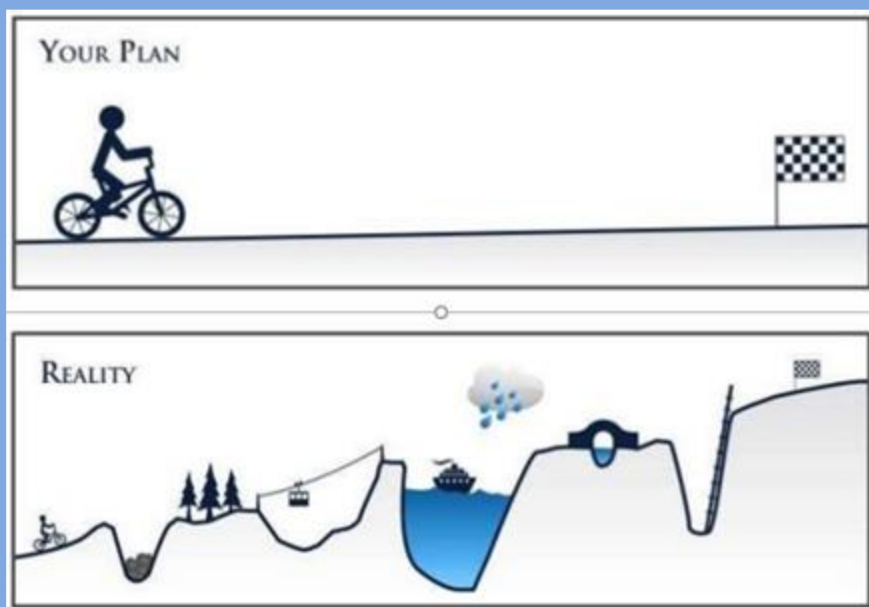




Styresak 116 /2020

Vedlegg 1

ROS Nye HSYK Prosjektgjennomføring



Konseptfasen – steg 0

8.des.2020

Kvalitetskontroll

Hendelse	Revisjon	Dato	Enhet	Utført av	Kommentarer		Kommentar
					Ja	Nei	
Opprettet	0.0	29.10.20	HMS&K	JER			
Sidemanns-kontroll	0.1	09.11.20	Råd	AV	X		Innarbeidet
Tverrfaglig kontroll	0.2	19.11.20	Prosjektteam	VH	X		Innarbeidet
Tverrfaglig kontroll	0.3	23.11.20	Prosjektteam	VH	X		Flere risikokort mottatt
Godkjent	1.0	08.12.20	Prosj.dir Utvikling	TAA	X		Innarbeidet
Velg et element.							
Velg et element.							
Velg et element.							
Velg et element.							
Velg et element.							

Versjon	1.0
Dato	08.12.2020
Status	Godkjent
Utarbeidet av	Sykehusbygg HF v/Jens Eirik Ramstad
Godkjent av	HSYK v/ Torbjørn Aas

INNHold

1	Oppsummering.....	3
2	Introduksjon	7
	2.1 Omfang.....	7
	2.2 Målsetting	7
3	Kort beskrivelse av prosjektet.....	8
	3.1 Bakgrunn	8
	3.2 Organisering og prosjektgjennomføringsmodell	8
	3.3 Mål for prosjekt Nye Helgelandssykehuset	9
	3.4 Kritiske suksessfaktorer for prosjektet	9
4	Gjennomføring og oppfølging av ROS-aktivitetene	10
	4.1 Arbeidsmetodikk	10
	4.2 Risikobilde	11
	4.3 Oppfølging gjennom prosjektets faser.....	12
5	Vedlegg.....	13

1 Oppsummering

Risikostyring er et viktig verktøy for ledelsen av sykehusprosjekter. Nye Helgelandssykehuset – styringsdokument konseptfase steg 0 v6.0 stiller krav om at det skal gjennomføres en helhetlig risikovurdering (ROS) ved oppstart av konseptfasen for prosjektet Nye Helgelandssykehuset (Nye HSYK).

Denne rapporten dokumenterer resultatet av dette arbeidet. Risikobildet som presenteres er kommet fram i arbeidsmøter der nøkkelpersonell fra prosjektgruppene for «utvikling (HSYK)» og «utbygging (Sykehusbygg)» har deltatt. Administrerende direktør sin ledergruppe har vært involvert i arbeidet. Risikobildet er supplert med innspill fra ulike nivå i Helgelandssykehusets lederlinje og foretakstillitsvalgte. Risikovurderingen tar utgangspunkt i en kartlegging av hva som kan true prosjektets suksess (tid/framdrift, kostnad og kvalitet). Også oppsider/muligheter (potensielle gevinster) er inkludert i dette kartleggingsarbeidet.

Arbeidsprosessen følger overordnede prinsipper og rammeverk for risikostyring i Sykehusbygg (SHB-S-PRO-005). Sykehusbygg sin praksis for risikostyring følger hovedlinjene i den nasjonale standarden NS 5814 (Krav til risikovurderinger) og den internasjonale standarden ISO 31000:2009 (Risikostyring - Prinsipper og retningslinjer).

Målsettingen med ROS-aktiviteten har vært å identifisere og vurdere muligheter og trusler relatert til oppnåelse av de overordnede prosjektmålene og beskrive risikoreduserende tiltak. I denne omgangen har man hatt spesielt fokus på gjennomføringen av konseptfase steg 0.

Hovedhensikten med denne aktiviteten er å jobbe systematisk med risikoreduksjon. Det betyr å følge opp at vedtatte risikoreduserende tiltak iverksettes og får effekt. Dette kalles risikostyring og skal være en prosess som repeteres regelmessig gjennom alle prosjektets faser.

Risikobildet må betraktes som et øyeblikksbilde og reflekterer at det er mange forhold som skaper bekymring. Dette er normalt i startfasen av et stort utbyggingsprosjekt.



Figur 1: Bruk av ROS i sykehusprosjekter (ref. SHB-S-PRO-005, steg 0 erstatter Prosjektinnramming)

I oppstart av store og antatt krevende utbyggingsprosjekter er det naturlig med stor usikkerhet knyttet til forhold som økonomi, omfang, struktur og tomtevalg. Dette gjenspeiler også denne ROS-vurderingen. Risikobildet er i tillegg preget av erfaringene fra tidligere runder med Nye HSYK.

Etter risikokartleggingen og en bearbeiding av alle innspill står vi igjen med totalt er 28 uønskede hendelser og forhold som kan true prosjektets måloppnåelse (13 «røde», 13 «gule» og 2 «grønne» trusler). 3 potensielle muligheter/oppsider er identifisert.

Følgende forhold anses å være de med høyest risiko («rød») og der det er nødvendig med nye risikoreducerende tiltak og tett oppfølging fra prosjektledelse og eiere:

- **1. Prosjektets styringsmodell/beslutningsstruktur:** Fare for at den overordnede styringsmodellen skaper uklarhet og fører til forsinkede beslutningsprosesser eller uklare/manglende vedtak som dermed påvirker prosjektets framdrift og kvalitet på leveranser
- **2. Uenighet internt i HSYK:** Fare for at interne stridigheter, manglende lojalitet til fattede beslutninger eller ønske om omkamper fører til forsinket og ineffektiv prosjektgjennomføring (eks. ny klinikkstruktur, fordeling av funksjoner)
- **3. Prosjektledelse og nøkkelpersonell:** Fare for manglende kontinuitet blant prosjektets nøkkelpersonell og at arbeidsomfanget ikke lenger er i samsvar med prosjektorganisasjonens kapasitet.
- **4. Høyt konfliktnivå:** Fare for at et høyt konfliktnivå påvirker framdrift og kvalitet i konseptfasen og evnen til å videreutvikle et helhetlig tjenestetilbud
- **5. Prosjektøkonomi:** Fare for at prosjektets styringsramme ikke er tilstrekkelig til å innfri krav og forventninger. Fare for uklarhet i hva som skal dekkes av rammen.
- **6. Økonomisk bæreevne:** Fare for at vedtatt sykehusstruktur blir kostbar å drifte, dvs. at forventede økonomiske og faglige gevinster ikke lar seg realisere.
- **7. Medvirkning/Tilgjengelige ressurser i HSYK:** Fare for at HSYK ikke har nok ressurser til å delta i arbeidsprosesser, samt ta eierskap og forankre resultater fra konseptfasen.
- **8. Stort mediepress:** Fare for at stort mediepress over tid i tillegg til ordinær drift, legger et stort press på flere funksjoner/personer. Dette kan føre til stor slitasje på organisasjonen som reduserer kvalitet og framdrift.
- **9. OU-prosess:** Fare for at kampen mellom byene fortsetter og at OU-prosessen vanskeliggjøres
- **10. Miste spesialister/tilbud i interimperioden:** Fare for at nøkkelpersonell i HSYK slutter og at det blir vanskelig å rekruttere i interimperioden (ca. 8 år) som igjen kan gi redusert pasienttilbud
- **11. Omkamper:** Fare for at interessenter ønsker omkamp om strukturvedtaket
- **12. Covid-19:** Fare for at smittesituasjonen utvikler seg negativt, og at dette påvirker enhetenes mulighet til bl.a. å ta ut ressurser i ulike arbeidsgrupper. Kan påvirke framdriften og forankringsarbeid
- **13. For lite areal:** Fare for at det skal bli for lite areal til pasientrom, behandlingsrom og kontor i Nye Helgelandssykehuset

Risikokartleggingen har også sett nærmere på muligheter/oppsider (potensielle gevinster) som kan oppnås i prosjektgjennomføringen. Det er normalt at det er vanskelig å konkretisere muligheter/oppsider i så tidlig fase av prosjektet. Følgende forhold har blitt identifisert:

- Mulighet for å utnytte "ferske" erfaringer/løsninger fra andre sykehusprosjekter som gir bedre kvalitet og/eller potensial for innsparinger
- Mulighet for å få på plass faglig ledelse og etablere klinikkstruktur som kan bidra til et harmonisert utviklingsplanarbeid med ledelsesstruktur. Det kan bidra til at vi får en «ny start» og drahjelp i arbeidet med Nye Helgelandssykehuset.
- Mulighet for at omorganiseringsprosessen som kjøres parallelt med Nye Helgelandssykehusets konseptfase 0 vil få en positiv innvirkning på prosjektet

Disse tiltakene anses som viktig for å redusere risiko. Prosjektorganisasjonen er selv ansvarlig for mange av dem. Noen av tiltakene krever eierskap fra Helgelandssykehuset og Helse Nord (HN)

Område	Beskrivelse
1	Styring Tydeliggjøre hva i vedtakssakene som vil kreve beslutning i HN med referanse til styringsdokumentet der HSYK er definert som prosjekteier. Administrasjonen i HSYK og HN skal samarbeide tett om utformingen av disse sakene. Det utarbeides en tidsplan for beslutningssaker som gir tilstrekkelig tid for drøfting og beslutning. (ansvar: Prosjektet).
2	Styring Prosjektledelsen bidrar til gode samarbeidsprosesser med styrene, for å sikre god kvalitet på styresaker og bidra til god innsikt i prosjektets prosesser og leveranser. (Ansvar: Prosjektet)
3	Styring Prosjektledelsen må tydeliggjøre hvilke beslutninger som må fattes når og konsekvensene av manglende/forsinkede vedtak. (Ansvar: Prosjektet)
4	Økonomi Prosjektet tar initiativ til å avklare med HSYK og HN hva rammen på 2,5 mrd. skal omfatte (tiltak i interimperioden, nybygg, ombygging, prehospital, utstyrspakke i DMS Brønnøysund) (Ansvar: Prosjektet)
5	Prosjektutvikling Prosjektet innfører kostnadsstyrt prosjektutvikling som virkemiddel til å styre videre planlegging og prosjektering (steg 1 og 2 av konseptfasen). (Ansvar: Prosjektet)
6	Utviklingsorganisasjonen Tett dialog med linjeorganisasjonen om ressursuttak, krav til framdrift, og forventning om smidighet fra linje og foretakstillitsvalgte. Prosjektet utarbeider en omforent plan for medvirkningsaktiviteter (Ansvar: HSYK og prosjektet)
7	Framdrift Uenighet/konflikt Etablere en god prosess med faglig utviklingsplan (faggrupper - få med de riktige og nødvendig kompetanse). Prosjektet beskriver plan og metode for fasilitering. (Ansvar: Prosjektet)

Område	Beskrivelse
8	Økonomisk bæreevne Det er prosjektets ansvar å tilpasse faglig strategisk utviklingsplan slik at tiltakene tilpasses den økonomiske bæreevnen (steg 0). Økonomisk bæreevne skal utredes og optimaliseres i steg 1 og steg 2. HSYK har ansvar for å etablere et finansielt handlingsrom. (Ansvar: Prosjektet og HSYK)
9	Rekruttering i interimperioden Skape forutsigbarhet i interimperioden så tidlig som mulig. Dette omfatter faglige funksjoner, tomt for sykehus i Sandnessjøen og omegn, vaktbelastning mm. Gjennom faglig strategisk utviklingsplan skape grunnlag for snarlig avklaring av fremtidig drift i Mosjøen. Innstilling tomt for SSJ avklares sommer 2022 (Ansvar: Prosjektet, HSYK og HN)
10	Erfaringsoverføring Det gjøres en kartlegging av læringspunkter (både beste praksis og ikke anbefalte løsninger) fra relevante prosjekter i inn- og utland med beskrivelse av hvordan dette skal hensyntas i konseptfase, inklusive premisser for framskrivning (Ansvar: Prosjektet)
11	Informasjon/ Kommunikasjon God informasjon til alle ansatte i foretaket, til kommuneledelse og befolkningen for øvrig vedrørende prosessen og hva som skjer steg for steg. Norges beste lokalsykehus – hva betyr dette for Helgeland ? Kommunisere mål og prosess til omgivelsene på en måte som skaper forutsigbarhet og tillit til prosessen. (Ansvar: HSYK)
12	HSYK ledelse Plan for flytting av ledelse i henhold til styringsdokumentet sin beskrivelse (Ansvar: HSYK)
13	Samling av fagmiljø/ Funksjonsfordeling Kartlegge og vurdere synergier ved samling av fagmiljø og funksjonsfordeling iht vedtaket om struktur og lokalisering (inngå i faglig strategisk utviklingsplan, konseptfaen steg 0) (Ansvar: Prosjektet)
14	Tilgjengelighet Tilgjengelighet for pasienter og ansatte vil bli utredet som grunnlag for tomtevalg i Sandnessjøen med omegn. (Ansvar: Prosjektet)

Tabell 1: Risikoreducerende tiltak

2 Introduksjon

2.1 Omfang

Dette dokumentet oppsummerer den helhetlige risikovurderingen som er gjennomført i forbindelse med oppstart av konseptfasen steg 0 for prosjekt Nye Helgelandssykehuset (PNHS).

Risikovurdering er basert på:

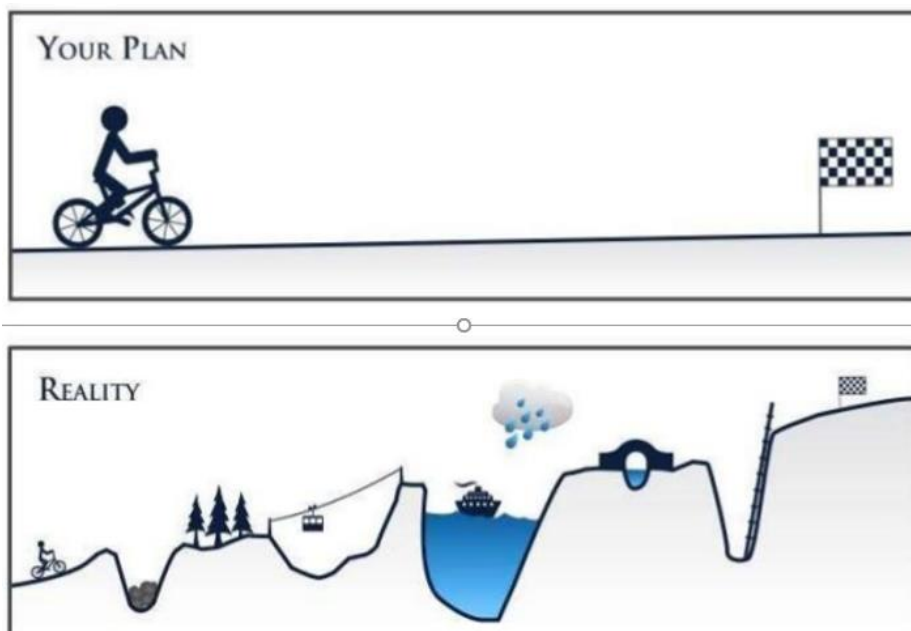
- Felles arbeidsmøter i koordineringsgruppen (= prosjektledelsen) for Nye Helgelandssykehuset (30.okt, 2.nov, 18. nov og 19. nov)
- Egne risikovurderinger utført av HSYK ledelse (SSJ,MSJ,MiR, Senter for samhandling)
- Innspill fra Helse Nord v/Hilde Rolandsen
- Egne risikovurderinger utført av foretakstillitsvalgte (Legeforeningene i SSJ, MSJ og MiR, Norsk Sykepleieforbund, Ergoterapiforbundet)
- Egen risikovurdering utført av vernetjenesten

Det reflekterer en svært bred og medvirkning der 118 risikokort er mottatt og videre bearbeidet av prosjektledelsen slik at man står igjen med et håndterlig antall risikoer og tiltak.

2.2 Målsetting

Målsettingen med ROS-analysene har vært:

1. Etablere felles forståelse (i prosjektgruppene, i styringsgruppe og hos eier) for hva som kan true prosjektets suksess
2. Etablere et felles eierskap til hvilke risikoreduserende tiltak det er nødvendig å innføre og etterleve
3. Gjennom dette starte opp prosjektets risikostyringsprosess som innebærer at prioriterte tiltak følges opp og ny risiko identifiseres og vurderes undervegs i prosjektet.



Figur 2: Risikoanalyse er å være etter «etterpåklok på forhånd

Målet er altså at resultatet av ROS-vurderingen skal bli brukt aktivt av prosjektledelsen til å styre risiko, herunder rapportere risiko opp til styringsgruppe og eier på en hensiktsmessig måte

gjennom hele prosjektgjennomføringen.

Regelmessig oppdatering er av vesentlig betydning for at risikostyringen skal reflektere situasjonen i prosjektet, herunder aktuelle planer, hovedaktiviteter og utfordringer.

3 Kort beskrivelse av prosjektet

3.1 Bakgrunn

I foretaksmøte med Helse Nord RHF den 27. januar 2020, avgjorde helse- og omsorgsminister Bent Høie ny sykehusstruktur på Helgeland. Helseministeren sluttet seg til styret i Helse Nord RHF sitt vedtak i sak 137-2019 Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering og ber Helse Nord RHF følge opp dette i det videre arbeidet.

I foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF 5. februar 2020 ber Helse Nord RHF Helgelandssykehuset HF om å følge opp vedtaket i foretaksmøtet i Helse Nord RHF i tett samarbeid med Helse Nord RHF.

Vedtaket om struktur og lokalisering omfatter en løsning med ett sykehus lokalisert på to steder; ett akutt sykehus i Mo i Rana og ett i akutt sykehus i Sandnessjøen og omegn. I tillegg videreføres planene om et distriktmedisinsk senter i Brønnøysund. I konseptfasen skal etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen utredes. Akutt sykehuset i Sandnessjøen og omegn skal være hovedsykehus.

Styret i Helse Nord RHF forutsetter at Helgelandssykehuset skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokasjoner.

Styringsdokument for konseptfasens steg 0 ble vedtatt 28. oktober 2020.

Mandatet med målbildet omfatter videreutvikling av en helhetlig tjeneste med hovedfokus på pasienten og sømløse tjenester mellom ulike nivåer og områder i den samlede helsetjenesten. Mandatet omfatter etablering av en moderne spesialisthelsetjeneste i en to-sykehusløsning. Den nye strukturen krever endringer av hvordan tjenesten er organisert og investeringer i bygg og utstyr. Samtidig med at utviklingsprosjektet gjennomføres skal tjenesten til befolkningen opprettholdes. Endring og utvikling i dette omfanget er et potensial for uønskede hendelser. Tidlig identifisering av risiko og sårbarhet gir prosjektorganisasjonen muligheter for å være i forkant og kunne iverksette tiltak for å eliminere eller redusere risiko i prosjektet.

3.2 Organisering og prosjektgjennomføringsmodell

Helgelandssykehuset HF leder det samlede utviklingsprosjektet og er den juridiske byggherre for det bygningsmessige utviklingsarbeidet. Sykehusbygg HF har prosjektledelsen for de byggregrelaterte prosessene og bistår med støtte til prosjektledelsen.

Prosjektet styres av en egen styringsgruppe. Planarbeidet skal gjennomføres med deltakelse fra eier, ansatte og ledere i Helgelandssykehuset, samarbeidsparter i andre deler av helsetjenesten og utdanningsinstitusjoner, i tillegg til representanter for brukere, fagorganisasjoner og vernetjenesten.

Prosjektledelsen har etablert en referansegruppe med eksterne aktører fra sentrale samfunnsfunksjoner.

3.3 Mål for prosjekt Nye Helgelandssykehuset

Nye Helgelandssykehusets visjon er å bli Norges beste lokalsykehus. Målet er å etablere ett sykehus som gir trygghet for befolkningen på Helgeland. Det skal være pasienttilpassede, kunnskapsbaserte og sammenhengende tjenestetilbud av høy kvalitet, som møter dagens og fremtidens behov. Helgelandssykehuset skal bidra til et Helgeland som er attraktivt og i utvikling – for fagmiljøene og samarbeidspartnere. Helgelandssykehuset skal gi tilgjengelige, gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det.

Prosjektets resultatmål for konseptfasen er vedtatt gjennom styringsdokumentet:

«Konseptfasen skal munne ut i et faglig godt begrunnet beslutningsgrunnlag. Det skal pekes på det konseptet som best oppfyller de målene som er definert i mandatet og styringsdokumentet. Beslutningsgrunnlaget er resultatmålet for konseptfasen.

Konseptet beskrives i en konseptrapport som gir Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF grunnlag for å beslutte om man skal gå videre i en forprosjektfase. Konseptfaserapport og rapport fra ekstern kvalitetssikring (KSK) skal gi grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

For konseptfasen vil resultatmålene for kvalitet og kostnad likestilles og prioriteres foran tid:

Prioritet 1: Kvalitet og kostnad – Det foreligger et beslutningsunderlag som er tilstrekkelig faglig utredet og er innenfor definert styringsmål for investering og bærekraft. Underlaget gir Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF grunnlag for beslutning om videreføring til forprosjekt.

Prioritet 2: Tid – Prosjektet har som mål å sende inn lånesøknad i forbindelse med behandling av statsbudsjett for 2024 (behandles høsten 2023).»

Vedtatt styringsramme for prosjektet er 2,5 Mrd. Tallet forutsetter lånetilsagn fra Helse- og omsorgsdepartementet og vil vurderes på nytt etter konseptfasen.

Nærmere beskrivelse av målstruktur og organisering finnes i vedtatt Styringsdokument for konseptfasens steg 0.

3.4 Kritiske suksessfaktorer for prosjektet

Suksessfaktorer er definert som forhold som må ligge til rette for at prosjektresultatet skal oppfattes som vellykket. Suksessfaktorene inneholder både risikomomenter og muligheter for prosjektet. For å lykkes er det viktig at alle parter og interessenter er bevisst prosjektets kritiske suksessfaktorer og at det jobbes aktivt med tiltak knyttet til suksessfaktorene i prosjektutviklingen.

I styringsdokumentet er det gjort en vurdering av prosjektets kritiske suksessfaktorer for konseptfasen for å lykkes med forventet resultat:

- Fokus på hva som er gode løsninger for pasienter på Helgeland
- Ny organisasjon- og ledelsesstruktur
- Oppdatert faglig strategisk utviklingsplan
- Helgelandssykehuset er ett sykehus
- Felles målforståelse i hele organisasjonen
- Felles forståelse av vedtaket
- Felles risikoforståelse

- Ledere og ansatte viser lojalitet og forpliktelse til vedtaket
- Åpen, transparent, sporbar og forutsigbar prosess. Herunder at formell behandling i etablerte organer er godt forberedt, planlagt i god tid. At det av protokoller framgår tydelig hva partene eventuelt er uenige i og at tillitsvalgte har tilstrekkelig tid til å delta i prosessen
- Tydelig og forståelig kommunikasjon
- Tydelige styrings- og beslutningslinjer
- Tydelig mandat og forventningsavklaringer
- God kostnadsstyring
- Opprettholde god drift i interimperioden - fra beslutning om struktur til ferdigstilling av omstrukturering
- Relevant klinisk, analytisk og teknologisk kompetanse

4 Gjennomføring og oppfølging av ROS-aktivitetene

4.1 Arbeidsmetodikk

Arbeidet er gjennomført i henhold til prinsippene i Sykehusbygg sitt styringssystem. Følgende metodikk ble fulgt:

1. Introduksjon, formål og overordnet metodikk for ROS,
2. Systemdefinisjon, dvs hva skal vurderes
 - a. gjennomføringsmodell med milepæler og interessenter (inkl. konseptfase «steg 0»)
 - b. Resultatmål
 - c. Definerede suksesskriterier
3. Individuell risikokartlegging, trusler og muligheter
Hver enkelt møtedeltager ble bedt om å bruke 15 minutter på å skrive ned de viktigste trusler/bekymringer og muligheter/opsider sett fra sitt ståsted; «Risikokort» se Figur 3 nedenfor.
4. Gjennomgang og drøfting i plenum av identifiserte trusler og muligheter
Risikokortene ble presentert og begrunnet av den enkelte og diskutert/utfordret av møtedeltagerne for å oppnå en felles forståelse av risikoen.
5. Kort oppsummering, risikobilde
6. Etter arbeidsmøter: Komplettere og sammenstille analysen
7. Kvalitetssikring

The image shows two side-by-side risk assessment forms. The left form is titled "RISIKOIDENTIFISERING (trussel)" and has a red header. The right form is titled "RISIKOIDENTIFISERING (mulighet)" and has a blue header. Both forms are for the "ROS prosjektgjennomføring «Fase 0» Nye Helgelandsykehuset" dated 28.10.2020. Each form includes a "Foreslått av:" field, a "Risikobeskrivelse:" section, a "Tiltak som er iværksatt:" section, and a "Tiltak (hva må til for å realisere):" section. There are also sections for "Sannsynlighet" and "Konsekvens (verdi)". At the bottom of each form, there are checkboxes for "Gjennomføringsprosess", "Kvaliteter/Funksjoner/Løsninger", and "Annet".

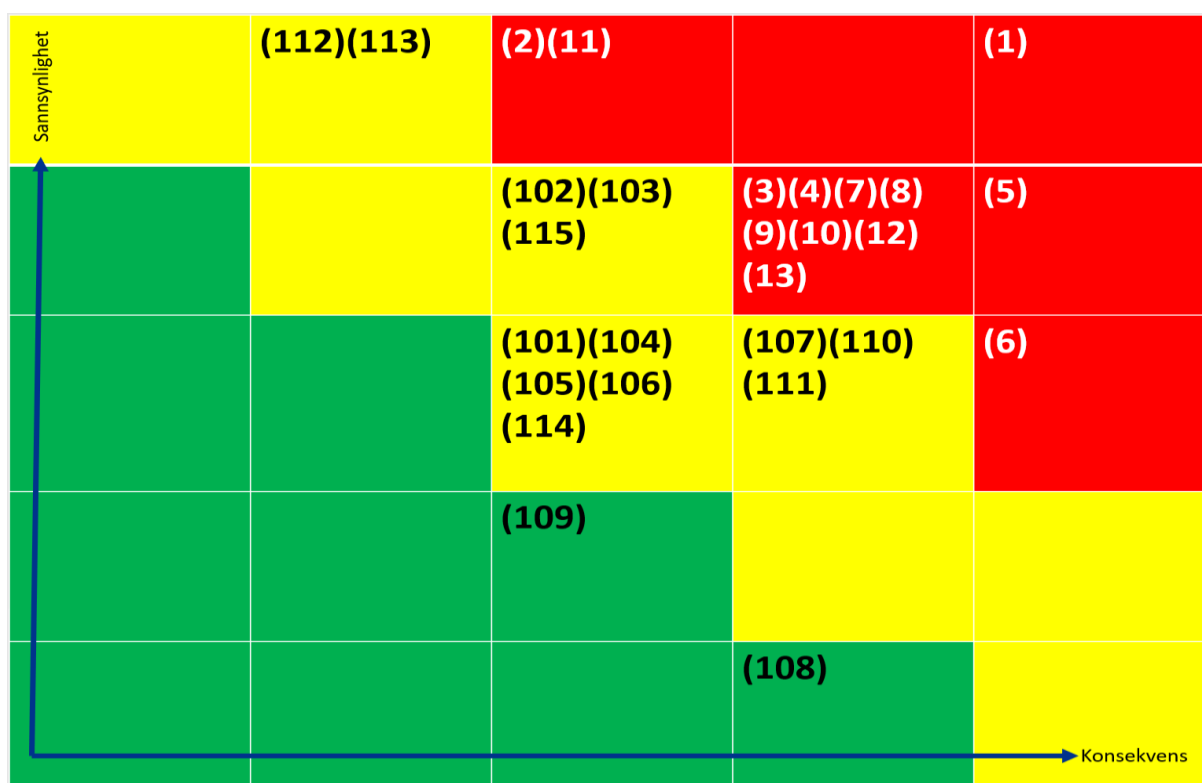
Figur 3: Risikokort er brukt til kartlegging av prosjektrisiko

4.2 Risikobilde

Totalt 121 risikoforhold er blitt kartlagt. Etter en videre bearbeiding og drøfting i prosjektledelsen står vi igjen med 28 uønskede hendelser (trusler) med ulik alvorlighetsgrad:

- Rød risiko anses som høy og prinsippet er at risikoreducerende tiltak skal iverksettes.
- Gul risiko kan man velge å leve med, men tiltak bør innføres så lenge innsatsen (kostnaden) rettferdiggjør effekten av tiltaket.
- Grønn risiko er vurdert som så lav at risikoreducerende tiltak ikke er nødvendig

En foreløpig samlet vurdering har gitt følgende risikobilde (trusler):



Figur 4: Risikobilde (nummer i parentes angir enkeltrisikoen som er beskrevet i Vedlegg B)

Merk at ROS/risikovurderinger er ingen eksakt vitenskap. Hovedhensikten med aktiviteten er å jobbe systematisk med risikoreduksjon. Risikobildet må betraktes som et øyeblikksbilde og reflekterer at det er mange forhold som skaper bekymring. Dette er normalt i startfasen av et stort utbyggingsprosjekt. Over tid skal risiko «flyttes» fra det røde området og ned mot det grønne. Risikobildet i Figur 4 må ses på som en støtte til å prioritere hvilke tiltak som skal innføres.

4.3 Oppfølging gjennom prosjektets faser

Prosjektdirektør utvikling og prosjektsjef utbygging er ansvarlig for den videre oppdatering og oppfølging av tiltakene i risikoregisteret. Risiko skal rapporteres til eier på regelmessig basis.

Prinsippene er som følger:

- Enhver risiko har en risikoeier, i prosjektgruppene eller hos eier. Risikoeier har et ansvar for å følge opp at besluttede risikoreduserende tiltak blir iverksatt
- Ethvert risikoreduserende tiltak har en tiltakseier. Tiltakseier er ansvarlig for at tiltaket innarbeides.

Videre oppfølging gjennom prosjekts faser kan kort beskrives med at prosjektdirektør utvikling i HSYK og prosjektsjef utbygging i SB:

- Bruker informasjonen i risikoregisteret aktivt i sin prioritering av oppgaver som bidrar til å styre risiko på en god måte.
- Sørger for aktiv informasjon til og involvering av alle som har en rolle i risikostyringen i prosjektet, inkludert eksterne aktører etter behov og vurdering
- Sørger for at det oppnevnes ansvarlige for oppfølging av risikoer og gjennomføring av tiltak, oppdaterer status ved endringer og ved avtalte milepæler
- Rapporterer de viktigste risikoene opp til styringsgruppe og eier
- Foretar regelmessig gjennomgang av risikoregisteret for å sikre at det ved viktige milepæler inneholder aktuelle risikoer og tilhørende tiltak.

5 Vedlegg

A: Kategorisering av risiko

B: Oversikt over alle risikoer (trusler og muligheter)

C. Deltagerliste ROS-arbeidsmøter

D: Beskrivelse av konsekvenstyper og sannsynlighetsbegrepet

A: KATEGORISERING AV RISIKO

For at risikoer skal kunne kategoriseres som grunnlag for prioritering av tiltak, har Sykehusbygg definert et sett med kriterier for utbyggingsprosjekter

Følgende kategorier er utgangspunkt for en ROS-analyse

- Sannsynlighet for at en uønsket hendelse eller oppside/mulighet inntreffer
- Konsekvensen av hendelsen beskrevet som:
 - a. **Innvirkning på kostnad**
 - b. **Innvirkning på framdrift**
 - c. **Kvalitet på nytt sykehus / påvirkning på berørte sykehusfunksjoner (i interimperioden)**
 - d. HMS/Arbeidsmiljø
 - e. Ytre miljø
 - f. Omdømme for prosjektet, eier og Sykehusbygg som konsekvens av utbyggingen

I denne risikovurderingen har man valgt å fokusere på a, b og c.

B: Oversikt over alle risikoer (trusler og muligheter)

Hendelser/forhold med høy («rød») risiko

- **1. Prosjektets styringsmodell/beslutningsstruktur:** Fare for at den overordnede styringsmodellen skaper uklarhet og fører til forsinkede beslutningsprosesser eller uklare/manglende vedtak som dermed påvirker prosjektets framdrift og kvalitet på leveranser
- **2. Uenighet internt i HSYK:** Fare for at interne stridigheter, manglende lojalitet til fattede beslutninger eller ønske om omkamper fører til forsinket og ineffektiv prosjektgjennomføring (eks. ny klinikkstruktur, fordeling av funksjoner)
- **3. Prosjektledelse og nøkkelpersonell:** Fare for manglende kontinuitet blant prosjektets nøkkelpersonell og at arbeidsomfanget ikke lenger er i samsvar med prosjektorganisasjonens kapasitet.
- **4. Høyt konfliktnivå:** Fare for at et høyt konfliktnivå påvirker framdrift og kvalitet i konseptfasen og evnen til å videreutvikle et helhetlig tjenestetilbud
- **5. Prosjektøkonomi:** Fare for at prosjektets styringsramme ikke er tilstrekkelig til å innfri krav og forventninger. Fare for uklarhet i hva som skal dekkes av rammen.
- **6. Økonomisk bæreevne:** Fare for at vedtatt sykehusstruktur blir kostbar å drifte, dvs. at forventede økonomiske og faglige gevinster ikke lar seg realisere.
- **7. Medvirkning/Tilgjengelige ressurser i HSYK:** Fare for at HSYK ikke har nok ressurser til å delta i arbeidsprosesser, samt ta eierskap og forankre resultater fra konseptfasen.
- **8. Stort mediepress:** Fare for at stort mediepress over tid i tillegg til ordinær drift, legger et stort press på flere funksjoner/personer. Dette kan føre til stor slitasje på organisasjonen som reduserer kvalitet og framdrift.
- **9. OU-prosess:** Fare for at kampen mellom byene fortsetter og at OU-prosessen vanskeliggjøres
- **10. Miste spesialister/tilbud i interimperioden:** Fare for at HSYK nøkkelpersonell slutter og at det blir vanskelig å rekruttere i interimperioden (ca. 8 år) som igjen kan gi redusert pasienttilbud
- **11. Omkamper:** Fare for at interessenter ønsker omkamp om strukturvedtaket
- **12. Covid-19:** Fare for at smittesituasjonen utvikler seg negativt, og at dette påvirker enhetenes mulighet til bl.a. å ta ut ressurser i ulike arbeidsgrupper. Kan påvirke framdriften og forankringsarbeid
- **13. For lite areal:** Fare for at det skal bli for lite areal til pasientrom, behandlingsrom og kontor i Nye Helgelandssykehuset

Hendelser med middels-/«på grensen» risiko

- **101. Krav til rapportering til styrene:** Fare for at prosjektorganisasjonen blir underlagt et rapporteringsregime som fører til at man ikke får tilstrekkelig «rom» til å gjøre jobben. Dette vil ha betydning for fremdrift og kvalitet i planleggingsarbeidet og virke negativt på arbeidsmiljøet
- **102. Forsinket lånesøknad:** Fare for at tidsplanen sprekker slik at man ikke når frist for lånesøknad og prosjektet blir forsinket 1 år.
- **103. Fordeling av funksjoner:** Fare for at arbeidet med funksjonsfordeling i faglig utviklingsplan fører til stor motstand/konflikt (jfr styresak 137/2019)

- **104. DMS Brønnøysund:** Fare for at innholdet i DMS i Brønnøysund får negative ringvirkninger for totalprosjektets økonomi og/eller rekruttering
- **105. Tilgjengelighet:** Fare for å miste pasienter pga. opplevd dårligere tilgjengelighet
- **106. Sør-Helgeland:** Fare for manglende medvirkning fra Sør-Helgeland (Brønnøysund), dvs at man ikke er representert i eksternt referansegruppe og at dette kan påvirke både HSYK og UNN
- **107. HSYK sin økonomiske situasjon:** Fare for at den økonomiske situasjonen for 2021 (og årene framover) blir såpass krevende overskuddskravet ikke oppnås og at det fører til forsinkelser for prosjektet
- **110. Arealmessige utbedringer i interimperioden:** Fare for mindre fokus for nødvendig planlagte utbedringer i interimperioden samt økt behov for sengeplasser (eksempel egen ortopedisk avdeling adskilt fra kirurgiske pasienter, flere enemansrom, behandlingsrom og kontor for å muliggjøre økt ambulering av legespesialister).
- **111. Pasienttilbud:** Fare for et dårligere pasienttilbud som følge av at prosessen med ny sykehusstruktur tar fokus fra utvikling av behandlingstilbud, fagutvikling og kvalitetsarbeid
- **112. Framtidig utvikling:** Fare for å man i Nye HSYK ikke vil kunne følge med framtidig utvikling og utfordringer (eks. pandemi, tekniske nyvinninger slik som robotinnsats pga valgt utbyggingsløsning (mangelfull fleksibilitet og utvidelsesmuligheter)
- **113. HSYK ledelse:** Fare for mangelfull ledelse av HSYK ved at ledere er lokaliseres utenfor hovedsykehuset og/eller med for lang avstand til kjernevirksomheten og at ledere ikke har nødvendig lokalkunnskap (f.eks. pendle fra Oslo)
- **114. Prosjektledelsen:** Fare for at prosjektledelsen ikke er geografisk til stede ("Fjernstyring" er ikke heldig)
- **115. Naboklager:** Fare for innsigelser, klager og aksjoner fra naboer og nærmiljøet som fører til negativ media-oppmerksomhet og forsinket gjennomføring

Hendelser med lav risiko

- **108. Sentral omkamp om vedtaket:** Fare for at man ved skifte av regjering vil få en «omkamp» av vedtaket
- **109. Finansiering av konseptfasen – steg 0:** Fare for utilstrekkelig finansiering som vil være begrensende for omfanget på nødvendig utredningsarbeid og dermed redusere kvalitet på beslutningsgrunnlaget

Muligheter/oppsider

- Mulighet for å utnytte "ferske" erfaringer/løsninger fra andre sykehusprosjekter som gir bedre kvalitet og/eller potensial for innsparinger
- Mulighet for å få på plass faglig ledelse og etablere klinikkstruktur som kan bidra til et harmonisert utviklingsplanarbeid med ledelsesstruktur. Det kan bidra til at vi får en «ny start» og drahjelp i arbeidet med Nye Helgelandssykehuset.
- Mulighet for at omorganiseringsprosessen som kjøres parallelt med Nye Helgelandssykehusets konseptfase 0 vil få en positiv innvirkning på prosjektet

C: DELTAGERLISTE ROS-ARBEIDSMØTER

Navn	Reprenterere	Funksjon i prosjektet	ROS-arbeidsmøter			
			30.10.20	02.11.20	18.10.20	19.11.20
Torbjørn Aas	HSYK prosjekt	Prosjektleder utvikling	X	X	(X)	(X)
Merethe Myrvang	HSYK prosjekt	Kommunikasjon	X	X	X	X
Vigdis Hartmann	Sykehusbygg	Prosjektleder utbygging (konst.)	X	X	X	X
Marte Lauvsnes	Sykehusbygg	Kvalitetssikring/Erfaringsoverføring	X	X	X	X
Øyvind Hope	Sykehusbygg	Framskrivning	X	X	X	X
Arild Vassenden	Sykehusbygg	Sykehusplanlegger	X	X	X	X
Jens Eirik Ramstad	Sykehusbygg	Fasilitator	X	X	X	X
INDIVIDUELLE RISIKOVURDERINGER ER UTFØRT AV						
Ledelsen ved SSJ	HSYK					
Ledelsen ved MSJ	HSYK					
Ledelsen ved MiR	HSYK					
Senter for samhandling	HSYK					
Dag Chr. Johansen	Norsk Sykepleierforbund					
Margit Steinholt	Legeforeningen SSJ					
Klaus Becker & Christian Grane	Legeforeningen MSJ					
Anja Winderlich	Legene i Rana					
Tove Lill Falstad	Ergoterapiforbundet					
Fred A. Mürer	HSYK					
Rune Holm	HSYK					
Tor Magnus Molund	HSYK vernetjeneste					
Herbjørn Johansen	HSYK vernetjeneste					

D: SANNSYNLIGHETS- OG KONSEKVENSKATEGORIER (jfr SHB PR-005)

Konsekvenskala	Sykehusfunksjoner	Plan/Framdrift	Sikkerhet	Kostnad (% av budsjett)	Ytre miljø (luft, avløp, grunn)	Omdømme
5 Svært alvorlig/Katastrofalt	En eller flere kritiske funksjoner er satt helt ut av spill – Lang reparasjonstid (dager)	Forsinkelse >12 mnd på overlevering	Død eller alvorlig skade på flere personer	>1000 MNOK (>20%)	Omfattende miljøskade Lang restitusjonstid	Ødeleggende omdømmetap
4 Alvorlig	En eller flere kritiske funksjoner er satt helt ut av spill – Kort reparasjonstid (timer)	3-12 mnd på overlevering	Død eller alvorlig personskade med fare for varig tap av helse/varig mén	100-1000 MNOK (2-20%)	Omfattende miljøskade Kort restitusjonstid	Omfattende nasjonal eksponering som gir langvarig omdømmetap. Omfattende negativ påvirkning på gjennomføringsevne og/eller tap av ansvarsområder/rolle
3 Betydelig	En eller flere kritiske funksjoner påvirket. Kort korreksjonstid (minutter)	1-3 måneder eller ingen betydning for overlevering	Alvorlig personskade. Langvarig sykefravær	10-100 MNOK (0,2-2%)	Lokal/begrenset miljøskade Kort restitusjonstid	Kortvarig nasjonal eksponering og tap av tillit hos eiere, oppdragsgivere og publikum. Noe negativ påvirkning på prosjektets gjennomføringsevne
2 Mindre betydelig	Kortvarig redusert kapasitet/kvalitet men ingen betydning for pasientbehandling	Kort forsinkelse (1-4 uker)	Mindre alvorlig fysisk/psykisk personskade. Korte sykefravær	1-10 MNOK	Miljøskade med svært begrenset omfang. Tilbakeføres til opprinnelig tilstand etter kort tid	Kortvarig og lokal negativ eksponering
1 Ubetydelig	Ingen vesentlig betydning for sykehusfunksjoner	Marginal forsinkelse (dager) som ikke påvirker vesentlige milepæler eller overlevering	Ubetydelig kostnad	< 1 MNOK	Ingen miljøskade	Ubetydelig negativ eksponering

Sannsynlighet

- Svært sanns./Vil inntreffe
- Sannsynlig/Kan inntreffe (mange eksempler fra vår bransje)
- Ganske sannsynlig (kjenner enkelttilfelle(r))
- Lite sannsynlig (Kjenner ingen tilfeller)
- Usannsynlig. Skjer ikke

Konsekvens

- Kritisk/ødeleggende
- Alvorlig betydning
- En viss betydning
- Liten betydning
- Ingen/marginal betydning