







Vedlegg 3c

DOKUMENTASJON FRA ROS-ANALYSE WORKSHOP

Dokumentasjon fra ROS-analyseworkshop



Det gjøres oppmerksom på at dette vedlegget inneholder rå- notatene som ble skrevet under ROS-workshop i arbeidsgruppe 2, og er grunnlaget for ROS-analysen.


Risiko	Risikoområde brukeren av tjenestene	S	K
RB1	Akseptabel reiseavstand til aktuelt utrednings-/behandlingstilbud		
RB1-0 	<p>Manglende risiko for måloppnåelse: Risiko for at man ikke klarer å opprettholde akseptabel reiseavstand til utredning og behandlingstilbud</p> <p>Arbeidsgruppen diskuterte hva som kan sies å være en akseptabel reiseavstand. For døgnopphold er det akseptabelt å ha en lengre reiseavstand enn til poliklinikk. For døgn vil det kunne bli mer enn 2,5 timer ekstra reisevei for enkelte pasienter som følge av endringer i de to alternativene. Dette gjelder både pasient, men også pårørende. De som er alvorlig syke og trenger raskt hjelp må i dag reise til Bodø eller Tromsø. Det bør være kortest vei til polikliniske tilbud, som er det man benytter oftest og som ofte innebærer behandling i serier. For planlagte innleggelser er det annerledes. De siste årene har det vært stor andel av innleggelser akutt. Det varierer hva som er akseptabel reisetid. På Helgeland er de to DPS funksjonsdelt, en med akutt og en med elektiv. Finnmark hadde ikke vaktordning før 2018. Da måtte enda flere pasienter fraktes med fly. Har mange tilfeller der folk må reise fra Alta til Tana fordi det ikke er ledig plass i Alta. Jevnt over ser man at pasienter tar på seg belastningen med å reise.</p> <p>Dagens reiseavstand er relativ lang for noen, og særlig når man bor ute på øyer. Man må ta befolkningsgrunnlaget i betraktning når man diskuterer reisevei. I tynt befolket områder er det aksept for lengre reisevei. Det er uheldig at man må reise, men konsekvensen er nødvendigvis ikke så stor. Det er viktigere å få adekvat behandling. Største risikoen med lange avstander er at folk ikke benytter seg av behandlingstilbud.</p>	3	3
RB1-1 	<p>I dette alternativet inngår ingen flytting eller endring av funksjoner ut av Finnmarksykehuset. Døgnposten i Tana foreslås omstilt, noe som kan gi enkelte lengre reisevei til planlagte innleggelser. Avvikling av driften av DPS i Harstad, flyttes til Narvik. Lengre reiseavstand for de i Mosjøen, for det skal til Mo. (Endringen i Mosjøen er flyttet til alternativ 2 etter at denne ros-vurderingen ble foretatt.)</p> <p>Avvikling av døgnenheten i Harstad vil gi en reisevei på opp mot to timer til de som skal til Narvik. I Storsteinnes oppgis det å være få pasienter som rammes av den foreslåtte endringen. Sett på Harstad isolert, er vurderes risiko sannsynligheten til høy, grunnet stor befolkningmengde i dette opptaksområde. Området har også befolkningsvekst. Det presiseres at scoringen er gjort under forutsetning av at man lykkes med etablering av det nye alternativet.</p>	3	3
RB1-2 	<p>I Finnmark ligger det i alternativet å avvikle døgnenhet DPS i Tana. Befolkningen i Tana er liten, men Tana er et sentralt kjøreknutepunkt med geografisk nærhet til en stor del av Vest-Finnmarks befolkning. Pasienter som tidligere har benyttet Tana må da til Karasjok eller Alta. I alternativet avvikles døgn DPS ved Storslett, Storsteinnes og Silsand. Omstilling av Vesterålen DPS døgnenhet. Samling av døgnaktivitet ved DPS til Mo i Rana. For UNN vil dette alternativet innebære nedleggelse av tre døgnenheter. Dette vil påvirke en befolkning på ca. 40 000, og disse vil få lengre reisevei. Reiseavstand vil berøre flere i alternativ 2 enn i alternativ 1. Samtidig beholdes poliklinikkene, og det er mer akseptabelt med reiseavstand til planlagte innleggelser. Døgnenheten ved i Vesterålen foreslås omstilt, og døgnaktiviteten samles ved Salten. I dette alternativet er planen å styrke fagmiljøet i Salten, ved å samle døgn. Det planlegges samtidig å styrke</p>	4.	3



	<p>poliklinikkene i Lofoten og Vesterålen. Styrkede poliklinikker bidrar til å gi et godt desentralt tilbud.</p>		
<p>RB2</p> <p>Riktig tilgjengelig behandling på riktig nivå</p> <p>Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at man ikke får tilgang til behandling på riktig nivå</p> <p>Samlet har Helse Nord et høyt tilbud på antall senger i DPS-funksjonen. Tilbudet er gjennomgående lavt på poliklinisk nivå, noe som medfører lange vente.</p> <p>RB2-0</p> 	<p>Dagens situasjon er utgangspunktet for at dette arbeidet er igangsatt. Nåsituasjonen innebærer at man har betydelige utfordringer både med tilgjengelighet og behandling på riktig nivå.</p> <p>Arbeidsgruppen diskuterte ulikhetene mellom foretakene. Det hersker usikkerhet om det er kapasitet eller effektivitet som gir ulikheter mellom foretakene. Det oppgis også å være betydelige forskjeller i forbruksrater på tvers av regionen. Regionen har til dels overkapasitet innen DPS-døgn, men betydelige kapasitetsproblemer på poliklinisk nivå. Forløpet mellom primærhelse og spesialisthelsetjeneste har også betydelige utfordringer.</p> <p>Arbeidsgruppen vurderer det som krevende å kunne forklare forskjellene som finnes i regionen. Arbeidsgruppens medlemmer har også noe ulike meninger om forklaringen på disse forskjellene. Forhold som ulik kultur ved de ulike enheter, forskjell i sykkelighet og ulik organisering trekkes frem. Det presiseres også at det er variasjon i kapasiteten i poliklinikken, ikke alle har fristbrudd.</p> <p>For lavt tilbud i regionen gjør at et betydelig antall pasienter får tilbud via Helefo. Ikke alle fristbrudd ender opp hos Helfo.</p>	5	4
<p>RB2-1</p> 	<p>Tilbudet som bygges opp i Bodø og Tromsø til de alvorlige syke er avgjørende for hvor godt dette alternativet vil fungere. Videre er det avgjørende hvor mye ressurser som kan frigjøres til poliklinisk aktivitet. Finnmarkssykehuset trekker blant annet frem behovet for å styrke poliklinikkene som må opprettholdes for å sikre nærhet til tilbudet.</p> <p>Ved UNN vil man i dette alternativet få frigjort midler som kan settes inn på å styrke utsatte områder. Mange av endringsforslagene i de to alternativene vil gi et styrket pasienttilbud. Tilgjengelighet til tjenestene vil forbedres i begge alternativene. Blant annet vil en omstilling av DPS-døgn til poliklinikk gi en økt tilgjengelighet for mange pasienter. Der det avvikles døgnenheter, planlegges det å styrke poliklinisk tilbud. I alternativet vurderes det opprettelse av FaCT team. (Kommunene dekker 55% av kostnadene av disse.)</p> <p>Alternativet vurderes til å kunne løse mange av dagens utfordringer. Samlet risiko er vurdert til moderat.</p>	3	3
<p>RB2-2</p> 	<p>Dette alternativet vurderes til ytterligere å gi et større potensial til å gi pasientene tilgang til behandling på riktig nivå. Alternativet innebærer endringer som gir større rom for omdisponering av ressurser enn i alternativ 1. Her omstilles en større del av DPS-døgnkapasiteten til poliklinikk. UNN omstiller også i dette alternativet en større del av sin døgnkapasitet og beholder døgntilbud i de mest folkerike områdene. I dette alternativet planlegges det også å redusere TSB- kjøp av private. Helse Nord som region har overkapasitet på TSB-døgn per i dag (Enderingen på TSB-området kan også gjøres i alternativ 1.)</p>	2	2







	En helhetlig vurdering av risiko for at pasientene ikke får tilgang til behandling på riktig nivå i dette alternativet vurderes som lav. Igjen bør det presiseres at risikovurderingen er foretatt under den forutsetning at alternativet fungerer i tråd med intensjon.		
--	--	--	--



	Risikoområde behandlingstilbud	S	K
RT1	Reduserer uønsket variasjon i behandlingstilbudet		
RT1-0	<p>Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at en ikke klarer å redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudet</p> <p>UNN henviser til undersøkelser som viser stor variasjon i behandlingstilbudet. Avvisingsandel, antall behandlere per pasient og andre elementer varierer. Det samme gjør også kvalitet i henvisingspraksis. Variasjonen virker å være proporsjonal med antall steder tjenesten ytes. Lite samkjøring og kalibrering på tvers. Betydelige kapasitetsutfordringer på sykehusnivå noe som forskyver behandlingstilbudet. Riksrevisjon har også rapportert om uønsket variasjon i behandlingstilbudet. Regionen har også en strukturell variasjon. DPS-døgnkapasitet er større i Finnmark enn i de andre områdene. Det kan være vanskelig å vurdere variasjon og årsaken til variasjonen. Når man snakker om den uønskede variasjonen, er konsekvensen høy. Det opplyses om at man har en gul beredskapssituasjon, mye knyttet til f.eks. stort økende antall sikkerhetspasienter.</p>	4	4
RT1-1	<p>Alternativ 1 vil forbedre situasjonen blant annet gjennom større fagmiljø, og mer strømlinjeformede behandlingsforløp, Endring av tilbudet kan gjøre at en «treffer mer direkte», men dette gjelder trolig primært de spesialiserte sykehusfunksjonene hvor de sykeste pasientene gis et tilbud.</p> <p>Det ble her også kommentert at de steder der DPS-tilbud legges ned, er det svært viktig at disse pasientene gis et adekvat tilbud også i fremtiden.</p> <p>Videre ble det også kommentert at man også må følge opp med en del rimelige tiltak som reduserer variasjon i behandlingen. Må jobbe langs flere akser, for å redusere uønsket variasjon.</p>	3	3
RT1-2	<p>Alternativet innebærer en ytterligere strukturendring. Arbeidsgruppen vurderer likevel risikoen knyttet til konsekvensen til å være relativt lik som alternativ 1.</p> <p>Viktig å ha med at det også er forskjeller i det kommunale tilbudet når man skal arbeide for å redusere uønsket variasjon i behandlingsforløpet.</p>	2	3
RT2	Pasienten sikres sammenhengende pasientforløp		
RT2-0	<p>Manglende risiko for måloppnåelse: Risiko for at pasienten ikke får et sammenhengende pasientforløp</p> <p>Ved UNN er vurderingen at man i 0-alternativet ikke klarer å sikre sammenhengende forløp. Det oppleves å være betydelig gap mellom sykehusfunksjonene, akuttfunksjonen og DPS-ene. DPS-ene er ofte for små, og kan for eksempel bare inneha lege en gang i uken, og kan dermed ikke håndtere en tyngre pasient. Innen sikkerhetspsykiatri er det betydelige kapasitetsutfordringer. Det blir også poengtert at det oppleves å være et forbedringspotensial for samhandling mellom spesialisthelsetjenestene og enkelte av kommunene.</p>	4	4




	Når en vurderer majoriteten av pasientene er bildet mer nyansert. Volumet av de alvorlig syke er lite, men de bruker en stor andel av spesialisthelsetjenestens ressurser. UNN og Nordlandssykehuset vurderer at sannsynlighet er på 5. Men det er noe ulik vurdering når man ser hele regionen i en helhet, og derfor settes sannsynlighet samlet på 4. Sammenhengene pasientforløp vurderes gjennomgående til å fungere bedre for pasienter. I nåsituasjonen kan det også argumenteres for svært høy risiko på bakgrunn av antall fristbrudd og samhandling med fristbrudd-partnere.		
RT2-1 	Arbeidsgruppen mener at pasientforløpene blir bedre i dette alternativet. Det er imidlertid forskjeller i forhold til hvilke områder man omtaler. Det ligger inne forslag om å få flere behandlingsnivåer i sykehusene. I alternativ 1 legges det opp til en del grep som bidrar til å sikre mer helhetlige pasientforløp. Styrking av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene bidrar til at de mest krevende pasientene får et styrket tilbud. Videre vil grep som innføring av FACT-team bedre samarbeidet med de kommunale tjenestene. I dette alternativet er risikoen vurdert til at både sannsynlighet og konsekvens vurderes til moderat.	3	3
RT2-2 	Dette alternativet innebærer en viss grad av ytterligere tiltak som kan være med å forbedre pasientforløpene. Dette avhenger litt av hvor man er i tjenesten. Noen poengterer at forløpene kan bli komplekse og avhengig av mange parter. Alternativet gir ikke eksplisitt direkte tiltak med tanke på forløp, men forløpene antas å ytterligere å bedres noe sammenlignet med alternativ 1. Styrkning av poliklinikk og styrking av ambulante team vil kunne bidra til bedre samhandling med kommunene.	3	3




	Risikoområde bemanning	S	K
RM1	Tilstrekkelig antall kvalifisert personell og andel fast ansatte Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at en ikke har tilstrekkelig antall kvalifisert personell og faste ansatte		
RM1-0 	Ved UNN og Nordlandssykehuset er det utfordring med mangel på spesialister. Mangel på helsepersonell er særlig for lege- og psykologspesialister. Ved UNN brukes 10 mill. kr. på innleie av helsepersonell. Omfanget av innleie er relativt lik over hele regionen, og er en av de største utfordringene vi har. Det går i litt bølger, men det er gjennomgående kritisk. Situasjonen har forverret seg de to - tre siste årene. Innleiefrekvensen varierer noe ved de ulike enhetene. Det ble blant annet nevnt at man for tiden i Tana har man ikke innleie. Det er jevnt over en kritisk bemanningssituasjon for hele Helse Nord. Tilbudet innen psykisk helsevern utfordres med mange lokasjoner med mindre tilbud, og færre medarbeidere, som gjør tilbudet sårbart. Kan ha situasjoner hvor man må stenge fordi en medarbeider er syk. Vanskelig å få tak i vikarer. Det er lav spesialistdekning spesielt sammenlignet med andre deler av landet. Ved mindre enheter ser man at bemanningssituasjonen kan endre seg raskt. Her kan en tilfredsstillende bemanningssituasjon endre seg fra å være uakseptabel svært raskt.	5	5




<p>RM1-1</p> 	<p>Bemanningskrisen kan komme til å øke de neste årene. (Jfr. blant annet Helsepersonellkommisjonen). Alternativet vil gi noe mer robuste poliklinikker. Det hevdes at man ikke har noen garanti for at vi får med seg fagfolk ved omstilling.</p> <p>Kommentarer fra legesiden: Veldig mange tilbakemeldinger fra leger at en opplever å være alene med ansvaret, og at en blir sittende med pasienter som ikke hører hjemme på enheten. I dette alternativet vil man ha større sjanse for å ha pasienter på riktig plass, og det vil være større sannsynlighet for at man vil kunne være flere medarbeidere i samme profesjon. Man må imidlertid ha realistiske forventninger til endringen. Det bemerkes at LIS ønsker å være del av et fagmiljø. Større mer robuste fagmiljø vil være rekrutterende og trolig forbedre situasjonen.</p> <p>Ved de største fagmiljøene opplyses det at helsepersonell tar kontakt og lur på om det er ledige stillinger. Det er ikke tenkt at personellet skal flytte med døgnplassene, da det fortsatt er behov for å styrke poliklinikkene. Ingen ønsker å være singelspesialister, og mer robuste miljø og flere å spille på er rekrutterende. Større arbeidsmiljø der det er flere å konferere med og dele ansvaret med, ansees som viktig. Samhandling med kommunene anses som viktig. Det poengteres at man ikke kan "spise av" hverandre når det gjelder personell. Håper at sentralisering har en viss effekt på rekruttering. Leger og psykologer, som en har mangel på, vil det ikke bli flere av selv om man bygger ned døgn på DPS-ene. På psykiatersiden er det for få totalt i hele landet.</p> <p>Det opplyses om at det rekrutteres bedre i Tromsø, men her er det også et langt større behov enn hva det er ute på mindre enheter. Det blir også presisert at det er en endring i legestanden som har andre forventninger til arbeidshverdagen nå enn tidligere.</p> <p>Fra Sami klinikken kommenteres følgende: trippelkompetansen må anerkjennes mer (både språk og kultur). Om man tar bort noe i de samiske tjenestene rokker man med fundamentet.</p> <p>Arbeidsgruppen hadde en meningsutveksling relatert til hvilke endringer dette alternativet vil gi. Følgende kom blant annet til uttrykk; Folk vil ha større fagmiljø, men hvilken effekt dette antas å kunne gi var det noe ulike meninger om. Fra enkelte ble det stilt spørsmål om nedleggelse av døgn DPS ikke vil ha stor innvirkning på vurderingen av risikoen bemanningen ved de foreslåtte alternativene. De to alternativene antas å ha effekt på å redusere innleiekostnadene noe.</p> <p>Mangel på spesialister er nesten å betrakte som en global situasjon.</p>	4	4
<p>NY RM1-1</p> 	<p>Kommentar: Helgelandssykehuset mener at sannsynlighet skal være 5, mens Nordlandssykehuset mener at det skal være 3, resten mener at det skal være 4. Tillitsvalgte støtter også en vurdering av svært høy risiko (5). Vurderingen er lik for konsekvens og sannsynlighet. (Her ble vurderingen ved Helgeland gjort før sammenslåingen av døgn DPS ble flyttet til alternativ 2)</p> <p>Risikoreduserende tiltak: Digitale verktøy. Arbeidsgruppe fem har jobbet mye med digitale verktøy. Vi trenger også et større prosjekt som kartlegger situasjonen for rekruttering og hva som er attraktive arbeidsplasser. Vi må sørge for at vi klarer å beholde andelen vår av hender i nord, så vi ikke mister noen ut av regionen. Samtidig som vi skal være attraktive må en klare seg med mindre helsepersonell, og klare å behandle samme antall pasienter. (Øke effektiviteten). Må utforske teknologisk mulighetsrom. Må tørre å snakke om lønn. UNN oppgis å være fjerde sist på lønn for alle psykologspesialister. Fikk et godt oppgjør i år, men kom bare opp en plass. Tiltak: ikke dårligere lønnsbetingelser enn i andre foretak. Viktig å styrke samarbeidet med</p>	4	4







	<p>utdanningsinstitusjonene. Effekten av teknologi er begrenset, men omstilling av døgneheter vil redusere det totale personalbehovet.</p> <p>Ta ned faglig ambisjonsnivå for å frigi flere hender, og ikke ha så mange personellintensive tilbud ble også luftet. Mandatet gir imidlertid ikke rom for å ta ned faglig ambisjonsnivå. En endring i f.eks. antall sikkerhetsplasser med høy bemanning vil være med å kunne bedre bemanningssituasjonen på andre områder. Men disse siste tiltakene vil gå på tvers av mandatet. På 90-tallet hadde man et psykiaterprosjekt der hensikten var å øke antall psykiatere. Kanskje er det noe å hente også i dag med et slik prosjekt.</p> <p>Også etter at disse tiltakene er gjennomført vurderer arbeidsgruppen risikoen på dette området til å være høy (4.4)</p>		
RM1-2 	Vanskelig å skille alternativ 1 og 2 på dette punktet. Risikoen vurderes derfor lik.	4	4
NY RM1-2 		4	4
RM2 RM2-0 	<p>Legge godt til rette for faglig utvikling, forskning, godt arbeidsmiljø og (videre) utdanningsmuligheter</p> <p>Gitt situasjonen på klinikken ved UNN vurderes situasjonen som alvorlig. Det opplyses også om at det er et stort antall AML-brudd. Man har en forskningsgruppe som fungerer, men forskning er nedprioritert fordi man ikke opplever å ha tilstrekkelig kapasitet. Regionen utdanner flest av leger og sykepleiere i forhold til folketall i regionen, men det er en lekkasje av disse som går sørover. Besatte stillinger og vakanser er hele tiden et øyeblikksbilde som ikke nødvendigvis stemmer neste uke. Nordlandssykehuset: Vi har besatt alle faste LIS-3 og de fleste faste psykologstillinger, men ikke spesialiststillinger. Er ikke dimensjonert for den store økningen i pasienter. Ellers opplyses det om noe variasjon på tvers av regionen</p>	4	4
RM2-1 		3	3
RM2-2 	Lettere med internundervisning og veiledning. Er noe forskjell på alternativene. Opplevs til å være noe større muligheter for å tilrettelegge for faglig utvikling og forskningsutvikling i alternativ 2. De to alternativene er likevel vurdert med lik risiko	3	3
RM3 RM3-0 	<p>Bidrar til riktig og nødvendig kompetanse og et tilstrekkelig differensiert tilbud av kunnskapsbaserte metoder</p> <p>Sikre at pasienter på små steder får tilgang til adekvat behandling. Det har tradisjonelt vært mye av at hver lokasjon er "sin egen herre", og det er i for liten grad sett på tvers innad i foretak og på tvers av foretak. Flinkere til å "krangle" med naboen enn å se styrkene. Når man ikke har tilstrekkelig bemanning så klarer man ikke å i tilstrekkelig grad å gi individtilpasset behandling. Det kan bli umetodisk, og ikke systematisk</p>	4	4




	tilnærming. Er en risiko for at vi ikke får til dette. Må også ha god nok kompetanse på de små enhetene slik at man vet når man skal sende en pasient videre i behandlingsskjeden.		
RM3-1 	Begge de to foreslåtte alternativene legger vekt på å bygge opp større og robuste miljøer. Disse endringen vurderes til å medføre at man reduserer risikoen i begge alternativer når man sammenligner med 0-alternativet.	3	3
RM3-2 		3	3


	Risikoområde kapasitet	S	K
RK1	Kapasiteten i tilbudet er tilstrekkelig (helheten)		
	Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at en ikke har helhetlig tilstrekkelig kapasitet samlet sett		
RK1-0 	Kapasiteten i UNN og Nordlandssykehuset: I gul beredskap grunnet overbelegg i akutt og sikkerhet. Underkapasiteten i sykehusfunksjoner for voksne. Samlet vurdering av Helse Nord: DPS poliklinikk gjennomgående underkapasitet: Tromsø, Bodø, Vesterålen har mange fristbrudd. Overkapasitet på DPS døgn. Noe av overkapasitet kan forklares av geografi. Mangel på kapasitet går utover pasientsikkerhet, arbeidsbelastning, og arbeidsmiljø. Helgelandssykehuset har på noen områder god kapasitet. Her er det bedre døgnkapasitet enn resten av landet. Gjennomsnittlig kapasitet for barn og ungdom oppgis også til å være høy i Helgelandssykehuset. Regionen har overkapasitet innen TSB, og selger plasser til HSØ. Viktig å få frem forskjellene mellom sykehusnivå (Tromsø og Bodø), og tilbudet som helhet. Betydelig forskjell mellom også Bodø og Tromsø, Bodø har blant annet et bedre tilbud utbygget døgntilbud for psykose. Tiltakene er tenkt å ta ned strukturell variasjon. Totalt er det underkapasitet i hele Norge for sykehus døgn.	3	4
RK1-1 	Alternativet innebærer at man flytter ressurser. Samlet kapasitet blir bedre innen døgnaktivitet for de mest alvorlig syke. Poliklinikkene rustes opp til å bli større og mer robuste miljøer. Arbeidsgruppen poengterer at noen pasienter mister et stedlig døgntilbud, mens noen medarbeidere mister sine nåværende arbeidsplasser. Dette vurderes til å være faglig riktig og nødvendig. Sannsynligheten er vurdert lik 0-alternativet som følge av at man ikke har planer om å tilføre flere ressurser i alternativet. Omstrukturering innebærer imidlertid at konsekvensen reduseres til moderat (3).	3	3
RK1-2 	Selv om dette alternativet innebærer større grep enn i alternativ 1, velges det å sette risikoen på samme nivå.	3	3
RK2	Kapasiteten i tilbudet er tilstrekkelig (sykehusfunksjon)		



RK2-0 	Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at en ikke har helhetlig tilstrekkelig kapasitet i sykehusfunksjon (døgn) Her vises det til vurderingen under den helhetlige kapasiteten ovenfor. Her er også kapasitet på sykehusfunksjonene omtalt. Risikoen på dette område er vurdert til å være svært høy, noe den også var når helheten ble vurdert ovenfor.	5	5
RK2-1 	Her tas det flere steg i riktig retning.	4	3
RK2-2 	Situasjonen vurderes til ytterligere å bedre seg noe. Dette gjør at sannsynlighet er endret fra stor (4) til moderat (3)	3	3

	Risikoområde organisatoriske forhold	S	K
RO1	Gir grunnlag for, og opprettholde robuste og fleksible fagmiljø		
R01-0 	Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at det ikke er grunnlag for å opprettholde robuste og fleksible fagmiljø Dette punktet kan også sies å være omtalt under flere punkter ovenfor. Det viser her blant annet til både punktet om bemanning og kapasitet. Risikoen i dagens situasjon vurderes til å være høy.	4	4
R01-1 	Robustheten styrkes og troen på at det å samle fagfolk gjør det mer robust. Det ble imidlertid fra enkeltmedlemmer i gruppen stilt spørsmål ved hvordan nedleggelse av Harstad og Storsteinnes gjør dette alternativet mer robust? I dette alternativet legges det opp til at leger eller spesialister i mindre grad må reise/ambulere til de ulike stedene. Helsepersonellet kan være på færre steder, noe som er med på å gjøre tilbudet mer robust. Gir betydelig styrke i robusthet når man øker bemanningsfaktoren som følger av en større samling av sengekapasiteten. Det ble også stilt spørsmål fra enkeltmedlemmer i arbeidsgruppen om det var slik at de såkalte robuste enhetene i dag klarer å rekruttere det de trenger i dag? Er disse enhetene så robuste at de klarer å håndtere pasientmassen? Til dette ble det svart at man heller ikke i dag i alle sammenhenger klarer å bemanne disse enhetene. Gruppens samlede vurdering er likevel at dette alternativet gir mere robuste og fleksible fagmiljøer.	3	3
R01-2 	UNN omstiller man flere enheter. Harstad beholder døgntilbud. Alternativet gir da en samlet bedre profil. Å bygge større miljø gjør man i alle foretakene i dette alternativet. Viktig å huske at det er DPS døgn det er sentralisering på. Ellers styrker man desentralt. Å samle på færre lokasjoner gjør at man kan benytte arbeidskraften mer fleksibelt og at færre lokasjoner krever bemanning gjennom døgnnet.	2	3

R02	Opprettholder tilgangen til spesialiseringmulighetene som finnes i regionen		
R02-0 	<p>Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at en ikke klarer å opprettholde tilgangen til spesialiseringmuligheten som finnes i regionen</p> <p>Gjelder primært psykologspesialister og legespesialister. Diskusjonen omfattet også andre grupper som sykepleiere og annet helsepersonell. Praksisplassene er også en rekrutteringskilde. Klarer å utdanne bra i dag. Må ha fast ansatt spesialist for å være godkjent veileder for LIS. Med mange små miljøer kan dette være en utfordring. Regionen utdanner en større andel av spesialister enn de øvrige regionene når en hensyntar befolkningsandelen.</p>	2	2
R02-1 	Risikoen for å ikke kunne opprettholde tilgangen til spesialistutdanning øker med alternativene. Man tar bort noen muligheter i dette alternativet. Om man tar ned Harstad så vil man miste mulighet til å utdanne psykologspesialister der. Gjelder også Nordreisa og Silsand. Obligatorisk å ha allmennpsykiatri i døgnet i spesialiseringspraksis. Leger må i akuttetthet i Tromsø eller Bodø for å få godkjent spesialisering.	3	3
R02-2 	For Helgeland blir færre praksissteder ved å samle døgntilbudet i alternativ 2. Ulike utdanningsprofiler blir her berørt. Harstad har for eksempel høgskole. Nordreisa og lignende enheter har ikke utdanningssteder. For UNN sin del kan alternativet komplisere noen av utdanningsløpene. Samlet risikovurdering er selv om de to alternativene gir litt ulike utfordringer satt til moderat i begge alternativer.	3	3
R03	Sikre gode forutsetninger for å implementere ny teknologi og nye behandlingsmetode		
R03-0 	<p>Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at en ikke har gode forutsetninger for å implementere ny teknologi og nye behandlingsmetoder</p> <p>Har god erfaring med at små miljøer også kan ta initiativ til ny teknologi og nye behandlingsmetoder. I dag opplever man imidlertid å ha en stresset og presset situasjon både i små og store fagmiljøer, En savner "motorene" for å generere endring og jobbe med nye behandlingsmetoder.</p>	4	4
R03-1 	Forhold som styrket bemanning på poliklinikkene, gjør at det vurderes til å være noe større robusthet som kan skape muligheter både til å vurdere og eventuelt implementere nye behandlingsmetoder eller implementere ny teknologi. Det samme vil være tilfellet ved de døgnettene som utvides. Styrket robusthet kan også gi muligheten til å frigi noen personellressurser til å styrke fagutviklingen. Mer kapasitet til å «tenke en kreativ tanke».	3	3
R03-2 	Alternativet vil ytterligere bygge opp under større og mer robuste miljøer. Arbeidsgruppen valgte imidlertid å sette risikoen lik for de to alternativene.	3	3
R04	Kommunene kan levere helsetjenester i tråd med anbefalt ansvars- og oppgavedeling		
	Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at kommunene ikke kan levere helsetjenester i tråd med anbefalt ansvars- og oppgavedeling.		

R04-0 	<p>Lange ventetider flere steder i primærhelsetjenesten. Varierer mellom kommuner, der noen ikke har ventelister. Noen kommuner oppgir å bruke store ressurser på pasienter de mener bør være i spesialisthelsetjenesten. Dette oppgis å være svært ressurskrevende pasienter og går ut over tilgjengelige ressurser til å håndtere pasienter som primært tilhører primærhelsetjenesten. Det påpekes at det på dette området er det stor variasjon.</p> <p>Få kommuner har KAD senger for pasienter som har vansker med psykisk helse og rus. Det er store forskjeller innad i spesialisthelsetjenesten og store forskjeller mellom kommunene. For en kommune uten DPS i området kan det virke som det er lettere for en kommuner som er vertskap for DPS å benytte tilbudet. Avstand til DPS gjør at det brukes sjeldnere. Opplevelse av at det er vanskelig å få lagt inn pasienter ved DPS når man ikke er i en vertskommune til DPS. Vertskommuneeffekten er allmenn kjent. Den er sterkere på poliklinikk, men den er også tilstedeværende for døgnvirksomhet. Utfordrende å sikre lik distribusjon av tilbudet når man skal ha et tilbud bare ett sted som skal dekke et stort område. På små steder kan det også synes som om en del pasienter synes det blir for tett og synlig at man bruker tjenestene (sett fra et brukerperspektiv). Pasientene vil derfor gjerne dra bort. Fastlegekrisen er også sentral når man drøfter det kommunale tilbudet. Klar forskjell på by og distrikt, med mange kommuner med svært dårlig utbygde tiltak, selv om det er gode unntak.</p> <p>Kommentar: Kan bli kunstig å sette score her i og med at dette ikke er en del av spesialisthelsetjenesten. Dette er likevel gjort for å ha et sammenligningsgrunnlag.</p>	4	4
R04-1 	<p>Styrking av poliklinikkene vil gjøre det enklere å gjøre det rette på rett behandlingsnivå. Styrking av poliklinikkene tar ned køer og kan ta unna pasientene kjappere. Kommunene vil da få bedre forutsetninger, og kan ta hånd om de pasientene med mindre alvorlige diagnoser. Er en styrke for kommunen også når ventetiden i spesialisthelsetjenesten går ned. Alternativ 1 og 2 gjør at det blir kortere ventetid. Styrking av FACT-team, og få dette på plass flere steder vil være et positivt bidrag for å bedre situasjonen. Vil redusere behovet for innleggelse. Kommunestørrelse påvirker handlingsrommet til kommunene i tilbudet.</p>	3	3
R04-2 	<p>Alternativene oppleves ikke som at man har distansert seg fra kommunene. Bedre pasientforløp i spesialisthelsetjenesten vil gi bedre forhold i kommunehelsetjenesten.. Kommunene er viktig samarbeidspartner også i behandlingen av sikkerhetspasienter etc. De to alternativene vurderes til å ha lik risiko på dette punktet.</p>	3	3

	Risikoområde økonomi	S	K
RØ-0 	<p>Bidrar til økt økonomisk bærekraft</p> <p>Risiko for manglende måloppnåelse: Risiko for at en ikke bidrar til økt økonomisk bærekraft i hele regionen</p> <p>Dagens økonomiske situasjon vurderes ved alle foretak til å være til å være svært krevende. Begge de to største foretakene, UNN og Nordlandssykehuset har tosifrede millionunderskudd innen område psykisk helse/TSB. Situasjonen oppgis å være noe bedre ved Finnmarksykehuset og Helgelanssykehuset. Foretakene har et stort antall fristbrudd noe som også medfører betydelige kostnader. Psykisk helse ved UNN oppgis</p>	5	5

	<p>å alene være ansvarlig for et overforbruk på ca 70 mnok. som følge av fristbrudd hittil i år.</p> <p>Den økonomiske situasjonen innebærer at nybygg ikke lar seg realisere, noe som igjen medfører høye vedlikeholdskostnader. Den økonomiske situasjonen oppgis å ha en kraftig negativ innvirkning på ansatte, svekke arbeidsforholdene og evne til å utøve god daglig drift. Svak økonomi svekker rekrutteringsevnen og det oppleves til å være lite gunstig å være i en slik situasjon over lang tid. I dagens situasjon benyttes store summer til å betale for et stort antall fristbrudd og et meget betydelig innleie av personale.</p>		
<p>RØ-1</p> 	<p>I dette alternativet ligger det en styrking av poliklinikkene. Dette gir muligheten for å få redusere antall fristbrudd noe som oppfattes til å være essensielt for å bedre den økonomiske situasjonen. Alternativet omstiller tre døgneheter for å frigjøre ressurser til å styrke det polikliniske tilbudet og sykehusfunksjoner.</p> <p>Alternativet legger også opp til å redusere innleie gjennom å få flere faste ansatte. Også i dette alternativet oppleves den økonomiske situasjonen for foretaket til å være alvorlig. Risikoen vurderes til 3. 4.</p> <p>Siden de foreslåtte alternativene i seg selv ikke anses å kunne bringe risikoen ned fra alvorlig til moderat er alternative tiltak drøftet. Kostnad ved styrking av poliklinikk-tilbud er blant annet tenkt hentet inn ved redusert antall fristbrudd. Ny struktur bør bidra til en mer stabil bemanning vil redusere vikarbruk og overtid.</p> <p>Dersom de to foreslåtte alternative skal kunne antas å gi en bærekraftig økonomi vil dette være avhengig av at man lykkes i å redusere antall fristbrudd vesentlig, noe som igjen vil redusere Helfo-kostandene. Videre må kostander til kjøp fra private institusjoner reduseres vesentlig.</p> <p>Lykkes man med tiltakene ovenfor antas konsekvensen i dette forslaget å kunne reduseres til 3, som betyr at området går fra rødt til gul.</p>	3	4
<p>RØ-2</p> 	<p>Alternativet omstiller fem døgneheter og styrker det polikliniske tilbudet ved samme lokasjoner. Sykehusfunksjonene styrkes noe mer enn i alternativ 1. Fem døgneheter ved DPS foreslås lagt ned. Samlet gir det bedre mulighet for å redusere ventetid og fristbrudd og færre lokasjoner som krever døgnbemanning.</p> <p>I begge alternativene ligger det en styrking av poliklinikkene. Dette gir muligheten for å få redusere antall fristbrudd, noe som oppfattes til å være essensielt for å bedre den økonomiske situasjonen. Alternativene legger også opp til å redusere innleie gjennom å få flere faste ansatte.</p> <p>For Helglandssykehuset og Nordlandssykehuset er det i alternativ 2 foreslått å samordne døgnvirksomheten for psykisk helse for voksne. Dette innebærer en reduksjon i antall senger og en mulighet for mer effektiv drift, samt færre lokasjoner som krever bemanning gjennom døgnet. Dette gir en noe bedre økonomisk bærekraft i alternativ 2 enn i alternativ 1.</p> <p>Siden de foreslåtte alternativene i seg selv ikke anses å kunne bringe risikoen ned fra alvorlig til moderat er alternative tiltak drøftet. Kostnad ved styrking av poliklinikk-</p>	3	4

	<p>tilbud er blant annet tenkt hentet inn ved redusert antall fristbrudd. En struktur som bør bidra til en mer stabil bemanning vil redusere vikarbruk og overtid, og det virker positivt inn på økonomien.</p> <p>Dersom de to foreslåtte alternative skal kunne antas å gi en bærekraftig økonomi vil dette være avhengig av at man lykkes i å redusere antall fristbrudd vesentlig, noe som igjen vil redusere Helfo-kostandene. Videre må også de to foreslåtte alternativene innebære at kostander til kjøp fra private institusjoner reduseres vesentlig. Disse risikoreduserende tiltakene vil bringe konsekvensen fra 4 til 3, noe som gjør at økonomien går fra rød til gul.</p> <p>Se kommentarer under RØ-1. Tilvarende vurderinger ble gjort under dette alternativet.</p>		
--	--	--	--