

Vedlegg 3a

Risiko og sårbarhetsanalyse - sluttrapport

Arbeidsgruppe 2

Psykisk helsevern



November, 2023

Innhold

Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse.....	3
Risikoområder.....	4
Brukeren av tjenestene.....	4
Behandlingstilbud.....	4
Bemanning.....	4
Kapasitet.....	4
Organisatoriske forhold.....	5
Økonomi.....	5
Forutsetninger, antakelser og dokumentasjon.....	5
Overordnet analyse.....	7
1 Brukeren av tjenestene.....	9
2 Behandlingstilbud.....	10
3 Bemanning.....	11
4 Kapasitet.....	13
5 Organisatoriske forhold.....	14
6 Økonomi.....	15

Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse

En ROS-analyse er i utgangspunktet en kvalitativ risikovurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. Risiko er et uttrykk for usikkerhet, og beskriver et forhold eller en hendelse som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen ved et prosjekt eller et arbeid negativt. En ROS-analyse gjennomføres for å forstå og evaluere risikoer og konsekvenser knyttet til en planlagt endring, et prosjekt, en aktivitet eller en situasjon. Hensikten er å oppnå bedre informasjon og innsikt, slik at en kan gjøre velinformerte beslutninger, og håndtere risikoer på en proaktiv måte. En ROS-analyse gir en klar oversikt over hva som kan gå galt ved ulike alternativer.

I arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord RHF har arbeidsgruppe 2 kartlagt nåsituasjonen (0-alternativet), og utarbeidet forslag til to alternative løsninger knyttet til akutte og elektive funksjoner. Alle arbeidsgruppene skal utføre en ROS-analyse av både 0-alternativet, og alternativ 1 og 2. Deloitte har på vegne av Helse Nord RHF ledet arbeidet med ROS-analysene, men selve risikovurderingene er gjort av arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen har også foreslått risikoreduserende tiltak der det har vært uakseptabel høy risiko i alternativ 1 og 2. Det er ikke foreslått risikoreduserende tiltak for nåsituasjonen, da alternativ 1 og 2 er å anse som forslag til tiltak for å forbedre nåsituasjonen.

Arbeidsgruppen har hatt to fysiske heldagssamlinger hvor risikovurderingene er gjort. Oversikt over deltakerne i ROS-workshop finnes i vedlegg 3a.

Før arbeidet med ROS-analysene startet ble det definert noen sentrale risikoområder hvor Helse Nord RHF ønsket at en skulle gjøre en grundig analyse for å vurdere potensiale for risiko eller sårbarhet. Forut for ROS-workshop ble kritiske suksessfaktorer definert av arbeidsgruppen. De kritiske suksessfaktorene er benyttet til å definere hva som skal til for å nå målsetningene med arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen. De kritiske suksessfaktorene er knyttet opp mot de ulike risikoområdene. I ROS-workshopen ble risiko for hver suksessfaktor identifisert, og sannsynlighet og konsekvens ble vurdert. Dette ble først gjort for 0-alternativet, så for alternativ 1 og 2. Dette for at en skulle være i bedre stand til å sammenligne risiko på tvers av alternativene. En jobbet systematisk gjennom hvert risikoområde med tilhørende suksessfaktorer. Der hvor arbeidsgruppens medlemmer ikke kunne komme til enighet i fastsettelse og sannsynlighet ble det stemt, og dissens beskrevet.

Sannsynlighet og konsekvens er vurdert ut fra en fempunkts skala hvor 1 tilsvarer svært liten sannsynlighet og 5 svært stor sannsynlighet, og hvor 1 tilsvarer ubetydelig konsekvens og 5 tilsvarer svært alvorlig konsekvens. Operasjonaliseringen av de to skalaene som er benyttet finnes i ROS-analysens vedlegg 3b. Det er foreslått risikoreduserende tiltak for alternativ 1 og 2 hvor risikovurderingen er satt som høy (rød).

Når ROS-analysen leses er det viktig å være oppmerksom på at ROS-analysen er en skjønnsmessig vurdering gjort av arbeidsgruppen, og at ROS-analysen ble gjennomført på et tidspunkt der nødvendigvis ikke all dokumentasjon og analyser av ulike forhold forelå. ROS-analysen skulle aller helst vært det siste en burde gjøre i utredningsarbeidet, men på grunn av en relativt kort tidslinje måtte analysen gjennomføres på et tidligere tidspunkt. Av den grunn har enkelte vurderinger måttet hvile på den foreliggende informasjon som var tilgjengelig på det tidspunktet ROS-analysene ble gjennomført. Det øker usikkerheten i vurderingene.

ROS-analysen er gjort på et overordnet nivå hvor hele regionen er vurdert under ett. I mange av de identifiserte risikoene er det slik at både sannsynlighet og konsekvens naturlig varierer med geografi, foretak, sykehus, pasientgruppe eller funksjon. Arbeidsgruppen har da forsøkt å vurdere sannsynlighet og konsekvens ut fra et overordnet gjennomsnitt for regionen. Det kan likevel ikke

utelukkes at vurderingene kan bære preg av enkelte steder, enkelte foretak, eller enkelte pasientgrupper sin situasjon. Når dette er tilfelle, er dette forsøkt beskrevet.

Risikoområder

Et risikoområde er et bestemt aspekt eller et definert område hvor det er potensiale for risiko eller sårbarhet. Innenfor hvert risikoområde er det gjennomført en grundig analyse for å vurdere potensialet for uønskede hendelser, tap eller skade.

Brukeren av tjenestene

Under risikoområdet brukeren av tjenesten vil man ha fokus på å identifisere og vurdere risikofaktorer som påvirker pasienter, pårørende og andre brukere av helsetjenestene som følge av endringene i sykehusstruktur og oppgavedeling. Det er avgjørende for arbeidet å sikre at foreslåtte endringer ikke påvirker kvaliteten på tilbudet, pasienttilfredsheten eller tilgangen til nødvendige helsetjenester. Under dette området vil en kunne vurdere risiko for at foreslåtte endringer påvirker tilgangen til helsetjenester for pasientene, inkludert ventetider og tilgang til spesialister.

Videre vil en kunne gjøre vurderinger om det er risiko for at endringene reduserer pasienttilfredsheten. Brukerens oppfattelse av tjenestetilbudet som tilbys er viktig og noe som kan påvirke omdømmet til sykehuset. Risiko for økt reisebelastning, og pasientreiser vil være et sentralt element under dette risikoområdet. Risiko for at endringene påvirker pårørendes involvering og støtte til pasientene på en ugunstig måte vil også inkluderes.

Behandlingstilbud

Det er en klar helsepolitisk målsetting å tilby likeverdige helsetjenester, samtidig er det overordnende føringer om gode og sammenhengende pasientforløp, og lik tilgang til tjenester i hele landet. I tillegg til nasjonale krav til behandlingstilbud vil vi innen dette risikoområde sette søkelys på risikoer knyttet til både pasientforløp, kapasitet til å levere helsetjenester, pasientsikkerhet, og behandlingstilbudets kvalitet og tilgjengelighet. Dette inkluderer riktig kompetanse på rett sted. Trygge og gode tilbud er avhengig av et tilstrekkelig pasientgrunnlag til å kunne utføre spesialiserte funksjoner med god kvalitet. Videre er det sentralt å vurdere risiko knyttet til primærhelsetjenesten og prehospitale tjenester om en skal gjøre endringer i akuttfunksjonstilbudet.

Bemanning

Et av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord er å etablere en struktur som lar seg bemanne, og overordnede føringer beskriver at Helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp. Videre har Helse Nord RHF som hovedmål å styrke forskning, innovasjon og kompetanse. Bemanning er derfor et sentralt risikoområde. Risikoområdet bemanning dekker flere aspekter knyttet til personell. For det første dekker dette risikoområdet direkte forhold knyttet til medarbeiderne, som arbeidsforhold, arbeidstidsordninger, vaktordning, utdanning og mulighet til faglig utvikling. Ved endring i arbeid og funksjonsfordeling vil det kunne oppstå risiko for mangel på kompetent personell, spesialisert kunnskap eller ferdigheter. Kompetanse, turnover, stabilisering, rekruttering og rekrutteringsevne er derfor også relevante momenter i dette risikoområdet sammen med risikoer knyttet til fagmiljø, forskning og utdanning.

Kapasitet

Ett av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord er å kunne følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkluderte økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin. Under risikoområdet kapasitet

vrderes derfor risikoer knyttet til behandlingskapasitet sett opp mot behovsutvikling over tid, dekningsgrad, overbelegg og fristbrudd. Risikoer knyttet til forsvarlig drift, overbelastning, sengeplasser, tilstrekkelig med behandlingsrom og annet nødvendig utstyr (fysisk infrastruktur) er momenter som kan vurderes her. Risikoer knyttet til tilgang og oppgradering av nødvendig medisinsk teknisk utstyr, og teknologisk infrastruktur som er nødvendig for å understøtte kapasitetsbehovet er også sentralt i dette risikoområdet. Dette sammen med risikoer knyttet til logistikk og tilgang til laboratorietjenester, røntgen og operasjonsrom, samt risikoer knyttet til beredskapskapasitet, og evne til å håndtere beredskapskapssituasjoner og kriser.

Organisatoriske forhold

Ett av hovedmålene for arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord er å tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunen til den økende andelen eldre pasienter. På bakgrunn av dette målet er det relevant å vurdere forhold knyttet til oppgavedeling, samarbeid med primærhelsetjenesten og tvers av tjenestenivå, og samarbeid med universitet og høyskoler. Helhetlige pasientforløp krever også god samhandling og samarbeid mellom avdelinger i sykehus, mellom sykehus, kommuner og andre samarbeidspartnere, og risikoforhold knyttet til dette vil indentifiseres her. Videre vil det være viktig for å kunne oppnå en bærekraftig helsetjeneste å vurdere risiko knyttet til generelle organisatoriske forhold og organisasjonsstruktur. Momenter knyttet til ledelse, og risiko for organisasjonens evne til effektivt lederskap og stabilitet vurderes også under organisatoriske forhold, sammen med arbeidsprosesser og forhold knyttet til organisering av teknologi og støttesystem. Under organisatoriske forhold inngår også arbeidsprosesser, endringsvilje, og kapasitet til å gjennomføre endringer

Økonomi

En overordnet føring fra Helse- og omsorgsdepartementet er at spesialisthelsetjenesten skal være bærekraftig. Samtidig er ett av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedelingen å etablere en ny struktur som gir bærekraftig økonomi. Innenfor økonomi som risikoområde vil en gjøre vurdering av risiko knyttet til kostnadsøkning, og risiko for at ny struktur vil føre til uforutsette kostnadsøkninger som følge av ulike implementeringskostander eller investeringer i infrastruktur. En vil også gjøre overordnede betraktninger rundt risiko for at foreslåtte strukturendringer overskrider tildelte budsjetttrammer, som kan skape finansielle utfordringer. Videre om det vil være risiko for om endringene vil kunne føre til tapte inntekter. I dette risikoområdet vil en også gjøre vurderinger av om endringene vil skape risiko for redusert finansiell bærekraft. Dette risikoområdet vil også kunne inneholde vurderinger knyttet til risiko for økte driftskostnader ved aktuelle foretak og sykehus. Omstillingskostnader, kostnader knyttet til bygningsmasse og beredskapskostander står her sentralt. Innenfor dette risikoområdet vil en også kunne gjøre betraktninger rundt stordriftsfordeler og ulemper. Økonomiske konsekvenser for pasienten inkluderes også i dette risikoområdet.

Forutsetninger, antakelser og dokumentasjon

Som poengtert ovenfor, er en ROS-analyse i utgangspunktet en kvalitativ risikovurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. Risiko er et uttrykk for usikkerhet, og beskriver et forhold eller en hendelse som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen ved et prosjekt eller et arbeid negativt. Denne ROS-analysen har som formål å gjøre en riskokovurdering av nåværende struktur innen psykisk helsevern og TSB i Helse Nord samt de forslag til endringer som er beskrevet i alternativ 1 og 2. Dette er en svært omfattende oppgave å løse i en samlet ROS-analyse. Igjen bør det også poengteres at ROS-analysen er gjennomført i løpet av en svært begrenset tidsperiode.

En svært viktig forutsetning for den gjennomførte ROS-analysen innen psykisk helsevern og TSB, som også for de andre arbeidsgruppens vedkommende, er at den vurderer de to alternativene **etter** at endringen er gjennomført og har fått virket en tid. Dette innebærer at overgangsløsninger er gjennomført og ny funksjonsfordeling har funnet sin form.

Det er også viktig å poengtere at "sannsynlighet og konsekvens" i all hovedsak er satt under forutsetning av at modellene i alternativ 1 og 2 fungerer i tråd med den intensjon som lagt til grunn for endringen. En slik forutsetning må legges til grunn da det ikke gir mening å ROS-vurdere under forutsetninger om at løsningene *ikke* skulle vise seg å fungere i tråd med intensjonen.

ROS-analysen bygger på arbeidsgruppens arbeidsdokument. Det var en del økonomiske forhold som ikke var helt ferdig beregnet da ros-analysen ble gjennomført. Faktagrunnlaget ble hentet fra arbeidsgruppens rapport, som er påvirket av den begrensede tiden som har vært til disposisjon i dette arbeidet.

Analysen som presenteres i denne rapporten baserer seg på arbeidsgruppe 2 sine vurderinger av de ulike risikoene som er identifisert. Notatene fra workshopene og risikokategoriseringen finnes i vedlegg 3c. Rapporten her presenterer et overordnet bilde med fokus på faktorer med et høyt risikonivå, og hvordan disse risikoene endrer seg i de ulike alternativene. Detaljer i vurderinger rundt hver risiko i hvert alternativ finnes i vedlegg 3c.

Hovedtrekk ved de to alternativene:

Arbeidsgruppens mandat ble gitt i styresak 57-2023 *Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning*, som ble vedtatt av styret for Helse Nord RHF 31. mai 2023. I henhold til mandatet skal arbeidsgruppen:

- a. Utrede behovet for styrkning av sykehusfunksjoner, og for allmenpsykiatri.
- b. Utrede organisering av distriktpsikiatriske senter (DPS).
- c. Utrede funksjoner og tjenestetilbud i DPS, inkludert variasjon i forbruk.
- d. Utrede styrkning av polikliniske tjenestetilbud.

Arbeidsgruppen vurderer i sin rapport de to alternativene som en *forbedring* av dagens situasjon. De to alternativene har som målsetting å legge til rette for et *godt faglig* tilbud, og gi mulighet for *faglig utvikling og stabil bemanning* som lar seg dekke av fast ansatte. En slik omstilling er forventet å bidra til lavere ventetid og færre fristbrudd.

Alternativene som arbeidsgruppe 2 lanserer har til hensikt å styrke tilbudet til de mest alvorlig psykisk syke, ved å styrke sykehusfunksjoner i Tromsø og Bodø. Begge alternativer styrker de polikliniske tilbudene for å bygge mer robuste og fleksible fagmiljø. Det poengteres at det anses som særlig viktig at de minste fagmiljøene styrkes eller at foretakene bygger kompetansemiljøer som bidrar til å sikre at alle pasienter som oppsøker helseforetaket har likeverdig tilgang til effektiv behandling.

Alternativene har som overordnet prinsipp at fagmiljøene må være tilstrekkelig dimensjonert til å kunne yte forsvarlige tjenester. Dette innebærer både at enhetene må være robuste og fleksible nok til å kunne imøtekomme daglige utfordringer med fravær, samtidig som utrednings- og behandlingstilbudet som tilbys skal samsvare med forventningene som ligger til spesialisthelsetjenesten. Alternativene er ment å redusere uønsket variasjon ved å omstille døgntilbudet i DPS og TSB, der det i dag er bedre kapasitet enn i landet for øvrig. Pasienter i Helse

Nord har hatt lavere tilgang til polikliniske tilbud enn nasjonalt gjennomsnitt, og ved å styrke det polikliniske tilbudet blir denne variasjonen redusert. Dette har til hensikt å gi både bedre tilgang til pasientbehandling, og en forventning om en faglig styrking som følge av mer robuste og fleksible fagmiljø. Arbeidsgruppen oppfatter alternativ 2 til i noe større grad å være tro mot føringene fra mandatet.

Arbeidsgruppen poengterer at alternativene har lagt til grunn føringer om å opprettholde samlet døgnkapasitet i Helse Nord, nærhet til somatisk tilbud og at det skal bidra til å sikre økonomisk bærekraft. Videre er det vektlagt å bygge opp kvalitativt gode faglige tilbud og kunne tilby differensiert behandling.

Begge alternativer reduserer antall døgnposter i DPS, og samler døgnbehandling på færre steder. Det er i tråd med hovedretningen om å redusere uønsket variasjon og prinsippet om at døgnbehandling ikke er like avstandssensitivt som polikliniske tilbud.

Alternativene legger opp til en poliklinisk vekst i tråd med revidert framskrivningsmodell. For å kunne gjennomføre dette, er det lagt opp til en omstilling fra DPS-døgn til utvidet polikliniske tilbud. De to alternativene er detaljert beskrevet i arbeidsgruppens rapport.

I alternativ 2 har arbeidsgruppen gått noe lenger i å omstille dagens virksomhet. Her foreslås å legge ned et DPS-døgntilbud i Finnmark, tre i UNN, et i Nordlandssykehuset og et Helgelandssykehuset. I Finnmarkssykehuset foreslås døgnheten i Tana omstilt i begge alternativ. Begge alternativ vil styrke det polikliniske tilbudet i alle helseforetak og tilbudet i sykehusfunksjonene i Tromsø og Bodø.

Begge foreslåtte alternativer legger opp til å redusere Helfo-kostnader og kjøp fra private tilbydere.

Overgangskostnader i forbindelse med overgangen fra nåsituasjonen til skisserte alternativ

På samme måte som innen somatikken vil man også innen psykisk helsevern og TSB i de to foreslåtte alternativene få flere geografiske funksjonsfordelinger. Av erfaring vet man at funksjonsendringer på tvers av geografi innebærer et mangfold av utfordringer. En del ansatte i foretakene vil bli berørt av omstilling. Ved gjennomføring av funksjonsdeling er det svært viktig å finne tiltak som gjør at man beholder de ansatte både ved hjelp av gode overgangsordninger og ved at de nye arbeidsplassene oppleves som attraktive. Videre vet man at flytting og geografisk endringer av tilbudet vil kreve bygningsmessige endringer for de virksomheter som vil motta flere pasienter. Rasjonell fremtidig anvendelse, eller eventuell avhending, av de bygningene som i fremtiden ikke er ment benyttet krever også gjennomarbeidede og gode planer.

Overordnet analyse

Heatmapene viser gjennomsnittlig risiko for hvert risikoområde, i hvert av alternativene. Dette er de fastslåtte risikoene etter at en har foreslått risikoreducerende tiltak for risikoer med uakseptabel høy risiko.

I 0-alternativet er det vurdert til å være høyest gjennomsnittlig risiko knyttet til økonomi. I 0-alternativet er det videre verd å merke seg at samtlige risikoområder er vurdert til stor sannsynlighet for å inntreffe samtidig med at konsekvensen vurderes som alvorlig eller svært alvorlig. For alternativ 1 reduseres gjennomsnittlig risiko for alle risikoområdene. I dette alternativet er det kun økonomi som vurderes med stor sannsynlighet til å ha en alvorlig risiko. Innen økonomiområde er imidlertid også risikoen redusert sammenlignet med 0-alternativet.

Risikoregister -Risikoområder

- 1) Brukeren av tjenestene
- 2) Behandlingstilbud
- 3) Bemanning
- 4) Kapasitet
- 5) Organisatoriske forhold
- 6) Økonomi

Gjennomsnittlig risiko for området 4, kapasitet, reduseres ytterligere i alternativ 2. Område økonomi vurderes til å ha en høy risiko også innen dette alternativet.



1 Brukeren av tjenestene

Innenfor risikoområdet “brukeren av tjenestene” er det identifisert to risikoer. Her er risikoen for å opprettholde akseptabel reiseavstand og risiko for at man ikke får tilgang på behandling på riktig nivå vurdert.

Risikoregister – Brukeren av tjenestene

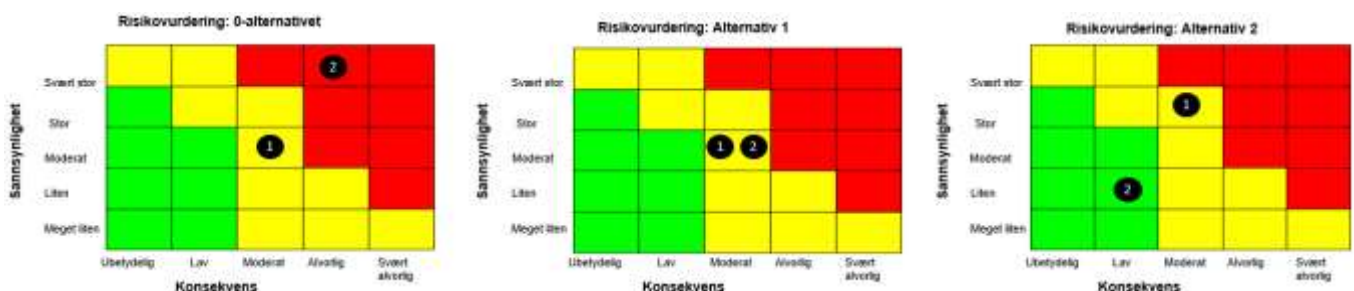
- 1) Risiko for at man ikke klarer å opprettholde akseptabel reiseavstand til utredning og behandlingstilbud
- 2) Risiko for at man ikke får tilgang på behandling på riktig nivå

I 0-alternativet er reiseavstand vurdert til å ha en moderat risiko. Det er ikke satt en norm for akseptabel reiseavstand. For døgn er det akseptabelt å ha en lengre reiseavstand enn tilfellet er for poliklinisk virksomhet. For enkelte pasienter kan alternativene innebære lengre reisevei for planlagte innleggelses. Lang reisevei er selvsagt uheldig for de som opplever dette, men vurdert til å være viktigst for polikliniske tilbud. Reisevei veies opp mot adekvat behandling og muligheten til å gi likeverdig og adekvat behandling vurderes som viktigere enn om noen pasienter får økt reisevei. Største risikoen med lange reiseavstander er at folk ikke benytter seg av et behandlingstilbud.

I alternativ 1 er også risiko relatert til reiseavstand vurdert til å være moderat. En døgnenhet i Tana Finnmark og to døgnenheter i UNN omstilles, herunder Harstad. Ulempen er at selv om befolkningen i Tana er begrenset er Tana et sentralt kjøreknutepunkt som nås av en stor del av de som bor i Øst-Finnmark innen en begrenset kjøreavstand. De som tidligere har hatt døgntilbud i Tana få tilbud i Alta eller Karasjok. Poliklinikkene beholdes ved samme lokasjoner. Endringen vurderes til å ramme et forholdsvis lavt antall pasienter som får lengre reisevei til planlagte døgninnleggelses. Avstand er viktigst for polikliniske tilbud.

I alternativ 2 omstilles Alta (TSB) og Tana, samt tre døgnenheter i UNN, hhv. DPS Storslett, Storsteinnes og Silsand. I Nordlandssykehuset omstilles Vesterålen og døgntilbudet ved DPS samles i Mo i Rana for Helgelandssykehuset. Endret reiseavstand vil berøre flere i alternativ 2 enn i alternativ 1. Her er det flere enheter der man omstiller fra døgnvirksomhet til en styrket poliklinikk.

I alternativ 2 vurderes økt reiseavstand til å påvirke risikoen. Vurderingen er imidlertid fremdeles at konsekvensen av dette vurderes til å være moderat.



Innen risikoområdet “brukeren av tjenestene” er også risikoen for at man ikke får tilgang på behandling på riktig nivå vurdert. I 0-alternativet er sannsynligheten for at man ikke får dette tilbudet på riktig nivå vurdert som svært stor. Konsekvensen av dette vurderes til å være alvorlig. Denne vurderingen skyldes blant annet at kapasiteten for poliklinisk behandling er for lav, noe som gir lange ventelister. I dagens tilbud er det et høyt antall sengeplasser innen DPS-ene.

I alternativ 1 bygges det opp et større tilbud i Bodø og Tromsø til de alvorlige syke, noe som vurderes til å være en vesentlig styrke for dette alternativet. Videre har alternativet til hensikt å frigjøre mer ressurser til poliklinisk virksomhet. Risikovurderingen for dette alternativet er endret til at både sannsynlighet og konsekvens er vurdert til moderat.

Omstillingen i alternativ 2 er større, noe som innebærer at muligheten til å prioritere poliklinikk og spesielt utsatte pasienter som krever innleggelse øker. I dette alternativet vurderes det til at risikoen for pasientene bedres ytterligere og konsekvensen er vurdert til å være lav for at pasientene ikke får et tilbud på riktig nivå.

2 Behandlingstilbud

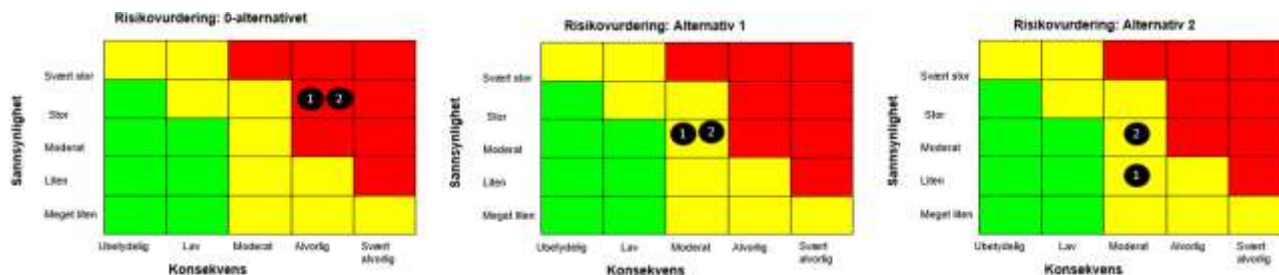
Innen dette risikoområdet har arbeidsgruppen valgt å vurdere følgende to risikofaktorer;

- 1) Risiko for at en ikke klarer å redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudet
- 2) Risiko for at pasienten ikke får et sammenhengende pasientforløp.

Risikoregister – Behandlingstilbud

- 1) Risiko for at en ikke klarer å redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudet
- 2) Risiko for at pasienten ikke får et sammenhengende pasientforløp

I 0-alternativet vurderes risikoen for at man ikke klarer å redusere en uønsket variasjon i behandlingstilbudet som stor, noe som vurderes til å gi alvorlige konsekvenser. Arbeidsgruppen henviser til at det i dag er stor variasjon i behandlingstilbudet. Avslagsandel, ventetid, kvalitet og vurdering av henvisinger oppgis å være faktorer som varierer i dagens tilbud. Variasjonen synes å være proporsjonal med antall driftssteder. I dag oppgis det å være lite samkjøring og kalibrering på tvers av driftsenhetene. Vurderingen underbygges også av Riksrevisjonen, som i en tidligere rapport har poengtert en uønsket variasjon i behandlingstilbudet.



I alternativ 1 er risikoen for at en ikke klarer å redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudet vurdert til moderat. I dette alternativet legges det opp til større fagmiljøer for innlagte pasienter, de sykeste pasientene gis et styrket tilbud, samtidig med at det polikliniske tilbudet styrkes.

I alternativ 2 legges det opp til en struktur som ytterligere antas å redusere uønsket variasjon i behandlingen noe. Her er sannsynligheten vurdert som liten for at det skal tilbys en uønsket stor variasjon i behandlingstilbudet.

I 0-alternativet er også risikovurderingen at pasientene ikke får et sammenhengende pasientforløp vurdert som stor med en konsekvens som også er vurdert til å være alvorlig. Det er i 0-alternativet

risiko for ikke å sikre sammenhengende forløp. Det oppleves å være betydelig gap mellom sykehusfunksjonene, akuttfunksjonen og DPS-ene. DPS-døgnhetene er ofte små, med varierende tilgang til nødvendig spesialistkompetanse og liten mulighet til fleksibilitet. Innen sikkerhetspsykiatri er det betydelig kapasitetsutfordring blant annet relatert til utskrivning. Det blir også poengtert at det oppleves å være et forbedringspotensial for samhandling mellom spesialisthelsetjenestene og enkelte av kommunene.

I alternativ 1 legges det opp til en del grep som bør være med å sikre mer helhetlige pasientforløp. Styrking av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene bidrar til at de mest krevende pasientene får et styrket tilbud. Videre vil grep som innføring av FACT-team bedre samarbeidet med de kommunale tjenestene. I dette alternativet er risikoen vurdert til at både sannsynlighet og konsekvens vurderes til moderat.

I alternativ 2 gjøres det noen flere endringer som er med på ytterligere sikre et helhetlig pasientforløp. En ytterligere styrkning av poliklinikk og styrking av ambulante team vil kunne bidra til bedre samhandling med kommunene. Det er likevel valgt å legge risikovurderingen på samme nivå som i alternativ 1.

3 Bemanning

Innenfor risikoområdet behandlingstilbud er det identifisert tre ulike risikoer. I 0-alternativet er disse kategorisert med høy eller svært høy risiko.

Arbeidsgruppen mener det er en kritisk bemanningssituasjon for hele Helse Nord. Innen psykisk helsevern er det en utfordring med mange lokasjoner med mindre tilbud, og dermed få medarbeidere, noe som gjør tilbudet sårbart. Det kan oppstå situasjoner hvor man må stenge tilbudet som følge av at en medarbeider er sykemeldt. Det oppgis videre at det er vanskelig å få vikarer når det er behov for dette.

Risikoregister – Bemanning

- 1) Risiko for at en ikke har tilstrekkelig antall kvalifisert personell og faste ansatte
- 2) Risiko for at en ikke får lagt godt nok til rette for faglig utvikling, forskning, godt arbeidsmiljø og (videre) utdanningsmulighet
- 3) Risiko for at en ikke bidrar til riktig og nødvendig kompetanse og et tilstrekkelig differensiert tilbud av kunnskapsbaserte metoder

I alternativ 1 får man mer robuste poliklinikker og generelt er det lagt opp til å bygge opp større fagmiljø, noe som vil virke rekrutterende og forbedre nåværende situasjonen. Mange spesialister ønsker ikke å være alene med ansvaret, og med mer robuste fagmiljø er det større sannsynlighet for at man vil kunne være flere medarbeidere i samme profesjon. Større mer robuste fagmiljø vil være rekrutterende og trolig forbedre situasjonen.

Situasjonen i alternativ 2 vurderes som relativt likelydende som i alternativ 1. Begge alternativene vurderes før man setter inn risikoreduserende tiltak til å ha til å ha både en sannsynlighet og en konsekvens på 4, noe som er en alvorlig risiko.

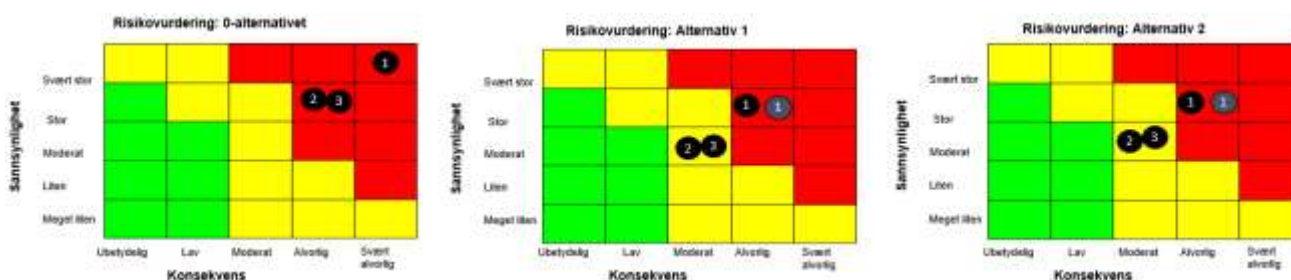
I og med at “risiko for at en ikke har tilstrekkelig antall kvalifisert personell og faste ansatte” i begge de foreslåtte alternativene er vurdert til å ha en alvorlig risiko er risikoreduserende tiltak vurdert.

Følgende risikoreduserende tiltak er vurdert:

- Økt bruk av digitale verktøy. Utforske nærmere digitale mulighetsrom.

- Igangsette et prosjekt som har til hensikt å kartlegge situasjonen for rekruttering og hvilke faktorer som er viktige for å skape attraktive arbeidsplasser.
- Sikre at lønnsbetingelsene er konkurransedyktige.
- Gjennomføre en fornyet vurdering av antall sikkerhetsplasser. Dette er en enhet som krever mye bemanning.
- Legge vekt på å styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene.

Også selv etter at disse risikoreducerende tiltakene er gjennomført vurderer arbeidsgruppen at risikovurderingen både for alternativ 1 og 2 fremdeles ikke er riktig å endre. Risikonivået opprettholdes derfor på et alvorlig risikonivå også etter at disse tiltakene er gjennomført.



Under punkt 2 i risikoanalysene vurderes risiko for at det ikke er lagt godt nok til rette for faglig utvikling, forskning, godt arbeidsmiljø og (videre) utdanningsmuligheter. I 0-alternativet er denne risikoen med stor sannsynlighet vurdert til å være alvorlig. Forskning oppleves til å være nedprioritert som følge av at man ikke opplever å ha kapasitet til å prioritere dette.

Det poengteres at regionen utdanner flest leger og sykepleiere i forhold til folketall i regionen, men at det er betydelig lekkasje sørover i landet.

Tiltakene som igangsettes i alternativ 1 og 2 oppleves til å bedre situasjonen relatert til faglig utvikling, forskning og arbeidsmiljø. Det oppleves som vanskelig å skille de to alternativene på dette punktet og begge alternativene vurderes til å ha en moderat sannsynlighet og konsekvens.

Den tredje kritiske suksessfaktoren som er vurdert under punktet bemanning er hvorvidt alternativet "bidrar til riktig og nødvendig kompetanse og et tilstrekkelig differensiert tilbud av kunnskapsbaserte metoder." Under dette punktet beskrives blant annet viktigheten av at pasienter med sjeldne lidelser også på små steder møter behandling som er tilpasset dem. I 0-alternativet poengteres det at hver lokasjon er "sin egen herre", og at tilbudene i for liten grad er sett på tvers innad i foretak og på tvers av foretak. Det poengteres videre at når man har knapphet på bemanning er det krevende å i tilstrekkelig grad gi en individtilpasset behandling. Det understrekes at man må ha god nok kompetanse på de små enhetene slik at man vet når man skal sende en pasient videre til et annet nivå i behandlingsskjeden.

I 0-alternativet er vurderingen at man ikke i tilstrekkelig grad ivaretar de utfordringene som er beskrevet ovenfor. Vurderingen er at man i 0-alternativet med stor sannsynlighet ikke ivaretar dette punktet på en tilfredsstillende måte, noe som er vurdert å gi en alvorlig konsekvens. Risikoen er her altså satt til 4 4 i 0-alternativet.

I de to foreslåtte alternativene er det vektlagt å bygge opp spesialiserte sykehusenheter i Tromsø og Bodø. Videre vil poliklinikkene blir styrket desentralt. Dette sammen med en del andre systematiske tiltak for å styrke samhandlingen mellom de ulike fagmiljøene er vurdert til å endre risikoen til moderat (3, 3) i begge de to alternativene.

4 Kapasitet

Under kapasitet har arbeidsgruppen spesifisert to spesifikke risikoområder. Her drøftes risiko for helhetlig kapasitet samlet og tilstrekkelig kapasitet innen sykehusfunksjonen (døgn). I 0-alternativet er det vurdert til å være for lav kapasitet både innen poliklinisk virksomhet og ved spesialfunksjonene på døgn i Tromsø og Bodø. Døgnkapasiteten ved noen av DPS-ene vurderes imidlertid til å være for høy. Gjennomsnittlig døgnkapasitet for barn og ungdom er også vurdert til å være høy. Videre er det overkapasitet på døgnplasser innen TSB (inkludert kjøp av private plasser), noe som gjør at man i dagens situasjon selger plasser til Helse Sør-Øst.

Risikoregister – Kapasitet

- 1) Risiko for at en ikke har helhetlig tilstrekkelig kapasitet samlet sett
- 2) Risiko for at en ikke har tilstrekkelig kapasitet i sykehusfunksjon (døgn)

De to foreslåtte alternativene har begge som målsetning å ta ned strukturell variasjon. Begge de to foreslåtte alternativene styrker de polikliniske tilbudene. Alternativ 2 innebærer også en større styrking av sykehustilbudet og tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelser på sykehusnivå. I tillegg styrkes blant annet tilbudet til barn og unge med behov for døgntilbud.

De to alternativene vurderes begge til en moderat risiko når man vurderer kapasitet samlet sett. Alternativ 2 vurderes imidlertid som bedre når man isolert vurderer sykehusfunksjonen basert på tilstrekkelig kapasitet innen døgnfunksjonen. I dette alternativet styrkes døgnkapasiteten både i Tromsø og Bodø. I dette alternativet er både sannsynlighet og konsekvens vurdert til moderat (3, 3).



5 Organisatoriske forhold

Under organisatoriske forhold er fire kritiske suksessfaktorer vurdert. I 0-alternativet er risikoen for at man ikke klarer å opprettholde tilgangen til spesialiseringsmuligheten som ligger i regionen vurdert som lav. De tre øvrige suksessfaktorene er vurdert til å ha høy risiko.

Under vurderingen av grunnlaget for å opprettholde robuste og fleksible miljø (suksessfaktor nummer 1) mener hovedtyngden av arbeidsgruppen at robustheten styrkes og troen på at det å samle fagfolk gir en mer robust modell. Arbeidsgruppen hadde en meningsutveksling rundt dette temaet der blant annet robustheten relatert til omstilling av døgntilbud ble diskutert.

Ulikheten mellom de to alternativene ble diskutert. Det hersker noe usikkerhet i hvor stor variasjon dette vil innebære mellom de to alternativene. Arbeidsgruppen har likevel valgt å vurdere risikoen på dette området til å være noe lavere i alternativ 2 enn i alternativ 1.

I 0-alternativet er risikoen for at man ikke klarer å opprettholde tilgangen til spesialiseringsmuligheten som ligger i regionen vurdert som lav. Risikoen for å ikke kunne opprettholde tilgangen til spesialistutdanning vurderes til å øke med de to foreslåtte alternativene. I begge alternativene tar man bort noen nåværende utdanningssteder. I begge alternativene vurderes imidlertid denne risikoen som moderat.

Risikoregister – Organisatoriske forhold

- 1) Risiko for at det ikke er grunnlag for å opprettholde robuste og fleksible miljø
- 2) Risiko for at en ikke klarer å opprettholde tilgangen til spesialiseringsmuligheten som finnes i regionen
- 3) Risiko for at en ikke har gode forutsetninger for å implementere ny teknologi og nye behandlingsmetoder
- 4) Risiko for at kommunene ikke kan levere helsetjenester i tråd med anbefalt ansvars- og oppgavedeling



Risikoen relatert til muligheter for å implementere ny teknologi og nye behandlingsmetoder vurderes til å bedre seg i begge de to nye alternativene. Forhold som styrket bemanning på poliklinikkene, gjør at det vurderes til å være noe større robusthet som kan skape muligheter både til å vurdere og eventuelt implementere nye behandlingsmetoder eller implementere ny teknologi. Det samme vil være tilfellet ved de døgnetene som utvides. Styrket robusthet kan også gi muligheten til å frigi noen personellressurser til å styrke fagutviklingen.

For begge de to foreslåtte alternativenes vedkommende vurderes risikoen for muligheten til implementering av ny teknologi og nye behandlingsmetoder til å være moderat (3, 3).

Arbeidsgruppen har også valgt å vurdere kommunens risiko for ikke å kunne levere helsetjenester i tråd med anbefalt ansvars- og oppgavedeling.

Også innen primærhelsetjenesten kan det være lange ventetider. I Helse Nords opptaksområde, som inneholder 80 kommuner, er imidlertid variasjonen stor på dette området. Det oppgis at flere kommuner ikke har ventelister. Det opplyses også at enkelte kommuner per i dag opplever å bruke store ressurser på pasienter som vurderes til å tilhøre spesialisthelsetjenesten. For kommuner uten DPS i området opplyses det å kunne fremstå som lettere for kommuner som er vertskap for DPS å benytte dette tilbudet. Vertskommuneeffekten oppfattes til å være allmenn kjent. Denne effekten oppfattes til å være sterkere på poliklinikkene, men den oppfattes også å være tilstedeværende for døgnvirksomhet. Lang avstand til et DPS kan innebære at det benyttes sjeldnere. På en annen side erfares at pasienter ønsker et tilbud utenfor nærmiljøet da det blir for synlig å motta slike tilbud lokalt.

Det kan også nevnes at kun et fåtall av kommunene per i dag bruker KAD-sengene til pasienter med psykiske lidelser eller ruslidelser. Kommunenes fastlege-situasjon kan også bidra til utfordringer i tjenesten. Tjenestene på kommunalt nivå oppfattes som hovedregel å ha en klar forskjell mellom by og distrikt, og mange kommuner har lite utbyggede tilbud til pasienter med psykiske problemer og rusproblematikk.

I 0-alternativet er vurderingen at denne suksessfaktoren vurderes til å inneha høy risiko. Styrking av poliklinikkene i alternativ 1 og 2 vurderes til å gjøre det enklere å samhandle med kommunene. Poliklinikkene vil kunne ta unna pasientene raskere, noe som vil gi kommunene bedre forutsetninger til å ivareta pasienter som tilhører primærhelsetjenesten med mindre alvorlige diagnoser. Kommunene vil også nyte godt av at ventetiden i begge alternativer forventes å gå ned. FACT-team vil bidra til å redusere behovet for innleggelse, noe også det kommunale nivået vil trekke positive vekslers på.

I begge de to foreslåtte alternativene er kommunens risiko for ikke å kunne levere helsetjenester i tråd med anbefalt ansvars- og oppgavedeling vurdert til å være redusert til moderat (3, 3).

6 Økonomi

Under risikoområdet økonomi har arbeidsgruppen valgt å vurdere om de foreslåtte alternativene vil bidra til økt økonomisk bærekraft i de fire foretakene i Helse Nord. I 0-alternativet er de fire foretakene alle vurdert til å ha høy svært høy risiko for ikke å kunne bidra til økt økonomisk bærekraft.

Risikoregister – Økonomi Risiko for at en ikke bidrar til økt økonomisk bærekraft ved helseforetakene

Dagens økonomiske situasjon vurderes ved alle foretak til å være til å være svært krevende. Begge de to største foretakene UNN og Nordlandssykehuset har tosifrede millionunderskudd innen området psykisk helsevern/TSB. Situasjonen oppgis å være noe bedre ved Finnmarksykehuset og Helgelanssykehuset. Foretakene har et stort antall fristbrudd noe som medfører betydelige kostnader. Psykisk helsevern ved UNN oppgis å alene være ansvarlig for et overforbruk på mer enn 70 mnok. hittil i år som følge av fristbrudd.

Den økonomiske situasjonen innebærer at nybygg ikke lar seg realisere, noe som igjen medfører høye vedlikeholdskostnader. Den økonomiske situasjonen oppgis å ha en kraftig negativ innvirkning på ansatte, svekke arbeidsforholdene og evne til å utøve god daglig drift. Svak økonomi svekker rekrutteringsevnen og det oppleves til å være lite gunstig å være i en slik situasjon over lang tid. I dagens situasjon benyttes store summer til å betale for et stort antall fristbrudd og et meget betydelig innleie av personale.



Vurdering av økonomisk bærekraft i de to alternativene:

I begge alternativene ligger det en styrking av poliklinikkene. Dette gir muligheten for å få redusere antall fristbrudd, noe som oppfattes til å være essensielt for å bedre den økonomiske situasjonen. Alternativene legger også opp til å redusere innleie gjennom å få flere faste ansatte.

Samtlige foretak vurderer den økonomiske situasjonen til å være alvorlig i begge de to alternativene. For Helgelandsykehusets vedkommende gir alternativ 1 økte kostnader. I alternativ 2 samles døgntilbudet for DPS, noe som reduserer antall lokasjoner med behov for bemanning gjennom døgnet. Dette innebærer en reduksjon i antall senger og en mulighet for mer effektiv drift. Dette gir en noe bedre økonomisk bærekraft i alternativ 2 enn i alternativ 1. For de øvrige foretakenes vedkommende vurderes de foreslåtte strukturelle endringene å bidra til at den økonomiske bæreevnen bedres noe. Nordlandssykehuset foreslår tilsvarende å samle sitt DPS-døgntilbud i alternativ 2, som tilsvarende reduserer antall lokasjoner med behov for bemanning gjennom døgnet.

Siden de foreslåtte alternativene i seg selv ikke anses å kunne bringe risikoen ned fra alvorlig til moderat er alternative tiltak drøftet. Det drøftes om kostnader ved styrking av poliklinikk-tilbud blant annet kan hentes inn gjennom reduserte kostnader ved et lavere antall fristbrudd. En struktur som bør bidra til en mer stabil bemanning vil redusere vikarbruk og overtid, og det virker positivt inn på økonomien.

Dersom de to foreslåtte alternative skal kunne antas å gi en bærekraftig økonomi vil dette være avhengig av at man lykkes i å redusere antall fristbrudd vesentlig, noe som igjen vil redusere Helfo-kostandene. Dette drøftes som risikoreduserende tiltak, men det er ikke gjort noen beregning av mulig økonomisk effekt ennå. Det vil jobbes videre med å finne tall på dette. Videre må kostander til kjøp fra private institusjoner reduseres vesentlig. Av andre risikoreduserende tiltak ble det fremmet forslag om å redusere kjøp fra Viken senter, utsette eller avstå fra å styrke PHBU-døgn ved UNN og å redusere kjøp av privat TSB.

I heat map-et er alvorligheten i risiko ikke endret som følge av tiltakene skissert ovenfor. Disse risikoreduserende tiltakene vil bringe konsekvensen fra 4 til 3, noe som gjør at økonomien går fra rød til gul.