykehusene i Innlandet.

ISO 31000:2018 er lagt i grunn for oppgaven min, og er en standard som er en god veileder for å gjennomføre gode analyser og arbeide med risiko. HSØ har ved flere anledninger argumentert for at prosjektet er kostnadsnyttig, vil aktualisere Innlandet og lage en stødig fremtidig struktur for pasientbehandlinger i fremtiden. Jeg har i starten vært interessert i prosjektet og vært nysgjerrig på om deres påstander er holdbare, samt om det er den beste løsningen for Innlandet sin fremtid. Noe som aktualiserer denne problemstillingen enda mer er hvilke grunnlag og data HSØ har brukt for å kartlegge en risikovurdering for de to valgmulighetene de har stått ovenfor. Det argumenteres flere ganger for at Mjøssykehuset skal bidra til flere innflyttere til Mjøs - regionen. Ifølge en rapport av Innlandet fylkeskommune så blir det vist til at innbyggertallet i de tre mjøsbyene er synkende (Innlandet Fylke, 2019).

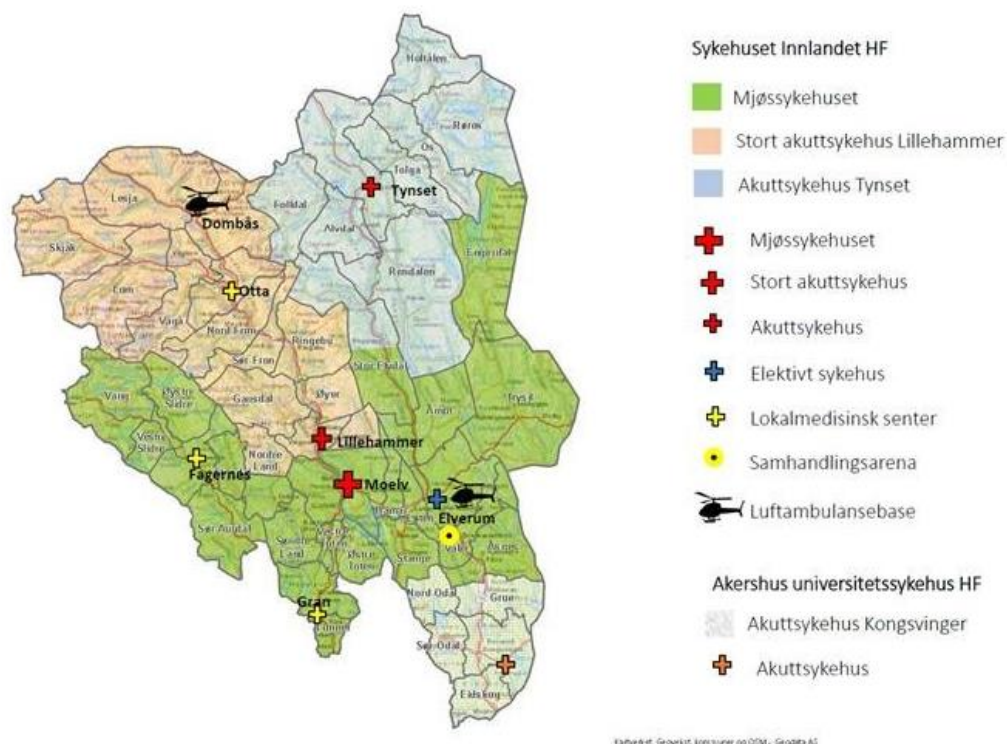
Noe som også argumenteres sterkt for er at det skal være en befolkningsnedgang i de fleste kommunene og være en større økning av eldre i disse kommunene. Mjøssykehuset skal da være en løsning som skal trekke til seg flere folk som tilbyr arbeidsplasser, mulighet for pasienter å flytte nærmere dette sykehuset og å unngå at det blir lang reisevei for pasienter som trenger nødvendig behandling. For at dette skal fungere i praksis så nevnes det at et samarbeid med kompetanse, forskning og innovasjon er viktige fokusområder for gjennomførelsen av prosjektet (Sykehuset Innlandet, 2023a).

Jeg har igjennom denne oppgaven sett på beslutningsgrunnlaget til HSØ og hvordan risikoforståelsen deres er for å kunne ta en best mulig avgjørelse. Media og befolkningen har i stor grad uttrykket en bekymring rundt Mjøssykehuset og at det finnes bedre løsninger for dette. Det som er i størst fokus, er at det uttrykkes at risikoen er altfor stor. Med dette som grunnlag har jeg sett nærmere på hvordan risiko bli uttrykket, vurdert og presentert. Formålet med oppgaven min er å se på hvordan HSØ kan jobbe bedre med risiko enn det de har gjort. Dette vil si at jeg ønsker å komme med videre anbefalinger til hvordan risikovurderinger og planer kan eventuelt gjøres bedre. Før jeg legger frem grunnlaget for teorien i oppgaven, ønsker jeg å presentere restruktureringen og hvordan det vil se ut med Mjøssykehuset som hoved valg.

1.2 Den nye sykehusstrukturen

Noe som også er viktig å gjøre rede for er hvordan den nye sykehus - strukturen til Innlandet skal se ut. I hovedsak skal Mjøssykehuset ha flere allerede eksisterende funksjoner flyttet dit.

Disse innebærer all døgnaktivitet fra Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum. Dette inkluderer psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, kreftkirurgi, karkirurgi, mamma- og endokrinkirurgi, plastikkirurg, øre – nese - hals kirurgi, spesialisert hjertemedisin, barne - og ungdomsmedisin, traumebehandling, fødselshjelp, kvinnesykdommer, avansert intensivbehandling, nevrologi, og onkologi med strålebehandling (Sykehuset Innlandet, 2023a). Videre skal det da være et akutt sykehus på Lillehammer og et elektivt sykehus på Elverum. Under er illustreringen av den samlede sykehusstrukturen som Sykehuset Innlandet har planlagt.



Figur 1. Illustrasjon av den samlede sykehusstrukturen, 2021, av Helse Sør – Øst. (<https://www.helse-sorost.no/nyheter/nytt-mjossykehus-plasseres-i-moelv>.)

Bildet ovenfor illustrerer konkret hvordan den nye sykehusstrukturen skal være. Her kan man se størrelse på fylket, spredningen av de ulike kommunene og hva som er tenkt hvor de andre sykehusene skal være. Med denne inndelingen kan det være tenkelig at det skal være effektivt og handlekraftig. Fra mitt perspektiv så vekter dette bildet flere spørsmål og problemstillinger om struktur, effektivitet, økonomi og risikostyring. Disse punktene er en del av hva som blir diskutert og drøftet senere i oppgaven.

Før jeg legger frem hva slags teori jeg har valgt i oppgaven, så er det viktig å forklare de to alternativene som har blitt lagt frem av HSØ for utbedring av sykehusstrukturen. Nullpluss alternativet handler om at de ser etter å utbedre den allerede eksisterende sykehusstrukturen.

Det vil si at dem investerer i å utbedre byggene, gi bedre helsehjelp og utstyr. Alternativ med Mjøssykehuset – samlet drift er samling av sykehusene i Innlandet. Figur 1 som vises ovenfor illustrerer hvordan det tenkes at det skal se ut. Dette innebærer at dem investerer i å utbygge et nytt storsykehus for å sentralisere Innlandet mer. Samtidig er dette et forsøk på å aktualisere Innlandet og tiltrekke seg flere ansatte. Mjøssykehuset skal også hjelpe med å beholde ansatte.

1.3 Kontekst

Debatten om Sykehuset Innlandet har pågått over lengre tid. I over 20 år har fremtiden til sykehusstrukturen vært et omdiskutert tema. Særlig har et vært diskusjoner rundt plassering av sykehuset, sentralisering eller desentralisering og hva som er mest kostnyttig (Regjeringen, 2023). Dette ligger i grunn for problemstillingen min. Som jeg nevner så har jeg vært veldig interessert i utviklingen av Sykehuset Innlandet. I denne interessen ligger det at det er mange ulike faktorer som har påvirket beslutningene til HSØ. Når det kommer til selve beslutningen om valg av sykehusstruktur, så er det politikerne som gjør det endelige valget. Det vil si at sykehusprosjektet har i en stor grad blitt påvirket av politiske beslutninger og meninger igjennom den 20 år lange debatten (Regjeringen, 2023). Med dette så legges det til rette for å forske på hvilke rapporter og dokumenter som spiller inn på beslutningsevnen til HSØ. Som det vises i oppgaven, så har jeg tatt rede for fire dokumenter som jeg anser som mest aktuelle sett opp mot problemstillingen og teoriutvalget. Dette da det er flere områder som spiller en nøkkelfaktor for sykehusstrukturen, som oppgaven også belyser. Prosjektet til HSØ preges av risiko, økonomi og politiske beslutninger. Flere av disse punktene spiller en rolle ettersom beslutningen vil omfatte hele Innlandet fylke og kan påvirke flere linjer. Som jeg kommer til å belyse senere i oppgaven så har det blitt gjennomført analyser for transport, samfunn, økonomiske og risikovurdering. Alle disse punktene spiller derfor en rolle inn på problemstillingen jeg har valgt i oppgaven. Selv om oppgaven i hovedsak ser på risikovurderinger så vil det være en selvfølge at andre faktorer vil spille en viktig rolle ikke bare for oppgaven, men også prosjektet til HSØ.

Man kan se samme tematikk i utviklingen av ny sykehusstruktur i Innlandet også i andre sykehus på nasjonal basis, som skal sammenslås og omstruktureres. Særlig kan en se dette i retning Oslo og Drammensområdet, der nåværende sykehus blir revet ned og nye skal bygges. Disse sykehusene gjennomgår også en sentralisering av sykehus og modernisering. Oslo skal

få et storsykehus, men en kan se at fagforeningene har en uenighet om at dette er det beste for pasientene i Oslo. Ullevål sykehus skal rives, og nye Rikshospitalet og nye Aker skal i stedet bygges. Restruktureringen av blant annet Rikshospitalet omhandler om det er hensiktsmessig å lage et nytt sykehus eller investere pengene i organisasjonen for å skape bedre arbeidsplasser for helsepersonell (Sæther & Vågenes, 2023). Videre, så kan en se mot sammenslåingen av somatikk og psykisk helsevern i Drammen (Vestre Viken, 2022). Man kan se at flere sykehus ombygges og det skapes nye strukturer rundt i Norge. Burde flere sykehus gjennomgå samme prosess eller burde det investeres på andre måter? Vil det være risikoreduserende og kostandsnyttig å gjennomføre eller kan det ha en motsatt effekt? Dette er noen punkter som skal drøftes og forsøke å svares på i drøfting og konklusjonen. Med dette så skal det videre forklares om det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Flere av punktene som nevnes er risiko, usikkerhet, ISO 31000:2018 og ALARP.

2.0 Teori

Teorien som har blitt benyttet i denne oppgaven har jeg valgt på grunnlag av min faglige bakgrunn og hva jeg har ansett som relevant opp mot tema i oppgaven og problemstillingen. Slik som problemstillingen min har blitt formulert, så er det en selvfølge hva som har måtte bli forklart og benyttes som teori. Som det har blitt nevnt så blir begrepene konsekvenser og risikobilde nevnt i problemstillingen, og det kan anses som avanserte begreper. Der igjen så medfølger det andre begreper som må gjøres til rede for og disse er risiko, risikostyring, usikkerhet og ALARP.

2.1 Risiko

På mange måter så kan det argumenteres for at risiko er et avansert begrep som har fått ulike termologier. Samtidig kan det også forklares at begrepet kan bli forklart på en enkel måte. En forenklet forklaring av risiko forklares som «sannsynlighet x konsekvens» (Lunde, 2016, s. 25). Hvis risiko blir forklart slik, så kan man anse det som en svak metode. Forklaringen utelater viktige aspekter og disse er usikkerhet og styrken på kunnskapen (Aven et al., 2017, s. 235). For å illustrere forskjellen så kan man også benytte en annen definisjonen av risiko, som er «Kombinasjonen av en aktivitetskonsekvenser og tilhørende usikkerhet. Risiko beskrives generelt ved hjelp av spesifiserte hendelser, spesifiserte konsekvenser, sannsynligheter, vurdering av kunnskapsstyrke og kunnskapen som de andre vurderingene bygger på» (Aven et al., 2017, s. 235). Noe som er viktig å nevne er at når risiko defineres på denne måten så må det konkretiseres hvorfor risiko defineres slik. Vi kan anta at slike vurderinger blir laget for å beskytte verdier, økonomiske hensyn, mennesker eller objekter. Det er også viktig å nevne at konsekvenser ofte blir ansett som negative, selv om de ofte også kan anses å eksistere positive konsekvenser eller utfall (Aven, 2015, s. 13). Risiko kan også forklares med annen termologi for å dekke de ulike aspektene ved begrepet.

Ut fra det som har blitt forklart ovenfor har jeg valgt å benytte meg av en annen definisjon av risiko, som jeg mener har vært mest relevant for denne oppgaven. Definisjonen jeg har benyttet meg av er International standard 31000:2018 (ISO), som definerer risiko som «Effect of uncertainty on objectives» (ISO, 2018, s.1). Med denne definisjonen medfølger det tre underpunkter og disse er:

- «Note 1 to entry: An effect is a deviation from the expected. It can be positive, negative or both, and can address, create or result in opportunities and threats.

- Note 2 to entry: Objectives can have different aspects and categories and can be applied at different levels.
- Note 3 to entry: Risk is usually expressed in terms of risk sources, potential events, their consequences and their likelihood. »

(ISO, 2018, s. 1).

ISO-standard 31000:2018 sin forklaring av risiko inkluderer flere viktige punkter, som allerede har blitt gjort rede for. Den inkluderer at både usikkerhet og konsekvenser kan ha positive og negative utfall, og at risiko vanligvis uttrykkes igjennom risikokilder, mulige hendelser, konsekvenser og sannsynlighet. Med problemstillingen jeg har brukt i denne oppgaven, så ble jeg nysgjerrig på hvor bredt er risikobegrepene brukt og om HSØ har benyttet seg av dem. Senere i oppgaven så skal jeg illustrere og vise hvordan HSØ har forklart og brukt risiko i sine analyser. Når risikobegrepet har blitt forklart, så følger det med andre underpunkter som er viktige for å få en bredere forståelse av risiko. Disse begrepene kan også anses til å ha vært viktige når det har kommet til hva som er grunnmuren for denne forskningen.

2.2 Usikkerhet

Ettersom risikobegrepet ofte er knyttet til usikkerhet, så er det viktig å poengtere hva betydningen av usikkerhet er. Dette er med på å skape en større forståelse rundt begrepet og hvilken betydning det har hatt for denne oppgaven. Ofte så blir usikkerhet operasjonalisert, og dermed blir det tolket som hvor sannsynlig det er at en hendelse man har identifisert, kan inntreffe (Lunde, 2016, s. 25). Noe som vil være viktig å nevne er at dette er en forenkling av virkeligheten. Dette er på grunnlag for usikkerhet som alltid vil eksistere ut ifra det vi klarer å fange opp og forklare i ulike analyser (Lunde, 2016, s. 25). Aven (2015) forklarer «Not knowing this something, where refers to the true value of a quantity or the true future consequences of an activity» (s. 186). Dermed kan man si at mangel på informasjon fører til en større usikkerhet ved risikoer. Dette vil si at man ser på styrken på kunnskapen rundt om vurderingene en tar. Her ser man på hvor mye kunnskap en har på sannsynligheten for at hendelsen inntreffer og hva konsekvensverdien vil være. Usikkerhet spiller dermed en viktig rolle når det kommer til risikobegrepet. Noe som vil være viktig å nevne ut ifra denne tolkningen er at usikkerhet knyttes opp imot ulike aktiviteter med ulike konsekvenser. Man vil

sjeldent kunne sette strek under et svar på hva risikoutfallet vil bli og hva konsekvensverdien er.

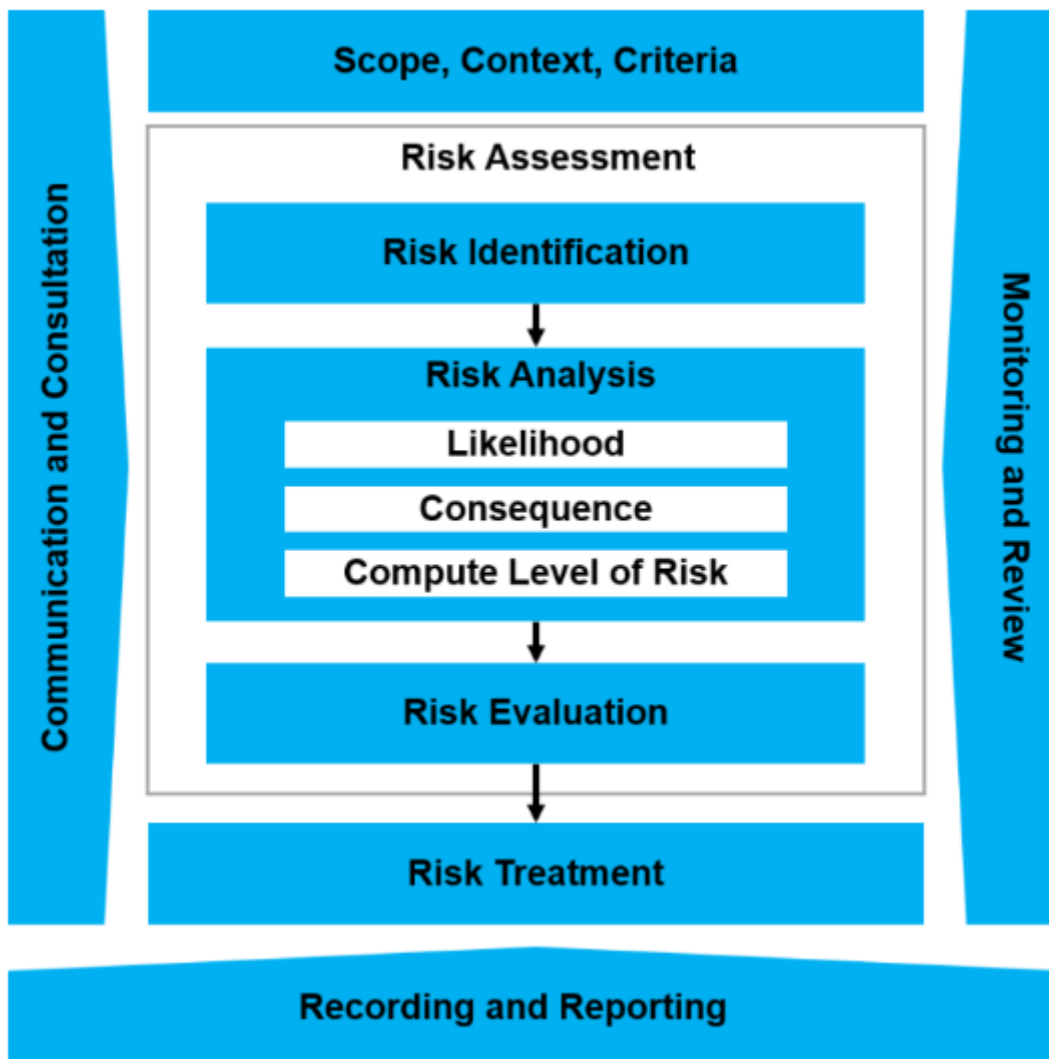
Når det kommer til hvilke vurderinger og avgjørelser HSØ har gjennomført for å komme frem til beslutningen som ble tatt om utbygging og endring av sykehusstrukturen i Innlandet, har det vært interessant å se om deres forståelse av risiko har påvirket beslutningsevnen. Slik som utgangspunktet mitt i denne oppgaven er, så har jeg sett på en rapport angående ulike konsekvenser og utfall det har å splitte Innlandet fylke. Samtidig har dem også lagt ut et dokument av en risikovurdering dem har benyttet seg av. Igjennom risikovurderingen har HSØ lagt til rede for retningslinjer for bruken av risikobegrepene og hvordan de jobber med risiko. HSØ har også en risikoplan som er en overordnet plan for risiko, som også blir gjort rede for senere i oppgaven for å sammenligne med risikovurderingen og ISO 31000:2018.

2.3 Risikostyring

Risikostyring kan anses til å ha vært en brikke for både politikerne og beslutningstakere i HSØ. De har benyttet seg av flere analyser og vurderinger når det kommer til den endelige beslutning om å utarbeide og utbygge den nye sykehusstrukturen. Analysene og vurderingene som HSØ har benyttet seg av kommer til å bli gjennomgått senere i oppgaven. I forhold til risikostyring kan vi se relevansen ut ifra hvordan risikostyring forklares. Risikostyring kan forklares som alle tilgjengelige midler for å begrense risiko. Definisjonen av risikostyring jeg har brukt som grunnlag for denne oppgaven er «Risk management is defined as all measures and activities carried out to manage risk» (Aven, 2015, s. 4). Som det utdypes videre, så dreier risikostyring seg om å utforske og se på muligheter samtidig som det skal ta hånd om ulykker, katastrofer og tap. Tapene kan både dreie seg som økonomiske tap, menneskelige liv, kritisk informasjon for bedriftene og ødeleggelse av bygg. Noe jeg også mener er viktig å inkludere er definisjonen til ISO - standard 31000:2018. Definisjonen deres av risikostyring er «Coordinated activities to direct and control an organization with regard to risk» (ISO, 2018, s. 1). Disse to definisjonene kan anses til å være relevante for hverandre.

For å videre forklare risikostyring i sin helhet har jeg valgt å benytte meg av ISO 31000:2018 sin modell for å utdype begrepet. Modellen tar for seg de ulike stegene som er innenfor risikostyring og forklarer grundig om hvordan risiko skal styres og arbeides med. Denne

modellen blir senere illustrert og brukt i diksjonen for å aktualisere de funnene jeg har gjort i oppgaven.



Figur 2. Illustrasjon av begrepet risikostyring, u.å, av ISO 31000:2018. (<https://practicalrisktraining.com/iso31000/>) Copyright 2023 -. Patrick Ow, CA Risk Specialist.

Jeg har valgt å bruke denne modellen fra ISO 31000:2018 da de har forklart modellen grundig. Samtidig har jeg valgt å være så konkret som mulig når modellen skal forklares. Modellen ovenfor er laget av ISO 31000:2018 og blir generelt brukt når det kommer til utdyping av risikostyring. Slik man kan se, så er risikostyring en kontinuerlig prosess og som aldri tar slutt. Dette presenteres i neste avsnitt. Modellen heter Risikostyringsprosess og er en viktig modell når det kommer til risikostyring. Dette er fordi den inkluderer flere forskjellige aspekter som skal vurderes og besluttes innenfor risiko. ISO 31000:2018 nevner at menneskelig oppførsel og kultur skal kontinuerlig tas til rede for igjennom denne prosessen (ISO, 2018, s. 9). Noe som er viktig å tenke på når denne modellen blir brukt er at alle

punktene påvirker hverandre. Kommunikasjon og konsultasjon er først ut, og dette punktet skal være med igjennom hele prosessen.

2.4 Kommunikasjon og konsultasjon

Første punkt er kommunikasjon og konsultasjon. I dette punktet handler det i hovedsak om å få ulike organisasjoner til å forstå risiko og hva som er nødvendig for hvilke beslutninger som bør tas, samt hvorfor de skal tas (ISO, 2018, s. 9). Dette er nødvendig slik at alle relevante organisasjoner forstår risikoen, hva den innebærer og hvorfor de ulike beslutningene er viktige. Kommunikasjon skal skape bevissthet og forståelse rundt om risikoen. Samtidig skal konsultasjon samle inn informasjon for å støtte beslutningstakingen rundt risikoen (ISO, 2018, s. 9). Videre i ISO 31000:2018 nevnes det fire punkter for hva kommunikasjon og konsultasjon skal bidra til:

- Skal samle ulik ekspertise i forskjellige områder sammen for hvert steg i risikostyringsprosessen.
- Sørge for at alle forskjellige synspunkter blir vurdert når man definerer risikokravene og i risikoevalueringen.
- Komme med nødvendig informasjon for å tilrettelegge for risiko oversikt og beslutningstaking
- Lage en følelse av inkluderende og eierskap blant de som har berørt av risikoen. (ISO, 2018, s. 9 - 10).

Konsultasjon anses til å være veldig viktig i risikostyring, for det er viktig å uttrykke risiko og skape forståelse rundt risikoen. Risiko i seg selv har med seg usikkerhet som en viktig faktor, og usikkerheten kan være forskjellig ut ifra organisasjonen, men samtidig påvirke på ulike måter. Ekspertene kan derfor være viktig for å spre generell informasjon om risiko og skape en forståelse rundt temaet. Noe som er viktig å kommentere er at risiko også kan forstås ulikt av individer og organisasjoner, og dette skal utdypes senere i oppgaven.

2.5 Bestemmelse av kontekst

I dette avsnittet så gjøres det rede for omfang, kontekst, og kriterier som er tilknyttet bestemmelse av kontekst. Omfang, kontekst og kriterier skal bidra til å tilpasse risikostyringsprosessen, lage effektive risikovurderinger og tilstrekkelig risikobehandling (ISO, 2018, s. 10). Det skal også bidra til å definere omfanget av prosessen, men også forstå

intern og ekstern kontekst. Noe som er viktig å ta forbehold til er at risikostyringsprosessen kan iverksettes på forskjellige nivåer, men også å være tydelig med omfanget som vurderes og de relevante målene som vurderes stemmer overens med organisasjonens mål. Dette er fordi det er viktig å sørge for at målene og omfanget er relevant for organisasjonen. ISO 31000:2018 nevner også seks forskjellige punkter som er viktig når det kommer til planlegging av tilnærmingen og disse punktene er:

- Mål og beslutninger som må tas.
- Forventende resultater fra de ulike stegene som skal tas i prosessen.
- Tid, lokasjon, spesifikke inkluderinger og ekskluderinger.
- Akseptabel risikovurderingsverktøy og teknikker.
- Nødvendige ressurser, ansvar og journaler beholdes
- Relasjoner med andre prosjekter, prosesser og aktiviteter

(ISO, 2018, s. 10).

Videre så er det viktig for organisasjonen å analysere det indre og det ytre miljøet som organisasjonen opererer i som skal også gjenspeile aktiviteten der risikostyringsprosessen skal implementeres (ISO, 2018, s. 10). En kan her se at det er viktig for organisasjonen å bruke risikostyring mot mål og aktiviteter. Noe som likedan er viktig for organisasjonen er å ta i betraktning at organisatoriske faktorer kan være en risiko kilde. Dette er fordi ulike faktorer kan både skape og åpne for ulike ukjente risikoer, som man mulig ikke var bevisst på. ISO 31000:2018 nevner også disse, ettersom de er viktige når det kommer til å forstå konteksten til organisasjonen (ISO, 2018, s. 10).

Risikokriterier er også viktig å ta i betraktning før man lager og etablerer risikovurderinger. Organisasjonen må spesifisere hvor mange type risiker de skal ta i forhold til målene dem har laget (ISO, 2018, s. 10). Videre så nevnes det i dokumentet at «Risikokriterier bør reflektere organisasjonens verdier, mål og ressurser og i henhold til retningslinjer og uttalelser om risikostyringen» (ISO, 2018, s. 10 - 11). Det nevnes også syv punkter som skal vurderes for å bestemme risikokriterier og disse er:

- Hvilke type og usikkerheter som kan påvirke utfall og mål
- Hvordan konsekvenser, negative og positive, og sannsynlighet er definert og målt i
- Tids - relaterte faktorer

- Konsise i bruken av tiltak
- Hvordan nivået av risikoen blir bestemt
- Hvordan kombinasjoner og sekvenser av ulike risikoer vil bli tatt i betraktning
- Organisasjonens kapasitet

(ISO, 2018, s. 11).

Som en kan se så kan man anta at det er flere viktige punkter å ta i betraktning når man bestemmer konteksten for risikostyringen. Omfanget, konteksten og kriteriene kan anses til å være en grunnmur og gi et utgangspunkt før man utvikler en risikovurdering. Dette leder videre til neste punkt som nettopp er risikovurdering.

2.6. Risikovurdering

Risikovurdering er en overordnet vurdering som inneholder tre viktige punkter. De tre forskjellige punktene er risikoidentifisering, risikoanalyse og risikoevaluering.

Risikovurdering forklares som «Dette er prosessen og implementeringen av virkemidler for å modifisere risiko, herunder virkemidler for å unngå, redusere, optimalisere, overføre og beholde risiko» (Aven et al., 2017, s. 22). Med dette så skal en slik analyse alltid bruke den mest nyttige informasjonen som er tilgjengelig. Risikoidentifisering er første punktet i en risikovurdering, og dette blir forklart i neste avsnitt.

2.6.1 Risikoidentifisering

Når det kommer til risikoidentifisering, så gjelder det for organisasjonen å finne ulike risikoer som kan ramme dem. Dette gjelder ulike risikoer som kan både ramme organisasjonen på ulike måter. Aven et al. (2017) nevner tre forskjellige risikoer og disse er strategisk risiko, finansiell risiko og operasjonell risiko. Strategisk risiko handler om konsekvenser som kan ramme organisasjonens langsiktig strategier og planer. Dette kan komme av oppkjøp, teknologi, konkurrenter, politikk, lover og regler og arbeidsmarked (s. 19 - 20). Finansiell risiko er knyttet til organisasjonens økonomi og finansielt. Det som kan påvirke dette er marked, kreditt og likviditet. Siste er operasjonell risiko, og dette er risikoer som kan ramme organisasjonen på dens daglige drift. Forhold som kan påvirke dette er ulykkeshendelser, tilsiktede uønskede hendelser, tap av kompetanse/nøkkelpersoner og juridiske forhold (Aven et al., 2017, s. 20 - 21). Samtidig så nevner ISO 31000:2018 noen flere punkter som er verdt å ta med. Disse er at man skal se på begrensninger av kunnskapen man innehar og hvorvidt

reliabel den er. Samtidig skal en se på tids - relaterte faktorer, men også hvilke antagelser og tro hos dem som er relaterte i forhold til risiko (ISO, 2018, s. 11).

Videre forklarer ISO 31000:2018 at organisasjonen kan bruke ulike teknikker for å identifisere usikkerheter som kan påvirke organisasjonens mål (ISO, 2018, s. 11). Som nevnt ovenfor kan man se ulike årsaker til risiko. Det som blir viktig å ta hensyn til er at en må vurdere de ulike faktorene og sammenhengen til disse faktorene når man skal identifisere risiko. Risiko og dens usikkerheter kan lettere bli oppdaget dersom man er oppmerksom på dette. Samtidig er det viktig å tenke på at risikoer kan ha forskjellige utfall og ikke konkrete. Etter man har identifisert risiko, så skal man gå videre til risikoanalyse. Dette har så vidt blitt nevnt ovenfor, ettersom man skal være oppmerksom på flere faktorer som kan påvirke hverandre og at risikoer ikke har bare et utfall.

2.6.2 Risikoanalyse

Risikoanalyse dreier seg om å analysere risiko. I en risikoanalyse skal det inneholde flere punkter som å forstå hvilken type den er, karakteristikken til risikoen og hvilken alvorlighetsgrad den skal vurderes. ISO 31000:2018 nevner flere viktige faktorer som en risikoanalyse skal inneholde. De ulike faktorene er usikkerhet, risikokilder, konsekvenser, sannsynlighet, hendelser, scenarier, kontroller og deres effektivitet (ISO, 2018, s. 12). Det som er viktig å tenke på er at en hendelse kan forårsakes av ulike årsaker, flere konsekvenser og samtidig kan det ramme flere mål.

Med de ulike faktorene som er nevnt ovenfor, så er det viktig at risikoanalysen tar forbehold til flere faktorer i tråd med det som er nevnt tidligere. Man skal kunne se på sammenhengen med sannsynligheten og konsekvensen med ulike hendelser. Sammen med dette, så skal man se på hvilke type konsekvenser som eksisterer og omfanget av disse. Når man har sett på hvor alvorlig og relevante konsekvensene er, så bør man videre se på kompleksiteten av konsekvensene og om de har noen sammenhenger mot andre mål. Etter man har sett på disse forskjellige faktorene så bør man se hvor godt effektive de eksisterende tiltakene er. Ut ifra dette, så kan man ta forskjellige vurderinger som skal gi et beslutningstakerne flere grunnlag å basere seg på. Aven et al. (2017) nevner flere punkter som kan bidra med å:

- Velge mellom ulike alternative løsninger og tiltak i planleggingsfasen av et system

- Velge alternativ utforming av en løsning eller et tiltak. Hvilke tilpasninger kan gjøres for at systemet skal bli mindre sårbart i den forstand at det tåler bedre påkjenninger?
- Konkludere om ulike løsninger og tiltak møter gitte krav
- Fastsette krav til ulike løsninger og tiltak, for eksempel knyttet til godheten av beredskapssystemer
- Dokumentere forsvarlig drift

(s. 18).

Videre forklarer ISO 31000:2018 at risiko analyse kan påvirkes av forskjellige meninger, synspunkter, persepsjoner og vurderinger (ISO, 2018, s. 12) Dette er fordi at mennesker generelt sett har ulikt persepsjon og synspunkt, noe som også brukes i sammenhengen med risiko. Ulike fagpersoner og eksperter har forskjellig grunnlag for å komme med antagelser om en hendelse. Dette er ulike verktøy som beslutningstakere kan benytte seg av når de analyserer en risiko. Usikkerhet er noe som henger godt sammen med risiko og dersom en hendelse har mye usikkerhet rundt seg, er det en fordel å bruke forskjellige teknikker og informasjon om risikoen for å ta en god vurdering av risikoen. Med akkurat dette, så kommer man vider til risikoevaluering. Risikoanalysen bidrar med informasjon til evalueringen om man skal implementere tiltak. Dette blir forklart videre i neste avsnitt.

2.6.3 Risikoevaluering

Etter man har gjennomgått de øvrige stegene ovenfor, så står man igjen med en del data som kan bidra til beslutningstaking. Risikoevaluering kan være et støtte verktøy for beslutningstakere. En risikoevaluering er en sammenligning med risikoanalysen sammen med de risikokriteriene man har etablert (ISO, 2018, s. 12). Denne kombinasjonen bidrar med for å bestemme seg for hva som treffer risikokriteriene organisasjonen har satt, men også det som ikke gjør det. ISO 31000:2018 nevner flere punkter som en risikoevaluering lede videre til og disse er:

- Ikke gjøre noe mer
- Vurdere risikohåndterings muligheter
- Gjennomføre en ny risikoanalyse for å forstå risikoen
- Opprettholde eksisterende tiltak
- Revurdere målene

(ISO, 2018, s. 12).

Risikohåndtering vil da naturlig være neste punkt i risikostyringsprosessen. Som nevnt ovenfor, så kan vi se at beslutningstakerne kan beslutte å se videre på risikohåndteringsmuligheter. Dersom man finner ut at risikoen er uakseptabel bør man lage flere analyser dersom det er nødvendig for å forstå risikoen og deretter håndtere risikoen. Risikohåndtering blir dypere forklart i neste seksjon.

2.7 Risikohåndtering

Risikohåndtering handler om å håndtere risikoer man står ovenfor. Med dette så handler risikohåndtering om å velge og implementere tiltak når man skal møte risikoen. Når man skal håndtere risikoen så er det flere aspekter som må inkluderes. Som en kan anta, så vil dette da dreie seg om å velge mellom flere valgmuligheter og tiltak som kan anses til å treffe risikoen. Aven et al. skriver (2017) «Risikohåndtering er prosessen og implementeringen av virkemidler for å modifisere risiko, herunder virkemidler for å unngå, redusere, optimalisere og overføre risiko» (s. 75). Noe denne oppgaven har bygget seg opp på er hvordan beslutningsgrunnlaget til HSØ er og hvordan de har vurdert risikokriteriene sine. Så med dette kan vi da se på hvordan de har valgt å håndtere risikoen. Senere i oppgaven skal ulike analyser fra HSØ brukes, og dette vil da være med å belyse vurderingene deres. ISO 31000:2018 nevner også at risikohåndtering innebærer at man skal bestemme om den gjenværende risikoen er akseptabel og dersom den ikke er det, så må man fortsette risikohåndteringsprosessen for å behandle risikoen (ISO, 2018, s. 13). Det som er viktig å ta i betraktning er at risikohåndterings tiltak ikke alltid passer til gitte hendelser eller omstendigheter.

2.8 Overvåkning og gjennomgang

Siste del av modellen er overvåkning og gjennomgang. Denne delen dreier seg mer om kvalitetssikring av prosessen organisasjonen har gått igjennom. Slik en kan se, så vil det si at man skal ha en oversikt over prosessen sin helhet og om det kan gjøres forbedringer. En gjennomgang av prosessen sin helhet vil hjelpe med å sikre at organisasjonen at tiltakene har en virkning mot målene og objektivene. ISO 31000:2018 nevner at overvåkning og gjennomgang skal være gjentakende igjennom hele prosessen. «Monitoring and review includes planning, gathering and analysing information, recording results and providing feedback» (ISO, 2018, s. 14). Som det blir nevnt tidligere i oppgaven, så er hele denne

prosessen er gjentakende prosess. Dette er for at man skal kunne avdekke hull i planen, oppdage andre eller nye risikoer og ha en kontinuerlig læring innenfor fagområdet.

2.9 Registrering og rapportering

Til slutt så beskriver dokumentet at hele risikostyringsprosessen skal dokumentere utfallene og rapportere gjennom de rette systemene (ISO, 2018, s. 14). Med dette, så skal registrering og rapportering bidra til å:

- Kommunisere risikostyring aktiviteter og utfall igjennom hele organisasjonen
- Bidra med informasjon for beslutningstaking
- Forbedre risikostyringsaktiviteter
- hjelpe med å bistå samhandling med interessenter, inkludert de med ansvar for risikostyringsaktivitetene

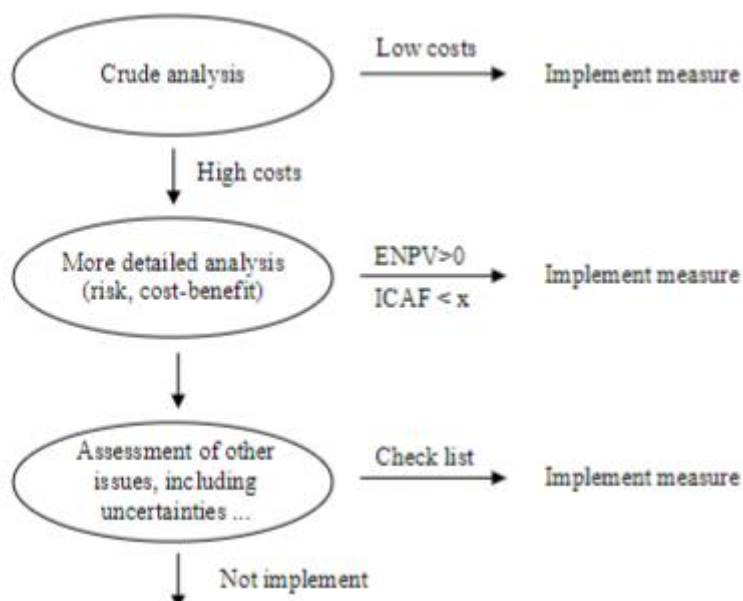
(ISO, 2018, s. 14).

Slik som det er beskrevet, så er risikostyring en omfattende prosess med mange punkter for å kunne håndtere risiko. Senere i oppgaven skal jeg gjennomgå dokumenter fra HSØ når det kommer til utbyggingen av det nye Mjøssykehuset. Jeg har da funnet risikoanalyser og andre vurderinger dem har benyttet seg av når det kommer til avgjørelsen dem tok i 2022 om å gå videre med planen. I dokumentanalysen vil jeg ha funnet flere interessante funn, som kan godt ses opp imot ISO31000:2018 sin risikostyringsprosess. Før dokumentanalysen og metoden er det punkter innenfor teorien som gjøres til rede for. For å få uthente mer informasjon til dokumentanalysen, så har jeg valgt å se nærmere på ALARP og kostnytteanalyse. Disse to begrepene vil bli utdypet i neste avsnitt.

2.10 ALARP og Kostnytteanalyse

Først ut er begrepet ALARP som står for As Low As Reasonably practicable. ALARP er noe som benyttes når man skal se på risikoreducerende tiltak. Det som er hovedpoenget med begrepet er at risikotiltaket bør implementeres, så lenge det ikke kan bevises at kostnaden er grovt uforholdsmessig i forhold til fordelene av tiltakene (Abrahamsen & Abrahamsen, 2015, s. 1). «The ALARP principle gives a strong weight to the cautionary principle which is a basic principle in safety management that in the face of uncertainty caution should be the ruling principle» (Aven & Viennem, 2007, sitert i Abrahamsen & Abrahamsen, 2015, s.1) Med dette, så kan en se at ALARP benytter seg av forventede verdier. Slik en kan anta så er det å

bruke forventede verdier i forhold til usikkerhet en risiko i seg selv. Verdier og tall viser ikke nødvendigvis realiteten. En kan anta at en ekstrem økonom ser verden i tall, og en som er ekstrem på beredskap ser kun på verden i fakta. Hvis en skal kunne benytte seg av ALARP, så argumenterer Abrahamsen & Abrahamsen (2015) at man skal benytte seg ALARP og grovt uforholdsmessig kriterier er å implementere en kostnytteanalyse (s. 1). Aven & Abrahamsen (2007) definerer Kostnytteanalyse som «Cost-benefit analyses means that we assign monetary values to all relevant attributes, including costs and safety and summarise the performance of an alternative by the expected net present value, $E(NPV)$ » (s. 1). Det som er viktig å tenke på er at en kostnytteanalyse som verktøy alene for å godkjenne ALARP ikke er godt nok. Dette er på bakgrunn av at den benytter seg av kun forventede verdier (Abrahamsen & Abrahamsen, 2015, s. 2). Analysen vil da utelate usikkerhet. For å inkludere usikkerhet i denne analysen bedre, så nevner Abrahamsen og Abrahamsen (2015) at en lagdelt tilnærming vil kunne inkludere usikkerhet bedre (s.2). Figuren illustreres nedenfor.



Figur 3. Illustrasjon av ALARP – stegvis beslutning, 2015, av Abrahamsen & Abrahamsen (s.2).

Som vist i figuren ovenfor, så kan man se flere steg for å ta en bedre beslutning innenfor ALARP. Først gjennomfører man en grov analyse og dersom kostnaden er lav, så blir tiltaket implementert. Hvis kostanden er for høy, så beveger man seg videre til en risiko og kostnytteanalyse. Her blir fordelene og risikoen blir sammenlagt. Dersom det ikke kan bevises at det er grovt uforholdsmessig blir tiltaket iverksatt. Om det skulle bevises at det er det, så kommer man til punktet der man ser på en evaluering av problemer og usikkerhetene. Hvis

denne listen finner ut at tiltaket bør implementeres, så blir det implementert. Dersom det ikke gjør det, så blir ikke tiltaket implementert (Abrahamsen & Abrahamsen, 2015, s. 2). Denne metoden kan ses opp imot beslutningsgrunnlaget til HSØ. Dette vil bli videre oppfølgt i analysen og diskusjonen i oppgaven.

3.0 Metode

Når det kommer til metoden jeg har brukt i denne oppgaven, så har det vært hensiktsmessig å ha søkelys på de allerede eksisterende dokumentene HSØ har benyttet seg av. I kapittel tre beskriver jeg grunnlaget mitt for valg av metode. Likedan presenterer jeg hva styrkene og svakhetene i oppgaven. Metode handler om å frembringe ny kunnskap om den virkelige verden. Med dette, så trenger man metode for å analysere den dataen forskeren besitter (Johannessen et al., 2011, s. 33). I denne oppgaven har jeg benyttet meg av et kvalitativt design og grounded theory.

3.1 Kvalitativ metode

Forskningsdesignet jeg har benyttet meg av er kvalitativ metode, noe som har gitt meg muligheten til å utforske oppgavens tematikk og de ulike påvirkende faktorene. Som dette forskningsprosjektet har tatt for seg, så har jeg analysert dokumenter som er skrevet av HSØ, rettet mot restruktureringen av Sykehuset Innlandet. Dette har krevd at jeg har funnet riktige og relevante dokumenter som har blitt brukt. Underveis i analysen av dokumentene har det kommet frem flere interessante fokusområder, som videre har ledet meg til å se nærmere på akkurat dette. Kvalitativ metode har da gitt meg muligheten til å justere hvilken metode som har vært mest hensiktsmessig for meg å benytte. Johannessen et al. refererer Silverman (2006) og skriver «Dette er annerledes for kvalitative data, der den som har samlet inn dataene, også bør analysere og fortolke dem, fordi teorier, hypoteser og forskerens forforståelse er viktige utgangspunkter for datanalysen» (2011, s. 185). Dette har vært en del av kjernen i oppgaven, da det er jeg som forsker som tolker dataene og som har analysert dataene jeg har forsket på. For å kunne gjøre dette brukte jeg grounded theory som utgangspunkt, noe som vil bli nærmere forklart i neste avsnitt.

3.2 Grounded theory

Når det kom til startfasen av prosjektet mitt, så vurderte jeg å gjennomføre intervjuer i forhold til forskningsspørsmålet mitt. Under veiledning og videre arbeid kom det tydelig frem at jeg hadde tilstrekkelig med informasjon allerede eksisterende på internett som HSØ selv har publisert. Hvordan jeg har kommet fram til disse dokumentene vil bli forklart senere. Som Johannessen et al. (2011) skriver «Mens fenomenologisk design legger vekt på meningen bak individers erfaringer med et fenomen og tar i utgangspunkt i allerede eksisterende teorier, ønsker man i grounded theory å utvikle nye teorier med utgangspunkt i data» (s. 88). Som

nevnt har jeg valgt ut dokumenter som data for oppgaven. Tidligere nevnt i oppgaven har jeg kommentert at media har omtalt prosjektet til HSØ som et prosjekt med altfor stor risiko. Samtidig i dokumentene til HSØ kommenteres det at Null - pluss utvalget har stor risiko, men ikke et samlet sykehus på Moelv. Da med grounded theory har jeg hatt mulighet til å ta et dypdykk inn i tematikken for å forske på problemet.

Med grounded theory så foregår datainnsamlingen parallelt med analysen (Johannessen et al., 2011, s. 88). Dette vil si at ettersom man samler inn data og lærer mer om temaet, så analyserer man problemet. Med dette så kan forskningen forandre på seg ut ifra det man lærer om forskningsspørsmålet. I denne problemstillingen er det akkurat det som har skjedd. Jeg startet med et utgangspunkt i å intervju personell i styret i Sykehuset Innlandet, men endte opp med å forholde meg til dokumentanalyser. Utover i prosjektet oppdaget flere interessante funn som fikk meg til å ta denne avgjørelsen. Grounded theory handler om å lage teorier ut ifra data, og det er dette jeg forholdsvis har holdt meg til i prosjektets gang. Dette leder meg videre til det som er en gjennomgå i prosjektet og det er valg av data. Jeg valgte å se på dokumenter på en kvalitativ metode. Dette er på grunnlag av at dokumentene er omfattende og særdeles relevante for oppgaven. Selve utbyggingen og diskusjonen er omfattende, og det medførte at jeg måtte begrense oppgaven.

3.3 Dokumentanalyse som datainnsamling

Når det kommer til innsamlingsmetoden min, så har jeg benyttet meg av dokumenter fra HSØ som ligger offentlig ute. Ettersom kvalitative data ikke taler for seg selv, så er det viktig for meg som forsker å uthente hypoteser, teorier og mine synspunkter har en viktig vinkling på nettopp dette (Johannessen et al., 2011, s. 185). Johannessen et al. (2011) utdyper om analyse «Det forskeren undersøker, betraktes som sammensatt av enkelte bestanddeler, og målet er å avdekke et budskap eller en mening, å finne et mønster i datamaterialet» (s. 186). Dette er noe jeg har forholdt meg til og bidratt til at jeg har funnet et interessant mønster i analysen min. Samtidig har jeg tolket materialet på min egen måte for å se ulike sammenhenger.

Kvalitativ dataanalyse er som regel i tekstform og det vil si:

- Rene *tekster* eller *dokumenter*, som brev, dagbøker, bøker og arkiver
- skriftlige nedtegnelser av *handlinger* eller *verbale utsagn* i form av notater fra observasjoner og filmopptak

- utskrifter og notater fra intervjuer, samtaler eller gruppesamtaler (Johannessen et al, 2011, s. 186)

Jeg har da benyttet meg av tekster og dokumenter som er gjennomført av en prosjektgruppe av HSØ. Denne gruppen har da også benyttet seg av andre firmaer til å gjennomføre analyser og utbedret skriv for dem. Disse dokumentene er da som nevnt offentliggjort av prosjektgruppen deres, og jeg har benyttet av dokumentene som datamateriale for denne oppgaven. Valget mitt for å gjøre dette er fordi at ord forklarer mer enn tall og kan analyseres på utallige måter. I prosjektet til HSØ har dem benyttet seg av flere analyser som inkluderer antagelser, tall og forventinger av utbyggingen. Helhetlig sett har de tre punktene også blitt tatt til rede for i denne oppgaven. Videre har jeg benyttet meg av en tverrsnittbasert og kategoribasert inndeling av data når det kommer til bearbeiding av materialet som vil bli forklart i neste avsnitt.

3.4 Tverrsnittbasert og kategoribasert inndeling av data

Det tverrsnittbasert og kategorisertbasert inndeling av data dreier seg som er at det er en metode for å lage en meningsfull inndeling av materialet (Johannessen et al., 2011, s. 188). Med dette så har jeg selv satt opp enemerker for hver kategori for å følge opp noe som har vært interessant i innholdet jeg har analysert. Eksempler på de ulike enemerke er risiko, økonomi, beredskap og beslutninger. Ved å gjøre dette så blir dataen indeksert, som vil si at jeg har funnet spesielle temaer i datamaterialet som er bemerkningsverdig og kunne brukes i oppgaven. For å være mer spesifikk, så har jeg analysert dokumenter hver for seg og der igjen brukt merknader for å knytte dokumentene sammen. Dette har vært til stor hjelp i mine funn og hjulpet meg med å lage en tydeligere rød tråd og aktualisere oppgaven mer. Noe som har vært interessant er hvordan de ulike funnene mine påvirker hverandre, men samtidig har fått meg til å stille kritiske spørsmål til gjennomføringen av prosjektet. Beslutningsgrunnlaget til HSØ har vært en viktig brikke som grunnmur i oppgaven. Videre skal jeg beskrive mer detaljert hvorfor problemstillingen er dagsaktuelt, gi en beskrivelse om min egen bakgrunn og forståelse, men også hva min hensikt og antagelser er.

3.5 Forskeren

Det som i bunn og grunn har gjort meg interessert i nettopp dette temaet her er min utdanningsbakgrunn. Jeg har en bachelor i Beredskap og krisehåndtering og sammen med

dette, så har jeg inntil nylig arbeidet hos Sykehuset Innlandet som assistent på en psykiatrisk avdeling. Med dette, så ble interessen min forsterket for temaet. Noe som har også videre har forsterket min interesse for dette temaet er selve Bacheloroppgaven min der jeg skrev om pågående livstruende vold på skoler i Innlandet. Oppgaven i seg selv kritiserte selve størrelsen på Innlandet med tanke på avstander, politistrukturen og andre faktorer. Med dette i fokus så ble det interessant å vinkle dette nettopp mot den mulig nye sykehusstrukturen. Samtidig sørget media for å belyse at det er stor risiko for HSØ å gjennomføre et slikt prosjekt som dette (Haugerud, 2023a). Alle disse faktorene nevnt ovenfor har spilt en viktig rolle for meg når jeg skulle velge tema å skrive om på masteroppgaven.

3.6 Oppgavens relevans og mine antagelser

Som det ble nevnt kort i starten av oppgaven, så er restruktureringen av sykehusene i Norge et aktuelt tema. Sykehusene har fått mye kritikk, blant annet fra ulike artikler som NRK har laget. De ulike artiklene belyser flere problemer som sykehusene og hjemmesykepleien står ovenfor. Disse problemene er blant annet bemanningsproblematikk, å beholde ansatte, tilstrekkelig med plass til pasienter, god nok helsehjelp og nedstenging av somatiske og psykiatriske sengeplasser (NRK, u.å). Alle disse punktene har vært en kjernebrikke for min interesse for temaet. Ved flere anledninger så diskuteres det om hva som er veien videre for helsevesenet i Norge, og denne oppgaven er langt ifra noe som helst svar på dette. Oppgaven ønsker å analysere risikovurderingene og risikoplanene til HSØ i forhold til Mjøssykehuset og hvordan disse analysene har påvirket beslutningskraften til ledelsen om å restrukturere Sykehuset Innlandet til et mer sentralisert sykehus. Mine antagelser for oppgaven er at prosjektgruppen undervurderer risikoen som er rundt sentraliseringen og at det kan være mangel på kunnskap rundt risiko og usikkerheten knyttet til prosjektet.

Innlandet fylke er som nevnt tidligere Norges andre største fylke og har omkring 370.000 beboere i fylket. Det er også store spredninger i hele fylket, noe som betyr at beboere i fylket har allerede lange reiseveier for å komme frem til sykehusene (Innlandet fylke, 2019) Det som argumenteres for sentraliseringen er at de da ikke vil miste pasienter til andre fylker, at de får mer fagekspertise rundt forskjellige behandlinger og å gjøre fylket mer tiltrekkende til nye ansatte til Sykehuset Innlandet. Dette vil få mer fokus i analyse og diskusjonskapitlet.

3.7 Relabilitet og validitet i dokumentanalyse

Relabilitet og validitet dreier seg om hvor pålitelig dataen er som brukes i denne oppgaven. Det vil si at jeg har sett på hvor nøyaktig dataen er, hvordan den har blitt samlet, og hvordan den bearbeides (Johannessen et al., 2011, s. 44). Som jeg har gjennomgått i starten av kapitlet, så viser jeg frem min metode for oppgaven, fremgangsmetode og hvem som har laget dokumentene. For å se på dokumentenes relabilitet har jeg lest igjennom dokumentene flere ganger for å unngå misforståelser. Samtidig har jeg markert stikkord og skrevet ned viktige punkter fra dokumentene som gjør det lettere for meg å se dokumentene opp imot hverandre.

Validitet dreier seg om hvor gyldig dataen er som har blitt samlet inn. Johannessen et al. (2011) skriver «Begrepsvaliditet dreier seg om relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes, og de konkrete dataene» (s. 73). Spørsmålet handler om hvor valide dataene er i forhold til fenomenet som skal undersøkes. Det jeg har gjort i denne oppgaven er å sette opp en plan for arbeidet mitt for å gjøre oppgaven og funnene mine mer valide. Dette går ut på at jeg har lest meg grundig opp på fenomenet jeg undersøker og finner mer eller mindre de riktige dokumentene som skulle brukes i denne oppgaven. Etersom det har vært mye informasjon som er offentliggjort, har jeg da lest dokumentene nøye. I neste avsnitt beskriver jeg hvordan søkemetoden min har vært for denne oppgaven og hva som er min primær kilde.

3.8 Søkemetode og primærkilder

Når det gjaldt å finne mine primærkilder, så benyttet jeg meg av å bruke søk på nettet som metode. Google ble brukt, og med søkeordet «Mjøssykehuset» så kom det fram til prosjektgruppens side. Her kom frem hovedsiden til Mjøssykehuset og der er det valgmuligheter for å gå videre til sentrale dokumenter, noe som jeg gjorde. På denne siden belyses det flere ulike sentrale dokumenter som har blitt brukt som grunnlag for avgjørelsen de har tatt om utbygging. Inne på siden har jeg da trykket inn på «sentrale dokumenter», og under denne kategorien så fant jeg mine primære kilder. Etersom oppgaven bruker kvalitativ metode så har jeg valgt ut fem dokumenter som skal analyseres. Primærkilder har da vært dokumenter som er laget av prosjektgruppen. Jeg argumenterer for at dataen jeg har valgt ut

er særdeles relevante ettersom det er HSØ sine dokumenter. Dataene kan da anses til å være både reliable og valide.

3.9 Betraktninger

Ettersom dokumentene er offentlige for allmenheten, så har jeg ikke hatt noe behov for å ta forbehold til personvern og andre betraktninger. Det jeg konsekvent ikke har gjort er å fremvise prosjektgruppen som nevnes i dokumentene. Jeg uttaler dem som prosjektgruppen og/eller HSØ ettersom prosjektgruppen er deler av ledelsen deres. Samtidig har jeg tatt betraktning en begrensning av oppgaven. Fenomenet som jeg undersøker er omfattende og krever et større prosjekt for å gjennomføre. Jeg har da valgt ut omfattende og relevante dokumenter for oppgaven.

3.10 Evaluering av min egen forskning

Forskningen jeg har gjennomført kan gjøres på flere forskjellige måter og ved bruk av ulike metoder. Som jeg nevner tidligere i oppgaven så oppdaget jeg tidlig at det å begrense oppgaven var nødvendig. Dokumentene jeg har brukt er omfattende og inneholder flere interessante funn som kan ses opp imot beslutningskraften til HSØ. Andre metoder som kunne ha blitt brukt i denne oppgaven er gjennomføring av intervjuer av prosjektgruppen. Samtidig kunne man ha intervjuet kommuner, statsforvalter og andre viktige personer innenfor Sykehuset Innlandet og HSØ. Dokumentanalyse som jeg har valgt kan belyse HSØ sin risikoforståelse. Grunnlaget for dette er nettopp fordi flere og flere personer belyser hvor stor risikoen er rundt restruktureringen av Sykehuset Innlandet og det ser mer ut til at prosjektet skal gjennomføres allikevel. HSØ argumenterte for at restruktureringen er konstansnyttig som et hovedgrunnlag. Ut ifra dette ble det interessant å analysere risiko og de økonomiske analysene. Som det nevnes tidligere i oppgaven, så er det flere temaer som spiller inn på utbedringen av sykehusstrukturen.

Som det nevnes ovenfor, så kan jeg argumentere for at det eksisterer svakheter i metoden jeg benytter meg av. Ulempen jeg står ovenfor er at jeg selv tolker informasjonen og setter det opp imot det jeg ser som relevant for oppgaven. Dette kan medføre at jeg kan miste verdifull informasjon ettersom jeg ikke gjennomfører intervjuer. Med intervjuer så kunne jeg ha stilt kritiske spørsmål om tolkninger, hvorfor de analyserer risiko slik og andre viktige spørsmål knyttet mot utførelsen av prosjektet. Dokumentanalyse bidrar med at jeg kan se på

kunnskapsgrunnlaget til HSØ og etablere tolkninger knyttet mot beslutninger. Samtidig kan oppgaven kritiseres for størrelse og tilgjengelighet på dokumenter. Utvalget mitt har ført til jeg måtte være kritisk og benytte meg av omfattende dokumenter. Jeg kunne ha etterspurt graderte dokumenter, men jeg besluttet meg for å bruke dokumenter som allmenheten har tilgang på. Metoden min nevner at det er forskerens oppfatning som har størst påvirkning i oppgaven. Til slutt i oppgaven vil jeg komme med sterke anbefalinger til videre forskning.

3.11 Datareduksjon

Når jeg har lest dokumentene så har jeg oppdaget at flere av dokumentene må brukes helhetlig. I kapittelet om resultater vil det bli belyst hvilke dokumenter som brukes helhetlig og ikke. Dette er fordi at noen av dokumentene har informasjon som kan anses til å ikke være relevant i forhold til problemstillingen. Dokumentene om risikovurderingen og risikoplanen inneholder helhetlig informasjon som anses til å ha nøkkelinformasjon for oppgaven. Samtidig fyller tilleggsoppdrag 1 og 2 mer utfyllende informasjon om risikoene. Jeg bruker derfor flere av figurene og tabellene som HSØ har brukt.

I dette kapittelet har jeg gjennomgått hvilken metode jeg har benyttet meg av, hvordan jeg bearbeider dataen jeg har brukt og hvordan jeg har funnet det. Samtidig har jeg beskrevet hvordan jeg har plukket ut viktig og essensiell informasjon for å validere oppgaven. Jeg har også beskrevet søkemetoden min med søkeord for å komme frem til informasjonen jeg innehar. Primærkilden har også blitt belyst for denne oppgaven. Til slutt i kapittelet har jeg beskrevet hva som er styrkene til oppgaven og hva som er svakhetene med metoden jeg benytter meg av. Samtidig har jeg forklart om datareduksjonen jeg har gjort i oppgaven. I neste kapittel legger jeg fram resultatene fra dokumentanalysen og empiri til oppgaven. Etter gjennomgangen av resultater og presentasjon av empiri, så vil analysen og diskusjonen legges frem.

4.0 Presentasjon av dokumenter og data

I denne delen av oppgaven så skal jeg presentere hvilke dokumenter jeg har valgt ut for å best besvare problemstillingen. Først skal jeg komme med en tabell som legger frem de ulike dokumentene. Så skal jeg presentere hvilke sammenhenger disse dokumentene har, og hvordan de definerer ting på ulike måter. Som det nevnes ovenfor, så er det noen dokumenter som må deles opp og ta ut informasjon ifra ettersom ikke alt innholdet er relevant for denne oppgaven. I denne delen så skal jeg derfor lage en tabell for de dokumentene som er fullstendig tatt med og de som er delt opp.

4.1 Dokumentoversikt

Tabellen nedenfor illustrerer de ulike dokumentene jeg har valgt å bruke i denne oppgaven.

Det skrives først om hvilket dokument det er, deretter så beskrives det hvilken type dokumentet er og hvem som har produsert det. Jeg har valgt å legge frem hvilken organisasjon som har produsert dokumentene. Dette er fordi HSØ har leid inn konsulentfirmaer til å utføre analyser av Innlandet og den nye sykehusstrukturen. Videre så skal dokumentene oppsummeres, slik at de blir presentert før de benyttes i oppgaven.

Dokumentene skal ses opp imot hverandre. De dokumentene som nevnes først er de dokumentene som blir satt opp imot hverandre, ettersom de begge omhandler og inneholder risikostyring. Det er også i dette kapitlet at det som presenteres fra dokumentene er det som skal brukes og benyttes senere i oppgaven. Med andre ord så blir dette presentasjon av data som skal ses opp imot teorien som er valgt ut.

Dokumenter	Type	Hvem
Plan for risikostyring	Prosjektveiviser for håndtering av risiko	HSØ
Risikovurdering	Vurdering av restruktureringen av Sykehuset Innlandet	HSØ sin prosjektgruppe

Rapport for deloppdrag 1	Vurdering av trinnvis utbygging	HSØ Foretaksmøte
Rapport for deloppdrag 2	Bibehold av medarbeidere	HSØ Foretaksmøte

Tabell 2. Oversikt over dokumenter fra datainnsamling

Tabellen ovenfor viser frem de ulike dokumentene jeg har benyttet meg av som empiri i denne oppgaven. Først og fremst er det viktig å nevne at dokumentene ovenfor brukes på forskjellige måter i oppgaven. Plan for risikostyring og risikovurdering dokumentene går hånd i hånd. Det er fordi at Plan for risikostyring er et dokument som generelt brukes når de skal håndtere og kartlegge risiko. Dokumentet stammer mer eller mindre fra ISO 31000:2009, men HSØ har omskrevet dokumentet og gjort det til sitt eget. Dokumentet Risikovurdering er et dokument som er en vurdering av de to mulige valgmulighetene som finnes for restruktureringen av Sykehuset Innlandet. Risikovurderingen er en helhetlig analyse av sannsynligheter og konsekvenser knyttet til etableringen, men også hvordan risikoen vil se ut etter dem har iverksatt tiltak som skal fungere risikoreduserende. Resterende dokumenter som brukes inkluderer ikke definisjoner av risiko, noe som Plan for risikostyring og Risikovurdering gjør. Istedenfor så omtaler de risiko, og har blitt brukt som vurderinger mot de først nevnte dokumentene.

4.2 Sammendrag og presentasjon av data

Når det kommer til definisjoner og data som kan settes opp imot hverandre, så ble dette illustrert i en tabell senere. Det vil si at jeg har etablert et eget delkapittel om risikosammenhenger og faktorer som skal og blir knyttet sammen. Som det nevnes flere ganger i oppgaven, så har jeg sett på bruken av risiko i dokumentene til HSØ. Med dette, så skal det også konkretiseres mer i resultat, analyse og diskusjonsdelen i oppgaven.

4.2.1 Plan for risikostyring – HSØ

Plan for risikostyring er produsert av HSØ og er et dokument som er en veileder for generell risikostyring i prosjekter. Dokumentet tar for seg ISO31000 sin versjon fra 2009, og har blitt omgjort til deres egen. Dette er for at den skal enkelt kunne brukes for den prosjektgruppen

som trenger å opprette risikostyring for et prosjekt. HSØ skriver «Hovedformålet med risikostyring i prosjektet er å unngå at trusler mot gjennomføringen inntreffer og påvirker prosjektmålene negativt, og å unngå at prosjektet kommer i en posisjon hvor muligheter ikke lengre kan realiseres» (Helse Sør - Øst, u.å, s. 4). Med dette, så inkluderer dokumentet flere interessante punkter og disse er hva formålet med risikoplanen er, hvilke rammer det er for prosjektets risikostyring, prosesser for risikostyring i prosjektet, rutiner for risikostyring i prosjekter og hvilke verktøy som kan brukes.

Innenfor rammene i prosjektets risikostyring, så vises det at risikoen skal være kjent, eid, kommunisert og håndtert. Viktige punkter som nevnes her er:

- Prosjektet følger HSØ RHF's rammeverk for risikostyring i prosjekter, som beskrevet i Prosjektveiviseren, i prosjekts risikostyring
- Prosjektet måler risiko mot sine prosjekts egne målsettinger
- Prosjektets risikoregister skal holdes oppdatert og skal være tilgjengelig for den som behøver innsyn i det
- Akseptabel risikonivå besluttes individuelt for hver risiko av den som er risikoeier. Risikoeier kan være i eller utenfor prosjektets styringslinje
- Prosjektdeltakere og andre interessenter i Helse Sør-Øst skal gis nødvendig innsyn i prosjektets risikoprofil
- Interessenter utenfor Helse Sør-Øst informeres i tråd med prosjekts godkjente kommunikasjonsplan eller via relevant helseforetaks kommunikasjonsavdeling

(Helse Sør - Øst, u.å, s. 5).

Dokumentet redegjør også for roller og ansvar når det kommer til risikostyring under prosjektet. Dette vil si at listen er inkludert med hvem som er prosjekteier, styringsgruppe, risikoeier, tiltaksansvarlig, prosjektleder og risikokoordinator (Helse Sør - Øst, u.å s. 5-7). Dette leder videre til hvordan prosess for risikostyring i prosjekter er. HSØ presiserer at de har brukt en tilnærming som er basert på ISO 31000:2009 Risikostyring – Prinsipper og retningslinjer. Her har dem benyttet seg av en modell som blir illustrert nedenfor.



Figur 4 Helse – Sør Østs risikostyringsprosess for prosjekter og programmer, u.å, av Helse Sør – Øst, s. 9. (http://admininfo.helse-sorost.no/prosjektveiviser_/Documents/Risiko/MAL_Risikoplan.pdf).

Denne figuren er en modell som brukes for risikostyring i prosjekter hos HSØ. Modellen illustrerer hvordan de jobber med risiko for å håndtere den på en forsvarlig måte. HSØ «Risikostyring er en prosess som er utformet for å kunne identifisere, vurdere, håndtere, følge opp og kommunisere risiko slik at risikoen er innenfor akseptert nivå» (Helse Sør - Øst, u.å, s. 9). Denne modellen går igjennom de fasene som er nødvendig og samtidig viser at risikostyring er en kontinuerlig prosess.

4.2.1.1 Identifisere risiko

Dokumentet tar også for ulike rutiner innenfor risikostyring. Først ut, så skrives det om å identifisere risiko. Det skrives «Risikoidentifikasjon innebærer at prosjektteamet og aktuelle interessenter finner frem til risikoer (positive eller negative hendelser/tilstander) som kan påvirke prosjektet» (Helse Sør - Øst, u.å, s. 10). Dokumentet kommenterer også at risikoidentifikasjonen tar til høyde for at risiko kan utvikle seg og oppstå på grunn av andre hendelser.

Ut ifra de punktene som er nevnt ovenfor, så beskrives det videre om seks punkter som skal redegjøres for. Hyppighet, omfang, kilder til risiko, metode, risikoregister og risikobeskrivelse. Med disse punktene, så vil det si at risiko skal prøve å fanges hyppig opp i ulike faser av prosjektet. Omfanget handler om risikoer knyttet til ulike områder, kilder til risiko er at risiko kan komme av flere ulike grunnlag og metoder som beslutter en framgangsmåte for å identifisere risiko. Risikoregister handler om å lage et register for de ulike risikoene som vil gi en samlet oversikt og til slutt at risikobeskrivelsen skal være presis, og uttrykt som en mulig fremtidig hendelse (Helse Sør - Øst, u.å, s. 10 - 11).

4.2.1.2 Analysere risiko

Dokumentet beskriver hvordan man skal analysere risiko innenfor prosjektet. Innenfor dette området skrives det at identifiserte risikoer skal vurdere prosjektets risikonivå. For å måle dette, så ses risikoene opp imot sannsynligheten for at risikoen skal oppstå og konsekvensen målt i økonomi, fremdrift, kvalitet, gevinst og pasientsikkerhet (Helse Sør - Øst, u.å, s. 11). For å gjøre dette på en best mulig måte, så kommenteres det at prosjektet vil bruke nødvendige fagekspertter eller andre ressurspersoner i vurderingene. Det nevnes også metoder for å anslå sannsynlighet og disse er:

- Erfaringstall/historikk
- Ekspertvurderinger
- Modellering og simulering

(Helse Sør – Øst, u.å, s. 11)

Videre illustrerer HSØ en figur for måling for sannsynlighet, som presenteres under.

Verdi	Benevning	Sannsynlighet	Forklaring
1	Meget liten	Mindre enn 10 %	blir veldig overrasket om det skjer
2	Liten	Mellom 10 % og 35 %	tror ikke det vil skje
3	Moderat	Mellom 35 % og 65 %	kan skje
4	Stor	Mellom 65 % og 90 %	Ganske stor sjanse for det skjer
5	Svært stor	Større enn 90 %	blir overrasket om det <u>ikke</u> skjer

Figur 5. Måling for sannsynlighet, u.å, av Helse Sør – Øst, s. 11. (http://admininfo.helse-sorost.no/prosjektveiviser/Documents/Risiko/MAL_Risikoplan.pdf).

Med figur 5 så legges det frem om hvordan konsekvenser måles i prosjektet. Det skrives at konsekvensen skal angis for totalprosjektet og at det skal måles i parameterne økonomi, fremdrift, kvalitet og pasientsikkerhet (Helse Sør - Øst, u.å, s. 11). Konsekvensen kan være både positiv og negative effekter for prosjektet. Nedenfor, så legges figuren prosjektene skal benytte seg av når det kommer til måling av negative konsekvenser i prosjektet frem.

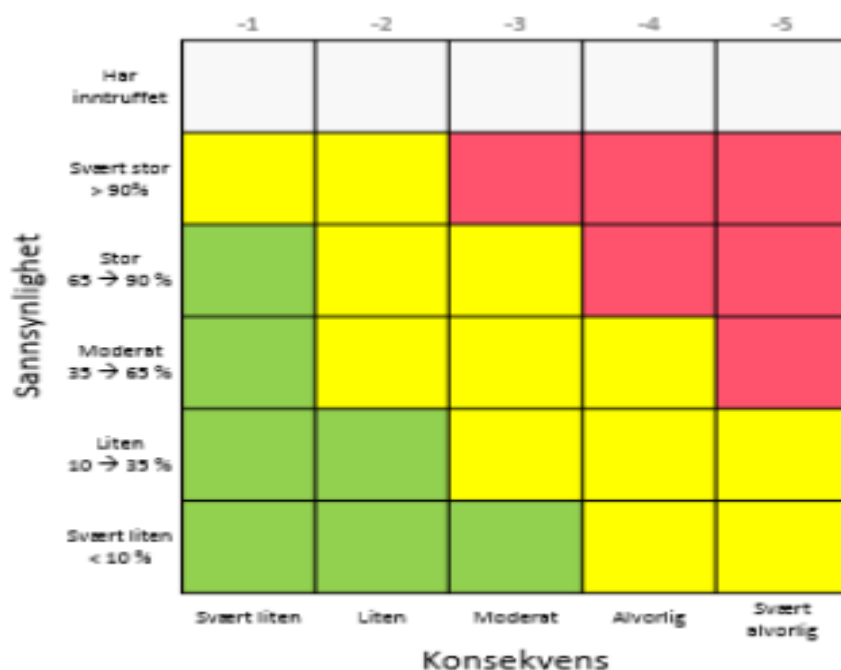
Verdi	Benevning	Betydning
-1	Marginal	Ubetydelige forverring i kvalitet, fremdrift og økonomi. Ubetydelig pasientskade, ubetydelige endringer i pasientens medisinske tilstand
-2	Liten	Hvis ett eller flere av punktene under slår til: <ol style="list-style-type: none"> 1. Forskyving i leveranser innenfor planlagt slakk 2. Finansiell effekt < x NOK 3. Kvaliteten (omfang/leveranser, brukskvalitet og/eller driftbarhet) må justeres ned i forhold til prosjektets egne (interne) ambisjoner 4. Mindre alvorlig pasientskade, mindre endringer i pasientens medisinske tilstand
-3	Moderat	Hvis ett eller flere av punktene under slår til: <ol style="list-style-type: none"> 1. Forskyving i leveranser ut over planlagt slakk, men uten å endre kritisk linje 2. x NOK < Finansiell effekt < y NOK 3. Kvaliteten blir litt dårligere enn avtalt 4. Alvorlig pasientskade. Alvorlig endring i pasientens medisinske tilstand.

-4	Alvorlig	Hvis ett eller flere av punktene under slår til: 1. Forskyving av leveranser på kritisk linje 2. $y \text{ NOK} < \text{Finansiell effekt} < z \text{ NOK}$ 3. Kvaliteten blir vesentlig dårligere enn avtalt 4. Svært alvorlig pasientskade. Fare for tap av liv
-5	Svært alvorlig	Hvis ett eller flere av punktene under slår til: 1. Sluttmilepæl ikke nådd (vesentlig utsettelse av prosjektets planlagte sluttdato) 2. Finansiell effekt $> z \text{ NOK}$ 3. Leveransen blir ikke akseptert 4. Tap av liv

Figur 6. Måling av negative konsekvenser, u.å, av Helse Sør – Øst, s. 12 – 13. (http://admininfo.helse-sorost.no/prosjektveiviser/_Documents/Risiko/MAL_Risikoplan.pdf).

4.2.1.3 Risikomatrise for trusler

Risikomatrise i prosjekter er noe HSØ benytter seg av. De skriver at risikoene som har en negativ konsekvens skal presenteres i en risikomatrise. Matrisen de benytter seg av ser nettopp slik ut:



Figur 7. Risikomatrise, u.å, av Helse Sør – Øst, s. 13. (http://admininfo.helse-sorost.no/prosjektveiviser/_Documents/Risiko/MAL_Risikoplan.pdf).

HSØ kommenterer at fargene i matrisen over angir minimumsnivå for rapportering og overvåkning (Helse Sør - Øst, u.å, s. 13). Risiko eier skal også beslutte om risikoen er

akseptabel og om det skal iverksettes tiltak for å redusere risikoen. Fargekodene som vises ovenfor, gir ikke føringer for om en risiko er akseptabel eller ikke. HSØ påpeker at en grønnrisiko kan være uakseptabel og at en rød risiko kan være akseptabel.

Noe som også benyttes i forhold til de negative konsekvensene er positive konsekvenser. HSØ har dermed laget en modell for dette. Modellen beskriver mer eller mindre hvilke risikoer som skal utnyttes og ikke. Denne modellen nevnes bare og blir ikke illustrert på grunnlag av at den ikke blir brukt i risikovurderingen som oppsummeres senere. Den blir nevnt også for HSØ har laget en tabell som forklarer fargekodene mer detaljert.

Fargekodene i matrisene har blitt forklart av HSØ som det nevnes ovenfor. HSØ forklarer at fargekodene gir føringer for risikohåndteringen og dette skal også illustreres nedenfor.

Føringer for risikohåndteringen	Lav	Middels	Høy	Positiv	Svært positiv
Godkjente akseptkriterier, eller risikoeier, gir føringer for strategi for å håndtere risiko (unngå, redusere, akseptere, øke eller utnytte risiko)	✓	✓	✓	✓	✓
Risikoeier beslutter hvilke tiltak som skal iverksettes for å håndtere risiko	✓	✓	✓	✓	✓
Utviklingen i risikonivået skal overvåkes (totalskår -10, -12 og lavere) ^o	-	✓	✓	-	-
En skriftlig plan skal etableres for overvåking av hver risiko	-	-	✓	-	-
Beslutningen og begrunnelsen for å akseptere risiko uten tiltak skal dokumenteres	-	-	✓	-	-
Beslutningen og begrunnelsen for å ikke utnytte risiko skal dokumenteres	-	-	-	-	✓

Figur 8. Føringer for risikohåndteringen, u.å, av Helse Sør – Øst, s. 16. (http://admininfo.helse-sorost.no/prosjektveiviser/Documents/Risiko/MAL_Risikoplan.pdf).

Som en kan se, så beskrives fargekodene i risikobildet ovenfor. De viser frem betydningen for de negative og de positive konsekvensene. Dette er et hjelpemiddel for dem selv og leseren for å forstå hva fargekodene betyr og gir samtidig et grunnlag for hvorfor den plasseres i det feltet. Modellen kan også derfor illustreres og brukes i sammenheng med risikovurderingen som har blitt brukt i forhold til Mjøssykehuset. HSØ kommenterer her at en dokumentert plan for overvåking skal lages for å beskrive hvem og hva som skal overvåkes og når det skal overvåkes. Med dette, så kommer dokumentet videre til risiko. Dette gjelder de ulike risikoene som har blitt identifisert og om konsekvensanalyser (Helse Sør – Øst, u.å, s. 16).

4.2.1.4 Risiko

Når det kommer til hva dokumentet kommenterer om risiko, så innebærer det hvordan man skal håndtere, overvåke, rapportere, risikoreserve og hvordan man lukker risikoen. Som det kommenteres så skal risikohåndtering være at man planlegger og implementerer besluttede tiltak og overvåke risikoen og prosessen for å iverksette tiltak (Helse Sør - Øst, u.å, s. 16). Dokumentet presiserer at rød risiko og gul skal ha en dokumentert plan for overvåkning.

Rapportering av risiko inngår i informasjonen for å dele videre informasjonsflyten i forhold til de ulike gruppene i prosjektet. HSØ har også flere former for rapportering. Dette gjøres igjennom ulike maler dem benytter seg for og som tas opp i de ulike vedtakene deres. De presiserer at rapporteringen skjer ved faseendring i prosjektmodellen, styringsgruppemøter og prosjekts teammøter (Helse Sør - Øst, u.å, s. 17).

Risikoreserve er noe som også tas til rede for i dokumentet. HSØ skriver «En eventuell risikoreserve bør involveres når prosjektet estimerer behov for finansiell risikoreserve» (Helse Sør - Øst, s. 18). I estimeringen, så er det flere punkter som skal tas til hensyn for. Disse er:

- Sannsynlighet for at risiko utløses og konsekvensen gitt at risikoen utløses
- Usikkerhet knyttet til grunnlaget for estimeringen av sannsynlighet og konsekvens
- Budsjettperioder
- Avhengigheter mellom risikoer og hvordan risikoen påvirker prosjektets omgivelser
- Kvalitative forhold (f.eks. kundens vilje til å la prosjektet skli i fremdrift, omfang mv.)

(Helse Sør - Øst, u.å, s. 18).

Dokumentet nevner til slutt at lukkede risikoer ikke skal slettes fra det risikoregisteret dem har, men det skal heller markeres som lukket. Med dette skal dem også gi et grunnlag for hvorfor og når risikoen ble lukket (Helse Sør – Øst, u.å, s. 18).

4.2.2 Konseptfase Sykehuset Innlandet HF – Risikovurdering av virksomheten før og etter idriftsetting av investeringstiltakene

Dette dokumentet er en risikovurdering av før og etter implementering av investeringstiltakene. Risikovurderingen starter med å definere hva målet og definisjonen er som utgangspunkt for dokumentet. Som jeg nevner tidligere i oppgaven, så skal jeg sette opp definisjonen fra risikovurderingen og risikoplanen opp imot hverandre senere i dokumentet. Derfor beskriver jeg bare hva målet med risikovurderingen er. HSØ

(2022) skriver at «Målet med tiltaket er å identifisere risiko - og sårbarhet med hensyn til uønskede hendelser for Sykehuset Innlandets virksomhet ved hvert av rettingsvalgene, samt å identifisere mulige tiltak for å redusere sannsynlighet og/eller begrense konsekvensen av slike hendelser» (s. 4).

4.2.2.1 Hva som risikovurderes

1. Alternativ med Mjøssykehuset – samlet drift av Sykehuset Innlandet etter idriftsetting av **Mjøssykehuset**
2. Null - pluss alternativet – den samlede driften av Sykehuset Innlandet etter idriftsetting av nytt sykehusbygg på **Hamar/Sanderud**
3. Alternativ med Mjøssykehuset – Samlet drift av Sykehuset Innlandet **i den perioden Mjøssykehuset etableres**
4. Null - pluss alternativet – samlet drift av Sykehuset Innlandet i den **i den perioden nytt sykehus på Hamar/Sanderud etableres**
(Helse Sør - Øst, 2022, s. 4).

Risikovurderingen presenterer også prosjektgruppen som har vært med på å lage risikovurderingen. Som jeg nevnte i metodekapittelet så skal jeg ikke legge frem navnene i prosjektgruppen. Jeg kommer uansett til å snakke om utvalget av prosjektgruppen i analysen og diskusjonen. Deltakerne i prosjektgruppen består av ansatte i HSØ.

Noe som kommer frem i dokumentet er hvordan arbeidet med risikoanalysen har vært. De ulike stegene har vært som følgende:

1. Organisering og planlegging. Definerer mål og etablerer rammer for analysen og oppnå omforent forståelse av oppgaven
2. Identifisere kritiske suksessfaktorer innenfor hvert målområde
3. Vurdering av eventuelle absolutte kriterier / objektive standarder (akseptkriterier).
4. Grovanalyse med identifisering av risikoområder. Identifiserer risiko (usikkerheter og tilstander) av betydning for det aktuelle målet
5. Risikovurdering:
 - Årsaksanalyse
 - Sannsynlighets - og konsekvensanalyse
 - Risikovurdering i forhold til akseptkriterier

- Kartlegging av tiltak/løsninger. Risikoreducerende effekter
6. Vurdering og oppfølging av tiltak, inkludert økonomisk konsekvens (etterfølgende arbeid med handlingsplan som ikke inngår i denne oppsummeringen)

(Helse Sør - Øst, 2022, s. 7).

4.2.2.2 Definerings av mål og etablering av rammer for analysen

Det som defineres som mål og etablering av rammer for analysen har blitt påpekt som ulike punkter. De ulike effektmålene deres er trygge og gode tilbud, gode fagmiljøer, god tilgjengelighet, organisering som underbygger gode pasientforløp og gode ressursutnyttelse (Helse Sør - Øst, 2022, s. 7).

ROS - analysen deres er gjort med følgende grunnpunkter

- Analysen omfatter hele helseforetakets drift
- I perioden fra vedtak er fattet og fram til ferdigstilling og
- Etter at investeringstiltakene er satt i drift
- Analysen omfatter ikke risiko knyttet til byggeprosessen

(Helse Sør - Øst, 2022, s. 7).

Videre i dokumentet så legges det frem hva de ulike kritiske suksessfaktorene er for hvert målområde. Disse er da under lagt de fem punktene som har blitt nevnt tidligere:

Trygge og gode tilbud

- Brukertilpasset pasientbehandling og opplæring hvor pasientene er aktive deltagere i helsehjelpen de mottar
- Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot.
- At den akutt syke pasient møtes av personale med rett kompetanse hele døgnet for rask avklaring av videre behandling
- Spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet
- Moderne pasientbehandlinger i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling.
- Bygningsmasse med utforming som gir mulighet til å ivareta personvern i henhold til GDPR
- Mulighet for økt egendekningsgrad

Gode fagmiljøer

- God rekrutteringsevne og evne til å beholde medarbeidere
- Mulighet for gode arbeidsforhold og arbeidstidsordninger
- Robuste fagmiljøer og vaktordninger som ikke er avhengig av kontinuerlig innleie
- Mulighet til å ivareta lovpålagte oppgaver innen utdanning og forskning, inkludert samarbeid med universitet og høyskoler
- At foretaket i størst mulig grad kan tilby utdanning løpene i egen regi
- Faglig utvikling for medarbeiderne, der forskning, utvikling, utdanning og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen

God tilgjengelighet

- Gode sammenhengende behandlingkjeder for akutt og planlagt behandling
- Likeverdige helsetjenester med lik mulighet for riktig behandling uavhengig av bosted
- Prehospitale tjenester av høy faglig kvalitet og med riktig tilgjengelighet
- Tilgang til moderne og framtidsrettet medisinsk-teknisk og annet teknisk utstyr
- Tidsriktig og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter, herunder enerom til pasientene
- Fleksible bygg med mulighet for spesialiserte rom, tilstrekkelig isolasjon og muligheter for tilpasninger under økt beredskap
- Bygningsmasse med god tilgjengelighet som er tilpasset alle brukergrupper
- Tilgang på grøntareal og skjermingsmuligheter for pasienter som har behov for det
- En ytre logistikk tilrettelagt for alle transportbehov, inkludert kollektivtransport

Organisering som underbygger gode pasientforløp

- Videre utvikling av desentraliserte tjenester nær der pasientene bor i tråd med faglig og teknologisk utvikling
- At pasientene kan utredes og behandles der de tas imot og at uhensiktsmessig flytting av pasienter mellom enheter unngås
- Nødvendig samhandling mellom fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk for at pasientene skal oppleve at fagfolk opptrer i team
- Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner

God ressursutnyttelse

- Optimal bruk av ressurser ved at personell i størst mulig grad kan brukes til aktiv pasientbehandling framfor passiv vaktberedskap
- Kostandeffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler
- Mulighet for rasjonell bruk og høy utnyttelsesgrad av medisinsk-utstyr
- Anskaffelse av oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og annen aktuell teknologi som byggene og virksomheten krever
- Digital infrastruktur som kan utnytte potensiale i dagens og framtidrettede digitale løsninger
- Bærekraftige og effektive løsninger med tanke på klima, ytre miljø og energisparende tiltak
- Økonomi til nødvendige investeringer, bygningsmessig utvikling og vedlikehold

(Helse Sør - Øst, 2022, s. 8)

Videre så kommer de frem til hva som kategoriserer de ulike momentene som er konsekvens og sannsynlighet. De har to forskjellige kategorier innenfor konsekvens, og det er funksjon/tjeneste og mennesker som vil si pasienter, ansatte, studenter, besøkende også videre (Helse Sør – Øst, 2022, s. 9). Nedenfor fremstilles tabellene som Sykehuset Innlandet har gjort innenfor konsekvenskategorier og sannsynlighetskategorier.

KONSEKVENSKATEGORIER – Funksjon/tjeneste

5. Svært alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med svært alvorlige følger. Død eller alvorlig skade på en eller flere personer
4. Alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med alvorlige følger. Mindre alvorlig, men behandlingskrevende skade, kort rehabiliteringstid, ikke varig mén.
3. Betydelig	Brudd på retningslinje / prosedyre / tradisjon. Belastende forhold for en gruppe personer
2. Mindre alvorlig	Indikasjoner kan tyde på at retningslinjer / prosedyrer ikke følges i tilstrekkelig grad. Belastende forhold for enkeltpersoner
1. Ubetydelig	Forholdet er ikke knyttet til brudd på retningslinjer eller prosedyrer. Enkelttilfeller av misnøye.

Figur 9. Konsekvenskategorier – Funksjon/tjeneste, 2022, av Helse Sør – Øst, s.9. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%202n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

Konsekvenskategorier for funksjon og tjeneste illustreres ovenfor. HSØ har satt egne retningslinjer for hva som beskriver de ulike punktene for konsekvenser rettet mot funksjon og tjeneste. Med dette kommer konsekvenser rettet mot mennesker, og modellen blir illustrert under dette avsnittet.

KONSEKVENSKATEGORIER – Mennesker

(pasienter, ansatte, studenter, besøkende)

5. Svært alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med svært alvorlige følger. Død eller alvorlig skade på en eller flere personer
4. Alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med alvorlige følger. Mindre alvorlig, men behandlingskrevende skade, kort rehabiliteringstid, ikke varig mén.
3. Betydelig	Brudd på retningslinje / prosedyre / tradisjon. Belastende forhold for en gruppe personer
2. Mindre alvorlig	Indikasjoner kan tyde på at retningslinjer / prosedyrer ikke følges i tilstrekkelig grad. Belastende forhold for enkeltpersoner
1. Ubetydelig	Forholdet er ikke knyttet til brudd på retningslinjer eller prosedyrer. Enkeltilfeller av misnøye.

Figur 10. Konsekvenskategorier – Mennesker, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 9. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>)

Disse to konsekvenstabellene som har blitt nevnt beskriver det samme, men bare i forskjellige kategorier. Sammen med dette så har dem også laget en modell for sannsynlighetskategorier, og den modellen skal beskrives nedenfor.

Sannsynlighet / varighet	Beskrivelse
5. Svært sannsynlig Kontinuerlig	Forventes å kunne skje ukentlig. Forhold som kan forventes å bli kontinuerlig til stede i virksomheten.
4. Sannsynlig Periodevis, lengre varighet.	Forventes å kunne skje månedlig. Forhold som forventes å opptre i lengre perioder, flere måneder.
3. Mindre sannsynlig. Flere enkeltilfeller.	Forventes å kunne skje årlig. Kjenner til at det har vært enkeltilfeller med kortere varighet.
2. Lite sannsynlig. Kjenner tilfelle.	Kjenner 1 tilfelle i løpet av en 3-års periode (som tilsvarer forventet driftsperiode).
1. Usannsynlig. Ingen tilfeller her.	Kjenner ingen tilfeller, men kan ha hørt om det i andre virksomheter.

Figur 11. Sannsynlighetskategorier, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 10. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>)

Sammen med disse tre modellen kan dem beskrive alvorlighetsgraden av risikoene dem har funnet i prosjektet sitt. Videre så tar dokumentet for seg andre forhold som er med å påvirke risikovurderingen. Dette er forhold som mer eller mindre kan spille en stor rolle for beslutningsgrunnlaget deres. Som problemstillingen min går utpå, så skal jeg se på risikovurderingen og beslutningsgrunnlaget deres i vurderingene. Derfor vil ekstern informasjon inkluderes og brukes i oppgaven.

Forhold som kom opp under styremøtet for risikovurdering er noe som har blitt tatt til betraktning. HSØ kommenterer samtidig at disse ikke kommer frem i denne risikovurderingen, men at de har blitt tatt til i betraktning til senere tid. I første punkt så kommer det frem at det er ønskelig å desentralisere medisinstudiet på Campus Innlandet (Helse Sør - Øst, 2022, s. 10). Det skrives at det skal komme et samarbeid med UiO om å redusere studieplasser i Oslo og å øke det i Innlandet. Hensikten med dette er at de ønsker å ha mer praksis på Mjøssykehuset når det er ferdig etablert. UiO kritiserer null pluss alternativet med å si at det er krevende å plassere en eventuell campus der. Dette gjør at det blir vanskeligere å finne riktig kompetanse til å holde undervisning. Det skaper enda mer reisevirksomhet for studentene og det er usikkert at UiO er villig til å velge Innlandet for å ha en desentralisert campus (Helse Sør - Øst, 2022, s. 10). HSØ kommenterer at med Mjøssykehus-modellen så er den største risikoen at studentene vil se det mindre attraktivt å bo mer landlig enn Oslo. I forhold til sykepleierutdanningen så blir denne studieretningen en suksessfaktor for Mjøssykehuset. Dette er fordi studentene kommer til å ha en mer sentralisert praksis enn den eksisterende praksisen for studentene.

4.2.2.3 Identifisering av risikoforhold

HSØ går videre til identifisering av risikoforhold. I dette kapitlet har dem laget grovmatriser over uønskede hendelser ved de to alternativene som de selv har valgt ut. De kommenterer at formålet med dette å få en oversikt over risikoomfanget og sikre at viktige krav og målsetninger blir belyst (Helse Sør - Øst, 2022, s. 11). Før jeg legger frem de ulike grovmatrisene så er det viktig å presisere hvordan HSØ har brukt dem. Dette har jeg gjort så det skal bli lettere for leseren og meg selv å få en tydelig oversikt. I matrisene har HSØ brukt id-markeringer for forhold/tilstand/suksessfaktorer og hvilke enheter/funksjoner den berører. Samtidig, så tar matrisene for seg risikoforhold når driften er samlet og i etableringsfasen. Etter grovmatrisene har blitt lagt frem så presenterer HSØ en tiltaksplan som illustreres videre

i matrisene. Under dette avsnittet legges det frem en oversikt for tilbudene og hvilke risikoer som kan ramme enhetene.

10.1.1 Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Trygge og gode tilbud	Gode fagmiljøer	God tilgjengelighet	Organisering som underbygger gode pasientforløp	God ressursutnyttelse
Berørt enhet/ funksjon					
Elverum	1		5		
Hamar					
Lillehammer	2				
Gjøvik					
Mjøssykehuset					
Lillehammer, Elverum, Tynset	3, 9		8	6	7
Andre					
Alle, med unntak av Mjøssykehuset					
Alle		4			

10.1.2 Null-pluss alternativet – Samlet drift

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Trygge og gode tilbud	Gode fagmiljøer	God tilgjengelighet	Organisering som underbygger gode pasientforløp	God ressursutnyttelse
Berørt enhet/ funksjon					
Elverum	1		5		
Hamar					
Lillehammer					
Gjøvik					
Andre					
Alle, med unntak av Hamar	3	4	8		
Alle	2, 9			6	7

10.1.3 Alternativet med Mjøssykehuset – Etablering

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Trygge og gode tilbud	Gode fagmiljøer	God tilgjengelighet	Organisering som underbygger gode pasientforløp	God ressursutnyttelse
Berørt enhet/ funksjon					
Elverum					
Hamar					
Lillehammer					
Gjøvik					
Mjøssykehuset					
Andre					
Alle		1			

10.1.4 Null-pluss alternativet – Etablering

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Trygge og gode tilbud	Gode fagmiljøer	God tilgjengelighet	Organisering som underbygger gode pasientforløp	God ressursutnyttelse
Berørt enhet/ funksjon					
Elverum					
Hamar					
Lillehammer					
Gjøvik					
Andre					
Alle		1		2	

Figur 12. Samlet drift og etablering for de to alternativene, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 11 – 12. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

I figurene ovenfor så peker HSØ mot løsningen med Mjøssykehuset. HSØ viser i begge fasene som illustreres at de har mindre risikoer når det kommer til det sistnevnte valget. I risikovurderingen peker HSØ på at de identifiserte uønskede hendelsen ble analysert med hensyn til funksjoner, enheter, mulige årsaker og konsekvenser som kan røre dem (Helse Sør - Øst, 2022, s. 13). Med dette skriver gruppen til HSØ at de øvrige punktene har blitt vurdert mot sannsynligheten for at dem skjer og hva som er konsekvensen om dem kommer til å inntreffe. En merknad som belyses av Elverum-Hamar divisjonen er at risikoen med rekruttering og det å få ansatt personell har en større risiko hos Mjøssykehusalternativet enn Null - pluss alternativet. Det vil si at det er vanskeligere å beholde og rekruttere nye ansatte.

HSØ kommer videre med en tydeligere beskrivelse av suksesskriteriene for at det skal leveres et godt helsetilbud til Innlandet. Ut ifra de kriteriene har dem etablert fire tabeller som viser frem hovedkriterier, delkriterier, mulig uønsket hendelse, berørt enhet, berørt funksjon, årsak – utløsningskilde, antatt konsekvens, konsekvenskode, sannsynlighet, primært tiltak og ny konsekvens og sannsynlighetskode. Modellene blir illustrert nedenfor og blir drøftet og forklart senere i oppgaven.

Alternativet med Mjøsøykehuset - Samlet drift												
HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig ønsket hendelse	id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utførelseskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot	Manglende tverrfaglighet	1	Elverum	Akutt indremedisin (5)	Færre spesialiteter, liten avdeling	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Triagering.	3	4
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot	Manglende tverrfaglighet	2	Lillehammer	Alle kliniske funksjoner	Færre spesialiteter	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	3	2	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Lillehammer sykehus. Triagering.	3	2
Trygge og gode tilbud	f) Bygningsmasse med utforming som gir mulighet til å ivareta personvern i henhold til GDPR	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse		Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle kliniske funksjoner	Fysiske forutsetninger vanskeliggjør konfidensialitet	Lovbrudd og brudd på retningslinjer	3	5	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern i større grad prioritere strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	3	4
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringsøve og evne til å beholde medarbeidere	Manglende rekrutteringsøve og stor turnover	4	Alle	Alle funksjoner	Mjøsøykehuset: Lokasjon og reisetid. Rekruttering kan bli redusert nordfra. Behov for ambulering Øvrige enheter: Manglende faglig bredde og uhenksmessige lokaler. Økt vaktbelastning Elverum: Ekstra utfordringer mht avstand til øvrige lokasjoner.	Utilstrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Alle enheter: Gjennomføre foreslåtte tiltak iht temask "Rekruttering og fremtidige kompetansebehov 200622" Mjøsøykehuset: Skape gode rammer rundt arbeidskultursjonen for den enkelte ansatte, eksempelvis ved etablering av transportløsninger, døgnpåse barnemagasin, mulighet for forskning og fagutvikling, fleksible arbeidsordninger mm.	3	3
God tilgjengelighet	b) Likeverdige helsetjenester med lik mulighet for riktig behandling uavhengig av bosted	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av innlandet	5	Elverum	Akutt indremedisin (5)	Smalere fagmiljø	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Triagering.	3	4
Organisering som underbygger gode pasientforløp	d) Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner	Enkelte gjenværende oppdelte funksjoner		Lillehammer, Elverum, Tynset	Fødselshjelp (3), Akutt kirurgi (4), Akutt indremedisin (5)	Selv med et nytt hovedsykehus vil det være enkelte oppdelte funksjoner	Oppdelte pasientforløp Oppdelte fagmiljøer Dårlig utnyttelse og tilgjengelighet av MTU Økt pasienttransport	2	3	Organisatoriske tiltak	2	3
God ressursutnyttelse	b) Kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler	Manglende reinvesteringsevne knyttet til eksisterende sykehusbygg		Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle funksjoner	Betalning av renter og medbetaling av lån på nytt bygg svekker evnen til reinvestering	Svekket driftsøkonomi og evne til reinvestering	2	3	Organisatoriske tiltak	2	3
God tilgjengelighet	e) Tidsriktig og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter, herunder enerom til pasientene	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse skaper konflikt for drift	6	Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle funksjoner	Stort moderniseringsbehov i eksisterende bygningsmasse	Forsinket modernisering	2	3	Investere i/etablere rokadelokaler	2	3
Trygge og gode tilbud	d) Spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen		Lillehammer, Elverum, Tynset	Fødselshjelp (3) Akutt kirurgi (4) Akutt indremedisin (5) Akutt ortopedi	Lavt pasientvolum	Redusert kvalitet på behandlingen	2	3	Organisatoriske tiltak	2	2

Figur 13. Alternativet med Mjøsøykehuset – samlet drift, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 14. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

Null-pluss alternativet - Samlet drift												
HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig ønsket hendelse	id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utførelseskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot	Manglende tverrfaglighet	3	Elverum	Akutt indremedisin (5)	Færre spesialiteter, liten avdeling	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom erstatningssykehus på Hamar og Elverum sykehus. Triagering.	3	4
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot	Manglende tverrfaglighet	2	Alle	Alle kliniske funksjoner	Færre spesialiteter	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	3	3	Vurdering av større grad av samling av funksjoner. Triagering. Forbedret digital samhandling.	3	3
Trygge og gode tilbud	f) Bygningsmasse med utforming som gir mulighet til å ivareta personvern i henhold til GDPR	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse		Alle, med unntak av Hamar	Alle kliniske funksjoner	Fysiske forutsetninger vanskeliggjør konfidensialitet	Lovbrudd og brudd på retningslinjer	4	5	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern i større grad prioritere strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	4	4
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringsøve og evne til å beholde medarbeidere	Manglende rekrutteringsøve og stor turnover	4	Alle, med unntak av Hamar	Alle funksjoner	Manglende faglig bredde og uhenksmessige lokaler. Stor vaktbelastning. Økt totalt behov for personell.	Utilstrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Organisatoriske tiltak	3	3
God tilgjengelighet	b) Likeverdige helsetjenester med lik mulighet for riktig behandling uavhengig av bosted	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av innlandet	5	Elverum	Akutt indremedisin (5)	Smalere fagmiljø	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom erstatningssykehus på Hamar og Elverum sykehus.	3	4
Organisering som underbygger gode pasientforløp	d) Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner	Uavklart og fragmentert funksjonsfordeling	6	Alle	Alle kliniske funksjoner	Mangel på et hovedsykehus	Oppdelte pasientforløp Oppdelte fagmiljøer Tautrekking om plassering av funksjoner Dårlig utnyttelse og tilgjengelighet av MTU Økt pasienttransport	3	4	Organisatoriske tiltak	3	4
God ressursutnyttelse	b) Kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler	Økt behov for personell og en mer krevende driftsøkonomisk situasjon	7	Alle	Alle funksjoner	Flere driftsenheter og parallelle fagmiljøer	Svekket driftsøkonomi og evne til reinvestering	3	5	Organisatoriske tiltak	3	5
God tilgjengelighet	e) Tidsriktig og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter, herunder enerom til pasientene	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse skaper konflikt for drift	6	Alle, med unntak av Hamar	Alle funksjoner	Stort moderniseringsbehov i eksist bygningsmasse	Forsinket modernisering	3	4	Investere i/etablere rokadelokaler	3	4
Trygge og gode tilbud	d) Spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen	3	Alle	Alle spesialiteter	Lavt pasientvolum	Dårligere kvalitet på behandlingen	3	4	Samordning av funksjoner	3	3

Figur 14. Null – pluss alternativet – samlet drift, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 15. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

10.2.3 Alternativet med Mjøssykehuset – Etablering

Alternativet med Mjøssykehuset - Etablering												
HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig uønsket hendelse	Id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utløsningskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringsveie og evne til å beholde medarbeidere	Økt turnover		Alle	Alle funksjoner	Mange blir berørt av omstilling	Utilstrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Tiltakspakke + kommunikasjonsiltak, skape forutsigbarhet og troverdighet overfor den enkelte ansatte. Ansattmedvirkning Styre nivå 4-ledere	3	3

10.2.4 Null-pluss alternativet - Etablering

Null-pluss alternativet - Etablering												
HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig uønsket hendelse	Id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utløsningskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringsveie og evne til å beholde medarbeidere	Økt turnover og redusert rekrutteringsveie		Alle	Alle funksjoner	Utfordrende driftssituasjon i overgangsperiode Færre blir berørt av omstilling	Utilstrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Tiltakspakke + kommunikasjonsiltak, skape forutsigbarhet og troverdighet overfor den enkelte ansatte. Ansattmedvirkning Styre nivå 4-ledere	3	3
Organisering som underbygger gode pasientforløp	d) Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner	Fragmentert funksjonsfordeling		Alle	Alle kliniske funksjoner	Mangel på et hovedsykehus	Oppdelt pasientforløp Oppdelt fagmiljøer Tautrekking om plassering av funksjoner Økolog utnyttelse og tilgjengelighet av MTU Økt pasienttransport Risiko for manglende mulighet til å utføre tiltak/innnevnet handlingsrom	3	4	Organisatoriske tiltak	3	3

Figur 15. Etableringsfremleggning til begge alternativene, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 16. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

Som det vises i modellene ovenfor, så illustrerer HSØ flere viktige punkter i begge valgene i de forskjellige fasene, og potensielt når dem er i drift. Disse blir videre forklart i analysen og brukt i drøftingskapittelet.

4.2.2.4 Behov for tiltak

Ut ifra de modellene som HSØ har laget, så har dem laget en oppsummering for hendelsens risikoprofil. De risikovurderte scenarioene har blitt vurdert før og etter tiltak. Matrisene under inneholder tre forskjellige fargekoder. Først og fremst så legges matrisene frem under dette avsnittet. I matrisene så er før tiltak venstre matrise og høyre er matrise etter tiltak.

11.1 Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift

5 - Svært alvorlig						5 - Svært alvorlig					
4 - Alvorlig				1, 5		4 - Alvorlig					
3 - Betydelig		2		4	3	3 - Betydelig		2	4	1, 3, 5	
2 - Mindre alvorlig			6, 7, 8, 9			2 - Mindre alvorlig			9	6, 7, 8	
1 - Ubetydelig						1 - Ubetydelig					
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2 - Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig	Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2 - Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

Figur 16. Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 17. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>)

Her skrives det at de røde er kritiske og skal endres snarest. HSØ har vurdert at det er identifisert ni ulike uønskede hendelser der tre blir plassert i kritisk sone. Etter tiltakene har det ikke blitt vurdert noen i rød sone (Helse Sør - Øst, 2022, s. 18). Risikoene som har blitt plassert i gul skal overvåkes og har et behov for endring over tid. Etter at det har blitt gjennomført tiltak så er det åtte risikoer som plasseres i dette området.

HSØ sin oppsummering av disse matrisene viser til at det er positivt at etter igangsatte tiltak så befinner det seg ingen risikoer i rødt område. Det negative her er omfanget av risikoene som befinner seg i gult område (Helse Sør - Øst, 2022, s. 18). Videre kommenteres det at risikoen blir redusert i alternativet med Mjøssykehuset i forhold til Null - pluss alternativet. Det kritiseres for at det blir mindre spesialisttjenester på de enkelte sykehusene, og at det er kritisk å etablere en god kommunikasjonsstruktur mot Mjøssykehuset (Helse Sør - Øst, 2022, s. 18). Videre påpeker HSØ at avstanden mellom Elverum og Moelv kan skape litt utfordringer for å beholde en akutt indremedisinsk avdeling i Elverum. Samtidig vil det å investere i den eksisterende bygningsmassen kunne skape driftsmessige utfordringer med tiden. Likedan vil det være vanskelig å rekruttere ansatte til de nåværende sykehusene, men samtidig vil det være nødvendig å skape gode rammer og gjøre det mer attraktivt for dem nyansatte på Mjøssykehuset (Helse Sør - Øst, 2022, s. 18).

11.2 Null-pluss alternativet – Samlet drift

5 - Svært alvorlig						5 - Svært alvorlig					
4 - Alvorlig				1, 5	3	4 - Alvorlig				3	
3 - Betydelig			2, 4, 6, 8, 9		7	3 - Betydelig		2, 4, 9	1, 5, 6, 8	7	
2 - Mindre alvorlig						2 - Mindre alvorlig					
1 - Ubetydelig						1 - Ubetydelig					
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2 - Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig	Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2 - Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

Figur 17. Null – pluss alternativet – Samlet drift, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 19. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%202n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

Ovenfor vises risikomatriksen for Null - pluss alternativet – Samlet drift fram. HSØ skriver at det ble identifisert ni ulike uønskede hendelser. I denne matrisen ble det plassert fire uønskede hendelser i rød sone før tiltak, men etter tiltak ble det to gjenværende i denne sonen (Helse Sør - Øst, 2022, s. 20). HSØ forklarer videre at GDPR identifisert i rød sone ved Null - pluss alternativet, men at det med gode retningslinjer og bygningsmessige oppgraderinger vil det kunne senke sannsynligheten for denne hendelsen. Noe som HSØ også påpeker videre er at økte bemanningsbehov og driftsøkonomiske situasjoner plasseres i rød sone. De identifiserte heller ingen tiltak som kunne redusere konsekvensen eller sannsynligheten for denne situasjonen. Samtidig påpekes det at det vil være en krevende situasjon, ettersom driftsøkonomien og evne for investeringer er svekket på grunn av de mange driftsenhetene og parallelle fagmiljøene som blir holdt spredt i dette alternativet (Helse Sør - Øst, 2022, s. 20). Samtidig identifiserte det syv uønskede hendelser i gul sone etter de foreslåtte tiltakene er gjennomført.

Det samlede bildet for Null - pluss alternativet viser en relativ høy risikoprofil ut ifra det HSØ skriver om risikomatriksen. HSØ skriver at mange små driftsenheter fører til store ulemper. Den eksisterende bygningsmassen har utfordringer i forhold til kravene for personvern (Helse Sør - Øst, 2022, s. 20). HSØ forutsetter at det bør bygges større arealer på de eksisterende sykehusene, som på sikt vil skape driftsøkonomiske problemer og midlertidig redusere kapasiteten for å gjennomføre ombyggingen. Det forklares at «Et lavere pasientvolum på de

ulike driftsenhetene vil medføre risiko for redusert kvalitet på behandlingen» (Helse Sør - Øst, 2022, s. 20). Videre skrives det at slik det er i dag så vil mangel på et hovedsykehus skape bekymring for en uavklart og fragmentert funksjonsfordeling. Konsekvensene innebærer oppdelte pasientforløp, økt pasienttransport og tautrekking om plassering av funksjoner (Helse Sør - Øst, 2022, s. 20).

11.3 Alternativet med Mjøssykehuset – etableringsperioden

5 - Svært alvorlig						5 - Svært alvorlig					
4 - Alvorlig						4 - Alvorlig					
3 - Betydelig				1		3 - Betydelig			1		
2 - Mindre alvorlig						2 - Mindre alvorlig					
1 - Ubetydelig						1 - Ubetydelig					
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig	Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

Figur 18. Alternativet med Mjøssykehuset – etableringsperioden, 2022, Helse Sør – Øst, s. 21. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%202n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

Ovenfor vises risikomatriksen for alternativet med Mjøssykehuset i etableringsperioden. HSØ skriver at det samlede bilde for etableringsperioden inneholder kun en uønsket hendelse. Den uønskede hendelsen knytter seg mot rekrutteringsutfordringer og en frykt for turnover. Det er mange mennesker som blir berørt av omstillingen og vil øke reiseavstanden for mange ansatte til Moelv (Helse Sør - Øst, 2022, s. 21). Risikoreducerende tiltak anses til å være tiltakspakker og god kommunikasjon.

11.4 Null-pluss alternativet - etableringsperioden

5 - Svært alvorlig						5 - Svært alvorlig					
4 - Alvorlig						4 - Alvorlig					
3 - Betydelig				1, 2		3 - Betydelig			1, 2		
2 - Mindre alvorlig						2 - Mindre alvorlig					
1 - Ubetydelig						1 - Ubetydelig					
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig	Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

Figur 19. Null – pluss alternativet – etableringsperioden, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 22. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%202n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

Risikomatriksen ovenfor viser frem Null - pluss alternativet i etableringsperioden. Den illustrerer at det er to uønskede hendelser som blir identifisert i gulsoner for etableringsfasen for dette alternativet. De to viser at rekrutteringsevnen trolig blir svært krevende i overgangsfasen, og at det kan oppstå en situasjon med utilstrekkelig bemanning og manglende kompetanse (Helse Sør - Øst, 2022, s. 22). Det å skape forutsigbarhet og troverdighet for ansatte blir veldig viktig. Nivå 4 - lederne vil stå i utfordringen tilknyttet sistnevnte risiko. Det nevnes også at mangel på et storsykehus vil skape utfordringer knyttet til en fragmentert funksjonsfordeling i overgangsfasen, slik det allerede er i Sykehuset Innlandet og har vært siden etableringen (Helse Sør - Øst, 2022, s. 22).

Til slutt i dokumentet kommer det frem forslag til tiltak som skal være et grunnlag for en handlingsplan til de ulike risikomatriksene i etableringsfasen og samlet drift. Disse tiltakene blir videre drøftet i analysen og drøftingen ettersom HSØ ikke utdyper disse i dokumentet. Først presenteres alternativet med Mjøssykehuset i samlet drift, så Null - pluss i samlet drift, alternativet med Mjøssykehuset i etableringsperioden og til slutt Null - pluss alternativet i etableringsperioden.

12.1 Alternativet med Mjøssykehuset – samlet drift

REF.	Handelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens Gradert 1-5	FORBEDRER FØLGENDE FORHOLD	Eier	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/ STATUS
1	Manglende tverrfaglighet	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Triagering.						
2	Manglende tverrfaglighet	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Lillehammer sykehus. Triagering.						
3	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern i større grad prioritere strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse						
4	Manglende rekrutteringsøve og stor turnover	Alle enheter: Gjennomføre foreslåtte tiltak iht temasak "Rekruttering og fremtidige kompetansebehov 260622" Mjøssykehuset: Skape gode rammer rundt arbeids situasjonen for den enkelte ansatte, eksempelvis ved etablering av transporttjeninger, døgnpne barnehage tilbud, mulighet for forskning og fagutvikling, fleksible arbeidstidsordninger mm.						
5	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av innlandet	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Triagering.						
6	Enkeltstående oppdelte funksjoner	Organisatoriske tiltak						
7	Manglende reinvesteringsevne knyttet til eksisterende sykehusbygg	Organisatoriske tiltak						
8	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse skaper konflikt for drift	Investere i/etablere rokadelokaler						
9	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen	Organisatoriske tiltak						

Figur 20. Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 23. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

12.2 Null-pluss alternativet – samlet drift

REF.	Handelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens Gradert 1-5	FORBEDRER FØLGENDE FORHOLD	Eier	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/ STATUS
1	Manglende tverrfaglighet	Kommunikasjon mellom erstatnings sykehus på Hamar og Elverum sykehus. Triagering.						
2	Manglende tverrfaglighet	Vurdering av større grad av samling av funksjoner. Triagering. Forbedret digital samhandling.						
3	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern i større grad prioritere strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse						
4	Manglende rekrutteringsøve og stor turnover	Organisatoriske tiltak						
5	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av innlandet	Kommunikasjon mellom erstatnings sykehus på Hamar og Elverum sykehus.						
6	Uavklart og fragmentert funksjonsfordeling	Organisatoriske tiltak						
7	Økt behov for personal og en mer krevende driftsøkonomisk situasjon	Organisatoriske tiltak						
8	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse skaper konflikt for drift	Investere i/etablere rokadelokaler						
9	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen	Samordning av funksjoner						

Figur 21. Null – pluss alternativet – samlet drift, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 24. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

12.3 Alternativet med Mjøssykehuset – etableringsperioden

REF.	Hendelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens Grader 1-5	FORBEDRER FØLGENDE FORHOLD	Er	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/ STATUS
1	Økt turnover	Tiltakspakke + kommunikasjons tiltak, skape forutsigbarhet og troverdighet overfor den enkelte ansatte. Ansattmedvirkning Styrke nivå 4-ledere						

12.4 Null-pluss alternativet – etableringsperioden

REF.	Hendelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens Grader 1-5	FORBEDRER FØLGENDE FORHOLD	Er	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/ STATUS
1	Økt turnover og redusert rekrutteringsveie	Tiltakspakke + kommunikasjons tiltak, skape forutsigbarhet og troverdighet overfor den enkelte ansatte. Ansattmedvirkning Styrke nivå 4-ledere						
2	Fragmentert funksjonsfordeling	Organisatoriske tiltak						

Figur 22. Etableringsperioden for begge alternativene, 2022, av Helse Sør – Øst, s. 25. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.)

Som jeg nevner ovenfor, så blir disse tiltaksplanene fra HSØ videre utdypet i analysen og drøftingen. Planene inneholder mer eller mindre informasjon som skal forstås og tolkes. Dersom de hadde utdypet mer informasjon om disse hadde dette også blitt tydelig lagt frem. Etter dette kapittelet så skal fellesnevnerne fra disse to dokumentene settes opp imot hverandre og tydeliggjøres før det skal analyseres og drøftes sammen med teori.

4.2.3 Rapport tilleggsoppdrag Del 1 konseptfase steg 1

Beslutning – Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF

Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF er et dokument jeg har valgt å dele opp i mindre biter for å plukke ut det som vurderes å være det mest relevante fra dokumentet.

Informasjonen som er uthentet her ifra bygger videre på dokumentet som er oppsummert ovenfor, og gir en mer utfyllende flyt i analyse og drøfting. Dokumentet nevner også økonomiske perspektiver som aktualiserer oppgaven videre. Rapporten tar også for seg begge alternativene som HSØ har valgt ut når det kommer til utbedring av sykehusstrukturen.

Dette er et dokument som hovedsakelig handler om hvordan en trinnvis utbygging i Mjøssykehusalternativet muligens kan bidra til å redusere risiko i omstillings - og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom. Dokumentet er laget igjennom et foretaksmøte. Tidspunktet dokumentet ble laget og godkjent er 13.02.2023. Igjennom noen måneder etter risikovurderingen ble laget, så har HSØ vurdert risikoene deres over tid og begynt å lage en mer grundig og nøyere analyser. HSØ gjennomfører foretaksmøter og skriver

et referat fra møtene, og gjør disse om til dokumenter som allmenheten kan lese og vurdere. Metoden HSØ har benyttet seg av er å få Sykehuset Innlandet til å gjennomføre en skriftlig innspillsrunde. Dokumentet ble sendt til Brukerutvalget, ungdomsrådet, divisjoner, tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaks- og divisjonsnivå, fagråd og faggrupper. Innspillsrunden dreide seg om å få innsynsvinkler på fordeler og ulemper ved ulike alternativer for en trinnvis utbygging, sammenlignet med en sammenhengende utbygging av Mjøssykehuset (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 10).

Dokumentet ser nærmere på omstillingsrisikoen, ettersom det er et stort antall med ansatte som må bytte arbeidsplass dersom alternativet med Mjøssykehuset skal realiseres (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 10). Omfanget med ansatte som skal mulig igjennom denne prosessen er omkring 4000. HSØ forklarer at dette er noe som vil skje ettersom Mjøssykehuset skal inneholde en samlet spesialisering innenfor flere områder. Fordelen med dette er å få samlet somatikk og psykiatri, da psykiatrispasientene mangler somatisk hjelp på sykehusene (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 11). Valget med å ha en trinnvis utbygging av sykehuset og gradvis omflytting av avdelinger er slik at det berører færre avdelinger og at alt skjer ikke på en gang. HSØ skriver «Sykehuset Innlandet HF har igjennom den interne medvirkningsprosessen fått innspill om at organisasjonen ser få fordeler ved trinnvis utbygging» (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 38). Den interne medvirkningsprosessen beskriver en del faktorer som kan være med å redusere risikoen i en trinnvisutbygging. Disse er:

- En godt planlagt trinnvis innflytting av de ulike sykehusene og fagområdene i et hensiktsmessig tidsperspektiv kan redusere risiko i omstillingsprosessen
- For alle skisserte risikoområder, pasient og kvalitet, ansatte og organisasjonen, bør en i årene før innflytting standardiserte pasientforløp og arbeidsprosesser og gjennomgå trening og opplæring både på individ, gruppe- og organisasjonsnivå
- En strukturert endringsledelse og organisasjonsutvikling, inkludert tilpasning av organisasjonen i forkant av innflytting
- Ivaretagelse av ansatte, herunder å redusere behovet for at ansatte må skifte arbeidssteder flere ganger enn nødvendig
- En avklaring om framtidig sykehusstruktur vil redusere risiko ved å bidra til å skape ro og bidra til å beholde og rekruttere ansatte (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 38).

Samtidig pekes det på at risiko kan økes i forhold til pasient og kvalitet dersom det blir gjennomført en trinnvis utbygging. Det skrives at det fortsatt vil være fragmenterte fagmiljø, uønsket variasjon i tilbud og kvalitet fram til trinn 2 er realisert. Videre kommer det til å være økte avstander mellom samarbeidende enheter og et økt behov for transport av pasienter og følgetjeneste (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 38). Den trinnvise utbyggingen fører til utsetting av faglige gevinster som er helhetlige pasientforløp, samling av små og sårbare fagmiljøer og samling av tverrfaglige miljøer. Det vil også være en videreføring av pasientbehandling i gamle og uhensiktsmessige lokaler. Videre skriver HSØ at det vil være utfordringer med skjerming av pasientbehandling parallelt med aktivitet på byggeplassen. Til slutt, så vil det være risiko for at foretaket ikke klarer å opprettholde funksjoner og tjenestetilbud (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 39).

Dokumentet forklarer videre at omstillingsrisikoen som oftest er knyttet imot de ansatte. Som det skrives fører dette til splittelse av ansatte og avdelinger, som videre fører til at de ansatte må innstille seg på å jobbe med nye sjefer og medarbeidere (Helse Sør - Øst, 2023, s. 39). Samtidig leder dette videre mot at de ansatte må jobbe med ny teknologi, arbeidsprosesser og tilegne seg ny kompetanse. Omstillingsrisiko knyttes seg også mot organisasjonen i seg selv. HSØ tar derfor med seg risiko knyttet mot organisasjonen. De skriver at:

- Trinnvis utbygging vil øke investeringskostnaden
- Trinnvisutbygging utsetter og reduserer driftsgevinstene
- Behov for å organisere flere omstillingsprosesser, som er kostbart og trekker lederkraft og fokus bort fra daglig drift
 - Kan gi behov for en midlertidig lederstruktur
- Behov for fortsatt drift på mange steder og vedlikehold av gamle uhensiktsmessige lokaler
- Videreføring av flere små og sårbare enheter i et usikkert tidsperspektiv
- Usikkerhet om trinn 2 blir gjennomført
- Vanskelig å etablere en felles kultur og felles arbeidsformer
 - Utfordrende for de som kommer inn i trinn 2 å ta del i faglig utvikling og utforming av arbeidsrutiner og arbeidsmiljø
 - Utfordrende å opprettholde motivasjonen hos ansatte som må vente til trinn 2

(Helse Sør - Øst, 2023a, s. 40).

Ut ifra disse faktorene, så nevner HSØ at risikoen med en trinnvis utbygging som tiltak for å redusere risikoen i omstillings og utviklingsprosessen er for stor (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 40). HSØ argumenterer for at ulempene er for store i forhold til fordelene. Dokumentet tar videre for seg at en gradvis innflytting over en hensiktsmessig tidsperiode vil heller være et bedre risikoreduserende tiltak for å ikke overskride risikoen.

4.2.4 Rapport tilleggsoppdrag, deloppdrag 2, konseptfasen steg 1

I starten av dokumentet skrives det «Mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart» (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 1). Dette dokumentet er en videreføring av dokumentet som er oppsummert ovenfor. Rapporten tar for seg perspektivene for Null - pluss og Mjøssykehuset som alternativer. I hovedsak så skal dokumentet identifisere hvilke tiltak som bør iverksettes for å redusere risikoen for at medarbeidere slutter fra beslutning frem til byggestart dersom Null - pluss alternativet velges (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 6). HSØ skriver også at det samme gjelder for dersom Mjøssykehus alternativet skulle velges.

Metodisk tilnærming for dette dokumentet er at det skulle gjennomføres en skriftlig innspillsrunde på de ulike avdelingene. Samtidig fikk divisjonene arbeid å gjennomføre en risiko og sårbarhetsanalyse for at medarbeiderne slutter på avdelingen (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 6). De skriver videre at de har samlet inn informasjon på Sykehuset Innlandet sin intranettside «minSide» ettersom de skriftlige innspillene ble gjennomført der. Samtidig skriver HSØ at dem benytter seg av definisjonen av risiko der *sannsynlighet x konsekvens* benyttes i ROS - analysen de laget. Det vil si hva sannsynligheten er for at medarbeiderne slutter og hva konsekvensen av det vil være (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 7). Denne metoden ble sett opp imot begge alternativene. Samtidig gjennomført Sykehuset Innlandet en spørreundersøkelse som ble sendt til ansatte med mer enn en 0% stilling, for å kartlegge de to kriteriene som nevnes i øverste avsnitt i oppsummeringen.

HSØ bruker begrepet turnover i dokumentet. Turnover defineres som det å ha tanker eller planer om å forlate jobben sin eller å søke en ny jobb, noe som preger dette dokumentet mye (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 8). Risikoen i dokumentet knyttes mot bibehold av ansatte og at de

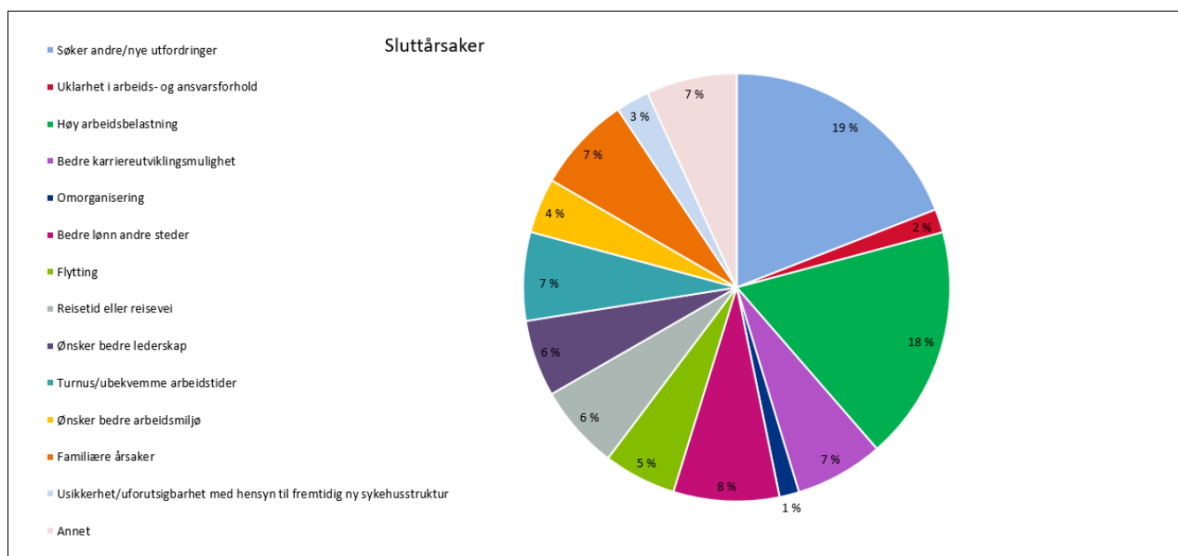
skal gjennomføre tiltak for å forebygge at ansatte finner seg en ny jobb og at dem mister fagkunnskap. HSØ påpeker at ledelse er det som stort sett knyttes opp mot turnover, ettersom det er de som kan ha en stor påvirkningsfaktor på de ansatte. Ut ifra sluttundersøkelsen HSØ gjennomførte kom det frem noen punkter som kan være en årsak til slutt i jobben. Disse er:

- Søker nye utfordringer
- Uklarhet i arbeids- og ansvarsforhold
- Høy arbeidsbelastning
- Bedre karrieremuligheter
- Omorganisering
- Bedre lønn andre steder
- Flytting, reisetid eller reisevei
- Ønsker bedre lederskap
- Turnus/ubekvemme arbeidstider
- Ønsker bedre arbeidsmiljø
- Familiære årsaker
- Annet

(Helse Sør - Øst, 2023b, s. 9 - 10).

Med dette så legger Sykehuset Innlandet inn en viktig årsakskode, og denne er usikkerhet/uforutsigbarhet knyttet mot fremtidig sykehusstruktur. Dokumentet tar videre for seg undersøkelser som er gjort av andre organisasjoner for å styrke vurderingsgrunnlaget deres. Disse er Statistisk sentralbyrå, COWI AS og Vista Analyse. SSB påpeker at behovet for omsorgspersonell i årene fremover vil betraktelig øke. Det vil si sju prosent i spesialhelsetjenesten og 10 prosent i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Samfunnsanalysen som COWI AS og Vista Analyse har gjennomført påpeker sammen med SSB at det vil bli en økning i aldrende/eldre i Innlandet. Dette vil være et tegn på en kommende eldrebølge. HSØ skriver at det vil være utfordringer sannsynlig knyttet mot å rekruttere riktig personell og fagkyndige fremover. Dette er i likhet med andre helseforetak. Dette er godt dokumentert og bevist på grunn av økt arbeidsbelastning. Flere årsaker til dette er økt sykefravær, sårbart bemanningsnivå, høy vaktbelastning, få spesialister og små, sårbare fagmiljø (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 10). Nedunder legges figur 23 frem, som beskriver tilbakemeldingene til sluttårsakene.



Figur 23. Tilbakemeldingene til sluttårsakene, 2023b, av Helse Sør – Øst, s. 11. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2023-01/006-2023%20Vedlegg%2001%20Rapport%20tilleggsoppdrag%20-%20Deloppdrag%202.pdf>.)

HSØ har laget en modell som skal komme med tiltak for det nevnte utfordringsbildet, og modellen kan ses under dette avsnittet. De skriver konkret at de ønsker å:

- Redusere turnover og beholde medarbeidere med riktig kompetanse gjennom å være en god arbeidsgiver
- Arbeide målrettet med identifiserte sårbare områder hvor det er krevende å rekruttere
- Planlegge for den varslende framtidige mangelen på helsepersonell

(Helse Sør - Øst, 2023b, s. 13 - 14).

Område 1. God drift	Område 2. Fokusområder	Område 3. Større omstillinger
<p>Tiltaksområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt nærvær • Redusert turnover og bedre rekrutteringsevne • Økt aktivitet • Bedre oppgavedeling og arbeidsflyt • Økt fokus på ledelse • Bemanningskontroll • Ressursstyring 	<p>Tiltaksområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Høykostmedisiner • Pasientreiser • Øking av andel digitale konsultasjoner • Rett antall kontroller • Bruk av privat rehabilitering 	<p>Vurderingskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faglige konsekvenser • Økonomisk effekt • Gjennomførbarhet

Figur 24. Tiltak til utfordringsbildet, 2023b, av Helse Sør – Øst, s. 14. (<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2023-01/006-2023%20Vedlegg%2001%20Rapport%20tilleggsoppdrag%20-%20Deloppdrag%202.pdf>.)

4.2.4.1 Risikoreduserende tiltak i omstilling- og endringsprosesser

Under dette kapittelet legger HSØ frem viktige faktorer når det kommer til etableringen av Mjøssykehuset. Disse faktorene omhandler den lange reiseveien fra de ulike sykehusene som eksisterer nå, og hvor mange personer som berøres av omflyttingen. Mjøssykehusalternativet fører til at omkring 4000 skal bytte arbeidsplass, mens det med Null - pluss er estimert at 1000 personer bytter arbeidsplass (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 17). HSØ kommer også med tiltak for å redusere risikoen for turnover som følge av usikkerhet. Tiltakene de nevner er inngåelse av omstillingsavtale og gjennomføre opplæring. Det skal gis god informasjon, god medvirkning i konseptfasen steg to og systematisk arbeid med organisasjonsutvikling. HSØ skal også komme med tiltak for å redusere bekymring knyttet til framtidig økt reisevei og tiltak for å redusere bekymring for manglende faglig samling og økonomisk bærekraft (Helse Sør - Øst, 2023b, s.20).

Videre i dokumentet oppsummerer HSØ de ulike divisjonenes ROS - analyser. Da disse ROS – analysene er ganske like og fokuserer på de samme tiltakene, så oppsummerer jeg disse kort og konkret. Den viktigste informasjonen fra disse avsnittene er at fokusområdet er på hva sannsynligheten er for at hendelsen inntreffer, og hva konsekvensen av det vil være. ROS – analysene fokuserer ikke i stor grad på hva usikkerhet er, men de nevner at usikkerhet kan knyttes opp imot den enkelte ansatte om fremtiden rundt sykehusstrukturen og deres arbeidsplass. Usikkerhet knyttes mer opp mot beslutningen om det blir et storsykehus eller ikke. Dokumentet tar for seg hvilke tiltak som bør gjennomføres for å redusere risikoen for turnover. Samtidig fokuseres det på hvordan de ulike divisjonene berøres av restruktureringen. Dersom Mjøssykehuset skal realiseres, så er det en stor omstillings - og endringsfase hele Sykehuset Innlandet skal igjennom.

Avslutningsvis skrives det at det er viktig for sykehuset å få en avslutning på sykehusdebatten for å sikre et strategisk satsningsområde og framtidig struktur og retningsvalg. Dette på grunnlag av at Sykehuset Innlandet ønsker å fokusere på hvordan de skal implementere relevante tiltak for å beholde og rekruttere ansatte, for å sikre økonomisk og faglig bærekraft (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 37). Disse punktene er et viktig fokusområde uansett satsningsområdet, og for å sikre sine egne suksess kriterier og mål for fremtiden.

4.3 Kildekritikk

Den metodiske tilnærmingen har blitt forklart i de ulike dokumentene. Det første dokumentet er et styrende dokument laget av HSØ som kan benyttes under prosjekter som er styrt av HSØ. Det er HSØ selv som står for dokumentet som aktualiserer dette dokumentet og de andre. Risikovurderingen som er gjennomført av en prosjektgruppe fra HSØ som der igjen styrker de funnene jeg har gjort i det dokumentet. Samtidig kan jeg være sikker på at innholdet er laget på en god tilnærming. De har benyttet seg av analysene COWI AS har laget og egne dokumenter gjennomført av HSØ og de ulike divisjonene i Sykehuset Innlandet. Prosjektgruppen inneholder personer som er særdeles relevant for problemstillingen og risikovurderingen de har gjennomført. De to siste dokumentene er gjort igjennom foretaksmøter. Samtidig har dem metodiske tilnærminger som nevnes i oppsummeringen deres. De har brukt ulike metoder for å samle inn data fra fagkyndige personer innenfor helsesektoren i Innlandet. Det som kan settes spørsmålsteget er om de har gjennomført de samme spørreundersøkelsene flere ganger for å sørge for en kvalitetssikring av dokumentene.

I neste kapittel skal dokumentene analyseres og tolkes. Som det nevnes, så skal dette kapitlet gi leseren en større forståelse for dokumentene jeg har valgt ut og hvordan min tolkning er i forhold til disse. Jeg skal understøtte analysen min med fagbegreper og forskningsrelaterte temaer før jeg bruker oppgaven sin helhet i drøftingen. Hittil har jeg laget en åpen oppgave med synspunkter og tolkninger, så jeg skal komme med min egen tolkning forståelse for dokumentanalysen jeg har gjennomført. Jeg vil også nevne at avisartikler og media sine synspunkter er også noe jeg har benyttet meg av for å belyse min egen forståelse for dokumentene.

Ovenfor kan en se at jeg har oppsummert relevante dokumenter for problemstillingen jeg har valgt å benytte meg av i denne oppgaven. Som nevnt i metodekapitlet, så har jeg benyttet meg av et kvalitativt utvalg av dokumenter ettersom de er særdeles relevante og omfattende. Kvalitativ studie er også noe jeg måtte benytte meg av, ettersom det har vært et begrenset utvalg av dokumenter rettet mot problemstillingen og temaet. Neste kapittel er analyse og her vil jeg gå nærmere innpå dokumentene og analysere innholdet grundig for å bygge opp og understøtte drøftingen i oppgaven.

5.0 Analyse

I dette kapitlet skal jeg gjennomføre en dokumentanalyse av dokumentene jeg har valgt ut. Ettersom det er en kvalitativ studie, så blir dokumentene mer omfattende å analysere. Som jeg nevner skal jeg aktualisere dokumentanalysen med forskningsrelatert innhold og nyheter som angår restruktureringen av Sykehuset Innlandet. Først og fremst vil jeg fremlegge den valgte metoden og benytte denne på funnene, så beskrive de mer i detalj.

5.1 Beskrivelse av datamaterialet

Som jeg beskriver i underkapitlet kildekritikk, så beskriver jeg datamaterialet. Jeg beskriver det på måten HSØ har samlet den inn, hvordan de har brukt den og hvordan den aktualiserer problemstillingen min. Som jeg nevner i metoden så har jeg benyttet meg av en kvalitativ dokumentanalyse. Som koding og for å gjøre det lettere for meg selv, så har jeg brukt tverrsnittbasert metode for å lage røde tråder med funnene mine i dokumentene jeg har brukt. I utgangspunktet har jeg valgt ut de mest relevante dokumentene av den dataen som er tilgjengelig. Der igjen har jeg både brukt hele dokumenter, men også plukket ut kun det mest interessante og relevante for oppgaven min. For å gjøre dette har jeg benyttet meg av kodeord som «risiko, sannsynlighet, konsekvens og analyse». Disse søkeordene i dokumentene har bidratt til å konkretisere oppsummeringen min ovenfor. Søkeordene har også hjulpet meg med å finne setninger, meninger og poeng HSØ har gjort igjennom deres egne funn. I oppsummeringen ovenfor har jeg beskrevet metoden, innsamlingsmetoden og hvordan de har brukt informasjonen i dokumentene.

Dokumentene jeg har valgt ut har blitt plukket ut ifra det som hjelper meg med å besvare problemstillingen på en best mulig måte, ut ifra de tilgjengelige dokumentene. Som jeg har beskrevet i metodekapitlet, så har jeg fremlagt prosessen for hvordan jeg fant de utvalgte dokumentene. Det var flere dokumenter som var tilgjengelig, men ikke alle har vært relevante å bruke i oppgaven. Dokumentene som har blitt brukt fyller ut problemstillingen på en god måte og aktualiserer helheten med forskjellig informasjon som knyttes sammen.

5.2 Presentasjon av resultater

I dette kapitlet vil jeg legge frem de viktigste funnene fra dokumentanalysen jeg har gjennomført. Som en kan se ovenfor har jeg vist frem beskrivelse av datamaterialet nærmere for å illustrere nærmere mine funn. Dokumentene nedenfor inneholder både helhetlig informasjon, men også nærmere utvalgt informasjon med mer relevans for oppgaven enn resterende innhold i dokumentene.

For å skille dokumentene tydelig, så vil jeg presentere ulike aspekter ved dokumentene individuelt. Jeg vil derfor presentere og bruke risikoplanen for det første dokumentet, risikovurdering for det andre dokumentet, tilleggsoppdrag 1 og tilleggsoppdrag 2 for de siste dokumentene. Samtidig vil jeg også påpeke at jeg vil utale dokumentene slik som ovenfor når de skal bli forklart eller snakket om. Hvis jeg skal bruke et uttrykk for eksempel risikoplan eller analyse vil jeg skille disse begrepene ved å skrive HSØ sin risikoplan eller analyse når de skal skrives om.

5.2.1 Risiko

Først skal funnene om risiko presenteres, da denne oppgaven i hovedsak fokuserer på risiko. Hvordan risiko fra risikovurderingen og risikoplanen brukes og defineres skal her presenteres, og i diskusjonskapitlet skal de videre analyseres, tolkes og diskuteres opp imot hverandre.

5.2.1.1 Risikodefinsjon

Når det kommer til definering av risiko i risikoplanen og risikovurderingen, kan man se en stor forskjell. Risikoplanen følger ISO 31000:2009 sin definisjon, mens risikovurderingen bruker sin egen definerte definisjon. Nedenfor presenteres disse definisjonene i en tabell for å gi en bedre oversikt over dem.

Dokumenter HSØ	Definisjon av risiko
<p>Risikovurdering av restruktureringen av sykehusstrukturen</p> <p>Rapport tilleggsoppdrag, deloppdrag 2, konseptfasen steg 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko er et uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse. Risikoen vurderes ut fra sannsynligheten for at hendelsen inntreffer og konsekvensene den vil medføre dersom hendelsen inntreffer. • I denne sammenheng betyr risikoen hvilke uønskede hendelser som kan hindre at Sykehuset Innlandet kan opprettholde sin virksomhet på en forsvarlig måte både i forhold til trygge og gode tilbud, gode fagmiljøer, god tilgjengelighet, organisering som underbygger gode pasientforløp og god ressursutnyttelse. <p>(Helse Sør - Øst, 2023b, s. 4)</p>
<p>Risikostyring av prosjekter</p> <p>ISO 31000:2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «Virkingen av usikkerhet knyttet til mål». • Merknad 1: En virkning er et avvik fra det forventede. Avvik kan oppfattes som positivt eller negativt. Virkingen kan omfatte både positive og negative konsekvenser. • Merknad 2: Usikkerhet er en tilstand hvor det mangler informasjon, forståelse av eller kunnskap om en hendelse, dens konsekvens eller mulighet for at den forekommer. <p>(Helse Sør - øst, u.å, s. 7)</p>

Tabell nr. 3 Definisjon av risiko i dokumentene

I tabellen ovenfor kan man se forskjellene på definisjonene som er benyttet.

Risikovurderingen og tilleggsoppdraget deloppdrag 2 benytter seg av sannsynlighet og konsekvens definisjonen. Risikoplanen, som er et overordnet og styrende dokument, vektlegger virkningen av usikkerhet knyttet til mål. Definisjonen tar forbehold av at virkningen er et avvik fra det forventede og at dette kan være både positivt og negativt.

Usikkerhet forklares også med at det er mangel på informasjon, forståelse og kunnskap om en hendelse og dens konsekvens eller muligheten for at den forekommer mangler.

Risikoplanen viser til hvordan risiko skal identifiseres i prosjektet og det er med at prosjektteamet og aktuelle interessenter finner fremt til risikoer som er både negative og positive. Risikovurderingen sitt prosjektteam vektlegger de negative konsekvensene og ikke de positive igjennom risikovurderingen som presenteres. Risikoplanen og risikovurderingen sitt arbeid med risiko blir forklart i separate underkapitler før de skal sammenlignes og drøftes.

5.2.2.2 Risikoplanen til HSØ

Risikoplanen til HSØ støtter opp sin definisjon av risiko med en figur uthentet fra ISO 31000:2009, som de har omgjort til en egen figur (Helse Sør - Øst, u.å, s. 4). Den viser retningslinjer og prinsipper for arbeidet med risiko. I dette dokumentet er modellen illustrert som figur 4. Modellen viser til planlegging, identifisere, analysere, evaluere, håndtere og overvåke risikoen. Sammen med dette så har dem satt opp en klar metode for hvordan de arbeider og kartlegger risiko. I risikoplanen har dem en overordnet metode for hvordan man skal håndtere, overvåke, rapportere, risikoreserve og hvordan man lukker risikoen i prosjektet. Knyttet sammen med risikohåndtering så skrives det i risikoplanen at det innebærer at man planlegger og implementerer besluttede tiltak, og å overvåke risikoen og prosessen for tiltak. Risikoplanen kommenterer at rapportering av risiko innebærer en del av informasjonsflyten i prosjektet. Dette rapporteres på ulike måter og det er med faseendring i prosjektmodellen, styringsgruppemøter og prosjekts team møter (Helse Sør - Øst, u.å, s. 9).

Risikoplanen har også lagt frem klare mål for risikostyringens formål i prosjekter, og som det nevnes i oppsummeringen så er det at dem skal unngå trusler som mot gjennomføringen

inntreffer og påvirker prosjektmålene negativt. I tillegg skal dem unngå at prosjektet kommer i en posisjon hvor muligheter ikke lengre kan realiseres. Risikoplanen nevner at, innenfor de rammene for risikostyringen i prosjektet, så skal risikoen være kjent, eid, kommunisert og håndtert. I risikoplanen er det seks punkter som gjelder for risikostyringens rammer for prosjektet. Disse er:

- Prosjektet følger HSØ RHF's rammeverk for risikostyring i prosjekter, som beskrevet i Prosjektveiviseren, i prosjekts risikostyring
- Prosjektet måler risiko mot sine prosjekts egne målsettinger
- Prosjektets risikoregister skal holdes oppdatert og skal være tilgjengelig for den som behøver innsyn i det
- Akseptabel risikonivå besluttes individuelt for hver risiko av den som er risikoeier. Risikoeier kan være i eller utenfor prosjektets styringslinje
- Prosjektdeltakere og andre interessenter i Helse Sør-Øst skal gis nødvendig innsyn i prosjektets risikoprofil

(Helse Sør - Øst, u.å, s. 5)

Disse nevnte punktene kan ses opp mot hvordan risikoen skal behandles og følges med på. Risikoplanen nevner her rollene og ansvaret til risikostyring under prosjektet. Disse er prosjekteier, styringsgruppe, risikoeier, tiltaksansvarlig, prosjektleder og risikokoordinator. Som figur 4 tar for seg, så skriver HSØ at risikostyring er en prosess som er utformet for å identifisere, vurdere, håndtere, følge opp og kommunisere risiko på en slik måte at risikoen er innenfor et akseptert nivå. Risikoplanen i sin helhet gjør nettopp dette. Videre i risikoplanen tar de forbehold av å identifisere risiko, om risikoen kan være positiv eller negativ (Helse Sør - Øst, u.å, s. 9). Risikoidentifikasjonen tar også til høyde for at risiko kan utvikle seg på grunn av andre hendelser og beslutninger. I oppsummeringen av dette dokumentet så tas det også til rede for at risiko skal følges med på med tanke på hvordan risikoen kan utvikle seg (Helse Sør - Øst, u.å, s. 10). Analysing av risiko er et annet viktig punkt som brukes i risikoplanen. Det vil si at identifiserte risikoer skal vurdere prosjektets risikonivå. Med sannsynlighet og konsekvens målt i økonomi, fremdrift, kvalitet, gevinst og pasientsikkerhet, så kan en se hvor høyt eller lavt risikonivået er for prosjektet (Helse Sør - Øst, u.å, s. 10 - 11). Risikoplanen konstaterer at nødvendige ressurser skal brukes i vurderingen, slik som fagekspert og andre ressurspersoner.

Risikoreserve er et annet punkt risikoplanen bruker dersom det er behov for en finansiell risikoreserve. Det skrives at:

- Sannsynlighet for at risiko utløses og konsekvensen gitt at risikoen utløses
- Usikkerhet knyttet til grunnlaget for estimeringen av sannsynlighet og konsekvens
- Budsjettp perioder
- Avhengigheter mellom risikoer og hvordan risikoen påvirker prosjektets omgivelser
- Kvalitative forhold

(Helse Sør - Øst, u.å, s. 18)

Risikoreserve er noe som blir brukt etter de har beskrevet og kartlagt risiko. Videre i dette dokumentet tar den for seg andre viktige modeller, men disse blir forklart senere i analysen ettersom disse skal ses opp imot modeller fra risikovurderingen. Først skal funnene fra risikovurderingen presenteres for å kunne sette dem opp mot risikoplanen.

5.2.2.3 Risikovurderingen til HSØ

Når det kommer til hvordan risiko er satt opp i risikovurderingen og hvordan den har analysert de ulike risikoene, så kan man se et klart system og ordning. Det presenteres at de vurderer risikoene knyttet mot etableringsfasen og den samlede driften av både Mjøssykehuset og Null - pluss alternativet. Risikovurderingen presenterer prosjektgruppen som er med på prosjektet sin helhet, for å vise frem deres roller og relevans i forhold til arbeidet som er gjort.

Dokumentet setter klare mål og etablerer rammer for analysen som presenteres. HSØ sine kritiske suksess mål har blitt satt opp som trygge og gode tilbud, gode fagmiljøer, god tilgjengelighet, organisering som underbygger gode pasientforløp og ressursutnyttelse. Risikovurderingen er gjennomført ved at analysen omfatter hele helseforetakets drift, i perioden fra vedtak er fattet og fram til ferdigstilling, etter at investeringstiltakene er satt i drift og at analysen ikke omfatter risiko knyttet til byggeprosessen.

Risikovurderingen tar forbehold av punkter fra figuren hentet ut fra ISO 31000:2009, og følger modellen med å:

- Organisere og planlegge
- Identifisere suksessfaktorer
- Vurdering av eventuelle absolutte kriterier
- Grovanalyse og identifisering av risikoområder
- Risikovurdering
- Vurdering og oppfølging av tiltak.

(Helse Sør - Øst, 2022, s. 7)

Risikovurderingen har ikke tatt for seg enkelte forhold som klart kan påvirke vurderingen. Disse er utarbeidelse av studieplasser og praksisplasser for de ulike studieretningene innenfor helse og omsorg. Dette ble kun diskutert under møtet deres om risikovurderingen. Videre i dokumentet presenterer HSØ risikoforhold som kan ramme prosjektet. Dette har dem gjort med å bruke modeller. Figur 12 i denne oppgaven illustrerer nettopp disse punktene. I modellen har HSØ påpekt hvilke suksesser kriterier som påvirkes av risiko negativt. Modellen blir samtidig brukt mot risikomatrixene og modellene for uønskede hendelser.

5.2.2 Sannsynlighet og konsekvens

I dokumentet om risikovurdering vektlegges sannsynlighet - og konsekvensdefinisjonen i størst grad. Risikoplanen, som er det overordnede dokumentet, bruker sin egen versjon og definisjon av disse begrepene ettersom de brukes i matrixene og risikoanalyser.

Risikovurderingen sine definisjoner av sannsynlighet og konsekvens illustreres i en egen modell nedenfor dette avsnittet.

Sannsynlighet og konsekvens	Beskrivelse sannsynlighet	Beskrivelse konsekvens
<ul style="list-style-type: none"> • Svært alvorlig • Svært sannsynlig kontinuerlig 	Forventes å kunne skje ukentlig. Forhold som kan forventes å bli kontinuerlig til stede i virksomheten.	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med svært alvorlige følger. Død eller alvorlig skade på en eller flere personer.
<ul style="list-style-type: none"> • Alvorlig • Sannsynlig, periodevis, lengre varighet 	Forventes å kunne skje månedlig. Forhold som forventes å opptre i lengre perioder, flere måneder.	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med alvorlige følger. Mindre alvorlig, men behandlingskrevende skade, kort rehabiliteringstid, ikke varig mén
<ul style="list-style-type: none"> • Betydelig • Mindre sannsynlig, flere enkelttilfeller 	Forventes å kunne skje årlig. Kjenner til at det har vært enkelttilfeller med kortere varighet.	Brudd på retningslinje / prosedyre / tradisjon. Belastende forhold for en gruppe personer
<ul style="list-style-type: none"> • Mindre alvorlig • Lite sannsynlig, kjenner tilfelle 	Kjenner 1 tilfelle i løpet av en 3-års periode (som tilsvarende forventet driftsperiode).	Indikasjoner kan tyde på at retningslinjer / prosedyrer ikke følges i tilstrekkelig grad. Belastende forhold for enkeltpersoner.
<ul style="list-style-type: none"> • Ubetydelig • Usannsynlig, ingen tilfeller her 	Kjenner ingen tilfeller, men kan ha hørt om det i andre virksomheter.	Forholdet er ikke knyttet til brudd på retningslinjer eller prosedyrer. Enkelttilfeller av misnøye.

Tabell nr. 4, Risikovurderingens definisjon av sannsynlighet og konsekvens. (Helse Sør – Øst, 2022, s. 9 – 10).

Som det kan ses i tabellen så vektlegges ikke økonomiske konsekvenser i risikovurderingens definisjon/vurdering. Det er også merkbart at definisjonene tar forbehold av forventende verdier knyttet til sannsynlighet. Konsekvenskategoriene som nevnes ovenfor knyttes til hendelser mot mennesker og funksjonen av Sykehuset Innlandet.

Når det kommer til risikoplanen sin vurdering av sannsynlighet så innebærer det verdiscor, benevning, sannsynlighet og forklaring. Sannsynlighetskategoriene i risikoplanen forklares i figur 5 i denne oppgaven. Som det kan ses i denne figuren, så er sannsynlighet forklart og beskrevet nøye i risikoplanen. I matrisene så kan man se hvilken verdiscor det er for de ulike sannsynlighetene og hva som er forklaringen for den. Samtidig legges det frem hvor stor prosentjans det er for de ulike sannsynlighetene som blir beskrevet. Dette er hjelpsomt og gjør det mer oversiktlig når det skal brukes i risikovurderinger (Helse Sør – Øst, u.å, s.11).

Når det kommer til forklaringen av konsekvenser, så bruker ikke risikovurderingen forklaringen av konsekvenser i et sikkerhets - og økonomisk perspektiv. Risikoplanen, derimot, tar for seg definisjonen innenfor positive konsekvenser, men ettersom risikovurderingen til HSØ ikke vektlegger dette så blir ikke den videre forklart eller illustrert i oppgaven. Risikoplanen sin forklaring av negative konsekvenser blir vist i figur 6 i denne oppgaven. En kan her se at de i likhet med figur 5 viser verdiscor, benevning og forklaring av konsekvenskategoriene. Figur 6 tar i tillegg hensyn til kvalitet, økonomi og fremdrift. Samtidig beskriver den konsekvenser knyttet til pasientskade, og endringer i pasientens tilstand. Her kan en se at de vurderer dem opp imot negative utfall som kan skje og inntreffe HSØ dersom disse konsekvensene skulle inntreffe. Figur 6 tar også for seg et helhetlig perspektiv knyttet til prosjektet sin helhet (Helse Sør – Øst, u.å, s. 12 - 13)

5.2.3 Risikomatrise

I de to førstnevnte dokumentene presenteres det risikomatriser. Risikoplanen tar for seg en generell risikomatrise som er et eksempel på hvordan det kan se ut innenfor HSØ. Denne risikomatrisen tar for seg de punktene som nevnes om sannsynlighet og konsekvens i risikoplanen.

5.2.3.1 Figur 7 - risikoplanen

Figur 7 i Risikoplanen viser frem sannsynligheten og prosenten den kategoriseres for. Samtidig vises poengscore for de ulike konsekvensene og hvilke hendelser som har inntruffet. I denne risikomatriksen kommenteres det også for at en rød risiko kan anses til å være akseptabel, mens en grønn risiko kan være uakseptabel. Knyttet sammen med dette, så kan man se i figur 8 at de viser frem forklaringen dersom en risiko plasseres i en av de ulike fargekategoriene. Dette er da føringer for risikohåndteringen for risikoene i matrisen. I denne figuren beskrives det hvordan risikoen skal oppfølges, vurderes og eventuelt utnyttes (Helse Sør - Øst, u.å, s. 16)

5.2.3.2 Figur 16 - risikovurderingen

I risikovurderingen brukes det andre risikomatriser enn det risikoplanen anbefaler. Risikovurderingen sine risikomatriser presenterer sannsynlighet og konsekvens nummerering, fargekoder og hvor risikoene plasseres i matrisen. Samtidig presenterer risikomatriksen tiltaksinvesteringen de gjør for å redusere risikoen i de ulike fasene og alternativene. Under hver matrise forklares det om fargekodene, men ikke hva fargene betyr. Det forklares om selve risikoene og hvilke det. Dette kan være nyttig for å få en klarere forståelse for hvilke risikoer det gjelder, og for å få en oversikt over hvilke tiltakspakker som gjennomføres for å redusere nettopp denne risikoen. I figur 16 skrives det om at risikoene som er knyttet til modellen er store avstander fra Elverum til Moelv, mindre spesialisttjenester på sykehusene og at en god kommunikasjonsstruktur er kritisk å etablere. Samtidig pekes det på at rekruttering er noe som vil være utfordrende i den kommende sykehusstrukturen. Det å gjøre Innlandet mer attraktivt for unge er en viktig suksessfaktor (Helse Sør - Øst, 2022, s. 17 - 18)

5.2.3.3 Figur 17

Figur 17 tar for seg Null - pluss alternativet og dens risikoer. De skriver i denne matrisen at det blir det funnet ni uønskede hendelser, hvorav fire av dem blir vurdert som kritiske. Disse knyttes opp mot GDPR, økt bemanningsbehov og driftsøkonomiske knyttes inn under matrisen. De argumenterer videre for at det vil være svekkede parallelle fagmiljøer, da de blir mer spredt rundt i Innlandet. Med tanke på tiltak en kan iverksette, sies det at gode retningslinjer, bygningsmessige oppgraderinger vil minske sannsynligheten for noen av hendelsene. HSØ argumenterer for at dette alternativet har en høy risikoprofil og vil være en svært krevende situasjon med driftsøkonomiske problemer, og at ombygging av sykehusene

vil svekke deres overnasjonalitet. Mindre pasienttrykk på de enkelte sykehusene vil føre til dårligere pasientbehandling. Situasjonen vil også forverres dersom det mangler et hovedsykehus, som igjen vil fragmentere funksjonsfordelingen i Innlandet. Et økt behov for bedre pasientforløp, økt pasienttransport og en tautrekking og plassering av funksjoner vil øke konsekvensene (Helse Sør - Øst, 2022, s. 19 - 20).

5.2.3.4 Figur 18

I denne matrisen om etableringsperioden med Mjøssykehuset blir det identifisert kun en uønsket hendelse i gul sone. Dette er også gjeldende etter at tiltak har blitt implementert. Den uønskede hendelsen er frykten for økt turnover. Store reise avstander og omstilling er grunnlaget deres for denne hendelsen. For å redusere risikoen argumenteres det for at det er tiltakspakker og god kommunikasjon som vil være risikoreduserende tiltak (Helse Sør - Øst, 2022, s. 21).

5.2.3.5 Figur 19

Den siste matrisen omhandler etableringsperioden for Null - pluss alternativet, og denne matrisen har inkludert to uønskede hendelser i før og etter tiltak. Disse uønskede hendelsene er knyttet til at rekrutteringsevnen blir svært svekket. Samtidig vil det være utilstrekkelig med bemanning og kompetanse i etableringsfasen. For å redusere sannsynligheten og konsekvensen her, så vil det være nødvendig med å skape troverdighet og forutsigbarhet. Samtidig nevnes det at et storsykehus i Innlandet vil være viktig for å unngå nettopp dette, og for å unngå at det blir mindre fragmentert funksjonsfordeling i overgangsfasen (Helse Sør-Øst, 2022, s. 22).

Matrisene i seg selv er innholdsrike og inneholder informasjon for de uønskede hendelsene som er lagt inn i matrisen. Det viser hvilke vurderingsgrunnlag som er lagt inn for de uønskede hendelsene og viser hvilke tiltak som bør implementeres for å redusere risikoen. HSØ oppsummerer med tilleggsinformasjon leseren trenger for å få et innblikk hvordan beslutningsgrunnlaget deres er for de ulike matrisene og uønskede hendelsene. Sammen med dette har HSØ også laget fire handlingsplaner som vises i denne oppgaven som figur 20 – 22 (Helse Sør - Øst, 2022, s. 23 - 25). Disse viser konkret hvordan man skal komme med tiltak

for å redusere risikoen som nevnes i matrisene. Med dette, så skal dette utdypes videre i diskusjonskapittelet.

5.2.4 Tilleggsoppdrag del 1 og 2

Tilleggsoppdrag 1 og 2 er dokumenter som tar for seg de to største uønskede hendelsene HSØ står ovenfor. Omstillingsrisiko og bibehold av ansatte er kritiske faktorer for at noen av de skal redusere risikoen. Dokumentene bruker/benyttter usikkerhet i den forstand at usikkerheten ligger rundt de ansatte og skaper forvirring om avgjørelsen om Sykehuset Innlandet sin fremtid.

5.2.4.1 Usikkerhet i tilleggsoppdrag 1

Tilleggsoppdrag 1 tar for seg at det er en risiko med en trinnvis utbygging for begge alternativene, med tanke på at usikkerheten stort sett er knyttet til hvordan de ansatte vil reagere på alternativene. Det knyttes mot at pasientforløpene blir svekket og at risikoen for en dårligere pasientbehandling er større. Risikoen økes samtidig på grunn av de større reise avstandene som kommer for de ansatte på pasienter. Dette er uavhengig av hvilket alternativ som velges (Helse Sør - Øst, 2023s, s. 10)

HSØ skriver videre at en trinnvis utbygging vil øke investeringskostnaden og at det utsetter og reduserer driftsgevinstene. Dette fører videre til at det blir behov for å organisere flere omstillingsprosesser som der igjen er kostbart og trekker vekk lederkraft vekk fra dagligdrift. Samtidig knyttes det usikkerhet mot om trinn to blir gjennomført i prosjektet sin helhet. Dette er faktorer som påvirker risikoen i større grad. HSØ poengterer at en trinnvisutbygging for å redusere risikoen i omstillings og utviklingsprosessen har mindre slagkraft enn forventet. De foreslår heller en gradvis innflytting i en tidsbestemt periode vil være et bedre risikoreducerende tiltak for å ikke overskride risikoen (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 39).

Sammen med dette har HSØ utbedret et annet dokument som setter søkelys på de ansatte. Tilleggsoppdrag 2 dokumentet ser nettopp nærmere på dette. Disse to dokumentene skal settes sammen og ses opp imot hverandre i diskusjonen. I et helhetlig perspektiv skal dette være med å skape et bilde for risikoforståelsen til HSØ og hvordan de jobber med risikogenerelt.

5.2.4.2 Risiko i tilleggsoppdrag 2

I tilleggsoppdrag del 2 så knyttes risikoen mot bibehold av ansatte og en frykt for en økt turnover. Dette dokumentet brukt seg av sannsynlighet x konsekvens definisjonen i sine ROS - analyser for å komme frem til risikoen om økt turnover (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 7). Flere punkter knyttes mot at ansatte søker nye utfordringer, uklare arbeid og ansvarsforhold, bedre karrieremuligheter, omorganisering, bedre lønn, flytting/reisevei, bedre lederskap, dårlige arbeidstider, bedre arbeidsmiljø og familiære årsaker. Disse punktene er fra funnene fra deres undersøkelser og punkter som knyttes opp mot risikoen om turnover (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 9 - 10). HSØ knytter disse punktene opp mot usikkerhet og uforutsigbarhet. Analyser utført av selskaper leid inn av HSØ viser at det vil være en kommende eldrebølge, mer behov for pasientbehandling og en større belastning på sykehusene er noe av det de har forutsett for Sykehuset Innlandet. Sykehuset Innlandet blir antatt til å være preget av økende sykefravær, sårbart bemanningsnivå, høy vaktbelastning, få spesialister og små sårbare fagmiljøer (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 10).

HSØ påpeker videre at det kommer til å være en risiko ettersom det er mange mennesker som må bytte arbeidsplasser når et av tiltakene blir iverksatt. Mjøssykehus alternativet leder til at 4000 ansatte må bytte arbeidsplasser, mens Null - pluss alternativet leder til at omkring 1000 ansatte må bytte arbeidsplass (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 17) For å redusere risikoen innenfor disse områdene, så ønsker HSØ at det skal utgis god informasjon, god medvirkning i steg to og systematisk arbeid med organisasjonsutvikling. Med dette skal HSØ komme med tiltak for å redusere bekymring knyttet til framtidig økt reisevei og tiltak for å redusere bekymring for manglende faglig samling og økonomisk bærekraft (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 17).

6.0 Diskusjon

Som det nevnes ovenfor, så skal jeg i dette kapittelet skape et helhetlig bilde for problemstillingen min. For å gjøre dette best mulig skal jeg sette opp underkapitler med forskjellige punkter fra funnene mine, og sette det sammen med mine tolkninger og meninger. Først ut skal jeg legge frem tolkninger og analyse av datamaterialet, så skal jeg drøfte dette sammen med teorien i oppgaven.

6.1 Risiko

Når det kommer til det helhetlige bildet av risikoarbeidet til HSØ, så vil jeg i første omgang påpeke at de har gjort en grundig jobb for å innhente informasjon og gjort et godt forsøk på å styre den risikoen dem står ovenfor i forhold til prosjektet deres. Det som er gjennomgående i oppgaven er spørsmålet mitt om hvorfor de unnviker fra sitt eget styrende dokument for risikoplanlegging. Sammen med fokus på problemstillingen min som er «Hvordan påvirker manglende konsistens i risikoforståelsen og vurderingen i beslutningsprosessen til Helse Sør – Øst restruktureringen av sykehusene i Innlandet?», så vil jeg komme med for og mot argumenter for hvor godt HSØ arbeider med risiko når det kommer til restruktureringen av sykehusstrukturen i Innlandet. I første omgang vil jeg påpeke hvordan de definerer risiko og hvilket utgangspunkt det gir for risikostyringen i HSØ.

6.1.1 Risikostyring

Risikostyring omhandler i hovedsak tiltak og aktiviteter for å styre risikoen (Aven, 2015, s. 4). Ved bruk av risikostyring så får man muligheten til å se på positive muligheter man kan utnytte igjennom de identifiserte risikoene. I tillegg så skal man håndtere ulykker, katastrofer og tap. Risikoplanen til HSØ har som nevnt laget en modell som har basert på en risikostyringsmodell som ISO 31000:2009 bruker. Denne ble presentert i resultatene og analysen (Helse Sør - Øst, u.å, s. 9). Om en sammenligner ISO 31000:2009 med ISO 31000:2018 så kan en se likheter, men samtidig noen forskjeller. ISO 31000:2018 er en nyere versjon enn den fra 2009. Risikoplanen til HSØ kan derfor argumenteres for å være laget før den nyere standarden ble utgitt ettersom det ikke er oppgitt noen form eller indikasjon på årstallet for når den er utgitt. Selv om det er en eldre modell så kan en argumentere for at det likevel er en god modell for risikostyring, da den mer eller mindre inneholder lignende punkter som den fra 2018. Risikovurderingen benytter seg av en mer eller mindre lik modell

for risikostyringsoppsett for vurderingen deres (Helse Sør - Øst, 2022, s. 7). Selv om modellen kan ses opp imot ISO 31000:2018 sin modell har den noen mangler.

Risikovurderingen tar ikke forbehold av kommunikasjon og konsultasjon, overvåkning og gjennomgang eller registrering og rapportering som ISO 31000:2018 har inkludert. Dette er noe som igjen vil kunne påvirke HSØ sin risikoforståelse negativt som kan vise tegn til manglende risikoforståelse.

Risikovurderingen til HSØ har i seg selv definerte mål og etablert klare rammer for analysen. Disse punktene er kritiske suksess faktorer for at Sykehuset Innlandet skal kunne opprettholde en operativ drift. Som risikovurderingen skriver «I denne sammenheng betyr risiko hvilke uønskede hendelser som kan hindre at Sykehuset Innlandet kan opprettholde sin virksomhet på en forsvarlig måte både i forhold til trygge og gode tilbud, gode fagmiljøer, god tilgjengelighet, organisering som underbygger gode pasientforløp og gode ressursutnyttelse» (Helse Sør - Øst, 2022, s. 4). Risikovurderingen beskriver derfor videre hvordan de kategoriserer konsekvenser for funksjon og mennesker og hvordan de beskriver sannsynlighet. HSØ inkluderer identifisering av risikoforhold, risikomatriser og en handlingsplan med tiltak de skal gjennomføre for å redusere risikoen. HSØ sin risikoplan på andre siden er et dokument som kan anses til å være et dokument ovenfor risikovurderingen til HSØ. Det som har vært interessant å se er om risikovurderingen følger de samme retningslinjene og standarder som risikoplanen har lagt til grunn for. Som jeg har nevnt i teorien, så handler risikohåndtering om implementering av virkemidler for å modifisere risiko, redusere, optimalisere og overføre risiko (Aven et al., 2017, s. 75). Det at HSØ bruker forskjellige retningslinjer for risiko kan vise en svakere risikoforståelse som der igjen kan påvirke vurderingsgrunnlaget deres.

Forskjellen mellom risikoplanen og risikovurderingen er at risikoplanen er mer helhetlig enn risikovurderingen. Selve oppsettet til risikoplanen tar for seg et mer beskrivende perspektiv enn det risikovurderingen tar for seg. HSØ har tatt for seg seks punkter for rammer i risikostyring i risikoplanen. Disse seks punktene kan argumenteres for å bidra til en bedre risikostyring i HSØ dersom de benyttes. Med likhet ISO 31000:2018, så tar disse punktene kort og konkret for seg rammeverket for risikostyring i HSØ. De måler risiko mot sine prosjekts egne målsettinger, et risikoregister som skal oppdateres og være tilgjengelig for dem

som trenger innsyn. Akseptabelt risikonivå besluttes individuelt for hver risiko av den som er risikoeier, prosjektdeltakere og andre interessenter. HSØ skal gi disse partene innsyn i prosjektets risikoprofil, samt at interessenter utenfor HSØ Til slutt skal informeres i tråd med prosjektets godkjente kommunikasjonsplan eller helseforetaks kommunikasjonsavdeling (Helse Sør - Øst, u.å, s. 5). Risikovurderingen mangler flere viktige punkter fra risikoplanen som kunne ha styrket risikoforståelsen betraktelig.

Som ISO 31000:2018 tar for seg innenfor kommunikasjon og konsultasjons fire punkter, så kan risikoplanen ses opp imot disse. Det skal samles ekspertise, sørge for synspunkter blir vurdert, nødvendig informasjon for tilrettelegging for risikooversikt og beslutningstaking og at det skal være en følelse av inkluderende eierskap blant de som er berørt av risikoen (ISO, 2018, s. 9 - 10). Her kan det argumenteres for at risikoplanen støtter opp ISO 13000:2018 sine punkter. Videre følger risikoplanen sine punkter opp mot andre punkter som bestemmelse av kontekst, overvåkning og gjennomgang, registrering og rapportering. Det kan argumenteres for de seks nevnte punktene i risikoplanen kan ses opp imot disse. Med at risikoplanen skal gi tilgang til de relevante og nødvendige personene, så åpner dette muligheten for at risikoen kan revurderes og bidra til at det kan settes eventuelt nye kriterier og kontekst i prosjektet. Det vil også gi mulighet for at prosjektets mål kan vurderes om igjen. I bestemmelse av kriterier i ISO 31000:2018 skrives det at «Risikokriterier bør reflektere organisasjonens verdier, mål og ressurser og henhold til retningslinjer og uttalelser og risikostyringen» (ISO, 2018, s. 10 - 11). Med de kriteriene som risikoplanen til HSØ setter, så kan det argumenteres for at det gjør det lettere for å bestemme kontekst for prosjektet og de ulike risikoene de står ovenfor når de skal gjennomføre risikovurdering. Samtidig kan det argumenteres for at det gjør det lettere for overvåkning og gjennomgang som ISO 31000:2018 tar for seg. Overvåkning og gjennomgang skal være gjennomgående i prosjektet, og avdekke eventuelle hull i planen. Det skal også sørge for at tiltakene har en virkning mot mål og objektene som er satt. Likedan kan det argumenteres for at registrering og rapportering dekkes gjennom risikostyringen. Dette da risikostyringen og rammeverket kan rapporteres igjennom organisasjonen, bidra til beslutningstaking, forbedre risikostyringsaktiviteter, hjelpe med å bistå samhandling med interessenter, inkludert ansvar for risikostyringsaktiviteter (ISO, 2018, s. 14).

Jeg vil med dette påpeke at risikoplanen til HSØ er et godt dokument når det kommer til hvordan man skal arbeide med risikostyring og risiko i prosjekter. Som sammenlignet med ISO 31000:2018, så kan en se flere punkter og samhandlinger. ISO risk management guidelines kommenterer at «The risk management process as set out in ISO 31000 should be customized proportionate to the external and internal context of the organization related to its objectives» (ISO, 2020, s. 8). HSØ har gjort dette, samt laget et relevant dokument for sin risikostyring med ISO 31000:2009. Noe som derimot vekker min interesse, er at man kan se flere ulikheter enn likheter på retningslinjene mellom risikoplanen og risikovurderingen på en negativ måte. Jeg mener at med dette som utgangspunkt så har den manglende konsistensen i risikoforståelsen til HSØ påvirket sykehusprosjektet på en negativ måte. Dette kan være nok et tegn på fraværende risikoforståelse ettersom det mangler en konsistens mellom risikoplanen og risikovurderingen. Det kan argumenteres for at det har påvirket sykehusprosjektet i en negativ grad.

Risikovurderingen var en av hovedgrunnlagene for at HSØ gikk videre med Mjøssykehuset som alternativ i konseptfasen (Jevne, 2022). Jeg vil anta at ettersom de gikk videre med Mjøssykehusalternativet, så hadde HSØ måtte avdekke flere risikoer og faremomenter ved selve prosjektet slik som en kan se i tilleggsoppdrag 1 og 2. Som nevnt tidligere tar tilleggsoppdrag 1 og 2 for seg bibehold av ansatte og omstillingsrisikoen som restruktureringen medfører. Ut ifra de funnene jeg har gjort kan man se at risikoen de står ovenfor kan anses til å ha en uakseptabel risiko. Det vil si at fra risikovurderingen til HSØ der risikoen ble sett som akseptabel, til slutt ble vurdert som uakseptabel. Dette er på grunnlag av at utgangspunktet til HSØ var å gjennomføre en trinnvis utbygging. Som jeg nevner i avsnittet over, så er dette også et tegn på fraværende risikoforståelse som kan påvirke vurderingskraften til HSØ.

Som figur 2 i denne oppgaven viser, så er det en modell ISO 31000:2018 benytter seg av for å illustrere hvordan man kan jobbe kontinuerlig med risiko. Den viser at risikostyring er en repeterende prosess og tar for seg flere viktige punkter. Dersom risikovurderingen i en større grad hadde benyttet seg av denne modellen som et grunnlag for risikovurderingen, så kan det argumenteres for at HSØ hadde hatt en mer helhetlig risikovurdering. Modellen innebærer at alle stegene skal gjennomgås, diskuteres og informeres til interessenter. Det en kan se med

risikovurderingen er at de ikke viser til dette i en lik grad. En kan få inntrykk av at risikovurderingen er halvveis gjennomført. Det kan være at HSØ skjuler dokumenter eller informasjon hvis de er graderte, men utenom det så kan det argumenteres for at det er mangel på viktig informasjon. Jeg mener at om HSØ hadde benyttet seg av ISO 31000:2018 så kunne de fått gevinster på en sterkere beslutningskraft og risikoforståelse.

6.1.2 Risikovurdering

Når det kommer til det helhetlige perspektivet av risikovurderingen til HSØ, så kan en se at de har inkludert de tre viktige punktene/teoriene som jeg tar for meg i teorien. Disse er risikoidentifisering, risikoanalyse og risikoevaluering. En kan anta at HSØ har funnet frem metoder for å unngå risiko, samt å redusere, optimalisere, overføre og beholde risikoen. For å kunne gjøre dette har HSØ, som vist i resultatene, identifisert suksessfaktorer, kritiske risikoer, analysert risikoen og evaluert risikoen dem står ovenfor. Når det kommer til risikoidentifisering, så har HSØ ut ifra risikovurderingen tatt forbehold av strategisk risiko og operasjonell risiko, men ikke finansiell risiko. NOU skriver i sin rapport

Mens bemanningen kan endres på kort sikt, er sykehusbygg og medisinsk - teknisk utstyr kjennetegnet av at de vil ha lang levetid. Investeringer i sykehusbygg må gjennomføres med et langt tidsperspektiv. Et sykehus som bygges i dag, skal ha areal og utforming som gjør at det kan dekke befolkningens behov for sykehustjenester i mange år fremover (NOU, 2023:8).

En kan se dette opp imot utbyggingen av de nye storsykehusene i Oslo og utbyggingen av Drammen sitt nye sykehus. Tanken bak sykehusene er å øke antall sengeplasser, samt å samle fagkompetanse. For eksempel så skal Rikshospitalet samle de regionale og nasjonale funksjonene, og samtidig skal det fungere som et lokalsykehus for nærmere 200.000 innbyggere i Oslo (Oslo Universitetssykehus, 2023b). I Drammen skal de samle somatikk og psykiatri til et storsykehus (Helse Sør - Øst, 2023c). Sykehuset skal være fungerende sykehus for Drammen, Lier, Hurum, Røyken og Sande. Samtidig skal sykehuset ha funksjonsområder for alle beboere innenfor Vestre Viken HF sitt dekningsområde (Helse Sør - Øst, 2023d). En kan anta ut ifra dette at Sykehuset Innlandet har samme målsetninger som Oslo og Drammen

har. Jeg vil argumentere både for og imot en samling av alle funksjonsområder for sykehusene til et storsykehus. Det kan argumenteres for at risikoen øker ved begge målsetningene, enten sykehusene samles og eller ikke. Jeg mener det hadde vært mer relevant å se en økonomisk analyse opp imot HSØ sitt sykehusprosjekt. Det finansielle kan påvirke et sykehusprosjekt i en stor grad. Jeg mener at i utgangspunktet så ble HSØ sin risikovurdering mer eller mindre gjennomført ettersom det ofte er et krav fra myndighetene. Dette kan ha redusert kvaliteten på risikovurderingen som har blitt utredet. Aven et al. (2017) skriver «Å tilfredsstillere regelverket er selvsagt viktig, men drivkraften for å gjennomføre en risikoanalyse kan ikke være dette dersom en ønsker å utnytte potensialet til analysen fullt» (s. 18). Om risikovurderingen ble grundigere gjennomført kunne det ha spart tid og økonomiske gevinster for HSØ.

Videre så kan det se ut til at HSØ har vurdert operasjonell risiko. De har da identifisert kritiske suksess mål som må opprettholdes før og etter prosjektet. Det som tilsynelatende er positivt er uønskede hendelsene som HSØ legger frem i skjemaer som presenteres som figur 13, 14 og 15. Som Aven et al. (2017) skriver, så blir operasjonell risiko påvirket av ulykkehendelser, tilskitete uønskede hendelser, tap av kompetanse/nøkkelpersoner og juridiske forhold (s. 20 - 21). Uønskede hendelses - skjemaene til HSØ tar rede for flere av disse punktene. I risikovurderingen blir det derimot ikke tatt forbehold for hvilke begrensinger kunnskapen innehar eller hvor reliabel den er. Dette kan være et tegn på manglende risikoforståelse. Det kan argumenteres for at HSØ har benyttet seg av relevant informasjon, men ikke tilstrekkelig nok som påvirker risikoforståelsen og vurderingsevnen.

Risikoanalyse blir gjennomført i risikovurderingen. HSØ ser på karekeristikken til risiko og hvilken alvorlighetsgrad den har. Noe som ISO 31000:2018 tar forbehold av som ikke risikovurderingen gjør, er usikkerheten som ligger rundt risikoene HSØ identifiserer. HSØ ser nærmere på risikokilder, konsekvenser, sannsynligheter, hendelser, scenarioer og kontroller. Videre tar ISO 31000:2018 og nevner at det å bruke fagekspertter er noe som kan styrke risikovurderingene og analysene som skal gjennomføres. Et gjennomgående tema i min argumentasjon i denne oppgaven er at risikoplanen til HSØ er laget i samarbeid med fagekspertter, mens risikovurderingen har blitt utbedret alene av HSØ sin prosjektgruppe. Jeg vil derfor argumentere for at dette er noe HSØ kunne ha gjort bedre og benyttet seg av før de gikk videre med Mjøssykehusalternativet. Dette er noe som også har påvirket

risikoforståelsen til HSØ i prosjektet på en negativ måte og kan svekke vurderingsgrunnlaget til HSØ.

Risikoevaluering er også noe risikovurderingen har benyttet seg av. I risikovurderingen kan en se tydelige tiltak som skal iverksettes for å redusere risikoen. HSØ har laget en tiltaksplan med en oversikt over hvilke tiltak som skal iverksettes for å redusere risikoen, og disse illustreres som figur 20, 21 og 22 i oppgaven. De tar for seg hvilken hendelse/risiko det handler om og hvilke tiltak som skal iverksettes for å redusere risikoen (Helse Sør - Øst, 2022, s. 23 - 25). ISO 31000:2018 nevner fem punkter som har blitt gjort rede for i oppgaven, og man kan tilsynelatende se at HSØ har vurdert risikohåndterings muligheter og revurdert målene med å gjennomføre tilleggsoppdrag 1 og 2 dokumentene. En kan her se at risikohåndtering er en prosess som har vært gjentakende i prosjektet til HSØ. Dette er på grunnlag av at risikoen var sett som akseptabel, men ble vurdert som uakseptabel i senere tid.

Risikovurderingen har inkludert flere viktige punkter for risikostyring som har bidratt til positive utfall. Jeg mener at det allikevel har vært en del mangler i dokumentet til HSØ. De benytter seg blant annet ikke av det styrende dokumentet eller bruker risikoplanen sine retningslinjer for risikostyring. Dette er noe som vil ses nærmere på senere i drøftingen.

6.2 Risikodefinsjon

Risikodefinsjonen som HSØ har brukt i risikovurderingen sin er en viktig faktor for at jeg valgte å fokusere på dette temaet. Jeg har nevnt igjennom oppgaven at de har brukt annen definsjon enn det risikoplanen til HSØ oppgir i risikostyring generelt. I teoridelen har jeg beskrevet at en forenklet versjon av risiko, «sannsynlighet x konsekvens». Der fokuserer man kun på hva sannsynligheten for en hendelse skal skje og hva konsekvensen er av risikoen (Lunde, 2016, s. 25). Jeg forklarer også i teorien at den definsjonen mangler viktige utgangspunkter som støtter opp risiko, som er usikkerhet og styrken på kunnskapen om risikoen (Aven et al., 2017, s. 235). Risiko vurderes og evalueres fordi man skal beskytte verdier, økonomiske, mennesker eller objekter. Ut ifra det jeg har forsket på har jeg gitt et forsøk på å finne ut av hvorfor HSØ har valgt en annen definsjon på risiko i risikovurderingen. I risikoplanen til HSØ så benyttes den samme risikodefinsjonen som jeg

benytter meg av i denne oppgaven som er ISO 31000 sine definisjoner. Risikoplanen bruker fra 2009, mens i denne oppgaven benyttes det av definisjonen fra 2018. ISO risk management guidelines skriver:

Some standards do not refer to objectives, but the text regularly states that risks need to be addressed in order to give assurance that the management system can achieve its intended outcomes. An objective can be expressed as an intended outcome or result (ISO, 2020, s. 7).

HSØ påpeker konsekvent i dokumentet om risikovurdering at «Målet med tiltaket er å identifisere risiko - og sårbarhet med hensyn til uønskede hendelser for Sykehuset Innlandets virksomhet ved hvert av retningsvalgene, samt å identifisere mulige tiltak for å redusere sannsynlighet og/eller begrense konsekvensen av slike hendelser» (Helse Sør - Øst, 2022, s. 4). Med dette, så kan det argumenteres for at definisjonen dem har benyttet seg av i risikovurderingen er relevant for målet deres. De avdekker ulike risikoer med å se nærmere innpå hvor stor sannsynligheten er og hvor alvorlig konsekvensen er. Når det kommer til selve definisjonen, så er den svak å bruke alene med tanke på det argumentene som nevnes ovenfor. Det legges ikke til grunnlag for hvor sterk og klar informasjonen for informasjonen HSØ benytter seg av i risikovurderingene sine. I risikoplanen kan en anta at HSØ har fått bistand i å lage planen, og da også med valg av risikodefinitjon. Som jeg nevner i teorien, så tar ISO 31000:2018 sin risikodefinitjon hensyn til usikkerhet og styrken på kunnskapen og dette bruker risikoplanen til HSØ. Risikoplanen til HSØ utelater også et punkt som ISO 31000:2018 har inkludert, og det er at risiko blir uttrykt i termologier som risikokilder, mulige hendelser, deres konsekvenser og sannsynligheter (ISO, 2018, s. 1). Med dette vil jeg påpeke at risikovurderingen sin risikodefinitjon vektlegger nettopp dette i vurderingen.

Risikodefinitjonen HSØ bruker i risikovurderingen kan argumenteres for å ha relevans for deres vurdering, og at de har gjennomført en analyse med den i utgangspunkt. Dette kan ses på som positivt, men som jeg ønsker å bemerke så er denne definisjonen svak og har mangler. Risikovurderingen sin risikobeskrivelse og vurdering vektlegger forventende verdier, og ser mindre på usikkerheten og styrken på kunnskapen de besitter. Det vil si at dokumentet ikke viser til noen form for argumenter for vurderingene de har tatt eller grunnlaget for deres

beslutninger. Jeg vil dermed påpeke at risikodefinsjonen kan ha påvirket beslutningsgrunnlaget til HSØ på en svakere måte og svekket risikoforståelsen deres. Det kan antas at de har mangel for forståelse for risiko rettet mot prosjektet sitt, selv om det er dem som besitter informasjonen og det beste vurderingsgrunnlaget for prosjektet.

6.3 Forventede verdier

I risikodefinsjonen til risikovurderingen kan en anta at definsjonen i høyeste grad ser på forventede verdier i prosjektet. Min problemstilling fokuserer på hvordan risikoforståelse til HSØ er i prosjektet, og om selve restruktureringen av Sykehuset i Innlandet blir påvirket av dette. Jeg vil anta at risikoforståelsen til HSØ har påvirket prosjektet i en stor grad og ledet til større kostander enn det som har vært forventet for prosjektgruppen. Igjennom de dokumentene jeg analyserte for datamateriale fikk jeg perspektiver og en forståelse for prosjektet sin gang. Igjennom risikovurderingen legges det frem hvilke risikoer de har identifisert, hvilke suksess mål de har lagt og hvilke tiltak som skal implementeres for å håndtere risikoen de står ovenfor. Med dette kan jeg trekke frem ALARP og forventede verdier igjennom risikovurderingen. HSØ har trukket frem hvilke tiltak som skal implementeres for å redusere risikoen. De har likedan tatt beslutninger på tiltakene igjennom risikovurderingen alene. Risikovurderingen er basert på en rekke dokumenter HSØ har laget selv, i tillegg til at de har fått andre innleide selskaper til å analysere områder som har vært relevante for prosjektet. Dette innebærer økonomiske analyser, transportanalyse og samfunnsanalyse. HSØ har brukt disse dokumentene til å etablere en risikovurdering.

Når det kommer til bruken av ALARP, så er det noe man kan anta at HSØ har benyttet seg av når de argumenterer for risikoreduserende tiltak. Samtidig så legger ikke HSØ frem en indikasjon på at dette har blitt brukt. ALARP er noe man skal benytte seg av når man står foran usikkerhet, og usikkerhet er noe som HSØ sitt sykehusprosjekt er preget av. ALARP skal implementeres så lenge kostnaden ikke kan bevises å være grovt uforholdsmessig sett opp mot fordelene av tiltaket (Abrahamsen & Abrahamsen, 2015, s. 1). HSØ har ut ifra sin risikovurdering besluttet at Mjøssykehus alternativet er minst risikofylt og at risikoreduserende tiltak vil være effektivt når de valgte retning for prosjektet sitt. I følge en rapport av Sykehuset Innlandet, så har de konkludert med at Mjøssykehuset blir dyrere enn

forventet (Hagen, 2021). Når det kommer til ALARP prinsippet, så er det noe HSØ kunne ha benyttet seg av i en større grad enn det har blitt gjort. Som Aven (2011) skriver

The ALARP principle can be considered as a special case of the cautionary principle which states that in face of uncertainty and risk, *caution* should be a ruling principle, for example by not starting an activity, or by implemetning measures to reduce the risks and uncertanities.

(Aven & Viennem, 2007, sitert i Aven 2011, s. 10).

Med utgangspunkt i dette kan man argumentere for at HSØ har fulgt noen av prinsippene, men ikke nødvendigvis benyttet seg av ALARP i sin helhet. Jeg mener at om HSØ i større grad hadde benyttet seg av ALARP, på et mer helhetlig vis, så ville det ha gitt mer konsistens i deres risikovurdering og analyser. Det kan argumenteres for at risikoforståelsen til HSØ da kunne blitt sterkere og mer konsis, med mer utfyllende innhold.

6.4 Sannsynlighet og konsekvens

Sannsynlighet og konsekvens er noe risikovurderingen og risikoplanen definerer ulikt. I tabell 2 i analysen kan en se hvordan risikovurderingen har definert sannsynlighet og konsekvens. HSØ mener i utgangspunktet at risiko vurderes i hvor sannsynlig hendelsen vil inntreffe og hva konsekvensene vil være dersom hendelsen inntreffer. I utgangspunktet mener jeg at denne definisjonen er svak spesielt hvis man se dette opp imot hvordan sannsynlighet og konsekvenser blir definert. I forhold til at noe er svært sannsynlig vil skje, så mener HSØ at dette vil skje ukentlig. En kan tenke seg at dette blir mer relevant å bruke dersom man ser dette opp imot at deres konsekvenser dreier seg om brudd på lov, forskrift, mål, død eller skade på flere personer. Jeg argumenterer for at risikoplanen sin definisjon av sannsynlighet og konsekvenser rettet mot risikomatriser ville ha vært mer relevant å benytte seg av i risikovurderingen. Risikoplanen tar utgangspunkt i prosenter hvor sannsynlig en hendelse vil inntreffe og hva forklaringen av prosentene tilsier (Helse Sør - Øst, u.å, s.11). Når det kommer til konsekvenser tar det til rede for finansielt, pasienter og kvalitet. ISO 31000:2018 skriver «Risk is usually expressed in terms of risk sources, potential events, their consequences and their likelihood» (ISO, 2018, s. 1). Som en kan se, så inkluderer risikodefinsjonen sannsynlighet og konsekvens, men ikke alene. De inkluderer risikokilder

og mulige hendelser, så jeg argumenterer for at dette er noe risikovurderingen burde ha tatt mer til høyde for. Sammen med dette, så bør HSØ også dra mer nytte av styrken av kunnskapen dem innehar for sannsynlighet og konsekvens. Jeg vil argumentere for at dette kan gi inntrykk at risikoforståelsen til HSØ er svekket og at dette kan påvirke sykehusprosjektet på en negativ måte. Det kan gi antydninger at det mangler mer konsistens i risikoforståelsen til HSØ.

6.5 Risikomatrise

En kan legge merke til at de i risikomatrissene i risikoplanen til HSØ tar hensyn til usikkerhet. Som figur 5 og 6 viser kan en se at forklaringene for sannsynlighet og konsekvens tar for seg usikkerhet der de dekker at det kan forekomme endringer både på person, finansielt, objekt og prosjekt (Helse Sør - Øst, u.å, s. 12-13). Med dette så ser dem på kvaliteten av prosjektet og gir en tydelig verdi av sannsynligheten i matrisen. I figur 6 kan det likedan ses at HSØ har inkludert en egen linje for hvilke hendelser som har inntruffet og hvilken verdi denne risikoen har som har inntruffet. HSØ kommenterer spesifikt at fargene i matrisen viser på hvilket nivå de ulike risikoene skal rapporteres og overvåkes. Det gis videre føringer for at risikoeieren skal beslutte om risikoen de står ovenfor er akseptabel og om det skal iverksettes tiltak for å redusere risikoen (Helse Sør - Øst, u.å, s. 13). Noe som HSØ poengterer med disse matrisene er at fargekodene i seg selv ikke tilsier at risikoen er akseptabel eller uakseptabel. Grønn risiko kan være uakseptabel og rød kan være akseptabel. Matrisene i risikovurderingen til HSØ kan antas til å se bort i fra flere av disse punktene. Først og fremst så defineres konsekvensene og sannsynligheten på ulike måter (Helse Sør - Øst, 2022, s. 9 - 10). Disse inkluderer ikke det finansielle eller prosjektet. Tilsynelatende kan en også anta at det ses mer på det forventende enn at det tilhører usikkerhet.

Noe som kan ses som positivt er at risikovurderingen inkluderer skjemaer for uønskede hendelser som er kategorisert og hvilke avdelinger eller sykehus det tilhører (Helse Sør - Øst, 2022, s. 14 - 16). Disse skjemaene inkluderer de to valg alternativene, men også i de to ulike fasene valgalternativene potensielt skal gjennomgå. Skjemaene inkluderer også id nummer, som kan identifiseres i de ulike matrisene HSØ har satt opp i risikovurderingen.

Risikovurderingen sine risikomatriser har forskjeller fra risikoplanene sine, noe som kan indikere at det kan være mangel på kunnskap om risiko. Risikoforståelsen til HSØ kan forstås som at de viker fra deres egne retningslinjer som risikoplanen legger frem. I risikovurderingens risikomatriser argumenterer jeg for at det blir brukt en stor grad av forventede verdier alene uten å støtte disse opp med effektiviteten, men heller med forventninger. Dette kan ses på i figur 16 til 19. Risikomatrissene vises til å være før og etter virkning av tiltak. I disse så legges det ikke frem data på argumentene eller hvordan tiltakene vil fungere. Disse er kun antagelser om fremtiden og virkningen av tiltakene rettet mot risikoene. Det legges ikke frem om tiltakene er kostandsnyttige eller om de er lønnsomme. Det jeg etterspør er om HSØ har brukt ALARP eller Kostnytteanalyse, men det viser dem ikke noe til i sine sentrale dokumenter. HSØ viser antydninger til å bruke flere av begrepene i risikovurderingen og en kan tolke at dem også bruker begrepene igjennom dokumentene. Jeg argumenterer for dette igjennom risikomatrissene de har lagt frem og informasjonen HSØ legger frem uten sterke data bevis eller godt nok grunnlag. Samtidig ses det i sannsynlighetsbeskrivelsen til HSØ at det forventes at noe kan skje (Helse Sør - Øst, 2022, s. 10).

Allikevel kan en se på noen positive sider ved risikomatrissene som er gjennomført. Det virker som at det at dem har identifisert risikoer, vurdert dem og lagt frem relevante tiltak er positivt. Under risikomatrissene tilhører det informasjon om rapportering, observasjon og tilhørende informasjon om risikoene, noe som er positivt. Jeg vil samtidig stille meg kritisk til at HSØ ikke har lagt frem positive risikoer eller konsekvenser med risikoene som risikoplanen tar forbehold til. Risikoforståelsen til HSØ kan argumenteres for å bli svekket og at dette mangler mer konsistens for å påvirke prosjektet positivt enn negativt.

6.6 Usikkerhet

Ut ifra det jeg har argumentert og nevnt igjennom oppgaven, så er det at HSØ sitt prosjekt er risikofylt og inneholder mye usikkerhet. Jeg argumenterer for at usikkerheten og risikoen ikke har blitt synliggjort på en god måte ettersom HSØ indirekte har konkludert med at Mjøssykehuset hadde en akseptabel risiko, men i senere tid har falt mer tilbake på at den er uakseptabel. Selv at risikoen HSØ vurderte som gul i risikomatrissene, så kan det argumenteres for risikoen er ikke god nok. Risikoene som presenteres kan argumenteres til å ha mangelfull

informasjon som øker usikkerheten rundt risikoene. Tilleggsoppdrag 1 og 2 tar for seg risikoer som har usikkerhet i seg og disse dokumentene utbedrer om disse. I tilleggsoppdrag 1, så gjøres det til rede for en trinnvis utbygging av sykehusene i Innlandet (Helse Sør – Øst, 2023a, s.10). I risikovurderingen var en trinnvisutbygging løsningen for å redusere risikoen i Null - pluss alternativet og i Mjøssykehuset. Dette ble i ettertid av tilleggsoppdragene vurdert som ikke en god løsning som risikoreducerende tiltak. En artikkel i Oppdal Arbeiderblad konstaterer at «Fra alle deler av virksomheten i Sykehuset Innlandet kommer det advarsler om at trinnvisutbygging fører til økt risiko, usikkerhet, rekrutteringsproblemer og frykt for at utbyggingen trekkes ut i tid og at det stopper etter første byggetrinn» (Haugerud, 2023b). I tilleggsoppdrag 1, så skrives det at pasientforløpene blir svekket, lengre reisevei og at det blir flere ansatte som på omdirigeres i begge alternativene (Helse Sør – Øst, 2023a, s.40).

Tilleggsrapport 1 tar for seg flere risikoer som påvirker en trinnvis utbygging, men HSØ argumenterer for at dette påvirker hele prosjektet. En større kostnad, svekket operasjonell drift, usikkerhet med beslutninger og etablere en ny kultur og arbeidsformer er utfordrende (Helse Sør - Øst, 2023a, s. 40). Her argumenteres det for at usikkerheten er for stor og at det bør gjøres andre tiltak for å redusere risikoen. Her kan en se med ISO 31000:2018 at HSØ har gjennomgått sine egne analyser og vurderinger for å detektere flere risikoer og usikkerheter. Jeg mener at denne tilleggsrapporten har en positiv innvirkning på beslutningskraften til HSØ og bidrar med at de kan ta en mer helhetlig beslutning.

I risikovurderingen så er risikomatrixene misvisende i forhold til usikkerhet. Dette er på grunnlag av at risikoene som legges frem ikke tar hensyn til usikkerheten som preger de identifiserte risikoene og beslutningene som tas. HSØ viser svakt til styrken på kunnskapen for beslutninger og informasjon for avgjørelsen de tar. Usikkerhet ses på som noe som alltid vil eksistere uansett hvor mye vi klarer å fange opp og forklare i analyser (Lunde, 2016, s. 25). Det kan argumenteres for at det har vært vanskelig å identifisere usikkerhetene som har preget prosjektet. Jeg ønsker allikevel å argumentere for at usikkerheten kunne ha blitt mer klargjort og gjort bedre, da usikkerhet alltid spiller en viktig rolle når det kommer til risikobegrepet (ISO, 2018, s. 1). Dette er ettersom at risiko ses på som usikkerhet knyttet til mål. Risikoplanen til HSØ poengterer og konkretiserer usikkerhet bedre igjennom dokumentet enn risikovurderingen. Som nevnt dekker risikoplanen flere viktige punkter for å forbedre

risiko og avdekke usikkerheter. Figur 4 tar for seg en modell som repeterer flere av prosessene igjennom risikostyring, slik som ISO 31000:2009 tar for seg. ISO 31000:2018 tar for seg overvåkning og gjennomgang, registrering og rapportering. Risikoplanen følger nettopp disse punktene. Hele prosessen skal være gjentakende for å avdekke hull i planen. Samtidig skal risikostyrings aktiviteter og utfall kommuniseres. Man kan likedan se at risikoplanen sin forklaring av sannsynlighet, konsekvens og risikomatriser inkluderer og tar forbehold av usikkerhet i en større grad enn risikovurderingen sitt oppsett. Jeg mener at mangel på konsistens på usikkerhet, risiko og en god plan for risikostyring i risikovurderingen, fører til en svakere og svekket risikoforståelse hos HSØ som har påvirket prosjektet sin helhet.

Tilleggsrapport 2 tar for seg bibehold av ansatte, og dette anses til å være noe som preger en stor del av usikkerheten rundt prosjektet. HSØ har identifisert flere faktorer som kan påvirke de ansatte når det kommer til frykten for en økt turnover, og flere faktorer som påvirker denne risikoen i en større grad. For sammenligning så kan en se mot prosjektet mot de nye sykehusene i Oslo, da særlig det nye Rikshospitalet. Oslo Universitetssykehus er nødt til å kutte 500 årsverk som gir et omfattende kutt i bemanningen, spesielt innad i kvinneklinikken, for å kunne finansiere nye sykehusbygninger (Ekroll, 2023). Som det også nevnes i en artikkel fra NRK. er det en frykt for rekrutteringsprosessen i Innlandet. Når det ble bygget et nytt sykehus i Sarpsborg, så mistet sykehuset 20% av de ansatte og de sliter fremdeles med rekrutteringen. Dette har vedvart helt siden 2015 (Bækkeli et al., 2023). Storsykehuset i Innlandet flyttes til en av de minste Mjøsbyene, og der det bor minst personer i forhold til befolkningen i de andre byene. Sykepleiere bor i byene og i tettbygde områder som fører til store avstander og lang reisevei, om en ser det opp imot vanskene med rekrutteringen som de hadde i Sarpsborg (Bækkeli et al., 2023). Her kan en argumentere for at de ansatte kjenner på redsel om de beholder jobben sin. Dette kan ses mot Sykehuset i Innlandet, og en kan tenke seg til at de ansatte i Innlandet kan føle at dette kan bli en realitet. HSØ gjennomførte flere undersøkelser og analyser for å identifisere problemene de mulig kan stå ovenfor.

Usikkerheter om fremtidig arbeidsplass for medarbeidere øker risikoen for turnover (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 9 - 10). For å finne frem til dette har HSØ også benyttet seg av eksterne eksperter for å få et helhetlig perspektiv av risikoen. Her vil jeg også poengtere at dette har hjulpet HSØ sitt risikoperspektiv på en positiv måte. Dette medfører at de kan ta tryggere beslutninger og eventuelt se behovet for å skaffe mer informasjon, gjennomgå interne analyser eller utsette prosjektet (Helse Sør - Øst, 2023b, s. 10). I rapporten legges det frem

flere tiltak for å redusere risikoen. Tilleggsrapport 1 og 2 påvirker konsistensen til risikoforståelsen til HSØ på en positiv måte. Selv at risikovurderingen har vist mangel på forståelse for usikkerhet, så har HSØ i senere tid fått samlet inn mer informasjon og gitt dem muligheten for et bedre beslutningsgrunnlag.

6.7 Påvirkende fra utsiden

Media og befolkning er faktorer som har påvirket risikoen i en større grad i prosjektet. Det uttrykkes ofte om stor risiko, uenighet og usikkerheter. Flere politikere i Mjøsområdet har vært delaktige i debatten og lagt press på HSØ (Haugerud,2023b). Flere uttrykker bekymring for fremtiden til Innlandet og det kan argumenteres for at dette har påvirket HSØ. Ettersom HSØ har delt informasjon offentlig har det åpnet for debattering og mange perspektiver. Dette har til gjengjeld påvirket Sykehusprosjektet på en positiv måte. Ettersom befolkningen har uttrykket en bekymring, så kan det argumenteres for at dette har ført til at HSØ gjennomførte flere analyser etter risikovurderingen som har blitt lagt frem. En kan se lignende tendenser i Oslo, hvor Legeforeningen påpeker at det nye Rikshospitalet – prosjektet innebærer mye risiko. Dette er på grunnlag av at det er mangel på tilstrekkelige utredninger der fagmiljøene blir mer splittet opp på et nytt storsykehus (Hermansen til VG, sitert av Fraser & Johannesen, 2019). Det påpekes at det er mangel på grundige utredninger som medfører høyere risiko på grunn av mangel på informasjon. Noe som også dras inn mot HSØ sitt prosjekt mot Sykehuset Innlandet er at konsekvensen dersom Ullevål legges ned. Tidligere i oppgaven påpekes det at Innlandet sender pasienter til Oslo for behandling ettersom behandlingstilbudet i Innlandet er mangelfullt. Pasientsikkerheten og tilbudet blir svekket i Oslo, noe som også kan gå utover Sykehuset Innlandet (Fraser & Johannesen, 2019).

Oslos rådfører har også stilt seg kritisk til den nye sykehusstrukturen i Oslo, ettersom prosjektet om Rikshospitalet har hatt en økende kostnad og blir stadig dyrere enn antatt. Prislappen på prosjektet har allerede steget med 50 milliarder kroner (Juven, 2022). Dette øker likedan bekymringen for gjennomføring av andre sykehusprosjekter, ettersom Oslo sitt sykehusprosjekt krever mer penger, skrives det at de er nødt til å benytte seg av lån fra felleskassa til HSØ. Dette kan påvirke prosjektet til HSØ i Innlandet, da prosjektet der kan også koste mer enn antatt. Samtidig kan manglende penger hindre oppstart av prosjektet til HSØ i Innlandet. Det samme gjelder for sykehuset i Drammen (Bakken, 2022). Prislappen på

Drammen sykehus har økt og det har samtidig blitt gjort usikkerhetsanalyser knyttet til dette. Her ble det funnet ut at prosjektet koster mer enn 2,4 milliarder mer enn antatt (NRK, 2023). Med de omfattende prosjektene fra Oslo og Drammen, kan en anta at disse kan være en påvirkende faktor av HSØ sitt prosjekt i Innlandet.

6.8 Hva kan gjøres bedre?

Når det kommer til hva som kan gjøres bedre for at HSØ skal ha en bedre konsistens i risikoforståelsen for å ta en god beslutning om sykehusprosjektet, så mener jeg det er en del punkter. Det å ha et mer utfyllende risikodefinitjonsgrunnlag kan i seg selv føre videre til at det blir tatt mer hensyn til andre viktige punkter enn kun sannsynlighet og konsekvens. Som definisjonen jeg benytter meg av i denne oppgaven har mer fokus på usikkerhet knyttet mot mål. HSØ kunne ha kartlagt hvor mye tilgjengelig informasjon dem besitter og hvor godt grunnlag de har for informasjonen. Samtidig ses det på at utfall kan være positive og negative. Det vil si at det åpner muligheter, men potensielt nye trusler også (ISO, 2018, s. 1). Mål kan ses på forskjellige akseptor og kategorier. Samtidig ses risiko på som risikokilder, mulige hendelser, deres konsekvenser og sannsynligheter. HSØ sin risikovurdering kunne i sterkere grad gitt en sterkere betegnelse for data og informasjonen som påvirker risikoen i matrisene sine for å vise styrken på informasjonen for å avdekke usikkerhet. Samtidig kunne HSØ ha benyttet seg mer av fageksperter for å på mer utfyllende informasjon på risikobegrepene og arbeid med risiko i seg selv. Dette kunne ha gitt et bedre vurderingsgrunnlag, mer utfyllende informasjon og gitt en mer helhetlig risikoforståelse for risikoen HSØ står ovenfor.

Fageksperter kunne også ha bidratt til en mer utfyllende risikovurdering og gitt flere styrker til risikostyringen. HSØ kunne også ha benyttet seg av mer relevante dokumenter og oppdaterte risikostandarder for å få et mer helhetlig perspektiv på risikostyring. ISO 31000:2018 tar for seg et helhetlig perspektiv på hvordan man kan gjennomføre en grundig risikovurdering. Denne modellen øker sjansen for å avdekke hull og mangler i analyser. Da kan det til si at HSØ kunne ha avdekket usikkerheter ved risikoer på en bedre måte i risikovurderingen. Som en kan se, så ble det avdekket flere usikkerheter og risikoer når tilleggsoppdragene ble gjennomført. Jeg mener at de kunne ha avdekket flere av disse punktene i risikovurderingen dersom den var helhetlig bedre gjennomført. Som ISO 31000:2018 tar for seg, så er det viktig med kommunikasjon, konsultasjon, overvåkning,

gjennomgang, registrering og rapportering for å oppdage usikkerheter. Med dette, så er dette flere punkter for HSØ som tilsier hvordan de kan jobbe bedre med usikkerhet ved risikoer. ALARP er noe som kunne ha blitt brukt i en sterkere grad i prosjektet til HSØ. Begrepet er også noe som kan brukes senere i prosjektet. Det kan lønne seg med å benytte seg av forsiktighetsprinsippet ved flere av tiltakene HSØ ønsker å implementere. I forhold til ALARP og sykehusprosjektet, så kan dette hjelpe med å avdekke flere usikkerheter og at enkelte tiltak er verdt å implementere i forhold til kostnaden. Oppsummert, så mener jeg at en bedre risikodefinsjon, bruk av ISO 31000:2018, mer konsistens i informasjonen og hvordan den arbeides med og kommuniseres kan bidra til at HSØ får en bedre risikoforståelse og et bedre beslutningsgrunnlag.

7.0 Konklusjon

HSØ sitt sykehusprosjekt kan argumenteres for å være et risikofylt prosjekt med ulike usikkerheter på flere områder. Usikkerheter for ansatte, pasienter og beboere i Innlandet påvirker risikoen for HSØ. Flere uttrykker bekymringer, men samtidig er det et antall som uttrykker at prosjektet er positivt og nødvendig for å sikre en trygg fremtid i Innlandet. Risikovurderingen og risikoplanen har vært de sentrale dokumentene for denne oppgaven da de er tilsynelatende like, gjennomført av HSØ og omtaler om risiko. Forskjellene med risikoplanen og risikovurderingen er svært mange. Risikovurderingen er et dokument som følger andre retningslinjer for risiko enn risikoplanen som er basert på ISO 31000:2009. De to dokumentene bruker allikevel flere like begreper, men defineres på ulike måter. Jeg argumenterer nettopp for at prosjektgruppen til HSØ har hatt et fragmentert perspektiv på risiko i forhold til risikoplanen. Noe som har vært mistanken min er at prosjektgruppen har en delvis mangel på risikoforståelse og oppdaterte standarder innenfor fagområdet. Forskjeller og ulikhetene på definisjons bruken er tydelig igjennom risikovurderingen.

En fragmentert risikoforståelse i et slikt prosjekt kan ha en negativ effekt. Risikodefinitjonen i risikovurderingen gir et inntrykk av at risikoforståelsen er fraværende hos prosjektgruppen. En kan argumentere for at dette kan påvirke flere enn kun sykehusprosjektet. Dersom HSØ tar en feil beslutning hvis dem har manglende informasjon, vurderinger og analyser, så kan det potensielt lede til fatale konsekvenser. Dette da sykehusprosjektet påvirker et helt fylke og fremtiden til mange mennesker. I risikovurderingen så kan man som nevnt se manglende uttrykk for risiko, usikkerhet og informasjon. Jeg argumenterer for dette ettersom tilleggsoppdragene avdekker flere risikoer og usikkerheter ved de største risikoene HSØ står ovenfor. En risikoforståelse som er svekket kan samtidig antas til å påvirke flere faktorer. Hvis HSØ skal gjennomføre investeringer i tiltak, bygg, ansatte og utstyr, kan det argumentere for at en felles og helhetlig forståelse for risiko kan påvirke beslutninger positivt.

I et større perspektiv så kan en se at andre prosjekter sin suksess eller nedgang kan ha en stor påvirkende faktor. Drammen sitt nye sykehus gjennomfører en lignende metode som gjøres av HSØ i Innlandet, med tanke på rekrutteringen, funksjonaliteten og fagmiljøet. En kan da tenke seg til hvordan dette kan påvirke hvordan Sykehuset Innlandet stiller seg til eget prosjekt. Dette kan også antas til å påvirke de ansatte i Innlandet i forhold til turnover. Oslo sitt nye

sykehusprosjekt kan også argumenteres for å ha en lignende påvirkningskraft. Hvor mye ekstra kostnader prosjektet vil medføre, hvordan den enkelte ansatte forholder seg til utviklingen og usikkerheten, men også samtidig se hvordan pasienttilbudet endrer seg. Det skrives at nye sykehus skal kunne tilfredsstille krav som dekker befolkningen sitt behov. Sammenlignet med Sykehuset Innlandet kan både budsjettet og pasienttilbudet til det nye storsykehuset i Oslo, da særlig Rikshospitalet, spille en viktig faktor i sluttløpet. Risikoen kan antas til å være avhengig av mange flere faktorer enn antatt. Usikkerheten kan anses til å være påvirket av disse faktorene. HSØ bør dermed følge tett opp imot hvordan andre prosjekter påvirker. Ikke nødvendigvis for å se på hva som går bra, men også lære av feil. Ved å se på erfaringene fra andre sykehusprosjekt kan påvirke prosjektet til HSØ på en positiv måte. Det kan også konkluderes med for at HSØ skal få en bedre risikoforståelse av sitt eget prosjekt på Innlandet, er at dem er avhengig av å se på andre prosjektet for å ha en erfaringslæring og uthente mer informasjon for å senke usikkerheten. Det kan også antas at HSØ ønsker å følge opp med de andre storsykehusene som bygges for å aktualisere Innlandet mer enn det er nå til dags. Dette kan ha med at de ønsker å være mer på banen for å rekruttere fagkyndig personell enn at dem velger de nyere sykehusene som bygges ferdig i løpet av noen år. Hvis dette skulle være tilfellet, kan det argumenteres for at risikoen ikke blir like belyst og at beslutningen foretas på et svakere risikogrunnlag enn det kunne ha vært. Noe som vil være en fordel for helseforetakene er å sørge for en erfaringsdeling for å styrke hverandres kunnskaper når det kommer til beslutninger. Dette kan være noe som bidrar med at usikkerheten rundt flere av identifiserte risikoene blir svakere og bedre kartlagt. En kan argumentere for at det ikke skjer mange restruktureringer av sykehus og at et samarbeid vil styrke sykehusene betraktelig.

Totalt sett, så vil jeg konkludere med at den manglende risikoforståelsen i HSØ og i risikovurderingen påvirker beslutningsprosessen i sykehusprosjektet negativt. Som jeg viser til, og som HSØ selv skriver, så overskrider prosjektet budsjettet og blir utsatt mer. Samtidig kan en se at risikovurderingen med tiden har påført flere nødvendige vurderinger. Jeg vil allikevel argumentere for at en del av arbeidet som har blitt gjort i risikovurderingen er positiv. Prosjektgruppen har identifisert relevante risikoer og trusler som kan påvirke sykehusprosjektet negativt. Personlig ville jeg ønsket å se mer utfyllende innhold, mer konsistens i dokumentene, tydeligere retningslinjer og en bedre risikoforståelse. Dersom risikovurderingen hadde mer eller mindre fulgt risikoplanen til HSØ, så kunne risikoforståelsen ha blitt mer tydeligere og bedre gjennomført. For å kunne bedre dette, kunne

HSØ ha inkludert fageksperter innen risiko for revidering av risikovurderingen og råd til utbedring av risikodokumenter, forståelse og begreper. Samtidig kunne HSØ ha implementert ALARP mer igjennom sine analyser og dokumenter. Jeg vil konkludere med at å henvise til slike type analyser for å vise leseren kunnskapen bak vurderingsgrunnlaget til risikoene og tiltakene, kunne ha fremvist bedre risikoforståelse. Ut ifra dette konkluderer jeg med at risikovurderingen er positiv, men inneholder flere mangler som leder til negative utfall. Konsistensen i risikoforståelsen og vurderingen påvirker derfor beslutningsprosessen til HSØ og leder potensielt til flere utsettelse, mer kostander, flere risikoer som mulig kan oppstå og mer usikkerhet knyttet til prosjektet.

7.1 Videre forskning

Når det kommer til videre forskning innenfor dette temaet, så tenker jeg det ville ha vært interessant å se en revidering av flere risikovurderinger, analyser og dokumenter på hvordan risikostyringen er. Det kunne ha blitt gjennomført dybdeintervjuer på prosjektgruppen for å få mer utfyllende informasjon på risikoforståelsen. Da denne oppgaven kun tar for seg dokumentanalyse, så er dette en svakhet ettersom jeg kun får informasjon fra dokumenter og må tolke innholdet alene. Jeg mener derfor at intervjuer eller en mer omfattende dokumentanalyse av graderte dokumenter kan lede videre til et mer helhetlig bilde av sykehusprosjektet og risikoforståelsen til HSØ.

Litteraturliste

Abrahamsen, H. B. & Abrahamsen, E. B. (2015). On the appropriateness of using the ALARP principle in safety management.

Aven, T. (2011). *Quantitative Risk Assessment - The Scientific Platform*. Cambridge University Press.

Aven, T. (2015). *Risk Analysis*. (2. utg.). John Wiley & Sons, Ltd.

Aven, T., Røed, W. & Wiencke, H. S. (2017). *Risikoanalyse*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

Aven, T. & Abrahamsen, E. (2007, juli). On the Use of Cost - Benefit Analysis in ALARP Process. I *International Journal of Performability Engineering*, Vol 3. (3), 345 - 353

Bakken, J. D. (2022, 24. november). Nye Oslo – sykehus kan gi full stopp for andre sykehus: - Tømmer hele sparegrisen. *NRK*. <https://www.nrk.no/osloogviken/tillitsvalgte-advarer-om-at-nye-oslo-sykehus-kan-gi-kutt-hos-andre-sykehus-1.16180218>

Bækkelien, S., Vollan, M., Hågensen, K., Trøen, M. I. N. & Stenberg, M. (2023, 09. juni). Uroa for rekrutteringa: - Det blir jokeren. *NRK*. <https://www.nrk.no/innlandet/sjukepleiarforbundet-uroa-for-rekrutteringa-til-nytt-mjossjukehus-i-moelv-1.16434596>

Ekroll (2023, 19. januar). Oslo universitetssykehus planlegger kutt tilsvarende rundt 500 årsverk. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/5BLa2E/oslo-universitetssykehus-planlegger-kutt-tilsvarende-rundt-500-aarsverk>

Fraser, S. & Johannessen, N. (2019, 31. januar). Advarer mot å legge ned Ullevål sykehus: - Pasientene taper. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/OnxWgk/advarer-mot-aa-legge-ned-ullevaal-sykehus-pasientene-taper>

Hagen, R. (2021, 01. September). Rapport med påstand om at Mjøssykehuset blir langt dyrere enn antatt: - Sann mine ord, liv vil gå tapt. *Oppland Arbeiderblad*. <https://www.oa.no/rapport-med-pastand-om-at-mjosykehuset-blir-langt-dyrere-enn-antatt-sann-mine-ord-liv-vil-ga-tapt/s/5-35-1391427>

Haugerud, K. (2023a, 19. januar). Mjøssykehuset eller Hamar: Stor uenighet om hva som er best for å beholde de ansatte. *Oppland Arbeiderblad*. https://www.oa.no/mjosykehuset-eller-hamar-stor-uenighet-om-hva-som-er-best-for-a-beholde-de-ansatte/s/5-35-1687774#_=_

Haugerud, K. (2023b, 25. januar). Stor motstand mot trinnvis utbygging av Mjøssykehuset: - Tviler på om helseministeren blir fornøyd med resultatet av utredningene. *Oppland Arbeiderblad*. <https://www.oa.no/stor-motstand-mot-trinnvis-utbygging-av-mjosykehuset-tviler-pa-om-helseministeren-blir-fornoyd-med-resultatet-av-utredningene/s/5-35-1692357>.

Helse Sør - Øst. (2021). *Nytt Mjøssykehus plasseres i Moelv*. [Figur]. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/nytt-mjosykehus-plasseres-i-moelv>.

Helse Sør - Øst. (2022). *Risikovurdering av virksomheten før og etter idriftsetting av investeringstiltakene*. <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2022-07/060-2022%20Vedlegg%2002n%20-%20Styresak%20060-2022%20-%20Vedlegg%2014%20Risikovurdering-virksomheten%20v2.pdf>.

Helse Sør - Øst. (2023a). *Rapport for deloppdrag 1: Vurdering av trinnvis utbygging*. <https://www.helse-sorost.no/siteassets/documents/Store%20utviklingsprosjekter/Sykehuset%20Innlandet/Styring>

[sgruppemøter/202302/012-2023%20-%20Vedlegg%201%20-%20Rapport%20tilleggsoppdrag%20konseptfase%20steg%201_v1.0.pdf](#)

Helse Sør - Øst. (2023b). *Rapport tilleggsoppdrag, deloppdrag 2, konseptfasen steg 1: Mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart.*

<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2023-01/006-2023%20Vedlegg%2001%20Rapport%20tilleggsoppdrag%20-%20Deloppdrag%202.pdf>

Helse Sør – Øst (2023c, 13. april). *Nytt sykehus i Drammen.* <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/nytt-sykehus-i-drammen>

Helse Sør – Øst (2023d, 15. februar). *Fakta om nytt sykehus i Drammen.* <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/nytt-sykehus-i-drammen/fakta-om-nytt-sykehus-i-drammen>

Helse Sør - Øst. (u.å.). *HSØ Prosjektveiviser - Plan for risikostyring.* http://admininfo.helse-sorost.no/prosjektveiviser_/Documents/Risiko/MAL_Risikoplan.pdf

Innlandet Fylke. (2019, 10. desember). *Folk i Innlandet.* <https://innlandetfylke.no/tjenester/plan-statistikk-og-folkehelse/innlandsstrategien/fakta-om-innlandet-kunnskapsgrunnlaget/folk-i-innlandet/>

ISO 31000:2018. (u.å.). *Risk management process.* [Figur]. <https://practicalrisktraining.com/iso31000>.

ISO. (2018). *Risk management - Guidelines.* (2. utg).

ISO. (2020). *Risk management - Guidelines on using ISO 31000 in management systems.*

Jevne, T. (2022, 25. august). Sykehuset Innlandet velger Mjøssykehuset - tre stemte mot. *Oppland Arbeiderblad*. <https://www.oa.no/sykehuset-innlandet-velger-mjossykehuset-tre-stemte-mot/s/5-35-1598480>.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk - administrative fag*. Abstrakt forlag.

Juven, O. (2022, 16. desember). Nye Oslo – sykehus vedtatt – kan koste over 50 milliarder kroner. *NRK*. <https://www.nrk.no/osloogviken/nye-oslo-sykehus-vedtatt---kan-koste-over-50-milliarder-1.16221614>

Lunde, I. K. (2016). *Praktisk krise - og beredskapsledelse*. (2. utg). Universitetsforlaget.

NOU 2023:8. (2023). *Fellesskapets sykehus*. Departementenes sikkerhets - og serviceorganisasjon, teknisk redaksjon.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf>

NRK. (2022,12. juli). *Risikoanalyse: Mjøssykehuset vinner over Hamar*.
https://www.nrk.no/innlandet/risikoanalyse_-mjossykehuset-vinner-over-hamar-1.16035619.

NRK (2023, 04. februar). Prislappen på nye Drammen sykehus Øker. *NRK*.
<https://www.nrk.no/osloogviken/prislappen-pa-nye-drammen-sykehus-oket-1.16284396>

NRK. (u.å). *Emne: Sykehjem*. Hentet fra <https://www.nrk.no/emne/sykehjem-1.359177>.

Oslo Universitetssykehus (2023b, 06. juni). *Nye Rikshospitalet – Fakta om Nye Rikshospitalet*. <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/nye-rikshospitalet#fakta-om-nye-rikshospitalet>

Regjeringen (2023, 05. juni). *Regjeringen sier ja til nytt Mjøssykehus*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-sier-ja-til-nytt-mjossykehus/id2982925/>

Sykehuset Innlandet. (2023a, 16. februar). *Framtidig sykehusstruktur*. <https://sykehuset-innlandet.no/framtidig-sykehusstruktur>

Sykehuset Innlandet. (2023b, 15. mars). *Sentrale dokumenter*. <https://sykehuset-innlandet.no/framtidig-sykehusstruktur/sentrale-dokumenter>.

Sæther & Vågenes (2023, 07. mars). Klart for gigantsykehus i Oslo: - En sørgelig avgjørelse. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/i/wAxQLd/slik-blir-kjempesykehuset-i-oslo>

Vestre Viken. (2022, 29. november). *Nytt sykehus i Drammen*. <https://vestreviken.no/om-oss/nytt-sykehus-i-drammen>