











Vedlegg 3






DOKUMENTASJON FRA ROS-ANALYSE WORKSHOP
ARBEIDSGRUPPE 1


Dokumentasjon fra ROS-analyseworkshop


Det gjøres oppmerksom på at dette vedlegget inneholder notatene som ble skrevet under ROS-workshop i arbeidsgruppe 1. I dette dokumentet kan det fremkomme meninger og ytringer om momenter som nødvendigvis ikke er basert på fakta eller faktisk dokumentasjon. Meningene som kommer frem er arbeidsgruppens egne, eller deltakernes egne meninger, og representerer nødvendigvis ikke Helse Nord sine standpunkt.







	Risikoområde brukeren av tjenestene	S	K
RB1 RB1-0 	Likeverdige tjenester med god kvalitet og pasientsikkerhet - <i>Risiko for at tjenestene ikke er likeverdige, ikke sikre og ikke med god kvalitet</i> Likeverdige tjenester innebærer at befolkningen skal få mest mulig likt resultat av samme behandling. Dagens situasjon er preget av økende ventelister, økende fristbrudd, og stor grad av innleie og vikarer. Dette gjør det utfordrende å tilby likeverdige tjenester (både akutt og elektivt). Det vises til eksempel på situasjoner hvor en har måtte stenge den fødetilbud på grunn av mangel på bioingeniører. Det er mange drivere for at en ikke klarer å tilby et likeverdig tjenestetilbud, både innad i regionen, og på tvers av landet. En driver er avstand og reisebelastning. En annen faktor er bemanningsstruktur. Høyt forbruk av vikarer har negativ innvirkning på kvalitet, og gir stor variasjon i tilbudet. Den største utfordringen er de pasientene vi ikke ser. Det er viktig å gi behandling til riktig tid. Flere steder går mye av tiden med til å bemanne døgnkontinuerlige vakter noe som gjør at det er færre til stede på dagtid. Det kan være grunn til å tro at kvalitetsindikatorerne påvirkes av at en mangler bemanning. Ventelistene påvirkes også av dette, og det er en økt bekymring for ventetid. Det er viktig å være oppmerksom på at det også er store forskjeller på tvers av regionen, og mye er preget av avstand til tilbudet. Noen i arbeidsgruppen mener at man blant annet ikke har likeverdige tjenester i Finnmark. Videre viktig å få frem at møtet med den enkelte pasient som oftest har god kvalitet, og at problemene er knyttet til struktur og system nivå, ikke ned på individnivå og enkelt behandlere.	4	4
RB1-1 	Forutsatt at man klarer å bygge opp de prehospitaltjenestene knyttet til både bil og fly vil alternativ 1 kunne bedre situasjonen. En vil ha større kontinuitet i dette alternativet enn i dagens situasjon, og det vil kunne redusere sannsynligheten for at tjenestene ikke er likeverdige, sikre eller av god kvalitet. Å konsolidere tjenestene vil være en driver for positiv utvikling.	3	2
RB1-2 	Alternativ 2 betraktes på samme måte som alternativ 1, og situasjonen forbedres ytterligere.	2	2
RB2 RB2-0 	Tjenester med god tilgjengelighet relatert til kapasitet og forløp - <i>Risiko for at tjenestene ikke er tilgjengelige på grunn av avstand eller forløp</i> Dette punktet henger sammen med RB1. Det er en oppfatning i arbeidsgruppen om at det er stor variasjon i hvilke helsetjenester man får tilbud om, og om man klarer å ta imot den behandlingen man trenger på grunn av store avstander til tilbudet. Mange ting fungerer godt akutt, men oppfølging i etterkant er varierende, og det er store forskjeller i tilbudet. Det er forskjell mellom tilgjengeligheten på akutte tjenester, og elektive tjenester. Den største utfordringen er knyttet til elektiv virksomhet og antall pasienter på ventelistene. I noen sammenhenger er det flere foretak som har en høyere sannsynlighet enn fire for at risikoen skal inntreffe. Scoren speiler den helhetlige betraktningen.	4	4
RB2-1 	I dette alternativet vil akutt kirurgisk tilbud tilbys færre steder. Tilgjengeligheten vil likevel være der, men på et annet sted, som for noen kan være lengre unna. Alternativet vil kunne ha en effekt på ventelister da elektiv aktivitet er forventet å gå opp når kapasitet i vaktlinjer bygges ned.	3	3







RB2-2 	<p>For at dette alternativet skal gi effekt ligger det en forutsetning om at en klarer å bemanne med den kompetansen som er ønskelig og som trengs, og at situasjonen er enklere etter interimperioden. Strukturen i dette alternativet gjør det lettere å bemanne enn det er i dagens situasjon. Til tross for dette vil flere hevde at alternativ 2 nok ikke er det beste alternativet sett i et brukerperspektiv. Dette alternativet vil kunne medføre lengre reisevei, spesielt til akutte funksjoner både innen kirurgi og innen indremedisin. Det trekkes frem at dette alternativet er spesielt utfordrende for brukerne av tjenestene i Kirkenes. Ulemper for brukeren av tjenestene knyttet til avstand og reisevei er beskrevet ytterligere under RB5 – risiko for tjenestene ikke er tilgjengelig på grunn av avstand eller vanskelig fremkommelighet.</p>	2	2
RB3	<p>Tjenester med god pasienttilfredshet (og tillit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for at pasientene ikke er tilfreds med tjenestene eller ikke har tillit til de 		
RB3-0 	<p>Hovedsakelig opplever en at brukerne av helsetjenestene er fornøyde med tjenestetilbudet og at en generelt har tillit til helsetjenesten. PAS-OPP undersøkelser får jevnt over gode tilbakemeldinger. Det er knyttet større tilfredshet til akutt tilbudet, mens en opplever at brukerne av tjenestene er mindre fornøyde med dagtilbud som en på grunn av kapasitetsmangel må vente svært lenge på for å få. Mange brukere er trolig heller ikke tilfreds fordi tjenesten oppfattes som å være lite sammenhengende. Ofte kan en som bruker av tjenestene oppleve å være en kasteball mellom systemene, og en koordinator for seg selv. Variasjon i pasienttilfredshet kan også forklares med avstand til tjenestene. En har naturlig mer tillit til det som er kjent og nært. For mange er ofte det verste å måtte reise langt for komme til et lite sykehus. Det mangler systematiske meldesystem for klager.</p>	3	3
RB3-1 	<p>Erfaring fra klinikken viser at pasienttilfredshet er sterkt knyttet til hvorvidt pasientene mottar de helsetjenestene de forventer å få. Det er utfordrende å forutsi nøyaktig hvordan de foreslåtte alternativene vil påvirke pasienttilfredsheten, men det er sannsynlig at pasientene vil være mer tilfredse dersom for eksempel ventetiden reduseres. Kortere ventetid kan ha en positiv innvirkning på pasientopplevelsen og dermed føre til høyere pasienttilfredshet. Pasientenes opplevelse av tilgjengelighet og kvaliteten på omsorgen de mottar, spiller en viktig rolle i deres vurdering av helsetjenestene.</p>	3	3
RB3-2 	<p>Forståelig, det er vanskelig å forutsi nøyaktig hvordan alternativet vil påvirke pasienttilfredsheten. Det kan oppstå en avveining mellom kortere ventetid for planlagt behandling og lengre reiseavstand til akutte helsetjenester. Pasienttilfredsheten kan variere avhengig av individuelle preferanser og prioriteringer. Noen pasienter kan sette høyere pris på kortere ventetid, mens andre kan være mer bekymret for tilgjengeligheten av akuttbehandling.</p>	3	3
RB4	<p>Ivareta den samiske pasienten ift. utvikling av tjenester, kultur og språk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for at den samiske pasient ikke blir ivaretatt i forhold til utvikling av tjenester, kultur og språk 		
RB4-0 	<p>Ivaretakelse av samiske pasienter er et viktig og diskutert tema. Selv om det er bygget en egen poliklinikk i Karasjok, gjenstår spørsmålet om hvordan man kan ivareta samiske pasienters behov innenfor sykehuset. Dette krever kulturforståelse, tolketjenesten og å kunne møte pasienter på deres eget morsmål. Det er imidlertid laget en strategi og planer på foretaksnivå som er under implementering for å bedre ivaretakelsen av samiske pasienter. Det er vanskelig å fastslå om løsningene eller alternativene vil føre til forbedringer eller forverringer, da det avhenger av implementeringen og oppfølgingen av disse strategiene. Det viktigste er å ha fokus på kultur og språkforståelse, samt organisering av helsetjenestene og forvaltning av egen helse og tjenester. Urfolksperspektivet må tas på alvor, og det er nødvendig å adressere uroen som eksisterer blant den samiske befolkningen. Det er også viktig å bygge kompetansemiljøer som kan støtte ivaretakelsen av samiske pasienter.</p>	3	3






	Det er positivt at departementet vil opprette et ekspertutvalg, men det er viktig å erkjenne at det alltid er rom for forbedringer. Det er viktig å ha rammer som kan gi den samiske befolkningen forståelse av akutt- forløp. Rammer og forståelse for akuttperspektivet bør være en integrert del av arbeidet med å ivareta samiske pasienter.		
RB4-1 		3	3
RB4-2 		3	3
RB5 RB5-0 	<p>Tjenester med god tilgjengelighet med tanke på avstand og fremkommelighet</p> <p><i>-Risiko for at tjenestene ikke er tilgjengelig på grunn av avstand eller vanskelig fremkommelighet</i></p> <p>Pasientreiser oppleves av brukerorganisasjoner som en svært rigid organisasjon, og en opplever at det er et ekstremt kontrollbehov knyttet til pasientreiser. Prosessen med å planlegge reiser tar lang tid, og det oppstår utfordringer når det gjelder å dekke kostnader for overnatting. Pasientreiser er et viktig verktøy som gjør det mulig for folk å bo hvor de ønsker, og likevel få nødvendig medisinsk behandling. Imidlertid virker det som om forskriften er utformet med mer vekt på sentrale østlandsområder, og dette skaper utfordringer for de som bor i andre deler av landet.</p> <p>Mennesker som har hyppige, tilrettelagte reiser, er generelt tilfredse med ordningen. Imidlertid er de som trenger ledsager til tjenesten, mindre fornøyde. Kostnadsaspektet for pasientene spiller også en viktig rolle. I dagens situasjon kan pasienter som bor nær et sykehus føle at de har enkel tilgang til behandling, mens de som bor lenger unna opplever at avstanden er et hinder. Dette fører til strukturelle forskjeller på tvers av regioner. I det verste tilfellet kan folk nøle med å takke ja til behandling fordi det medfører personlige økonomiske kostnader.</p>	3	3
RB5-1 	Endringene som dette alternativet medfører, er primært knyttet til akutt kirurgi og fødetilbud. Dette vil kreve endringer av de prehospitaltjenestene- Det vil ikke bli så mye endringer i forhold til reising. Konsekvensen vil være størst for Finnmark, og fødende. På grunn av dette økes sannsynligheten.	4	3
RB5-2 	<p>Nedtrekk av både akutfunksjoner innen kirurgi og innen indremedisin vil ha innvirkning på avstand og reisemønstre. Etableringen av større akutt sykehus kan potensielt gi flere tjenester, noe som kan bidra til å redusere behovet for reising til Tromsø eller Bodø. Dette kan ha en moderat positiv effekt på tilgjengeligheten for noen pasienter. Imidlertid representerer disse endringene en viss grad av sentralisering, der de som allerede bor nær sykehusene vil fortsette å føle at de har kort avstand til helsetjenester, mens de som bor lenger unna vil oppleve en økt avstand. Noen pasienter må kanskje endre sine reisemønstre i forhold til tidligere.</p> <p>Det er en risiko for at økte kostnader knyttet til reising kan føre til at noen pasienter unnlater å motta nødvendig behandling. Det er viktig å ta hensyn til den aldrende befolkningen og de ekstra utfordringene de vil møte når de må reise for helsetjenester.</p> <p>Når det gjelder Helgeland, er det nødvendig å vurdere endringer i det prehospitaltjenesteperspektivet, inkludert styrking av vei- og lufttransport.</p> <p>Spesielt eldre og skrøpelige personer vil være den mest sårbare gruppen i dette alternativet. Videre vil konsekvensen være størst for fødende og innbyggere i Finnmark.</p>	5	3





<p>NY RB5-2</p> 	<p>Arbeidsgruppen er uenig i fastsettelse av konsekvens. 7 representanter mener konsekvensen skal settes på 3, mens 6 representanter mener den skal settes på 4. 3 blir stående.</p> <p>Risikoreducerende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En gjennomgang av prehospitaler tjenester, herunder ambulansetjeneste. Lokalisering av prehospitaler tjenester må vurderes, herunder hvilke tjenester som bør styrkes. Det bør være spesielt fokus på Finnmark, Lofoten og Helgeland. • Vurdere å sette inn flere legebiler • Kommunenes tjenester bør trolig også styrkes for å lette belastningen for eldre og skrøpelige, dette gjelder både kvalitet og kompetanse • Smidigere organisering av pasientreiser • Tilrettelegge for opphold med undervisningsmuligheter i sykehuskoler, særlig for pasienter på videregående skole • Tilpasse sykehusenes lokaler bedre slik at det er mulig for pasienter som har reist langt å være på sykehus i ventetiden • Utvikle digitale samhandlingsflater • Øke bruken av digitale konsultasjoner og oppfølging • Arbeide for endringer i nasjonale forskrifter og regionale bestemmelser knyttet til pasientreiser og da særlig kompensasjon i forhold til overnatting • Forutsigbare systemer for ledsagere og pårørende både for reiser og i forbindelse med behandling • Satse på lærings- og mestringsarbeid for pasienter, brukere og pårørende 	4	3
---	---	---	---





	Risikoområde behandlingstilbud	S	K
<p>RT1</p> <p>RT1-0</p> 	<p>Likeverdige tjenester av god kvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for at tjenestene ikke er likeverdige eller av god kvalitet <p>Det er en del variasjon i behandlingsresultat, og denne variasjonen er jevnt fordelt når det kommer til faktorer som ikke er knyttet til system. Denne variasjonen er ikke avhengig av om sykehuset er stort eller lite. Det er utfordringer knyttet til ventetid og fristbrudd, systemvariabler som dette har størst variasjon blant små sykehus.</p> <p>En forutsetning for at tjenestene skal være likeverdig eller av god kvalitet er rett kompetanse, nok folk og tid. Den største risikoen i denne sammenhengen er antall pasienter som venter på behandling. Noen steder har allerede satt i gang risikoreducerende tiltak og går systematiske gjennom ventelistene. Når det gjelder det akutte helsetjenester, tilbys gode tjenester som legger vekt på likeverdighet. Imidlertid er det variasjon i det planlagte behandlingsnivået. Det er viktig å merke seg at individuelle opplevelser av legekonsultasjoner ikke legges til grunn for</p>	4	4






	denne vurderingen. Resultatene av behandling oppfattes generelt som like, og det er viktig å understreke at denne vurderingen baseres på systemnivået for helsetjenestene.		
RT1-1 	Ventelistesituasjonen kan forventes å forbedres i dette alternativet. Spesielt innen ortopedi hvor en har de største utfordringene.	3	3
RT1-2 		2	2
RT2 RT2-0 	Tjenester med god tilgjengelighet -Risiko for at tjenestene ikke har god tilgjengelighet Se til brukeren av tjenesten og hva som ble diskutert der	4	4
RT2-1 	Alternativet kan innebære et skifte i tilgjengeligheten av helsetjenestene. Alternativet innebærer en reduksjon i antall akutte vaktlinjer, men samtidig en økning i tilgjengeligheten for planlagte behandlinger. Selv om det kan bli færre akutte vaktlinjer, er det viktig å understreke at det akutte nivået av helsetjenester fortsatt skal opprettholde en høy grad av forsvarlighet knyttet til tilgjengelighet. Balansen mellom tilgjengelighet og kvalitet er avgjørende for å sikre pasienters behov og sikkerhet.	3	3
RT2-2 	Om en gjør dagens fødetilbud i Kirkens om til en fødestue vil det innebære at det er 50 mil til nærmeste sted hvor det kan gjennomføres keisersnitt. Dette er en betydelig avstand, spesielt når det oppstår behov for hastekeisersnitt, eller en mister fosterlyd. Selv om en har helikopter rett utenfor vil det ta 1,5 timer å fly til Hammerfest. En undersøkelse som er gjort viser at det er få tilfeller hvor kvinner føder innen en time etter at en har ankommet sykehuset. Men i de tilfellene hvor en må ta hastekeisersnitt, og en ikke rekker det, hva skje da? I Lofoten blir det gjort 0-4 keisersnitt i året. Det handler mye om seleksjonskriterier for overflytting fra fødestue følges eller ikke. Om disse seleksjonskriteriene følges godt opp er det grunn til å tro at det ikke vil være snakk om mer enn ett par tilfeller i året der det vil være behov for keisersnitt i Kirkenes. Alle fødeavdelinger har jobbet med å få ned raten på keisersnitt. Det er per nå lav forekomst av transportfødsler, men dette kan tenkes at øker i alternativet. Vurderingen av risiko for dette alternativet er hovedsakelig gjort i forhold til avvikling av fødeavdelingen i Kirkenes.	2	3
RT3 RT3-0 	Tjenester med god pasienttilfredshet (og tillit) - Risiko for at pasientene ikke er tilfreds med tjenestene eller ikke har tillit til de De fleste helsearbeidere gjør sitt beste for å ta vare på pasientene i hvert enkelt møte. Det er imidlertid viktig å merke seg at mye av helsepersonellet kan oppleve pressede rammevilkår, som kan påvirke deres evne til å levere helsetjenester på en måte de ønsker. Press på ressurser, tid, og økonomiske begrensninger gjør det utfordrende, selv om de har gode hensikter og ferdigheter.	3	3







RT3-1 	<p>Det virker som om dette alternativet, selv om det ikke innebærer store endringer, likevel kan ha en innvirkning på pasienttilfredshet. Reduserte ventelister og mer effektiv håndtering av tjenester kan føre til mer fornøyde pasienter. I tillegg kan det bidra til å skape mer robuste helsetjenester som bedre kan møte pasientenes behov.</p> <p>Det er imidlertid viktig å merke seg at fjerning av fødetilbud kan føre til at noen ikke opplever den samme graden av tilfredshet, så her vil det være litt variasjon i oppfattelsen på tvers av region, og pasientgruppe.</p>	2	3
RT3-2 	<p>En skulle anta at en klarer å tilby tjenester som gir bedre tilfredshet enn ved nå situasjonen og også alternativ 1.</p>	2	2
RT4 RT4-0 	<p>Spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen -Risiko for at en ikke har spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen</p> <p>Dagens struktur innebærer spredning av mange funksjoner over et stort geografisk område. Vi har noen spesialiserte funksjoner samlet. Men mange av lokasjonene har lavt pasientvolum.</p>	4	4
RT4-1 	<p>Med de foreslåtte alternativene har man muligheten til å sentralisere visse spesialiserte funksjoner for å øke volumet og effektivisere tjenestene. Samtidig sikrer man fortsatt lokale og desentraliserte tilbud for pasienter med kroniske lidelser. Dette representerer en form for sentralisering av desentraliserte tjenester for å oppnå en balanse mellom å styrke spesialiserte funksjoner og samtidig ivareta pasientenes behov for nærliggende omsorg. Det er ikke snakk om en sentralisering inn mot Bodø eller Tromsø.</p> <p>Det er også viktig å merke seg at de foreslåtte alternativene ikke nødvendigvis gjelder alle pasientkategorier.</p> <p>Konsekvensen av denne risikoen er lavere enn i null alternativet fordi en sentraliserer en del kirurgiske funksjoner.</p>	3	2
RT4-2 	<p>Alternativ to er forventet å ha større effekt enn alternativ en. Dette er fordi volum og kvalitet hører sammen. Ofte kan høyere volum av pasienter og behandlinger føre til økt erfaring og ekspertise blant helsepersonell, og dermed bidra til å forbedre behandlingskvaliteten.</p> <p>Å konsentrere spesialiserte tjenester og behandlinger i større enheter kan gi fordeler som bedre tilgjengelighet, kortere ventetider, og høyere kvalitet i behandlingen. Samtidig er det viktig å vurdere tilgjengeligheten for pasienter i mer fjerntliggende områder og balansen mellom sentralisering og desentralisering.</p>	2	2
RT5 RT5-0 	<p>Moderne pasientbehandling i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling -Risiko for at pasientbehandlingen ikke er i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling</p> <p>Det sies at færre nordnorske pasienter deltar i kliniske studier, uten at en har rapporter på dette. Flere studier stopper opp på grunn av vi ikke har kvalifisert personell innen f.eks. radiologi. Onkologien subspecialiseres, og Helse Nord henger etter på dette. Arbeidsgruppen mener at en henger etter på moderne pasientbehandling både med hensyn til teknologi og utvikling. Dette handler også om mangel på robuste fagmiljøer som er i stand til å sette en faglig standard. Små sykehus som har små miljø med spesialiserte funksjoner, henger også</p>	3	4

	etter. Utfordringene kan ses fra ulike perspektiver, inkludert universitetets sykehus, regionssykehus, lokalsykehus og enkelt behandlere.		
RT5 -1 		3	3
RT5-2 	Dette alternativet vil kunne styrke universitetsfunksjonen. Styrking a universitetsfunksjonen kan være viktig for å fremme medisinsk forskning og utdanning i regionen. En sterk universitetsfunksjon kan også bidra til å etablere tette samarbeidsforhold mellom universiteter og helseinstitusjoner. Dette kan igjen være viktig for utviklingen av moderne pasientbehandling og teknologi. I alternativ 2 vil en også styrke miljøene på de sentraliserte stedene. Pasientstrømmene endres, og en får spisset tilbudet.	2	2
RT6 RT6-0 	Unngå pasientlekkasjer ved ny oppgave og funksjonsfordeling - Risiko for at ny oppgave og funksjonsfordeling vil gi pasientlekkasjer Pasientlekkasjer oppstår som følge av ventetid og lange reiseveier. Noen pasientlekkasjer har en også selv satt i system. Dette skyldes avtaler som er gjort gjennom Helse Nord for å unngå fristbrudd og kjøp av tjenester hos private. Vi er nå i en situasjon hvor vi trenger å hente tilbake våre egne pasienter. Selv om volumet av pasientlekkasje innen kirurgi og de tjenestene som går til HELFO ikke er enormt sammenlignet med andre utfordringer, er det likevel en viktig problemstilling å adressere. Pasientlekkasjen kan påvirke regionens evne til å opprettholde høy kvalitet og tilgjengelighet i helsetjenestene. Lekkasje kan forekomme både innad i regionen og til private tjenesteleverandører, samt til andre regioner.	3	3
RT6-1 	Konsentrere og omfordele vil gi større volum og gjøre det mer attraktivt for medarbeiderne	3	2
RT6-2 	Hvorvidt en får til dette er avhengig av hva gruppe 3 foreslår.	2	2


		S	K
	Risikoområde bemanning		
RM1	Sikre høyere andel faste ansatte		
RM1-0 	<p>-Risiko for at en ikke klarer å sikre en høyere andel faste ansatte</p> <p>For denne risikoen kan en se til hva som ble sagt under risiko nummer 1 under økonomi. Rekruttering av helsepersonell er et betydelig problemområde, og en har ikke i dag en struktur som lar seg bemanne. Situasjonen varierer fra sted til sted. Det nevnes eksempler på klinikker som mangler helsearbeidere, og leger til å gå i vakt. En løsning på slike problemer er å planlegge ambulerings innenfor det elektive området for å styrke miljøet, men det kan være utfordrende å tiltrekke og beholde kvalifisert personell.</p> <p>Det er utfordrende å fastslå rekrutteringsevnen fra sted til sted, da situasjonen varierer. Dette er et komplekst område som krever nøye vurdering for å finne løsninger som sikrer tilstrekkelig bemanning i helsevesenet i regionen.</p>	5	5
RM1-1 	<p>Det er viktig å vurdere hvordan endringene av funksjonsfordelingen vil påvirke bemanningen og om de vil gjøre tjenestene mer attraktive for helsepersonell. Spørsmålet om hvorvidt folk vil flytte etter tjenestene og hvordan det vil påvirke rekrutteringsevnen er viktig å vurdere i forbindelse med de foreslåtte alternativene. Det kan være en risiko for at man får færre søkere til studiesteder som ikke kan tilby praksis i samme området.</p> <p>I alternativ 1 vil en på lang sikt trenge færre vaktgående personell. Om en samler mer personell på et sted så vil dette også kunne være med å styrke laget. I dette alternativet vil en ikke klare å bygge like robuste miljøer som i alternativ 2, men sannsynlighet og konsekvens reduseres likevel noe. Noen i arbeidsgruppen stiller spørsmål til om robustheten faktisk vil svekkes.</p>	4	3
RM1-2 	<p>I dette alternativet vil en trenge enda mindre vakt gående personell på sikt enn i alternativ 1. Dette alternativet gir også større mulighet for mer robuste miljøer. Dette kan bidra til en mer effektiv ressursutnyttelse. Det vil trolig også være mer attraktivt å jobbe med planlagt virksomhet på dagtid, enn i en beredskapsvakt alle uker dager til alle døgnets timer. Balansen mellom beredskapsvakter og elektive tjenester kan påvirke attraktiviteten for helsearbeidere og rekruttering.</p> <p>Det er viktig å huske på at for de minste sykehusene med de lengste avstandene til de større sykehusene, kan de foreslåtte endringene påvirke rekruttering og evnen til å beholde helsepersonell negativt. Dette kan få konsekvenser for flere fagfelt, fordi det kan tenkes at om man for eksempel mister gyn ett sted kan dette også påvirke andre fagfelt.</p> <p>Ambulering kan være en løsning for å styrke bemanningen og tilgjengeligheten av tjenester, men det er viktig å påpeke at dette er en frivillig ordning som ikke kan pålegges. En må derfor ha litt hus/hytte tankegang.</p> <p>Å sikre en stor andel fast ansatte er en kompleks utfordring, og det er viktig å huske at ikke alle problemer løses med alternativene. Scoren er gitt ut fra en forutsetning om at modellen i alternativ 2 er velfungerende.</p>	3	2
RM2	Robuste fagmiljø med gode arbeidsforhold der faglig utvikling, forskning, utdanning og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen		
RM2-0 	<p>-Risiko for at en ikke har robuste fagmiljø med arbeidsforhold der faglig utvikling, forskning, utdanning og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen</p> <p>Tid og rom for kompetanseutvikling er avgjørende for helsepersonell, og det kan være viktigere enn lønn og andre økonomiske faktorer. Noen steder har leger en utilbørlig arbeidsmengde. Det meldes også om steder som signaliserer at de har både dårlige arbeidsforhold, og dårlig</p>	4	5




	<p>arbeidsmiljø. Det er en utfordring at mye av arbeidstiden er bundet opp i beredskap, spesielt på mindre sykehus, noe som begrenser mulighetene for fagutvikling. Dette kan påvirke arbeidsmiljøet og trivselen for helsepersonell. Dette påvirker også muligheten til å komme seg gjennom en spesialisering. Dette skyldes høy vaktbelastning og stor grad av øyeblikkelig hjelp, det meldes da om at det er problemer med å komme gjennom de andre punktene som skal til for å få godkjent spesialisering.</p> <p>Det er utfordrende å både rekruttere og utdanne helsepersonell, inkludert sykepleiere, leger og LIS 2-3. Antall studieplasser på sykepleierutdanning fylles ikke opp. En nasjonal rapport viser at UIT produserer minst medisinsk forskning i landet. Forskning er kanskje ikke så avhengig av organiseringen, men det er utdanning.</p>		
RM2-1 	<p>I alternativ 1 går en fra sårbare til mer robuste fagmiljøer. Alternativet vil gi økt elektiv virksomhet, og aktiviteten vil skje på dagtid. Dette vil trolig gi bedre muligheter for forskning og innovasjon. Effektene i dette alternativet vil ikke være like store som i alternativ 2, siden det her kun er snakk om å styrke kirurgiske miljø, og fødetilbud ved å sentralisere noe.</p> <p>Noen i arbeidsgruppen mener at det kanskje bli færre praksisplasser, og utfordringer for LIS i dette alternativet. Videre er en bekymret for om man klarer å utdanne egne spesialister. En vil trolig ikke lykkes med det om en har mange små enheter.</p> <p>Det var uenighet i gruppen om hva sannsynligheten for risikoen skulle settes, hvor 5 mente at sannsynligheten skulle være 3, og 8 mente sannsynligheten skulle være 4. Sannsynligheten blir derfor satt til 4. 11 mente at konsekvens burde være 4.</p> <p>I dette alternativet er risikoen på et uakseptabelt høyt nivå. På grunn av dette skulle det ha vært identifisert risikoreduserende tiltak. Men på grunn av en misforståelse har ikke dette blitt gjort.</p>	4	4
RM2-2 	<p>Dette alternativet er antatt å øke effekten ytterligere.</p> <p>Desentralisert sykepleierutdanning og praksis på hjemstedet kan være positivt for å øke rekrutteringen, og styrke tilgjengelighet i regionen. Dette kan gjøre det enklere for studenter å utdanne seg til sykepleiere samtidig som de forblir i sine lokal samfunn. En ser at det de stedene hvor det er helintegrerte studietilbud er det et høyere antall søkere.</p> <p>Representanter i arbeidsgruppen stiller spørsmål til om en vil med dette alternativet klare å tilby desentralisert sykepleier utdanning og praksis i hjemmeområdet. Søkertallene til utdanningen er ansett som kanskje det største problemet. Videre stilles det spørsmål hvilke effekter dette alternativet vil ha på rekrutteringen. Det understrekes videre at det må gjøres en vurdering av hvordan det går med utdanningsstillingene i dette alternativet.</p> <p>Det var uenighet i gruppen om sannsynlighet for risiko, og det ble derfor stemt. En representant mente at sannsynlighet skulle være 3, og 10 representanter mente at sannsynlighet skulle være 2. 2 blir derfor stående. 11 representanter mente at konsekvens skulle settes 2, mens 1 mente at konsekvens skulle settes 3. 2 blir stående.</p>	2	2
RM3 RM3-0 	<p>Vaktordninger som ikke er avhengig av kontinuerlig innleie</p> <p><i>-Risiko for at man har vaktordninger som er avhengig av kontinuerlig innleie</i></p> <p>Se til beskrivelse under økonomi</p>	5	5
RM3-1 	<p>Se til beskrivelse under økonomi</p> <p>De vaktlinjene det er foreslått å trekke ned er de som i regionen per i dag har størst utfordringer med bruk av innleie i dag. Med en velfungerende modell vil en potensielt redusere</p>	4	3







	innleie noe sammenlignet med dagens situasjon og risikoen reduseres.		
RM3-2 	De vaktlinjene det er foreslått å trekke ned er de som i regionen per i dag har størst utfordringer med bruk av innleie i dag. Med en velfungerende modell vil en potensielt redusere innleie ytterligere i dette alternativet, sammenlignet med alternativ 1 og dagens situasjon, risikoen reduseres.	2	2
RM4 RM4-0 	<p>God rekrutteringsevne og stabilisering av personell</p> <p><i>-Risiko for at man ikke har god rekrutteringsevne og klarer å stabilisere personell</i></p> <p>Denne risikoen henger sammen med RM1 og RM2, samt RM5.</p> <p>Utfordringen med rekruttering og bevaring av kvalifisert helsepersonell er en kritisk faktor som kanskje er den største utfordringen som Helse Nord har. Tidligere styresaker er med å understreke dette. I dagens situasjon er det for mange sykehus og vaktlinjer i Helse Nord å bemanne.</p> <p>Å tiltrekke seg, og beholde helsepersonell handler ikke bare om å rekruttere til egen organisasjon, men også om å tilby attraktive muligheter for personellens partnere, nærhet til ulike tjenester og utdanningsmuligheter. Mange steder har en i dagens struktur singelspesialister, dette er sårbart og skaper høy risiko om de skulle forlate stillingen. Det er viktig å poengtere at rekrutteringsutfordringene varierer fra sted til sted, og situasjonen kan endre seg raskt på lokalt nivå. Derfor er det nødvendig å vurdere disse utfordringene på regionalt nivå for å finne løsninger som fungerer for hele regionen.</p> <p>Det stilles spørsmål til hvor man skal rekruttere fra.</p>	5	5
RM4-1  NY RM4-1 	<p>Ettersom en tar ned funksjoner, og bygger større og robuste miljø noen steder vil en anta at rekrutteringssituasjonen bedrer seg noe for noen konkrete fagområder. Det er betydelig usikkerhet blant flere av arbeidsgrupped medlemmene i hva scoren i alternativ 1 skal settes til, og dette skyldes at man er usikker hva de strukturelle endringene i Rana, Lofoten, og Narvik vil innebære.</p> <hr/> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for at en klarer å bygge større og mer robuste fagmiljøer på de lokasjoner en kanalisere aktivitet til • God styring fra Helse Nord som sikrer at alle foretakene faktisk gjennomfører planlagte og vedtatte endringer. Det ansees som viktig med hurtig avgjørelse av endringene. Manglende avgjørelser medfører usikkerhet • Positiv og god samhandling mellom tilsatte og brukere 	4	4
RM4-2 	Dette alternativet vil i teorien ytterligere redusere behovet for bemanning. Noen av arbeidsgruppe representanter påpeker at det allerede mangler personell, og at det er høyt bruk av innleie i Bodø og Tromsø til tross for at det der er relativt store fagmiljø. Men selv om det mangler folk på de store stedene i dag, så vil modellen i dette alternativet uansett redusere behovet noe for bemanning, og en får mulighet til å utnytte personellet bedre.	3	2








<p>RM5</p> <p>RM5-0</p> 	<p>Bemanne med riktig kompetanse 365/24-7 for å sikre et tilbud til befolkningen med samme kvalitet</p> <p>-Risiko for at man ikke klarer å bemanne med riktig kompetanse 365/24-7 for å sikre et tilbud til befolkningen med samme kvalitet</p> <p>Denne risikoen er betraktet å være ganske lik som RM4</p> <p>Om man klarer å bemanne riktig henger tett sammen med hvordan utdanningen er lagt opp i forhold til spesialisering. Det er ikke gitt at en klarer å ha spesialister innen alle fagområder på hvert lille sykehus. På de små sykehusene er det spesielt viktig med generalistkompetanse, men samfunnsutviklingen trekker i en annen retning.</p> <p>Kommentar: Henger sammen med hvordan utdanningen er lagt opp (spesialisering), ikke gitt at en har en spesialist av hver sort på hvert lille sykehus. Det er viktig med generalist kompetanse. Men samfunnsutviklingen går i en annen retning. Skal man organisere seg i tråd med utviklingen, eller slik man ønsker at det skal bli?</p>	5	5
<p>RM5-1</p>  <p>NY</p> <p>RM5-1</p> 	<p>I både alternativ 1 og 2 sentraliseres det, og bygges større miljøer. Dette skulle tilsi at det blir noe enklere å bemanne riktig.</p> <hr/> <p>Risikoreducerende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for muligheten til å delta i vaktordninger internt i foretaket, for å ivareta kompetanse (i noen sammenhenger vil dette være på et annet geografisk sted enn der man har hovedstilling) • Sørge for rask iverksettelse av planlagt og vedtatt endring • Øke attraktiviteten av å ha to arbeidsteder • Stimulere til «hus og hytte» modellen <p>Tiltakene bør primært rettes mot Helgelandssykehuset, Narvik, Lofoten og Kirkenes</p>	4	4
<p>RM5-2</p> 	<p>I både alternativ 1 og 2 sentraliseres det, og bygges større miljøer. Dette skulle tilsi at det blir noe enklere å bemanne riktig. Effekten forsterkes i alternativ 2.</p>	3	2
<p>RM6</p> <p>RM6-0</p> 	<p>Unngå redusert tilgang til personell og kompetanse i interimsfasen</p> <p>-Risiko for at en ikke klarer å unngå å redusere tilgang til personell og kompetanse i interimsfasen</p> <p>Vi antar at vi er i interimsfasen allerede, og det er en risiko for at vi mister personell på grunn av endringsplanene.</p>	4	4
<p>RM6-1</p> 	<p>Det gjøres litt mindre endringer i dette alternativet enn i alternativ 2, det er derfor grunn til å tro at risikoen for at en ikke klarer å unngå å redusere tilgangen til personell og kompetanse i interimsfasen.</p> <hr/>	4	4




NY RM6-1 	Risikoreduserende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at man får laget gode overgangsplaner • Sikre hurtig endring- og overgangsfase i tråd med arbeidsrettslige bestemmelser • Sørge for å ha klare leder- og ansvarsforhold • Dedikert og god endringsledelse i omstillingsfasen • Sikre at endringene gjennomføres så snart de er vedtatt • Sørge for at en har det bygningsmessige på plass • Sørge for mulighet til videreutdanning • Sørge for tilfredsstillende ambuleringsordninger som er i tråd med avtaleverket • 	3	3
RM6-2  NY RM6-2 	Risikoen er høyere i dette alternativet fordi de foreslåtte endringene er større. <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Risikoreduserende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at man får laget gode overgangsplaner • Sikre hurtig endring- og overgangsfase i tråd med arbeidsrettslige bestemmelser • Sørge for å ha klare leder- og ansvarsforhold • Dedikert og god endringsledelse i omstillingsfasen • Sikre at endringene gjennomføres så snart de er vedtatt • Sørge for at en har det bygningsmessige på plass • Sørge for mulighet til videreutdanning • Sørge for tilfredsstillende ambuleringsordninger som er i tråd med avtaleverket 	5	5
NY RM6-2 	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at man får laget gode overgangsplaner • Sikre hurtig endring- og overgangsfase i tråd med arbeidsrettslige bestemmelser • Sørge for å ha klare leder- og ansvarsforhold • Dedikert og god endringsledelse i omstillingsfasen • Sikre at endringene gjennomføres så snart de er vedtatt • Sørge for at en har det bygningsmessige på plass • Sørge for mulighet til videreutdanning • Sørge for tilfredsstillende ambuleringsordninger som er i tråd med avtaleverket 	4	4


	Risikoområde kapasitet	S	K
RK1 RK1-0 	Tilstrekkelig fysisk og teknologisk infrastruktur for å ivareta behovet for tjenester <i>-Risiko for at en ikke har fysisk og teknologisk infrastruktur til å ivareta behovet for tjenester</i> Helsevesenet er avhengig av tilstrekkelig fysisk kapasitet og oppdatert teknologisk utstyr for å kunne ivareta behovet for tjenester på en effektiv og trygg måte. Det nevnes problemer med endringsgjeld, etterslep, vedlikehold og reinvesteringer i utstyr, spesielt ved eldre sykehus som har store utfordringer med infrastrukturen. Dagens sykehusareal er lite tilrettelagt for god logistikk, og det gir utfordring for personell, som igjen påvirker drift. Helse Nord er i dag i en situasjon hvor nye byggeprosjekter er satt på hold. Teknologisk etterslep og behovet for oppgradering av utstyr påvirker kvaliteten på tjenestene som kan tilbys, spesielt når det gjelder avanserte medisinske prosedyrer og diagnostikk, og her ligger vi langt bak. Vi klarer ikke å fornye teknologisk infrastruktur. Disse problemene er selvsagt ikke til stede ved de nye sykehusene i regionen, selv om en del av utstyret også her kan være gammelt. Det trekkes frem at sykehuset i Tromsø for eksempel har et massivt etterslep på vedlikehold, noe som for eksempel påvirker pakkeforløp for kreft. Det er utfordringer knyttet til både lab, røntgen, bioteknologi, og små ting ned på klinikknivå. Det trekkes frem at	4	4





	<p>Riksrevisjonen også har påpekt at Helse Nord har en gammel utstyrspark. Det er bare Finnmarkssykehuset som har en strategisk plan for å håndtere vedlikeholds etterslepet, men det finnes ikke økonomi til å håndtere problemene. Helgeland har også krevende forhold i forhold til fysisk og teknologisk infrastruktur.</p> <p>Hvor sannsynlig det er at en ikke har fysisk og teknologisk infrastruktur til å ivareta behovet for tjenester er avhengig av sted, og varierer på tvers av regionen. Det er for eksempel veldig bra med de nye byggene i Narvik, Kirkenes og det en skal flytte til i Hammerfest.</p>		
RK1-1 	<p>Det er uttrykt en bekymring i gruppen for den fysiske kapasiteten i areal om man gjør endringer i dagens struktur. Dette alternativet vil ikke kreve de største omleggingene i areal, og vil også friggi noe areal, men en kan ikke utelukke at det også må gjøres noen endringer av eksisterende bygningsmasse. Det vil uansett være mye utstyr på mange steder. Alternativet vil øke arealbruken i Sandessjøen. Nedleggelse av Mosjøen vil gi noe overskuddsareal.</p> <p>Merk at vurderingen av nivået på denne risikoen er gjort uten at en har gjort en omfattende undersøkelse av eksisterende areal og bygninger. Faktisk arealbehov som alternativene medfører, er heller ikke utredet tilstrekkelig.</p>	4	3
RK1-2 	<p>Det er tydelig at gjennomføringen av dette alternativet vil kreve betydelige investeringer i begynnelsen, spesielt i Helgeland-regionen. Men det er også avsatt investeringsmidler til Helgeland. De andre stedene ser ut til å ha lavere investeringskostnader, og dette kan være en del av besparelsen på sikt. Det er viktig å merke seg at investeringsbehovet forventes å være betydelig lavere i alternativ 2 sammenlignet med alternativ 1. Investeringsbehovet knyttet til fysisk infrastruktur er ansett å være høyest i null alternativet. Det vil på sikt ikke være investeringsbehov i alternativ to. Flere av byggene en har i dag vil bli brukt til planlagt aktivitet. Og det nye sykehuset i Narvik egner seg for eksempel svært godt til dette, hvor en har seks nye operasjonsstuer. En må ta med i vurderingen hvor raskt en tenker at man klarer å omstille areal som vil få nye behov. Byggeprosjekter kan ta lang tid og kan anses som en risiko i seg selv.</p> <p>Det blir også trukket frem at når pasienter må reise lengre for behandling, blir behovet for egnede oppholdsarealer og tilrettelegging spesielt viktig. Det er nødvendig å planlegge nøye for å sikre en vellykket overgang til den nye modellen, samtidig som man tar hensyn til lokale forhold og utfordringer.</p> <p>Et viktig premiss for fastsettelse av risikonivå er at en lykkes med modellen, men til tross for denne antagelsen er det fortsatt uenighet i fastsettelsen av risikonivå. 10 representanter mente sannsynlighet skulle settes til 2, mens 2 representanter mente sannsynlighet skulle være 3. Sannsynlighet 2 blir stående. 4 representanter mente konsekvens skulle være 2, mens 8 representanter mente konsekvens skulle være 3. Konsekvens på 3 blir stående.</p>	2	3
RK2 RK2-0 	<p>Økt dekningsgrad planlagte tjenester</p> <p><i>-Risiko for at en ikke klarer å øke dekningsgraden for planlagte tjenester</i></p> <p>Det virker som om det er potensial for å øke effektiviteten og aktiviteten ved å bedre forløpene og utnytte kapasiteten bedre. Dette kan bidra til å redusere ventelister og forbedre pasientbehandlingen. Å skjerme elektiv virksomhet vil også kunne ha effekt. Det trekkes frem at det finnes en del stuer med dødtid som kunne vært utnyttet bedre. Kapasiteten er kanskje ikke derfor fullt ut utnyttet. Samtidig pekes det på utfordringene knyttet til mangelen på personell. Evnen til å gjøre noe i dagens struktur har vært lav. Det mangler mye personell, også på post operativ og intensivavdelingene. Hver dag mangler det ca. 1800 stykker, dette kan skyldes stillinger som ikke er besatt, permisjoner, sykefravær, egenmeldinger, frikjøp etc.). Dette påvirker muligheten til å utnytte den kapasiteten en har tilgjengelig.</p> <p>Det stilles spørsmål til om Helse Nord egentlig har nok folk, men om man bruker de riktig.</p>	4	4


RK2-1 	Se til økonomi	3	3
RK2-2 	Se til økonomi	2	2
RK3 RK3-0 	<p>Samarbeid med kommunale helsetjenester i henhold til Akutforskriften og Helse- og omsorgstjenesteloven</p> <p>- <i>Risiko for at en ikke samarbeider med den kommunale helsetjenesten i henhold til lovverket</i></p> <p>Samarbeidet mellom kommunale helsetjenester og sykehus er avgjørende for å sikre en helhetlig og effektiv pasientbehandling. Dette gjelder spesielt for akuttmedisinske tjenester og gråsonepasienter. Det er viktig å fordele ansvar og oppgaver tydelig mellom kommunene og sykehusene, og en må være ekstra oppmerksom på de pasientene man ar et felles ansvar for. Viktig å understreke at kommuner også har ansvar for dette. Det er et mulighets rom for at primærhelsetjenesten kan ta ansvar for en del oppgaver. Dette er det praksis på i Bodø, og i Alta er man også langt fremme på dette. Et mulighetsrom på stabiliseringsfasen. Her vil det komme nye nasjonale føringer i en melding. Det trekkes frem at det for eksempel i Alta ikke blir praktisert tverrfaglig trening sammen med legevakt, ambulans og spesialist.</p> <p>Det er en utfordring med mangel på folk. Mangel på fastleger gjør at kommuner har betydelige utfordringer. Det er per dags dato et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men på en del områder er det stort forbedringspotensial.</p> <p>De ulike alternativene har kanskje ikke stor påvirkning på dette med kommunale helsetjenester og akutforskriften. For mer om dette vises det til arbeidsgruppe 5 som håndterer samhandling spesielt.</p>	4	3
RK3-1 	Alternativene krever mer av de prehospitale tjenester. Men jevnt over vil ikke alternativet kreve mer kommunalt personell, men det vil bli behov for flere folk på legevakter der hvor en avvikler akutfunksjoner. Dette alternativet vil også kreve mer folk til transport. Det mangler jordmødre og følgepersonell, og dette kan bli en økende utfordring i de nye alternativene. Samhandlingen med legevakt trenger ikke endre seg i dette alternativet.	4	3
RK3-2 	Dette alternativet vil kreve enda mer av det kommunale. I dette alternativet lager vi flere "Alta", og da er transporten (fly) svært viktig. Og også svært krevende. I dette alternativet vil en kreve mer samhandling med legevakt. Det er i dette alternativet flere kommuner som får stor avstand til spesialisthelsetjenesten som de må forholde seg til. Noen kommuner vil få større ansvar for det akuttmedisinske (spesielt i Rana, Narvik, Lofoten og Kirkenes)	4	3
RK4-0 	<p>Tilgang til moderne og fremtidsrettet medisinsk teknisk utstyr og bygg</p> <p>- <i>Risiko for å ikke ha tilgang til moderne og fremtidsrettet bygg</i></p> <p>Det har vært investert i en del bygg, men 5-10 år frem i tid, så vil en ikke ha kapital til å fornye noe. Det er kritisk for oss å få en bedre driftssituasjon. Dette vil også kunne styrke</p>	4	4





	rekrutteringssituasjonen. I denne KSF har vi med moderne og fremtidsrettet og dette bør derfor ha høyere risiko enn under de andre risikoområdene som er diskutert. Regionen har noen nye sykehus bygg og flere ferdigstilles innen kort tid. Men ut over dette er det stort sett gamle bygg en har å forholde seg til. Flere nybygg prosjekter er nå satt på vent.		
RK4-1 	Se til tidligere vurderinger gjort av bygg.	4	4
NY RK4-1 	<p>Risikoreduserende tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre omstillingspakker • Øke lånerammen • Tilførsel av ny kapital, bygg eller utstyr <p>Arbeidsgruppen har ikke tro på at de risikoreduserende tiltakene kan gjennomføres, og tror derfor heller ikke at en klarer å redusere risikoen. Det mangler penger, og det faktisk er det vanskelig å komme seg bort fra.</p>	4	4
RK4-2 	I dette alternativet vil en måtte øke bygningsmassen spesielt på Helgeland, men total sett vil det være et noe mindre behov for bygningsmasse fordi en har færre lokasjoner/enheter og mindre areal.	3	2
RK5-0 	<p>Tilgang til moderne og fremtidsrettet medisinsk teknisk utstyr og bygg</p> <p>- <i>Risiko for å ikke ha tilgang til moderne og fremtidsrettet MTU</i></p>	5	5
RK5-1 	Dette alternativet rasjonaliserer noe og reduserer dermed risiko, noe færre lokasjoner som vil ha behov for MTU.	4	4
RK5-2 	I dette alternativet gjør en ytterligere rasjonalisering, en vil her ha enda færre lokasjoner enn i alternativ 1, og risikoen reduseres enda mer.	2	2
RK6 RK6-0 	<p>Prehospitale tjenester må ha kapasitet til å håndtere den endrede aktiviteten</p> <p>-<i>Risiko for at prehospitale tjenester ikke har kapasitet til å håndtere endret aktivitet</i></p> <p>Den preshospitale strukturen vi har i dag er god, både i forhold til bil og fly. Helse Nord har 7 av 10 fly ambulansfly i Norge, og har også tilstrekkelig med biler og båter. Dette gjenspeiles i</p>	2	2








	svært gode responstider. Helse Nord har faktisk de beste responstidene i landet. Bemanningsutfordringene gjør at en ikke kan vurdere denne risikoen som ubetydelig (1-1).		
RK6-1 	I dette alternativet vil det være behov for en helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene, og en må trolig styrke disse. Det vil også kunne bli utfordringer knyttet til personell i de prehospitale tjenestene.	3	3
RK6-2 	I dette alternativet er det enda flere som vil bli uten akuttmedisinsk beredskap (både kirurgisk og indremedisinsk). Foreslått struktur på Helgeland tilsier at en må styrke med to biler på Mo. En kommer også til å måtte styrke det prehospitale ved Narvik, Lofoten, Kirkenes og Hammerfest.	4	4
NY RK6-2 	<p>Risikoreducerendetiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gjøres en grundig gjennomgang av de prehospitale tjenesten og også ambulansetjenesten. Lokalisering må vurderes, og det må så gjøres en grundig vurdering av hva som må bygges opp. Det er mulig at en flybase må flyttes. Ett tiltak som bør vurderes også er om det bør settes inn flere legebiler. Kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestene må økes for at eldre skrøpelige skal slippe å reise. Det må jobbes aktivt for også styrke kommunenes øyeblikkelige hjelp funksjon. Det må lages systemer og praksis for å få spesialisthelsetjenesten ut til kommunene, før pasienten blir lagt inn. Dette for å slippe å frakte til sykehus. Et tiltak som kunne hjelpe for eksempel å få en ambulerende geriater ut i kommunen. Det ligger et stort potensial i å behandle flere lokalt. Mange kommuner har lav dekning av KAD-senger. Det bør vurderes om alle kommunene skal ha dette, eller om det heller bør være interkommunale løsninger. Digitale arbeidsflater på tvers av tjenestene bør forbedres. Det må jobbes for endring av regionale bestemmelser i retningslinjer for pasientreiser og kompensasjon i forhold til overnatting. Samordne innkjøp. 	3	3




	Risikoområde organisatoriske forhold		
RO1 RO1-0 	<p>Tilfredsstillende rammebetingelser for tydelig og engasjert ledelse</p> <p>-Risiko for at en ikke har tilfredsstillende rammebetingelser for tydelig og engasjert ledelse</p> <p>God ledelse er avgjørende for å lykkes med gjennomføringen av endringsprosesser. Dette inkluderer en tydelig og engasjert ledelse som kan styre ressursene på en effektiv måte. Ledere må kunne håndtere kompleksiteten og utfordringene i Helse Nord, som kan være annerledes</p>		




	<p>enn i andre regioner, gitt den situasjonen er i. Det er forbedringspotensial knyttet til ledelse i Helse Nord, og arbeidsgruppen erkjenner at det er utfordringer knyttet til lederlinjen i dag. En trenger ledere som turr å stå i det både i gode og dårlige dager. Det meldes om at en vet at det er flere ledere som får varsel når de prøver å lede, og videre at flere ledere slutter fordi en ikke klarer å stå i skvisen som leder over lengre tid. Det er utfordringer også knyttet til rekruttering av ledere og kompetanseutvikling, og det er vanskelig å rekruttere ledere med erfaring. Helseforetakene er i dag organisert forskjellig, lik organisering vil kunne gi et potensiale for å forbedre drift. Det handler mye om rammebetingelsen for lederne, og arbeidsgruppen mener at gode rammebetingelser for ledelse mangler i Helse Nord. Forbedret rammebetingelser kan bidra til å forbedre drift, og har konsekvenser for økonomi, medarbeiderengasjement og pasientbehandling.</p>	4	4
RO1-1 	<p>Gode rammebetingelser for ledelse er avgjørende for å lykkes med implementeringen av endringsprosesser, spesielt i en interimsfase der utfordringene kan være store. Det er allerede endringstretthet flere steder i Helse Nord. Imidlertid kan en vellykket gjennomføring av modellen i dette alternativet kan føre til forbedring av rammebetingelsene over tid. Det er forventet at en enklere struktur og mulige stordriftsfordeler kan gi positive effekter og gjøre det lettere å lede på kort sikt. Forbedring av rammebetingelsene, spesielt i økonomi og bemanning, vil hjelpe ledere med å fokusere på essensielle lederoppgaver og forbedre den langsiktige ledelsen. Dette vil forsterke seg gjennom alternativene, og i en positiv sirkel vil det gi bedre rammebetingelser for ledelse og dermed bedre evne til å håndtere fremtidige utfordringer.</p> <p>Arbeidsgruppen er bevisst på at det blir krevende i intrimsfasen med gode rammebetingelser for ledere.</p>	3	3
RO1-2 	<p>Effektene vil være enda større i dette alternativet, sammenlignet med alternativ 1, dette fordi det er vurdert at alternativet gir en enda enklere struktur for organisatoriske forhold. Risikonivået som er satt forutsetter like organisatoriske modeller og ledelsesstrukturer på tvers.</p>	2	2
RO2 RO2-0 	<p>Kostnadseffektiv organisering</p> <p>- Risiko for at en ikke har en kostnadseffektiv organisering</p> <p>Det kan sees til flere momenter under økonomi her. Dagens struktur er lite kostnadseffektiv. Som et eksempel trekkes det frem at det MR-maskiner på alle lokasjoner i dag. Det er spredd kompetanse, vaktlinjer som er ressurskrevende.</p>	5	5
RO2-1 	<p>Endringene som blir gjort innen de kirurgiske fagene vil alene forbedre kostnadseffektiviteten. Endringene vil kunne redusere bruken av innleie. Det finnes studier som viser at elektive forløp er mer effektive når de skilles fra akuttkirurgi. Økonomi kan bedres med at en klarer å behandle flere. Det er uenighet i arbeidsgruppen, og noen mener at det er utfordrende å se at endringer skal ha så betydelig effekt på Helgeland og i Narvik området. Noen representanter etterlyser også mer dokumentasjon, og synes det er vanskelig å gjøre en vurdering av risikoen uten det.</p> <p>Det var uenighet i fastsettelsen av sannsynlighet og konsekvens, hvor 10 representanter mente at sannsynligheten skulle settes til 3, og 2 representanter mente at sannsynligheten skulle settes til 2. 3 blir stående. Også 10 representanter ønsket å sette konsekvensen til 3, mens 4 representanter mente at konsekvensen skal settes til 2. 3 blir stående.</p>	3	3

RO2-2 	Ved å følge resonnementene som er gjort over er det naturlig å forvente at alternativ 2 vil øke kostnadseffektiviteten ytterligere. En forutsetning for effektene er at man klarer å gjennomføre endringene kjapt, og så kort tid etter vedtak som mulig.	2	2
---	---	---	---

	Risikoområde økonomi	S	K
RØ1	Sikre mindre bruk av variabel lønn og innleie – <i>Risiko for at en ikke klarer å redusere variabel lønn og innleie</i>		
RØ1-0 	Det er svært stor sannsynlighet for at en ikke klarer å redusere variabel lønn og innleie. Helse Nord hadde 40% av all innleie i landet i fjor. For mange ansatte er det en stor del merarbeid som er belastende. Medarbeidere sliter med å rekke alt, og ledere sliter med hvordan man skal kunne korrigere dette. Selv med styrevedtak om at en skal stoppe bruk av innleie så klarer en ikke dette. Det er mange brudd på arbeidsmiljøloven, og dette sees på som et tydelig bevis på at en mangler folk. Hovedinntrykket er at det mangler bemanning i alle sjikt, det mangler både helsefagarbeidere, sykepleiere og LIS- leger. Det går klart frem av faktagrunnlaget at en har høy grad av innleie, og at det drives med kompenserende tiltak hele veien. Det pekes på at det er vanskelig å skulle planlegge en turnus over seks måneder, fordi det ikke er folk nok til å bemanne i tråd med arbeidsmiljøloven. Det finnes enheter som har for lav grunnbemanning til å drifte. Totalt mangler det medarbeidere i over 900 stillinger i Helse Nord. Men det er et komplekst bilde, og oppfattelsen av hvor kritisk situasjonen er varierer på tvers av regionen, og opplevelsen av hva som er alvorlig kan variere, samtidig som en vet at problemstillingen gjelder alle HF og sykehus. Dette til tross for at det også finnes enkelte enheter som oppfatter seg som robust og som ikke har de samme utfordringene.	5	5
RØ1-1 	Alternativ 1 har en viktig forutsetning med seg, og det er at det kreves en oppbygning av prehospitale tjenester flere steder. Alternativet vil også kunne få bygningsmessige konsekvenser ved for eksempel Harstad og Narvik. Men det er tenkelig at alternativet redusere sannsynligheten for innleie og variabel lønn spesielt når en ser til de kirurgiske vaktlinjene. Samtidig så opprettholdes akuttfunksjon for indremedisin med anestesi, med mange store vaktlag som fortsatt vil være vanskelig å drifte. Det er usikkerhet rundt hvordan nedtaket av akuttkirurgi vil påvirke de ulike stedenes rekrutteringsevne og attraktivitet, og hva dette vil bety for gjenværende funksjoner og fagområder. Det pekes på at det er en risiko å skulle flytte personell, ikke sikkert at de er med, og det kan innebære at man fortsatt vil ha innleie. Det trekkes også frem at pleiegruppen kanskje kommer til å se seg om etter andre steder å jobbe på kortsikt, men at dette vil stabilisere ser på lang sikt. Reduksjon av antall sykehus vil trolig uansett kunne gi en økonomisk gevinst, og det finnes eksempel fra andre steder i landet at tilsvarende tiltak har effekt på variable kostnader. Vaktlinjer som er delvis vikarbasert vil klart gi gunstigere økonomi om man får tatt dette ned. Jo flere vaktlinjer man har, jo færre ressurser har man til å bemanne dagtid. Dette øker vikar og innleie behovet. Om man skal gå fra fødestuer til å ikke ha et fødetilbud må en ta med kostnader knyttet til følgetjenesten. Det er usikkerhet rundt jordmor bemanning, men det er tenkelig at en reduserer behovet for innleie noen steder, men øker andre steder.	4	3
RØ1-2 	I dette alternativet vil en få ytterligere reduksjon i antall vaktlinjer, og det er grunn til å tro at dette ytterligere vil redusere sannsynlighet for å ikke benytte innleie og få ned variable kostnader. Når det er sagt er det verdt å merke seg at det er svært mye en i dette alternativet skal lykkes med, for å oppnå effekt, og at det er stor usikkerhet i gruppen hvorvidt man vil få dette til. Det er usikkerhet hos flere av deltakerne i forhold til hvordan sannsynligheten skal settes både i alternativ 2 og alternativ 1. Viktig å ha med seg at begge alternativene vil gi pukkelkostnader i starten, men at vil kunne se økonomiske effekter på lang sikt.	3	2
RØ2 RØ2-0 	Hindre fristbrudd og lange ventetider - <i>Risiko for at en ikke klarer å forhindre fristbrudd og risiko for at en ikke klarer å redusere lange ventetider</i> Fristbrudd er et økende problem i foretaksgruppen, og det som er det verste problemet med dette er at en ikke oppfylder pasientenes rettigheter. Det finnes data helt ned på klinikknivå som bekrefter høy grad av fristbrudd, både innen kirurgi og medisin. Dette utfordrer Helse Nord sitt sørge for ansvar. Når Helfo kobles på blir hver tjeneste 2-3 ganger dyrere. Dagens utvikling gjør at Helse Nord i relasjon til dette taper mange millioner, og dette virker inn på den totale bærekraften.	5	5

RØ2-1 	Alternativ 1 handler om å samle og effektivisere, og det å få tjenestene i større grad strømlinjeformet. Produksjonen vil da bli høyere per tidsenhet. De store sykehusene kan i dette alternativet konsentrere seg om større og tyngre saker, mens de mindre sykehusene kan ha fokus på lettere prosedyrer. Dette vil gjøre det enklere å ta ned fristbrudd. Men alternativet gir ikke maksimal effekt, siden en ikke endrer noe knyttet til indremedisin. Reduksjon av fristbrudd og ventetid vil i dette alternativets sees innen de kirurgiske fagene, både innen poliklinikk og operasjon.	4	3
RØ2-2 	Under forutsetning av at man lykkes med modellen i alternativ 2 kan det tenkes at man nærmest utsletter venteliste og fristbrudd. Dette forutsetter at man øker kapasiteten betydelig for planlagt behandling. Ambisjonen i alternativ to er en stor økning i kapasitet på elektive driftsenheter, noe som vil gjøre at en kan ta unna et mye større volum enn det som gjøres i dag. Effektene av dette vil først sees på lang sikt. Konsekvensen av fristbrudd og lange ventetider blir lavere i alternativ 1 og 2 enn i nåsituasjonen fordi en vil få færre fristbrudd.	2	2
RØ3	Øke egendekning innenfor planlagt behandling - Risiko for at en ikke klarer å øke egendekningen innenfor planlagt behandling		
RØ3-0 	Mange av de samme resonnementene som ble trukket frem i RØ2 gjelder også under denne risikoen. Det er mye som går til Helfo, og Helse Nord kjøper en del tjenester hos private tilbydere for eksempel innen kirurgi. Om Helse Nord klarer å omstrukturere og omorganisere slik at en har flere ressurser som kan være på jobb på dagtid, i stedet for i døgnkontinuerlig vaktordning er det mulig at en kan redusere kjøp av private tjenester.	4	4
RØ3-1 	I alternativ 1 vil en kunne øke egendekningen innen kirurgi, og redusert ventetid vil kunne gjøre at en kan hente tilbake noen pasienter	3	3
RØ3-2 	I alternativ 2 vil en også kunne øke egendekningen innen medisin, i tillegg til innen kirurgi	2	2
RØ4	Endring prehospitaltjenester og pasientreiser - Risiko for at en ikke klarer å endre prehospitaltjenester og pasientreiser		
RØ4-0 	På grunn av geografi og sykehusstruktur har Helse Nord høye kostnader knyttet til prehospitaltjenester og pasientreiser i dag. Finnmark HF er kanskje det foretaket som har høyest utgifter knyttet til pasientreiser. Det er en betydelig reisebelastning i dag. Det er uttalt at 60% av reisene fra Tromsø lufthavn og på Finnmarksavgangene er finansiert av pasientreiser. Helse Nord har også de høyeste kostnader knyttet til Luftambulans, og ingen av foretakene driver i balanse i dag når en ser på det prehospitaltjenester. Det er de planlagte reisene er de store driverne.	3	3
RØ4-1 	Med alternativ 1 må en flytte kirurgiske pasienter og fødende til lokasjoner som har tjenestene. På grunn av redusert tilbud flere steder vil behovet for prehospitaltjenester øke. Men det er viktig å ha med seg at endringen først og fremst vil gjelde for akutt-innleggelse innen kirurgi, og fødende. Elektive pasienter reiser allerede mye i dag, så kanskje har ikke endringene så mye å si for disse. For mange vil trolig omfanget av reising bli likt som før, men en kommer til å måtte reise til andre steder. Det er mulig at alternativet vil gi større mulighet for samkjøring, noe som kan redusere kostnadene. For lengre reiser vil det kunne bli behov for flere medreisende/pårørende. Ved endringene av struktur i alternativ 1 vil det også bli større etterspørsel etter følgetjenester for gravide som også vil være med å øke kostnadene. Et premiss for å kunne ta ned funksjoner er at prehospitaltjenester må bygges opp.	4	3

<p>RØ4-2</p> 	<p>I dette alternativet flyttes også akutte tjenester knyttet til indremedisin, og forskjellen fra 0 alternativet er større her, enn forskjellen mellom 0 alternativet og alternativ 1. I dette alternativet vil det være enda større behov for ambulanser og prehospitale tjenester. En massiv oppbygning av prehospitale tjenester vil være kostnadskrevende. Det vil også kunne være et stort sprang i kostnader for pasienten. Hjemreise etter øyeblikkelig hjelp opphold er ikke fullt ut refunderbar, og om det er behov for en overnatting dekkes ikke hele kostnaden heller. Viktig å ha med seg at endringene primært gjelder ø-hjelp og at det er der akutte forløpet som vil endre seg. Eldre skrøpelige vil for eksempel ikke bli flyttet, men det er usikkerhet rundt potensiale i kommunene i forhold til KAD. I Finnmark vil det ikke bli så store pasientforflyttinger (1300 pasienter årlig må flyttes fra Kirkenes. Dette gjelder pasienter knyttet til akutte opphold i kirurgi, ortopedi og føde, samt planlagt døgnopphold for samme fagområder). Andre steder vil en måtte reise til nye steder. I Lofoten må transport og prehospitale tjenester styrkes.</p>	<p>5</p>	<p>4</p>
<p>NY RØ4-2</p> 	<p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjøres en grundig gjennomgang av de prehospitale tjenesten og også ambulansetjenesten. Lokalisering må vurderes, og det må så gjøres en grundig vurdering av hva som må bygges opp. Det er mulig at en flybase må flyttes. Ett tiltak som bør vurderes også er om det bør settes inn flere legebiler. • Kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestene må økes for at eldre skrøpelige skal slippe å reise. Det må jobbes aktivt for også styrke kommunenes øyeblikkelige hjelp funksjon. • Det må lages systemer og praksis for å få spesialisthelsetjenesten ut til kommunene, før pasienten blir lagt inn. Dette for å slippe å frakte til sykehus. Et tiltak som kunne hjelpe for eksempel å få en ambulerende geriater ut i kommunen. Det ligger et stort potensial i å behandle flere lokalt. • Mange kommuner har lav dekning av KAD-senger. Det bør vurderes om alle kommunene skal ha dette, eller om det heller bør være interkommunale løsninger • Digitale arbeidsflater på tvers av tjenestene bør forbedres. • Det må jobbes for endring av regionale bestemmelser i retningslinjer for pasientreiser og kompensasjon i forhold til overnatting. • Samordne innkjøp <p>Arbeidsgruppen anser det som viktig at Helse Nord er proaktiv for å få gode prosjekter som håndterer disse punktene. Tiltakene blir vanskelig å gjennomføre om man ikke tar tydelig grep.</p>	<p>3</p>	<p>3</p>
<p>RØ5</p> 	<p>Økonomi til nødvendige investeringer, bygningsmessig utvikling og vedlikehold - Risiko for å ikke ha økonomi til nødvendige investeringer, bygg og vedlikehold</p> <p>Per i dag er det utsatt to større byggeprosjekter på grunn av den krevende økonomiske situasjonen. Det er også et stort etterslep på vedlikehold i hele Helse Nord. Det er dårlig økonomi at en ikke får gjort de fornyingene som trengs, og dette gir også store økonomiske problemer. Vi kommer aldri ovenpå, og klarer ikke å vedlikeholde eksisterende bygningsmasse, verken ny eller gammel. MTU blir mer kostbart jo flere steder en skal drifte på fordi det er en større grad av dublering. Mye utstyr som kunne spart</p>	<p>5</p>	<p>5</p>

	personell, men dette er det ikke penger til å kjøpe inn. At en ikke har utstyr som kan være med å effektivisere gir også økonomiske konsekvenser. 90% av budsjettet knyttet til bygg og vedlikehold kan knyttes opp mot erstatning og brekkasje. Men det bygges også nye sykehus, og flere nye bygg i HN, til sommeren står et nytt sykehus klart i Narvik.		
RØ5-1 	For alternativ 1 må det finberegnes hva løsningen vil kreve bygningsmessig. Det er gjort et forsk på å prøve å kartlegge hvilken kapasitet Harstad vil ha bygningsmessig, og det kan virke som det ikke vil kreve alt for store bymessige endringer. Det finnes både rom og infrastruktur der. Men alternativet vil kreve noen ombyggingskostnader i Harstad. Nordlandssykehuset har ledige lokaler i Bodø. I Lofoten er det vanskeligere, der er bygningsmassen i dårligere stand. Vesterålen har infrastruktur og nytt pasienthotell, og det er også lagt inn areal til fleksibel bruk som kan gjøre det billigere med ombygging. Her må det trolig tas ut noen kontor, og kanskje pasienthotellet må omdisponeres. Fødeavdelingen kan utvide med 8 senger. Men til tross for fleksibilitet på flere av stedene må en også tenke noe nybygg i dette alternativet.	4	4
NY RØ5-1 	Risikoreduserende tiltak: Som risikoreduserende tiltak i alternativ 1 er det foreslått å: <ul style="list-style-type: none"> • Gjøre en ordentlig gjennomgang av eksisterende bygningsmasse. • Legge til rette for at Sandessjøen skal kunne ta unna de ekstra pasientene som vil komme her. Om Sandessjøen ikke har tilstrekkelig kapasitet sende et selektert antall pasienter til Bodø, i stedet for å bygge nye lokaler for mange millioner i Sandessjøen. Det finnes ledige lokaler i Rana, som er helt nytt, og det må vurderes om eventuelt noen pasienter også kan sendes dit. • Prehospitale tjenester må styrkes, og en må også ta høyde for oppjustering av prehospital bygningsmasse. 	3	3
RØ5-2 	Dette alternativet krever flere nybygg, og en vil ikke kunne ta unna alt av pasienter uten dette. I forhold til MTU så kan man rasjonaliserer mye mer i alternativ 2 enn i alternativ 1, fordi en vil trenge færre maskiner. Vurderingen av sannsynlighet og konsekvens i dette alternativet er gjort på lengre sikt, og beskriver fremtidsbildet. (Tidsperspektiv på mellom 5 og 10 år). Alternativet vil være forbundet med en del oppstartskostnader og investeringer, men på sikt er situasjonen antatt å bedre seg. Noen i representanter arbeidsgruppen er usikker på eksisterende bygningsmessig kapasitet i Sandessjøen. Merknad: I dette alternativet var det uenighet om konsekvens, hvor av 7 mente at konsekvensen burde være 3, og 6 mente at konsekvensen burde være 2. Konsekvens på 3 blir stående på grunn av flertallet.	3	3