



Masteroppgave i Samfunnssikkerhet

Vår 2017

Fra gammelt til nytt, fra A til B – Risikosport eller god planlegging?

**En sammenligning av to sykehus som begge har gjennomført en omfattende
flytteprosess**

Av Liv Ellen Døskeland

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2017

FORFATTER:

Liv Ellen Døskeland

VEILEDER:

Øivind Solberg

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Fra gammelt til nytt, fra A til B – Risikosport eller god planlegging?
En sammenligning av to sykehus som begge har utført en omfattende flytteprosess.

EMNEORD/STIKKORD:

Risikovurdering, ROS analyse, sykehus, helseforetak, risikostyring, usikkerhet, restrisiko, beslutningstaking, internkontroll, flytteprosess

SIDETALL: 145

STAVANGER:

12.6.2017

FORORD

Med denne masteroppgaven avsluttes to innholdsrike og utviklende år av både faglig, mellommenneskelig og personlig karakter. To strevsomme år der lærekurven har vært bratt, men du verden så givende. Faglig sterke lærekrefter med både tung teoretisk kompetanse og arbeidserfaring har bidratt til at de ulike fagene har vært ufattelig inspirerende og spennende. Takk til dere alle, dere er gode.

Men uten hjelpen fra alle involverte på Kalnes og ikke minst de fire respondentene, hadde ikke masteroppgaven blitt den samme. En stor takk til dere som fant tid til meg i en ellers så travel hverdag.

En stor takk rettes også til min alltid så imøtekommende veileder Øivind Solberg, eller jeg må si mine to veiledere. Jeg har vært så heldig og hatt en offisiell veileder Øivind, og en uoffisiell Geir Sverre Braut. Tusen takk til begge to. Dere har begge bidratt på hver deres måte med faglige innspill, engasjement, godt humør og sist men ikke minst tid. Å oppleve interesse og at det blir satt av tid til å diskutere mine faglige utfordringer har betydd veldig mye.

Gode diskusjoner er alltid utviklende når en står midt oppe i en problemstilling. Eva Egeland har i så måte vært en fantastisk lytter og diskusjonspartner når hodet i perioder har vært litt varmt. En stor takk til deg Eva. Og hva skulle jeg vel gjort uten deg Elin som alltid har vært der og som denne gang tok ansvar for språkvaskingen. Mange «kniber» til deg Elin Vathne.

Men det viktigste av alt, min familie. At min mann Arthur er tålmodig har jeg alltid visst, og at vår datter Synnøve har arvet denne verdifulle egenskapen har kommet svært godt med i mine eksamensperioder og under den mest hektiske masterskrivingen. Dere er enestående, tusen takk.

Liv Ellen Døskeland

SAMMENDRAG

Utgangspunktet for masteroppgaven var vedtaket om å bygge nytt sykehus i Stavanger. Sykehuset skal bygges på Ullandhaug og byggingen skal foregå i to byggetrinn. Ny plassering innebærer en større flytteprosess enn dersom man hadde valgt å oppgradere og utvide de gamle sykehuslokalene på Våland. Erfaringsmessig vet man at å flytte fra et sykehus til et annet sykehus kan by på utfordringer, spesielt når må flytter inn i lokaler med helt moderne teknologi. Oppgaven handler derfor om flytteprosesser, og om risikovurdering kan være en hjelp i planleggingen av en faglig forsvarlig flytteprosess.

Flyttingen fra gamle Akershus Universitetssykehus HF til nytt universitetssykehus fikk i 2008 mye negativ medieomtale. Men i 2015 gjennomførte Sykehuset Østfold HF en lignende flytteprosess på en tilsynelatende tilfredsstillende og faglig forsvarlig måte. Hva var det sistnevnte sykehus gjorde i motsetning til Akershus Universitetssykehus HF for å oppnå et slikt resultat?

Oppgaven tar som tidligere beskrevet utgangspunkt i risikovurdering og sammenligner de to sykehusenes prosess med hensyn til om de har benytte seg av risikovurdering som verktøy i planleggingen og som underlag til beslutninger. Man griper tak i interne og eksterne krav relatert til risikovurdering som for eksempel *NS 5814 Krav til risikovurderinger* og ser på om, og eventuelt hvordan disse kravene er blitt anvendt i praksis. Tilslutt har man vurdert om, og eventuelt hvordan beslutningstakerne og vernetjenesten bruker vurderingene i sin beslutningstaking.

Resultatet av sammenligningen viser at risikovurdering i svært stor grad kan bidra til faglig forsvarlig flytting fra gammelt til nytt sykehus. For å sikre faglig forsvarlighet er en avhengig av risikovurderingskompetanse og en forankring i ledelsen om at risikovurdering skal benyttes. Skal man vurdere og tolke risiko på en enhetlig måte, anbefales tydelige og detaljerte styringssystem. Det er et funn i gjennomgangen av data at det regionale helseforetaket i kraft av sitt «sørge for ansvar» burde lagt til rette for et styringssystem med et detaljnivå der det legges føringer til nivå av akseptabel risiko og faglig forsvarlighet.

Ofte ser man at system for risikovurdering blir kopiert fra en industri til en annen. På Sykehuset Østfold HF viste både styringsdokumentasjon, resultat fra risikovurderinger og

uttalelser fra respondenter at det er viktig å ta lærdom fra egen virksomhet og bygge videre på den kunnskapen som en finner hos de ansatte ved sykehuset. Identifisert risiko som var løftet til et ledelsesnivå fikk uansett farge og kritikalitet nøyaktig samme fokus fra ledelsen, og samtlige risikoer fikk tiltak. Vernetjenesten kunne med fordel hatt større innflytelse i beslutningene relatert til kritikalitet og tiltak. Før flytting gikk restrisiko inn i beredskapsplaner. Basert på funnene i empirien og siste års forskning på risiko og usikkerhet, kan man stille spørsmål om en både burde vurdere egen risikovurderingsstandard for helseforetakene og at standard *NS 5814 Krav til risikovurderinger* er moden for revisjon.

Å kunne dokumentere at det har skjedd en utvikling i bruk og dokumentering av risikovurdering fra flyttingen på Akershus Universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF – Kalnes er svært tilfredsstillende. Ekstra gledelig er det at ledelsen finner nytteverdien av risikovurdering som verktøy. Men masteroppgaven dokumenterer også at det finnes forbedringspotensialet i alle ledd i helsehierarkiet med hensyn til risikovurdering. For å sikre at risikovurderingsprosesser blir brukt ved planlegging, bygging, innflytting og ibruktakelse av blant annet nye sykehus er det et funn i analysen at regelverket burde legges til rette for at Statens helsetilsyn får større ansvar med å føre tilsyn mot denne type prosesser i alle faser av byggeprosessen.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Formål og problemstilling	1
1.2	Forskningsspørsmål, valg av teori og begrensninger	2
1.3	Oppgavens oppbygning	4
2	Organisering og faglige krav	4
2.1	Regionale helseforetak og helseforetak	5
2.1.1	Oppbygging og ansvar	5
2.1.2	Akershus Universitetssykehus HF	6
2.1.3	Sykehuset Østfold HF – Kalnes	7
2.1.4	Organisering under utbygging og klinisk ibruktakelse	9
2.2	Regelverkskrav og rettslig standard	11
2.2.1	Internkontroll og kartlegging av områder hvor det er fare for svikt	11
2.2.2	Forsvarlighetsprinsippet	12
3	Teori	14
3.1	Sykehus, en «High Reliability» organisasjon.....	14
3.2	Risikovurderingsprosessen	15
3.2.1	Planlegging	16
3.2.2	Risikoanalysen	17
3.2.3	Risikoevaluering.....	19
3.3	Usikkerhet og beslutninger	19
4	Forskningsdesign	21
4.1	Relevant forskning og artikler om emnet	22
4.2	Datainnsamling	24
4.2.1	Dokumenter	24
4.2.2	Intervjuer	27
4.3	Analysering av data	30
4.4	Validitet og reliabilitet.....	31
4.5	Arkivering og sikkerhet	33
5	Empiri	33
5.1	Case 1: Ahus	33
5.1.1	Forventninger og krav satt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF.....	33
5.1.2	Styringssystem relatert til risiko.....	36
5.1.3	Risikovurdering i praksis	36

5.1.4	Beslutningstakernes og vernetjenestens vurdering og oppfølging av risiko	40
5.1.5	Hovedfunn i case 1 – Ahus	41
5.2	Case 2 – Kalnes	43
5.2.1	Forventninger og krav satt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF.....	43
5.2.2	Styringssystem relatert til risikovurdering	45
5.2.3	Risikovurdering i praksis	49
5.2.4	Beslutningstakerne og vernetjenestens vurdering og oppfølging av risiko.....	58
5.2.5	Hovedfunn i case 2 – Kalnes	60
6	Drøfting	64
6.1	Krav, forventninger og styringssystem.....	64
6.2	Risikovurdering i praksis	69
6.3	Svar på forskningsspørsmål og refleksjoner.....	78
6.4	Refleksjon over diverse funn	81
7	Konklusjon.....	82
8	Litteraturliste.....	84
9	Vedlegg	92
	Vedlegg 1, Dokumentasjon for risikovurderingsrapport.....	1
	Vedlegg 2, Fokusområder for ROS analyser ved Kalnes.....	2
	Vedlegg 3, Sannsynlighetsskala for overordnet risikorapport	3
	Vedlegg 4, Konsekvensskala for overordnet risikorapport	4
	Vedlegg 5, Skjema for identifisering av risiko – overordnet risikovurdering,	6
	Vedlegg 6, Sannsynlighet- og konsekvensskala for ROS 1, 2, 3 og 4.....	7
	Vedlegg 7, Etterspurt dokumentasjon hos Statens helsetilsyn.....	9
	Vedlegg 8, Etterspurt dokumentasjon hos Kalnes	13
	Vedlegg 9, Gjennomgått dokumentasjon – Ahus.....	15
	Vedlegg 10, Gjennomgått dokumentasjon - Kalnes.....	18
	Vedlegg 11, Gjennomgått dokumentasjon - Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.....	22
	Vedlegg 12, Fokus ved dokumentgjennomgang	29
	Vedlegg 13, Intervjuguide.....	30
	Vedlegg 14, ROS 1 – Risikofaktorer, basert på (Sykehuset Østfold, 2015b).....	38
	Vedlegg 15, ROS 2, 3 og 4 – Risikofaktorer, basert på (sykehuset Østfold, 2015c, 2015d, 2015e).....	40
	Vedlegg 16, Overordnet risikorapport for mai, basert på (Sykehuset Østfold, 2015a).....	43

Figurliste

Figur 1, Oppgavens oppbygning.....	4
Figur 2, Helseforetakenes oppbygning.....	6
Figur 3, Beslutningskart	10
Figur 4, Beslutningskart Samlet Plan.....	11
Figur 5, Mindfulness, basert på	15
Figur 6 Eksempel på Bow-tie diagram basert på.....	18
Figur 7, Nødvendig dokumentasjon	25
Figur 8, Eksempel på risikobilde på HF nivå	36
Figur 9, Overordnet risiko Prosjekt Nytt Sykehus	39
Figur 10, Tidslinje for ROS analyser basert på tidslinje for ibruktakelse av Kalnes	52
Figur 11, Risikomatrixe for ROS 1, 2, 3 og 4	57
Figur 12, Styremøter hvor det er dokumentert gjennomgang av risikovurdering.....	60

Tabelliste

Tabell 1, Gjennomgåtte dokument	27
Tabell 2, Intervju og telefonsamtaler	29
Tabell 3, Skjema for å beskrive tiltak for overordnet risiko	38
Tabell 4, Sannsynlighetskala hentet fra Retningslinjer for risikovurdering i Samlet plan SØ	48
Tabell 5, Konsekvenskategorier hentet fra Retningslinjer for risikovurdering i Samlet plan SØ	48
Tabell 6, Risikomatrixe SØ/HSØ	49
Tabell 7, ROS analyseskjema	53

1 Innledning

1.1 Formål og problemstilling

11. januar 2016 kunngjorde helseminister Bent Høye at det skal bygges nytt sykehus for Helse Stavanger HF på Ullandhaug (Helse Stavanger HF, 2016). Konseptet innebærer at byggingen av det nye sykehuset vil bli gjennomført i to byggetrinn. Første byggetrinn planlegges klart for innflytning i 2023 (Helse Stavanger HF, 2015b, s. 85). Helse Stavanger HF ser da for seg at brorparten av all somatisk døgnbehandling vil foregå i de nye lokalene på Ullandhaug, mens sykehuspsykiatri og noe somatikk vil bli værende på det gamle sykehuset. I følge Helse Stavanger HF vil et slikt alternativ være det beste for befolkningen i sør Rogaland, selv om dette alternativet blant annet vil innebære at de somatiske tjenester deles på to steder, Ullandhaug og Våland (Helse Stavanger HF, 2015a, s. 2, 12)

Beslutningen om å drifte sykehuset på to lokaliteter vil ikke bli nærmere utdypet i denne oppgaven. Det som derimot er interessant er hvordan beslutningstakerne ser for seg at prosessen med å flytte pasienter og personell fra det gamle til det nye sykehuset kan gjennomføres på en faglig forsvarlig måte. Hvordan planlegges det å forberede en hel organisasjon på å arbeide i nye lokaler og anvende nytt utstyr samtidig som en over en lengre periode planlegger å drifte i gamle lokaler med gammelt utstyr?

Erfaringer har vist at det å gå fra gammelt til nytt sykehus kan være en problematisk prosess (Vinnem, 2010, s. 1). 2. oktober 2008 flyttet de første pasienter inn på nye Akershus Universitetssykehus HF (Javed, 2008). 13. oktober samme år kunne vi lese i Verdens Gang, heretter VG, at milliardprosjektet nye Akershus Universitetssykehus HF hadde alvorlige innkjøringsproblemer (Lundh, 2008). Etter hvert blir også sykehuset anklaget for unaturlige dødsfall (NTB, 2009a). Hvordan kunne dette skje og kan vi frykte slike tilstander også når Helse Stavanger HF skal flytte til Ullandhaug?

Skal vi stole på media er det heldigvis mulig å få til en god flytteprosess. 2. og 3. november 2015 flyttet Sykehuset Østfold HF inn i splitter nye lokaler på Kalnes. 8. november uttaler administrerende direktør ved Sykehuset Østfold HF følgende til Sarpsborg Arbeiderblad:

Selve flyttingen gikk veldig bra. Til tross for at vi fikk en frisk start den første uka. Vi har nemlig opplevd en del kompliserte tilstander hos pasienter, som ikke er hverdagskost hos oss. Men alt gikk veldig bra, og da fikk vi samtidig testet at alle prosedyrer virker (Mikalsen, 2015c).

Sammenlignet med Akershus Universitetssykehus HF virker uttalelsen nesten for god til å være sann. Gikk alt virkelig så godt i Østfold, var prosessen så rosenrød som sitatet over gir uttrykk for, og hva var det sykehuset hadde gjort annerledes for å få til en vellykket flytteprosess?

Statens helsetilsyn ba i 2009 Jan Erik Vinnem, tidligere professor i samfunnsikkerhet ved universitetet i Stavanger, om å vurdere ledelsen ved sykehuset sin kontroll med risiko før flytting. Hadde de benyttet seg av analyser og tiltaksplaner for å få den nødvendige kontrollen? En slik henvendelse bekreftet at helsetilsynet hadde en forventning til at analyser skulle ha blitt gjennomført, men var de det? Vinnem konkluderte med at basert på tilgjengelig dokumentasjon hadde ikke ledelsen ved Akershus Universitetssykehus HF nødvendig kontroll forut for flytting. Samtidig fungerte beredskapen som var etablert på forhånd for å takle uforutsette problemstillinger (Vinnem, 2010). Denne konklusjonen er svært alvorlig, en konklusjon som igjen retter nye spørsmål. Er det selve risikovurderingsprosessen eller fravær av risikovurdering som kan ha vært en medvirkende årsak til at sluttresultatet fra de to flytteprosessene synes å ha blitt så forskjellig?

Formålet med oppgaven blir derfor å finne ut hvorfor resultatet tilsynelatende ble så forskjellig i de to flytteprosessene og om risikovurdering kan bidra til en faglig forsvarlig flytteprosess. Oppgaven vil dermed prøve å besvare følgende problemstilling:

Hvordan kan risikovurdering bidra til å sikre en faglig forsvarlig flytteprosess fra gammelt til nytt sykehus?

1.2 Forskningsspørsmål, valg av teori og begrensninger

Flytting og flytteprosess kan i denne sammenhengen bety så mye. Det er gjennomført flere ulike aktiviteter i forkant av begge sykehus sine flytteprosesser. Et eksempel er utvelgelse av hvilke avdelinger som burde flyttes først og sist. Prosesser som dette er ikke studert i denne oppgaven. Masteroppgaven konsentrerer seg derimot om de analyser som ble gjennomført i forkant av flyttingen og som muligens var et bidrag i ledelsens beslutning om å flytte på

planlagt dag, og som gav ledelsen nødvendig trygghet med hensyn til det å flytte pasienter inn i nye lokaler.

Om helseforetakene hadde egen standard for risikovurdering var i forkant av denne master oppgaven ukjent. *NS-5814:2008 Krav til risikovurderinger* ble derfor et førstevalg med hensyn til teoretisk valg, da den er rettet mot næringer som ikke har egne standarder innenfor risikovurdering (Ns 5814:2008, 2008, s. 2). En annen fordel med å bruke denne standarden er at risiko- og sårbarhetsanalyser, heretter ROS, følger samme struktur som standarden legger opp til (Aven, Boyesen, Njå, Olsen & Sandve, 2014 s. 97). Et søk på internett viste at Sykehuset Østfold HF hadde benyttet seg av ROS metoden.

Men en metode alene er ikke nok for å få et sluttprodukt der risiko er identifisert og håndtert på en så tilfredsstillende måte at en har unngår uønskede hendelser og overraskelser. For å få svar på problemstillingen ble det nødvendig å undersøke hvilke krav helseforetakene har til risikovurdering og hvilken kultur det er for å anvende risikovurderingene i praksis.

Kompleksitet særpreger helsetjenesten. Noen ganger må beslutninger tas raskt, andre ganger har en bedre tid til å gjennomføre vurderinger (NOU 2015:11, 2015, s. 39). Beslutningstaking er vanskelig når kompleksiteten og usikkerheten er stor. I teorikapittelet vil en gå nærmere inn på de utfordringer usikkerhet kan gi i forbindelse med risikovurderinger. Hvordan fokuset på kartlegging av risiko er i slike komplekse organisasjoner vil bli drøftet ved å bruke teori som beskriver «High Reliability» organisasjoner og mindfulness.

Masteroppgaven vil derfor konsentrere seg om følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke krav må sykehuseier forholde seg til i en flytteprosess?
- 2) a) På hvilken måte sikrer sykehuseier at kjente og ukjente trusler i forbindelse med flytteprosessen blir identifisert, fulgt opp og tiltak iverksatt og
b) På hvilken måte påvirker den identifiserte risikoen de beslutninger som tas?
- 3) a) Hvilke vurderingsprosesser blir gjennomført for å kunne si noe om omfanget av de definerte truslene,
b) I hvilke fora blir beslutninger relatert til risiko tatt og
c) Hvordan håndteres restrisiko?

Identifikasjon og håndtering av risiko vil ofte blir forbundet med makt. I en risikovurderingsprosess kan dette blant annet være å ha formell autoritet til å beslutte hva som

til enhver tid er en risiko (Aven et al., 2014 s. 54). Dette er et stort og spennende område innenfor risikoverdenen som ikke vil bli fokusert på i oppgaven.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgavens oppbygning og struktur er beskrevet i figuren under. I tillegg vil det følge en litteraturliste og ulike vedlegg.

Kapittel 1 Innledning	<ul style="list-style-type: none">• Kapitlet presenterer problemstilling og forskningsspørsmål samt begrunner problemstillingens relevans• Kapitlet beskriver også teorien som vil bli brukt og begrensninger som er gjort.
Kapittel 2 Organisering og faglige krav	<ul style="list-style-type: none">• Kapitlet skisserer helt overordnet helseregionenes oppbygning, prosjektorganisasjonen samt Akershus Universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF sin rolle i Helse Sør-Øst RHF• Hvilket regelverk og faglige standarder helseregionen må forholde seg til ved risikovurdering vil også blir presentert.
Kapittel 3 Teori	<ul style="list-style-type: none">• Kapitlet beskriver teorien som er benyttet i drøftingsdelen av oppgaven.
Kapittel 4 Forskningsdesign	<ul style="list-style-type: none">• I denne delen begrunnes valg av forskningsdesign. Hvordan data er samlet inn og vurdert går også inn i denne delen av oppgaven. Tilslutt bedømmes kvaliteten på selve oppgaven.
Kapittel 5 Empiri	<ul style="list-style-type: none">• Kapitlet presenterer resultatet av dokumentgjennomgang og intervjuer.
Kapittel 6 Drøfting	<ul style="list-style-type: none">• Funnene fra de to sykehusene blir i dette kapitlet drøftet opp mot teorien som er beskrevet i kapittel 3.• Forskningsspørsmålene besvares, og det gis tilslutt i kapitlet refleksjoner og anbefalinger om videre forskning.
Kapittel 7 Konklusjon	<ul style="list-style-type: none">• Konklusjonen presenteres i kapitlet.

Figur 1, Oppgavens oppbygning

2 Organisering og faglige krav

I dette kapitlet beskrives miljøet hvor flytteprosessene er studert og medias rapportering av de ulike konsekvenser flyttingen gav hos de to sykehusene. Hvilke rammer og faglige betingelser de to sykehusene har måttet forholde seg til for å kunne gjennomføre flytteprosessen på en faglig forsvarlig måte vil også bli presentert i dette kapitlet. Hensikten er å bedre kunne forstå de innsamlede data som igjen vil påvirke det påfølgende analysearbeidet. Et sentralt tema i oppgaven er hvordan kjente og ukjente trusler blir

identifisert, evaluert, vurdert og håndtert med et spesielt fokus på om resultatene brukes som beslutningsstøtte. Ved å klargjøre sentrale prinsipp og krav sykehusledelsen må følge under et flyttestrategiprojekt vil en få en dypere innsikt og forståelse av de to sykehus håndtering av flyttestrategiprosessen, motivasjon og forutsetninger for å kunne utføre dette arbeidet på en faglig forsvarlig måte.

2.1 Regionale helseforetak og helseforetak

2.1.1 Oppbygging og ansvar

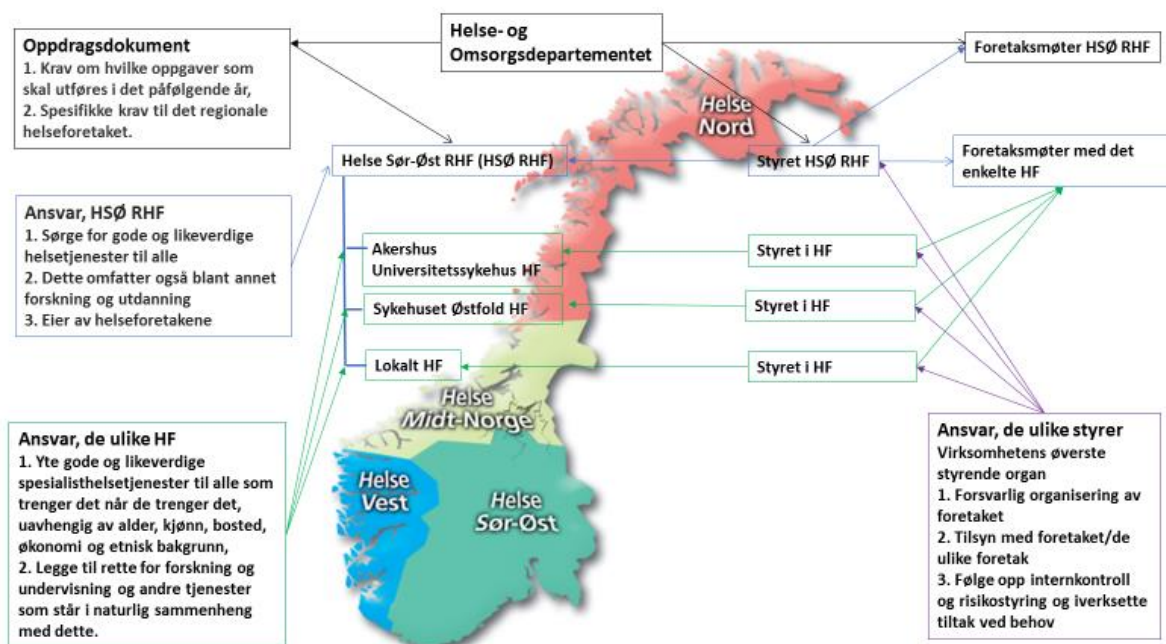
Norge er oppdelt i fire helseregioner. Hver helseregion blir styrt av et regionalt helseforetak, heretter RHF (Regjeringen, 2014). Årlig utgir Helse- og omsorgsdepartementet et oppdragsdokument til det enkelte RHF. Dette dokumentet er en bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet til for eksempel Helse Sør-Øst RHF, der de beskriver de oppgaver og spesifikke krav de ber helseforetaket gjennomføre det påfølgende år (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014, s. 6). I den videre forklaring blir Helse Sør-Øst RHF brukt som eksempel.

Foretaksmøtet er de regionale helseforetakets øverste organ. Her møter en representant fra Helse- og omsorgsdepartementet, gjerne ministeren selv, samt styret i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF sitt hovedansvar er å sikre innbyggerne i helseregionen «tilstrekkelig og god tilgang til tjenester som er trygge og faglig forsvarlige» (Helse Sør-Øst RHF, 2017a). I henhold til spesialisthelsetjenestelovens §2-1 a, er dette et «sørge for ansvar». Det vil si at de skal utøve en overordnet organisering og styring av de helsetjenester som foretakene tilbyr. Faglig forsvarlighet skal sikres gjennom «sørge for ansvaret» ved at ROS analyser gjennomføres og legges til grunn ved utarbeidelse av planer og tiltak. Planer og tiltak skal gjennomføres som besluttet og innen fastsatte tidsfrister. Deretter skal RHFet evaluere gjennomføringen og effekten av planene og tiltakene som er iverksatt. Helt grunnleggende i dette «sørge for ansvaret» er RHFet sitt ansvar om å korrigere forhold som de mener er uforsvarlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Det er i foretaksmøtet eier, altså staten, utøver sin eierstyring. Ansvaret sikres ved en god virksomhetsstyring mellom daglig leder i Helse Sør-Øst og styret i Helse Sør-Øst RHF (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 5, 7).

De ulike helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF, deriblant Ahus og Sykehuset Østfold -Kalnes, forholder seg til Helse Sør-Øst RHF sine føringer. Hovedansvaret er likevel å yte gode spesialisthelsetjenester og å legge til rette for forskning og undervisning (Helseforetaksloven, 2001). Hvert helseforetak har sitt styre. Disse styrene har jevnlig foretaksmøter med styret i Helse Sør-Øst RHF (Helse Sør-Øst RHF, 2017b)

Det er styrene på de ulike nivå som vist i Figur 2 som er foretakenes øverste styringsorgan. Styrene har mange oppgaver, og figuren under har kun tatt med seg et fåtall. Det som derimot er viktig for denne masteroppgaven er at de gjennom sitt «sørge for ansvar» skal følge opp foretakenes risikostyring samt iverksette korrigerende tiltak der det er behov for dette.



Figur 2, Helseforetakenes oppbygning, basert på regjeringen.no, helseforetakenes nettsider og veileder – styrearbeid regionale helseforetak.

2.1.2 Akershus Universitetssykehus HF

I mars 2004 startet arbeidet med å bygge det nye Universitetssykehuset i Akershus, heretter Ahus (Lundgaard, 2004). Sykehuset ble ferdigstilt 2. oktober 2008 og hadde offisiell åpning 6. november samme år (Javed, 2008). Ca. 500 000 innbyggere i Follo, Romerike, Rømskog kommune samt bydelene Alna, Grorud og Stovner tilhører dette sykehuset. (Akershus Universitetssykehus HF). Totalt har sykehuset 570 sengeplasser (Javed, 2008). Ifølge ledelsen var sykehuset et av Europas mest moderne sykehus da det ble bygget. Dette betyr blant annet at sykehuset har automatisk dosert medisiner i rørpost, automatiske førerløse vogner som frakter skittent sengetøy, skittentøy og avfall som fraktes via et sugesystem og

pasientjournaler som blir skrevet direkte fra legens diktat uten manuell innblanding. De ansatte skal ifølge sykehusdirektør Erik Nordmann ha trent i to år for å håndtere de nye arbeidsforholdene. (Lundgaard, 2007).

Innflyttingen foregikk i flere etapper. De første avdelingene flyttet inn allerede 1. april 2008, mens de første pasientene ikke flyttet inn før 2. oktober 2008 (Javed, 2008).

13. oktober samme år har VG en artikkel som hevder at milliardprosjektet nye Ahus har alvorlige innkjøringsproblemer. Alarm og telesystemet fungerer ikke som planlagt, sykehuset har måttet gå tilbake til manuell administrering av medisiner og journalsystemet fungerer ifølge avisen heller ikke (Lundh, 2008). De mest alvorlige anklagene kom i 2009 da VG melder at sykehuset granskes for fem unaturlige dødsfall som avisen hevder kan knyttes til innflytting i nye sykehuslokaler (NTB, 2009b).

Fire av de fem dødsfallene ble meldt til Helsetilsynet i Oslo og Akershus tidlig i oktober 2008 (Helsetilsynet I Oslo Og Akershus, 2008b). Basert på meldingene, samt andre bekymringsmeldinger vedrørende pasientsikkerheten ved sykehuset, valgte Helsetilsynet i Oslo og Akershus å gjennomføre et tilsyn. Allerede 17.11.2008 avsluttes saken med konklusjonen om at driften ved Ahus ikke medfører fare for pasientsikkerheten (Helsetilsynet I Oslo Og Akershus, 2008a).

Statens helsetilsyn avsluttet sin sakkyndighetsvurdering 10.9.2010. Vurderingen var basert på Jan Erik Vinnem sin rapport om innflytting i nye Ahus. Tilsynet konkluderte saken med at virksomheten ble drevet forsvarlig. Begrunnelsen var at Ahus løpende hadde iverksatt kompenserende tiltak (Statens helsetilsyn, 2010).

2.1.3 Sykehuset Østfold HF – Kalnes

Sykehuset Østfold HF heretter Kalnes, ble offisielt åpnet 30. november 2015 (Ose & Olsen, 2015). Sykehuset gir sammen med Sykehuset Moss et sykehusstilbud til ca. 300 000 østfoldinger. Ifølge respondent har Kalnes i dag 454 somatiske- og 118 psykiatriske senger. Også Kalnes ble designet med ny teknologi. De ansatte får nødvendig informasjon via bruk av nettbrett og smarttelefoner. Informasjonen kan være alt fra at pasienter ber om hjelp, at roboter med mat og varer har ankommet avdelingen eller rett og slett informasjon om laboratorie- og røntgenresultater (Fredriksen & Gimmingsrud, 2015).

Selve flyttingen foregikk i to trinn. Den første flyttingen ble gjennomført allerede tidlig i mai 2015 og omfattet psykisk helsevern, en rekke somatiske poliklinikker og deler av bildediagnostikk som for eksempel røntgen. Andre flyttrinn ble gjennomført i begynnelsen av november samme år. Akuttmottaket åpnet 2. november og flytting av pasienter ble utført 2. og 3. november (Våler Kommune, 2015). Men før pasientene kunne flyttes ble 20 000 pappesker, 329 senger og diverse utstyr som røntgen og MR maskiner flyttet. Denne flyttingen startet allerede 26. oktober 2015 og omfattet 200 flyttelass, eksklusiv senger (Gomnæs & Drageset, 2015).

Ifølge sykehusets direktør gikk selve flyttingen bra (Mikalsen, 2015c). Etter noen dagers drift opplevde en derimot raskt at akuttmottakets lokaler ikke fungerte godt nok og kompensierende tiltak måtte iverksettes. Årsaken skyldtes ifølge viseadministrerende direktør unormal stor pågang av pasienter i akuttmottaket. En medvirkende årsak var også at sykehuset hadde undervurdert kompleksiteten ved å ta i bruk et helt nytt bygg med nytt utstyr og IKT (Mikalsen, 2015a). Men trass i kompensierende tiltak kan vi 5. desember 2015 lese i Moss-avis at «festrusen» er over. Sykepleierne er utslitte og verst er belastningen i akuttmottaket. Leder i sykepleierforbundet i Østfold sier følgende til avisen:

Det er åpenbart at alt ikke fungerer som det skal på sykehuset. Ansatte melder blant annet tilbake om stor pågang av pasienter, uoversiktlige arbeidsforhold, IKT-løsninger som ikke fungerer, for få arbeidsstasjoner og færre plasser enn før på poliklinikker.
(Mikalsen, 2015b)

Legeforeningen på sin side, hevder at problemene både på Ahus og Kalnes skyldes at sykehusene bygges for små i forhold til behov. De frykter at også sykehuset som er under bygging i Drammen skal oppleve de samme problemene. Helseminister Bent Høie mener derimot at årsaken ikke skyldes dårlig plass, men dårlig organisering av pasientenes behandling.

Ahus ble bygget som Nord-Europas mest moderne sykehus, uten at man brukte nok tid og ressurser på å forberede de ansatte. Ikke bare skulle de flytte inn i et nytt sykehus, de skulle også begynne å jobbe på en helt ny måte, sier han. I Østfold brukte man mer tid på den biten, og mitt inntrykk er at forbedringsarbeidet har kommet raskere der enn vi så på Ahus, hvor det tok altfor lang tid. Og jeg er overbevist om at det kommer til å gå enda bedre i Drammen. (Skiphamn, 2017).

2.1.4 Organisering under utbygging og klinisk ibruktakelse

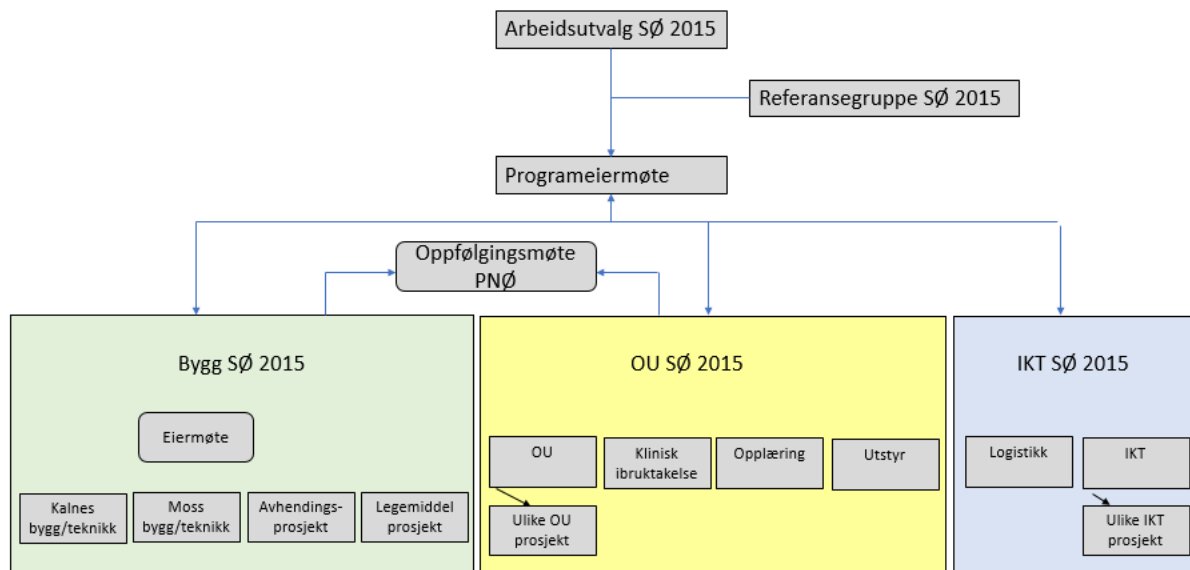
Å finne dokumentasjon som beskriver hvordan organiseringen mellom byggeprosjekt og den organisasjonen som skulle overta nytt sykehusbygg da nye Ahus planla innflytting i 2008 har vært nærmest umulig. Oppgaven vil derfor kun presentere hvordan dette ble håndtert på Kalnes.

Det store byggeprosjektet på Kalnes ble organisert i tre programmer, Bygg SØ 2015, OU SØ 2015 og IKT SØ 2015 ref. Figur 3. Programmet som var ansvarlig for bygging og ferdigstillelse var organisert under Bygg SØ 2015. Programmet kalt IKT SØ 2015 var ansvarlig for koordinering av all IKT og medisintekniske aktiviteter i forbindelse med det nye sykehuset. OU SØ 2015 Organisasjonsutviklingsprosjekt hadde følgende rolle og ansvar:

Ivaretatt organisasjonsutviklingsprosjektene og sikret at organisatoriske løsninger ble tilpasset funksjonsløsninger, tekniske løsninger og anskaffelser som følge av nytt sykehus. Bidratt til å finne de beste løsningene for framtidsrettet pasientbehandling. I tillegg skulle det sikres tidlig planlegging og konkrete planer for innflytting, opplæring og utprøving av ny og rehabilitert bygningsmasse. (Sykehuset Østfold, 2016, s. 12)

Det var altså OU SØ 2015 som skulle planlegge for at flytteprosess og ibruktakelse foregikk på faglig forsvarlig måte.

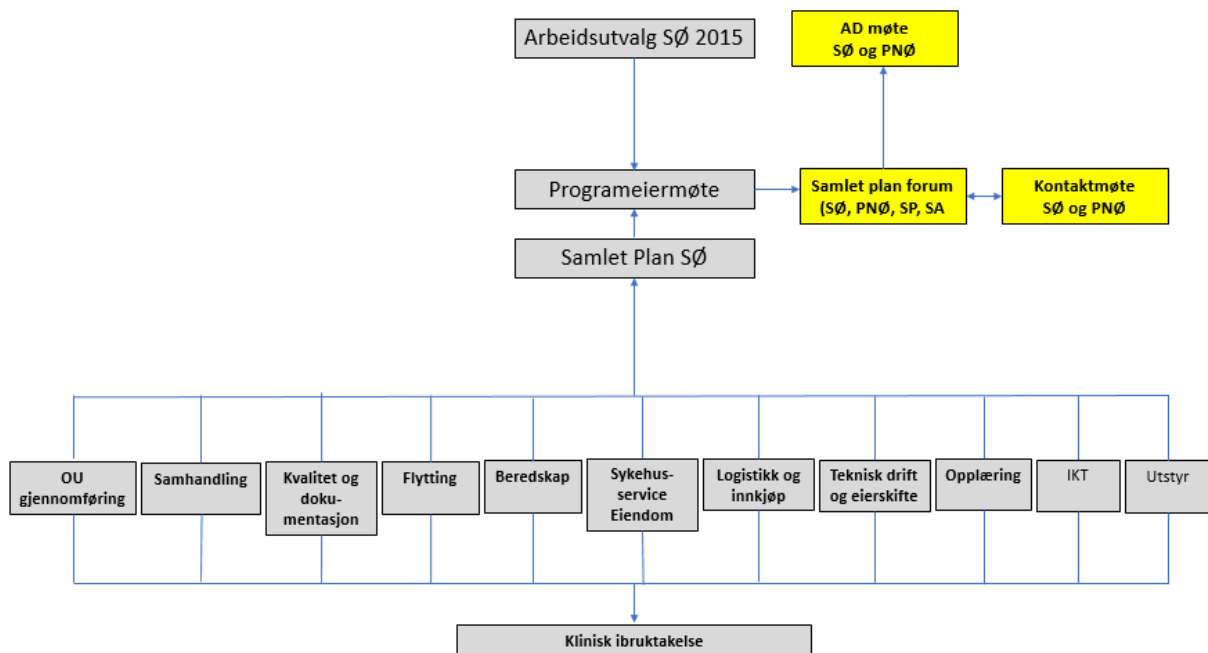
Arbeidsutvalget SØ 2015 var det øverste beslutningsorganet i denne organisasjonen. I dette utvalget ble beslutninger om strategiske og økonomiske konsekvenser tatt. Utvalget hadde også et ansvar med å sikre koordinering, framdrift og rapportering, et ansvar også programeiermøtet ivaretok (Sykehuset Østfold, 2016, s. 12).



Figur 3, Beslutningskart (Sykehuset Østfold, 2016, s. 12)

For å sikre at ibruktakelsen av nytt sykehus ble trygg og sikker for pasientene ble det besluttet å utarbeide et felles rammeverk for hvordan de ulike aktørene skulle samarbeide i slutfasen – Samlet plan SØ. Aktørene det dreide seg om var Prosjekt Nytt Sykehus (PNØ), Sykehuset Østfold (SØ), Sykehuspartner (SP) som blant annet har det overordnede ansvaret for IKT (Sykehuspartner) og Sykehusapotekene (SA) (Sykehuset Østfold, 2016). Dokumentet definerte ansvar og roller i slutfasen og skulle bidra til å «sikre en kontrollert prosess for ferdigstilling, overlevering, eierskifte og teknisk drift av bygg, tekniske anlegg, utstyr og IKT». I dokumentet pålegges blant annet Prosjekt Nytt Sykehus å gjennomføre fire ROS analyser i forkant av ibruktakelsen av sykehuset (Prosjekt Nytt Østfold Sykehus, 2012, s. 5, 15).

Samlet plan SØ innebar en ny organisering der de tre programområdene ble fjernet. En fikk en flatere struktur der de ulike arbeidsgrupper rapporterte direkte til koordineringsgruppen Samlet plan SØ. En av Samlet plan SØ sine ansvarsområder, var blant annet overordnet risikostyring. Beslutningsarenaene i denne organisasjonen er vist i gult i Figur 4. I desember 2014 ble Samlet plan forum og kontaktmøte slått sammen og kontaktmøtet overtok begge funksjoner. Dette innebar ukentlige møter der blant annet risiko var på agendaen. Prosjektledere og prosjektdirektører fra de fleste av faggruppene i figuren under var representert i kontaktmøtet.



Figur 4, Beslutningskart Samlet Plan, (Sykehuset Østfold, 2016, s. 23, 24)

2.2 Regelverkskrav og rettslig standard

2.2.1 Internkontroll og kartlegging av områder hvor det er fare for svikt

Plikten til å opprette internkontroll for helsetjenester ble hjemlet i *Helsetilsynsloven* allerede i 1994. Loven pålegger alle som driver helsetjenester å innføre et internkontrollsystem som sikrer at virksomheten planlegges, utføres og vedlikeholdes i henhold til krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Loven har gjennomgått flere revisjoner siden 1994, men krav om internkontroll er ikke endret. (Helsetilsynsloven, 1984 §3). Kravet om å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens tjenestetilbud ble også 1.1.2012 hjemlet i *Spesialisthelsetjenesteloven*. Loven påla samtidig helseforetakene å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1a, §3-4a).

Forskrift om Internkontroll i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1.1.2003

(Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002). 1.1.2017 ble denne forskriften erstattet av *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten* (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). For begge sykehus var det derfor førstnevnte forskrift som var gjeldende for det arbeid som skulle gjennomføres i forbindelse med flytting fra gammelt til nytt sykehus. Forskriften påla den/de ansvarlige å få oversikt både over områder hvor det var fare for svikt eller hvor en ikke var i henhold til regelverket. Det skulle iverksettes nødvendige tiltak i den hensikt å forebygge, avdekke og rette opp mangler knyttet

til helselovgivningen. Prosedyrer og instruksjoner skulle etableres for å overholde helselovgivningen. Internkontrollen skulle dokumenteres og oppdateres på en måte og i det omfang som var nødvendig alt etter virksomhetens art, størrelse, risikoforhold og aktiviteter. Dokumentasjonen skulle også til enhver tid være tilgjengelig. Arbeidstakernes kunnskap og erfaring skulle utnyttes, og derfor var det også et krav om deres medvirkning i arbeidet. (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2002, §4, §5). For å hjelpe de forskjellige virksomhetene med å utarbeide systemer som ivaretok hensikten med kravet i internkontrollforskriften publiserte Helsedirektoratet i samarbeid med helsetilsynet veilederen *Hvordan holde orden i eget hus*. Denne veilederen anbefaler blant annet ROS analyser for å kunne identifisere områder hvor det var fare for svikt eller brudd på regelverket (*Hvordan holde orden i eget hus*, 2004, s. 21).

De regionale helseforetakene ble 1.1.2013 pålagt å opprette en egen uavhengige internrevisjon. Ansvar for internrevisjonen er å bidra til forbedringer blant annet innenfor internkontroll og risikostyring (Helseforetaksloven, 2001, §37a).

Men også de ansatte har krav på et fullt forsvarlig arbeidsmiljø som er helsefremmende, meningsfullt og som gir trygghet mot psykiske og fysiske skadevirkninger. Farer og problemer skal kartlegges, og på bakgrunnen av denne kartleggingen skal risikoforholdene vurderes og tiltak iverksettes. Verneombudene skal tas med på råd i dette arbeidet og se til at de ansattes sikkerhet, helse og velferd blir ivarettatt i henhold til intensjonen i regelverket. (Arbeidsmiljøloven, 2005, §1-1, §2-2, §3-1, §6-2).

Kravet er videre hjemlet i *Internkontrollforskriften*. Forskriften har de samme krav som beskrevet over i *Forskrift om Internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*, men *Internkontrollforskriften* vil være gjeldende for byggherreorganisasjonen til de to sykehusene. (Internkontrollforskriften, 1996, §5). Arbeidstakere og deres representanters involvering i dette arbeidet er videre presisert i *Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning*. Forskriften trådte i kraft i 2013 og har dermed kun vært gjeldende for Kalnes. (Forskrift om organisering ledelse og medvirkning, 2011, §1-1, §2-1, §2-2).

2.2.2 Forsvarlighetsprinsippet

Teknologisk utvikling og omstillinger skjer raskt, dette også innenfor helsesektoren. Det raske tempoet og kompleksiteten i de ulike aktivitetene gjør det vanskelig for myndighetene å holde

regelverket å jour med utviklingen slik at aktivitetene blir regulert på en tilfredsstillende måte. Regelverket blir derfor ofte beskrevet som funksjonelle krav. Denne typen regler setter krav til resultatet, men sier ingen ting om fremgangsmåten for hvordan en skal komme fram til dette resultatet. Det blir altså den enkelte virksomhets ansvar å finne de rette løsningene for å oppnå regelverkskravet. De ulike internkontrollforskriftene beskrevet over er eksempler på funksjonelle regelverkskrav. For å oppfylle denne type krav i komplekse fagområder som er i hurtig utvikling benyttes ofte skjønnsbestemte kriterier og rettslige standarder (Haugland, 2015, s. 188-191).

Med rettslig standard sikter vi til ord eller uttrykk i en lov som gir anvisning på en målestokk som ligger utenfor loven, som en bestemt praksis, utbredte holdninger i samfunnet eller andre forhold som skifter med tiden. All den stund disse fenomenene endrer seg over tid, vil også innholdet i loven gjøre det (Boe, 2010, s. 278).

Ved å benytte rettslige standarder viser en respekt for at fagkunnskapen innenfor et område selv er i stand til å ivareta kvalitet og sikkerhet. Rettslige standarder bygger på en forståelse om at det enkelte fagmiljø har en terminologi og forståelse for de ulike problem og løsninger innenfor sitt fagfelt og at denne involveringen av fagmiljøene bidrar til utvikling.

Begrepet om forsvarlighet er en rettslig standard. Helselovgivningen hjemler dette begrepet flere steder, blant annet i helse- og omsorgstjenesteloven §4. «Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Forsvarlighetsbegrepet har her et innhold som bestemmes av normer som ligger utenfor loven. Det vil si at forsvarlighetskravet er «forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer» (Haugland, 2015, s. 191-193).

Det kan likevel være vanskelig å vite hvor nivået på forsvarlighet skal legges. Derfor gir noen lover et tolkningsdirektiv, og man finner gjerne hvilken målestokk en skal legge seg på for å oppfylle loven ved å lese forarbeidene til loven, veiledninger eller kommentarer utarbeidet til loven (ibid s. 193-194). *Lov om helsepersonell* sier i §4 første ledd at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Kravet beskrevet i §4 er en sentral bestemmelse i helseretten som stiller krav til det enkelte helsepersonell om å utføre sitt arbeid i henhold til krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette kravet må også sees i sammenheng med kravet om plikt til forsvarlighet i Spesialisthelsetjenesteloven. Kravet i denne loven pålegger spesialisthelsetjenesten å etablere systemer som sikrer forsvarlige helsetjenester. Forholdene

må legges til rette slik at helsepersonell kan utføre sine oppgaver i tråd med lov og normer på en faglig forsvarlig måte. For det enkelte helsepersonell kan dette innebære at forsvarlighetskravet i konkrete situasjoner blir modifisert. Det vil si at helsepersonell ikke kan stilles til ansvar for forhold som de ikke har herredømme over, der for eksempel årsaken skyldes systemsvikt (Helsedirektoratet, 2012, §4).

I helsetjenesten er det også vanlig at de enkelte fagmiljøene utarbeider egne retningslinjer, standarder og prosedyrer. Et eksempel på dette er Norsk Resuscitasjonsråds retningslinjer for avansert hjerte- og lungeredning. Felles for disse standardene er at de i stor grad bestemmes av ny kunnskap innen faget og ny teknologi. Dermed skifter også innholdet i de rettslige standardene seg med utviklingen innen det enkelte fagfeltet uten at myndighetene har vært involvert (Haugland, 2015, s. 195-196). Forsvarlighetsprinsippet innebærer med andre ord at det som ble betegnet å være en faglig forsvarlig flytting for Ahus i 2008 nødvendigvis ikke var faglig forsvarlig da Sykehuset Østfold HF flyttet til Kalnes i 2015.

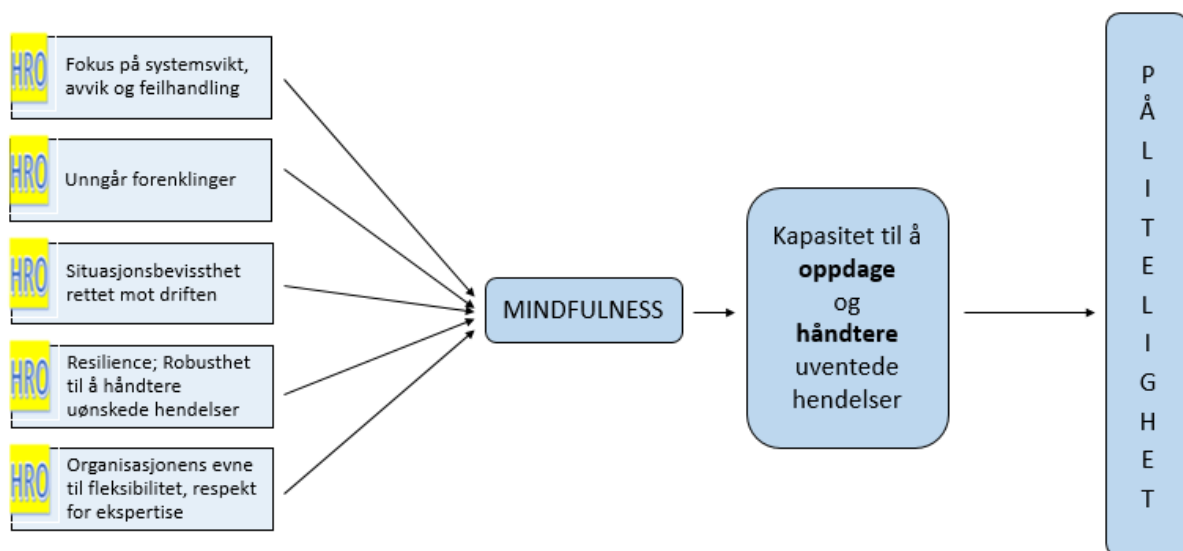
3 Teori

3.1 Sykehus, en «High Reliability» organisasjon

Studier fra tidlig 80 tall beskriver hvordan en gruppe organisasjoner unngikk alvorlige hendelser og ulykker ved måten de organiserte seg på og håndterte teknologi med høy risikofaktor (Engen et al., 2016, s. 152). Organisasjonene ble kalt «High Reliability Organizations». Filosofien i disse organisasjonene var at ulykker kunne unngås ved hjelp av smart organisering og god ledelse. Dette kunne en oppnå ved at ekstrem pålitelighet og sikkerhet skulle være første prioritet hos lederne i organisasjonen. Redundans ville øke sikkerheten både ved at en hadde duplikasjon, reservekomponenter og overlapp, og to komponenter med felles funksjonsområde. En tredje viktig faktor i disse organisasjonene var å desentralisere beslutningstakingen. Pålitelighetskulturen la opp til en ensartet respons på operatørnivå og en kontinuerlig «on the job training». Den fjerde og siste faktoren var læring gjennom prøving og feiling. På den måten kunne prosedyrer og rutiner utvikles slik at de til enhver tid var tilpasset operasjonen som skulle gjennomføres. Rutinene bygger på en felles forståelse over hva som er akseptabelt og hvilke hendelser som vil være uakseptable. (Sagan, 1993, s. 17-27)

Denne type organisasjoner er svært vare på elementer som indikerer at noe kan gå galt og at prosedyrene ikke er gode nok når en møter nye situasjoner eller er utsatt for et høyt arbeidstempo. I slike situasjoner vil aktørene i stedet benytte seg av erfaringskunnskap og desentralisert beslutningstaking (Engen et al., 2016, s. 153).

Ifølge Weick m.fl. har organisasjoner med et «High Reliability» perspektiv fem typiske karakteristikk, ref. Figur 5. En kollektiv bevissthet rundt disse fem karaktertrekkene – mindfulness, vil føre til pålitelighet (Weick, Sutcliffe & Obstfelder, 1999, s. 88-90). Også Aven og Krohn (2013 s. s) hevder at mindfulness sammen med andre grunnleggende prinsipper kan være nyttige verktøy for å kunne håndtere risiko og uforutsette hendelser.



Figur 5, Mindfulness, basert på (Weick et al., 1999, s. 89)

3.2 Risikovurderingsprosessen

Risikoanalysen er et element i risikovurderingsprosessen, som igjen er et element som inngår i risikostyring. Risikovurdering defineres som en samlet prosess som består av planlegging, risikoanalyse og risikoevaluering. I forkant av risikoanalysen må det defineres rammebetingelser for selve analysen, samt at en må enes om akseptabel risiko (NS 5814:2008, 2008 , s. 4, 6). Det finnes mange definisjoner på risiko, men i denne oppgaven er Aven & Renns definisjon valgt da den vektlegger usikkerhet i stedet for sannsynlighet. «Risiko refererer til usikkerhet om og alvorligheten av hendelser og konsekvenser (eller resultater) av en aktivitet med hensyn til noe mennesker verdsetter» (Aven & Renn, 2010, s. 3, 8, 9).

3.2.1 Planlegging

Hvorfor ønsker en å gjennomføre en risikoanalyse? Svaret må beskrives ved at målet med analysen defineres samt at det formuleres en tydelig problemstilling. Dette er vesentlig for å kunne få de svarene en trenger for å kunne ta gode beslutninger. Hvilke type risikoer som skal vurderes må spesifiseres og målformuleringen må ta hensyn til de begrensninger som måtte finnes, for eksempel tilgang til informasjon. Den som skal gjennomføre analysen må gjøres godt kjent med disse forutsetningene og en plan for arbeidet må utarbeides. For å kunne sette inn tiltak der analysen viser behov for dette, er det viktig at analysen gjennomføres på et tidspunkt hvor det fortsatt er mulig å utføre endringer (NS 5814:2008, 2008 , s. 7).

En arbeidsgruppe som arbeider med risikovurderingen bør defineres, og oppdragsgiver må forsikre seg om at de som utfører risikovurderingen er kompetent. Men også de som deltar i risikovurderingen må samlet ha følgende kompetanse:

- Kunnskap om og erfaring med bruk av risikoanalytiske metoder
- Kunnskap om analyseobjektet og aktuelle farer
- Kunnskap om samspillet mellom analyseobjektet og andre forhold, internt og eksternt
- Nødvendig kjennskap til alle relevante fag

(ibid s. 8)

Oppdragsgiver må ta stilling til hvem som skal involveres i selve risikovurderingen. Denne involveringen bør vurderes ut fra den kompetansen en antar interessentene har relatert til eksponering for risiko, kompleksitet, art og omfang (ibid, s. 7, 8). I en ROS analyse er målet å identifisere feil og svakheter ved den løsningen en har valgt. Det å ha med seg personer i analysen som kun vet hvordan løsninger fungerer blir dermed ikke godt nok. En må derimot ha med seg eksperter som vet hva som skal til for at de ulike løsninger ikke fungerer som tiltenkt og i hvilken grad dette faktisk kan skje (Aven et al., 2014 s. 141). Når en har lite eller ingen historiske fakta, slik tilfellet er i forbindelse med flytting fra gammelt til nytt sykehus, kan det også være nødvendig å bruke eksperter. Men hva er så en ekspert? Dreyfus og Dreyfus definerer en ekspert som en person som basert på sin modenhet og forståelse vet hva som må gjøres (Vastveit, Njå, Braut & Holte, 2012, s. 1407).

Hvilken analysemetode arbeidsgruppen velger avhenger av hvilke rammebetingelser som er gitt, men skal begrunnes ut i fra beslutningsrelevans, detaljeringsgrad og egnethet. Hvilke datakilder en har valgt å basere risikovurderingen på skal også begrunnes og dokumenteres.

Deretter må analyseobjektet beskrives. Forutsetninger, antakelser og forenklinger som er gitt må vurderes for å sjekke om de både er rimelige og realistiske (NS 5814:2008, 2008 , s. 8-10).

Dersom man velger Risiko- og sårbarhetsanalyse som metode, følger den samme struktur som Norsk Standard for krav til risikovurderinger (Aven, Boyesen, Njå, Olsen & Sandve, 2014 s. 97).

3.2.2 Risikoanalysen

Det å beskytte seg mot farer en ikke har identifisert er vanskelig. Identifisering av farer er derfor en svært sentral del av analyseprosessen. Samtidig kan denne delen av risikovurdering lett bli rutinepreget, spesielt når en flere ganger gjennomfører analyser på system som likner hverandre. Å kopiere farelisten fra forrige analyse er vanlig, men på den måten kan en lett se seg blind på objektet som skal analyseres (Aven, Wiencke & Røed, 2008, s. 55).

Avviksrapporter eller informasjon fra tidligere hendelser kan danne grunnlaget for risikoidentifiseringen. Selve identifiseringen består av følgende:

- Det etableres en oversikt over relevante farer og type risiko som skal analyseres
- Farene konkretiseres ved å spesifisere de uønskede hendelsene
- Det utarbeides en systematisk oversikt over mulige uønskede hendelser

Uønskede hendelser som blir identifisert, men hvor en velger vekk videre analyse, må begrunnes (NS 5814:2008, 2008 , s. 10).

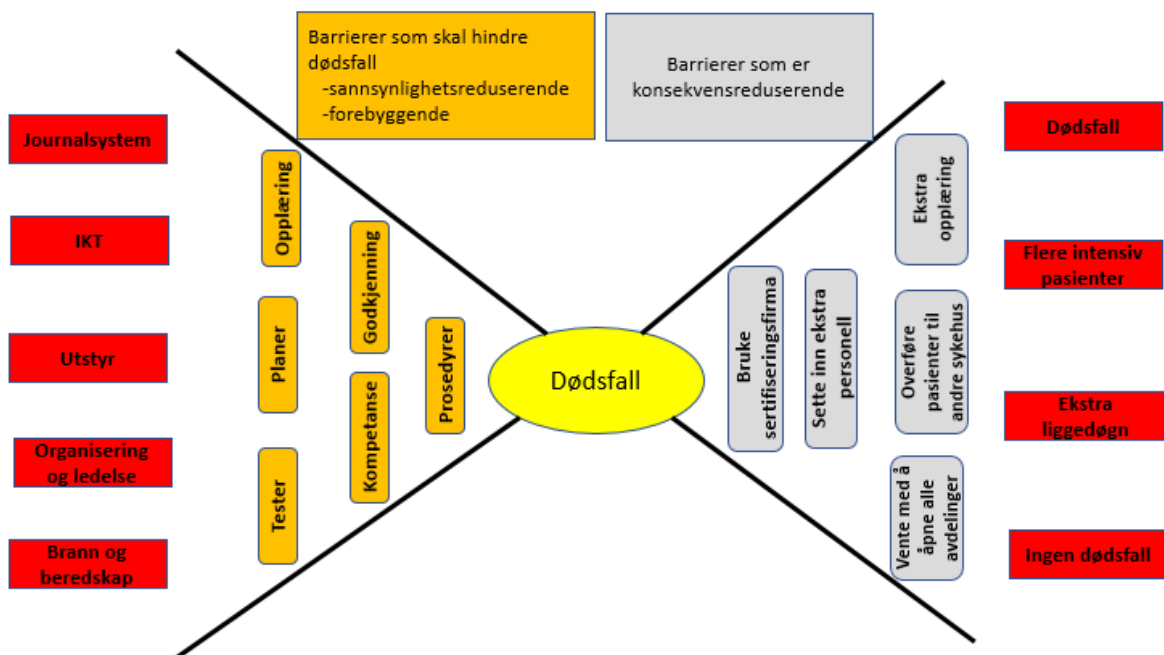
Mulige årsaksforhold og hendelsesforløp til de identifiserte farene legges til grunn for å kunne si noe om sannsynligheten for at faren skal kunne inntreffe (ibid s. 11). En studerer hvilke tekniske, menneskelige og organisatoriske forhold samt ytre påvirkninger som må skje for at hendelsen skal kunne inntreffe (Aven et al., 2014 s. 101). Under denne vurderingen skal det tas hensyn til allerede iverksatte sannsynlighetsreducerende tiltak eller andre forhold som vil kunne påvirke årsakskjedene. Sannsynligheten kan for eksempel beskrives som «svært lav, lav, middels, høy og svært høy» (NS 5814:2008, 2008 , s. 11).

Hva er de umiddelbare konsekvenser til de identifiserte hendelser, og hvilke konsekvenser vil de kunne gi over tid må vurderes og graderes. En kan bruke samme kriterier som ved

sannsynlighetsberegningen, «svært lav, lav, middels, høy og svært høy», og allerede iverksatte konsekvensreducerende tiltak skal tas hensyn til (ibid, s. 10, 11).

Basert på de resultater en sitter igjen med etter å ha gjennomført årsaks- og konsekvensanalyser, utarbeides det en risikobeskrivelse. Risikobeskrivelsen skal beskrive forholdet mellom sannsynligheten for at hendelsen inntreffer og omfanget konsekvensene vil kunne gi. Den må være så beskrivende at den kan danne grunnlag for beslutninger som må tas. Usikkerhet i forbindelse med risikobeskrivelsen må også vurderes og beskrives. (ibid, s. 11, 12) Her må en være spesielt oppmerksom ved bruk av ROS analyser der risikobildet dannes gjennom sannsynlighet og konsekvens, og der risikoen blir synliggjort ved bruk av trafikklysmoellen (Aven, 2012). Dette utdypes i kapittel 3.3.

Årsaks- og konsekvensanalysen gir grunnlag for et felles risikobilde. Dette risikobildet fremstilles ofte ved bruk av et Bow-tie diagram, der venstre side illustrer mulige årsaksforhold til en hendelse og høyre side de mulige konsekvenser hendelsen vil kunne gi. (Aven et al., 2008, s. 13,14, 61)



Figur 6 Eksempel på Bow-tie diagram basert på (Aven et al., 2008, s. 13)

Risikoanalyser som gjennomføres i planleggingsfasen vil kunne være et godt underlag for ulike løsningsforslag og det vil i denne fasen være enklere å foreta endringer «på papiret». Samtidig vil risikoanalysen kunne være viktig og riktig å gjennomføre i alle faser, men en må

være bevisst hvilken type analyse en velger mot de ulike målsetninger og utfordringer. (Aven et al., 2008, s. 16, 17).

3.2.3 Risikoevaluering

Når selve analysedelen er gjennomført må resultatene sammenlignes med kriteriene som er satt for akseptabel risiko. Denne sammenligningen må skrives på en måte som gjør at både beslutningstakere og andre interessenter har nytte av den. Dersom risikoevalueringen avdekker uakseptabel risiko, eller at en mener at ytterligere reduksjon av risikoen er nødvendig og hensiktsmessig skal risikoreduserende tiltak identifiseres. I slike situasjoner må det identifiseres både eliminerende-, sannsynlighetsreduserende- og konsekvensreduserende tiltak. Tiltakene må deretter vurderes med hensyn til risikoreduserende effekt. Prosessen bør gjennomføres systematisk og involvere relevant personell (NS 5814:2008, 2008 , s. 13).

For at beslutningstakerne skal kunne anvende risikovurderingen som grunnlag for risikohåndtering må det utarbeides entydige, presise og robuste konklusjoner (ibid, s. 14). Samtidig er det sjelden at risikovurderingen og konklusjonene gir alle de svarene beslutningstakerne har behov for. Beslutningstakerne må ofte sette analysen i en større kontekst for å finne den rette balansen mellom for eksempel sikkerhet og økonomi (Aven et al., 2014 s. 16, 23). Samtidig er det en kjensgjerning at risikovurderingen kan endre seg på et øyeblikk ved at nye opplysninger blir gjort tilgjengelig (Braut, 2016, s. 110).

Risikovurderingen skal dokumenteres, og skal inneholde data som i vedlegg 1. Velger en å avvike fra *NS5814 Krav til risikovurdering*, skal dette begrunnes (NS 5814:2008, 2008 , s. 14).

3.3 Usikkerhet og beslutninger

Å ta beslutninger under usikkerhet er utfordrende. Hva er egentlig problemet, hvilke alternative har en til disposisjon, hva er fordelene og ulempene, er det gjennomført en risikoanalyse og hvilke opplysninger gir den? Oppgaven til beslutningstakerne blir å velge mellom flere ulike alternativ som på hver sin måte møter de mål og krav som er satt. Risikoanalysen vil her være et hjelpemiddel, men den besvarer sjelden alle spørsmål en har behov for (Aven, Wiencke & Røed, 2008, s. 21-23).

Aven og Renn starter sin definisjon av risiko med å si at risiko handler om usikkerhet knyttet til alvorligheten av hendelser og konsekvenser. Ved å bringe inn usikkerhetsbegrepet viser de to forskerne at risiko må anses som noe mer enn en tallfestet sansynlighet for at en hendelse skal kunne oppstå og konsekvensen dette vil kunne gi (Aven & Renn, 2010, s. 3, 5).

Usikkerhet blir i følge Rausand og Utne (2009) ofte delt inn i to grupper, aleatorisk- og epistemisk usikkerhet, og det er gjerne kombinasjonen av de to som blir referert til som usikkerhet (Renn, 2008, s. 71)

Aleatorisk usikkerhet beskriver en usikkerhet som skyldes naturlig variasjon eller tilfeldighet og blir også beskrevet som tilfeldig, iboende eller ikke-reduserbar (Rausand & Utne, 2009, s. 248). Som eksempel kan nevnes at akuttmottaket ved Fredrikstad sykehus før flytting mottok maks 95-100 pasienter pr. døgn, mens de den første uka ved Kalnes mottok ca. 140 pasienter pr. døgn. Etter hvert stabiliserte dette tallet seg til ca. 85 pasienter gjennomsnittlig pr. døgn i uka og 135-140 mandag morgen.

I virksomheter har man en forventning om at ledelsen kjenner til de risikoer og usikkerheter som eksisterer innenfor sitt område (Aven et al., 2008, s. 74). Noen hendelser og risikoer med tilhørende konsekvenser er derimot vanskelige å forutse. Epistemisk usikkerhet skyldes mangel på kunnskap og beskrives også som modellusikkerhet, subjektiv usikkerhet eller reduserbar usikkerhet (Rausand & Utne, 2009, s. 249). Denne usikkerheten kan reduseres ved å tilføre kunnskap (Renn, 2008, s. 71).

Helsevesenet preges av kompleksitet der aktivitet på ulike nivå må koordineres for å kunne gi den spesialkompetansen som er nødvendig for å kunne gi faglig forsvarlig behandling. I enkelte situasjoner vil flere ulike aktører være involvert i selve behandlingen, og raske beslutninger som en ikke kan gå tilbake på kan bli helt avgjørende for utfallet av behandlingen. I andre sammenhenger vil det være få aktører involvert, og en vil kunne ha tid til å både vurdere og teste ut behandlingen. Et perspektiv på usikkerhet blir derfor knyttet til hvordan de ulike tiltak kan gi forskjellig utfall alt etter biologi og andre forhold. Pasienter kan for eksempel få samme type medisin, men effekt og eventuelle bivirkninger den enkelte pasient måtte få kan ikke forutses. Hvor god kunnskap en har om den enkelte pasient, sykdommen pasienten plages av og effekten de forskjellige tiltak vil ha, er et annet perspektiv på usikkerhet som en møter i helsevesenet (NOU 2015:11, 2015, s. 37, 39, 40). Noen risikofenomener vet vi at vi ikke har nok kunnskap om, mens andre igjen, vet vi ikke at vi

ikke vet noe om. I litteraturen blir det siste fenomenet gjerne omtalt som «svarte svaner» (Engen et al., 2016, s. 84).

Et element som kan bli en utfordring for beslutningstakerne er når risikobildet blir basert på sannsynligheter og konsekvenser, og visualiseres i form av risikomatriser (ibid s. 354). Professor Terje Aven (2012) ved Universitet i Stavanger hevder i sin artikkel *Risikotenkningen er fullstendig foreldet* at «Jeg vil advare sterkt mot å bruke denne form for risikobilder som underlag for beslutninger. De er misvisende.» Han hevder at ved bruk av denne type metodikk, kan sannsynligheten for en viss type hendelse bli satt som lav fordi en faktisk mangler nok kunnskap for å kunne vurdere sannsynligheten. Tilhørende risiko blir dermed også rimelig lav. Aven forslår i stedet at en basert på erkjennelsen om lav kunnskap burde satt sannsynligheten som høy. Braut (2016 s. 106) utdyper påstanden videre med å hevde at den tradisjonelle måten å definere risiko på kan gi et inntrykk av at det er enklere å styre risiko enn det den faktisk er. Risikomatrissene undergraver usikkerheten ved å fordele sannsynlighet eller ved å vurdere om, og hvor ofte, risikoen kan oppstå.

For å kunne bruke risikoanalysen som et beslutningsunderlag, anvendes ofte tallfestede risikoakseptkriterier. Ulempen med slike tallfestede kriterier er at beslutningsprosessen kan bli mekanisert. Tallverdier alene fanger ikke opp all risiko og fokuset blir dermed på tall i stedet for de beslutninger som skal tas eller er blitt tatt (Aven et al., 2008, s. 74).

Uansett risikobilde og usikkerhet må vanskelige beslutninger tas. Beslutninger knyttet til risiko og usikkerhet må være forankret i ledelsen. Skal virksomheten nå sine overordnede mål må det må være forståelse for å arbeide systematisk med disse to elementene. Ansvar for oppfølging må være tydelig definert, og myndighet må samsvare med ansvaret. Plan for gjennomføring må utarbeides, og kontrollsystemer for å fange opp beslutninger som ikke blir fulgt opp må etableres (ibid s. 74).

4 Forskningsdesign

Som beskrevet i innledningen er det et ønske at oppgavens problemstilling skal belyse om identifisert risiko og måten risikoen blir fulgt opp på, kan bli et beslutningsunderlag som vil kunne bidra til en faglig forsvarlig flytteprosess fra gammelt til nytt sykehus. For å få den

dypere forståelsen man er ute etter, vil det ifølge Jakobsen være hensiktsmessig å bruke et case-studie basert på et intensivt kvalitativt design (Jacobsen, 2010, s. 55, 59, 60).

I dette studiet skal to sykehus som arbeider under samme regionale helseforetak sammenlignes og sykehusene vil derfor ha mange felles elementer å forholde seg til. Ved å se på to «like» enheter, vil det bli lettere å sammenligne ulikhetene til de to flytteprosessene. For å kunne besvar problemstillingen vil det bli gjennomført en komparativ studie. Det vil si at resultatet fra analysen av de to sykehusene vil bli sammenlignet i den hensikt å identifisere forhold som har vært utslagsgivende for sluttresultatet til de to sykehusenes gjennomførte flytteprosess (Grønmo, 2004, s. 385).

Men innledningsvis ble det også oppgitt at en annet formål med oppgaven var å finne ut hvorfor resultatet fra de to flytteprosessene tilsynelatende ble så forskjellig. For å finne ut dette blir det naturlig å anvende en abduktiv strategi, da abduktiv strategi «innbyr til forståelse heller enn forklaring ved å gi grunner heller enn årsaker» (Blaikie. (2010 s. 89).

4.1 Relevant forskning og artikler om emnet

Å finne forskning som går direkte på risikovurdering i forbindelse med flytting fra gammelt til nytt sykehus har vært vanskelig og faktisk umulig. Det finnes derimot forskning som beskriver hvordan risikostyring blir gjennomført i norske sykehus og på hvilket grunnlag beredskapsplaner blir utarbeidet. Masteroppgaven gir en kort oppsummering av tre mastergradavhandlinger som kan relateres til emne, og som gir et inntrykk av risikovurdering i helse- og omsorgssektoren.

Anders Johansen stiller følgende problemstilling i sin masteroppgave fra Høgskolen i Oslo og Akershus «Kan risikostyring innenfor helse-, omsorgs- og opplæringssektoren bedre tjenestekvalitet, føre til økt effektivitet og redusere langsiktige kostnader? Han konkluderer med at det er liten tradisjon for å bruke risikoanalyse innen førstelinjetjenesten i den hensikt å blant annet øke tjenestekvalitet og effektivitet. Johansen anbefaler også at det bør implementeres kompetanse innenfor risikoanalyse og risikostyring i helse- og omsorgssektoren (Johansen, 2015)

Elisabeth Haga Jakobsen har i sin forskning funnet at beredskapsplaner ved sykehus er basert på tidligere hendelser og at en sjelden anvender tradisjonell risikostyringsmetodikk ved utforming av planene. Sykehusene har ifølge henne ingen tradisjon i å gjennomføre risiko og sårbarhetsanalyser. Den manglende analysen gjorde at man hadde et mangelfullt beslutningsgrunnlag både i forhold til hvilke scenario som var en trussel for sykehuset og hvilke tiltak som burde iverksettes for å redusere eller fjerne risikoen. Fravær av analyser gjorde at beredskapsplanene bar preg av en reaktiv tilnærming til tiltak i stedet for proaktivitet (Jakobsen, 2013).

Pasientsikkerhet er også et emne som går igjen i forskningen. En masteroppgave utført ved Universitetet i Stavanger våren 2014 hadde følgende problemstilling: «Hvordan driver norske sykehus systematisk styring av pasientsikkerhet og hvordan kan pasientsikkerhet styrkes ved bruk av Bayesiansk Nettverksteknologi» Oppgaven konkluderer blant annet med at risikostyring er et relativt ukjent begrep i sykehussektoren og ved styring av pasientsikkerhet. (Larssen & Skeie, 2014)

Det er ikke skrevet mange artikler som omhandler flytting fra gammelt til nytt sykehus der risikoanalysen er benyttet som planleggings- og beslutningsverktøy. En ny publisert artikkel fra 2017 dukker imidlertid opp etter flere søk i mange databaser. Artikkelen fra the University of Texas Medical Branch i Galvstone i Texas beskriver hvordan de forberedte sine intensiv- og operasjonssykepleiere med å transportere pasienter fra gammelt til et nytt sykehus. En av metodene de anvendte for å identifisere risiko var bruk av tabletop-øvelser. Flere måneder i forkant av flyttingen gjennomførte de ukentlige møter der «hva hvis» scenarioer ble vurdert. Artikkelen sier ingen ting om hvor nyttige de mente disse tabletop-øvelsene var, men transporten av pasienter ble gjennomført uten at noen pasienter fikk komplikasjoner (Comeau, Armendariz-Batiste & Grant Baer, 2017).

En artikkel publisert av Australian health review i 2002 bekrefter også bruk av risikoanalyse. Princess Alexandra Hospital i Brisbane i Australia hadde planlagt å flytte sine pasienter til en ny akuttblokk i januar 2001. Tidlig i november året før ble det utført en risikoanalyse for å få bekreftet at akuttblokken var klar til å ta imot pasienter. Analysen viste derimot at en hadde behov for mer tid for å få en felles forståelse mellom utbygger og eier om hvordan bygget skulle fremstå ved overtakelse (Duffy K., Pearson A. & Water M., 2002).

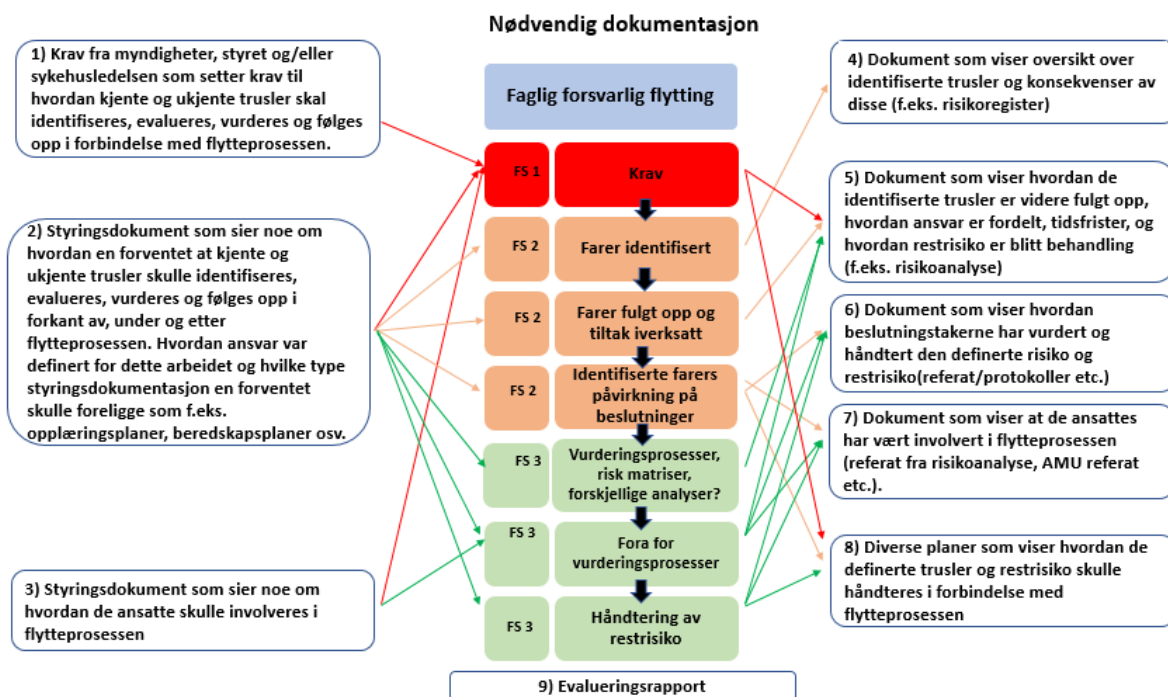
4.2 Datainnsamling

Ifølge Yin 2014, kan en benytte seg av 6 hovedkilder av data for å kunne bevise de funn forskningen har avdekket. Dette er forskjellig type dokumentasjon, arkivrapporter, intervjuer, direkte observasjon, deltakende observasjon og fysiske objekter (Yin, 2014, s. 103). I denne oppgaven er det benyttet primær- og sekundærdata av institusjonell art som for eksempel intervju, styringsdokumenter, ROS analyser og evalueringsrapporter. Men også tertiærdata er blitt anvendt, som Preventors rapport om *Innflytting i nye Ahus* (Vinnem, 2010).

4.2.1 Dokumenter

Planen var at oppgaven kun skulle studere de forhold som har foregått på foretaksnivå, men etter å ha lest gjennom Jan Erik Vinnems rapport om Ahus sin flytting i 2008 ble det besluttet å gå høyere opp i helsehiarkiet. Det måtte finnes en grunn til at han stort sett fikk tilsendt tilsynsrapporter og risikoanalyser fra forprosjektfasen. Med hensyn til dokumentasjon falt derfor valge på å vurdere dokumenter både på foretaksnivå, regionalt foretaksnivå og på departementsnivå. Dokumentasjonen gjennomgått på departementsnivå og regionalt foretaksnivå er hentet fra regjeringen.no og helse-sorost.no.

For å kunne besvare problemstillingen på en tilfredsstillende måte, var det nødvendig å vurdere dokumenter som vist i Figur 7. Her har de tre forskningsspørsmålene fått hver sin farge. Venstre side representerer kravdokument, mens høyre side representerer utførelsesdokument. For å klare å skille pilene, har de fått fargen til forskningsspørsmålet som man tror de vil besvare. Evalueringsrapporten antas å inneholde fakta fra både kravs- og utførelsesdokumentasjon og den har derfor ikke fått noen piler.



Figur 7, Nødvendig dokumentasjon

Jan Erik Vinnem skriver i sin rapport at han hadde utfordringer med å få tak i relevant dokumentasjon da han i 2009 etterspurte risikoanalyser som var utført i forbindelse med flytting til nye Ahus. Åtte år er gått siden den gang og en antok derfor at å samle inn nødvendig dokumentasjon ikke ville bli enklere nå. Statens helsetilsyn var Vinnems oppdragsgiver, og det ble tatt kontakt med dette tilsynet for å få tak i deler av den dokumentasjonen han refererte til, ref. vedlegg 7. Etter nesten fem uker med venting og purring var tilbakemeldingen fra tilsynet at mye av dokumentasjon som ble etterspurte ville det ta tid å finne. En del av dokumentasjonen var også unntatt offentligheten og da Helsetilsynet i Oslo og Akershus sine oppgaver var overført til fylkesmannen i 2012, foreslo Statens helsetilsyn at det heller burde tas kontakt med Fylkesmannen i Oslo for å få ønsket dokumentasjon.

Hos Ahus ble det bedt om innsyn i dokumentasjon som var referert til i en rapport utført av firmaet Albaran as. Dokumentasjonen omhandlet risikoanalyser som Albaran hadde brukt da de vurderte om Ahus hadde nødvendig kontroll i forbindelse med flytting til nytt sykehus. Analysene ble mottatt og basert på at tiden nå begynte å bli knapp med hensyn til levering av oppgaven og fordi Vinnem mente at risikoanalysene han hadde mottatt stort sett var utført i forprosjekt fasen, ble det gjort et valg om å si seg fornøyd med mottatt materiale. Analysen av

Ahus er derfor stort sett basert på Vinnems rapport om innflytting til nye Ahus og de to risikoanalysene som ble mottatt fra Ahus. Noe styresakinformasjon om Ahus er også funnet på Helse Sør-Øst RHF sine hjemmesider. Dokumentasjonen som er gjennomgått er listet i vedlegg 9.

Sykehuset Østfold HF flyttet til Kalnes i 2015. Basert på at det her kun var to år siden flytting ble det antatt at ved dette sykehuset ville det bli enklere å få innsyn i relevant dokumentasjon. En e-post ble sendt til sykehusets postmottak, ref. vedlegg 8 hvor en ba om at e-posten ble videresendt til personer som kunne bidra med dokumentasjon som var listet opp i e-posten. Dette førte til to telefonmøter, det første med to personer som hadde vært ansvarlig for å planlegge selve flyttingen og deretter med person som satt i ledelsesgruppen for bygging av nytt sykehus. Personene videresendte den dokumentasjon de mente besvarte forespørselen. All dokumentasjon som reflektert i Figur 7 ble på ingen måte mottatt. Begrunnelsen var at all dokumentasjon ikke var offisiell og at dokumentene som var oversendt sannsynligvis vil dekke behovet for å kunne svare på problemstillingen. Mottatt dokumentasjon sammen med dokumenter funnet på sykehuset sine hjemmesider er derfor grunnlaget for den dokumentgjennomgangen som er utført for flyttingen til Kalnes. Dokumentene som er gjennomgått er listet opp i vedlegg 10.

Kun ROS 2 og ROS 3 ble funnet på sykehusets hjemmeside. ROS 1 og ROS 4 ble formidlet av prosjektpersonell via e-post. Det viste seg at det var anvendt to ulike metoder ved gjennomføringen av analysene. ROS 4 var i samme format som ROS 2 og ROS 3, mens den analysen som ifølge avsender var ROS 1 var en overordnet risikovurdering for mai 2015 hvor en hadde anvendt en annen metodikk. Man antok at det her måtte være en misforståelse ved oversendelse av det ene dokumentet, og at den overordnede risikorapporten for mai 2015 var sendt ved en feiltakelse. Antakelsen viste seg å være riktig. Under intervjuene kom det fram at det var gjennomført fire ROS analyser hvor det var brukt samme metodikk, ROS 1 ble derfor oversendt mens intervjuene pågikk. Årsaken til at prosjektet sendte feil analyse ble begrunnet med at både ROS analysene gjennomført i forkant av flyttingen, og de overordnede løpende risikovurderingene hadde vært like viktige for prosjektet for å kunne få et tilfredsstillende risikobilde før flytting. De ulike risikovurderingene supplerte hverandre ved å gi ledelsen trygghet i at det som ikke var blitt fanget opp i de overordnede risikovurderingene var fanget opp i ROS analysene.

Alle fire planlagte ROS analyser ble gjennomført i forkant av de ulike kliniske ibruktakelsene, og det er de fire analysene som hovedsakelig danner grunnlaget for denne oppgaven. Men for å forstå hvorfor sykehusledelsen mente de hadde et tilfredsstillende risikobilde før flytting, vil det likevel være riktig og viktig også å gi en beskrivelse av hvordan den overordnede risikovurderingen ble brukt i prosjektet. Både ROS analyseprosessen og overordnet risikovurdering blir derfor presentert i empirikapittelet.

Dokumentasjonen som er gjennomgått er listet opp i vedlegg 8, 9 og 10, men kan oppsummeres som i Tabell 1.

Tabell 1, Gjennomgåtte dokument

Objekt	Hovedfokus	Begrunnelse for pålitelighet
Analyser	Som beskrevet i vedlegg 12.	Alle overordnede risikovurderinger som er gjennomgått fra Kalnes er offentlige dokument vedlagt styresaker som kan hentes ut fra Sykehusets nettside. De to overordnede risikovurderingene fra Ahus er arkiverte rapporter mottatt fra Ahus sitt Arkiv. To av ROS analysene fra Kalens er styresaker og er hentet fra sykehusets hjemmeside for styresaker. De to andre ROS analysene er mottatt direkte fra prosjektpersonell i ledelsen.
Brev	Som beskrevet i vedlegg 12.	Alle brev som er vurdert er mottatt fra offentlige arkiv.
Styrenotat og protokoller	Som beskrevet i vedlegg 12.	Alle styrenotat og protokoller som er brukt i oppgaven finnes på de ulike virksomhetenes hjemmesider.
Intern og ekstern styringsdokumentasjon	Som beskrevet i vedlegg 12.	Styringsdokumentasjon er med to unntak hentet fra de ulike virksomhetenes hjemmeside da i tilknytning til at dokumentene er tatt opp som sak i styret. To av dokumentene er mottatt direkte fra prosjektpersonell i ledelsen.
Prosjekt-dokumentasjon	Som beskrevet i vedlegg 12.	Prosjektdokumentasjon fra Ahus anses som pålitelig da den er mottatt direkte fra Ahus sitt postmottak. Prosjektdokumentasjon fra Kalnes må anses som pålitelig da den er mottatt direkte fra prosjektpersonell i ledelsen.
Rapporter utført av tredjepart	Som beskrevet i vedlegg 12.	Dette handler om to rapporter. Den ene utarbeidet av Preventor as, den andre av Albaran as. Begge rapportene blir vist til i styresaker. Albarans rapport er mottatt via Ahus sitt postmottak, mens Preventors rapport kan søkes opp på helsetilsynets nettsider.

4.2.2 Intervjuer

Tidlig ble det tatt en beslutning om at det kun ville bli utføre intervjuer mot relevante personer som var involvert i flytteprosessen på Kalnes. Begrunnelsen var at en antok at det ville bli vanskelig å finne personer som hadde sittet i byggeprosjektet ved Ahus, og fordi 9-10 år er lang tid når det gjelder å huske så spesifikk informasjon som denne oppgaven er ute etter. I følge Rachlew og Rachlew 2009 forandrer minner seg over tid. Det blir vanskelig å gjengi

presist det en opplevde, fordi minner blant annet påvirkes av elementer som en senere har sett eller hørt (Olsen, 2014, s. 9). Underveis har man derimot fått rede på at en person i vernetjenesten på Ahus fortsatt er i arbeid, og det er gjort forsøk på å få kontakt både via e-post og telefon uten å lykkes. Man ble også gjort oppmerksom på at en av lederne i Prosjekt Nytt Østfold sykehus deltok i prosjektorganisasjonen nye Ahus. Denne personen burde vært intervjuet for begge prosjektene, men ifølge respondent er arbeidsbelastningen på denne personen for tiden stor. Henvendelse vedørende dokumentasjon og intervju ble derfor delegert til person med lignende ansvar. Dermed endte en opp med opprinnelig plan med kun å intervju personer fra Kalnes.

Hensikten med intervjuene har vært å få verifisert og forstå de funn som gjennomgang av dokumenter har avdekket. Respondentene har stort sett vært ledere som er vant til å bli intervjuet og kan ha forberedt svarene sine godt. Det kan derfor være vanskelig å komme forbi dem (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009, s. 158-159). For å sikre at problemstillingen også blir belyst fra den kvasse enden valgte en også å intervju vernetjenesten.

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide tilpasset de funn som ble avdekket under dokumentgjennomgangen. Da en før intervjuene ble informert om at ROS 1 var den overordnede risikorapporten for mai, preges også noen av spørsmålene i intervjuguiden av dette. Spørsmålene ble bygget opp i.h.t. følgende mal og kan leses i vedlegg 13:

1. Spørsmål som blir stilt til samtlige respondenter
2. Spørsmål basert på funn avdekket i dokumentgjennomgangen.
3. Spørsmål som prøver å finne et mønster i de funn som er avdekket i dokumentgjennomgangen.
4. Spørsmål som løfter seg over selve studien og som blant annet kan være relatert til teori eller annen publisert informasjon eller krav.
5. Spørsmål relatert til sykehusets overordnede filosofi og hvilke konklusjoner og anbefalinger som er gitt relatert til erfaringer fra selve flytteprosessen.

(Yin, 2014, s. 90-91)

Tre av fire intervjuer ble gjennomført samme dag i et møterom på Kalnes, ref. Tabell 2. Det fjerde på telefon halvannen uke etterpå. Tre timer var avsatt til å intervju de tre respondentene på Kalnes. Det ble gitt tillatelse til at intervjuene kunne tas opp på bånd, men intervjuene ble slettet direkte etter at det var skrevet korte anonymiserte referat. Å slippe å ta notater under intervjuene gjorde at en bedre kunne fokusere på det som ble sagt og stille

oppfølgende spørsmål. Kun en av to av respondentene visste at intervjuene var tenkt brukt i en masteroppgave. Det ble derfor gitt informasjon om bakgrunnen for intervjuene, intervjuers erfaring med bruk av risikovurdering og valg av respondenter.

Det ble også utført to telefonsamtaler med person ansatt i Helse Sør-Øst RHF. Samtalene ble ikke tatt opp på bånd, men hovedtrekkene fra samtalen ble oppsummert skriftlig etter samtalen. Data som er tatt med i empirien fra telefonsamtalene er i ettertid godkjent av denne personen. Kun mindre endringer er utført etter språkvask av oppgaven.

Det var en god tone i samtlige intervjuer og telefonsamtaler. Da intervjuer har erfaring med bruk av ROS analyser fra petroleumsindustrien ble det også underveis delt litt erfaringer fra denne industrien.

Intervju og telefonsamtaler kan oppsummeres som vist i Tabell 2.

Tabell 2, Intervju og telefonsamtaler

Data	Objekt	Hovedfokus	Relevant informasjon	Begrunnelse for pålitelighet
Intervju	1	*Hvordan ROS analysene er blitt lest. *Hvordan tiltak er foreslått og prioritert. *Om analysen som beslutningsunderlag	Intervjuet ble gjennomført onsdag 19. april fra kl. 13.00 til ca. kl. 14.00 i et møterom på Kalnes. Intervjuet ble tatt opp på bånd.	Deltaker i Kontakt- og AD møtet.
Intervju	2	*Hvordan ROS analysene ble planlagt, gjennomført og dokumentert. *Begrunnelse for deltakere.	Intervjuet ble gjennomført onsdag 19. april fra kl. 14.00 til ca. kl. 15.10 i et møterom på Kalnes. Intervjuet ble tatt opp på bånd.	Prosjektleder med nøkkelrolle i gjennomføring av ROS analyser.
Intervju	3	Vernetjenestens involvering i planlegging, gjennomføring og oppfølging av ROS analysene.	Intervjuet ble gjennomført onsdag 19. april fra kl. 15.15 til ca. kl. 16.00 i et møterom på Kalnes. Intervjuet ble tatt opp på bånd.	Vært delaktig i prosjektet fra starten.
Intervju	4	*Hvordan ROS analysene er blitt lest. *Hvordan tiltak er foreslått og prioritert. *Om analysen som beslutningsunderlag	Telefonintervju som ble gjennomført fredag 28. april fra kl. 10.00 til ca. 11.10. Intervjuet ble tatt opp på bånd.	Deltaker i AD møtet
Telefon-samtaler	5	*Styringssystem relatert til risikovurdering i Helse Sør-Øst RHF. *Felles risikomatriser i Helse Sør-Øst RHF	Telefonsamtaler gjennomført 21.4.17 og 25.4.2017	Person med ansvar innenfor risikoområdet.

4.3 Analysering av data

Alle gjennomgåtte dokumenter er lagt inn i et Excel skjema der relevante dokumentdata er lagt inn, vurdering av innhold er loggført og data relatert til videre oppfølging er beskrevet.

Det ble først gjennomført en åpen koding hvor dokumentdataene ble kategorisert og loggført i henhold til følgende kategorier (Blaikie, 2010, s. 211):

- a) Dato for gjennomgang av dokumentet
- b) Årstall for utgivelse
- c) Dokumentnummer
- d) Type dokument, for eksempel styrenotat eller prosedyre
- e) Møtedato der det var relevant
- f) Hva dokumentet omhandlet
- g) Navnet på dokumentet

Deretter ble dataene klassifisert ved å vurdere innholdet i henhold til tabell i vedlegg 12.

Excel skjemaet var videre kategorisert i henhold til punkt h) – r) listet under. Funn ble loggført, og kategorisert ved å legge tilhørende nøkkelord inn i kolonnen for forskningsspørsmålet. Nøkkelord som ble brukt var blant annet ROS, tiltak og kontaktmøte.

- h) Hva som har vært fokus ved gjennomgang av dokumentet, ref. vedlegg 12
- i) Hvilke funn som er gjort
- j) Hvilken side funnene er gjort på
- k) Forskningsspørsmål 1 - krav, svarer dokumentasjonen på dette?
- l) Forskningsspørsmål 2 - kontroll av farer, svarer dokumentasjonen på dette?
- m) Forskningsspørsmål 2 - påvirkning av beslutninger, svarer dokumentasjonen på dette?
- n) Forskningsspørsmål 3 - vurderingsprosesser, svarer dokumentasjonen på dette?
- o) Forskningsspørsmål 3 - fora beslutninger blir tatt i, svarer dokumentasjonen på dette?
- p) Forskningsspørsmål 3 – restrisiko, svarer dokumentasjonen på dette?
- q) Relevante oppfølgende spørsmål
- r) Til hvilken respondent spørsmålene skal stilles

Årsak til bruk av Excel, er at en får en fin systematikk over de enkelte områder som er vurdert ved å lage egne arbeidsark for hver organisasjon. Dataene lar seg også lett filtrere, noe som gjør det enklere å se forbindelser og gjøre sammenligninger mellom de ulike kategoriene

(Blaikie, 2010, s. 212). Ahus og Kalnes fikk hver sitt arbeidsark i dokumentet, mens Helse Sør-Øst og Helse- og omsorgsdepartementet ble samlet under et arbeidsark.

Funnene ble til slutt systematisert inn i de fire kategoriene listet under og deretter sammenlignet;

- Forventninger og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF
- Styringssystem relatert til risikovurdering
- Risikovurdering i praksis
- Beslutningstakernes og vernetjenestens vurdering og oppfølging

4.4 Validitet og reliabilitet

Men hvor gyldige og pålitelige er dataene som er samlet inn? Tar man utgangspunkt i den innsamlede dokumentasjonen som omhandler Kalnes så har en mottatt dokumentasjonen direkte fra kilden, eller hentet den fra sykehusets hjemmesider. Dette gjelder også for Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet. Man må derfor med stor sannsynlighet anta at informasjonen i disse dokumentene er riktig. En del av dokumentasjonen er styresaker som er lagt fram i de ulike styremøter. Styredokumentasjon er vanligvis godt gjennomarbeidet førstehåndsinformasjon. Det er svært usannsynlig at referent i styresakene har motiv for å lyve eller grunn til å gi et skjevt bilde av risikosituasjonen ved sykehuset.

All etterspurt dokumentasjon fra Kalnes ble ikke oversendt. Begrunnelsen var at dokumentasjonen ikke var offisiell. En del av dokumentasjonen som det ikke ble gitt innsyn i var for eksempel styreprotokoller fra byggherre. Hadde man hatt mulighet til å vurdere om risiko hadde samme fokus hos byggherre, ville en kunne hevde at funnene var både mer gyldige og pålitelige. «Informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet» (Jacobsen, 2005, s. 218).

For Ahus derimot har man hovedsakelig måttet forholde oss til andrehåndskilder, noe som innebærer at dataene er tolket av andre og er farget av dette (ibid s. 217). Tertiærdata er selvfølgelig en svakhet, men rapporten som Ahus empirien er bygget på er utarbeidet av professor med fagfeltet risiko. Man må derfor med stor sannsynlighet tro at rapporten har nødvendig faglig tyngde og gyldighet.

Ved Kalnes har man fått verifisert de analyserte data med intervju. Respondentene var alle involvert i prosjektstyringen og satt derfor nært kilden hvilket styrker validiteten.

Risikovurderingsprosessen var noe de fleste respondentene følte seg trygge på. De fortalte derfor uoppfordret hvordan prosessen var blitt håndtert slik at noen av spørsmålene som var tenkt stilt falt bort. Dette stryker også validiteten i de funn som er gjort.

Hos Ahus derimot har en ikke hatt samme mulighet til intervjuing. Mangel på verifisering i form av intervju svekker også validiteten på de funn som er gjort i forbindelse med flytteprosessen til sykehuset.

Å flytte fra gammelt til nytt sykehus er ikke vanlig problemstilling. Antall sykehus som har gjennomført en slik omfattende flytteprosess de siste 10 år er hovedsakelig Ahus, Kalnes og St. Olavs Hospital i Trondheim. Valget av Ahus og Kalnes var i praksis ikke et valg, men det var to sammenlignbare sykehus som begge hadde gjennomført en omfattende flytteprosess innen samme regionale helseforetak. Å påstå at funnene som er avdekket i denne empirien med hensyn til både regionalt foretak og foretak er generaliserbare blir derfor vanskelig.

Intervjuene ved Kalnes ble gjennomført i et av sykehusets møterom etter lunsj. Å bruke sykehusets lokaler innebar at respondentene kunne finne informasjon og dokumentasjon på medbrakt computer ved behov, og de kunne lett nå dersom det plutselig oppstod behov for dem et annet sted ved sykehuset. Denne muligheten opplevdes som om den gav intervjusituasjonen trygghet, noe som igjen kan påvirke validiteten av resultatet i positiv retning.

Intervjuer har selv lang erfaring med bruk av ulike typer risikovurdering i prosjekt. En slik kompetanse og erfaring kan selvfølgelig føre til at en er forutinntatt og lite mottakelig for måten Kalnes har løst ROS analyseprosessen på, og at denne forutinntattheten har påvirket respondentene negativt. Intervjuer med annen kompetanse ville derfor kunne få et ulikt resultat i datainnsamlingen. Samtidig opplevdes denne erfaringen som nyttig da en underveis i intervjuene også kunne dele erfaringer med risikovurdering fra to svært ulike virksomheter. Erfaringsutvekslingen medførte som også tidligere belyst at respondentene uoppfordret besvarte spørsmål som intervjuer hadde tenkt å stille. Igjen er det usikkert om intervjuer uten samme kompetanse og erfaring hadde oppnådd samme resultat.

Av praktiske årsaker ble et av intervjuene gjennomført via telefon. Denne type intervju gir en distanse mellom respondent og intervjuer og det kan bli vanskeligere å oppnå den samme personlige kontakten som en opplever ved ansikt til ansikt intervju (Jacobsen, 2005, s. 143). Resultatet av intervjuet hadde muligens blitt et annet dersom det var gjennomført ansikt til ansikt, samtidig satt den intervjuede i sitt eget kontor med alle hjelpemidler tilgjengelig og med en telefonlinje som var upåklagelig.

4.5 Arkivering og sikkerhet

Alle data ble loggført og dokumentert som beskrevet i kapittel 4.3. Som ekstra sikkerhet ble databaserte dokumentasjon lagret på en ekstern harddisk. Skriftlige notater og annet materiell som i utgangspunktet ikke er databasert er arkivert i egen perm.

For å kunne ha kontroll på alle forespørsler til de ulike institusjonene ble det ført egen postliste, også denne ble dokumentert i Excel.

5 Empiri

Empirien fokuserer på fire hovedområder og reflekterer funn i gjennomgått data. De ulike hovedområdene vil i neste omgang bidra i besvarelsen av forskningsspørsmål og problemstilling. Hvert av områdene vil bli presentert under det enkelte case. Hovedfunn i det enkelte område vil bli summert opp tilslutt i kapitlet. De fire områdene er:

- Forventninger og krav satt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF
- Styringssystem relatert til risikovurdering
- Risikovurdering i praksis
- Beslutningstakernes og vernetjenestens vurdering og oppfølging av risiko

5.1 Case 1: Ahus

5.1.1 Forventninger og krav satt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF
I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument for 2008 ble det satt krav til Helse Sør-Øst RHF om å sikre at lovverket og andre krav ble overholdt. Kravet skulle gjennomføres ved å påse at det ble etablert systemer som sikret at aktiviteter ble planlagt, organisert, utført og videreført i henhold til fastsatte krav (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008a, s. 1).

Kravet om risikostyring ble første gang tatt opp i et foretaksmøte i januar 2006 (Helse Sør-Øst RHF, 2008c, s. 4), men p.g.a. oppdragsdokumentets krav i 2008 samt manglende måloppnåelse i det regionale helseforetaket i 2007, ble det på foretaksmøtet 24.1.2008, besluttet å legge sterkere føringer for risikostyring og internkontroll. Målet med presiseringen var å forebygge, forhindre og avdekke avvik, samt å identifisere risikofaktorer som kunne medvirke til at det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nådde sine planlagte mål. Ved behov skulle korrigerende tiltak iverksettes. De etablerte styringssystemene måtte tilpasses risiko og virksomhetens målsetninger, og ikke minst være forankret hos ledelsen i hele organisasjonen. Helse Sør-Øst RHF ble årlig pålagt å rapportere om tilstanden i helseforetaksgruppen. Fokuset skulle da være risikovurdering, hvordan internkontroll var fulgt opp og hvilke tiltak som var iverksatt for å følge opp avvik (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b).

5.2.2008 ble det samme kravet om god internkontroll og etablering av risikosystemer presisert i foretaksmøtet med Akershus Universitetssykehus HF (Helse Sør-Øst RHF, 2008b). At kravet ikke kom før i februar 2008 forklarer muligens litt hvorfor Vinnem slet med å få tilsendt gjennomførte risikoanalyser.

Arbeidet med risikostyring hadde vært noe ulikt i de forskjellige helseforetakene. Det regionale helseforetaket hadde derfor slitt med å få sammenstilt, aggregert og utarbeidet et totalt risikobilde for hele helseforetaket. Arbeid med å utarbeide en veileder i risikostyring ble derfor iverksatt. *Risikostyring i Helse Sør- Øst* ble godkjent på foretaksmøte 4.9.2008 og det ble samtidig vedtatt at helseforetakene skulle presentere en sak for styret i RHFet to ganger i året, som omhandlet risikovurdering. Risikovurderingen skulle være basert på den vedtatte veilederen. I saksframlegget utdyper administrerende direktør i RHFet følgende:

Risikovurderinger: faglige, økonomiske, omdømmemessige, juridiske m.v.
Risikovurdering og risikostyring vurderes som viktig hjelpemidler i arbeidet med å nå oppsatte mål satt av eier og styret for 2008, god økonomistyring og oppfylging av myndighetskrav herunder ift kvalitet i pasientbehandlingen. Helseforetakene er anmodet om å systematisere sitt arbeid innenfor dette feltet for å bidra til måloppnåelse. Vedlagte veileder vil bidra til å lykkes med dette. Det vurderes å være av avgjørende betydning for foretaksgruppens videre handlefrihet og styringsrom at definerte mål for 2008 oppnås.
Internrevisjonen benytter definerte risikoområder som del av sitt grunnlag for revisjonsområder i foretaksgruppen. (Helse Sør-Øst RHF, 2008d, 2008e)

Da veilederen ble publisert et par måneder før flytting, må en kunne anta at selve veilederen har hatt liten betydning for den risikovurdering som er gjennomført ved nye Ahus. Likevel velger man i denne oppgaven å beskrive kort hvordan Helse Sør-Øst RHF så for seg at vurderingene skulle gjennomføres. Dette fordi det gir et bilde av hvilken forståelse og forventning det regionale helseforetaket hadde til risikovurdering. Beskrivelsen vil kanskje også kunne gi en mulig grunn til Vinnems alvorlige konklusjon som beskrevet i innledningen.

Metodikken som veilederen legger opp til er basert på Senter for statlig økonomistyring sin veileder, *Risikostyring i staten – Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*, heretter SSØ veileder. Den legger opp til målstyring der målene enten skal være strategiske eller driftsrelaterte. For prosjekt skal det settes spesifikke prosjektmål som understøtter foretakets hovedmål og som baseres på kvalitet, kostnad eller tidsfrister. Når målene for sykehuset er satt, skal en vurdere hvordan målene kan påvirkes av negative og positive hendelser. Risikoen identifiseres ved å kartlegge aktiviteter eller prosesser der en mener det kan være fare for svikt eller at en bryter regelverket. Dette kan gjøres ved å utføre PEST analyser, det vil si «*analyse av politiske, økonomiske, sosiale, tekniske eller økonomiske forhold*» eller SWOT analyser, som er «*analyser som måler styrker, svakheter, muligheter og trusler*». Kartlegging av fare for svikt eller brudd på regelverket skal utføres på alle nivå, både i det regionale helseforetaket og i de lokale helseforetakene. Det er lederne på de forskjellige nivåene som er ansvarlige for å identifisere, definere og følge opp de forskjellige risikoområdene, men brukere og tillitsvalgte anbefales også å delta i prosessen. En god meldekultur vektlegges slik at også de ansatte kan bidra i risikoidentifiseringen. Administrerende direktørs ansvar er blant annet å sikre at de forskjellige lederne har en omforent mening til risiko og akseptabel risiko. Veilederen setter krav til at det utarbeides egne prosedyrer for risikostyring i prosjekt og at risiko identifiseres og vurderes ved prosjektoppstart. Kontrollaktiviteter skal gjennomføres gjennom hele prosjektet for å sikre etterlevelse av retningslinjer, rutiner og arbeidsbeskrivelser. (Helse Sør-Øst RHF, 2008c, s. 4, 9, 11, 13, 14, 15, 19).

Risikovurdering defineres i veilederen som:

En risiko skal vurderes i forhold til sannsynligheten for at den inntreffer, og den forventede konsekvensen den vil medføre dersom den inntreffer. Resultatet av disse vurderingene angir hvor høy den enkelte risiko er. Det danner grunnlaget for å prioritere hvilke risikoer som anses som vesentlige i forhold til å kunne påvirke oppnåelsen av målsettinger negativt på ulike nivåer og som det derfor må legges vekt på videre i risikostyringsprosessen (ibid s. 27)

Risikokartleggingen som er utarbeidet for «ledelsens gjennomgang» i RHFet gjenspeiler retningslinjen. «Ledelsens gjennomgang» er et fora hvor hensikten er å «skaffe total oversikt over kvaliteten på styringssystemene og tjenestene og om resultatene er som forventet». Plan for handling, hvem gjør hva og når osv. skal dokumenteres etter gjennomgangen (ibid, vedlegg 3a).

Et risikobilde for helseforetakene skulle rapporteres som eksemplifisert i Figur 8 :

		Sannsynlighet				
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor
Konsliens	Svært alvorlig				Driftsunderskudd	
	Alvorlig		Driftsavbrudd IKT	Høyt sykefravær	Liggetid utskrivningsklare pasienter	Beleggsprosent i Akuttavdelingen psykisk helse
	Moderat			Sommerferie-avvikling		Rekruttering/ Vikarbruk Negative media-oppslag/Ventetid FAM Legevakt
	Lav			Fallskader	Samtidighets-konflikter Revisjon innkjøp	Medikament-håndtering
	Ubetydelig				Negative media-oppslag/lokalisering psykisk helse	

Figur 8, eksempel på risikobilde på HF nivå (ibid, s. 18)

5.1.2 Styringssystem relatert til risiko

Det er blitt søkt innsyn i prosedyren som ble anvendt ved gjennomføring av risikoanalyser ved prosjektet nytt sykehus ved Ahus, men sykehuset har ikke klart å lete fram dette dokumentet. Vinnem derimot fikk framlagt denne prosedyren og hevder at bruk av ROS analyser er hjemlet i denne prosedyren. Ifølge ham er det også utarbeidet en mal for risikoanalyse og statusrapport for IKT prosjekter. (Vinnem, 2010, s. 19).

5.1.3 Risikovurdering i praksis

Dokumentasjon som ble oversendt Vinnem i 2009 og som skulle være en bekreftelse på gjennomført risikovurdering var for det meste tilsynsrapporter som var lukket. Dokumentet som i hovedsak beskriver hvordan risiko er håndtert i Ahus sin flytteprosess, er ifølge

Vinnem, et brev sendt fra Ahus til Helsetilsynet i Oslo 28.10.2008 (Vinnem, 2010, s. 1). Brevets tittel er *Ivaretagelse av forsvarlighetskravet før, ved og etter flytting til nytt sykehus*. Bakgrunnen for brevet var som beskrevet i kapittel 2.1.2 at Helsetilsynet i Oslo og Akershus hadde opprettet tilsyn mot Ahus på grunn av fire mulige unaturlige dødsfall (Helsetilsynet i Oslo og Akershus, 2008b). I brevet fra Ahus blir risikovurderinger svært vektlagt. Referanser til, eller eksempler på risikovurderinger finner en derimot ikke i brevet. Avsender har heller ikke beskrevet hva som er blitt vurdert før flytteprosessen eller hvordan det eventuelt er blitt vurdert. Resultatene av risikovurderingene beskrives ikke. Vinnem har heller ikke funnet om det var noen av de identifiserte risikoene som slo til under flyttingen da risikoanalysene som etter hvert ble oversendt hovedsakelig var fra forprosjektfasen (Vinnem, 2010, s. 15). Helsetilsynet i Oslo og Akershus avslutter tilsynssaken ved å påpeke helsetjenestens ansvar med å ivareta plikten til internkontroll, men fylkeslegen som er avsender av brevet, kommenterer ikke fraværet av risikoanalyser (Helsetilsynet i Oslo og Akershus, 2008a).

Albaran AS gjennomførte tidlig i 2007 et oppdrag for Helse Øst RHF der de skulle gi en status på hvor godt forberedt Ahus var til å ta i bruk nytt sykehus. Dette arbeidet ble fulgt opp andre halvår 2007. Vurderingen ble basert på oversendt dokumentasjon og samtaler med ledere (Albaran AS, 2008).

Albaran AS gav det Regionale Helseforetaket fem anbefalinger, men rapporten konkluderte likevel med at «Ahus' planer og pågående aktiviteter dekker de vesentlige områdene for å kunne ta i bruk nytt sykehus på en kontrollert måte og med identifiserte gevinster». (ibid s. 3, 13). Basert på denne konklusjonen var administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF «tilfreds med at rapporten konkluderer med at Ahus' planer og pågående aktiviteter dekker de vesentlige områdene for å kunne ta i bruk nytt sykehus på en kontrollert måte og med identifiserte gevinster» (Helse Sør-Øst RHF, 2008g, s. 3).

I dokumentasjonen som Albaran AS vurderte finnes en overordnet risikovurdering datert 27.6.2007. Denne risikovurderingen samt en risikovurdering datert 1.2.2008 er det gitt innsyn i inkludert en kommentar om det var gjennomført mange risikovurderinger/ROS, men ingen etter 1. februar 2008. De to risikovurderingsrapportene beskriver at det er gjennomført flere risikovurderinger, samtidig som det også vil bli utført spesifikke risikovurderinger mot ibruktakelse. De spesifikke risikovurderingene er derimot ikke gjengitt i risikovurdering av

27.6.2007 (Styringsgruppen Akershus Universitetssykehus, 2007), eller i noen av Ahus/Nye Ahus planer (Ahus/Nye Ahus, 2008a, 2008b, 2008c).

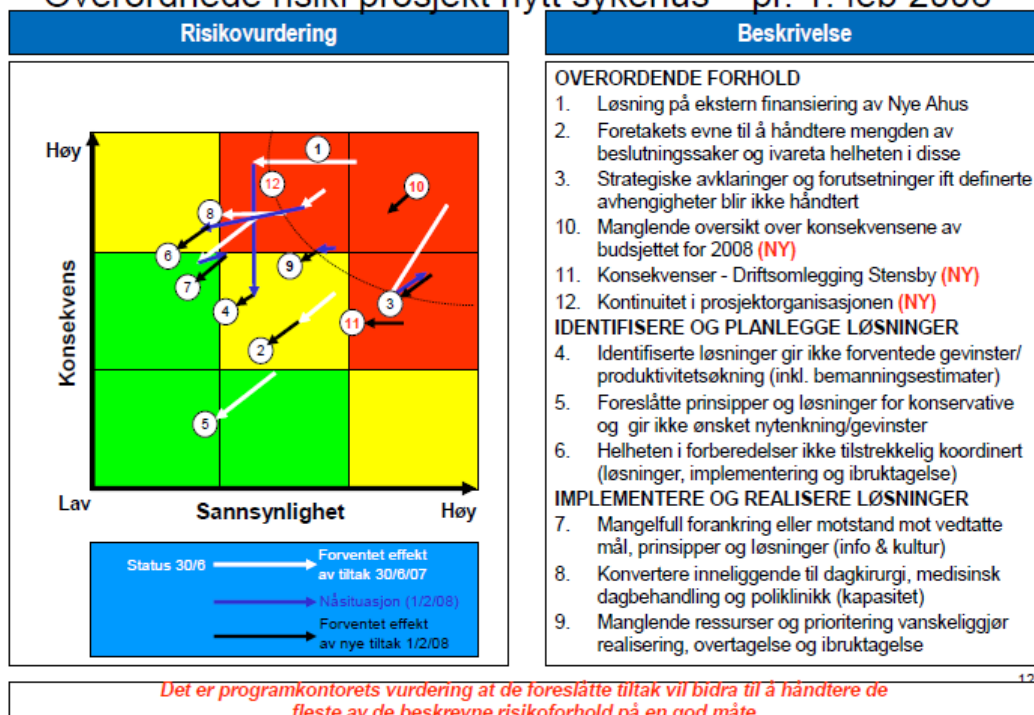
Begge de nevnte risikovurderingene er overordnede risikovurderinger. I risikovurderingen fra februar 2008 er det avdekket tolv risikoer. Risikovurderingen beskriver ikke hva som er hensikten med eller hvordan risikovurderingsprosessen er gjennomført. Derimot er identifisert risiko og tiltak beskrevet som vist i Tabell 3. Hvilken risikokategori som kvalifiserer for tiltak er ikke definert i rapporten. Rapporten reflekterer ikke risikokartleggingsmalen som er beskrevet i kapittel 5.1.1.

Tabell 3, Skjema for å beskrive tiltak for overordnet risiko, (Styringsgruppen Akershus Universitetssykehus, 2008)

Risiko	Tidligere foreslåtte tiltak	Status og nye tiltak
<p>6. Helheten i forberedelser er ikke tilstrekkelig koordinert (Løsninger, implementering og ibrugging)</p> <p>Utviklingsarbeidet som skjer i regi av OU- og IP-prosjektene, staber og linjen vil kreve omfattende prioritering og koordinering. Helheten mellom prosjekter, utstyr, Bygg, IKT etc må ivaretas. Ivaretagelse av helheten i arbeidet mot nytt sykehus vil kreve betydelige ressurser. OU-prosjektene er overlevert linjen. Helheten i implementering, herunder kvalitet (rutiner og prosedyrer), opplæring og ibrugging må ivaretas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablering av samlet plan. • Sammenstille driftsøkonomiske konsekvenser av de foreliggende løsninger i simuleringmodell • Øke programkontor med 2 ressurser vinteren 2007 for å gi kapasitet til oppfølging av helheten • Etablering av implementeringsteam og samlet oppfølging av OU-prosjekter overlevert linjen. Herunder samlet • Etablere en nettverk av en koordinator for implementering, opplæring og ibrugging pr. avdeling. • Gjennomføring av implementeringsskole for koordinatorene. • Risikovurdering hvert kvartal • Styringsgruppen behandler alle saker knyttet til nytt sykehus (utvides fra OU) • Fortsatt samlet koordinering av arbeidet mot nytt sykehus i regi av "programkontoret". 	<p>Status</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiltak gjennomført. • Samlet plan følges opp tett • Nivå 4 planer er utarbeidet for • Programkontoret følger løpende opp prosjektene og avdelingene ift sine implementeringsplaner • Det fristilles koordinatorene på divisjonsnivå som jobber utelukkende med koordinering inn mot nytt sykehus <p>Nye tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videreføring av etablerte tiltak

Hvem som har deltatt på risikovurderingen og om det er samme aktører som har foreslått tiltak beskrives ikke i den overordnede ROS vurderingen. Selve risikovurderingen ble visualisert som vist i Figur 9.

Overordnede risiki prosjekt nytt sykehus – pr. 1. feb 2008



Figur 9, overordnet risiko Prosjekt Nytt Sykehus, (ibid)

Vinnem hevder at det er lite som tyder på at ukjente trusler er vektlagt i Ahus omtalte risikovurderinger. Ifølge ham har fravær av fokus på ukjente trusler ført til at «både uttesting av sikkerhetskritiske funksjoner og beredskapsplanlegging i forhold til mulig ukjente trusler under oppstart har blitt utilfredsstillende gjennomført, med de følger som framgår av korrespondansen» (Vinnem, 2010, s. 15).

Gjennomgangen til Vinnem viser at sykehuset hadde satt funksjonelle krav til IKT-infrastruktur, tjenesteetablering og sikkerhet. Han mener derimot at en ikke kan se hvordan kravene henger sammen med det overordnede risikobilde relatert til trusler og scenarier i forbindelse med innflytting. Det samme gjelder for opplæring, organisasjonsutvikling og flytteforberedelser. Dokumentasjonen viser stor aktivitet relatert til områdene, men igjen er det vanskelig å se noen knytning mot det overordnede risikobilde. Hadde prosessen blitt gjennomført på en mer formell og systematisk måte, ville den ifølge Vinnem fått et mer optimalt resultat som også ville vært etterprøvbart (ibid s. 16, 17).

Helse- og omsorgsdepartementet må også ha sett fravær av systematisk risikovurdering. For i et brev datert 19.11.2008 gir Helse Sør-Øst RHF Helse- og omsorgsdepartementet en orientering om status og risikovurdering. Brevet gir en orientering om status, men en status på

om og hvilke risikovurderinger som er gjennomført, sier brevet ingenting om (Helse Sør-Øst RHF, 2008a).

5.1.4 Beslutningstakernes og vernetjenestens vurdering og oppfølging av risiko

Styrenotatene som er vurdert fra perioden november 2007 til august 2008 viser at risiko har vært et tema i alle styrenotater, men risikoen blir vist til i generelle vendinger uten at det refereres til bestemte dokumenter. Det vises blant annet til ROS analyser som den enkelte avdeling skal gjennomføre i forbindelse med flyttingen. Resultater fra disse ROS analysene har en derimot ikke informert om i styret. Gjennomgått dokumentasjon viser også at det i forkant av flyttingen forelå informasjon om kritiske forhold som ville kunne påvirke faglig forsvarlighet knyttet til flytteprosessen, og informasjonen var også presentert styret. Vinnem klarer derimot ikke å finne dokumentasjon på at ledelsen/styret i lys av denne informasjonen har vurdert hvor forsvarlig den planlagte flytteprosessen har vært (Vinnem, 2010, s. 15, 16).

Hjemmesiden til Helse Sør-Øst RHF har offentliggjort styresaker fra 2008 og fram til i dag. I disse styrenotatene finnes lite om den planlagte flytteprosessen, bortsett fra styremøte datert 10.3.2008. Da tas Albaran as sin rapport *Ahus, forberedelse til å ta i bruk nytt sykehus, status på oppfølging av tidligere anbefalinger*, til etterretning. Styret konkluderer med at det fortsatt må være fokus på forberedelsene til å ta i bruk nytt sykehus (Helse Sør-Øst RHF, 2008f).

Vinnem måtte etterspør risikoanalyser flere ganger før analysene fra forprosjektfasen ble oversendt. Dette kan både tyde på at risikoanalyser ikke har vært noe som har vært brukt aktivt og at risikoanalyser sannsynligvis har hatt liten eller ingen betydning for ledelsens kontroll med risiko i forbindelse med innflyttingen av nytt sykehus, hevder han. Det er likevel gjennomført løpende risikovurderinger i selve byggeprosjektet noe som kan ha gitt en generell bevissthet om risiko. De inntrufne hendelser i forbindelse med flyttingen er derimot ikke vurdert opp mot risikovurderingene. Vinnem mener at fravær av slike vurderinger bekrefter at slike trusler trolig ikke var identifisert (ibid s. 17).

Men den oversendte dokumentasjonen viser også at ledelsen ved sykehuset har involvert seg i den løpende risikovurderingen i forbindelse med flytteprosessen. Ledelsen har også prioritert å være tilstede på sykehuset. Tilstedeværelsen kan ifølge Vinnem være god og riktig prioritering, men det erstatter likevel ikke kravet om systematisk dokumenterte risikovurderinger som i tillegg fokuserer på helheten. En vurdering som tar for seg helheten

ville gitt en samlet oversikt over alle trusler, tiltak og restrisiko. Ledelsen ville da hatt formell dokumentasjon til å kunne vurdere om innsatte tiltak mot restrisiko var akseptable i forhold til forsvarlighetsprinsippet. Sykehuset hadde ikke satt opp risikoakseptkriterier, men ifølge Vinnem ville en i denne sammenhengen kunnet anvendt et alternativt prinsipp, ALARP prinsippet (ibid s. 17,18). ALARP står for As Low As Reasonably Practical og betyr at en har en øvre og nedre grense for akseptabel risiko. Kommer en over den øvre grensen er risikoen uakseptabel. Kommer en derimot under den nedre grense for risiko, anses risikoen for å være neglisjerbar (Vinnem J.E., Haugen S., Vollen F. & Grefstad J.E., 2006). Vinnem hevder også at dersom sykehuset hadde lagt *NS 5814 Krav til risikovurderinger* til grunn for sine analyser ville en trolig unngått problemene beskrevet i rapporten (Vinnem, 2010, s. 18).

Vurdering av vernetjenestens involvering i beslutningsprosessen relatert til identifisering og oppfølging av risiko var ikke en del av mandatet Vinnem fikk av helsetilsynet. Data som bekrefter eller avkrefter deres involvering og påvirkning er ikke blitt vurdert i denne oppgaven, ref. også kapittel om forskningsdesign.

5.1.5 Hovedfunn i case 1 – Ahus

Forventninger og krav satt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst

Helse- og omsorgsdepartementet er ikke fornøyd med måloppnåelsen i helseforetakene. Å etablere god internkontroll og risikostyringssystemer blir presisert fra Oppdragsdokument til foretaksmøtet med det regionale helseforetaket og helt ned til styret ved nye Ahus.

I september 2008 vedtar Helse Sør-Øst veilederen *Risikostyring i Helse Sør-Øst*. Metodikken for risikovurderinger er basert på Statens senter for økonomistyring sin veileder om *Risikostyring i staten*. Det forventes at helseforetakene rapporterer to ganger årlig om risikostatus i forhold til målsetning.

Veilederen har sannsynligvis hatt liten og ingen betydning for planlegging av flytting til nytt sykehus, men gir likevel et bilde av det regionale helseforetakets forståelse og forventninger til risikovurdering.

Styringssystem relatert til risikovurderinger

Ifølge Vinnem har Ahus en prosedyre som hjemler bruk av ROS analyser og som også inkluderer en mal for hvordan analysen kan gjennomføres. Han sier derimot ingenting om kvaliteten på prosedyren.

Risikovurderinger i praksis

Det hevdes fra Ahus sin side at risikovurdering i forbindelse med flytteprosessen til nye Ahus er blitt gjennomført. Hvordan denne vurderingen er gjennomført og hva som eventuelt er risikovurdert, er usikkert.

Ekstern rapport fra Albaran gir Helse Øst fem anbefalinger i forbindelse med flytting til nye Ahus, men konkluderer med at Ahus sine pågående planer og aktiviteter dekker vesentlige områder for å kunne flytte inn i nytt sykehus.

Siste risikovurdering som er dokumentert i Ahus sitt arkiv er datert 1. februar 2008.

Vurderingen er en overordnet risikovurdering. En må være kjent med sykehusets målsetninger og mal for ROS analyser for å kunne forstå og vurdere denne vurderingen.

Ved forespørsel om risikoanalyser har Vinnem mottatt mange tilsynsrapporter.

Vinnem hevder at basert på den dokumentasjonen han har vurdert, tar de tidlige ROS analysene utgangspunkt i kjent risiko. Lite tyder på at ukjent risiko er vektlagt. Han stiller seg også kritisk til om ROS analysene som er utført gir det totalbildet av risiko som er nødvendig for å kunne bruke risikoanalyse som et beslutningsunderlag.

Det var satt store funksjonelle krav til blant annet IKT, opplæring og flytteforberedelser, og dokumentasjonen viser at det er lagt ned mye arbeid i disse områdene. Det er derimot vanskelig å se hvordan disse områdene og tilhørende aktiviteter henger sammen med risikobildet knyttet til flytteprosessen.

Beslutningstakernes og vernetjenestens vurdering og oppfølging av risiko

Risiko er kun diskutert i Ahus sitt styre i generelle vendinger. Avdelingsvise ROS analyser som skal ha vært gjennomgått i forbindelse med flytteprosessen har ikke styret fått informasjon om.

Styret har ikke vurdert forsvarligheten av flytting selv om de ble informert om kritiske forhold ved det nye sykehuset.

Det virker som om risikoanalyser har hatt liten eller ingen betydning for ledelsens kontroll med risiko. En risikoanalyse som hadde fokusert på helheten ville gitt en samlet oversikt over trusler, tiltak og restrisiko. Løpende risikovurderinger kan likevel ha gitt en generell bevissthet om risiko.

Risikoakseptkriterier var ikke etablert for selve flytteprosessen.

En har ingen dokumentasjon som bekrefter/avkrefter vernetjenestens involvering i flytteprosessen.

5.2 Case 2 – Kalnes

5.2.1 Forventninger og krav satt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF
Som beskrevet i kapittel 2.1.1 blir helseforetakenes «sørge for ansvar» presisert i januar 2010. I desember samme år, følger Helse Sør-Øst RHF opp dette ansvaret ved å publisere Helse Sør-Øst sitt rammeverk *God virksomhetsstyring, Grunnlag for god pasientbehandling*. Det presiseres i saksframlegget til styret i Helse Sør-Øst RHF, at Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte allerede i 2004 stilte krav om et samlet opplegg for internkontroll i helseforetakene (Helse Sør-Øst RHF, 2010b). En gjennomgang av foretaksprotokoller og styresaker ved Helse Sør-Øst RHF viser at emnet også ble løftet i 2008. Her ble viktigheten av en enhetlig tilbakemelding vedrørende risikovurderinger fra helseforetakene påpekt. Styrene i de ulike helseforetakene fikk ansvar med å påse at den enhetlige tilbakemeldingen ble gjennomført. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b; Helse Sør-Øst RHF, 2008d).

Helse Sør-Øst RHF sitt nye rammeverk er forankret i de forskjellige internkontrollforskriftene og erstatter veilederen om risikostyring fra 2008. Rammeverket beskriver krav til det å

identifisere hendelser som kan gi uheldige forhold. Det vil si å «evaluere risiko knyttet til måloppnåelse, pålitelig styringsinformasjon og etterlevelse av lov- og regelverk».

Evalueringen skal utføres ved at ledelsen vurderer de identifiserte hendelser som kan resultere i redusert måloppnåelse. Det er ledelsens ansvar at rett kompetanse er tilstede når denne identifiseringen foretas, og en skal ha teknikker på plass som identifiserer hendelser som både tilhører fortid og framtid. Ved behov skal tiltak iverksettes og følges opp. Hvordan Helse Sør-Øst RHF definerer risiko er ikke beskrevet i rammeverket. (Helse Sør-Øst RHF, 2010a)

Rammeverket har ingen mal for hvordan helseforetakene kan gjennomføre risikovurdering, eller forslag til hvordan de forskjellige risikovurderingsmatriser kan eller skal utarbeides. Det påpekes likevel i figur 1 i dokumentet at verktøy og veiledning knyttet til risikovurderinger skal revideres. Under intervjuet på Kalnes kom det fram at de hadde brukt dokumentet *Plan for risikostyring* utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF, til å blant annet utarbeide matrisen for sannsynlighetvurdering. Dette dokumentet hadde verken dokumentnummer, publiseringsdato, revisjonsstatus, signatur eller annen form for godkjenning som bekreftet offisiell status. Vanligvis har dokumenter av denne typen slik bekreftelse, og for å verifisere at dokumentet virkelig var et godkjent Helse Sør-Øst RHF dokument, ble det sendt en henvendelse til det regionale helseforetaket. I forespørselen ble det rettet en henvendelse om om å få innsyn i de styrende dokumenter for gjennomføring av risikoanalyser i helseforetakene. Resultatet av henvendelsen ble i stedet en lang og innholdsrik telefonsamtale med en ansatt i Helse Sør-Øst RHF med ansvar innenfor risikoområdet. Den ansatte hadde ikke kjennskap til dokumentet *Plan for risikostyring*. Årsaken kunne muligens være at dokumentet tilhørte prosjektstyring for Bygg og Eiendom, mens personen vi snakket med tilhørte Virksomhetsstyring. Han hevdet at det fortsatt var dokumentet *God virksomhetsstyring, Grunnlag for god pasientbehandling*, som var styrende for helseforetakenes risikovurderingsprosess. Ellers opplyste personen at det ikke var utarbeidet en felles risikovurderingsmetodikk for helseforetakene. Som grunnlag for metode innen risikovurderinger i Helse Sør-Øst RHF vises det til Direktoratet for økonomistyring som har utarbeidet veiledere. Veilederne benyttes i statsforvaltning og departementer. Helse Sør-Øst RHF har derfor valgt å bruke samme tilnærming som grunnlag for for risikovurderingene innen sin virksomhetsstyring. Felles malverk/matriser for risikovurderingene er ikke utarbeidet. At en ikke har felles malverk innebærer blant annet at foretakene bruker egenutviklede sannsynlighet- og konsekvensmatriser for utregning av risiko. Årsaken til at helseforetakene ikke hadde felles matriser, begrunnet Helse Sør-Øst RHF hovedsakelig med at helseforetakene er egne juridiske

enheter og at ansvaret for å drive risikostyring derfor ligger hos det enkelte helseforetaks styre. Helse Sør-Øst RHF ønsket derfor ikke å pålegge helseforetakene å endre sine fungerende systemer for risikovurdering for å tilpasse behovene på det overordnede nivået.

5.2.2 Styringssystem relatert til risikovurdering

I forbindelse med bygging av nytt sykehus i Østfold ble *Risikovurdering, Beredskap, Kalnes* utarbeidet. Dette dokumentet beskriver hvordan risikovurdering relatert til bygging av nytt sykehus skal gjennomføres for bygging av nytt sykehus. Revisjon 2.2 av dokumentet ble godkjent av administrerende direktør 16.1.2014, og styret for sykehuset Østfold tok planen til orientering 24.2.2014. (Sykehuset Østfold, 2014c)

Sykehusledelsen ønsket å ta lærdom av de kritikkverdige forhold som ble avdekket ved innflyttingen av nye Ahus, og brukte blant annet Vinnems rapport «Innflytting av nye Ahus» som utgangspunkt for det nye plandokumentet. Av forhold som var viktige å ta lærdom av var at:

- roller og ansvar ble tydelig definert
- prosjektet arbeidet etter en felles fremdriftsplan
- det ble utarbeidet planer for flytting og ibruktakelse
- risikovurderinger ble gjennomført
- eiere/styret var involvert

Hensikten var at risikovurderinger skulle ligge til grunn for beredskapsplanleggingen for Kalnes (ibid s. 3-4). Prosjektdokumentet *Samlet plan – planlegging og forberedelser til drift* ble også lagt til grunn for plandokumentet. I følge dette dokumentet skulle ROS analyser i forbindelse med innflytting til Kalnes gjennomføres etter følgende plan:

- ROS 1: 2 måneder før første kliniske ibruktakelse
- ROS 2: i midten av juni 2015
- ROS 3: i begynnelsen av september 2015
- En avsluttende ROS ca. en uke før full klinisk drift

Fokusområdene for ROS analysene skulle være:

- Driftsstabilitet teknisk anlegg og IKT
- Opplæring
- Driftsforberedelse
- Valideringsprosesser
- Eksterne forhold

(Prosjekt Nytt Østfold Sykehus, 2012, s. 7, 15)

Risikovurderingen ble i *Risikovurdering, Beredskap, Kalnes* foreslått etter følgende metode:

1. **Risikoidentifisering**, en gjennomgang av tidligere gjennomførte ROS analyser i Prosjekt Nytt Østfold sykehus og Sykehuset Østfold regi, for å få en oversikt over hvilke andre ROS analyser som burde gjennomføres. Et forslag over aktuelle områder for risikovurdering er listet opp (vedlegg 2), hvor IKT og klinisk ibruktakelse er spesielt fremhevet som utsatte områder. Risikovurderingen som gjennomføres relatert til klinisk ibruktakelse skal dekke pasientsikkerhet, opplæring, HMS og utfordringer og trusler i forbindelse med innflytting. Planen anbefaler også at det gjennomføres scenariotenkning der en beskriver kritiske områder, øver på dem for deretter analysere dem.
2. **Risikovurdering – ROS-analyse**, planen foreslår at det basert på den identifiserte risiko i punkt 1, må gjennomføres systematiske risikovurderinger og ROS analyser for å kunne beskrive og beregne risiko.
3. **Risikohåndtering**, basert på risikovurderingen er det linjens ansvar å iverksette og følge opp tiltak i den hensikt å modifisere mulig risiko. Dette arbeidet skal være et tema i oppfølgingsmøter og skal dokumenteres.
4. **Restrisiko og ukjente trusler**, risikohåndteringen vil kunne gi restrisiko. Denne risikoen skal dokumenteres og håndteres gjennom beredskapsplanleggingen. Det påpekes at både kjente og ukjente trusler må vurderes. Dette kan gjøres ved at en sørger for at en har tilstrekkelig uavhengighet og distanse når en gjennomfører risikovurderingene. Styret skal holdes orientert om restrisikoen samt vurdere om restrisikoen er akseptabel.

(Sykehuset Østfold HF, 2014d, s. 8, 9, 10)

Risikovurderingene skulle gjennomføres i tråd med interne prosedyrer, (Sykehuset Østfold HF, 2014d, s. 8) og resultatene skulle ifølge *Samlet Plan* legges inn i Prosjekt Nytt Østfold sykehus sitt overordnede risikoregister. *Samlet Plan* gir også en forventning om at den enkelte

aktør skal ha risikoregister for sitt leveranseomfang (Prosjekt Nytt Østfold Sykehus, 2012, s. 15).

Som beskrevet i kapittel 2.1.4 ble de tidligere tre programområdene Bygg SØ 2015, OU SØ 2015 og IKT SØ 2015 slått sammen til en prosjektorganisasjon i desember 2014 som innebar blant annet at de tidligere programområdene måtte enes om en felles prosedyre for gjennomføring av risikoanalyser. De ble da enige om å bruke Bygg SØ 2015 sin prosedyre *Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ*. I intervjuene kommer det fram at det ikke ble gjennomført noen formell prosess vedrørende beslutningen. Forslag om å bruke Bygg SØ 2015 sin prosedyre ble diskutert i noen møter med prosjektledelsen og foreslått for administrerende direktør som senere godkjente bruk av denne prosedyren.

Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ versjon 2.0 ble revidert og godkjent 4.12.2014, og er basert på *NS-ISO 31000-2009 Risikostyring – Prinsipper og retningslinjer* (NS-ISO 31000:2009, 2010) og *NS 5814-2008 Krav til risikovurderinger* (NS 5814:2008, 2008). Risiko defineres i denne prosedyren som et «Uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten og konsekvensen av en uønsket hendelse. Med risiko menes muligheten/sannsynligheten for at noe uønsket skal skje og hvilke følger/konsekvenser dette kan få». Prosedyren legger opp til at:

1. Elementer som kan føre til hindret eller redusert måloppnåelse skal beskrives
2. Risikobildet skal etableres ved en vurdering av sannsynlighet og konsekvens
3. Forebyggende-, korrigerende- og risikoreduserende tiltak utarbeides
4. Ansvarlig for oppfølging og lukking av tiltak defineres og tidsfrist for lukking settes.
5. Risiko som en ikke har klart å lukke til neste rapporteringsperiode tas med videre til neste rapportering.

(Sykehuset Østfold HF, 2014b, s. 3,7)

Sannsynligheten for at en uønsket hendelse kan oppstå skal måles i henhold til følgende matrise og er ifølge retningslinjen basert på Sykehuset Østfold/Helse Sør-Øst modellen

Tabell 4, Sannsynlighetsskala hentet fra Retningslinjer for risikovurdering i Samlet plan SØ, (ibid s. 4)

Sannsynlighets-skala	Tallverdi	Betydning	SAMLET PLAN
Svært stor	5	Mer enn 90 % sannsynlighet	Hendelse som nesten helt sikkert vil oppstå
Stor	4	Mellom 65 % og 90 % sannsynlighet	Hendelser som forventes å oppstå
Moderat	3	Mellom 35 % og 65 % sannsynlighet	Hendelser som kan oppstå
Liten	2	Mellom 10 % og 35 % sannsynlighet	Hendelser som ikke forventes å oppstå
Meget liten	1	Mindre enn 10 % sannsynlighet	Hendelser som nesten helt sikkert ikke vil oppstå

Konsekvensene ved at en uønsket hendelse oppstår, skal måles i henhold til følgende matrise og er ifølge retningslinjen basert på Sykehuset Østfold/Helse Sør-Øst modellen

Tabell 5, Konsekvenskategorier hentet fra Retningslinjer for risikovurdering i Samlet plan SØ, (ibid s. 5)

Konsekvensskala	Tallverdi	Fremdrift	Økonomi	Kvalitet/Pasient	Gevinst
Svært alvorlig	5	Sluttmilepæl ikke nådd	> 10 millioner NOK	Leveransen blir ikke akseptert Tap av liv	Negativ gevinst
Alvorlig	4	Forskjøvet kritisk linje. Konsekvens ut over prosjektets rammer.	< = 10 millioner NOK	Vesentlig dårligere enn avtalt. Konsekvens for drift etter ibruktakelse. Betydelig pasientskade. Fare for tap av liv	Ingen gevinst kan realiseres
Moderat	3	Utenfor planlagt slakk. Slutt dato påvirkes.	< = 1 million NOK	Litt dårligere enn avtalt Alvorlig pasientskade. Alvorlig endring i pasientens medisinske tilstand	Forventet gevinst er at < 50 % av gevinstplan kan realiseres
Lav	2	Innenfor planlagt slakk. Slutt dato påvirkes ikke.	< = 100.000 NOK	Lavere enn ambisjoner i prosjekt Mindre alvorlig pasientskade, mindre endringer i pasientens medisinske tilstand	Lavere gevinst enn beregnet i prosjekt
Ubetydelig	1	Ingen endring i planer.	< = 10.000 NOK	Ingen endring i planer Ubetydelig pasientskade, ubetydelige endringer i pasientens medisinske tilstand	Ingen endring i gevinstplan

Risikofaktorene blir visualisert ved å multiplisere sannsynlighet med konsekvens, og lagt inn i følgende matrise:

Tabell 6, Risikomatrixe SØ/HSØ, (Sykehuset Østfold, 2014b, s. 6)

Sannsynlighet	Svært stor	5	10	15	20	25
	Stor	4	8	12	16	20
	Moderat	3	6	9	12	15
	Liten	2	4	6	8	10
	Meget Liten	1	2	3	4	5
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
	Konsekvens					

Kommer risikoen ut i grønn farge, anses den som akseptabel. Det gis ingen føringer i forhold til tiltak eller annen oppfølging og rapportering. Kommer risikoen derimot ut i gult, skal tiltak vurderes. Heller ikke i denne kategorien blir det gitt ytterligere forventninger i forhold til oppfølging og rapportering. Tiltak er ifølge retningslinjen kun påkrevd når risikoen kommer ut i rødt og skal ifølge retningslinjen være risikoreducerende. (ibid, s. 7)

Risikobildet blir vurdert månedlig og det legges blant annet vekt på om risiko er lukket, redusert eller økt, eller om det er opprettet nye risikoer. Identifisert risiko rapporteres inn i et elektronisk risikoverktøy fra de ulike avdelinger. Omhandler noen av disse risikoene nytt sykehus, så skal de legges inn under en arkfane som kalles «Nytt sykehus SØ 2015». Risiko som kan true klinisk ibruktakelse blir rapportert til styret for Sykehuset Østfold HF en gang i måneden. (ibid s. 7, 8)

5.2.3 Risikovurdering i praksis

I Sykehuset Østfolds sluttrapport 2016, er det påpekt at risikostyring har vært sentralt i alt arbeid. Målet med risikostyringen har vært å:

- «Skape bevissthet om risiko og usikkerhet og fokusere på aktiviteter med høy risiko
- Forebygge uønskede hendelser og iverksette risikoreducerende tiltak
- Gi et bedre beslutningsgrunnlag»

For å nå dette målet har prosjektet benyttet seg av månedlig risikovurdering som er blitt rapportert inn i et elektronisk system fra alle nivå i prosjektet, samt at det er gjennomført fire ROS analyser i forkant av de forskjellige kliniske ibruktakelsene (Sykehuset Østfold HF, 2016, s. 32).

Som beskrevet i metoden blir ikke det elektroniske systemet for risikovurdering studert i denne oppgaven, men systemet har vært så viktig for prosjektledelsens samlede risikobilde at det likevel velges å gi en oppsummering av hvordan systemet er brukt i prosjektet.

A. Overordnet risikovurdering

Under intervjuene kom det fram at de ulike ansvarsområder, nivå og prosjekt, rapporterte månedlig identifisert risiko til Samlet Plan, Figur 4. Identifisert risiko ble vurdert i Kontaktmøtet, utfyllende beskrevet i kapittel 5.2.4. I Kontaktmøtet ble det spesielt lagt vekt på å få identifisert risikoer som hadde stor betydning for driften av Sykehuset Østfold og arbeidet fram mot klinisk ibruktakelse. Kontaktmøtet utarbeidet deretter en overordnet risikorapport. Ambisjonen var å få identifisert de risikoer som var over tolleransenivået for Samlet plan, og de risikoer som var en trussel med hensyn til det å kunne ta i bruk sykehuset innenfor planlagt tidsramme. Risikoen ble vurdert ved å sette den sannsynlighet og konsekvens som var riktig i øyeblikket. Tiltak ble satt i tråd med kost/nytte vurdering, samt at en ansvarlig ble utpekt til å følge opp risikoen innenfor en gitt tidsfrist. Ansvar og tidsfrist ble nedfelt i eget referat, og er ikke gjort tilgjengelig for denne empirien.

Sannsynlighetsskalaen som ble anvendt ved beregning av risiko er tilnærmet lik skalaen presentert i Tabell 4, men en har her valgt å også inkludere akseptkriterier for drift, ref. vedlegg 3 (Sykehuset Østfold HF, 2015a, s. 14).

Konsekvensene ble vurdert ved å anvende to ulike konsekvensskalaer, en for drift og en for samlet plan, ref. vedlegg 4. For begge skalaer skulle en estimere konsekvens for flere ulike indikatorer. Den høyeste konsekvensen ble brukt ved utregning av risiko. Konsekvensen var også så viktig for prosjektpersonellet at utfyllende tekst vedrørende konsekvensen ble lagt inn i egen kolonne (ibid s. 15). Tilpasset skjema for dokumentering av identifisert risiko, sannsynlighet og konsekvensvurdering kan leses i vedlegg 5.

Risikoen ble visualisert ved å bruke samme matrise som beskrevet i *Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ*, ref. Tabell 6 (ibid s.3).

Overordnet risikorapport for mai 2015 viser at det er avdekket totalt fire røde og åtte gule risikoer. På tross av at prosedyren sier at tiltak kun er påkrevd ved rød risiko har samtlige

risikoer fått tiltak og en del av disse tiltakene er ifølge forklaring i rapporten også implementert (ibid s 4-12). Respondenter begrunner dette med at

- a) Alle risikoer som er løftet til dette nivået blir vurdert og får tiltak
- b) De vurderer konsekvensen ikke fargen på risikoen. Er konsekvensen høy vil risikoen få tiltak uansett sannsynlighet
- c) En har lett for å legge seg i det ene hjørne av risikomatriksen, det er liksom naturen i ROS analysen. Derfor vurderes selve risikoteksten nøye og vurderinger blir gjort basert på alvorligheten i teksten.
- d) Risiko og tiltak vurderes kontinuerlig i kontaktmøtet og nye tiltak iverksettes etter behov

En rask gjennomgang av de overordnede risikorapportene for august og november, viser litt variasjon i vektning av sannsynlighet og konsekvens, men ikke i en slik grad at det gir særlige utslag for plassering i risikomatriksen. Et fåtall av risikoene er fjernet, mens enkelte nye er kommet inn (Sykehuset Østfold HF, 2015g, 2015k). At de fleste risikoer blir hengende igjen til etter innflytting på tross av at stadig nye tiltak blir iverksatt, begrunnes både som beskrevet i punktene over, men også med at:

- e) Risikoen forsvinner ikke selv om en iverksetter korrektive tiltak, men en har forhåpentligvis mer kontroll på risikoen og sykehuset står klar med tiltak dersom risikoen likevel skulle inntreffe.
- f) Vi vet ikke om, og eventuelt hvordan, risikoen vil utvikle seg før vi faktisk har flyttet inn

En risiko som fra mai fram til november var definert med stor sannsynlighet og moderat konsekvens var fare for opphopning av pasienter i akuttmottak. Ledelsen var her bekymret for at pasientflyten ikke skulle fungere inn i sykehuset, slik at pasienten ble liggende lenger enn planlagt i mottak. Denne risikoen slo som beskrevet i kapittel 2.1.3 til etter innflytting, og framstår i risikorapporten for november som rød. Intervjuene viser at det er ulik oppfatning om årsaken til at det ble en overopphopping av pasienter i akuttmottak, men en er enig om at pasientmottaket nå tar imot ca. 30% flere pasienter enn tidligere. Rapportene for august og november viser at det er blitt iverksatt nye tiltak for å kunne håndtere denne risikoen (Sykehuset Østfold HF, 2015g, 2015k). Ledelsen ved sykehuset konkluderer også i sitt saksframlegg til styret i Sykehuset Østfold at «innflytting og ibruktakelse av nytt sykehus har gått svært bra». For å møte utfordringene i akuttmottak er det «iverksatt en rekke arealmessige

tiltak og endringer i rutinene for å få kontroll på pasienttilstrømmingen og opphopingen i akuttmottaket» (Sykehuset Østfold HF, 2015j).

B. ROS 1, 2, 3 og 4

De fire ROS analysene ble gjennomført som halvdagsmøter i sykehusets lokaler og i henhold til Figur 10. Som figuren viser hadde sykehuset et fast regime som skulle gjennomføres før pasienter ble flyttet til det nye sykehuset. De fire ROS analysene ble gjennomført i perioden før planlagt flytting og var ment å være et supplement til både sykehuset Østfold og Prosjekt Nytt Sykehus sine ordinære ROS regimer (Sykehuset Østfold HF, 2015h).

Ibruktakelsesperioden innebar i praksis en klargjøringsperiode fra en overtok eierforholdet og fram til pasientene flyttet inn, klinisk ibruktakelse (KIB). Et planlagt testregime ble gjennomført før eierskifte og klinisk ibruktakelse. For å ha kontroll med risiko var også en viktig del av planen å flytte de minst kritiske avdelinger først, slik at en i praksis fikk testet ut bygget.



Figur 10, tidslinje for ROS analyser basert på tidslinje for ibruktakelse av Kalnes, (sykehuset Østfold HF, 2016, s. 30)

Planlegging

Alle de fire analysene ble fasilitert av tre personer henholdsvis fra Prosjekt Nytt Østfoldsykehus og Sykehuset Østfold. Den ene ledet analysen, den andre var sekretær mens den tredje bidro i spørsmålsstillingen. Det ble gjennomført noen få planleggingsmøter i forkant av analysene. Under planleggingen ble enkelte risikoer skrevet inn i ROS analyseskjemaet, slik at en hadde et utgangspunkt for å starte diskusjonen. De foreslåtte risikoer var utarbeidet i tråd med liste for fokusområder som også var utarbeidet på forhånd.

Tabell 7, ROS analyseskjema, (Sykehuset Østfold, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e)

Risk faktor	Konsekvens	S	K	R	Tiltak	Ansvarlig	Frist
Feiler i prosjektgjennomføring							
Organisering og ledelse svikter							
Teknikk og teknologi svikter							
Økonomi - overskridelser							
Uforutsette eksterne forhold							
Mangler i beredskapen							
Opplæring har feilet							
Annet							

Under intervjuene ble det bekreftet at gruppen som planla risikoanalysene både hadde teoretisk og praktisk risikoanalysekompetanse. Deltakerne i analysene hadde derimot stort sett kun med seg praktisk erfaring fra risikovurderinger ved prosjekt eller sykehuset. De var valgt ut til å delta av prosjektledelsen og var alle ledere fra Prosjekt Nytt Østfoldsykehus, Sykehuset Østfold HF, Sykehuspartner og Sykehusapoteket

Vernetjenesten deltok kun på ROS 1 og ROS 4, og var usikker på om de hadde vært invitert til å delta på de to andre analysene. Under intervjuene kom det samtidig fram at vernetjenesten underveis i prosjektet hadde fått en større og mer anerkjent rolle, og at en så verdien i tidlig involvering av vernetjenesten. Viktigheten med opplæring i verneombudets rolle under byggeprosjekt var en erfaring prosjektet tok med seg videre. Arbeidsmengden på vernetjenesten ble etter hvert svært omfattende, og en så derfor behov for å få på plass et koordinerende verneombud.

Målsetningen med den første ROS analysen var å «sikre en trygg overgang mellom utbygging og drift og en robust igangsettelse av nytt sykehus for KIB1» (Sykehuset Østfold, 2015b). For de tre andre analysene var hensikten å «Sikre en trygg overgang mellom utbygging og drift og en robust igangsettelse av prøvedrift operasjon fra 22.09.15 og KIB 2» (Sykehuset Østfold,

2015c, 2015d, 2015e). I saksframlegg til styret i Sykehuset Østfold står det beskrevet at metoden som ble benyttet i analysene var hentet fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap sin veileder av 2010 i den grad en fant det hensiktsmessig (Sykehuset Østfold HF, 2015h).

Selv om en i Samla Plan var blitt enige om å bruke *Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ*, valgte analysegruppen å gå for andre sannsynlighets- og konsekvensskalaer ved gjennomføring av ROS analysene. Selve konsekvensmatrisen er svært annerledes enn den som ble anvendt i den overordnede risikovurderingen og også som beskrevet i *Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ*. Matrisen fokuserer på forhold i prosjektet som krever justeringer og på hvilket ledelsesnivå denne justeringen skal håndteres. Skala for sannsynlighet ble også endret da Prosjekt Nytt Østfoldsykehus ønsket å bruke desimaler ved beskrivelse av sannsynlighet. Det ble heller ikke her gjennomført noen formell prosess mellom de ulike interessenter for å enes om de ulike matriser og tallskalaer. Sannsynlighet- og konsekvensskala kan leses i vedlegg 6.

Risikoanalysen

Hver enkelt analyse startet med at deltakerne først drodlet litt om hva de mente var risikoer for sitt fagområde for eksempel ved kliniske ibruktakelse 2. Fokusområdene ble brukt systematisk og typisk spørsmål ved de enkelte fokusområder var «hva kan gå galt»? Scenariotenkning ble ifølge respondent mest brukt ved gjennomføring av analyser lenger ned i organisasjonen. Definert risiko på avdelingsnivå ble løftet på ROS nivå dersom den ansvarlige leder for det enkelte fagområdet mente dette var nødvendig. Det gis ikke inntrykk av at en bevisst har brukt tidligere avviksmeldinger eller generelle erfaringer ved identifiseringen av risiko. Analysene ble dokumentert i skjema som fremstilt i Tabell 7 (Sykehuset Østfold HF, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e).

I dokumentet *Risikovurdering, Beredskap, Kalnes* ble det lagt vekt på ukjent risiko. Dokumentet foreslår å inkludere personell i risikoanalysen som ikke er kjent med fagområdet i den hensikt å kunne belyse området på en ny måte (Sykehuset Østfold HF, 2014d, s. 4). Eksterne konsulenter ble ifølge respondent inkludert i de første analysene, men en mente at nytteeffekten i lengden ble for liten. En valgte derfor å gå bort ifra denne anbefalingen. Den generelle oppfatningen blant respondentene var at bruk av eksterne konsulenter var verdiløst. Ledelsen hadde derfor nokså raskt kvittet seg med denne type bistand.

Respondent hevdet under intervjuet at helsepersonell i utgangspunktet er drillet på å takle det ukjente, i den forstand at en ikke vet hva som kommer inn av sykdom og skade. En har en driftsmodell som gjør at en er forberedt på at det ukjente kan skje. Når denne situasjonen oppstår er personellet drillet på å umiddelbart løse hendelsen. Måten en er forberedt til å håndtere slike situasjoner er ifølge respondent spesiell for helsevesenet og en antar derfor at andre typer bedrifter og organisasjoner er mer opptatt av å sikre seg mot ukjent risiko enn det en er i helsevesenet. Et eksempel som ble gitt var at strømforsyningen forsvant på innflyttingsdagen. Strømskutt kan være en stor usikkerhet hos andre bedrifter, mens i helsevesenet er slik risiko bygget inn i det ordinære planverket. Nye lokaler og nytt utstyr er derimot elementer som øker usikkerhet i forbindelse med flytteprosesser og derfor var opplæringsbiten ekstremt viktig. Personalet fikk ikke adgangskort før de hadde gjennomgått to dagers opplæring.

En risiko som derimot kom overraskende på prosjektet var rørpostsystemet. Systemet viste seg å ikke fungere fra dag en. Årsaken var ifølge respondent at testregime ikke var godt nok for denne type system. Systemet var derimot testet før ibruktakelse, og en var ifølge respondent klar over problemet lenge før klinisk ibruktakelse. Manuelle rutiner for postombæring var derfor iverksatt ved innflytting.

I følge prosjektledelsen er omfanget av konsekvensene svært viktige når risiko vurderes og tiltak foreslås og derfor blir utfyllende beskrivelse av konsekvenser også prioritert i ROS analyseskjemaet. Ved spørsmål om sannsynlighet var en like viktig faktor å få dokumentert omfanget av, var svaret fra respondent nei. Omfanget av konsekvensene var det vesentlige slik at tiltak ble vurdert og iverksatt basert på konsekvensvurderingen.

Om årsaker til de identifiserte risikoer har vært diskutert og vurdert i analysene, er vanskelig å bedømme av ROS analysene. Begrunnelsen skal være at målet med rapportene var at de ikke skulle være for omfattende men være «to the point» og gi leseren et raskt bilde av risikoen. Sykehuset hevdet at man ville skjønne årsaken ved å lese tiltakene. Dersom årsaken ikke kom tydelig fram i tiltakene fikk tiltaksansvarlig ansvar for å finne mulig årsaksforklaring. Noen ganger ble det derimot nødvendig å sette ned egne prosjekt for å kartlegge årsaken. Egne årsaksanalyser var det ikke vanlig å gjennomføre. Under intervjurunden kom det likevel fram at dokumentasjon på mulige årsaker ville vært en fordel, og at dette burde være et forbedringspotensial ved nye ROS analyser. Også selve beskrivelsen av risikoen i

analyseskjema var ifølge respondent svært viktig når risikoen senere skulle diskuteres i ledelsen.

Risikoevaluering

Selve risikoen ble beregnet ved å multiplisere sannsynlighet med konsekvens. Tiltak ble diskutert og lagt inn i matrisen under selve analysen, og er ifølge rapporten kun påkrevd ved risiko over 4 (rød risiko). Ved en verdi mellom 1-4 (gul risiko) skal tiltak vurderes, mens verdier mellom 0-1 (grønn risiko) er akseptable og krever ingen tiltak (Sykehuset Østfold HF, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e).

I praksis viste det seg her, som i den overordnede risikorapporten, at all risiko som var løftet til ledelsesnivå fikk tiltak. Begrunnelsen var den samme som i den overordnede risikorapporten. At en risiko kommer ut som grønn betydde ikke at en skulle la vær å gjøre noe, en skulle derimot iverksette de enkle tiltakene som gjorde at den identifiserte risikoen forble grønn. Å fjerne grønn risiko hadde en heller ikke kultur for. Grunnen var at man var usikker på hvor lite som skulle til før risikoen gikk over i rødt. En ønsket ikke å fjerne risikoen fordi en ønsket et fokus på usikkerheten. Fokuset på usikkerheten og tiltakene knyttet til risikoen gjorde at en ble trygg nok til å flytte.

I intervjuene kom det også fram at ROS analysene ble ansett som «levende» dokument som ble tatt frem og vurdert i de møter hvor risiko ble diskutert. Vekting var ifølge respondent ferskvare. Endringer av både sannsynlighet, konsekvens og tiltak var derfor helt vanlig. Den enkelte ROS analyse finnes derfor i flere versjoner og reflekterer risikoverdi og tiltak som ble gjort ved revisjonsdato. En respondent mente også at dersom man ikke hadde klart å redusere sannsynligheten og at sjansen var stor for at risikoen skulle kunne slå til, ville det vært usikkert om direktør hadde godkjent flyttingen.

Tiltakene som er foreslått er som *Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ* beskriver både forebyggende, korrigerende og risikoreduserende tiltak (Sykehuset Østfold HF, 2014b, s. 7). I rapportene derimot blir de ikke kategorisert som tiltak som enten er sannsynlighetsreduserende eller konsekvensreduserende (Sykehuset Østfold HF, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e).

Som gjentatt ved flere anledninger fikk all risiko på overordnet og ROS nivå tiltak. Det var likevel ikke alle tiltak som kunne gjennomføres i forkant av flyttingen. Noen av tiltakene gikk inn i Sykehusets generelle beredskapsplan, mens andre gikk inn i beredskapsplan utarbeidet for de enkelte kliniske ibruktakelser. Beredskapsplan og hvilken restrisiko som gikk inn i beredskapsplanene er det ikke gitt innsyn i.

Akseptkriterier for selve flyttedagen var ikke utarbeidet. I intervjuene kom det fram at respondentene hadde ulik oppfatningen av om hva som eventuelt kunne stoppet selve flytteprosessen.

Ansvar og tidsfrist skal også fylles ut i risikoskjema. Dokumentasjonen viser at denne dokumentasjonen bare delvis er utført (Sykehuset Østfold HF, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e). Intervjuene bekrefter derimot at ansvar og tidsfrist var noe som ble besluttet i kontaktmøtet og AD møtet, og at det eksisterer egne referater på dette. Referatene er det ikke gitt innsyn i.

Identifisert og vurdert risiko ble angitt i risikomatrix som vist i Figur 11.

		Virkning				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	0,9					
	0,7					
	0,5					
	0,3					
	0,1					

Figur 11, Risikomatrix for ROS 1, 2, 3 og 4, (Sykehuset Østfold HF, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e)

Basert på at det brukes ulike matriser for utregning av risiko i ROS analysene og den overordnede risikoanalysen, ble det under intervjuene stilt spørsmål om de identifiserte risikoer ble lagt inn i det samme elektroniske risikoregisteret. Svaret man fikk var at kontaktmøte hadde et felles risikoregister samtidig som Prosjekt Nytt Østfoldsykehus og Sykehuset Østfold HF hadde sine egne register. Hvordan de hadde håndterte risikoene inn i felles risikoregister fikk man likevel ikke klarhet i.

ROS analysene ble sent ut til deltakerne for intern dokumentkontroll. De ble deretter sendt offisielt ut til ledelsen samt at de ble lagt på intranettet.

I ROS 1 ble det avdekket seksten risikofaktorer, ref. vedlegg 14. Tolv kom ut i gul farge, mens de resterende fire kom ut i grønt. Ni av risikofaktorene fikk en skår på en konsekvens mellom syv og ni. Konsekvenser mellom syv og ni defineres i konsekvensskalaen som så alvorlige at de kan gå ut over milepæler og leveringsfrist (Sykehuset Østfold HF, 2015b). Kun en av disse risikoene ble overført til ROS 2 og ble værende igjen fram til og med ROS 4. Risikofaktoren omhandlet kompetanse og ressurser hos Sykehuspartner, og var en risikofaktor som hadde svært høyt fokus gjennom hele prosjektet (Sykehuset Østfold HF, 2015c, 2015e).

I de tre påfølgende ROS analysene identifiserte analysegruppen totalt tjuesyv risikofaktorer. Stort sett er det de samme risikoene som opptrer i disse tre analysene. Noen risikofaktorer har derimot fått litt endret tekst fra en ROS analyse til den neste. Årsaken er forklart i selve rapporten. Noen risikofaktorer er også slått sammen for å gjøre omfanget mer håndterbart (Sykehuset Østfold HF, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e). Risikoene er listet i vedlegg 15.

5.2.4 Beslutningstakerne og vernetjenestens vurdering og oppfølging av risiko

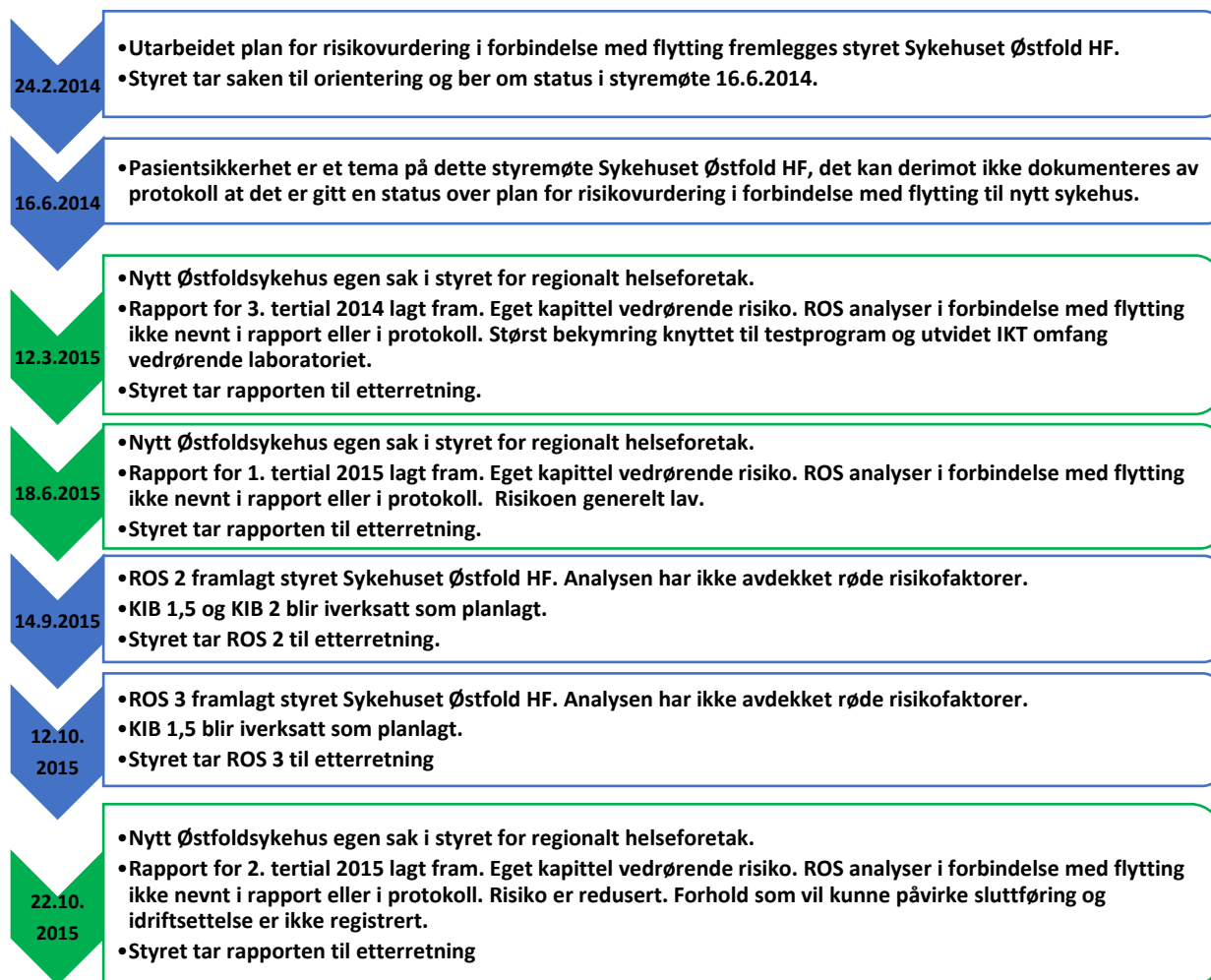
For å sikre at overgangen fra utbygging til ibruktakelse og drift av nytt sykehus ble gjennomført på en sikker og trygg måte var samarbeidet mellom de ulike aktørene svært viktig spesielt med hensyn til å synliggjøre risikobilde. Samarbeidet innebar blant annet at frem til 2.11.2015, ble alle identifiserte risikofaktorer fra ROS analyser og overordnet risikovurdering ukentlig fulgt opp i et forum kalt kontaktmøte. Kontaktmøte bestod av prosjektdirektør, utviklingsdirektør og mange av de prosjektlederne som satt i de største prosjektene. I møtet ble ansvar og tidsfrist besluttet samt at en prioriterte tiltak som skulle iverksettes. (Sykehuset Østfold HF, 2016)

Beslutninger og risikobilde ble deretter løftet til AD møtet som ble ledet av administrerende direktør ved Sykehuset Østfold HF. Direktørene som deltok på møtet bidro aktivt i diskusjon og vurdering rundt de identifiserte risikoene og tiltakene. Fra AD møtet rapporterte administrerende direktør risikobilde med besluttede tiltak direkte til sitt styre ved Sykehuset Østfold HF, mens byggherre rapportert til prosjektstyret for Prosjekt Nytt Østfoldsykehus. Ved spørsmål om ROS analysene hadde vært et beslutningsverktøy for ledelsen, var det umiddelbare svaret at ROS analysene både var et godt planleggingsverktøy og at samtlige analyser var brukt som underlagt for beslutninger.

Under intervjuene kom det fram at det ikke var utført interne eller eksterne tilsyn på risikovurderingsprosessen derimot hadde flere ulike tilsyn vært inne i forbindelse med myndighetsgodkjenningprosessen, for eksempel mattilsynet og el-tilsynet. Avdekkede avvik fra tilsynene påvirket ifølge respondent muligens identifisering av risiko i ROS prosessen. Helsetilsynet var ifølge respondent mest fraværende i denne prosessen. Konsernrevisjonen gjennomførte også et tilsyn i perioden august – oktober 2015. Hensikten med tilsynet var å få kartlagt og vurdert om helseforetaket hadde etablert rutiner for styring og kontroll som bidro til at to av sykehusets definerte effektmål ble realisert. I følge respondent var tilsynet lite nyttig for sykehuset.

Risiko var ofte et tema i styremøtene til Sykehuset Østfold HF. Blant annet var styret bekymret over den «tunge» risikomatriksen som var knyttet til flyttingen. Men faglige diskusjoner og erfarne styrerepresentanter med risikokompetanse bidro ifølge respondent til trygg atmosfære blant representantene. Prosjektet leverte innenfor de planer som var satt og håndterte risikoen på en tilfredsstillende måte. Basert på innrapporterte forhold, slo styret i Sykehuset Østfold HF seg til ro. Styret for det regionale helseforetaket har derimot ikke vært særlig aktivt i byggeprosessen, men de har ifølge respondent fulgt med. Byggeprosessen er fulgt opp via administrasjonen i det regionale helseforetaket. Hvordan byggherrens styre har fulgt opp risiko er det ikke gitt innsyn i.

Dokumentasjon på at de to styrene har involvert seg i risiko finnes i styrenotat som beskrevet i figuren under der blått representerer styret Sykehuset Østfold HF, mens grønn farge representerer styret i det regionale helseforetaket. Dokumentasjonen bekrefter at det regionale helseforetaket ikke har involvert seg i selve flytteprosessen.



Figur 12, Styremøter hvor det er dokumentert gjennomgang av risikovurdering, (Helse Sør-Øst RHF, 2015a, 2015b, 2015c; Sykehuset Østfold HF, 2014a, 2014d, 2015f, 2015i)

ROS analysene har ikke vært på agendaen i AMU møter verken i forbindelse med planleggingen av ROS analysene eller i etterkant ved publisering av rapport. Vernetjenesten har heller ikke vært en del av kontaktmøtet, og har dermed hatt liten mulighet til å påvirke beslutninger knyttet til risikofaktorer som omfattet de ansattes arbeidsmiljø.

5.2.5 Hovedfunn i case 2 – Kalnes

Forventninger og krav satt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst

Helse- og omsorgsdepartementet presiser i 2010 de regionale helseforetakenes «sørge for ansvar» som blant annet innebærer at planer og tiltak skal være forankret i ROS analyser.

Helse Sør-Øst RHF publiserer samme år rammeverket *God virksomhetsstyring, Grunnlag for god pasientbehandling* som erstatter *Risikostyring i Helse Sør-Øst*. Rammeverket er forankret

i de ulike internkontrollforskrifter, men unngår å beskrive hvordan risiko skal defineres i foretaksgruppen. Dokumentet har heller ingen mal for hvordan en i praktisk skal gjennomføre ROS analyser, men viser til at dokumentet for risikovurdering skal oppdateres.

Prosjektpersonellet ved Sykehuset Østfold HF mener de har flere risikovurderingsmaler som er bygget på nasjonale- og Helse Sør-Øst modellen. Det regionale helseforetaket hevder på sin side at det er rammeverket *God virksomhetsstyring, Grunnlag for god pasientbehandling* som er styrende for helseforetaket. Som grunnlag for metode anvendes veileder utarbeidet av Direktoratet for økonomistyring. Siden helseforetakene er egne juridiske enheter, ønsker ikke Helse Sør-Øst RHF å pålegge foretakene å endre foretakenes fungerende systemer for å tilpasse overordnede behov.

Styringsystem relatert til risikovurderinger

I god tid før flytteprosessen utarbeidet Sykehuset Østfold HF det overordnede plandokumentet *Risikovurdering, Beredskap, Kalnes*. Her beskrev sykehuset hvordan de ønsket risikovurderingsprosessen skulle gjennomføres. Dokumentet var basert på erfaringer fra Ahus og inkluderte mange av de elementer som Vinnem etterlyste i Ahus sin flytteprosess. *Risikovurdering, Beredskap, Kalnes* anbefalte blant annet at det ble gjennomført totalt fire ROS analyser. Styret for Sykehuset Østfold HF tok planen til orientering.

Prosedyren som ble anvendt i selve ROS analysene, *Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ*, var ifølge prosedyren basert på *NS-ISO 31000-2009 Risikostyring – prinsipper og retningslinjer* (Ns-Iso 31000:2009, 2010) og *NS 5814-2008 Krav til risikovurdering* (NS 5814:2008, 2008). Prosedyren ber om at elementer som hindrer/reduserer måloppnåelse skal identifiseres, risikobilde skal etableres ved å multiplisere sannsynlighet med konsekvens, tiltak utarbeides og ansvar og tidsfrist for oppfølging av tiltak defineres. Om og hvordan årsak skal vurderes, sier prosedyren ingenting om.

Sannsynlighet- og konsekvensskala er ifølge prosedyren blant annet basert på Helse Sør-Øst modellen. ROS analyseskjema var ikke inkludert i denne prosedyren.

Definert risiko skal legges inn i risikoregister kalt nytt sykehus SØ 2015.

Risikovurderinger i praksis

Gjennom hele byggeperioden og også under Samlet plan, har risiko blitt definert og vurdert i et elektronisk risikoverktøy. Risikofaktorer er rapportert inn fra sykehusets nivå.

Risikorapporteringen sammen med ROS analysene har gitt prosjektet- og sykehusledelsen et tilfredsstillende risikobilde.

Prosedyren *Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ* ble brukt både for den overordnede risikovurderingen og ROS analysene. Prosjektet har i begge risikovurderingene valgt å fravike fra sannsynlighet- og konsekvensskala beskrevet i prosedyren. Formelle prosesser mellom de ulike aktørene i sykehusprosjektet for å enes både om felles prosedyre og beregningsskalaer for risiko, er ikke gjennomført.

Sykehuset utarbeidet ikke egne akseptkriterier for selve flyttedagen.

Alle risikoer definert på overordnet eller ROS nivå har fått tiltak uansett kritikalitet. Ledelsen vurderte risikoen basert på konsekvensens kritikalitet. Få av de opprinnelig definerte risikoer hadde etter at tiltak var definert en så lav kritikalitet at de ble fjernet fra vurderingen. Dette ble begrunnet med at risiko ikke forsvinner.

Tiltak som ikke kunne gjennomføres i forkant av flytting ble lagt inn i beredskapsplaner.

ROS analysene ble planlagt og gjennomført av internt personell med kompetanse innen risikoanalyse. Deltakerne som alle var ledere, hadde stort sett kun praktisk erfaring fra tidligere analyser. Vernetjenesten deltok på to av ROS analysene.

De tre fasilitatorene planla analysene ved at de på forhånd diskuterte og la inn risikoer som de mente kunne være aktuelle i analyseskjemaet.

Risiko ble identifisert ved å gjennomgå de forhåndsbestemte fokusområdene ved å stille spørsmålet «hva kan gå galt?»

Prosjektet opplevde at å inkludere eksternt personell i ROS analysene ikke hadde ønsket effekt med hensyn til å oppdage ukjent risiko. Helsepersonell var i utgangspunktet drillet på å

takle ukjent risiko ble det hevdet, slik at en ikke anså ukjent risiko får å være noen stor utfordring.

Årsak var ikke et tema som ble diskutert i ROS analysene, men det var et ønske om at dette burde beskrives i den skriftlige delen av rapporten.

ROS analyserapportene var «levende» dokument.

ROS analyserapporten beskriver ikke om tiltakene er sannsynlighetsreducerende eller konsekvensreducerende.

Definert risiko i ROS 1 er ulik risikoen definert i de tre andre ROS analysene, samtidig opptrer stort sett de samme risikoene i ROS 2, 3 og 4.

Beslutningstakernes og vernetjenestens vurdering og oppfølging av risiko

For sykehusledelsen var ROS analysene og den overordnede risikovurderingen et planleggingsverktøy der alle analysene var en del av beslutningsunderlaget for å kunne gjennomføre en faglig forsvarlig flytting.

Risiko ble ukentlig diskutert og vurdert i kontaktmøtet og deretter løftet til AD møtet. Tilsyn kan ha påvirket risikovurderingsprosessen og måten denne risikoen er blitt fulgt opp på.

Styret i Sykehuset Østfold har ved flere anledninger hatt risiko relatert til flytteprosessen på sin agenda, samt at to av de fire ROS analysene har vært egen sak i styret.

Vernetjenesten har vært fraværende i de prosesser hvor beslutninger vedrørende oppfølging av risiko har vært diskutert. Risiko relatert til flytteprosessen har heller ikke vært diskutert i AMU møter.

6 Drøfting

I dette kapittelet vil hovedfunn i empirien bli drøftet opp mot presentert teori i kapittel tre. Resultatene av analysen fra de to sykehusene vil samtidig bli sammenlignet. De fire hovedkategoriene som funnene fra empirien er systematisert i er videre slått sammen til to hovedkapitler, *Krav, forventninger og styringssystem* og *Risikovurdering i praksis*. Man får da samlet drøftingen i en del som reflekterer interne og eksterne krav relatert til problemstillingen, mens den andre delen belyser hvordan sykehusene har løst de samme forventninger og krav i praksis. Til slutt i kapittelet vil forskningsspørsmålene bli besvart og det vil bli gitt refleksjoner over enkelte funn og anbefaling til videre forskning.

6.1 Krav, forventninger og styringssystem

Som presentert i kapittel 2.2.1 på *Helsetilsynsloven* allerede i 1994 alle helseforetak å opprette internkontrollsystem. Kravet ble videre spisset i 2002 da forskrift om *internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* trådte i kraft. Når Helse- og omsorgsdepartementet ifølge styredokumenter påpeker kravet første gang i 2004 i foretaksmøtene er det altså gått 10 år siden lovkravet trådte i kraft. Likevel må departementet gjenta kravet i 2008 og pålegger Helse Sør-Øst RHF om å arbeide systematisk og målrettet med risikovurdering. Årsaken til dette pålegget skyldes ifølge Helse- og omsorgsdepartementet dårlig måloppnåelse i helseforetakene. At Helse- og omsorgsdepartementet viser til internkontrollkravet og risikovurdering for å få kartlagt risiko som kan gi dårlig måloppnåelse er i utgangspunktet positivt. Foretakene blir på denne måten nødt til å gjøre seg kjent med krav og metodikk som ligger i internkontrollforskriften, noe Helse Sør-Øst viser ved å publisere *Risikostyring i Helse Sør-Øst*. Derimot kan dette pålegget også virke mot sin hensikt ved at kartleggingen av risiko kun gjennomføres for å tilfredsstille myndighetene og ikke fordi man ser nytteverdien av denne kartleggingen.

Internkontrollforskriften i helsetjenesten hadde et krav om at det skulle opprettes prosedyrer og retningslinjer for å overholde helseregelverket. At det går fire år før det regionale helseforetaket tar tak i dette og publiserer veilederen *Risikostyring i Helse Sør-Øst* kan i første omgang virke noe ansvarsløst, men helseforetaket var i 2008 svært ungt. Helse Øst RHF og Helse Sør RHF ble slått sammen i 2007 (Helse Sør-Øst RHF, 2008d). En publikasjon allerede året etter må derfor anses som positivt. Helse- og omsorgsdepartementet benytter sjansen til å forlange at helseforetaket allerede fra oppstart skal arbeide systematisk med risikoarbeidet

sitt. Pålegget er positivt med hensyn til det å bygge en kultur rundt risikotenkning i et nytt foretak.

Veilederen *Risikostyring i Helse Sør-Øst* var basert på SSØ sin veileder om *Risikostyring i staten – Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*. Helsedirektoratets veileder om *Hvordan holde orden* i eget hus, eller annen relevant helselovgivning var ikke nevnt i dette dokumentet, ref. kapittel 5.1.1. At Helse Sør-Øst RHF baserte sin risikostyring og risikovurdering på SSØ sin veileder kan nok forsvares, men at helselovgivning ikke var nevnt med et ord i denne veilederen er ikke i tråd med intensjonen i forskriften.

Internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4b sier helt tydelig at en skal sikre tilgang til lover og forskrifter som gjelder for virksomheten. I følge *Helsetilsynsloven* skal virksomheter som driver helsetjeneste planlegges, utføres og vedlikeholdes i henhold til fastsatte krav, ref. kapittel 2.2.1. Internkontrollforskriften er i så måte en hjelp som gir retningslinjer for hvordan man skal styre foretaket (Braut & Fintland, 2015, s. 206-207) for i neste omgang kunne være i henhold til *Helsetilsynsloven*. Ved å utføre kartlegginger og risikovurderinger som forskriften påpeker kan en få oversikt og kontroll over områder hvor det kan være fare for svikt eller avvik i forhold til regelverket. Ved bruk av en slik systematikk for å avdekke risiko vil en også være i tråd med krav satt i *Spesialisthelsetjenesteloven*, ref. kapittel 2.2.1. Dette fraværet av helsekrav i Helse Sør-Øst RHF sin første veileder reflekterte muligens hvordan kulturen og forståelsen til det regionale helseforetaket var i 2008 med hensyn til det å bruke internkontrollforskriften som et planleggings og styringsverktøy i helseforetakene. At helselovgivningen var fullstendig fraværende i veilederen kan også gjenspeile det faktum at det er en sammenheng mellom hvor langt beslutningstaker sitter fra den daglige drift og der farekilden faktisk er (Steiro, 2008, s. 214).

Internkontrollforskriften for helsetjenesten er utarbeidet på en funksjonell måte slik at det enkelte foretak selv må definere hvilke krav som er gjeldende, og på hvilken måte man mener at foretaket best mulig kan tilfredsstillere regler og forventninger. Som beskrevet i kapittel 2.2.1 skulle en både få oversikt over områder med fare for svikt og hvor en ikke var i henhold til regelverket. Det å identifisere risiko før en har definert kravene blir derfor vanskelig. Ekstra vanskelig blir det også når en vet at helsereguleringen anvender rettslige standarder som forsvarlighetsprinsippet. Forsvarlighetsprinsippet innebærer som beskrevet i kapittel 2.2.2 at det blir enda viktigere å dokumentere, som forskriften forlanger, hvor og hvorfor man på et gitt tidspunkt har identifisert et kritisk område eller avvik, og hvordan man på

kartleggingstidspunktet mente at risikoen skulle følges opp på en faglig forsvarlig måte. Det som ble definert som en risiko i går behøver nødvendigvis ikke være en risiko i dag, og tiltak som ble utført i en kritisk situasjon trenger heller ikke være riktig i en annen kritisk situasjon. Basert på Helse Sør-Øst RHF sitt «sørge for ansvar» som er beskrevet i kapittel 2.1.1 kunne en forventet at rammeverket i risikostyring som ble publisert i 2010 hadde reflektert disse viktige og grunnleggende elementene i helse- og internkontrollgivningingen, samt gitt føringer om hvordan man så for seg at de enkelte helseforetakene skulle videreføre prinsippene i sin styrende dokumentasjon.

Risikostyring i Helse Sør-Øst hadde flere anbefalinger som man både i 2008 og i dag kan stille spørsmål ved. Som eksempler kan nevnes at det var ledelsen som skulle gjennomføre risikovurderingene, men at brukere og tillitsvalgt kun ble anbefalt å bidra i prosessen, ref. kapittel 5.1.2. Ifølge arbeidsmiljøloven som presentert i kapittel 2.2.1, hadde ansatte også i 2008 krav på et forsvarlig arbeidsmiljø der farer og problemer skulle kartlegges, tiltak iverksettes følges opp, og vernetjenesten skulle bidra i prosessen. Viktigheten av de ansattes involvering ble også påpekt i *forskrift om Internkontroll i helsetjenesten* (Internkontrollforskrift i Helsetjenesten, 2002 §4d).

Et annet viktig prinsipp var at veilederen kun anbefalte å gjennomføre risikovurderinger i tidligfasen av et prosjekt. Hva som er bakgrunnen for denne anbefalingen sier veilederen ingen ting om, men ingen av de nevnte forskrifter begrenser det å kartlegge risiko til bare å omfatte tidligfasen. Derimot kan tidlig identifisering av risiko som Aven et al. påpeker i 2008, bidra til bedre designløsninger som enkelt kan endres på tegnestadiet. De samme forskerne påpeker også at det både er riktig og viktig å gjennomføre risikoanalyser i alle faser av et prosjekt. En siste, men ikke minst vesentlig anbefaling, i Helse Sør-Øst RHF sin veileder av 2008 var at kartleggingen av risiko skulle gjennomføres ved å utføre PEST og SWOT analyser. Helsedirektoratets veileder derimot, ref. kapittel 2.2.1 anbefaler at det utføres ROS analyser når risiko skal kartlegges. Som også tidligere beskrevet burde kravet basert på Helse Sør-Øst RHF sitt «sørge for ansvar» vært reflektert i Helse Sør-Øst RHF sin veileder.

Vinnem fikk som presentert i kapittel 5.1.3 stort sett tilsendt risikovurderinger fra tidligfase og rapporter etter tilsyn. Årsaken til dette kan som belyst i avsnittene over, blant annet ligge i forståelsen ledelsen i helseforetaket hadde på risiko i 2008. Det regionale helseforetaket hadde ikke kultur, eller forventning til, at ROS analyser skulle gjennomføres. Basert på Vinnems

funn om tilsendte tilsynsrapporter i stedet for ROS analyser er det grunn til å tro at risiko ble identifisert ved hjelp av tilsyn og avviksrappporter. En bekreftelse på at analyser ikke er vanlig å legge til grunn ved risikovurderinger finner man også i brevet Helse Sør-Øst RHF sender Helse- og omsorgsdepartementet, der en ved bruk av ordet risikovurdering i overskriften får inntrykk av at helseforetaket har gjennomført risikoanalyser. Brevet beskriver derimot det regionale helseforetakets vurdering om hvordan de har løst utfordringene med flytting, og konkluderer at «Ahus vil sette inn korrektive tiltak dersom dette er nødvendig, følge kvalitetsrapportering inklusive avvikshåndtering ...» (Helse Sør-Øst RHF, 2008a).

Risikovurdering nevnes ikke med ett ord. Det som er uventet i denne tilsynssaken er at Helsetilsynet i Oslo og Akershus ikke ba om å få tilsendt risikoanalyser som kunne bekrefte faglig forsvarlighet. I stedet lukker tilsynet saken ved å påpeke ansvaret om å følge opp internkontrollforskriften der de spesielt løfter fram paragraf fire bokstav f), g) og h) som omhandler kartlegging av risiko, utarbeiding av prosedyrer, overvåking og kontroll, ref. kapittel 5.1.3.

Helse- og omsorgsdepartementet derimot ser tydeligvis at det er mangler ved helseforetakenes forståelse av hva som ligger i plikten til internkontroll og hvordan dette ansvaret skal ivaretas. Departementet påpeker som beskrevet i kapittel 2.1.1 og 5.2.1 ansvaret i januar 2010 ved å vise til de regionale helseforetakenes «sørge for ansvar». Når Helse Sør-Øst RHF i desember samme år publiserer et nytt rammeverk for risikostyring *God virksomhetsstyring, Grunnlag for god pasientbehandling*, er det naturlig å tro at rammeverket har implementert departementets forståelse av «sørge for ansvaret». Ved å sette krav til at ROS analyser gjennomføres og at det legges føringer for hvordan man ser for seg at kravet kan utføres i de ulike helseforetakene, ref. kapittel 5.2.1, hadde Helse Sør-Øst ivarett sitt «sørge for ansvar». Men igjen hadde Helse Sør-Øst RHF produsert et rammeverk med funksjonelle retningslinjer som sannsynligvis gav liten nytteverdi for helseforetakene, og som ikke bidro til en enhetlig forståelse og rapportering av risiko slik styret i Helse Sør-Øst RHF ønsket. Rammeverket stiller krav til å identifisere risiko, men har latt være å definere hva det regionale helseforetaket mener med risiko, ref. kapittel 5.2.1. Den gamle veilederen fra 2008 derimot definerer risiko som et forhold mellom sannsynlighet og konsekvens. Prosedyren anvendt ved risikovurdering på Kalnes viser at denne definisjonen fortsatt henger igjen i foretaket, selv om praksis viser noe annet, slik drøftingen vil komme tilbake til i kapittel 6.2.

Helse Sør-Øst RHF har i sitt rammeverk om god virksomhetsstyring også overlatt ansvaret med å utvikle modeller for risikovurdering til det enkelte foretak og ROS analyser nevnes kun i et vedlegg som omhandler brevet fra Helse- og omsorgsdepartementet om de regionale helseforetakenes «sørge for ansvar». For å få en omforent forståelse og metodikk i det regionale helseforetakets risikovurderinger kan det være fornuftig å skjele til hvordan petroleumstilsynet har løst denne utfordringen i sitt regelverk. Styringsforskriftens §8 Interne krav, sier her at:

Den ansvarlige skal sette interne krav som konkretiserer krav i regelverket, og som bidrar til å nå målene for helse, miljø og sikkerhet, jf. § 7 om mål og strategier. Dersom de interne kravene uttrykkes funksjonelt, skal det settes kriterier for oppfylлинг. Operatøren skal sikre at det er samsvar mellom egne krav og mellom egne og andre deltakers krav. (Styringsforskriften, 2010 §8)

Kalnes utviklet i 2014 dokumentet *Risikovurdering, Beredskap, Kalnes* i forbindelse med flytting fra gammelt til nytt sykehus. Som beskrevet i kapittel 5.2.2. har sykehuset bygget dokumentet rundt de erfaringer som en satt igjen med etter flytteprosessen på Ahus, og som var nyttige å ta med seg for å unngå å gjøre de samme feilene som Ahus gjorde i 2008. Basert på dokumentet og *Plan for risikostyring*, utarbeidet Sykehuset Østfold en prosjektspesifikk prosedyre som skulle brukes både ved de overordnede risikoanalysene og ROS analysene i forbindelse med flytteprosessen, helt i tråd med internkontrollforskriften og helseforetakets «sørge for ansvar». Sykehuset planla dermed tidlig hvordan de kunne sikre at befolkningen i Østfold var sikret en faglig forsvarlig spesialisthelsetjeneste også under de ulike flytteprosessene, ref. kapittel 2.2.1 og 5.2.1.

Som belyst i kapittel 5.1.2 skal ifølge Vinnem også Ahus ha hatt en prosedyre for risikovurdering som inkluderte en mal for hvordan gjennomføre ROS analyser. Prosedyren viser at også Ahus har hatt forståelse for kravene som var satt i *forskrift om Internkontroll i helsetjenesten* og ikke minst i veilederen *Hvordan holde orden i eget hus* som anbefaler at ROS analyser anvendes når risiko skal identifiseres.

Kort oppsummering

Gjennomgangen av data, regelverkskrav og faglige prinsipper viser at begge sykehus har hatt klare krav og forventninger til å gjennomføre en faglig forsvarlig flytteprosess. Kravet til internkontroll, der blant annet kartlegging vurdering og oppfølging av risiko er en vesentlig del av regelverkskravet, har vært styrende for begge sykehus siden 1994. Også det rettslige

kravet om faglig forsvarlighet har vært gjeldende for begge sykehus. Skriftlige forventninger om å ha oversikt over mulig risiko i form av veiledninger og rammeverk fra Helse Sør-Øst RHF er det derimot kun Kalnes som har hatt. Helse Sør-Øst RHF sin veiledning ble publisert for seint til at den kunne ha noen innvirkning på Ahus sin flytteprosess. Føringene fra Helse Sør-Øst RHF har likevel vært så overordnede og funksjonelle at sykehusene i praksis har stått likt med tanke på hvordan sykehusene skulle løse kravet om internkontroll og risikovurdering og hvordan de skulle håndtere kravene målt opp mot faglig forsvarlighet. Begge sykehus har også hatt prosedyrer relatert til risikovurdering. Det mest positive med tanke på prosedyrer er likevel utviklingen og innholdet av prosedyren som Kalnes utviklet i forkant av flytteprosessen. Kalnes viser med sin prosedyre *Risikovurdering, Beredskap, Kalnes*, at de både har forstått og er villige til å lære av de feil og mangler som Ahus sin flytteprosess bar preg av.

6.2 Risikovurdering i praksis

Hvordan planleggingen av risikovurderingene på Ahus har vært gjennomført har en ikke klart å dokumentere. Derimot viser data at Kalnes i god tid før flytting planla å utføre fire ROS analyser i forkant av de ulike kliniske ibruktakelsene. I tråd med *NS 5814 Krav til risikovurderinger* var det både teoretisk og praktisk risikovurderingskompetanse i gruppen som hadde fått ansvar med å planlegge og gjennomføre analysene. De ansvarlige var alle fast ansatte ved Sykehuset Østfold HF eller ved Prosjekt Nytt Østfoldsykehus. Gruppen var som standarden anbefaler dermed godt kjent med de forhold som skulle analyseres og var i stand til å se hvordan de ulike fagområder kunne påvirke hverandre og utvikle risiko.

Som beskrevet i kapittel 5.2.2 publiserte Sykehuset Østfold HF i desember 2014 en retningslinje som skulle anvendes under ROS analysene, helt i henhold til *forskrift om Internkontroll i helsetjenesten §4g*. Gruppen som planla og fasiliterte ROS analysene besluttet likevel å gjennomføre analysene ved å fravike denne retningslinjen, de introduserte ny sannsynlighetsskala og nye konsekvensmatriser. Tilpasningen er ifølge Sagan (1993) i tråd med hvordan «High Reliability» organisasjoner tilpasser prosedyreverket sitt til enhver tid å passe til operasjonen som skal utføres. Men i denne sammenhengen betydde beslutningen at Sykehuset Østfold HF og Prosjekt Nytt Sykehus hadde to ulike sannsynlighetsskalaer og tre ulike konsekvensmatriser å forholde seg til. Et system som ble anvendt ved de overordnede risikoanalysene og et ved ROS analysene, samtidig som de ulike avdelingene på sykehuset

fortsatte å bruke matrisene som lå i det elektroniske systemet som også ble brukt i de overordnede risikovurderingene. En skulle tro dette både var en utfordring når de identifiserte risikoer skulle legges inn i de elektroniske risikoregister, når risikoen skulle diskuteres i kontakt- og AD møte og i de ulike styremøter. Det bryter også ifølge Sagan (1993) med «High Reliability» organisasjonenes forståelse om pålitelighet der en forventer at aktørene skal ha en ensartet respons i oppgaveløsningen.

Hos Ahus derimot har en ikke mottatt dokumentasjon som bekrefter at sykehuset har hatt egne sannsynlighets- og konsekvensskalaer. Vurdering av risiko synes å ha blitt utført ved å anvende den overordnede risikomatriksen presentert i Figur 9. Begreper som liten, moderat og stor er da blitt benyttet. Metoden er en fullt forsvarlig måte å beregne risiko på i henhold til *NS 5814 Krav til risikovurdering*. Aven (2012) og Braut (2016) derimot er svært kritiske til denne måten å beregne risiko. Begge hevder at ved å bruke trafikklysmodeller eller tradisjonelle risikomatriser, vil en undergrave usikkerheten knyttet til risikoen. Konklusjonen til de to forskerne løfter dermed fram spørsmålet om *NS 5814 Krav til risikovurdering* er moden for revisjon slik at den reflekterer de siste års forskning innenfor risiko.

Basert på styrende dokumentasjon må en anta at det var ledelsen ved begge sykehus som deltok på selve risikoanalysene. På Kalnes var det prosjektlederene for de enkelte fagområder som deltok, mens ROS analysene for Ahus ikke dokumenterer hvem og hvilken fagkompetanse som deltok. Som *NS 5814 Krav til risikovurderinger* påpeker er det nødvendig at gruppen som deltar på vurderingen har kjennskap til alle fag og eksponering for mulige farer og i hvilket omfang blant annet konsekvensen vil kunne gi. Aven et al. (2014) påpeker samtidig at deltakerne må kunne vurdere mulig utfall dersom en løsning ikke fungerer som tiltenkt og muligheten for at en slik hendelse faktisk kan skje. Kalnes løste denne utfordringen ved å bruke prosjektledelsen i analysene. Prosjektledelsen var ifølge respondent spesialister innenfor sine områder og var så erfarne at de ved sin modenhet og forståelse så hva som måtte gjøres ved den enkelte identifiserte risiko. Ifølge Vastveit et al. (2012) er denne ekspertisen nødvendig når en sitter på lite erfaringsdata slik tilfellet er i begge flytteprosessene. At denne type kompetanse var essensiell fikk Kalnes også bekreftet da de valgte å inkludere eksterne konsulenter for om mulig identifisere ukjent risiko. Inkluderingen av de eksterne konsulentene hadde som beskrevet i empirien liten nytteverdi i analysen.

I flytteprosessen hos Ahus er det derimot eksternt kompetanse og rapport som legges til grunn for beslutningen om at det er faglig forsvarlig å flytte inn i nytt sykehus. Pålitelighetskulturen i «High Reliability» organisasjoner legger opp til at det skal være en felles forståelse for hva som er akseptabelt og hvilke hendelser som vil være uakseptable. Basert på både Aven et al. (2014) og Vastveit et al. (2012) sin definisjon på ekspertise kan man stille spørsmål ved om ekspertisen som Ahus har lært seg mot har hatt den nødvendige forståelsen som «High Reliability» organisasjonene krever.

NS 5814 Krav til risikovurderinger beskriver at datakilder som analysene er basert på som for eksempel avviksrapporter eller erfaringer fra hendelser skal begrunnes og dokumenteres. Ved Kalnes ble risikoidentifisering gjennomført ved å konsentrere identifiseringen om allerede bestemte fokusområder. Fokusområdene var hentet og sammenstilt fra dokumentene *Samlet plan – planlegging og forberedelser til drift og Risikovurdering, Beredskap, Kalnes*. Sistnevnte dokument begrunner valg av fokusområder med erfaring fra Ahus. ROS analyserapportene dokumenterer derimot ikke om det har vært benyttet data fra lignende flytteprosesser eller erfaringsdata fra den ene kliniske i bruktakelsen til den andre. I intervjuene kom det likevel fram at det kun var fokusområdene som helt bevisst var anvendt i analysene da det var under disse områdene en så for seg at farer ville kunne oppstå.

Hvilke data ROS analysene fra Ahus ble bygget på har en ikke klart å dokumentere i denne oppgaven. Hadde derimot retningslinjen *Risikostyring i Helse Sør-Øst* vært tilgjengelig ved analysetidspunktet anbefalte den at risikoen skulle identifiseres ved å kartlegge områder der en mente det var fare for svikt eller hvor det var brudd på regelverket.

Basert på fokusområdene identifiserte analysedeltakerne ved Kalnes risikoer som kunne oppstå. Noen gikk inn i analyseskjemaet som ble presentert i empirien, helt i tråd med *NS 5814 Krav til risikovurderinger*. Andre derimot ble vurdert å ikke inkluderes i analysen. Årsaken til at enkelte risikoer ikke ble inkludert i analysen ble ikke dokumentert i selve risikoanalyserapporten. Ifølge *NS 5814 Krav til risikovurdering* skal årsaken til at en velger å ikke analysere risikoen videre begrunnes.

Som vist i Tabell 3 dokumenterte også Ahus sine risikoer inn i et analyseskjema, men en kan ikke her lese ut av ROS analyserapporten om enkelte identifiserte risikoer ble vurdert som ikke nødvendige å analysere videre.

Hverken Ahus eller Kalnes har inkludert årsaksforhold inn i sine analyseskjemaer. I intervjuer på Kalnes hevdes det at man stort sett kan lese årsaksforhold ved å se på tiltakene. Visste en ikke årsaken ble det ofte tiltaksansvarlig som fikk ansvaret med å finne ut hva som kunne være mulige årsaker til den identifiserte risikoen, ref. kapittel 5.2.3.B. For å kunne si noe om sannsynligheten for at en uønsket hendelse skal kunne oppstå må man ifølge *NS 5814 Krav til risikovurdering* mene noe om mulige årsaksforhold. Man må også ifølge Aven et al 2014 vurdere hvilke tekniske, menneskelige, organisatoriske forhold og ytre påvirkninger som må til for at en uønsket hendelse skal kunne inntreffe. Vastveit et al (2012), hevder at eksperter har en forståelse og modenhet for problemet slik at de helt intuitivt vet hva som må gjøres. Muligens er ekspertise blant analysedeltakerne og tiltaksansvarlig årsaken til at begge sykehus har valgt bort å inkludere årsaksforhold i analyseskjemaet.

Omfanget av konsekvensene er derimot viktige for Kalnes. Ifølge respondent var det konsekvensene av en mulig hendelse som ble diskutert da tiltak skulle defineres. Av den grunn har analyseskjemaet for den overordnede risikorapporten inkludert flere områder som skal konsekvensvurderes, ref. vedlegg 5, men en har samtidig valgt å inkludere de viktigste konsekvenser i risikobeskrivelsen. I ROS 1-4 har en derimot kun valgt å beskrive konsekvensene i risikobeskrivelsen. En slik beskrivelse finner vi også i Ahus sitt analyseskjema. At konsekvensene blir nøye vurdert er helt i henhold til *NS 5814 Krav til risikovurderinger*. Aven et al. (2008) hevder at ved å både analysere årsaks- og konsekvensforhold vil en få et felles risikobilde, og en vil kunne iverksette barrierer som både er sannsynlighetsreducerende, konsekvensreducerende og forebyggende. Ved å ikke fokusere på årsakene vil med andre ord ikke ledelsen få det totale risikobildet som er nødvendig for å kunne ta de beslutninger som ifølge *NS 5814 Krav til risikovurderinger* skal tas. Tiltakene vil også bli rettet mot konsekvensene i stedet for å prøve å redusere eller fjerne sannsynligheten for at hendelsen skal kunne oppstå. Men tar man utgangspunkt i det eksemplifiserte Bow-tie diagrammet i figur 6, og tiltakene som er satt inn i de ulike ROS analyser ved Kalnes, bekrefter empirien at tiltakene både er forebyggende, risikoreducerende og korrigerende. Dette kan igjen vise at sammensetningen av deltakere i analysene og i de ulike fora hvor risiko og tiltak er blitt diskutert har hatt den nødvendige ekspertisen og sammensetning av ulik ekspertise som Vastveit et al. (2012) og *NS 5814 Krav til risikovurderinger* påpeker.

Ahus sine tiltak derimot virker for en utenforstående svært overordnet, og det er vanskelig å plassere dem inn i det eksemplifiserte Bow-tie diagrammet. Vinnem hevder også at de ulike

planer som er studert heller ikke henger sammen med det overordnede risikobilde som han har fått innsyn i, ref. kapittel 5.1.3. Muligens er årsaken beslutningstakernes ekspertise, men som empirien beskriver sier de to ROS analysene ingenting om hvem som deltok eller hvilken kompetanse denne gruppen satt med.

NS 5814 Krav til risikovurdering belyser ikke problematikken rundt restrisiko. Men denne typen risiko kan knyttes opp mot ALARP begrepet som belyst i kapittel 5.1.4.

Prosjektpersonell ved Kalnes hevder at det ikke var mulig å iverksette alle identifiserte tiltak i forkant av flytting, men at tiltak ble løftet inn i beredskapsplaner. Konklusjonen forteller at man forut for flytting har hatt uakseptabel risiko som en ved hjelp av beredskapsplaner har klart å redusere til et nivå der ledelsen har ansett det som akseptabelt og forsvarlig å gjennomføre flytteprosessen. ROS analysene bekrefter også at man forut for flytting hadde restrisiko, med denne risikoen var behørig diskutert og akseptert hos ledelsen ved sykehuset. Ledelsens bevissthet rundt restrisiko og beredskapsplaner er helt i tråd med «High Reliability» organisasjoners filosofi om at pålitelighet og sikkerhet skal ha første prioritet hos ledelsen, ref. kapittel 3.1.

Hvilket forhold ledelsen ved Ahus har hatt til restrisiko har en ikke klart å besvare ut fra den dokumentasjon som er blitt gjennomgått.

Som presenter i empirien til Kalnes beskriver både prosedyrer og de ulike risikovurderingene at tiltak kun skulle iverksettes dersom risikoen kom ut i rød farge og at tiltak skulle vurderes dersom risikoen kom ut i gul farge. Sykehuset avvek konsekvent fra de interne kravene og brukte i stedet omfanget av konsekvensen som indikator for risiko og de tiltak som måtte iverksettes. Håndteringen viser at sykehuset nødvendigvis ikke anser risiko som et resultat av forholdet mellom sannsynlighet og konsekvens slik *NS 5814 Krav til risikovurderinger* og sykehusets interne prosedyre påpeker, men at risiko derimot handler om usikkerhet knyttet til alvorligheten av konsekvensene som Aven og Renn (2010) inkluderer i sin definisjon av risiko. Ledelsen ved sykehuset og i sykehusprosjektet er som empirien i kapittel 5.2.3.A påpeker klar over at ROS analysen kan gi et skjevt bilde av risiko. Bevisstheten rundt ROS metodikken underbygger Terje Avens påstand i 2012 om at ROS analysene er misvisende. Men de ulike respondentene hevder likevel at ROS analysene var et planleggingsverktøy der samtlige analyser var en del av beslutningsunderlaget for å kunne gjennomføre en faglig forsvarlig flytting. Aven et al. (2008) hevder at det er en forventning at ledelsen kjenner til de

risikoer og usikkerhet som eksisterer innenfor sitt område. Risiko som ble løftet i de overordnede risikovurderingene og i ROS analysene var risiko som ledelsen følte seg svært usikre på. Som respondentene selv beskriver det i kapittel 5.2.3.A, risiko forsvinner ikke selv om tiltak blir iverksatt, en er bare mer robust for å takle risikoen dersom den inntreffer. Med referanse til Weick et al. (1999) sin teori om mindfulness, fremstår sykehuset med slike uttalelser som en organisasjon med høy pålitelighet. De håndterer en epistemisk usikkerhet med robusthet og har sitt fokus rettet mot det som vil kunne skje under daglig drift. Ledelsen har heller ikke kultur for å fjerne identifisert risiko som kommer ut i grønn farge, men lar risikoen henge med i risikovurderingene. Begrunnelsen var at de ikke visste hvor mye som skulle til fra å gå fra grønn til rød risiko. Ny informasjon kan altså endre risikobilde, noe som også er i tråd med Braut (2016). Sykehuset bekrefter med dette sin usikkerhet og håndterer usikkerheten med å la den bli stående i risikoanalysen. De gjør ikke forenklinger ved å fjerne risiko fra risikovurderingene som man tilsynelatende synes å ha kontroll med, men har i stedet et vedvarende fokus på den epistemiske usikkerheten helt i tråd med Braut (2016) og Weick et al. (1999) sin mindfulness teori.

Uten å ha intervjuet relevant personell som var involvert i prosjektet på Ahus og med kun to overordnede risikovurderingsrapporter og Vinnems rapport om innflytting i nye Ahus tilgjengelig, blir datamaterialet noe marginalt til å kunne hevde at Ahus hadde samme fokus på konsekvenser og usikkerhet. Man kan likevel ut av den overordnede risikorapporten se at konsekvenser også har hatt fokus i vurderingene, ref. Tabell 3.

Både hos Ahus og Kalnes er det mye de samme risikoene som en finner i de ulike overordnede risikorapporter og i ROS analysene. Som Aven et al. (2008) påpeker kan risikovurdering der systemene er nokså like lett bli rutinepreget og det er ikke uvanlig å kopiere farelistene fra forrige analyse. Man kan lett gå seg blind på objektet som analyseres. Ledelsen ved Kalnes var klar over denne problematikken og valgte derfor, som presentert i kapittelet om forskningsdesign, å legge like mye vekt på begge metoder. Ved å benytte seg av begge vurderingene, oppnår de ifølge Weick et al. (1999) og Sagan (1993), pålitelighet. Ledelsen benytte seg da av mindfulness og redundans hvilket ifølge Sagan (1993) er helt vanlig i «High Reliability» organisasjoner. De overordnede risikovurderingene og ROS analysene ved Kalnes var også som beskrevet i kapittel 5.2.3.B. «levende» dokument hvor risiko, konsekvens og usikkerhet ble diskutert og justert ukentlig i kontakt- og AD møter. Men på tross av at det er mye de samme risikoene som går igjen i ROS 2-4 og i de

overordnede risikovurderingene, viser det ukentlige fokuset og høye prioriteten på risiko og sikkerhet på ekstrem pålitelighet, ref. Sagan (1999).

Analysedeltakerne og deltakerne i kontakt- og AD møtet velger å ha fullt fokus på risiko som er definert som grønn. Fokuset på risiko som i ROS analysen har kommet ut med akseptabel risiko, kan forklares med de perspektiv på usikkerhet som en finner i helsevesenet. Som respondent på Kalnes uttrykte er hverdagen preget av en usikkerhet der man blant annet ikke vet hva som møter en. Raske beslutninger som er avgjørende for utfallet av behandlingen er helt påkrevd og beslutninger må tas selv om en ikke vet om en har nok kunnskap hverken om pasient, skade eller sykdom. ref. kapittel 3.3. Samtidig kan eventuelle bivirkninger av tiltak komme både raskt og smygende. Som tidligere påpekt formulerer respondenter på Kalnes usikkerheten ved å si at de ikke vet hvor mye som skal til fra å gå fra grønn til rød risiko.

Det er vanskelig å hevde at ledelsen hos Ahus har hatt samme prioritet på pålitelighet og sikkerhet. Begrunnelsen for dette ligger i at:

- Dokumentasjonen Vinnem vurderte gav ikke et tilfredsstillende bilde av at ledelsen ved sykehuset hadde kontroll forut for flytting, ref. kapittel 1.1.
- Det er syv måneder mellom de to overordnede risikovurderingene en har fått innsyn i hos Ahus, ref. kapittel 5.1.3. Dette stemmer med Helse Sør-Øst RHF sitt krav om at risiko skulle rapporteres to ganger i året.
- Arkivene hos Ahus har ikke klart å fremskaffe flere ROS analyser etter februar 2008, ref. kapittel 5.1.3.
- Hverken Vinnem eller vi har klart å fremskaffe risikovurderinger som retter seg spesifikt mot flytteprosessen, ref. kapittel 5.1.3.

Helsedirektoratet anbefaler i sin veileder *Hvordan holde orden i eget hus* å anvende ROS analyser ved kartlegging av risiko. Kalnes velger å bruke Direktoratet for samfunnssikkerhet sin metodikk så langt den passer ved gjennomføring av sine ROS analyser. ROS metodikken er også vel utprøvd i petroleumsindustrien, og Norsok Standard S-002 arbeidsmiljø (Norsok Standard S-002, 2004) har inkludert metodikken som en metode for å kartlegge risiko i arbeidsmiljøet. Metoden er basert på ROS metodikken, men er likevel tilpasset industrien hvor den skal anvendes. Helse Sør-Øst RHF har verken utarbeidet en felles metodikk for

kartlegging av risiko eller matriser for vurdering av risiko. Det regionale helseforetaket begrunner beslutningen som presentert i kapittel 5.2.1 med at helseforetakene er egne juridiske enheter og at ansvaret for risikostyring derfor ligger hos styre i det enkelte foretak. Med referanse til Spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a, brev fra Helse- og omsorgsdepartementet om de regionale helseforetakenes «Sørge for ansvar» og erfaringer som Kalnes har gjort seg i ROS analyseprosessen, er spørsmålet om det ikke bør utarbeides en felles standard for gjennomføring av ROS analyser ved helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF bør i samarbeid med sine helseforetak utarbeide felles matriser for beregning av risiko der usikkerhet får det fokuset som er nødvendig for denne type virksomhet.

Som Helse- og omsorgsdepartementet påpeker og som presentert i kapittel 2.1.1, er det de ulike styrene på ulike nivå i det regionale helseforetaket som gjennom sitt «sørge for ansvar» skal følge opp at risikostyring gjennomføres som forventet. På tross av at referatene til styremøtene hos Sykehuset Østfold HF og styret i Helse Sør-Øst RHF ikke dokumenterer det store engasjementet for risiko knyttet til flytteprosessen, ref. Figur 12, hevder respondent at styret ved Sykehuset Østfold HF har vært svært engasjert. I styret har det vært gode diskusjoner rundt risiko i forbindelse med flytteprosessen, og det har vært bekymring rundt den «tunge» risikomatriksen som var knyttet til flyttingen. Men basert på risikokompetansen i styret og at sykehuset leverte i forhold til plan, vurderte styret det som unødvendig å justere tiltakene slik «sørge for ansvaret» gir dem hjemmel til. Beslutningen er helt i tråd med hvordan Sagan (1993) beskriver «High Reliability» organisasjoner. Styret viser ved å ha risiko på agendaen at dette har høy prioritet hos styremedlemmene. Organisasjoner som styres etter et «High Reliability» perspektiv hevder også at dersom man skal unngå ulykker må organisering og ledelse gjennomføres på en smart måte der desentraliseringen av beslutninger er en av hovedfaktorene for å nå målet. Selv om styremedlemmene ga uttrykk for bekymring over den «tunge» risikomatriksen lot de likevel beslutninger relatert til flytteprosessen forbli hos de aktørene som kjente fagområdet sitt best. Styremedlemmene til styret i Sykehuset Østfold HF viser dermed at de følger prinsippet om desentralisering av beslutninger selv om de med hjemmel i brevet fra Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende «sørge for ansvaret» kunne gått inn og korrigert det de opplevde som uforsvarlig.

Styret hos Ahus derimot har ifølge Vinnem ref. kapittel 5.1.4, kun vurdert risiko i generelle vendinger. De var i forkant av flytteprosessen informert om at det forelå kritiske forhold som kunne påvirke forsvarligheten av flyttingen, men det kan likevel ikke dokumenteres at styret

gikk inn og korrigererte forholdene. Nå kan det hevdes at også styremedlemmene valgte å gå for desentralisering av beslutninger slik «High Reliability» prinsippet legger opp til, men basert på dokumentasjonen som foreligger bekrefter ikke dokumentasjonen at sykehuset faktisk hadde kontroll med de kritiske forholdene. Dermed kan det diskuteres om risiko hadde den prioritet hos styremedlemmene som «High Reliability» prinsippet krever.

Beslutninger om risiko og tiltak relatert til risiko ble ved Kalnes stort sett tatt i kontakt- og AD møtet. I møtene deltok kun ledelsen. Den identifiserte risikoen i ROS analysene ref. vedlegg 14, 15 og 16 viste at kartlagt risiko ikke bare handlet om pasientens ve og vel, men også om de ansattes arbeidsmiljø. I henhold til både *arbeidsmiljøloven*, *internkontrollforskriften i helsetjenesten*, *forskrift om internkontroll* og *forskrift om organisering, ledelse og medvirkning*, skal arbeidstakerne eller deres representanter medvirke i arbeidet. Ved å for eksempel inkludere vernetjenesten i møtene ville de ansatte fått påvirke nivå av faglig forsvarlighet for pasientene og forsvarlighet i arbeidsmiljøet til de ansatte under selve flytteprosessen. Man kunne også hatt anledning til å enes om hva en kan forvente av de ansatte under en slik krevende arbeidsprosess som flytting er slik at også kravet i *helsepersonellovens* paragraf fire var debattert. AMU møter er et annet forum hvor ROS analysene med fordel kunne vært diskutert, ref. kapittel 7 i arbeidsmiljøloven.

Hvordan de ansatte har vært involvert i beslutninger relatert til risiko på Ahus har man ikke klart å dokumentere i denne oppgaven.

At representanter fra arbeidstakerne ikke har deltatt i de fora hvor beslutninger knyttet til risiko er tatt, ville muligens blitt fanget opp dersom internrevisjonen ref. kapittel 2.2.1 hadde gjennomført et tilsyn mot risikovurderingsprosessen. Flere myndigheter har utført tilsyn i forkant av flyttingen til Kalnes, men under intervjuene kom det fram at Helsetilsynet hadde vært mindre aktiv i forhold til andre myndighetstilsyn. Basert på helsetilsynsloven som er presentert i kapittel 2.2.1, har helsetilsynet kun mandat til å føre tilsyn med selve helse- og omsorgstjenesten. Tilsynet har dermed ikke hjemmel til å gå inn å før tilsyn i planleggingsprosesser og i risikovurderingsprosesser hvor det ikke utføres aktiv helsetjeneste. Men i det flytteprosessen er i gang og pasienter er på vei inn i nye lokaler kan helsetilsynet føre tilsyn og vurdere om risiko er kartlagt blant annet i forhold til de aktiviteter som skal gjennomføres ved for eksempel den enkelte avdeling. Ahus er et godt eksempel på hvordan helsetilsynet i etterkant av flytteprosessen førte tilsyn mot faglig forsvarlighet ved sykehuset,

ref. kapittel 2.1.2. I petroleumssektoren har helsetilsynet mandat til allerede på planleggingsstadiet av plattformbygging, myndighet til å gjennomføre tilsyn for å sikre at operatør har kartlagt risiko knyttet til helsemessig beredskap (Rammeforskriften, 2010§5, §6-c), g),§7).

Kort oppsummering

Gjennomgangen av data avslører at begge sykehus har gjennomført overordnede risikovurderinger. Dokumentasjonen viser at hos Kalnes innrapporteres identifisert risiko månedlig i et elektronisk system. Rapportert risiko ble i forkant av flyttingen diskutert ukentlig i ledelsesmøter. Hos Ahus derimot viser tilgjengelig dokumentasjon at overordnet risikovurdering kun ble utført to ganger i året. Kalnes gjennomførte fire ROS analyser før de ulike kliniske ibruktakelsene. Hos Ahus har en ikke klart å dokumentere at det er utført spesifikke ROS analyser i forkant av flytting, men en ekstern gjennomgang av planlagt flytting og ibruktakelse gav ledelsen nødvendig trygghet til å flytte. Begge sykehus har vært svært opptatt av konsekvensene identifisert risiko vil kunne gi. Ved Kalnes har all identifisert risiko som er løftet til ledelsesnivå fått konkrete tiltak. Noen tiltak er ifølge ledelsen satt inn i beredskapsplaner. Restrisiko har hatt full fokus hos ledelsen. Vernetjenesten har ikke vært inkludert i de ledelsesfora der identifisert risiko har vært diskutert. Hos Ahus virker tiltakene i de overordnede risikorapportene svært overordnet, og en har ikke klart å dokumentere hvordan restrisiko er blitt håndtert. Vernetjenestens involvering i fora hvor ledelsen diskuterte risiko, har en heller ikke klart å dokumentere.

6.3 Svar på forskningsspørsmål og refleksjoner

Hvilke krav må sykehuseier forholde seg til i en flytteprosess?

Krav i forhold til det å gjennomføre risikovurdering har begge sykehus hatt siden 1994. Da ble alle foretak via *Helsetilsynsloven* pålagt å etablere internkontrollsystem. Har man et krav om internkontroll så har man også et krav om å kartlegge, vurdere og følge opp risiko. Kravet om internkontroll og risikovurdering er senere både blitt inkludert og spisset i regelverk som *Spesialisthelsetjenesteloven*, *Forskrift om internkontroll i helsetjenesten*, *Arbeidsmiljøloven* med tilhørende *forskrift om internkontroll og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning*. Sistnevnte forskrift og kravet i *Spesialisthelsetjenesteloven* har kun vært gjeldende for Kalnes.

Helseforetakene er også pålagt rettslige krav som *Forsvarlighetsprinsippet*, og det regionale helseforetaket har ansvaret med å «*sørge for*» at helseforetakene blant annet gjennomfører risikovurdering.

På hvilken måte sikrer sykehuseier at kjente og ukjente trusler i forbindelse med flytteprosessen blir identifisert, fulgt opp og tiltak iverksatt?

Hos Ahus virker det som om den vanligste metoden for å kartlegge risiko har vært gjennom tilsyn, og at det er avvik mot regelverket som defineres som risiko. Sykehuset hadde prosedyre om risikovurdering, men den er ikke vurdert i denne oppgaven. Eksternt konsultentselskap er brukt til å verifisere om sykehuset har nødvendige planer og pågående aktiviteter for å kunne ta i bruk et nytt sykehus på en kontrollert måte. Ifølge Vinnem er ikke ukjente trusler vurdert.

Kalnes derimot har identifisert, fulgt opp og iverksatt tiltak ved å bruke ROS metodikk, og tilpasset metodikken slik at den passer sykehusets driftsmodell. Risikovurdering er forankret i både overordnet prosedyre og prosjektspesifikk prosedyre. For å sikre at de hadde full kontroll over alle trusler i forbindelse med flyttingen valgte sykehusledelsen å både støtte seg til den rullerende risikovurdering som vanligvis ble brukt ved sykehuset, samt at det ble gjennomført fire ROS analyser i forkant av hver kliniske ibruktakelse. Sykehuset hadde et bevisst forhold til ukjente trusler, men planlagt metode for å identifisere trusler fungerte ikke som forventet. Metoden var å inkludere eksterne konsulenter i analysen.

På hvilken måte påvirker den identifiserte risikoen de beslutninger som tas?

Risikoidentifisering hos Ahus har stort sett vært gjennomført via å opprette avvik. Avvikene er sannsynligvis blitt lukket etter hvert som de er identifisert og det er vanskelig å si hvordan risikoen har påvirket beslutninger. På den annen side er det grunn til å tro at identifisert risiko i de overordnede risikovurderingene må ha bidratt til at ledelsen valgte å etablere en beredskap som skulle håndtere eventuelle uforutsette trusler.

Identifisert risiko og risikovurdering har for ledelsen ved Kalnes vært et planleggingsverktøy. Den kartlagte risikoen er vurdert i en kost/nytte/konsekvens sammenheng og tiltak er iverksatt basert på denne vurderingen samt at analysene er blitt et underlag til de beslutninger som er tatt.

Hvilke vurderingsprosesser blir gjennomført for å kunne si noe om omfanget av de definerte truslene?

For Ahus har ikke gjennomgang av data klart å gi noe entydig svar på dette spørsmålet. En kan på bakgrunn av de to overordnede risikovurderingene se at det er blitt gjort endringer i risikomatrisen, men sykehuset har ikke hatt noen form for risikoakseptkriterier utenom de overordnede som ligger i selve risikomatrisen. Dermed blir det vanskelig å si hvordan vurderingsprosessene har vært.

For Kalnes derimot ble den identifiserte risiko vurdert allerede i ROS analysene. I analysene satt personell fra ulike fagdisipliner. Deretter ble den identifiserte risikoen ukentlig vurdert i to ulike ledelsesmøter. Omfanget av risikoen har vært svært viktig for ledelsen, slik at de ulike analysene er blitt brukt som «levende» dokument i vurderingsprosessene. Kritikaliteten på de ulike risikoer er blitt endret etter hvert som ny kunnskap og informasjon er blitt forelagt. Også styret ved Sykehuset Østfold HF har vært involvert i vurderingene. De ansatte derimot har kun deltatt via vernetjenesten under to ROS analyser.

I hvilke fora blir beslutninger relatert til risiko tatt?

Ved Ahus kan en ikke med sikkerhet si i hvilke fora beslutninger relatert til risiko er tatt, men tatt i betraktning veilederen som Helse Sør-Øst RHF publiserte i september 2008 vil en kunne anta at beslutningene er tatt på ledelsesnivå. Styret til Ahus har kun vurdert risiko i generelle vendinger.

På Kalnes er beslutninger relatert til risiko tatt på alle nivå i virksomheten. Risiko som er løftet inn i ROS analyser og i de overordnede risikovurderingene er av en så stor usikkerhet og kan få store konsekvenser dersom de slår til, at disse blir behandlet i Kontakt- og AD møtet. Styret til Sykehuset Østfold HF har holdt seg orientert om beslutningene uten å involvere seg i selve beslutningstakingen. Derimot har de hatt mandat til å endre på beslutningene dersom styret mente dette var nødvendig.

Hvordan håndteres restrisiko?

Empirien har ikke klart å dokumentere hvordan Ahus har håndtert restrisiko. På Kalnes har ledelsen hatt fullt fokus på restrisiko. Tiltak som har vært mulige å iverksette for å redusere risiko har vært implementert i forkant av flytting, andre tiltak er satt inn i beredskapsplaner

samtidig har ledelsen hatt ekstremt fokus på risikoen knyttet til disse tiltakene da de har vært svært usikre på om man hadde full kontroll på tross av tiltak.

6.4 Refleksjon over diverse funn

Funn dokumenterer at det tar lang tid å implementere nytt regelverk i helsetjenesten, i hvert fall dersom en legger Helse Sør-Øst RHF til grunn for denne påstanden. Helse- og omsorgsdepartementet legger i 2008 sterke føringer vedrørende risikostyring og internkontroll. Styret i Helse Sør-Øst RHF følger kravet opp med å publisere en veileder i risikostyring som er basert på SSØ sin veileder og ber om en enhetlig tilbakemelding på risikorapportering fra helseforetakene. Det er et overraskende funn at personer som er satt til å styre helseforetak ikke er oppmerksom på at helselovgivningen siden 1994 har gitt føringer om internkontroll og risikovurdering. Styremedlemmene burde hatt påsett og sikret at kravene ble reflektert i det nypubliserede dokumentet *Risikostyring i Helse Sør-Øst RHF*. Spesielt når det er Helse- og omsorgsdepartementet via oppdragsdokumentet som er bestiller og man vet at *Hvordan holde orden i eget hus* allerede ble publisert i 2004. Men at heller ikke Helse Sør-Øst RHF sin andre publikasjon som skal være førende med hensyn til risikovurdering reflekterer helsedirektoratets krav om å gjennomføre ROS analyser virker enda mer underlig. Når kunnskap om så grunnleggende elementer mangler hos ledelsen i helseforetaket, er det kanskje ikke så merkelig at det både tar tid og implementere regelverk, og å få helseforetakene til å anvende metodikk for kartlegging av risiko som anbefalt av Helsedirektoratet.

Å observere at Kalnes i sin flytteprosess har vært opptatt av å risikovurdere og at dette blant annet skyldes kompetanse og forståelse for risikostyring i både ledelsen av sykehuset og hos styret ved sykehuset er derfor spennende. Under arbeidet med datainnsamling har en ikke hatt anledning til å observere hvordan risikovurderingsprosessen har fungert på de ulike avdelinger i forbindelse med flytteprosessen. En anbefaling til seinere masteroppgaver måtte være å studere hvordan prosessen relatert til risikovurdering og analyse fungerer ved dette sykehuset i den daglige drift, og om holdningene og forståelse til risiko er reflektert gjennom hele linjen.

Utgangspunktet for å skrive oppgaven var ren nysgjerrighet. Risikoanalyse og risikovurdering er grunnleggende i petroleumstilsynets regelverk, men i hvilket omfang finnes krav til

risikovurdering i sykehus og hvordan ble eventuelle krav anvendt i praksis, da spesielt med fokus på flytteprosesser? Med lang erfaring fra petroleumsindustrien har dette vært en spennende og interessant problemstilling å sette seg inn i. Å oppdage at helsemyndighetene har større innflytelse og makt ved bygging av plattformer enn ved bygging av nye sykehus var i den forbindelse en stor overraskelse. Spesielt med tanke på de erfaringer som man satt igjen med etter innflyttingen av nye Ahus, gjorde fravær av ansvar og myndighet inntrykk. Med den kompleksiteten og raske utviklingen en finner i helsevesenet i dag ville en forventet at det var til alles fordel at Statens helsetilsyn tidlig var inne i planleggingsprosessen av nye sykehus for å sikre faglig forsvarlighet i vurderings- og beslutningsprosesser. Å undersøke hvilken gevinst det gir at helsetilsynet er tidlig inne i byggeprosjekt som ved plattformbygging måtte derfor være en interessant oppgave for fremtidige studenter. Om avstanden mellom Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet er for stor ville også vært en interessant problemstilling for seinere forskning, for en må jo kunne anta at Statens helsetilsyn har gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet om begrensningen i regelverket.

7 Konklusjon

Sammenligningen av de to sykehusenes flytteprosesser viser at risikovurdering i svært stor grad kan bidra til faglig forsvarlig flytting fra gammelt til nytt sykehus. Men for at risikovurderingen skal ha optimal effekt som planleggingsverktøy og som beslutningsunderlag er det nødvendig med både risikovurderingskompetanse og ledelsesforankring. For å få en enhetlig forståelse og vurdering av risiko i de ulike prosjekt og helseforetak, er det viktig med et felles styringsverktøy som er mer detaljert enn det som eksisterer i Helse Sør-Øst RHF i dag. Funnene i empirien er ikke generaliserbare da oppgaven kun omhandler situasjonen i to helseforetak som tilhører samme regionale helseforetak. Men dersom lignende flytteprosess skal gjennomføres ved andre helseforetak bør det tilhørende regionale helseforetaket i kraft av sitt «sørge for ansvar» sikre at de overordnede styringssystemer relatert til risikovurdering både er i tråd med helselovgivningen, er så detaljerte at de har nytteverdi for planlegging og gjennomføring av risikovurderinger og gir føringer om på hvilket nivå en skal legge akseptabel risiko.

Gjennomgangen av data viser også at det ikke alltid er hensiktsmessig å kopiere risikovurderingsmetoder og erfaring fra andre industrier og virksomheter. Risikokulturen i et helseforetak er preget av usikkerhet som også gjenspeiles i måten Kalnes har løst det å få et

felles risikobilde og hvordan risikovurderingen er gjennomført i praksis. Ved utarbeiding av styringsdokumentasjon relatert til risikovurdering bør det tas hensyn til de erfaringer som er gjort ved Kalnes spesielt i måten ledelsen har håndtert usikkerhet. På tross av at prosedyrer legger opp til en kalkulering av risiko som et forhold mellom sannsynlighet og konsekvens der resultatet synliggjøres i form av farger og risikomatriser, velger ledelsen uansett kritikalitet å iverksette tiltak samt å gi identifisert risiko et kontinuerlig fokus. Regelverket og respondenters tilbakemelding burde være grunn nok til også å inkludere vernetjenesten i disse beslutningene. Basert på Kalnes sine erfaringer og de siste års forskning om bruk av risikomatriser hvor en anvender trafikklysmodellen, burde også Norsk Standard vurdere å oppdatere sin standard *NS-5814 Krav til risikovurderinger*.

Fra Ahus sin flytting i 2008 til Kalnes sin flytting i 2015 er det gått syv år. Basert på sammenligningen som er gjort av sykehusene har det skjedd en positiv utvikling med hensyn til å gjennomføre risikovurdering, og ved å bruke vurderingene som et beslutningsunderlag i planleggingen av flytting. Den positive utviklingen synes blant annet å være et resultat av et fokus som har startet helt fra departementsnivå, men for Kalnes sitt vedkommende et ønske om å ikke gjenta de samme feilene som ble begått på Ahus. Sykehusledelsen valgte å arbeide med erfaringene og betraktningene Vinnem gjorde seg i sin rapport om *Innflyttingen i nye Ahus* og utarbeidet sin egen filosofi og plan for hvordan risikovurdering relatert til flytteprosessen skulle foregå, *Risiko, Beredskap, Kalnes*. Selv om det ble utarbeidet prosjektspesifikk prosedyre relatert til risikovurdering gjenspeiles likevel mye av ideene i dokumentet i risikovurderingsprosessene som er utført på Kalnes.

Det virker derimot ikke som hverken Helse Sør-Øst RHF eller myndighetene har tatt inn over seg de samme erfaringene. Hadde de nevnte aktører benyttet seg av erfart kunnskap ville en både hatt et regelverk som la til rette for tilsyn der det planlegges helsetjeneste, og Helse Sør-Øst RHF ville hatt styringssystem innenfor risikovurdering som bidro til en brukervennlig og enhetlig risikovurdering. Ved hjelp av et tilrettelagt regelverk og brukervennlige styringssystemer ville både interne og eksterne tilsyn med ansvar innenfor helse- og omsorgstjenesten kunne gjennomføre tilsyn mot de prosesser, i dette tilfellet risikovurderingsprosesser, som sikrer at blant annet sykehus planlegges, bygges, flyttes til og tas i bruk i henhold til relevant helselovgivning og faglige standarder.

8 Litteraturliste

- Ahus/Nye Ahus. (2008a). *Samlet plan nivå 1 - overordnet*. (A-1000-Z-CP-0019). Akershus Universitetssykehus.
- Ahus/Nye Ahus. (2008b). *Samlet plan nivå 2 - hovedaktiviteter*. (A-1000Z-CP-0020). Akershus Universitetssykehus.
- Ahus/Nye Ahus. (2008c). *Samlet plan nivå 3 - detaljert*. (A-1000-Z-CP-0021). Akershus Universitetssykehus.
- Akershus Universitetssykehus. Om oss Lastet, 2017, 23.02, fra <https://www.ahus.no/om-oss>
- Albaran As. (2008). *Ahus, forberedelse til å ta i bruk nytt sykehus, status på oppfølging av tidligere anbefalinger* Helse Sør-Øst. Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2008/022-2008%20Vedlegg%20-%20Ekstern%20gjennomgang%20AHUS%20Sluttrapport%202%20til%20HS-%C3%98%20endelig%2002%2003%202008.pdf>.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.
- Aven, T. (2012, 20.08.). Risikotenkningen er fullstendig foreldet, *Stavanger Aftenblad*. Lastet ned fra <http://www.aftenbladet.no/meninger/Risikotenkningen-er-fullstendig-foreldet-441977b.html>
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H. & Sandve, K. (2014). *Samfunnssikkerhet* (6. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aven, T. & Krohn, B. S. (2013). A new perspective on how to understand, assess and manage risk and the unforeseen. *Reliability Engineering and System Safety*, 121, 1-10. doi: 10.1016/j.ress.2013.07.005
- Aven, T. & Renn, O. (2010). *Risk management and governance: Concepts, guidelines and applications* (vol. 16). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Aven, T., Wiencke, H. S. & Røed, W. (2008). *Risikoanalyse : Prinsipper og metoder, med anvendelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Blaikie, N. (2010). *Designing social research : The logic of anticipation* (2nd ed. utg.). Cambridge: Polity Press.
- Boe, E. (2010). *Innføring i juss : Juridisk tenkning og rettskildelære* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Braut, G. S. (2016). Risikoforståing som utfordring for forvaltninga IR. Førde, M. Kjelland & U. stridbeck (red.), *Cand.Mag., cand.Med., cand.Jur., cand.Alt : Festskrift til aslak syse 70 år* (s. 101-113). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Braut, G. S. & Fintland, I. (2015). Kapittel 16, tilsyn og endring. I P. Lindøe, J. Kringen & G. S. braut (red.), *Risiko og tilsyn: Risikostyring og rettslig regulering* (s. 302-307). Oslo: Universitetsforlaget.

- Duffy K., Pearson A. & Water M. (2002). Moving a hospital - a once in a lifetime experience. *Australian Health Review*, 25 (2), 155-161.
- Engen, O. A., Kruke, B. I., Lindøe, P., Olsen, K. H., Olsen, O. E. & Pettersen, K. A. (2016). *Perspektiver på samfunnsikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Forskrift Om Ledelse Og Kvalitetsforbedring I Helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Lastet ned fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring).
- Forskrift Om Organisering Ledelse Og Medvirkning. (2011). *Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2011-12-06-1355>.
- Fredriksen, R. & Gimmingsrud, J. (2015). Ny teknologi skremmer eldre sykepleiere, *NRK*. Lastet ned fra <https://www.nrk.no/ostfold/ny-teknologi-skremmer-eldre-sykepleiere-1.12426870>
- Gomnæs, H. & Drageset, R. (2015, 26.10.). Sykehus-norges største flyttelass. Lastet ned fra <https://www.nrk.no/ostfold/sykehus-norges-storste-flyttelass-1.12622470>
- Haugland, A. (2015). Kapittel 9, bruk av funksjonsbasert regelverk og rettslige standarder. I P. Lindøe, J. Kringen & G. S. Braut (red.), *Risiko og tilsyn : Risikostyring og rettslig regulering* (2. utg. utg., s. 184-201). Oslo: Universitetsforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008a). *Oppdragsdokument helse sør-øst rhf*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument-helse-sor-ost.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008b). *Protokoll fra foretaksmøte i helse sør-øst rhf 24.1.2008*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/foretaksmoeter-2008/protokoll-sorost-240108-kl.-0945.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Påminnelse om helseforetakenes plikter etter helselovgivningen og de regionale helseforetakenes "sørge for ansvar"*. (201000440). Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/brev-til-helseforetakene.pdf?id=2104983>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Veileder - styrearbeid i regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/26d303c0383c4c038d8c6d2873872dbb/styrearbeidiregionalehelseforetak2016.pdf>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Helse Stavanger HF. (2015a). *Styresak 101/15 prosjekt sykehusutbygging*. Stavanger Universitetssjukehus Helse Stavanger Lastet ned fra <https://helsestavanger.no/seksjon/Styret/Documents/2015/27.11.2015/Styresak%20101-15%20Prosjekt%20sykehusutbygging.pdf>.

- Helse Stavanger HF. (2015b). Sykehusutbygging helse stavanger HF, konseptrapport til høring Lastet ned fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/Styret/Documents/2015/27.11.2015/Styresak%20101-15%20Vedlegg%201%20Konseptvalg rapport.pdf>
- Helse Stavanger HF (2016.07.04). Prosjektorganisering Lastet, 2016, fra <https://helse-stavanger.no/om-oss/sus2023/forprosjektfase/prosjektorganisering>
- Helse Sør-Øst RHF. (2008a). *Innflytting i nye ahus - orintering om status og risikovurdering*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF.
- Helse Sør-Øst RHF. (2008b). *Protokoll fra foretaksmøte i akershus universitetssykehus HF 5.2.2008*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF Lastet ned fra http://hsorhf.prod.fpl.nhn.no/omoss_/avdelinger_/styre-og-eieroppfolging_/foretaksmoter-med-hf/Documents/Foretaksm%C3%B8ter%202008/20080205%200915%20Protokoll%20Akershus%20universitetssykehus%20HF%20uten%20underskrift.pdf.
- Helse Sør-Øst RHF. (2008c). Risikostyring i helse sør-øst Vol. 3.1 pr 070808. *En veileder for arbeidet med risikostyring i Helse Sør-Øst*. Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2008/083-2008%20Vedlegg%20-%20Rapport%20risikostyring%20i%20Helse%20S%C3%B8r-%C3%98st%2026%2008%2008.pdf>
- Helse Sør-Øst RHF. (2008d). *Sak nr 083-2008 arbeidet med risikovurdering og risikostyring i helse sør-øst –status og rapportering til helse- og omsorgsdepartementet pr 2. Tertial*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF. Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2008/083-2008%20Arbeidet%20med%20risikovurdering%20%20tertialet%202008.pdf>.
- Helse Sør-Øst RHF. (2008e). *Sak nr 089-2008 godkjenning av protokoll fra styremøte 4. September 2008*. Helse Sør-Øst. Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2008/083-2008%20Arbeidet%20med%20risikovurdering%20%20tertialet%202008.pdf>.
- Helse Sør-Øst RHF. (2008f). *Sak nr.029-2008, godkjenning av protokoll fra styremøte 10. Mars 2008*. Hamar: Helse Sør-Øst RHF. Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2008/029-2008%20Protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2020080310.pdf>.
- Helse Sør-Øst RHF. (2008g). *Sak nr. 022-2008, Akershus Universitetssykehus (Ahus)-forberedelse til å ta i bruk nytt sykehus, ekstern prosjektgjennomgang. Rapport*. Helse Sør-Øst RHF. Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2008/022-2008%20Ekstern%20gjennomgang%20AHUS.pdf>.
- Helse Sør-Øst RHF. (2010a). *God virksomhetsstyring grunnlag for god pasientbehandling rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, i helse sør-øst*. Hamar: Helse Sør-Øst RHF. Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Oppdragsdokument%20til%20HF/2011/Oppdrag%20og%20bestilling%202011%20-%20Vedlegg%201%20God%20virksomhetsstyring.pdf>.
- Helse Sør-Øst RHF. (2010b). *Sak nr. 016-2010, god virksomhetsstyring og internkontroll i Helse Sør-Øst* Hamar: Bente Mikkelsen Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2010/016-2010%20Saksframlegg%20-%20God%20virksomhetsstyring%20i%20Helse%20S%C3%B8r-%C3%98st.pdf>.

- Helse Sør-Øst RHF. (2015a). *Sak nr. 014-2015, 12.03.2015, vedlegg tertialrapport 3. Tertial 2014 for Prosjekt Nytt Østfoldsykehus*. Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2015/20150312/014-2015%20Vedlegg%20-%20Tertialrapport%203.%20tertia%202014.pdf>.
- Helse Sør-Øst RHF. (2015b). *Sak nr. 039-2015, 18.06.2015, vedlegg tertialrapport 1. Tertial 2015 for Prosjekt Nytt Østfoldsykehus*. Lastet ned fra Sak nr. 039-2015, 18.06.2015, Tertialrapport 1. tertial 2015 for Prosjekt Nytt Østfoldsykehus.
- Helse Sør-Øst RHF. (2015c). *Sak nr. 062-2015, 22.10.2015, vedlegg tertialrapport andre tertial 2015 for Prosjekt Nytt Østfoldsykehus*. Hamar: Lastet ned fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2015/20151022/062-2015%20Vedlegg%20-%20PN%C3%98%20Tertialrapport%202.%20tertia%202015.pdf>.
- Helse Sør-Øst RHF. (2017a, 15.02.). Det regionale helseforetakets rolle. Lastet, fra <https://www.helse-sorost.no/om-oss>
- Helse Sør-Øst RHF. (2017b, 30.03.). Foretaksmøter med HF. Lastet, fra <https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/hva-gjor-vi>
- Helsedirektoratet. (2012). Helsepersonelloven med kommentarer Vol. IS-8/2012.
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven)*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2001-06-15-93>.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Helsetilsynet i Oslo Og Akershus. (2008a). *Avslutning av sak vedrørende faglig forsvarlig drift ved "Nye" Akershus Universitetssykehus*. Oslo: Helsetilsynet i Oslo og Akershus.
- Helsetilsynet i Oslo Og Akershus. (2008b). *Tilsynssak - Akershus Univeristetssykehus HF*. Helsetilsynet i Oslo og Akershus,.
- Helsetilsynsloven. (1984). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15?q=helsetilsynsloven>.
- Hvordan holde orden i eget hus. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus, internkontroll i helse- og sosialtjenesten*. Lastet ned fra <https://rokildeush.files.wordpress.com/2011/03/hvordan-holde-orden-i-eget-hus-internkontroll.pdf>.
- Internkontrollforskrift i helsetjenesten. (2002). *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/pro/SFO/forskrift/2002-12-20-1731>.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Javed, M. (2008, 06.11). Ahus åpnet offisielt i dag, *NRK*. Lastet ned fra <https://www.nrk.no/ostlandssendingen/ahus-apnet-offisielt-idag-1.6298313>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lundgaard, H. (2004, 02.02.). Byggestart for nye ahus, *Aftenposten*. Lastet ned fra <http://www.aftenposten.no/norge/Byggestart-for-nye-Ahus-522161b.html>
- Lundgaard, H. (2007, 09.05). Sykehus med snev av science fiction, *Aftenposten*. Lastet ned fra <http://www.aftenposten.no/osloby/Sykehus-med-et-snev-av-science-fiction-354869b.html>
- Lundh, F. (2008, 13.10). Situasjonen på ahus er alvorlig, *Verdens Gang*. Lastet ned fra <http://www.vg.no/forbruker/helse/helse-og-medisin/situasjonen-paa-ahus-er-alvorlig/a/527266/>
- Mikalsen, S. (2015a, 12.11). Akuttmottaket får flere venteplasser, *Sarpsborg Arbeiderblad*. Lastet ned fra <https://www.sa.no/sykehuset-ostfold/kalnes/helse/akuttmottaket-far-flere-venteplasser/s/5-46-130131>
- Mikalsen, S. (2015b, 05.12). Sykepleierforbundet: -de ansatte på kalnes sykehus er slitne, *Moss Avis*. Lastet ned fra <https://www.moss-avis.no/nyheter/ostfold/sykehuset-ostfold/sykepleierforbundet-de-ansatte-pa-kalnes-sykehus-er-slitne/s/5-67-191637>
- Mikalsen, S. (2015c, 08.15). Ønsker dine innspill, *Sarpsborg Arbeiderblad*. Lastet ned fra <https://www.sa.no/nyhet/helse/sykehuset-ostfold/onsker-dine-innspill/s/5-46-128640>
- NOU 2015:11. (2015). Med åpne kort : Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene ; utredning fra et utvalg oppnevnt ved kgl. Res. 21. Juni 2013 og endret november 2013 og august 2014. Avgitt til helse- og omsorgsministren 2. November 2015 Vol. NOU 2015:11.
- NS-ISO 31000:2009. (2010). *Risikostyring : Prinsipper og retningslinjer = risk management : Principles and guidelines* (vol. NS-ISO 31000:2009). Lysaker: Standard Norge.
- NS 5814:2008. (2008). *Krav til risikovurderinger* Oslo: Standard Norge.
- NTB. (2009a, 11.01.). Gransker fem dødsfall på nye ahus, *TV2*. Lastet ned fra <http://www.tv2.no/a/2502930/>
- NTB. (2009b, 11.01). Gransker fem dødsfall på nye ahus, *Verdens Gang*. Lastet ned fra <http://www.vg.no/forbruker/helse/helse-og-medisin/gransker-fem-doedsfall-paa-nye-ahus/a/550189/>
- Olsen, K. H. (2014). Granskingsintervjuet og vitners troverdighet, upublisert manuskript. *Universitetet i Stavanger*.
- Ose, V. & Olsen, L. (2015, 30.11.). Nå er norges nyeste sykehus offisielt åpnet, *NRK*. Lastet ned fra <https://www.nrk.no/ostfold/na-er-norges-nyeste-sykehus-offisielt-apnet-1.12679663>

- Prosjekt Nytt Østfold Sykehus. (2012). *Samlet plan – planlegging og forberedelser til drift*. Prosjekt nytt Østfold sykehus: Helse Sør-Øst.
- Rammeforskriften. (2010). *Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg* Arbeids- og sosialdepartementet Lastet ned fra <https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2010-02-12-158>.
- Rausand, M. & Utne, I. B. (2009). *Risikoanalyse : Teori og metoder*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Regjeringen. (2014, 24.11.). De regionale helseforetakene Lastet, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>
- Renn, O. (2008). *Risk governance : Coping with uncertainty in a complex world*. London: Earthscan.
- Sagan, S. D. (1993). *The limits of safety: Organizations, accidents and nuclear weapons*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Skipphamm, S. S. (2017, 09.02.). Høie uenig med legene, *Verdens Gang*. Lastet ned fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/sykehus-norge/hoeie-uenig-med-legene/a/23917207/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*: Lastet ned fra <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-61?searchResultContext=3905>.
- Statens helsetilsyn. (2010). *Sakkyndig vurdering av styringsdokumentasjon*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Steiro, T. (2008). Kapittel 14, er eierne opptatt av sikkerhet? I R. K. Tinmannsvik & H. M. S. p. E.-o.-. teknologi (red.), *Robust arbeidspraksis : Hvorfor skjer det ikke flere ulykker på sokkelen?* (s. 233-245). Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Styringsforskriften. (2010). *Forskrift om styring og opplysningsplikt i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-04-29-611?q=styringsforskriften>.
- Styringsgruppen Akershus Universitetssykehus. (2007). *Oppdatert risikovurdering prosjekt nytt sykehus, 27. Juni 2007*. Akershus Universitetssykehus HF,.
- Styringsgruppen Akershus Universitetssykehus. (2008). *Oppdatert risikovurdering prosjekt nytt sykehus, 6. Februar 2008*. Akershus Universitetssykehus HF.
- Sykehuset Østfold HF. (2014a). *Protokoll fra styremøte 16.6.2014*. Fredrikstad: Lastet ned fra http://so.prod.fpl.nhn.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2014/16.%20juni%202014/Forh%C3%A5ndsgodkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%20i%20S%C3%98%2016.%20juni%202014.pdf.
- Sykehuset Østfold HF. (2014b). *Retningslinjer risikovurdering i samlet plan sø*. Sykehuset Østfold: Helse Sør-Øst.

- Sykehuset Østfold HF. (2014c). *Styremøte 24. Februar 2014, sak 11-14, plan for risikovurderinger - kalnes*. Fredrikstad: Lastet ned fra http://so.prod.fpl.nhn.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2014/24.%20februar%202014/Sak%2011-14%20Plan%20for%20risikovurderinger%20Kalnes.pdf.
- Sykehuset Østfold HF. (2014d). *Styremøte 24. Februar 2014, sak 11-14, vedlegg 2, risikovurdering, beredskap, kalnes*. Sykehuset Østfold HF Lastet ned fra http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter_/SHF/Sak%2011-14%20Vedlegg2%20Plan%20for%20risikovurderinger%20Kalnes.pdf#search=11%20D14.
- Sykehuset Østfold HF. (2015a). *Overordnet risikorapport for SØ, mai 2015*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold HF.
- Sykehuset Østfold. (2015b). *ROS 1 for KIB 1 med PNØ og SØ*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold HF.
- Sykehuset Østfold HF. (2015c). *ROS 2 for KIB 1,5 og KIB 2 med PNØ og SØ v5*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold HF.
- Sykehuset Østfold HF. (2015d). *ROS 3 for KIB 1,5 og KIB 2 med PNØ, SØ, SA og SP v10*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold HF.
- Sykehuset Østfold HF. (2015e). *ROS 4 til KIB 2 med PNØ, SA, SP og SØ v14*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold HF.
- Sykehuset Østfold HF. (2015f). *Styremøte 12. Oktober 2015, sak 65-15, ROS-analyse samlet plan felles for Prosjekt Nytt Østfoldsykehus, Sykehuset Østfold, Sykehusapoteket og Sykehuspartner september 2015*. Fredrikstad: Lastet ned fra http://so.prod.fpl.nhn.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2015/2015-10-12/Sak%2065-15%20ROS-analyse%20samlet%20plan%20felles%20for%20PN%C3%98,%20S%C3%98,%20SP%20og%20SA%20september%202015.pdf.
- Sykehuset Østfold HF. (2015g). *Styremøte 14. September 2015, sak 54-15, vedlegg overordnet risikorapport for SØ, august 2015*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold Lastet ned fra http://so.prod.fpl.nhn.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2015/2015-09-14/Sak%2054-15%20Vedlegg%20Overordnet%20risikorapport%20for%20S%C3%98%20august%202015.pdf.
- Sykehuset Østfold HF. (2015h). *Styremøte 14. September 2015, sak 55-15, ROS-analyse samlet plan felles for PNØ og SØ per august 2015*. Fredrikstad: Lastet ned fra http://so.prod.fpl.nhn.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2015/2015-09-14/Sak%2055-15%20ROS-analyse%20samlet%20plan%20felles%20for%20PN%C3%98%20og%20S%C3%98%20per%20august%202015.pdf.
- Sykehuset Østfold HF. (2015i). *Styremøte 14. September 2015, sak 55-15, vedlegg ROS-analyse samlet plan felles for PNØ og SØ per august 2015*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold HF. Lastet ned fra http://so.prod.fpl.nhn.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2015/2015-09-14/Sak%2055-15%20Vedlegg%20ROS-analyse%20samlet%20plan%20felles%20for%20PN%C3%98%20og%20S%C3%98%20per%20august%202015.pdf.

- Sykehuset Østfold HF. (2015j). *Styremøte 23. November 2015, sak 69-15, overordnet risikorapport for sø, november 2015*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold HF. Lastet ned fra http://so.prod.fpl.nhn.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2015/2015-11-23/Sak%2069-15%20Overordnet%20risikorapport%20for%20S%C3%98%20november%202015.pdf.
- Sykehuset Østfold HF. (2015k). *Styremøte 23. November 2015, sak 69-15, vedlegg overordnet risikorapport for sø, november 2015*. Sarpsborg: Sykehuset Østfold HF. Lastet ned fra http://so.prod.fpl.nhn.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2015/2015-11-23/Sak%2069-15%20Vedlegg%20Overordnet%20risikorapport%20for%20S%C3%98%20november%202015.pdf.
- Sykehuset Østfold HF. (2016). *Sluttrapport organisasjonsutviklingsprosjektet (ou) SØ 2015*. Sykehuset Østfold HF.
- Sykehuspartner. (2017, 10.05.). Om oss Lastet, fra <https://sykehuspartner.no/om-oss>
- Vastveit, K. R., Njå, O., Braut, G. S. & Holte, M. R. (2012). A discussion on expert judgments in national risk analyses (s. 1407-1415). Boca Raton, Fla.: CRC Press, cop. 2012.
- Vinnem J.E., Haugen S., Vollen F. & Grefstad J.E. (2006). Alarp prosesser. Gjennomgang og drøftinger av erfaringer og utfordringer. Lastet ned fra <http://www.ptil.no/getfile.php/131344/z%20Konvertert/Helse%2C%20milj%C3%B8%20og%20sikkerhet/Sikkerhet%20og%20arbeidsmilj%C3%B8/Dokumenter/alarpprosesserendelig.pdf>
- Vinnem, J. E. (2010). *Innflytting i nye Ahus*, Statens helsetilsyn. Lastet ned fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/brevuttalelser/2010_innflytting_nye_ahus_rapport.pdf.
- Vol. 200473-03. *Gjennomgang og vurdering av styringsdokumentasjon* Lastet ned fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/brevuttalelser/2010_innflytting_nye_ahus_rapport.pdf
- Våler Kommune. (2015). Sykehuset østfold tar i bruk nytt sykehusbygg på kalnes Lastet, 2017, 13.02, fra www.valer-of.kommune.no/www/valer/resource...kalnes/.../aapning_soe_kalnes.pdf
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M. & Obstfelder, D. (1999). Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness. *Research in Organizational Behavior*, 21, 81-123.

9 Vedlegg

Vedlegg 1, Dokumentasjon for risikovurderingsrapport.....	1
Vedlegg 2, Fokusområder for ROS analyser ved Kalnes.....	2
Vedlegg 3, Sannsynlighetsskala for overordnet risikorapport	3
Vedlegg 4, Konsekvensskala for overordnet risikorapport	4
Vedlegg 5, Skjema for identifisering av risiko – overordnet risikovurdering,	6
Vedlegg 6, Sannsynlighet- og konsekvensskala for ROS 1, 2, 3 og 4.....	7
Vedlegg 7, Etterspurt dokumentasjon hos Statens helsetilsyn.....	9
Vedlegg 8, Etterspurt dokumentasjon hos Kalnes	13
Vedlegg 9, Gjennomgått dokumentasjon – Ahus.....	15
Vedlegg 10, Gjennomgått dokumentasjon - Kalnes.....	18
Vedlegg 11, Gjennomgått dokumentasjon - Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.....	22
Vedlegg 12, Fokus ved dokumentgjennomgang	29
Vedlegg 13, Intervjuguide.....	30
Vedlegg 14, ROS 1 – Risikofaktorer, basert på (Sykehuset Østfold, 2015b)	38
Vedlegg 15, ROS 2, 3 og 4 – Risikofaktorer, basert på (sykehuset Østfold, 2015c, 2015d, 2015e).....	40
Vedlegg 16, Overordnet risikorapport for mai, basert på (Sykehuset Østfold, 2015a).....	43

Vedlegg 1, Dokumentasjon for risikovurderingsrapport

- a) Beskrivelse av bakgrunn for (3.2.1) og målet med risikovurderingen (3.1.2).
- b) Mandatet for arbeidet (3.2.1).
- c) Beskrivelse av analyseobjektet (3.4.1).
- d) Beskrivelse av hvem som har deltatt i arbeidet (3.2.1), og hvordan ulike interessenter har vært involvert (3.2.3).
- e) Beskrivelse av forutsetninger, antakelser og forenklinger (3.4.2).
- f) Beskrivelse av rammebetingelser som er lagt til grunn for arbeidet (se Orientering).
- g) Vurdering av hvem som berøres av de forhold risikovurderingen omhandler, og hvordan de berøres (3.1.2).
- h) Datagrunnlaget som er benyttet (3.3.2).
- i) Beskrivelse av analysemetoden(e) (3.3.1).
- j) Risikoanalysen (4.1, 4.2, 4.3).
- k) Beskrivelse av risiko (4.4).
- l) Risikoevaluering (5.1 og 5.2).
- m) Eventuelle referanser til andre dokumenter og/eller litteratur.
- n) Konklusjoner (5.3.1).
- o) Eventuelle vedlegg.

(NS 5814:2008, 2008 , s. 14)

Vedlegg 2, Fokusområder for ROS analyser ved Kalnes

	Planlegging Bygging	Flytting	Ibruktakelse	Klinisk Ibruktakelse	Normal drift
IKT	X	X	X	X	X
Vannforsyning	X			X	
Strømforsyning	X		X	X	
Brann	X			X	X
Evakuering			X	X	
Medisinske gasser	X			X	
Forsyning				X	X
Sikkerhetstrusler			X	X	
Massefravær av Ansatte				X	X
Pandemi, smitte Overbelegg	X		X	X	X
Masseskade	X			X	X
Sanering		X		X	X
Pasientlogistikk/klinisk ibruktakelse	X	X		X	X

(Sykehuset Østfold, 2014d, s. 9;

2015c)

Vedlegg 3, Sannsynlighetsskala for overordnet risikorapport

Sannsynlighets-skala	Tallverdi	Betydning	DRIFT	SAMLET PLAN
Svært stor	5	Mer enn 90 % sannsynlighet	Inntil to ganger per uke (en hendelse for hver 3-4 dager). Hyppig og regelmessig	Hendelse som nesten helt sikkert vil oppstå
Stor	4	Mellom 65 % og 90 % sannsynlighet	Ca. en gang i måneden/regelmessig	Hendelser som forventes å oppstå
Moderat	3	Mellom 35 % og 65 % sannsynlighet	Omtrent halvårlig/ikke regelmessig, forekommer	Hendelser som kan oppstå
Liten	2	Mellom 10 % og 35 % sannsynlighet	En gang i året/forekommer av og til, sjeldent	Hendelser som ikke forventes å oppstå
Meget liten	1	Mindre enn 10 % sannsynlighet	Mer sjelden enn hvert år/svært sjelden	Hendelser som nesten helt sikkert ikke vil oppstå

(Sykehuset Østfold, 2015c)

Vedlegg 4, Konsekvensskala for overordnet risikorapport

Samlet plan

Konsekvensskala SAMLET PLAN	Tall- verdi	Fremdrift	Økonomi	Kvalitet	Gevinst
Svært alvorlig	5	Sluttmilepæl ikke nådd	> 10 millioner NOK	Leveransen blir ikke akseptert	Negativ gevinst
Alvorlig	4	Forskjøvet kritisk linje. Konsekvens ut over prosjektets rammer.	< = 10 millioner NOK	Vesentlig dårligere enn avtalt. Konsekvens for drift etter ibruktakelse.	Ingen gevinst kan realiseres
Moderat	3	Utenfor planlagt slakk. Sluttdato påvirkes.	< = 1 million NOK	Litt dårligere enn avtalt	Forventet gevinst er at < 50 % av gevinstplan kan realiseres
Lav	2	Innenfor planlagt slakk. Sluttdato påvirkes ikke.	< = 100.000 NOK	Lavere enn ambisjoner i prosjekt	Lavere gevinst enn beregnet i prosjekt
Ubetydelig	1	Ingen endring i planer.	< = 10.000 NOK	Ingen endring i planer	Ingen endring i gevinstplan

(Sykehuset Østfold, 2015c)

Drift

Konsekvensskala DRIFT	Tall- verdi	Pasient / Kvalitet (liv, helse)	HMS (liv, helse, indre & ytre miljø)	Ressurser (kapasitet)	Økonomi (materielle verdier)
Svært alvorlig	5	Tap av liv / Hoved- og avhengige produksjons- linjer settes permanent ut av drift	Tap av liv. Omfattende miljøskader av varig karakter	Situasjonen kan kreve mobilisering av eksterne ressurser	> 10 millioner NOK
Alvorlig	4	Betydelig pasientskade. Fare for tap av liv / Produksjonen settes ut av drift for lengre tid. Andre avhengige produksjonslinjer rammes midlertidig	Betydelig fysisk / psykisk personskade og fare for tap av liv. Betydelig miljøskader, fare for miljøskader av varig karakter.	Situasjonen kan kreve mobilisering av ressurser fra andre enheter	< = 10 millioner NOK
Moderat	3	Alvorlig pasientskade. Alvorlig endring i pasientens medisinske tilstand / Driftsstans i flere døgn	Alvorlig fysisk / psykisk personskade. Alvorlig miljøskade som kan reverseres.	Situasjonen kan kreve ekstraordinær ressursbruk fra egen enhet	< = 1 million NOK
Lav	2	Mindre alvorlig pasientskade, mindre endringer i pasientens medisinske tilstand /Produksjonen settes midlertidig ut av drift. Kan føre til skader om det ikke finnes alternativer eller reserver	Mindre alvorlig fysisk / psykisk personskade. Mindre alvorlig miljøskade som kan reverseres.	Situasjonen kan håndteres med begrenset ekstra ressursbruk	< = 100.000 NOK
Ubetydelig	1	Ubetydelig pasientskade, ubetydelige endringer i pasientens medisinske tilstand / Produksjonen settes midlertidig ut av drift. Kun mindre forsinkelser, ikke behov for reserver	Ubetydelig fysisk / psykisk personskade. Ingen kjente miljøskader	Situasjonen kan håndteres med bruk av ordinære ressurser	< = 10.000 NOK

(Sykehuset Østfold, 2015c)

Vedlegg 5, Skjema for identifisering av risiko – overordnet risikovurdering,

Basert på risikovurdering i mai 2015

				KONSEKVENSSOMRÅDER FOR DRIFT			KONSEKVENSSOMRÅDER FOR SAMLET PLAN							
	RISIKO ID	RISIKO	KONSEKVENNS	SANNSYNLIGHET	PASIENT/KVALITET	HMS	RESSURS	ØKONOMI	SANNSYNLIGHET	FREMDRIFT	ØKONOMI	KVALITET	GEVINST	TILTAK
	DRIFT													
SAMLET PLAN														

(Sykehuset Østfold, 2015c)

Vedlegg 6, Sannsynlighet- og konsekvensskala for ROS 1, 2, 3 og 4

Sannsynlighetsskala

Veiledende tekst	Sannsynlighet	
Hendelse som nesten helt sikkert vil oppstå	0,9	
Hendelse som kan oppstå	0,7	
Hendelse som kan/ikke kan inntreffe	0,5	
Hendelse som ikke forventes å oppstå	0,3	
Hendelse som veldig sjelden oppstår	0,1	

(Sykehuset Østfold, 2015d, 2015e, 2015f, 2015g)

Konsekvensskala

VIRK- NING	KOST	FRAMDRIFT	OMFANG	KVALITET	BEHANDLINGS- NIVÅ
1	Håndteres innenfor budsjett til den enkelte kontrakt	Mindre justeringer innenfor den enkelte kontrakt som ikke påvirker andre.	Mindre justeringer/tilpasninger som anses som naturlig prosjektutvikling/ mengderegulering Kostnadmessig håndtering innenfor uspesifisert i det enkelte kontraktsområdet.	Kvalitetsendringer/justeringer som verken påvirker LCC beregninger og/eller SHA.	"OR"
3	Håndteres innenfor budsjett til den enkelte PS.	Mindre justeringer innenfor den enkelte kontrakt som kun påvirker andre kontrakter innenfor samme utbyggingsområde og som ikke påvirker kritisk linje.	Justeringer/tilpasninger som anses som naturlig prosjektutvikling men som kan berøre flere entrepriser innenfor et område, men som kan håndteres økonomisk innenfor områdets uspesifiserte kostnader.	Kvalitetsendringer/justeringer som kan påvirke andre deler av leveransen innenfor et utbyggingsområde. Forhold som kan påvirke LCC og/eller SHA.	Prosjektsjef
5	Forhold som har tverrfaglige konsekvenser og krever omdisponering av budsjettmidler mellom de ulike utbyggingsområdene eller finansiering fra prosjektdirektørens reserve, innenfor P50.	Forhold som påvirker flere entrepriser og/eller kritisk linje.	Endringer som krever beslutning av prosjektdirektøren (håndteres gjennom PSB) og som krever finansiering fra prosjektdirektørens reserver eller fra uspesifisert fra flere områder.	Kvalitetsendringer/justeringer som kan påvirke andre utbyggingsområder. Forhold som kan påvirke LCC og/eller SHA.	Prosjektdirektør
7	Forhold som krever behandling av styre.	Endringer i prosjektets milepælleleveranser/ Masterplan	Forhold som krever behandling av styre.	Forhold som i vesentlig grad påvirker LCC og/eller SHA eller øvrige kvalitetsstandarder. Forhold som kan medføre betydelig risiko for stabil drift ved ibruktakelse. Forhold som kan gi kostnadmessige konsekvenser ut over godkjent kostnadsramme.	Prosjektstyre
9	Forhold som krever finansiering ut over godkjent ramme.	Endret leveringstidspunkt.	Endringer av omfang som krever finansiering ut over godkjent ramme	Forhold som i vesentlig grad påvirker LCC og/eller SHA eller øvrige kvalitetsstandarder gitt i bestillerdokument. Forhold som kan gi kostnadmessige konsekvenser ut over godkjent ramme.	Prosjektstyre

(Sykehuset Østfold, 2015d, 2015e, 2015f, 2015g)

Vedlegg 7, Etterspurt dokumentasjon hos Statens helsetilsyn

Hentet fra Vinnems rapport om Innflytting i nye Ahus (Vinnem, (2010))

Dok.nr	Avsender	Mottager	Tittel	Dato
1.	Helse Sør-Øst RHF	Helse- og omsorgsdepartementet	Innflytting i nye Ahus – orientering om status og risikovurdering	19.11.2008
2.	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	Akershus Universitetssykehus	Avslutning av sak vedrørende faglig forsvarlig drift ved "nye" Akershus Universitetssykehus	17.11.2008
3.	Akershus Universitetssykehus	Statens helsetilsyn	Tilbakemelding vedrørende tilsynssak knyttet til nytt sykehus	12.11.2008
4.	Akershus Universitetssykehus	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	Ivaretagelse av forsvarlighetskravet før, ved og etter flytting til nytt sykehus	28.10.2008
5.	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	Akershus Universitetssykehus	Tilsynssak – Akershus Universitetssykehus	24.10.2008
6.	Anonymt brev fra tilsette		Er dere stolt av nye Ahus	20.10.2008 (mottatt)
7.	Akershus Universitetssykehus	Helse Sør-Øst RHF	Innflytting i nye Ahus – orientering om status og risikovurdering, redegjørelse	16.10.2008
8.	Datatilsynet	Akershus Universitetssykehus	Endring av tidspunkt for møte	14.10.2008
9.	Datatilsynet	Akershus Universitetssykehus	Kontroll hos Akershus Universitetssykehus HF 16102008 – Orienteringsmøte	13.10.2008
10.	Kjell B Hellum, overlege, Kst Avd.sjef Akershus Universitetssykehus	Statens helsetilsyn	Manglende/forsinket journaldokumentasjon ved Ahus – bekymringsmelding	8.10.2008

Følgende vedlegg til Brev nr. 4 fra Ahus til Helsetilsynet 28.10.08 bes også innsyn i:

- 1 Opplæringsprogram - for alle som skal inn i nytt sykehus
- 2 Masterplan for Nytt sykehus, Trinn 4
- 3 Enhetsvise planer for aktiviteter knyttet til innflytting og ibruktagelse
- 4 Dokumentasjon av gjennomført test for to akuttmedisinske alarmer
- 5 Notat fra kst. kvalitetssjef, med epikriser
- 6 Programdirektivet for organisasjonsutvikling mot nytt sykehus
- 7 Plan for forberedelse til drift med Overtagelse, Eierskifte og Ibruktagelse
- 8 Prosjektbeskrivelse for Eierskifte
- 9 Roller og ansvar ved virksomhetsrelaterte tjenestetester
- 10 Spillplan / virksomhetstest for akuttmottak
- 11 Prosjektnekbrytningsstruktur for Nye Ahus
- 12 Kontrakt for prosjekt 6751 IKT infrastruktur
- 13 SEIM forvaltningsmodell
- 14 IKT fagsystemer i Akershus universitetssykehus, med systemeierskap
- 15 Final Design B4 Telefoni / designdokumentet for 6751 IKT infrastruktur
- 16 Testrapport IKT SAT Trådløst B 1-3 og S 1-3
- 17 IKT-plan 2008, Nye Ahus og Akershus universitetssykehus (felles)
- 18 System- og driftsdokumentasjon for prosjekt 675 1; IKT infrastruktur

24.	Akershus Universitetssykehus	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	Tilbakemelding på rapport fra Preventor, vedr. gjennomgang av styringsdokumentasjon ved innflytting i nytt sykehus	7.10.2009
-----	------------------------------	----------------------------------	--	-----------

Medfølgende vedlegg fra brev nr. 24 fra Ahus til Helsetilsynet 7.10.09 ønskes også innsyn i:

- 1 Albaran - rapport fra 2007
- 2 Styrebehandling av Albaran-rapport, 11 .5.2007 (sak6707)
- 3 A-2100-Z-KR-0026 Risiko og sårbarhetsanalyse, IKT infrastruktur
- 4 A-6751-E-KR-0006 Final Design Bilag B2 Overordnet beskrivelse, kap B2.7
- 5 A-6751-E-KR-0009 Final Design Risiko og sårbarhetsanalyse
- 6 6751 IKT-infrastruktur – Testrapporter
- 7 IKT plan 2008 (A-1000-T-KR-0001 rev 04) av 30.11.2006
- 8 Informasjonsteknologi - vurdering av internkontroll knyttet til IT; rapport fra Ernst & Young, 2007
- 9 Nye Ahus - Final design, B8 Kontorstøtte. ROS-analyse 14.5.2007
- 10 Status migreringsprosjektet. IP-styret 20.2.2008 (presentasjon)
- 11 Klargjøring av IKT-løsninger frem mot trinn 1, presentasjon for IP-styret , mars 2008
- 12 Status migreringsprosjektet. IP-styret 23.6.2008 (presentasjon)
- 13 Nye Ahus (12.8.2008) - Overordnet risikovurdering av IKT-systemer i forhold til innflytting i nyeahus den 01.oktober 2008
- 14 Status 1 mnd før innflytting (presentasjon for styret)
- 15 Standard mal for beredskapsplan - av 1.4.2008
- 16 Beredskapsplan - generell del (1.10.2008)
- 17 Forberedelser til innflytting - styreseminar 27.8.2008 (presentasjon)
- 18 7 dager igjen - styremøte 22.9.2008 (presentasjon)
- 19 3 uker igjen - Avdelingenes egne tester og befaringer, av 9.9.2008
- 20 Referat fra statusgjennomgang før ibrukttagelse - Trinn 4 - HVO og TV
- 21 Protokoll fra møter i ledergruppen 1.10.2008
- 22 Referat fra møte i ledergruppen 8.10.2008
- 23 Kommandosenter - Statusrapport 1 - 10 (oktober 2008)
- 24 Seim kontaktsenter - Statusrapporter Trinn 4

Dok.nr	Avsender	Mottager	Tittel	Dato
25.	Akershus Universitetssykehus	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	Supplerende tilbakemelding på rapport fra Preventor vedrørende risikohåndtering i forberedelsene til og gjennomføring av innflytting i nytt sykehus (høsten 2008)	18.5.2010

Medfølgende vedlegg fra brev nr. 25 fra Ahus til Helsetilsynet 18.5.2010 ønskes også innsyn i:

Risiko- og sårbarhetsanalyser på utvalgte områder; 2003 – 2007

- A-2100-z-kr-0022, Risiko- og sårbarhetsanalyse, Isolater - smittespredning
- A-2100-z-kr-0023, Risiko- og sårbarhetsanalyse, Smittespredning lab
- A-2100-z-kr-0024, Risiko- og sårbarhetsanalyse, Pasient og personalsikring, Skallsikring
- A-2100-z-kr-0025, Risiko- og sårbarhetsanalyse, Brann og personsikkerhet
- A-2100-z-kr-0026, Risiko- og sårbarhetsanalyse, IKT infrastruktur
- A-2100-z-kr-0027, Risiko- og sårbarhetsanalyse, Transport og lagring. Logistikk
- A-2100-z-kr-0028, Risiko- og sårbarhetsanalyse, Teknisk kulvert mellom eksisterende bygg og nybygg
- A-2100-z-kr-0029, Risiko- og sårbarhetsanalyse, Varmesystem
- A-2100-z-kr-0030, Risiko- og sårbarhetsanalyse, Gass og trykkluft
- A-2100-z-kr-0038, Nødløsløst - Alternative løsninger med risikovurdering

Risikovurderinger fra tre uavhengige, eksterne miljøer (Balslev, Uni Networks, RIE).

Teknisk driftsråd; referat fra alle møtene fra januar 2008 til 2. oktober 2008.

3.1.4 E-post

Dok.nr	Avsender	Mottager	Tittel	Dato
26.	Geir Sverre Braut	L Hanssen, G Grammeltvedt, P Schou	Kjapp gjennomgang av Ahus-dokumentasjon	28.10.2008 16:11
27.	Bente Mikkelsen	E K Normann	Situasjonen på Ahus	12.10.2008 19:10:00
28.	Erik K Normann m.fl.	B Mikkelsen m.fl.	Status, Ahus	Diverse svar fra Ahus i perioden 13-27.10.2008

3.1.5 Notater

Dok.nr	Avsender	Tittel	Dato
29.	Petter Schou	Driftsproblemer 'Nye Ahus'	27.10.2008
30.	Petter Schou	Registrerte "hendelser" – offisielle og uoffisielle. Rapport per 25.10.2008	27.10.2008
31.	Heidi Fugli	Orienteringsmøte ved AHUS sammen med Datatilsynet 16.10.2008	17.10.2008

3.1.6 Styrenotater

Dok.nr	Avsender	Tittel	Dato
32.	Adm.dir	Sak: 19/2009 Driftssituasjonen i nytt sykehus – orientering til eier fra styret for Akershus universitetssykehus	11.3.2009
33.	Ahus	Utdrag fra protokoller fra styremøter foran innflytting i nytt sykehus	
34.	Ahus	Statusrapport for august 2008, samlet plan	22.09.2008
35.	Ahus	Statusrapport for juni/juli 2008, samlet plan	27.08.2008
36.	Ahus	Statusrapport for mai 2008, samlet plan	20.06.2008
37.	Ahus	Statusrapport for april 2008, samlet plan	26.05.2008
38.	Ahus	Statusrapport for mars 2008, samlet plan	29.04.2008
39.	Ahus	Statusrapport for februar 2008, samlet plan	28.03.2008
40.	Ahus	Statusrapport for desember 2007, samlet plan	08.02.2008
41.	Ahus	Statusrapport for november 2007, samlet plan	17.12.2007

Risikovurdering for nytt sykehus pr. 27. juni 2007

Risikovurdering for nytt sykehus pr. feb/mars 2008

Risikovurdering for nytt sykehus som er utført før innflytting nytt sykehus

Prosedyre for risikovurdering gjeldende for hele Ahus samt generell del – 05.02.07, samt mal for risikoanalyse og statusrapport for IKT-prosjekter

Vedlegg 8, Etterspurt dokumentasjon hos Kalnes

Fra: Døskeland, Ellen
Sendt: 8. februar 2017 15:16
Til: 'postmottak@so-hf.no'
Emne: Dokumentasjon til masteroppgave

Til den denne henvendelsen måtte gjelde

Jeg er masterstudent i Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger og trenger i forbindelse med skrivingen av min masteroppgave, en del informasjon om Sykehuset Østfold. Jeg er usikker på hvem jeg skal henvende meg til for om mulig få tilgang til denne informasjonen og håper på hjelp vedrørende det.

Min masteroppgave handler om hvordan en skal sikre en faglig forsvarlig flytteprosess fra gammelt til nytt sykehus. Jeg ønsker da å sammenligne prosessen Sykehuset Østfold gjennomførte, med den prosessen som ble gjennomført på Akershus Universitetssykehus HF.

Dokumentasjon som vil kunne hjelpe meg med å besvare problemstillingen vil kunne være:

- 1) Krav fra myndigheter, styret og/eller sykehusledelsen som setter krav til hvordan kjente og ukjente trusler skal identifiseres, evalueres, vurderes og følges opp i forbindelse med flytteprosessen.
- 2) Interne styringsdokument som sier noe om hvordan en forventet at kjente og ukjente trusler skulle identifiseres, evalueres, vurderes og følges opp i forkant av, under og etter flytteprosessen. Hvordan ansvar var definert for dette arbeidet og hvilke type styringsdokumentasjon en forventet skulle foreligge som f.eks. opplæringsplaner, beredskapsplaner osv.
- 3) Styringsdokument som sier noe om hvordan de ansatte skulle involveres i flytteprosessen.
- 4) Dokument som viser oversikt over identifiserte trusler og konsekvenser av disse (f.eks. risiko register).
- 5) Dokument som viser hvordan de identifiserte trusler videre er fulgt opp, hvordan ansvar er definert, tidsfrister, og hvordan restrisiko er blitt behandlet.
- 6) Dokument som viser hvordan beslutningstakerne har vurdert og håndtert de definerte trusler og restrisiko (referat/protokoller etc.)
- 7) Dokument som viser at de ansattes har vært involvert i flytteprosessen (referat fra risikoanalyse, AMU referat etc.).

8) Diverse planer som viser hvordan de definerte trusler og restrisikoen skulle håndteres i forbindelse med flytteprosessen

9) Hvis det eksisterer en evalueringsrapport fra flytteprosessen hadde også den vært svært nyttig.

Håper dere kan hjelpe meg med denne henvendelsen og hvem jeg kan kontakte. Ring meg gjerne for ytterligere informasjon.

Mvh

Ellen Døskeland

Masterstudent ved Universitet i Stavanger – Samfunnssikkerhet

Vedlegg 9, Gjennomgått dokumentasjon – Ahus

Dokument Nr.	Type dokument.	Omhandler	Avsender/Utgitt av	Sendt	Mottaker	Navn på dokument
1	Brev	Risikovurdering	Helse Sør-Øst RHF	19.11.2008	Helse- og omsorgsdepartementet	Innflytting i nye Ahus – orientering om status og risikovurdering
2	Brev	Faglig forsvarlig	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	17.11.2008	Akershus Universitetssykehus HF	Avslutning av sak vedrørende faglig forsvarlig drift ved nye Akershus Universitetssykehus HF
3	Brev	Tilsyn	Akershus Universitetssykehus HF	12.11.2008	Statens helsetilsyn	Tilbakemelding vedrørende tilsynssak knyttet til nytt sykehus
5	Brev	Tilsyn	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	24.10.2008	Akershus Universitetssykehus HF	Tilsynssak - Akershus Universitetssykehus HF
8	Brev	Ikke relevant	Datatilsynet	14.10.2008	Akershus Universitetssykehus HF	Endring av tidspunkt for møte
9	Brev	Tilsyn	Datatilsynet	13.10.2008	Akershus Universitetssykehus HF	Kontroll hos Akershus Universitetssykehus HF 16102008 – Orienteringsmøte

Dokument Nr.	Type dokument.	Omhandler	Avsender/Utgitt av	Sendt	Mottaker	Navn på dokument
10	Brev	Bekymrings-melding	Personell i lederstillinger Akershus Universitetssykehus HF	08.10.2008	Statens helsetilsyn	Manglende/forsinket journaldokumentasjon ved Ahus – bekymringsmelding
24	Vedlegg	Albaran	Akershus Universitetssykehus HF	07.10.2009	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	1. Albaran - rapport fra 2007
34	styrenotat	Status	Ahus	22.09.2008		Statusrapport for august 2008, samlet plan
N-1	Vedlegg til Albaran	Risikovurdering	Albaran AS			Oppdatert risikovurdering prosjekt nytt sykehus Styringsgruppen 6.2.2008
N-2	rapport	Risikovurdering	Styringsgruppen			Oppdatert risikovurdering prosjekt nytt sykehus Styringsgruppen 27.6.2007
N-3	Plan	Overordnet aktivitetsplan	Ahus/nye Ahus			Samlet Plan, nivå 1 - Overordnet, rev. 4
N-4	Plan	Overordnet aktivitetsplan	Ahus/nye Ahus			Samlet Plan, nivå 2 - Hovedaktiviteter, rev. 4

Dokument Nr.	Type dokument.	Omhandler	Avsender/Utgitt av	Sendt	Mottaker	Navn på dokument
N-5	Plan	Overordnet aktivitetsplan	Ahus/nye Ahus			Samlet Plan, nivå 3 - Detaljert, rev. 4
N-6	Brev	Tilsyn	Statens Helsetilsyn	10.9.2010		Sakkyndig vurdering av styringsdokumentasjon

Vedlegg 10, Gjennomgått dokumentasjon - Kalnes

år	Type dokument	Møtedato/ publisert	Omhandler	Navn på dokument
2014	Orienterings-sak styret	24.02.2014	Risiko og beredskap	Plan for risikovurdering Kalnes
2014	Vedlegg styrings-dokumentasjon	24.02.2014	Risikovurdering beredskap	Risikovurdering Beredskap Kalnes
2014	Protokoll	24.02.2014	Risikovurdering beredskap	Protokoll fra styremøte i Sykehuset Østfold HF Sak nr. 11-14 Plan for risikovurdering Kalnes
2014	Protokoll	16.06.2014	ROS	Protokoll fra styremøte i Sykehuset Østfold HF
2014	Protokoll	21.10.2014	ROS	Protokoll fra styremøte i Sykehuset Østfold HF
2012	Arbeids instruks		Myndighet	Instruks for administrerende direktør Sykehuset Østfold HF, vedtatt i styremøte i Sykehuset Østfold HF 24. september 2012
2012	Arbeids instruks		Ansvar	Instruks for administrerende direktør Sykehuset Østfold HF, vedtatt i styremøte i Sykehuset Østfold HF 24. september 2012
2012	Arbeids instruks		Rapportering	Instruks for administrerende direktør Sykehuset Østfold HF, vedtatt i styremøte i Sykehuset Østfold HF 24. september 2012
2015	Beslutnings sak	23.03.2015	Risikomatrise	Overordnet risikorapport for SØ, mars 2015
	Plan		Forledelse til drift	Samlet plan - Planlegging av forberedelse til drift
	Plan/analyse		Prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift	Ferdigstillelse-prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift
2015	Beslutnings sak	23.03.2015	ROS	ROS-analyse samlet plan felles for PNØ og SØ per mars 2015

år	Type dokument	Møtedato/ publisert	Omhandler	Navn på dokument
2015	Orienterings-sak styret	23.03.2015	ROS	Status - samlet plan SØ 2015 per februar 2015
2015	Orienterings-sak styret	23.03.2015	NA	Protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 12. mars 2015, inkludert tertialrapport 3. tertial 2014 for nytt østfoldsykehus
2015	Vedlegg1- styresak	23.03.2015	NA	møteprotokoll fra styremøte helse sør-øst RHF 12.mars 2015
2015	Vedlegg2- styresak	23.03.2015	Avsnitt om risiko	SAK NR 014-2015 TERTIALRAPPORT 3. TERTIAL 2014 FOR PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS
2015	Protokoll	12.03.2015	NA	Protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Østfold HF 12. mars 2015
2015	Vedlegg-styresak	23.03.2015	Risikomatrise	Overordnet risikorapport for SØ, mars 2015
2015	Vedlegg-styresak	23.03.2015	Risikomatrise	Overordnet risikorapport for SØ, mars 2015
2015	Beslutnings sak	23.03.2015	Risikomatrise	Overordnet risikorapport for SØ, mars 2015
2016	Rapport		oppsummering/ erfaring	Sluttrapport, Organisasjonsutviklingsprosjek tet (OU) SØ 2015
2015	Beslutnings sak	12.10.2015	ROS	Ros-analyse samlet plan felles for prosjekt nytt østfoldsykehus, sykehuset Østfold, sykehusapoteket og sykehuspartner september 2015
2015	Vedlegg-styresak	12.10.2015	ROS	ROS 3 for KIB 1,5 og KIB 2 med PNØ, SØ SA og SP v10
2015	Beslutnings sak	14.09.2015	ROS	ROS-analyse samlet plan felles for PNØ og SØ per august 2015
2015	Vedlegg-styresak	14.09.2015	ROS	ROS 2 for KIB 1,5 og KIB 2 med PNØ og SØ v5

år	Type dokument	Møtedato/ publisert	Omhandler	Navn på dokument
2015	Vedlegg-styresak	15.06.2015	Risikomatrise	Vedlegg overordnet risikorapport for SØ, juni 2015
2015	Beslutnings sak	15.06.2015	Risikomatrise	overordnet risikorapport for SØ, juni 2015
2015	Vedlegg-styresak	18.06.2015	Risikomatrise	Vedlegg overordnet risikorapport for SØ, mai 2015
2015	Beslutnings sak	18.06.2015	Risikomatrise	overordnet risikorapport for SØ, mai 2015
2015	Protokoll	12.10.2015	ROS	Protokoll fra styremøte i sykehuset Østfold HF
2015	Protokoll	15.06.2015	Risikomatrise	Protokoll fra styremøte i sykehuset Østfold HF (18.5.2015)
2015	Protokoll	15.06.2015	Risikomatrise	Protokoll fra styremøte i sykehuset Østfold HF (15.6.2015)
2015	Beslutnings sak	23.11.2015	erfaring oppstart	Overordnet risikorapport for SØ, nov. 2015
2015	Vedlegg-styresak	23.11.2015	erfaring oppstart	vedlegg Overordnet risikorapport for SØ, nov. 2015
2015	Beslutnings sak	14.09.2015	Risikomatrise	Overordnet risikorapport for SØ, aug. 2015
2015	Vedlegg-styresak	14.09.2015	Risikomatrise	vedlegg Overordnet risikorapport for SØ, aug. 2015
2015	Beslutnings sak	18.05.2017	Tilsyn	Plan for interne revisjoner 2015-2016
2015	Vedlegg	18.05.2015	Tilsyn	Plan for interne revisjoner 2015-2016
2015	Rapport		Risikoanalyse	Overordnet risikorapport for SØ
2015	Protokoll	17.07.2015		Protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Østfold HF 17. juni 2015
2015	Protokoll	12.02.2015		Protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Østfold HF 12. februar 2015
?	Prosedyre, publisert av HSØ RHF	?	Risikovurdering	Plan for risikostyring Prosjekt-/Programnavn

år	Type dokument	Møtedato/ publisert	Omhandler	Navn på dokument
2014	Retningslinje	4.12.2014	Risikovurdering	Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ
2015	Rapport	28.10.15	ROS	ROS 4 til KIB 2 med PNØ, SA, SP og SØ v.14
2015	Rapport	3.3.2015	ROS	ROS 1 for KIB med PNØ og SØ

Vedlegg 11, Gjennomgått dokumentasjon - Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet

år	Type dokument	Møtedato/ publisert	Omhandler	Navn på dokument
2008	Foretaks-protokoll Ahus	05.02.2008	målsetninger 2008	protokoll fra foretaksmøte i Akershus universitetssykehus HF
2008	Saksframlegg RHF	10.03.2008	ekstern rapport	AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS (AHUS) – FORBEREDELSE TIL Å TA I BRUK NYTT SYKEHUS. EKSTERN PROSJEKTGJENNOMGANG. RAPPORT
2008	Rapport	10.03.2008	ekstern rapport	Ahus Forberedelse til å ta i bruk nytt sykehus Status på oppfølging av tidligere anbefalinger
2008	Saksframlegg RHF	10.03.2008	Risikovurdering Risikostyring	Orienteringssak: Arbeidet med risikovurdering og risikostyring i Helse sør-øst
2008	Saksframlegg RHF	10.03.2008	Risikovurdering Risikostyring	Orienteringssak: Arbeidet med risikovurdering og risikostyring i Helse sør-øst
2008	Saksframlegg RHF	10.03.2008	Risikovurdering Risikostyring	Orienteringssak: Arbeidet med risikovurdering og risikostyring i Helse sør-øst
2008	Saksframlegg RHF	04.09.2008	Risikovurdering Risikostyring	Arbeidet med risikovurdering og risikostyring i helse sør-øst – status og rapportering til helse- og omsorgsdepartementet pr 2. tertial
2008	Vedlegg	04.09.2008	Risikovurdering Risikostyring	Vedlegg - risiko vedlegg LGs akkumulerte risikovurdering 270808
2008	Vedlegg	04.09.2008	Risikovurdering Risikostyring	Risikostyring i helse Sør-øst, versjon 3.1, 07.08.08
2008	Vedlegg	04.09.2008	Risikovurdering Risikostyring	Risikostyring i helse Sør-øst, versjon 3.1, 07.08.08

2008	Vedlegg	04.09.2008	Risikovurdering Risikostyring	Risikostyring i helse Sør-øst, versjon 3.1, 07.08.08
2008	Vedlegg	04.09.2008	Risikovurdering Risikostyring	Risikostyring i helse Sør-øst, versjon 3.1, 07.08.08
2008	Vedlegg	04.09.2008	Risikovurdering Risikostyring	Risikostyring i helse Sør-øst, versjon 3.1, 07.08.08
2008	Vedlegg	04.09.2008	risikovurdering risikostyring	Risikostyring i helse Sør-øst, versjon 3.1, 07.08.08
2008	Vedlegg	04.09.2008	Risikovurdering Risikostyring	Risikostyring i helse Sør-øst, versjon 3.1, 07.08.08
2008	Oppdragsdokument		Risikovurdering Risikostyring	Oppdragsdokument Helse Sør-Øst RHF
2008	Foretaksprotokoll HSØ	24.01.2008	Risikostyring og IK	protokoll fra foretaksmøte i HSØ RHF
2008	foretaksprotokoll HSØ	24.01.2008	Risikostyring og IK	protokoll fra foretaksmøte i HSØ RHF
2008	Foretaksprotokoll HSØ	14.03.2008	NA	protokoll fra foretaksmøte i HSØ RHF
2008	Foretaksprotokoll HSØ	05.06.2008	NA	protokoll fra foretaksmøte i HSØ RHF
2008	Foretaksprotokoll HSØ	08.09.2008	NA	protokoll fra foretaksmøte i HSØ RHF
2008	Foretaksprotokoll HSØ	27.06.2008	NA	protokoll fra foretaksmøte i HSØ RHF
2008	Foretaksprotokoll HSØ	27.11.2008	NA	protokoll fra foretaksmøte i HSØ RHF
2008	Godkjenning protokoll	06.02.2008	NA	godkjenning protokoll 20071218
2008	Oppdragsdokument Og protokoll	06.02.2008	IK	Oppdragsdokument og Protokoll 2008
2008	Vedlegg	06.02.2008	IK	Vedlegg- Endelig HSØ Protokoll 24 1 2008
2008	Vedlegg	06.02.2008	IK	Oppdragsdokument Helse sørøst ferdig
2008	Saksframlegg RHF	06.02.2008	NA	Kommunikasjonsstrategi Helse sørøst 2008 - 2011
2007	Saksframlegg RHF	06.02.2008	NA	Rapportering desember_2__2.pdf

2008	vedlegg	06.02.2008	Risikostyring	Vedlegg 1 Årsrapport internrevisjonen 2007. PDF
2008	Saksframlegg RHF	06.02.2008	NA	Status tidligere styresaker. PDF
2008	Saksframlegg RHF	06.02.2008	Målsetninger 2008-2011	Orienteringssak - strategisk fokus for Helse Sør-Øst - Mål for 2008
2008	Protokoll RHF	10.03.2008	IK	Sak nr. 016-2008 Godkjenning av protokoll fra styremøte 6. februar 2008 og ekstraordinære styremøter på telefon 22. februar 2008 og 29. februar 2008
2008	Saksframlegg RHF	10.03.2008		Nye Ahus 3 tertial 2007 styresak HSØ
2008	Vedlegg	10.03.2008		Nye Ahus tertialrapport 3 tertial 2007
2008	Protokoll RHF	10.03.2008	Risikostyring	Protokoll fra styremøte 20080310
2008	Saksframlegg RHF	16-17.04.2008	NA	Foretaksmøte med HF'ene
2008	Protokoll RHF	16-17.04.2008	Risikostyring	Protokoll fra styremøte 20080417 og ekstraordinære styremøter 20080506 og 20080508
2008	Saksframlegg RHF	22.05.2008	Årsplan	Årsplan for styret
2008	Protokoll RHF	19.06.2008	NA	Godkjenning av protokoll fra styremøte 20080522 og ekstraordinært styremøte 20080605
2008	Saksframlegg RHF	19.06.2008	Status	Nye Ahus 1 tertial 2008
2008	Vedlegg	19.06.2008	Status	Vedlegg - Nye Ahus - tertialrapport 1 tertial 2008
2008	Protokoll RHF	19.06.2008	Risikostyring og IK	Protokoll fra foretaksmøte i helse sør øst RHF - oppfølging
2008	Protokoll RHF	04.09.2008	NA	Godkjenning protokoll fra styremøte 20080619
2008	Protokoll RHF	15.10.2008	Risikovurdering risikostyring	Protokoll fra styremøte 20080904
2008	Saksframlegg RHF	15.10.2008	Status	NYE AHUS - TERTIALRAPPORT PER ANDRE TERTIAL 2008
2008	Protokoll RHF	20.11.2008	Status	Godkjenning av protokoll fra styremøte 20081005

2008	Protokoll RHF	18.12.2008		Godkjenning av protokoll fra møte 20081120 og 20081201
2008	Vedlegg	06.02.2008	NA	Februar08-status tidligere styresaker
2008	Saksframlegg RHF	3-4.2. 2010	HMS policy 2009-2012	Orienteringssak: Innføring av regional HMS policy
2013	Saksframlegg RHF	15.03.2012	Risikostyring/vurdering	ORIENTERINGSSAK - REGIONAL REVISJON AV HELSEFORETAKENES STYRINGSSYSTEM FOR EIERKRAV
2013	Vedlegg-rapport	15.03.2012	Risikostyring/vurdering	Rapport 2/2012 Regional revisjon av helseforetakenes styringssystem for eierkrav
2014	Veileder		Styrearbeid	Styrearbeid i regionale helseforetak
2010	Styringsdokumentasjon		IK og risikostyring	God virksomhetsstyring Grunnlag for god pasientbehandling Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, i Helse Sør-Øst
2012	ST. melding		Kvalitet i helsetjenesten	St. melding 10 God kvalitet – trygge tjenester
2013	Saksframlegg RHF	14.03.2014	Kvalitet i helsetjenesten	Orienteringssak: videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i helse sør øst – oppfølging av stortingsmelding10 (2012-2013) god kvalitet – trygge tjenester
2013	Saksframlegg RHF	24.10.2013	Kvalitet i helsetjenesten	Orienteringssak: kvalitet og pasientsikkerhet – veileder for uønskede hendelser
2013	Vedlegg	24.10.2013	Kvalitet i helsetjenesten	Regional strategi for Kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016

2014	Saksframlegg RHF	06.05.2014	Oppdragsdokument	Oppdragsdokument 2014 fra helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i helse sør-øst RHF 7. januar 2014 - oppfølging
2014	Vedlegg	06.05.2014	Oppdragsdokument	Oppdragsdokument 2014 fra helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i helse sør-øst RHF 7. januar 2014 - oppfølging
2014	Vedlegg		Kvalitetshåndbok	Kvalitetshåndbok for bygg og eiendom
2015	Vedlegg 1	16.01.2015	Oppdragsdokument	Oppdragsdokument 2015 helse sør-øst RHF
2015	Vedlegg2	22.10.2015	Veileder	Sikkerhet i sykehus En veileder for helseforetakene i Helse Sør-Øst
2015	Saksframlegg RHF	22.10.2015	Hms indikatorer	RAMMEVERK FOR HELSE, MILJØ- OG SIKKERHET (HMS) I HELSE SØR ØST
2015	Vedlegg1	22.10.2015	Veileder	Rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) Helse Sør-Øst 2015-2020
2010	Brev	28.01.2010	Sørge for ansvar	Påminnelse om helseforetakenes plikter etter helselovgivningen og de regionale helseforetakenes "sørge for ansvar"
2015	Saksframlegg RHF	12.03.2015	Flytting	TERTIALARPPORT 3. TERTIAL 2014 FOR PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS
2015	Protokoll RHF	12.03.2015	Tertialrapport Kalnes	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 12. MARS 2015 014-2015 TERTIALARPPORT 3. TERTIAL 2014 FOR PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS

201 5	Protokoll RHF	12.03.2015	Tertialrapport Kalnes	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 12. MARS 2015 017-2015 ÅRLIG MELDING 2014 FOR HELSE SØR-ØST RHF
201 5	Vedlegg	12.03.2015	Tertialrapport Kalnes	NYTT ØSTFOLDSYKEHUS TERTIALRAPPORT 3. TERTIAL 2014 STATUS PR. 28.12.14
201 5	Vedlegg	12.03.2015	Risikovurdering	Årlig melding helse sør-øst RHF 2014
201 5	Saksframlegg RHF	12.03.2015	Risikovurdering	Årlig melding helse sør-øst RHF 2014
201 5	Vedlegg	18.06.2015	Tertialrapport Kalnes	NYTT ØSTFOLDSYKEHUS TERTIALRAPPORT 1. TERTIAL 2015 STATUS PR. 26.04.15
201 5	Saksframlegg RHF	18.06.2015	Tertialrapport Kalnes	NYTT ØSTFOLDSYKEHUS TERTIALRAPPORT 1. TERTIAL 2015 STATUS PR. 26.04.15
201 5	Vedlegg	22.10.2015	Risikostyring/vurderin g	Samlet tertialrapport andre tertial 2015
201 5	Saksframlegg RHF	22.10.2015	Risikostyring/vurderin g	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER ANDRE TERTIAL 2015
201 5	Saksframlegg RHF	18.06.2017	Risikostyring/vurderin g	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FØRSTE TERTIAL 2015
201 5	Vedlegg	18.06.2017	Risikostyring/vurderin g	Samlet tertialrapport først tertial 2015
201 5	Saksframlegg RHF	22.10.2015	Tertialrapport Kalnes	TERTIALRAPPORT ANDRE TERTIAL 2015 FOR PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS
201 5	Vedlegg	22.10.2015	Tertialrapport Kalnes	NYTT ØSTFOLDSYKEHUS TERTIALRAPPORT 2. TERTIAL 2015 STATUS PR. 30.08.15
201 6	Saksframlegg RHF	04.02.2016	Tertialrapport Kalnes	TERTIALARPPORT 3. TERTIAL 2015 FOR PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS

201 6	Vedlegg	04.02.2016	Tertialrapport Kalnes	NYTT ØSTFOLDSYKEHUS TERTIALRAPPORT 3. TERTIAL 2015 STATUS PR. 31.12.15 (Økonomistatus pr 29.11.15)
201 5	Foretaks protokoll HSØ	07.01.2015	NA	Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 07.01.2015
201 5	Foretaks protokoll HSØ	09.04.2015	NA	Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 07.01.2015
201 5	Foretaks protokoll HSØ	06.05.2015	NA	Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 07.01.2015
201 5	Foretaks protokoll HSØ	11.06.2015	NA	Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 07.01.2015
201 5	Foretaks protokoll HSØ	17.08.2015	NA	Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 07.01.2015
201 5	Foretaks protokoll HSØ	07.10.2015	NA	Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 07.01.2015
201 5	Foretaks protokoll HSØ	26.11.2015	NA	Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 07.01.2015
201 5	Foretaks protokoll HSØ	16.12.2015	NA	Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 07.01.2015
200 8	Saksframlegg RHF	10.03.2008	Albaran rapport	AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS (AHUS) – FORBEREDELSE TIL Å TA I BRUK NYTT SYKEHUS. EKSTERN PROSJEKTGJENNOMGANG. RAPPORT
200 8	Vedlegg	10.03.2008	Albaran rapport	Ahus Forberedelse til å ta i bruk nytt sykehus Status på oppfølging av tidligere anbefalinger
201 4	Instruks	13.03.2014	Styrearbeid	Instruks for styret Helse Sør- Øst RHF 2014-2016

Vedlegg 12, Fokus ved dokumentgjennomgang

Styringsdokumenter for risiko	Stillingsbeskrivelser og instruks for styrer
1) Hva er dokumentet basert på/forankret til? (risikoanalyse, myndighetskrav, erfaring) 2) Hvordan er ansvar definert? 3) Hvordan er myndighet definert? 4) Hvordan skal risikoidentifisering og vurdering gjennomføres? 5) Deltakere? 6) Hvordan defineres omfang av risiko 7) hvordan håndteres restrisiko? 8) Hvilke krav til oppfølging av risiko blir gitt (planer)?	1) Ansvar relatert til risiko 2) Myndighet relatert til risiko 3) Rapporteringsansvar i forhold til risiko 4) krav til kunnskap om myndighetskrav og interne sykehuskrav
	Styreprotokoller, saksframlegg og brev
	1. Hvordan er fokus på risikostyring? 2. Blir det satt krav til risikoanalyse? 3. Blir kjent risiko diskutert og fulgt opp? 4. Blir ukjent risiko diskutert og fulgt opp? 5. Blir beslutninger tatt basert på risikoanalyse?
ROS analyser	Eksterne rapporter
1. Hva er dokumentet basert på/forankret til? (risikoanalyse, myndighetskrav, erfaring) 2. Hvordan er ansvar definert? 3. Hvordan er risikoidentifisering gjennomført 4. Hvordan er årsaken til risikoen vurdert? 5. Forhåndsdefinert skjema for sannsynlighet? 6. Hvordan er konsekvensen vurdert, forhåndsdefinert skjema? 7. Blir tiltak vurdert i forhold til at de er sannsynlighetsreducerende og konsekvensreducerende? 8. Hvordan blir restrisiko definert og håndtert? 9. Hvilke krav til oppfølging av risiko blir gitt (planer)? 10. Hvem har deltatt i ROS analysen? 11. Hvordan blir tiltak fulgt opp, ansvar definert? obs overføring fra tidligere analyser 12. Gir analysen inntrykk av at ukjent risiko er vurdert?	1. Er rapporten forankret i mål eller andre krav? 2. Hvordan er fokus på risikostyring? 3. Hvordan er fokus på risikoanalyse? 4. Blir kjent og ukjent risiko diskutert? 5. Hvordan blir planer diskutert, (hva er disse planene forankret i)?
	Evalueringsrapporter fra flytteprosessen
	1. er rapporten forankret i mål eller andre krav? 2. Er erfaringer fra ROS analyser vurdert? 3. Kan en ut fra rapporten si noe om en har identifisert "rett" risiko på ROS analysene? 4. Sier rapporten noe om rett deltakelse på ROS analysene? 5. Sier rapporten noe om at andre analyser/prosesser burde vært gjennomført for å kunne ha avdekket risiko? 6. Sier rapporten noe om at akseptert risiko/rest risiko ble en utfordring? 7. Sier rapporten noe om ukjent risiko? 8. Sier rapporten noe om i hvilke fora beslutninger relatert til de ulike typer risiko, ble vurdert?

Vedlegg 13, Intervjuguide

Intervju 1

Emne	Spørsmål
ROS 1, 2, 3,4	"Samlet plan jobbet etter milepæler besluttet av styret i HSØ. For å sikre fremdrift og kvalitet ble det rapport på status og risiko kontinuerlig. En kritisk suksessfaktor i arbeidet har vært det tette samarbeidet mellom alle aktørene, spesielt i forhold til å synliggjøre risikobildet." Kan du fortelle hva dette gikk ut på?
ROS 1, 2, 3,4	Kan du bekrefte/avkrefte om jeg har forstått rapporteringsrutinene relatert til ROS analysene?
Styring	Det ble besluttet å gjennomføre 4 ROS analyser i forbindelse med innflytting til nytt sykehus. Hva lå til grunn for denne beslutningen? (erfaring, regelverk, interne krav)
ROS 1, 2, 3,4	Da du fikk oversendt ROS analysene, hvordan leste og tolket du dem i forhold til risikobildet? -farger -sannsynlighet -konsekvens -usikkerhet
ROS 1, 2, 3,4	Da du mottok rapporten gjorde du deg noen tanker om ukjent risiko? Ble det identifisert ukjent risiko? (rørpost)
ROS 2, 3,4	Risikofaktor, ID 32 Dårlig vær/uforutsette hendelser på flyttedagen, har en konsekvens på 9. Har denne verdien hatt noen konsekvens for videre oppfølging og beslutninger? Konsekvenser med en verdi på 7 og 9 skal behandles i prosjektstyret. Hvilket styret ble disse tatt opp i, sykehusstyret SØ? Hvordan var håndteringen av disse, spesielt hvis sannsynligheten var liten?
ROS 1, 2, 3,4	Tiltak var foreslått da du mottok rapporten. Tiltakene som var foreslått, hadde du satt noen krav til disse m.h.t. om de skulle være både eliminerende-, sannsynlighetsreducerende- og konsekvensreducerende? -Hvordan ble tiltak prioritert?
ROS 1	I denne rapporten blir ikke ansvar og tidsfrist dokumentert. Hva er bakgrunnen for dette, og hvordan blir tiltakene fulgt opp videre? - kontaktmøte
ROS 2, 3,4	Risikoene identifisert i ROS 2,3, og 4, blir de lagt inn i samme risikoregister som risikoen identifisert i den overordnede risikorapporten (obs ROS1)? -NB forskjellige matriser

Emne	Spørsmål
ROS 1	I ROS1 ble det avdekket en risiko hvor en var bekymret for opphopning av pasienter i akuttmottak. Dette viste det seg også å bli et problem under innflytningen og i perioden etterpå. Denne risikoen har vært i den overordnede risikomatriksen helt fram til og etter flytting, stort sett gul men i november etter flytting satt som rød. Kan du gi noen tanker om hvorfor du tror denne identifiserte risikoen utviklet seg som den gjorde? -undervurdert sannsynlighet/konsekvens? -for stor usikkerhet til å kunne sette et tall på risikoene? -ukjente trusler? -årsaksanalyse?
ROS 1	Den samme risikoen m.h.t. opphopning av pasienter i akuttmottak ble ikke overført til ROS 2, 3 og 4. Hva var årsaken til dette og hvordan var prosessen som besluttet om risikofaktoren skulle tas opp i den overordnede rapporten eller i ROS analysene?
ROS 1	Reagerte styret eller Adm. Dir. på at denne risikoen relatert til opphopning av pasienter i akuttmottak forble gul? Var det reaksjoner og/eller forventninger m.h.t. restrisiko i det heletatt fra ledelsen?
ROS 2, 3,4	Styrenotat 55-15 og 65-15 sier at det kun var aktuelle prosjektledere og ledere fra PNØ og SØ som deltok på analysene. Hvorfor kun ledere og hvem hadde besluttet dette? -kompetanse + risikokompetanse?
ROS 2, 3,4	Hvilken rolle hadde vernetjenesten i ROS analysene (planlegging, gjennomføring og oppfølging)?
ROS 1, 2, 3,4	Er det utført noen årsaksanalyser? Hvis ja, hvilke? Hvis nei, hva er grunnen til at en velger vekk dette? Ble det gjennomført/vurdert andre typer analyser i forbindelse med flytting fra gammelt til nytt?
ROS 1, 2, 3,4	Ble det tatt noen beslutninger hvor ROS analysen ble lagt til grunn for beslutningen?
	Har ROS analysene vært nyttige? Hvis ja, på hvilken måte?
ROS 1, 2, 3,4	Betegnes flyttingen til Kalnes som faglig forsvarlig? I hvilken grad bidro ROS analysene til dette?
ROS 1, 2, 3,4	Da flyttingen ble gjennomført var det fortsatt mange gule risikoer. Hvilke tanker gjorde du deg om dette?
Styring	Regionalt Helseforetak SØ, hvordan har de engasjert seg i forbindelse med flyttingen, har de gitt innspill på analyser, risiko og tiltak?
Styring	Funn i ROS analysene, på hvilken måte ble disse brukt i prosjektstyringen? Planer?
Styring	Er det blitt gjennomført tilsyn mot ROS prosessen som er gjennomført i prosjektet, og i så fall hvilke funn ble gjort?

Intervju 2

Emne	Spørsmål
Styring	Samlet plan sier at det skal gjennomføres 4 ROS analyser før KIB1, KIB1,5 og KIB2. Ved gjennomføring av disse ROS analysene, hvilke styringsdokument ble lagt til grunn? <ul style="list-style-type: none"> · Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ? rev. 2, 4.12.2014 · Risikovurdering Beredskap Kalnes? 16.1.2014
Styring	Er Retningslinjer for risikovurdering i samlet plan SØ en prosedyre som både dekker overordnet risikorapport SØ og ROS analyser? Utarbeidet prosjektet egne retningslinjer?
ROS 1	ROS1 har anvendt en annen metodikk enn de andre tre. Dette synes å være metoden som blir anvendt når en gjennomfører overordnede risikorapporter. Kan du fortelle litt om bakgrunnen for at denne metoden ble valgt? (glemt, er ikke utført i mars i.h.t. SP?)
ROS 1	Beskriv hvordan ROS1 ble gjennomført -målsetning - en uke før KIB -samme risikoer som for overordnet risikorapport -scenariotenkning
ROS 1	I dokumentet Risikovurdering Kalnes og i dokumentet Samla Plan listes det opp fokusområder for ROS analysene (disse er ikke like). Ble disse områdene fokusert på, og hvordan ble det gjort?
ROS 1	I denne rapporten blir ikke ansvar og tidsfrist dokumentert. Hva er bakgrunnen for dette, og hvordan blir tiltakene fulgt opp videre? - kontaktmøte
ROS 1	Hvem deltok på ROS1? -kompetanse, kompetanse vedrørende risikovurdering -andre enn ved de vanlige risikovurderingene?
ROS 1	Deltok verneapparatet og/eller tillitsvalgte på ROS1?
ROS 1	Det står i metodekapittelet at Fornebu Consulting skal sikre en objektivitet i vurderingene. Hvordan sikres dette? - kompetanse, kjenner sykehuset
ROS 1	Kun 1 risiko ble overført fra ROS1 til ROS2, ID 33 Manglende kompetanse hos SP ved drift og forvaltning. Hva var årsaken til at kun en risiko ble overført, hvilken risiko var dette i ROS1?
ROS 1	I ROS1 ble det avdekket en risiko hvor en var bekymret for opphoping av pasienter i akuttmottak. Dette viste det seg også å bli et problem under innflytningen og i perioden etterpå. Denne risikoen har vært i den overordnede risikomatriksen helt fram til og etter flytting, stort sett gul men i november etter flytting satt som rød. Kan du gi noen tanker om hvorfor du tror denne identifiserte risikoen utviklet seg som den gjorde? -undervurdert sannsynlighet/konsekvens? -for stor usikkerhet til å kunne sette et tall på risikoene?

Emne	Spørsmål
	<ul style="list-style-type: none"> -ukjente trusler? -årsaksanalyse?
ROS 1	<p>Den samme risikoen m.h.t. opphopning av pasienter i akuttmottak ble ikke overført til ROS 2, 3 og 4. Hva var årsaken til dette? Hvordan var prosessen som besluttet om risikofaktoren skulle tas opp i den overordnede rapporten eller i ROS analysene?</p>
ROS 2, 3,4	<p>I styresakene oversendt vedrørende ROS analyser (55-15, 65-15) sier Administrerende Direktør at metoden som er anvendt for analysene er Direktoratets veileder for Samfunnssikkerhet og beredskap sin veileder av 2010, i den grad det vurderes som hensiktsmessig. Kan du beskrive prosessen hvordan dere kom fram til akkurat den måten å gjennomføre analysene på?</p>
ROS 2, 3,4	<p>Styrenotat 55-15 og 65-15 sier at det kun var aktuelle prosjektledere og ledere fra PNØ og SØ som deltok på analysene. Hvorfor kun ledere og hvem hadde besluttet dette? -kompetanse + risikokompetanse?</p>
ROS 2, 3,4	<p>Hvilken rolle hadde vernetjenesten og/eller de tillitsvalgte i ROS 2, 3 og 4?</p>
ROS 2, 3,4	<p>Kan du fortelle hvordan ROS 2, 3 og 4 ble gjennomført, fra planlegging til sluttrapport forelå? -forberedelsestid, heldagsmøter, innkalling, informasjon i forkant, beslutning om bruk av matriser, atmosfære under analysene, ansvar og tidsfrister, når forelå rapport, distribusjon av rapport -ROS 4 ansvar endret fra PNØ/SØ til personer</p>
ROS 2, 3,4	<p>I disse analysene anvendes andre sannsynlighets- og konsekvensmatriser der blant annet verdiene som er anvendt er ulike den interne retningslinjen. Hva er årsaken til dette og hvor er disse matrisene og verdiene forankret?</p>
ROS 2, 3,4	<p>Bli risiko beregnet før eller etter at tiltak er satt?</p>
ROS 2, 3,4	<p>Hvis vi tar utgangspunkt i ROS2, ID 32 Dårlig vær/uforutsette hendelser på flyttedagen, så er denne risikofaktoren kommet ut i grønt. Ifølge matrisen har grønn farge lav prioritet og ingen spesielle tiltak skal vurderes. Hvorfor er det likevel iverksatt omfattende tiltak som beredskapsplan med veivesenet? -Spiller usikker/sannsynlighet/konsekvensverdi en rolle?</p>
ROS 1, 2, 3,4	<p>Det er vanskelig å avdekke ny risiko. I ROS 3 og 4 ble det til sammen avdekket 7 nye risikoer, 2 av dem i den siste analysen. Hvilke metoder blir brukt for å avdekke ny risiko? -risikovurderinger ved den enkelte avdeling? -ny kompetanse - andre deltakere? -involvering av AMU? -de ansattes involvering</p>
ROS 1, 2, 3,4	<p>Hva danner grunnlaget for risikoidentifiseringen, erfaring, avvik, uønskede hendelser etc.?</p>

Emne	Spørsmål
ROS 1, 2, 3,4	Da tiltak ble foreslått, ble det da vurdert både eliminerende-, sannsynlighetsreduserende- og konsekvensreduserende tiltak? -Hvordan prioriterte man tiltak?
ROS 1, 2, 3,4	Ukjent risiko, hvordan var metoden for å fange opp dette, og ble det identifisert ukjent risiko? (rørpost)
ROS 1, 2, 3,4	Er det utført noen årsaksanalyser? Hvis nei, hva er grunnen til at en velger vekk dette? Hvis ja, hvilke?
ROS 1, 2, 3,4	Da flyttingen ble gjennomført var det fortsatt mange gule risikoer. Vet du hva som ble gjort i forhold til denne restrisikoen?
ROS 1, 2, 3,4	Til slutt, mener du at det ble en faglig forsvarlig flytting?

Intervju 3

Emne	Spørsmål
ROS 1,2, 3,4	Hvilken rolle hadde vernetjenesten og/eller de tillitsvalgte i ROS 1,2, 3 og 4? Deltakelse Forberedelser gjennomføring rapport Oppfølging Godkjenning av metode og matriser Tatt opp i AMU
ROS 1, 2, 3,4	Da vernetjenesten fikk oversendt ROS analysene, hvordan leste og tolket du/dere dem i forhold til risikobildet? -farger -sannsynlighet -konsekvens -usikkerhet -forskjellige matriser
ROS 1	I ROS1 ble det avdekket en risiko hvor en var bekymret for opphoping av pasienter i akuttmottak. Dette viste seg også å bli et problem under innflytningen og i perioden etterpå. Risikoen har vært i den overordnede risikomatrisen helt fram til og etter flytting, stort sett gul men i november etter flytting satt som rød. Kan du gi noen tanker om hvorfor du tror denne identifiserte risikoen utviklet seg som den gjorde? -undervurdert sannsynlighet/konsekvens? -for stor usikkerhet til å kunne sette et tall på risikoene? -ukjente trusler? -årsaksanalyse?
ROS 2, 3,4	Styrenotat 55-15 og 65-15 sier at det kun var aktuelle prosjektledere og ledere fra PNØ og SØ som deltok på analysene. Stemmer dette, og har verneapparatet reagert på dette?
ROS 1, 2, 3,4	Det er vanskelig å avdekke ny risiko. I ROS 3 og 4 ble det til sammen avdekket 7 nye risikoer, 2 av dem i den siste analysen. Hvilke metoder blir brukt for å avdekke ny risiko? -risikovurderinger ved den enkelte avdeling? -ny kompetanse - andre deltakere? -involvering av AMU? -de ansattes involvering
ROS 1, 2, 3,4	Ukjent risiko, hvordan var metoden for å fange opp dette, og ble det identifisert ukjent risiko? (rørpost)
ROS 1, 2, 3,4	Da flyttingen ble gjennomført var det fortsatt mange gule risikoer. Hvilke tanker gjorde verneapparatet seg om disse?
ROS 1, 2, 3,4	Mener verneapparatet at flytteprosessen ble gjennomført på en faglig forsvarlig måte? Hvis ja, på hvilken måte kan en si at flytteprosessen var forsvarlig?

Emne	Spørsmål
	Hvis nei hvorfor? Har ROS analysene hatt noen påvirkning på dette?
ROS 1, 2, 3,4	Har ROS analysene vært nyttige? Hvis ja, på hvilken måte?

Intervju 4

Emne	Spørsmål
ROS 1, 2, 3,4	"Samlet plan jobbet etter milepæler besluttet av styret i HSØ. For å sikre fremdrift og kvalitet ble det rapport på status og risiko kontinuerlig. Sett i ettertid, opplevde du at risikobilde relatert til flytting fra gammelt til nytt sykehus var reelt?
Styring	I Januar 2014 laget to av dine medarbeidere et dokument som heter Risikovurdering, Beredskap, Kalnes. Dokumentet ble også styregodkjent. Vet du hvordan dett dokumentet er anvendt i prosjektorganisasjonen?
ROS 1, 2, 3,4	Da du fikk oversendt ROS analysene, hvordan leste og tolket du dem i forhold til risikobildet? -farger -sannsynlighet -konsekvens -usikkerhet
ROS 1, 2, 3,4	Da du mottok rapporten gjorde du deg noen tanker om ukjent risiko? Ble det identifisert ukjent risiko? (rørpost)
ROS 1, 2, 3,4	Har du gjort deg noen tanker om hvorfor det ikke er gjennomført noen årsaksanalyser?
ROS 2, 3,4	Risikofaktor, ID 32 Dårlig vær/uforutsette hendelser på flyttedagen, har en konsekvens på 9, men er grønn. Har denne verdien hatt noen konsekvens for videre oppfølging og beslutninger? Hvilke forventninger har du hatt til restrisiko som denne grønne?
ROS 1, 2, 3,4	Da flyttingen ble gjennomført var det fortsatt mange gule risikoer. Hvilke tanker gjorde du deg om dette?
ROS 1, 2, 3,4	Det er blitt hevdet at det var satt akseptkriterier for selve flyttedagen. Var dette kriterier som var nedfelt og som man gjorde en formell risikovurdering opp imot på flyttedagen? Hvordan var eventuelt prosessen for å utarbeide disse kriteriene?
ROS 2, 3	Den andre og tredje ROS analysen ble tatt opp i Styret Sykehuset Østfold HF. Hadde styret forventninger til gul risiko, og var de interessert i å få redusert denne risikoen før flytting?
ROS 1, 2, 3,4	I sluttrapporten blir det sagt at en rapporterer på risiko, men ble det tatt noen beslutninger hvor ROS analysen ble lagt til grunn for beslutningen?
ROS 1, 2, 3,4	Har ROS analysene vært nyttige? Hvis ja, på hvilken måte?
ROS 1, 2, 3,4	Betegnes flyttingen til Kalnes som faglig forsvarlig? Hvis ja, hvordan? I hvilken grad bidro ROS analysene til dette?
Styring	Regionalt Helseforetak SØ, hvordan har de engasjert seg i forbindelse med flyttingen, har de gitt innspill på analyser, risiko og tiltak?

Vedlegg 14, ROS 1 – Risikofaktorer, basert på (Sykehuset Østfold, 2015b)

ROS kolonne: forteller i hvilken ROS analyse risikofaktoren er identifisert

ID kolonne: identifikasjon på risikofaktoren

Risikofaktor: identifisert trussel

S: sannsynlighet

K: konsekvens

R: beregnet risiko

ROS	ID	Risikofaktor	S	K	R
1	1	Kan oppstå samarbeidsproblemer mellom PNØ (inkl. SP prosjekt) og SØ p.g.a. «omkamper» uenigheter/uklarheter. Er ikke godt nok koordinert mellom bygg, IKT og drift gjelder både SØ og PNØ	0,5	7	3,5
1	2	Samspill mellom entreprenører, SØ, PNØ og SP linje når det gjelder driftsoppgaver fungerer dårlig	0,3	7	2,1
1	3	Samarbeidskonflikter – fagkonflikter mellom SP linje og MTA	0,5	7	3,5
1	4	Manglende kompetanse hos SP ved drift og forvaltning	0,5	5	2,5
1	5	Kan oppstå feil i kritiske systemer/ utstyr/IKT / /bygg ved oppstart	0,3	9	2,7
1	6	Manglende utprøving av systemer og utstyr	0,3	7	2,1
1	7	Manglende midlertidige brukstillatelser	0,1	9	0,9
1	8	Samtidigheitskonflikt ved ekstern ulykke ved KIB 1	0,1	3	0,3
1	9	Parallelle aktiviteter på Kalnes i KIB 1 (både drift og byggeplass) kan føre til at pasienter eller ansatte er i områder de ikke har adgang til <ul style="list-style-type: none"> • Kort tid ibruktakelsesfase 	0,5	7	3,5
1	10	Manglende avtaler mellom SØ og SP for nivå på beredskap til KIB 1	0,3	5	1,5
1	11	Ikke gode nok nødrutiner ved crash landing av systemer	0,3	9	2,7
1	12	SØ har ikke tilstrekkelig kapasitet til å ta imot kunnskap innen teknikk. <ul style="list-style-type: none"> • Nedprioriterer opplæring p.g.a. drift (for eksempel i Fredrikstad) 	0,3	5	1,5
1	13	Manglende tid til prioritering av opplæring av kliniske ikt, utstyr og telefoni (driftsoppgaver blir prioritert)	0,3	7	2,1
1	14	SØ og PNØ har ikke samme forventninger til KIB 1 <ul style="list-style-type: none"> • Holder seg ikke til forutsetninger/funksjons-programmet • Forventningsgap. PNØ leverer noe annet enn SØ sine forventninger 	0,3	3	0,9

ROS	ID	Risikofaktor	S	K	R
1	15	Det som er besluttet i funksjonsprosjektet er ikke forenelig med dagens drift	0,3	5	1,5
1	16	Manglende parkeringsplasser <ul style="list-style-type: none"> • Mye trafikk av publikum som vil komme å se. 	0,3	3	0,9

Vedlegg 15, ROS 2, 3 og 4 – Risikofaktorer, basert på (sykehuset Østfold, 2015c, 2015d, 2015e)

ROS kolonne: forteller i hvilken ROS analyse risikofaktoren er identifisert

ID kolonne: identifikasjon på risikofaktoren

Risikofaktor: identifisert trussel

S: sannsynlighet

K: konsekvens

R: beregnet risiko

ROS	ID	Risikofaktor	S	K	R
2	1	blir ikke ferdig med valideringen i.h.t. planen	0,1	7	0,7
2	2	får ikke testet nye ikt løsninger og utstyret i tide (gjelder SØ, SP og PNØ)(lab, røntgen og telefoni) (pga. bl.a. ressursutfordringer)	0,7	3	2,1
3	2	får ikke testet nye ikt løsninger og utstyret i tide. Mest kritisk er: -trådløst nett -pasientovervåking -RPSM (meldingsvarling) - LVMS/LAB	0,7	3	2,1
4	2	som for ROS 3, ID 2	0,7	3	2,1
2	3	manglende ferdigstillelse av SD anleggene	0,7	3	2,1
3	3	manglende ferdigstillelse av SD anleggene-dette gjelder: Detaljer på rent rom Romkontroll i sengebygg	0,7	5	3,5
4	3	som for ROS 3, ID 3	0,3	5	1,5
2	5	krevende samarbeidsrelasjon mellom aktørene. Problemer med å opprettholde tidsfrister	3	5	1,5
2	8	har ikke alle prosedyrer på plass i tide	0,3	5	1,5
3	8	som for ROS 2, ID 8	0,1	5	0,5
4	8	som for ROS 2, ID 8	0,1	5	0,5
2	9	har ikke god nok felles (SØ, PNØ, SP, SA) lederforankring - avviker fra vedtatte planer	0,3	5	1,5
2	10	Overgang OU prosjektet/mottaksprosjektet versus drift	0,5	5	2,5
2	11	Vanskelig å skille endringsønske fra feil og mangler. Kommer mange endringsønskter som må behandles	0,7	3	2,1
2	13	Stor arbeidsbelastning kan føre til sykefravær/fravær av nøkkelpersoner	0,5	3	1,5

ROS	ID	Risikofaktor	S	K	R
3	13	som for ROS 2, ID 13	0,5	3	1,5
4	13	Stor arbeidsbelastning kan føre til sykefravær/fravær av nøkkelpersoner Gjelder spesielt lab og RTG, p.g.a. etablering av transittmottak	0,9	3	2,7
2	14	Får ikke testet bygg/løsninger før full drift (kapasitetstesting)	0,3	7	2,1
3	14	som for ROS 2, ID 14	0,3	7	2,1
4	14	som for ROS 2, ID 14	0,3	7	2,1
2	15	Manglende informasjonsdeling av leveranser underveids - på konsekvens og fremdrift	0,3	9	2,7
3	15	Informasjon som har betydning for forståelsen av hva som inngår i leveranser og beslutninger relatert til leveransene når ikke frem til alle interessenter	0,1	9	0,9
4	15	som for ROS 3, ID 15	0,1	9	0,9
2	16	Kritiske feil og mangler fra PNØ-leveranser kan gå utover drift. Manglende egenkontroll fra entreprenørene. Manglende planlegging og koordinering av tester -Manglende funksjonstesting i klinisk virksomhet (teknikk, bygg)	0,3	9	2,7
3	16	Kritiske feil og mangler fra PNØ-leveranser kan gå utover drift.	0,1	9	0,9
4	16	som for ROS 3, ID 16	0,1	9	0,9
2	18	har ikke avsatt risikomarging i forhold til vedtatt budsjett	0,7	5	3,5
2	20	media-manglende lojalitet for varslingsrutiner ansvar og roller	0,3	5	1,5
2	22	Kritisk for igangsetting og stabilisering av drift at SØ bygger opp kapasitet og kompetanse til å overta driftsansvaret før PNØ nedbemanner og entreprenører demobiliserer og ikke er tilgjengelig	0,1	3	0,3
2	24	Har ikke etablert drifts og vedlikeholds service/avtaler i forhold til behov	0,5	3	1,5
3	24	Har ikke etablert drifts og vedlikeholds service/avtaler i forhold til behov (gjelder ikke byggeteknisk)	0,5	3	1,5
4	24	som for ROS 3, ID 24	0,5	3	1,5
2	25	Medarbeiderne er ikke godt nok forberedt til flytting. Har ikke tilpasset god nok opplæring før innflytting (utstyr, IKT)	0,3	5	1,5
3	25	som for ROS 2, ID 25	0,3	5	1,5
4	25	som for ROS 2, ID 25	0,1	5	0,5

ROS	ID	Risikofaktor	S	K	R
2	27	Manglende ressurser/kapasitet/kompetanse i SØ til forvaltning av nye IKT løsninger/nye arbeidsprosesser	0,3	7	2,1
3	27	som for ROS 2, ID 27	0,3	7	2,1
4	27	som for ROS 2, ID 27	0,1	7	0,7
2	31	Ombygging av 4. etg. (hotellpost, øye akutfunksjon) rett etter eierskifte (tid, avklaring og enighet om mangler) utgår	0,3	3	0,9
2	32	Dårlig vær/utforutsette hendelser på flyttedagene	0,1	9	0,9
3	32	utforutsette hendelser på flyttedagene Pasientflyttingen Nedetid på kritiske IKT-systemer Økt pasienttilstrømning både Fredrikstad og Kalnes	0,1	9	0,9
4	32	som for ROS 3, ID 32	0,1	9	0,9
2	33	Manglende kompetanse hos SP ved drift og forvaltning	0,5	5	2,5
3	33	Utfordrende driftsforutsetninger med lavere kvalitet enn forventet på løsninger, samt tilhørende behov for økte ressurser	0,5	5	2,5
4	33	Manglende ressurser og erfaring i SP med å drifte RPSM	0,5	5	2,5
3	34	MTU flytt - ukoordinert IKT leveranser	0,7	5	3,5
4	34	som for ROS 3, ID 34	0,3	5	1,5
3	35	mangler i oversikten over tekniske tilknytninger til MTU flytt (strøm, kapasitet, ventilasjonen, overvåking et)	0,3	3	0,9
4	35	som for ROS 3, ID 35	0,3	3	0,9
3	36	Manglende ferdigstillelse av drifts- og forvaltningsmodell MTU IKT	0,3	5	1,5
4	36	drifts- og forvaltningsmodell MTU IKT er klar, men underliggende tjenesteavtaler er ikke ferdigstilt	0,3	5	1,5
3	37	mangler ferdigstillelse av driftsavtale mellom SØ og SA	0,3	3	0,9
4	37	som for ROS 3, ID 37	0,3	3	0,9
4	38	Strøm Nødprosedyrer og testregime har avdekket to konkrete feil i tilknytning til el. kraftforsyningens redundans og omkoblingsautomatikk.	0,1	9	0,9
4	39	Analysehallen har ikke den forventede automasjonsgrad ved oppstart.	0,7	5	3,5

Vedlegg 16, Overordnet risikorapport for mai, basert på (Sykehuset Østfold, 2015a)

Kolonne Drift: Beskriver risiko som er driftsrelaterte

Kolonne Samlet Plan: Beskriver risiko som er prosjektspesifikk

Kolonne Risiko ID: Identifikasjon på risikofaktoren

Kolonne Risiko: identifisert trussel

Konsekvensområder for drift: Hovedområder for konsekvensvurdering i drift

Konsekvensområder for Samlet plan: Hovedområder for konsekvensvurdering i prosjekt

		KONSEKVENSONMRÅDER FOR DRIFT					KONSEKVENSONMRÅDER FOR SAMLET PLAN				
Risiko ID	RISIKO	SANNSYNLIGHET	PASIENT/KVALITET	HMS	RESSURS	ØKONOMI	SANNSYNLIGHET	FREMDRIFT	ØKONOMI	KVALITET	GEVINST
DRIFT	D1	Vedvarende kapasitets- og kvalitetsutfordringer i tilbudet til kreftpasienter.	3	3	2	4	4				
	D2	Fare for korridorpasienter, økt antall utepasienter* og opphopning av pasienter i akuttmottaket.	4	3	2	3	3				
	D5	Økonomi knyttet til følgende punkter <ul style="list-style-type: none"> • Inndekning fra HSØ av pukkelkostnadene • Uavklart kostnadsbilde for drift og vedlikehold av systemer og bygg • Inndekning av kostnader for utsatt funksjonalitet (både merkostnad i drift og investering for å nå planlagt funksjonalitet) 	4				5				
	D6	Medarbeidere og ledere opplever for stort arbeidspress knyttet til endring og omstilling i drift og prosjektarbeid før, under og etter klinisk ibruttakelse.	3	1	2	3	3				
SAMLET	S1	Det er ikke satt av god nok tid til gjennomføring av planlagt prøvedrift for utstyrstunge enheter (eks operasjon, sterilsentral og						2	4	4	2

		KONSEKVENSSOMRÅDER FOR DRIFT					KONSEKVENSSOMRÅDER FOR SAMLET PLAN				
Risiko ID	RISIKO	SANNSYNLIGHET	PASIENT/KVALITET	HMS	RESSURS	ØKONOMI	SANNSYNLIGHET	FREMDRIFT	ØKONOMI	KVALITET	GEVINST
	senter for lab) før klinisk drift starter i KIB 2.										
S2	<ul style="list-style-type: none"> Får ikke gjennomført planlagt opplæring Samtidighetskonflikter med andre ibruktakelse-aktiviteter 						2	4	4	4	
S3	Manglende oppfølging av planlagte arbeidsprosesser og videreutvikling av systemer etter innflytting.						3	2	3	3	4
S5	<p>Integrasjoner med DIPS (elektronisk pasientadministrasjon- og journal)</p> <p>Integrasjoner blir ikke etablert med akseptabel kvalitet og i henhold til plan.</p> <p>Totaliteten i DIPS-leveransen er en kritisk komponent. Flere av de nye og eksisterende systemene skal ha integrasjoner med DIPS.</p>						4	4	3	3	3
S6	<p>Meldingsvarsler og mobilitet (Imatis)</p> <ul style="list-style-type: none"> NY: Forsinkelser i leveranse av samspillet mellom meldingsvarsling som konsept og bruk av smarttelefoner til KIB 1. Forsinket leveranse og tilhørende applikasjon (smarttelefon) 						3	3	3	3	
S7	<p>Elektronisk kurve & Delta/legemiddelhandtering</p> <ul style="list-style-type: none"> Forsinkelser og restanser i leveranser Forsinkelser i etablering av lokal og regional forvaltning Forsinkelser i etablering av legemiddellager på Kalnes 						3	4	3	4	4

		KONSEKVENSSOMRÅDER FOR DRIFT					KONSEKVENSSOMRÅDER FOR SAMLET PLAN				
Risiko ID	RISIKO	SANNSYNLIGHET	PASIENT/KVALITET	HMS	RESSURS	ØKONOMI	SANNSYNLIGHET	FREMDRIFT	ØKONOMI	KVALITET	GEVINST
S8 M	Felles lab datasystem (LVMS) Generell risiko						4	5	4	4	4
	<ul style="list-style-type: none"> Manglende planverk (det foreligger ikke prosjektplaner etter 24.04) Manglende koordinering av utbyggingsområdene U5 IKT / U6 MTU (PNØ) og SØ3) Ustabilitet i løsning og manglende funksjonalitet (også for overvåking av løsning i drift) 										
S8P	Medisinsk mikrobiologi og biokjemi (er ibruktatt)						4	3	4	4	4
	<ul style="list-style-type: none"> NY: Funksjonelle restanser og ustabilitet Feil i primærhelse-tjenestens EPJ / utfordringer med elektronisk utveksling av informasjon (Se S11 IHR for teknisk risiko) 										
	Patologi 24.04.2015										
	<ul style="list-style-type: none"> Løsningen dekker ikke fullt ut fagområdets behov 										
S11	IHR (interaktiv henvisning og rekvisisjon)-Lab grensesnittet blir ikke ferdig til KIB 2.						3	5	3	3	5