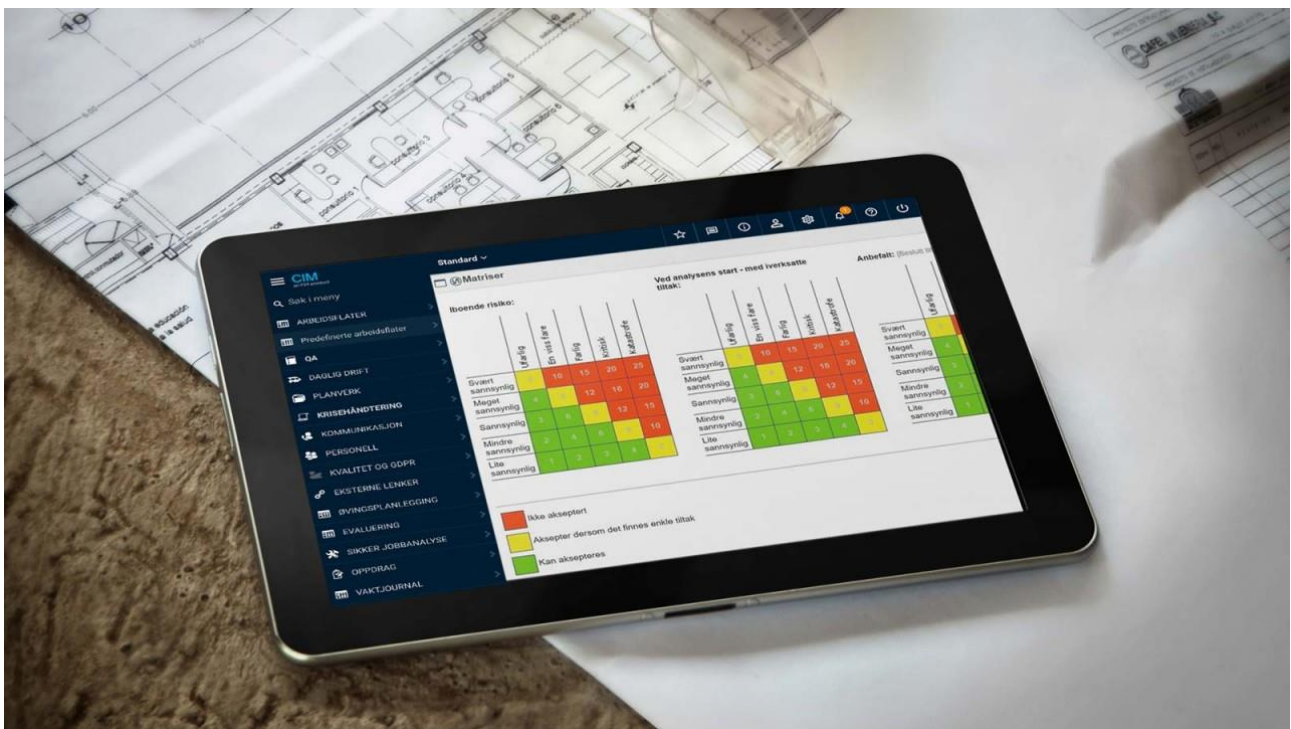


Risiko og sårbarhetsanalyse – sluttrapport

Arbeidsgruppe 1

Akutte og elektive funksjoner



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	8
1 Brukeren av tjenestene	9
2 Behandlingstilbud	11
3 Bemanning	12
4 Kapasitet	15
5 Organisatoriske forhold	17
6 Økonomi	19
Vedlegg 1 – Deltakere i ROS-analyse workshop	
Vedlegg 2 - Sannynlighet og konsekvens skala	
Vedlegg 3 – Dokumentasjon fra ROS-analyse workshop	
Vedlegg 4 – Alternativene som lå til grunn når analysen ble gjennomført	

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 1 kartlagt nåsituasjonen (o-alternativet), og laget forslag om to alternative løsninger knyttet til akutte og elektive funksjoner. Alle arbeidsgruppene har fått i oppdrag av Helse Nord RHF å utføre en ROS- analyse av både o-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 hvor 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 nå situasjonen. Arbeidsgruppen har hatt to fysiske heldagssamlinger hvor risikovurderingene er gjort. Oversikt over deltakerne i ROS-workshop finnes i vedlegg 1 til ROS-analysen.

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 arbeidsgruppeleder og deltaker fra arbeidsgruppen etter en prosess med innspill fra referansegruppene i helseforetakene, og Deloitte. 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 null alternativet, så for alternativ 1 g 2. Dette ble gjort 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 fem punkts 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 2. 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 skjønsmessig vurdering gjort av arbeidsgruppen, og at ROS-analysen ble gjennomført på et tidspunkt der nødvendigvis ikke all grunnleggende 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 kort tidslinje måtte analysen gjennomføres før all dokumentasjon var klar. Dette har medført at ikke alle vurderingene nødvendigvis er faktabasert, og det er noe usikkerhet i forhold til 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 er 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 omsorgen, 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 omdømme 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 overordnede 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 risikoområdet 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 pre-hospitale 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 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 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, vaktforhold, utdanning og mulighet til faglig utvikling. Ved endring i arbeid og funksjonsfordeling vil det kunne oppstå risiko for mangel på kompetent personale, 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 risikoområde kapasitet vurderes 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, og at det er en rettferdig ressursbruk. Samtidig er ett av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedelingen er 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 implementeringskostnader eller investeringer i infrastruktur. En vil også gjøre overordnede betraktninger rundt risiko for at foreslåtte strukturendringer overskrider tildelte budsjettammer, 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, beredskapskostnader står sentralt. Innenfor dette risikoområde 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 somatiske struktur 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 er at den vurderer de ulike 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. For noen få risikoer er det gjort vurdering av sannsynlighet og konsekvens under interims perioden, resten av vurderingene er gjort i et lengre tidsperspektiv.

ROS-analysen bygger på arbeidsgruppens arbeidsdokument. Faktagrunnlaget som ligger i dette dokumentet, er lagt til grunn for denne ROS-analysen. Nærmere bestemt lå disse analysene og utredningene til grunn for ROS-analysen:

- *Regional utviklingsplan 2023, [styresak 11-2023](#)*
- *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord, [styresak 29-2023](#)*
- *Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning og [styresak 57-2023](#)*
- *Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning.*

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) utarbeidet vinteren 2022 en rapport som viser aktivitet innenfor ulike fagområder for øyeblikkelig hjelp. Datakilden er NPR-data fra perioden januar 2019-august 2022. I tillegg har arbeidsgruppen benyttet data fra datavarehuset, uttrekk av operasjonsaktivitet fra det helseforetakene selv har kodet og nasjonale kvalitetsregister. SKDEs helseatlas har gitt oss kunnskap om variasjon og kvalitet i helsetjenestetilbudet. HR-data er innhentet ved hjelp av nasjonal bemanningsmodell og personaladministrative system i Helse Nord, og HF 'enes egen rapportering. Nasjonalt legevakts register er brukt for å skaffe data for legevakter. I tillegg har arbeidsgruppen sett på utredninger som omhandler oppgave og funksjonsdeling fra egen region, og andre regioner. Nasjonale styrende og normerende produkter inngår også i vurderingsgrunnlaget. I tillegg har gode kollegaer i Helse Vest og Helse Midt-Norge delt sine erfaringer med elektive sykehus.

Omfanget av faktagrunnlaget er påvirket av den begrensede tiden som har vært til disposisjon i dette arbeidet.

Analysen som presenteres i denne rapporten baserer seg på arbeidsgruppe 1 sine vurderinger av de ulike risikoene som er identifisert. Notatene fra workshopene og risikokategoriseringen finnes i vedlegg 3. 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 3. Det gjøres oppmerksom på at vedlegg 3 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, eller hele arbeidsgruppen sine standpunkt.

Hovedtrekk ved de to alternativene:

Arbeidsgruppen beskriver i sin rapport de overordnede målene for endringene i funksjon- og oppgavedelingen slik:

- a) En struktur som lar seg bemanne og som gir bærekraftig økonomi. Strukturen må være avstemt med mot framskrivninger av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, den demografiske utviklingen, tilgangen til helsepersonell og foretaksgruppens inntekter
- b) Følger opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin

c) Tilpasses tjenestene og samarbeidet med kommunene

I alternativ 1 skriver arbeidsgruppen at de i dette alternativet har vurdert det slik at akutfunksjonene i indremedisin og anestesilege i beredskap opprettholdes i dagens akuttsykehus. I dette forslaget er det for noen sykehus vedkommende lagt til grunn en økt aktivitet innen planlagt kirurgi, noe som blant annet er tilfellet for Narvik sykehus vedkommende. Forslaget har et noe lavere antall fødselsenheter enn det som er tilfellet i dag. Foreslåtte endringer er nærmere beskrevet i arbeidsgruppens rapport punkt 5.2.1.

I alternativ 2 har arbeidsgruppen foreslått at akutfunksjonene og døgnaktiviteten samles i større grad enn i alternativ 1. Dette har sin bakgrunn i sannsynlighet for at alternativet i større grad oppfyller hovedinnretningene og gir bedre måloppnåelse. I dette alternativet endres antall fødeenheter ytterligere noe. Klinikk Kirkenes anbefales å beholde akutfunksjonen innen indremedisin med anestesilege i beredskap som følge av de særskilte utfordringene med avstand mellom sykehusene i Finnmark.

Som et grunnlag for de vurderingene som arbeidsgruppen har foretatt har SKDE fremskaffet analyser over relevant aktivitet for tidsperioden 2019 – 2022 og det er ut fra disse dataene gjort en vurdering på hvilke sykehus det foreslås endringer.

Under ROS-analysen ble forhold som endringer i fødetilbudet, foreslåtte endringer ved Narvik sykehus og Kirkenes sykehus viet særlig oppmerksomhet. Kirkenes rolle i en skarpere beredskapssituasjon ble også berørt i denne sammenhengen. I alternativ 2 er sykehusene i Lofoten og Rana foreslått endret til DMS. Også dette var forhold som ble særskilt berørt i forbindelse med ROS-analysen. Her ble det blant annet også fremhevet at en slik endring av sykehuset i Rana vil fordre et betydelig nybygg i Sandnessjøen.

Det er viktig å være oppmerksom på at alternativ 1 og 2 kan ha endret seg underveis i prosessen, og etter at ROS-analysen ble gjennomført. Vedlegg 4 viser hvordan alternativene forelå på tidspunktet ROS-analysen ble gjennomført. Denne rapporten er basert på vurderingene rundt slik alternativene forelå da. Det er ikke justert noe i etterkant på bakgrunn av at alternativene kan ha endret seg.

Overgangskostnader i forbindelse med overgangen fra nåsituasjonen til skisserte alternativ

Av erfaring vet man at funksjonsendringer på tvers av geografi innebærer et mangfold av utfordringer. Mange av de ansatte i foretakene kan oppleve å få et annet arbeidssted enten i hele eller deler av arbeidshverdagen, beroende på hvor omfattende den kommende funksjonsendringen er planlagt. Ved gjennomføring av funksjonsfordeling 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 bruk, eller eventuelt eventuell avhending, av de bygningene som i fremtiden ikke er ment benyttet, krever også gjennomarbeidede og gode planer.

Av nyere erfaring kan man trekke frem at Helgelandssykehuset tidligere i år vedtok å flytte innlagte pasienter fra Mosjøen til Sandnessjøen. Erfaringene fra denne prosessen tilsier at vurderinger og planer for bygningsmessige endringer er en relativt omfattende prosess der Sykehusbygg sammen med helseforetakets egen bygningsekspertise spiller en viktig rolle. I forbindelse med dette ROS-arbeidet har det ikke vært tid til å gjøre denne type bygningsmessige vurderinger. Disse vurderingene må da foretas på et senere tidspunkt.

For å gi pasientene et mest mulig likeverdig tilbud etter gjennomføringen av en endret tjenestestruktur fordres det også en vurdering av hva som må endres i det prehospitale tilbudet til pasientene, også innenfor pasientreiseområdet. Disse løsningene er ofte av varig karakter og krever gjerne en detaljert beregning, bearbeiding og ikke minst forankring før de kan gjennomføres.

Overordnet analyse

Det er i denne ROS-analysen identifisert 30 ulike risikofaktorer som er vurdert og kategorisert for de tre ulike alternativene. 21 av disse faktorene er kategorisert med høy risiko i o-alternativet. Det er ikke funnet risikoreduserende tiltak for nåsituasjonen, da den er ansett å være sammenligningsgrunnlaget. o-alternativet har videre 1 faktor med lav risiko profil, og 8 faktorer med moderat profil. Alternativ 1 har 3 faktorer som er kategorisert som lav, mens alternativ 2 har hele 21. Hovedtyngden av risikofaktorene er moderat i alternativ 1 (25 stk).

Heatmapene under viser gjennomsnittlig risiko for hvert risikoområde, i hvert av alternativene. Dette er de fastslåtte gjennomsnittlige risikonivåene etter at en har foreslått risikoreduserende tiltak for risikoer med uakseptabel høy risiko. Det er verdt å merke seg at de ulike risikoområdene ikke er tillagt noe vekt, og er her fremstilt som likeverdig. Det vil være opp til beslutningstakeren å eventuelt tillegge noen områder mer vekt enn andre.

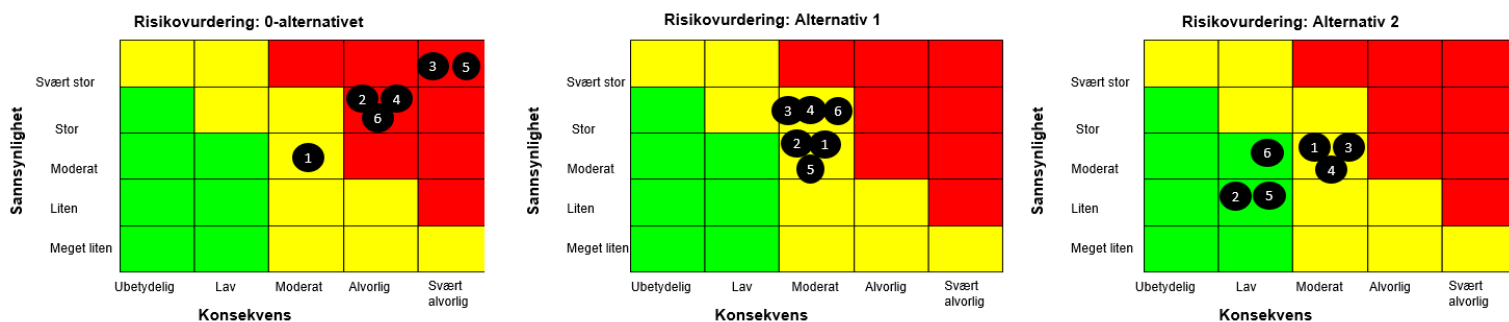
Risikoområder	
1.	Brukeren av tjenestene
2.	Behandlingstilbud
3.	Bemanning
4.	Kapasitet
5.	Organisatoriske forhold
6.	Økonomi

I null alternativet er det høyest gjennomsnittlig risiko forbundet med bemanning og organisatoriske forhold. Begge disse områdene har et svært høyt risikonivå i o-alternativet. Risikoområdene behandlingstilbud, kapasitet og økonomi er forbundet med høy risiko i o-alternativet, mens risikoområdet for brukerne av tjenestene er forbundet med lavest gjennomsnittlig risiko. Risikoområdet for brukeren av tjenestene har et gjennomsnittlig risikonivå som er moderat. Dette er gjennomgående for alle alternativene.

I alternativ 1 er det ingen av risikoområdene som er forbundet med høy eller svært høy gjennomsnittlig risiko. Samtlige risikoområder har en moderat risikoprofil. Gjennomsnittlig sannsynlighet er noe høyere for risikoområdene bemanning, kapasitet og økonomi.

I alternativ 2 er det ingen av risikoområdene som er forbundet med høy eller svært høy gjennomsnittlig risiko. Samtlige risikoområder har en moderat risikoprofil. Gjennomsnittlig sannsynlighet er noe høyere for risikoområdene bemanning, kapasitet og økonomi.

Figur 1. Gjennomsnittlig risikonivå knyttet de ulike risikoområdene



Gjennomsnittlig risiko for de ulike områdene reduseres ytterligere i alternativ 2, med unntak av området for brukeren av tjenestene som fortsatt er uendret. Halvparten av risikoområdene har et lavt gjennomsnittlig risikonivå. Dette gjelder økonomi, organisatoriske forhold og behandlingstilbud. Det er noe gjennomsnittlig høyere sannsynlighet for risikoene under økonomi, enn for de to øvrige områdene. Resterende risikoområder har et moderat gjennomsnittlig risikonivå, dette gjelder da brukeren av tjenestene, bemanning og kapasitet.

Denne overordnede analysen viser at dagens situasjon helt klart er preget av utfordringer og høy risiko forbundet med nesten samtlige områder. Alternativ 2 har lavest gjennomsnittlig risikoprofil, og om man skulle velge alternativ utelukkende ut fra ROS-analysen vil dette alternativet være å foretrekke.

1 Brukeren av tjenestene

Innenfor risikoområdet brukeren av tjenestene er det identifisert 5 ulike risikoer.

Risikoregister - Brukeren av tjenestene

1. Risiko for at tjenestene ikke er likeverdige, ikke sikre og ikke med god kvalitet
2. Risiko for at tjenestene ikke er tilgjengelig på grunn av kapasitet eller forløp
3. Risiko for at pasientene ikke er tilfreds med tjenestene eller ikke har tillit til de
4. Risiko for at den samiske pasient ikke blir ivaretatt i forhold til utvikling av tjenester, kultur og språk
5. Risiko for at tjenestene ikke er tilgjengelig på grunn av avstand eller vanskelig fremkommelighet

I null alternativet er det risiko for at tjenestene ikke er likeverdige, sikre og med god kvalitet, og risiko for at tjenestene ikke er tilgjengelig på grunn av kapasitet eller forløp som er vurdert til å ha høyest risiko.

Likeverdige tjenester innebærer at befolkningen skal få mest mulig likt resultat av samme behandling, bakgrunn for den høye risikoen for at tjenestene ikke er likeverdige er at det i samtlige helseforetak er økende ventelister, økende fristbrudd, og stor grad av innleie og vikarer. Dette gjør det utfordrende å tilby likeverdige tjenester både akutt og elektivt.

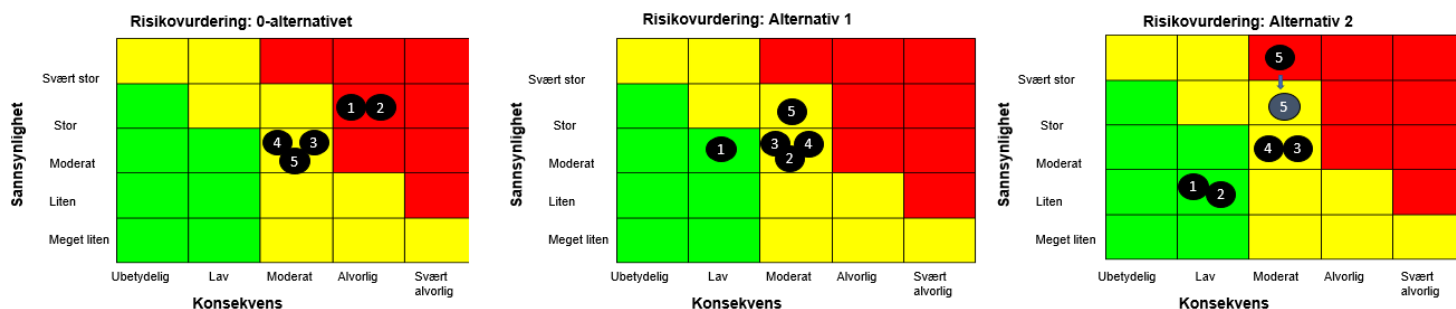
Tilgjengelig kapasitet og forløp henger tett sammen

med dette.

Under forutsetning av at man klarer å styrke prehospitaltjenester både langs vei og i luft reduseres risikoen for at en ikke skal kunne tilby likeverdige tjenester både i alternativ 1 og 2. Alternativene vil gi større kontinuitet i tilbudet enn ved dagens situasjon. En konsolidering av tjenestene vil være en driver for positiv utvikling. Effekten er forventet å ytterligere forsterkes i alternativ 2, og i dette alternativet er risikoen for begge disse faktorene kategorisert som lav.

Risiko for at pasientene ikke er tilfreds med tjenestene eller ikke har tillit til dem, og risiko for at den samiske pasient ikke blir ivaretatt i forhold til utvikling av tjenester, kultur og språk er moderat og vurdert på samme nivå i alle tre alternativene.

Figur 2. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet bruker av tjenesten



I alternativ 1 er det høyest risiko for at tjenestene ikke er tilgjengelig på grunn av avstand eller vanskelig fremkommelighet. Risikoen for dette er ansett som høyere i alternativ 1 enn i null alternativet. Dette fordi en del pasienter vil få større utfordringer med fremkommelighet når en tar ned akuttkirurgisk tilbud og fødetilbud. Risikoen er høyere for Finnmark enn for resten av regionen.

I alternativ 2 er det uakseptabel høy risiko for at tjenestene ikke er tilgjengelig på grunn av avstand og fremkommelighet. Dette er på grunn av at flere sykehus avvikles, og også akutt indremedisin avvikles flere steder. For de som bor nært de store sykehusene vil ikke forskjellen i reiseavstand merkes, men for de som allerede bor langt unna dagens tjenestetilbud kan konsekvensen av alternativ 2 bli at et antall pasienter får lengre reiseavstand. Det er en risiko at pasientens egne utgifter i forbindelse med reiser til sykehus medfører at de ikke har råd til å ta imot behandling. I noen tilfeller kan det også være at reisebelastningen nødvendigvis ikke blir tyngre enn før, men at en må reise til andre steder enn tidligere. Det er viktig å ta med i betraktningen at konsekvensen kanskje blir størst for eldre, skrøpelige pasientgrupper og for de som må reise ofte til behandling. Det er pasienter som har mye kontakt med helsevesenet som bruker pasientreiseordningen mest. Det er å anta at mange i dag ikke bryr seg om å be om refusjon, om kostnaden er lav og antallet reiser er få. Med lengre, dyrere og flere reiser er det en risikofaktor i seg selv dette, at antallet som ber om tilrettelagt transport og refusjon av utgifter vil øke. Når reisene blir lengre, mer kompliserte og til ukjente steder, vil flere pasienter trenge ledsager. Dette vil medføre økte kostnader både for helseforetakene og for pasientene.

Det var uenighet i arbeidsgruppen om hvor høyt konsekvensen av reiseavstand skulle settes. 7 arbeidsgruppedeltagere ønsket å sette konsekvensen til 3, mens 6 ønsket å sette konsekvensen til 4.

Etter risikoreduserende tiltak (beskrevet nedenfor) er denne risikoen fortsatt den høyeste i alternativ 2, men sannsynlighet er trukket ned til fire, hvor konsekvensen er vurdert til å være den samme. Risikoen er da ansett å være moderat. Ny risiko er merket som grå i heatmap etter risikoreduserende tiltak.

Risikoreduserende tiltak:

- 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

2 Behandlingstilbud

Innenfor risikoområdet behandlingstilbud er det identifisert 6 ulike risikoer. I dagens situasjon (0-alternativet) er det bare to av risikoene som er vurdert å være moderat. Resten har alle høy risiko. Det

Risikoregister-Behandlingstilbud

- 1) Risiko for at tjenestene ikke er likeverdige eller av god kvalitet
- 2) Risiko for at tjenestene ikke har god tilgjengelighet
- 3) Risiko for at pasientene ikke er tilfreds med tjenestene eller ikke har tillit til dem
- 4) Risiko for at en ikke har spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen
- 5) Risiko for at pasientbehandlingen ikke er i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling
- 6) Risiko for at ny oppgave og funksjonsfordeling vil gi pasientlekkasjer

vurderes som høy risiko for at tjenestene ikke er likeverdige eller av god kvalitet, det er også høy risiko for at tjenestene ikke har god tilgjengelighet, og høy risiko for at pasientene ikke er tilfreds med tjenestene eller ikke har tillit til dem. I tillegg er det også ansett å være en høy risiko for at pasientbehandlingen ikke er i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling. Alternativ 2 har lavest risikoprofil knyttet til behandlings tilbud.

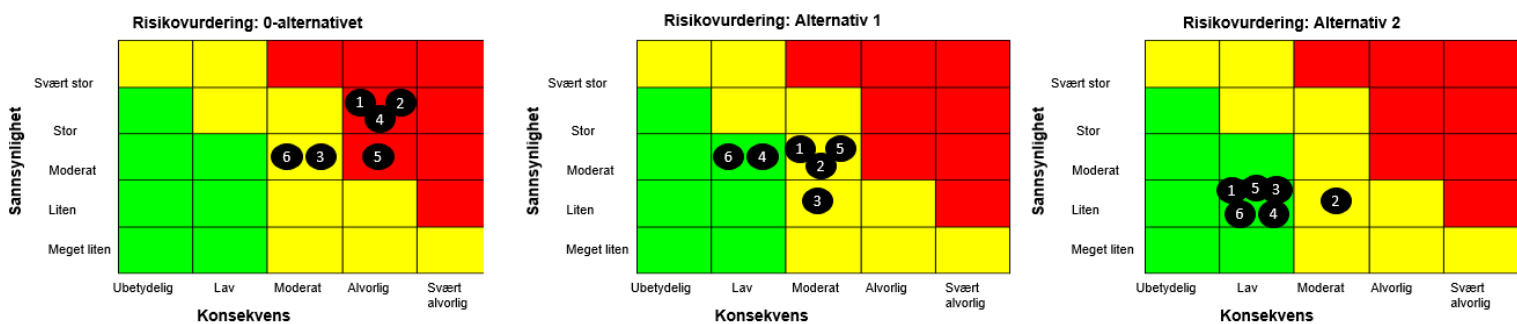
Sannsynligheten for et likeverdig tjenestetilbud påvirkes av at det i dag er økende andel fristbrudd, økende ventelister og lav andel kreftpakkeforløp gjennomført innenfor anbefalt tid. Uønsket variasjon er på systemnivå, og det er lagt til grunn at enkelt pasienters møte med enkelt behandlere er gjennomgående bra. Det er ikke holdepunkter for

uønsket variasjon av kvalitet mellom små og store sykehus jf. SKDEs helseatlas for kvalitet

Alternativ 1 reduseres risikoen for at en ikke har likeverdig tilbud til moderat, mens i alternativ 2 er denne risikoen definert som lav. Sentralisering og styrking av elektive tilbud er forventet å påvirke ventelistene positivt samtidig med at større enheter har lettere for å innføre like systemregimer i behandlingen.

Når det gjelder risiko for at det tilbys tjenester som ikke har god tilgjengelighet er det forskjeller på tilgjengeligheten av elektive og akutte tjenester. Det er størst utfordring med tilgjengeligheten på de elektive tjenestene og antall pasienter på ventelistene. Risikoen for at tjenestene ikke har god tilgjengelighet reduseres til moderat både i alternativ 1 og 2. Antall akutte linjer trekkes ned samtidig som en øker tilgjengeligheten for planlagt behandling. Det akutte tjenestene i alternativ 1 og 2 vurderes til å ha god forsvarlighet knyttet til tilgjengelighet. Det er Finnmark som vil få størst utfordring med tilgjengelighet i alternativ 1 og 2. Her vil de fødende som berøres i Kirkenes i de foreslåtte alternativene vil ha ca. 50 mil til nærmeste keisersnitt-beredskap.

Figur 3. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet behandlingstilbud



Risikoen for at en ikke har spesialiserte funksjoner som sikrer god kvalitet i behandlingen er vurdert til å være høy i dagens situasjon, dette fordi dagens struktur i Helse Nord innebærer at mange funksjoner er spredt på mange steder, og det er få sentraliserte funksjoner med høyt pasientvolum som er samlet på ett

sted. Nivået på denne risikoen reduseres til lav både i alternativ 1 og 2. I begge alternativene skal tilbudene spisses, og volumet økes. Kronikerne skal ha i begge alternativene fortsatt ha lokale og desentraliserte tilbud. Det er ikke snakk om en ytterligere sentralisering inn til Bodø og Tromsø, men å sentralisere desentralisert. Altså å sentralisere i delområdene hvor sykehusene ligger i dag. Effekten på risikonivået er størst i alternativ 2, dette er fordi volum og kvalitet henger sammen. I alternativ 1 er det noe lavere effekt fordi sentraliseringen bare gjelder noen deler av kirurgitilbudet.

Risikoen for at pasientbehandlingen ikke er i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling er vurdert å være høy i dagens situasjon. Dette henger sammen med at arbeidsgruppen mener at Helse Nord henger etter på modernisert pasientbehandling, både med hensyn til teknologi og utvikling. Det finnes rapporter på at færre nordnorske pasienter deltar i kliniske studier uavhengig av studiens lokalisering. Flere studier som foregår i nord stopper opp fordi en mangler kvalifisert personell, for eksempel er det utfordringer knyttet til rekruttering av studiesykepleiere. Det mangler også robuste fagmiljøer som er i stand til å sette en faglig standard. Risikoen er vurdert til å reduseres til moderat i alternativ 1, og til lav i alternativ 2. Begge alternativene vil styrke universitetsfunksjonen, og dette vil kunne være en bidragsyter for utviklingen. Videre i alternativ 2 vil en også styrke miljøene på de sentraliserte stedene. Dette vil endre pasientstrømmene, og en får mer spisset og målrettet tilbud. Mer robuste fagmiljø er vurdert til å trolig kunne ha mer kapasitet til å drive med både medisinsk og teknologisk utvikling.

3 Bemanning

Innenfor risikoområdet behandlingstilbud er det identifisert 6 ulike risikoer, og alle disse er kategorisert med høy eller svært høy risiko.

Risikoregister - Bemanning

- 1) Risiko for at en ikke klarer å sikre en høyere andel faste ansatte
- 2) Risiko for at en ikke har robuste fagmiljø med arbeidsforhold der faglig utvikling, forskning, utdanning og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen
- 3) Risiko for at man har vaktordninger som er avhengig av kontinuerlig innleie
- 4) Risiko for at man ikke har god rekrutteringsevne og klarer å stabilisere personell
- 5) Risiko for at man ikke klarer å bemanne med riktig kompetanse 365/24-7 for å sikre et tilbud til befolkningen med samme kvalitet
- 6) Risiko for at en ikke klarer å unngå å redusere tilgang til personell og kompetanse i interimsfasen

Arbeidsgruppen mener at en i dagens situasjon i Helse Nord har en struktur som ikke lar seg bemanne. Totalt mangler det medarbeidere i over 900-1000 stillinger i Helse Nord. Hovedinntrykket er at det mangler medarbeidere i alle sjikt, altså både helsefagarbeidere, sykepleiere. Det går klart frem av faktagrunnlaget at en har høy grad av innleie, og det utøves permanent ulike kompenserte tiltak. Det er mye overtidsbruk, og mange brudd på arbeidsmiljøloven. Dette kan tolkes som et tydelig bevis på at en mangler folk. Det trekkes også frem 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. En har også en oppfatning av at det er vanskelig å rekruttere, og det er vanskelig å beholde medarbeidere. Et system med mange små fagmiljø med 1-4 og stort eget ansvar vurderes

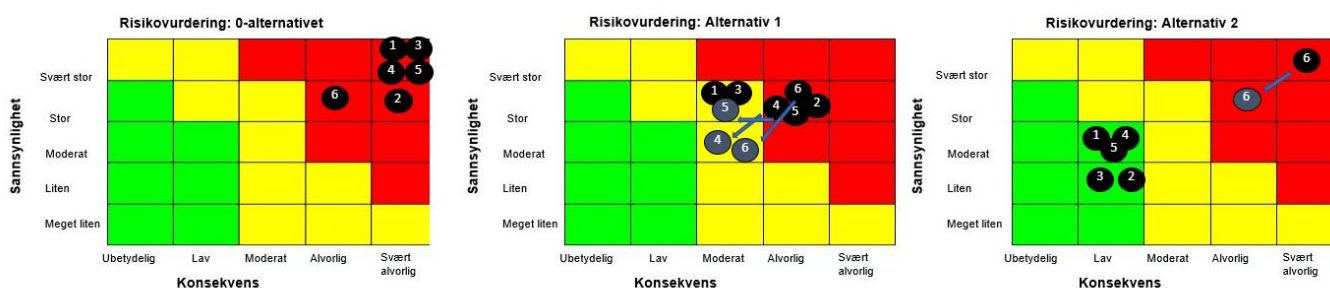
heller ikke å være rekrutterende, spesielt i vaktbærende fag.

Men også her er det variasjoner på tvers av regionen, noe som gir et komplekst bilde. Oppfattelsen av hvor kritisk situasjonen er varierer på tvers av regionen, og opplevelsen av hva som er alvorlig varierer også, samtidig som en vet at problemstillingen gjelder alle HF og sykehus. Det finnes eksempler på steder som ikke opplever problemer med å rekruttere og som har nok faste ansatte, og som dermed oppfatter seg som robuste. Samtidig finnes det eksempler på områder hvor en mangler både leger og annet helsepersonell. Videre kan det være vanskelig å skulle planlegge en turnus over seks måneder, de det ikke er folk nok til å

bemanne i tråd med arbeidsmiljøloven. Og det finnes eksempler på enheter som har for lav grunnbemanning til å drifte tjenestene.

Arbeidsgruppen mener videre at en i dagens situasjon ikke har robuste fagmiljøer som legger til rette for faglig utvikling, forskning, utdanning og innovasjon. Veldig mye av medarbeiderens arbeidstid er budet opp i beredskapsvakter, og da blir det ikke tid til å drive fagutvikling. Dette gjelder spesielt for alle de små stedene. En nasjonal rapport viser at UIT produserer minst medisinsk forskning i landet. Forskning er likevel kanskje ikke så avhengig av hvordan man er organisert, dette er imidlertid tilfellet for ulike utdanninger. Det presiseres at det er vanskelig å rekruttere LIS2 og LIS3, samt utfordringer med å gjennomføre spesialiseringen. Generelt er det vanskelig å utdanne LIS leger, da de gjerne har en så høy vaktbelastning at de får problemer med å komme gjennom på de andre kravene. Videre er det opplyst om at det er utfordringer med å fylle opp sykepleierstudiene i regionen.

Figur 4. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet bemanning



Risikoen knyttet til bemanning reduseres med alternativene. Alternativ 2 vurderes imidlertid som gunstigere enn alternativ 1. I alternativ 1 er det fortsatt fire risikoer som er definert med et risikonivå som er uakseptabelt høyt. Etter forslag om risikoreduserende tiltak er risikoen betraktet som moderat. Når man ser på risiko for at man ikke har god rekrutteringsevne, og evner å stabilisere personell så reduseres risikoen noe i alternativ 1. Dette på bakgrunn av at man styrker og sentraliserer noen områder. Større og dermed mer robuste miljøer er antatt å påvirke rekrutteringsevnen. De største utfordringene i alternativ 1 er knyttet til Rana, Lofoten, Narvik, og i alternativ 2 for Kirkenes. Det er betydelig usikkerhet i gruppen om hva sannsynlighet og konsekvens av denne risikoen er på grunn av de strukturelle endringene som er foreslått disse stedene i alternativ 1 (og 2 for Kirkenes).

Risikoreduserende tiltak for risiko 4 er:

- Sørge for større og mer robuste fagmiljøer på de lokasjoner en kanaliserte aktivitet til.
- God styring fra Helse Nord som sikrer at alle foretakene faktisk gjennomfører planlagte og vedtatte endringer. Det ansees som viktig med så rask som mulig implementering av endringene. Manglende avgjørelser og gjennomføring medfører usikkerhet
- Positiv og god samhandling mellom tilsatte og brukere.

I alternativ 2 vil det samlede behovet for antall ansatte være lavere i og med at man her knytter bemanningen opp mot færre driftsenheter. Dette medfører også at en får færre vaktordninger og dermed mer tid til direkte pasientbehandling.

Risikoen for at man ikke klarer å bemanne med riktig kompetanse 365/24-7 er vurdert til å være svært høy i nå situasjonen, og høy i alternativ 1. I utgangspunktet er dette vanskelig å få til i dagens struktur, og noe av

dette henger sammen med hvordan utdanningen nå er lagt opp, og den økende graden av spesialisering. Det er svært krevende å ha mange spesialiteter på små sykehus. I alternativ 1 tas flere akuttkirurgiske tilbud ned. Dette er antatt å øke sannsynligheten for å bemanne med mer riktig kompetanse. Det blir også noen færre vaktlinjer å bemanne, og lettere å bemanne riktig til den elektive driften.

Risikoreduserende tiltak for å komme ned på et akseptabelt risikonivå er for risiko 5 er:

- 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 arbeidssteder
- Stimulere til «hus og hytte» modellen

Tiltakene bør primært rettes mot Helgelandssykehuset, Narvik, Lofoten og Kirkenes.

Risikoen for at man ikke klarer å bemanne med riktig kompetanse 365/24-7 er ansett å være lav i alternativ 2. Dette på grunn av effektene en ser i alternativ en styrkes ytterligere i alternativ 2 der en sentraliserer og rasjonaliserer drift enda mer.

Risiko for at en ikke har robuste fagmiljø med arbeidsforhold som legger til rette for faglig utvikling, forskning, utdanning og innovasjon integrert i den kliniske hverdagen er vurdert til å gå fra å være svært høy i o-alternativet til høy i alternativ 1. I alternativ 2 er risikoen definert som lav. Alternativene forutsetter en omlegging fra sårbare miljøer til mer robuste fagmiljøer. Til alternativ 1 stilles det spørsmål om det kan føre til færre praksisplasser og utfordringer for LIS. I dette alternativet vil en del aktivitet samles, mer av aktiviteten antas også å kunne skje på dagtid, noe som vil kunne gi bedre muligheter for forskning og innovasjon. Alternativ 2 er antatt å ha større effekt på denne risikoen, siden dette alternativet inneholder flere strukturelle endringer enn alternativ 1, som primært omhandler fødetilbud og kirurgi.

Det var uenighet i arbeidsgruppen om sannsynlighet for denne risikoen, både i alternativ 1 og 2. I alternativ 1 mente fem stykker at sannsynligheten burde settes til 3, mens åtte mente den skulle settes til 4. 4 ble derfor stående. I alternativ 2 mente en at sannsynligheten skulle settes til 3, mens ti mente at sannsynligheten skulle settes til to. Sannsynligheten ble derfor stående på 2. Det var også noe uenighet i konsekvens, hvor hovedtyngden av gruppen mente at konsekvens skulle settes til 2. Til alternativ 2 ble det stilt spørsmål til om en klarer å ha desentralisert sykepleier-utdanning, og tilby praksisplass på hjemsted.

På grunn av en feil i analyseprosessen er det ikke funnet risikoreduserende tiltak for denne risikoen i alternativ 1. Den står derfor enda på et uakseptabelt høyt risikonivå.

Risiko for at en ikke klarer å opprettholde tilgang til personell og kompetanse i en interimfase er vurdert som høy i alternativ 1, og som svært høy i alternativ 2. Den er også satt til høy i o-alternativet. Dette begrunnes i at arbeidsgruppen antar at en allerede er i en interimfase, og at det allerede er høy risiko for å miste personell på grunn av endringene. Risikoen er ansett å være høyere i alternativ 2 enn i 1 siden det i dette alternativet er introdusert flere endringer.

Risikoreduserende tiltak for begge alternativene:

- 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

Til tross for disse risikoreducerende tiltakene vurderer ikke arbeidsgruppen situasjonen dit hen at risiko 6 forbedres til et akseptabelt nivå i alternativ 2. Risiko nummer seks blir derfor stående på et uakseptabelt høyt nivå.

4 Kapasitet

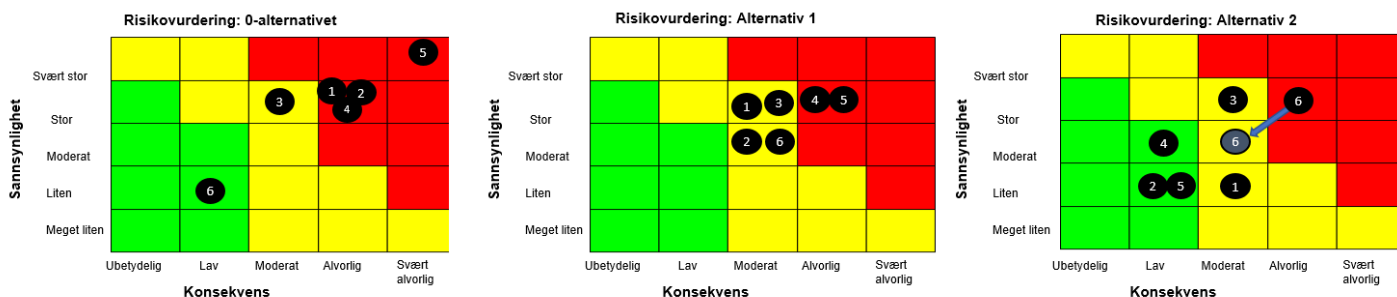
Under risikoområdet kapasitet er det indentifisert 6 ulike risikoer, hvor av tre av disse er kategorisert som høy, og en som svært høy i 0-alternativet. Risiko for at en ikke har fysisk og teknologisk infrastruktur til å ivareta behovet for tjenester, risiko for at en ikke klarer å øke dekningsgraden for planlagte tjenester og risiko for å ikke ha tilgang til moderne fremtidsrettede bygg er definert som høy, mens risiko for å ikke ha tilgang til moderne og fremtidsrettet MTU er definert som svært høy.

Risikoregister-Kapasitet	
1)	Risiko for at en ikke har fysisk og teknologisk infrastruktur til å ivareta behovet for tjenester
2)	Risiko for at en ikke klarer å øke dekningsgraden for planlagte tjenester
3)	Risiko for at en ikke samarbeider med den kommunale helsetjenesten iht lovverket
4)	Risiko for ikke å ha tilgang til moderne og fremtidsrettede bygg
5)	Risiko for ikke å ha tilgang til moderne og fremtidsrettet medisinsk teknisk utstyr (MTU)
6)	Risiko for at prehospitaltjenester ikke har kapasitet til å håndtere endret aktivitet

En er helt 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. 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 er oppfatningen at Helse Nord ligger langt bak. Det virker ikke som Helse Nord klarer 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. 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.

Figur 5. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet kapasitet



I alternativ 1 er ikke risikoen for at en ikke har fysisk og teknologisk infrastruktur ansett å være like høy som i nå-situasjonen, og den er definert som moderat. I alternativ 2 er den definert som moderat til lav. Det er verdt å merke seg at vurderingene av nivåene på disse risikoene er gjort uten at en har gjort omfattende undersøkelser av eksisterende arealer og bygninger. Faktisk arealbehov som alternativene medfører, er heller

ikke utredet tilstrekkelig. Alternativ 1 er antatt å ikke ville ikke kreve de største omleggingene i areal, og vil også frigi 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. Alternativ 2 vil kreve betydelige investeringer innledningsvis, spesielt i Helgelandsregionen. Investeringsbehovet er forventet å være lavere i alternativ 2 enn 1. 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. 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.

Risiko for å ikke ha tilgang til moderne og fremtidsrettede bygg (risiko 4) er ansett å være høy både i 0-alternativet, og også i alternativ 1, mens i alternativ 2 er denne risikoen ansett å være moderat til lav. Det har til nå vært investert i en del nybygg, men om en ser 5-10 år frem vil en ikke ha kapital til å investere i noe. Det er ansett som kritisk å bedre driftssituasjonen. Resonnementene som er beskrevet over er gjeldene for denne risikoen også. Etersom flere nybygg er satt på vent, og driftssituasjonen må bedres tror en at risikoen for å ikke ha tilgang til moderne og fremtidsrettede bygg er høy, og på et uakseptabelt nivå i alternativ 1. Det er også foreslått en rekke risikoreduserende tiltak som arbeidsgruppen mener det er lite realisme i. Disse tiltakene er å:

- Sikre omstillingspakker
- Øke lånerammen
- Tilførsel av ny kapital, bygg eller utstyr

Grunnen til at arbeidsgruppen ikke tror at denne risikoen reduseres i gruppe fire er at det er et faktum at det mangler penger, og det faktum er det vanskelig å komme seg bort fra. I alternativ 2 vil en spesielt måtte øke bygningsmassen på Helgeland, og Sandnessjøen, men totalt sett vil det være mindre behov for bygningsmasse fordi en har færre lokasjoner/enheter og mindre areal.

Når det gjelder risiko for å ikke ha tilgang til moderne og fremtidsrettet MTU er denne ansett som svært høy i nå situasjonen, høy i alternativ 1, og lav i alternativ 2. Begrunnelsen for dette er graden av rasjonalisering, og antall lokasjoner en vil trenge å ha MTU på. I alternativ 2 er det færrest lokasjoner, og dermed mindre bruk for MTU. Det skulle ha vært identifisert risikoreduserende tiltak i alternativ 1, men dette er ikke gjort. Som i risikoen for tilgang til fremtidsrettede bygg er det ansett som vanskelig å gjøre noe for å få justert risikoen.

Risiko nummer 6, risiko for at prehospitaltjenester ikke har kapasitet til å håndtere endret aktivitet har et lavt risikonivå i 0-alternativet, mens nivået er moderat i alternativ 1, og høyt i alternativ 2. Den prehospitaltjenestestrukturen Helse Nord har i dag er god, både i forhold til bil og fly. Helse Nord har 7 av 10 fly ambulansesfly i Norge, og har også tilstrekkelig med biler og båter. Dette gjenspeiles i 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). I alternativ 1 øker risikoen noe fordi alternativet vil kreve at en styrker de prehospitaltjenestene. I alternativ 2 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. Og en kommer også til å måtte styrke det prehospitaltjenestet ved Narvik, Lofoten, Kirkenes og Hammerfest.

Foreslåtte risikoreduserende tiltak er de samme som også er foreslått for risiko 4 under økonomi:

- Gjøres en grundig gjennomgang av de prehospitaltjenestene 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

Med disse tiltakene mener arbeidsgruppen at risikoen kommer ned til et moderat nivå.

5 Organisatoriske forhold

Under organisatoriske forhold er det indentifisert to ulike risikoer. Risikoen for at en ikke har en kostnadseffektiv organisering er definert som svært høy i null alternativet, mens risiko for at en ikke har tilfredsstillende rammebetingelser for en tydelig og engasjert ledelse er definert som høy.

Risikoregister - Organisatoriske forhold

- 1) Risiko for at en ikke har tilfredsstillende rammebetingelser for tydelig og engasjert ledelse
- 2) Risiko for at en ikke har en kostnadseffektiv organisering

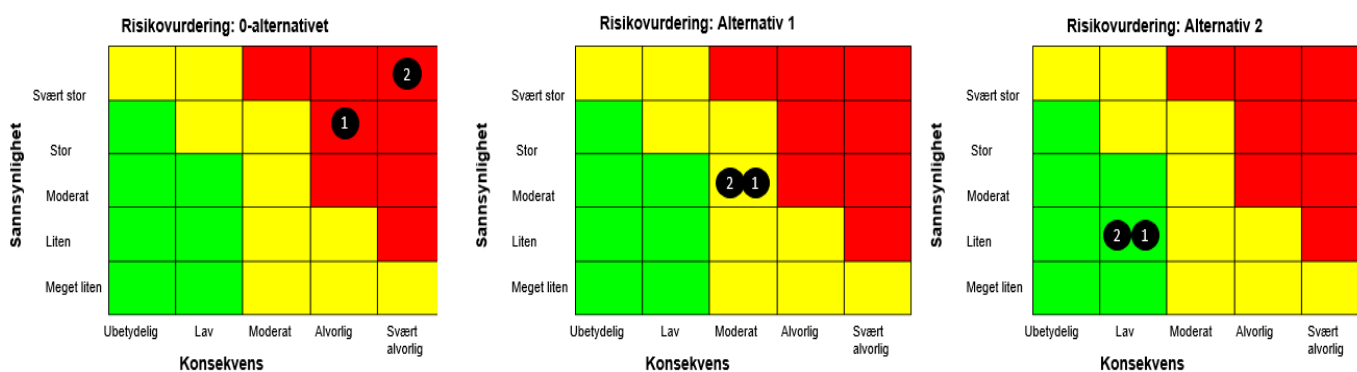
Dagens struktur oppfattes å være lite kostnads effektiv. Kompetansen er spredd tynt ut over, og alle vaktlinjene er ressurskrevende. I tillegg har en for eksempel MR-maskiner på alle lokasjoner.

I alternativ 1 reduseres risikoen for at en ikke har kostnadseffektiv organisering fra svært høy til moderat. Foreslått nedtrekk i akutt kirurgisk tilbud vil

trolig forbedre kostnadseffektiviteten alene. Hele den akutt-kirurgiske kjeden med høy bruk av innleie reduseres, og dette vil øke kostnadseffektiviteten. I dette alternativet økes antall elektive behandlinger, og dette vil også gi en økonomisk effekt. Det var uenighet i arbeidsgruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens for denne risikoen i alternativ 1. Bakgrunn for uenigheten er at deler av gruppen stiller spørsmål til om alternativ 1 vil ha betydelig effekt på Helgeland, og i Narvik området. Representantene som synes det er vanskelig å si om dette vil ha noe effekt begrunner det med en oppfattelse av at det er mye antagelser og synsing, og lite av vurderingene som er basert på faktisk dokumentasjon. Den delen av arbeidsgruppen som mener alternativ 1 vil øke kostnadseffektiviteten viser til at det finnes studier som viser at elektive forløp er effektive når de skilles fra kirurgi. 10 av representantene mente at sannsynligheten skulle være 3, mens 2 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 4. 3 ble derfor stående. Videre mente 10 av representantene at konsekvens skulle settes til 3, mens 4 representanter mente konsekvens skulle settes til 2. 3 ble stående. I alternativ 2 reduseres risiko nivået ytterligere, og er betraktet som lav. Dette er begrunnet

med at i alternativ to trekkes ytterligere akuttfunksjoner ned, og hovedtanken med alternativ 2 er en kostnadseffektiv drift. Til dette er det viktig å legge til at en forutsetning for et lavt risikonivå er at man klarer å gjennomføre de planlagte endringene så snart som mulig etter vedtaket. Arbeidsgruppen opplever det som utmattende å stå i en endringsprosess over lang tid.

Figur 6. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet organisatoriske forhold



I forhold til risikoen for at en ikke har tilfredsstillende rammebetingelser for tydelig og engasjert ledelse er arbeidsgruppen enig i at det i dagens situasjon er utfordrende å være leder, og at det er et forbedringspotensial knyttet til rammebetingelser for tydelig og engasjert ledelse. Gjennomgående ledelse helt fra styret og nedover etterlyses, og det erkjennes at det er utfordringer knyttet til dagens lederlinje. Det vises til eksempel på ledere som har prøvd å lede, men som da får varsel på seg. Helse Nord har kanskje en ekstra kompleksitet som lederne må ta inn over seg. Det er også vanskelig å rekruttere ledere med ledererfaring. Gode rammebetingelser for ledere mangler, og det er et stort spenn i lederansvaret og forskjeller på ledelsesstruktur på tvers av helseforetakene. En del ledere går ut av sine lederroller, fordi en ikke makter å stå i den skvisen som lederne gjør. Rammebetingelsene for ledelse henger sammen med rammebetingelsene for hele tjenesten. Ledelse påvirker både økonomi, medarbeidere og behandlingstilbud.

Risikoen for å ikke ha tilfredsstillende rammebetingelser for tydelig og engasjert ledelse reduseres til moderat i alternativ 1. Dette begrunnes med at en får en litt enklere struktur å forholde seg til i dette alternativet sammenlignet med nåsituasjonen. En får samlet funksjoner til færre steder, og en vil kunne hente ut noen stordriftsfordeler som gir positive effekter. Men det påpekes at ledelse heller ikke vil være veldig enkelt i dette alternativet, og deler av arbeidsgruppen stiller spørsmål til om det vil bli lettere å lede på kort sikt i dette alternativet. Det slås fast at det i interimfasen vil være ekstra krevende å være leder. Gitt at en lykkes med alternativet mener arbeidsgruppen at en vil oppnå en forbedring i rammebetingelsene, som vil forsterkes gjennom de to ulike alternativene. Utfordringene knyttet til bemanning og økonomi er antatt å være mindre i dette alternativet, noe som gir bedre rammebetingelser for lederne. De planlagte endringene i den elektive driften vil gjøre at en også kan få bedre kapasitet til å gjøre mer essensielle lederoppgaver. Risikoen reduseres ytterligere i alternativ 2 og er her satt som lav. Under forutsetning av at man har like organisatoriske modeller og ledelsesstrukturer på tvers antar man at alternativ 2 vil gi enda større effekt. Her vil det være enda enklere struktur for organisatoriske forhold.

6 Økonomi

Under risikoområdet økonomi er det identifisert 5 ulike risikoområder. Det er bare risikoen for at en ikke klarer å endre de prehospitaltjenester og pasientreiser som er definert med moderat risikonivå i null alternativet, resterende risikoer er definert med et høyt eller svært høyt risikonivå.

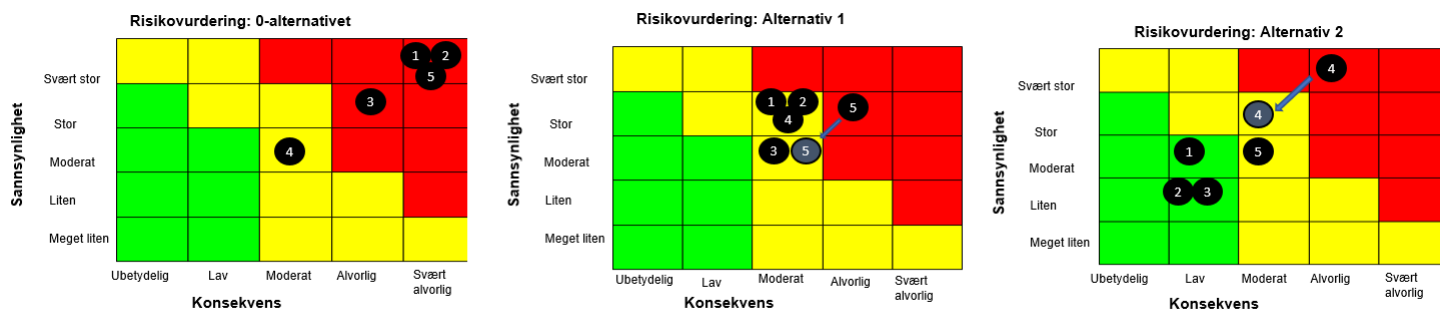
Risikoregister - Økonomi

- 1) Risiko for at en ikke klarer å redusere variabel lønn og innleie
- 2) Risiko for at en ikke klarer å forhindre fristbrudd og risiko for at en ikke klarer å redusere lange ventetider
- 3) Risiko for at en ikke klarer å øke egedekningen innenfor planlagt behandling
- 4) Risiko for at en ikke klarer å endre prehospitaltjenester og pasientreiser
- 5) Risiko for å ikke ha økonomi til nødvendige investeringer, bygg og vedlikehold

Arbeidsgruppen mener det er svært stor sannsynlighet for at en ikke klarer å redusere bruken av innleie, og den høye graden av variabel lønn (Risikonummer 1). Det vises til at Helse Nord stod for 40% av all innleie i 2022, og at det mangler medarbeidere i over 900 stillinger. Selv med styrevedtak på at man skal stoppe bruken av innleie klarer man ikke dette. Det er mange brudd på arbeidsmiljøloven, noe som kan tolkes som et tydelig tegn på at det mangler folk. Det er et komplekst bilde, og situasjonen varierer på tvers av foretakene. Det samme gjør oppfattelsen av hvor alvorlig situasjonen egentlig er.

I alternativ 1 reduseres antall vaktlinjer, og en får færre lokasjoner, og en får flere robuste miljøer. Det er naturlig å forvente at dette vil gjøre noe med variabel lønn og innleie. Det finnes eksempler fra andre steder i landet at tilsvarende tiltak har gitt effekt. Det er derimot noe usikkert hvordan rekrutteringsevne og attraktivitet vil påvirkes de stedene hvor funksjoner faller bort. Det er også usikkert hva effekten vil være på gjenværende fagområder og funksjoner. Det vil alltid være en risiko forbundet med å flytte personell. Siden en ikke rokker ved så mange funksjoner og vaktlag i alternativ 1 er ikke effekten på risikonivået ansett å være like stor som i alternativ 2 hvor en også trekker ned en del akutte indremedisinske funksjoner. Det er derfor grunn til å tro at dette alternativet vil redusere sannsynligheten for at en ikke klarer å redusere variabel lønn og innleie ytterligere. Likevel er det verdt å merke seg at det er svært mye en skal lykkes med i dette alternativet for å oppnå ønsket effekt, og det er stor usikkerhet i arbeidsgruppen hvorvidt man vil få dette til eller ikke. Det er også usikkerhet i gruppen rundt fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens i begge alternativene. Begge alternativene vil medføre pukkelkostnader i starten, men det er forventet at en vil kunne se økonomiske effekter av tiltakene på langsikt. Risikoen i alternativ 1 er redusert til moderat nivå, mens risikoen i alternativ 2 er redusert til lavt nivå.

Figur 7. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet økonomi



Arbeidsgruppen mener at risikoen for at en ikke klarer å forhindre fristbrudd, og risikoen for at en ikke klarer å redusere lange ventetider (risiko nummer 2) er svært høy i 0-alternativet. Fristbrudd er et økende

problem i foretaksgruppen, og det finnes data helt ned på klinikknivå som bekrefter høy grad av fristbrudd, både innen kirurgi og medisin. Når Helfo kobles på blir hver tjeneste 2-3 ganger dyrere, og med dagens utvikling taper Helse Nord mange millioner i relasjon til dette. Dette virker inn på den totale bærekraften. Risikoen reduseres til et moderat nivå i alternativ 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. I alternativ 2 reduseres risikoen ytterligere og ligger på et lavt nivå. Under forutsetning av at man lykkes med modellen som her er foreslått kan det tenkes at man nærmes utsletter ventelister og fristbrudd. Skal man få dette til må kapasiteten for elektiv virksomhet økes betydelig, noe som også er ambisjonen i alternativet. Effektene av dette er anta å inntreffe først på lang sikt.

For risiko nummer 3 – at en ikke klarer å øke egendekningen for planlagt behandling er det mange av de samme resonnementene som er nevnt i risiko 2 gjeldende. Også denne risikoen er kategorisert som svært høy i o-alternativet, mens det reduseres til moderat i alternativ 1, og til lavt i alternativ 2. I tillegg til at det er mye kostnader knyttet til Helfo i dagens situasjon er det også en del kostnader forbundet med kjøp av private tjenester innenfor kirurgi for eksempel. Om Helse Nord klarer å omstrukturere og omorganisere slik at flere ressurser kan være på jobb på dagtid, i stedet for i døgnkontinuerlig beredskapsvakt vil en kunne øke elektiv virksomhet, og dermed øke egen dekning og redusere både kostnader knyttet til Helfo og private kjøp. Alternativ 1 muliggjør en økt egendekning innen kirurgi, mens alternativ 2 muliggjør en økt egendeknings også innen medisin.

På grunn av geografi og sykehusstruktur har Helse Nord høye kostnader knyttet til prehospitale tjenester og pasientreiser i dag. Det er en betydelig reisebelastning i dag, og 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 prehospitale. Det er de planlagte reisene er den store kostnadsdriveren. Risikoen for at en ikke klarer å endre prehospitale tjenester og pasientreiser (risiko nummer 4) er vurdert til å være moderat i o-alternativet. Sannsynligheten for at man ikke klarer å endre de prehospitale tjenestene er økende med alternativene. Alternativ 1 innebærer at en må flytte kirurgiske pasienter og fødende til lokasjoner som har tjeneste. På grunn av redusert tilbud flere steder vil behovet for prehospitale tjenester øke. Et viktig premiss for at en skal kunne ta ned funksjoner et at prehospitale tjenester må bygges opp. Endringene i dette alternativet vil også innebære større etterspørsel etter følgetjenester for gravide, som også vil være med å øke kostnadene. I alternativ 2 er risikoen for at en ikke klarer å endre de prehospitale tjenesten ansett å være høy, og på et uakseptabelt nivå. I dette alternativet vil det være enda større behov for ambulanser og prehospitale tjenester, i og med at en også tar ned akutte tjenester knyttet til indremedisin. En massiv oppbygning av prehospitale tjenester vil være kostnadskrevende. Alternativet vil også kunne medføre et stort sprang i kostnader for pasienten. Hjemreise etter akutte opphold er ikke dekket fullt ut, og det er heller ikke overnatting om det skulle vise seg nødvendig.

For å redusere risikonivået i for denne risikoen i alternativ 2 foreslår arbeidsgruppen at det må:

- 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

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.

Om man lykkes med de risikoreduserende tiltakene er risikoen for at man ikke klarer å endre de prehospitale tjenestene kommet ned på et moderat nivå.

Den siste risikoen under økonomi er risikoen for å ikke ha økonomi til nødvendige investeringer og bygg. Både i 0-alternativet og i alternativ 1 er denne risikoen ansett å være svært høy og høy. I alternativ 2 er imidlertid risikoen ansett å være moderat. 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. En klarer ikke å vedlikeholde eksisterende bygningsmasse, verken ny eller gammel. 90% av budsjettet knyttet til bygg og vedlikehold kan knyttes opp mot erstatning og brekkasje. MTU blir mer kostbart jo flere steder en skal drifte på fordi det er en større grad av dublering. Det finnes også mye utstyr som kunne spart 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.

I alternativ 1 må det fin beregnes hva løsningen vil kreve bygningsmessig. Det er gjort et forsk på å prøve å kartlegge hvilke 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. Nordlandsykehuset 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.

Som risikoreduserende tiltak i alternativ 1 er det foreslått å:

- 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.

- Preshospitale tjenester må styrkes, og en må også ta høyde for oppjustering av prehospital bygningsmasse.

Etter risikoreduserende tiltak er risikonivået for risiko 5 ansett å være på et moderat nivå i alternativ 1.

I alternativ to knyttes det usikkerhet rundt bygningsmessig kapasitet i Sandessjøen. 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 (5-10 år frem i tid). Alternativet vil være forbundet med en del oppstartskostnader og investeringer, men på sikt er situasjonen antatt å bedre seg