

Risiko og sårbarhetsanalyse – sluttrapport

Arbeidsgruppe 5

Samordning av primær og spesialisthelsetjenesten



November, 2023

Innhold

Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse	3
Risikoområder	6
Brukeren av tjenestene	6
Behandlingstilbud	6
Bemanning	7
Kapasitet	7
Organisatoriske forhold	7
Økonomi	7
Forutsetninger	8
Analyser	8
1 Brukeren av tjenestene	10
2 Behandlingstilbud	13
3 Bemanning	15
4 Kapasitet	17
6 Organisatoriske forhold	19
6 Økonomi	20

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 5 valgt å skissere fire modeller for samordning av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

- A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
 - Alle pasienter og brukere innen ett geografisk område som mottar tjenester fra primær og spesialisthelsetjenesten i dag. Alle tjenester inngår.
- B: Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester, hvor primær- og spesialisthelsetjenesten betaler for faktisk bruk (trekkspill modell)
 - Pasienter som har behov for døgnopphold i kortere perioder, enten fra spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten, for eksempel KAD/ØHD/ sykestuesenger, observasjon, innleggelse før/etter operasjon mv.
- C: Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
 - Pasienter og brukere som har behov for døgnopphold kommunalt i kortere perioder. Økt tilgang på utrednings-, beslutnings- og kompetansestøtte fra spesialisthelsetjenesten.
- D: Økt bruk av teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy.
 - Målgruppe er i hovedsak pasienter med langvarige og sammensatte lidelser (de fire prioriterte pasientgruppene). Tilbudet er poliklinisk.

For nærmere beskrivelse av de ulike modellene vises til arbeidsgruppens rapport der disse er beskrevet på beskrevet på sidene 35 til 49.

Arbeidsgruppe 5 har også beskrevet tre felles satsingsområder på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten som kan bidra til økt bærekraft. Disse er ikke risikovurdert.

Prosess

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.

Arbeidsgruppen hadde to fysiske heldagssamlinger hvor risikovurderingene ble gjennomført. Følgende av arbeidsgruppens medlemmer deltok i analysen:

Navn
Kari Bøckmann, Helse Nord RHF (leder)
Cecilie Henriksen, Helse Nord RHF (sekretariat)
Sture Pettersen, Helse Nord RHF
Kari Baadstrand Sandnes, konserntillitsvalgt
Siw Blix, Finnmarkssykehuset

Markus Rumpfeld, Universitetssykehuset Nord-Norge
Trude K. Kristensen, Nordlandssykehuset
Torill Mørkhagen, Meløy kommune
Frode Berg, Rana kommune
Michelle Isabelle Hokland, Helse Nord IKT
Knut Georg Hartviksen, Regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF
Knut Roar Johnsen, Helgelandssykehuset – deltok digitalt via Teams til kl. 15.12

Observatører var:

Navn
Jeanette Mikalsen, konsernverneombud
Frida Maurseth Jakobsen, Finnmarkssykehuset
Kiku Ingrid Schjølberg, UNN

Gjennomføring av ROS-analysen ble ledet av Lene Lunde og Jan Erik Tveiten fra Deloitte.

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 representanter fra arbeidsgruppen. De kritiske suksessfaktorene er benyttet til å definere hva som skal til for å nå målsetningene med arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen. De kritiske suksessfaktorene er knyttet opp mot de ulike risikoområdene. I ROS-workshopen ble risiko for hver suksessfaktor identifisert, og sannsynlighet og konsekvens vurdert. Dette ble først gjort for dagens situasjon, deretter for de fire modellene. En arbeidet 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 ble 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.

Sannsynlighetsskala:

Score	Sannsynlighet	Beskrivelse
1	Svært liten	Sjeldnere enn årlig - eller under 1% sjanse for at risiko inntreffer
2	Liten	Årlig/noen ganger per år – eller opptil 20% sjanse for at risiko inntreffer
3	Moderat	Månedlig – eller 21-60% sjanse for at risiko inntreffer
4	Stor	Ukentlig – eller 61 -90% sjanse for at risiko inntreffer
5	Svært stor	Daglig – eller mer enn 90% sjanse for at risiko inntreffer

Tabell 1. Sannsynlighetsskala

Konsekvens vurderes ut ifra ulike fempunkts skalaer knyttet til hvem eller hva konsekvensen berører.

Konsekvensskala					
Konsekvens for:	1. Ubetydelig	2. Mindre alvorlig	3. Moderat	4. Alvorlig	5. Svært Alvorlig
Pasient	Ingen skade på pasient	Forbigående negativ helseeffekt/ skade som ikke krever ytterligere behandlings-tiltak	Krever behandlings-tiltak eller oppfølging	Krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet eller varig funksjonstap/lidelse	Død
Bruker av tjenestene	Ingen eller minimal innvirkning på bruker av tjenestene	Forbigående liten innvirkning på brukere av tjenestene	Liten kortvarig (mindre enn et år) innvirkning på bruker av tjenestene	Langvarig (mer enn et år) innvirkning på bruker av tjenestene	Betydelig langvarig (mer enn et år) innvirkning på brukerne av tjenestene
Bemanning	Ingen eller minimal innvirkning på medarbeider eller bemanning Ingen eller minimal innvirkning på rekruttering	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller under-bemanning på +/- inntil 20% Kortvarig (mindre enn et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 10%	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller under-bemanning på mer enn +/-20% Kortvarig (mindre enn et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 10%-20%	Langvarig (over et år) over- eller under-bemanning på +/- 15-30% Langvarig (over et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 15%-35%	Langvarig (over et år) over- eller under-bemanning på mer enn +/-30% Langvarig (over et år) rekrutterings-vansker for en andel på mer enn 30%
Kompetanse/ utdanning	Ingen eller minimal betydning for kompetanse eller utdanning	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, mindre enn 10%	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, 10-20%	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, 15-30%	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, mer enn 30%
Kapasitet	Ingen eller minimal betydning for kapasitet	Forbigående utfordringer knyttet til kapasitet	Kortvarig (mindre enn et år)	Langvarig (over et år) utfordringer med kapasitet	Betydelige utfordringer med kapasitet over

			utfordringer med kapasitet		lang tid (over et år)
--	--	--	----------------------------	--	-----------------------

Det ble foreslått risikoreduserende tiltak der hvor risikovurderingen er satt som høy (rød).

ROS-analysen er gjort på et overordnet nivå hvor hele regionen er vurdert under ett. Arbeidsgruppe 5 har spesielt hatt fokus på de fire prioriterte pasientgruppene, og forslagene er ikke knyttet til spesifikke lokasjoner eller foretak.

Arbeidsgruppe 5 skiller seg fra øvrige arbeidsgrupper da det her er jobbet med mer overordnede modeller for økt samhandling. Det var heller ikke et mål for arbeidsgruppe 5 å benytte ROS-analysen til å sammenligne modellene mot hverandre da modellene både har ulik målgruppe pasienter og type tilbud. Målet med arbeidsgruppe 5 var å utforske et mulighetsrom for bedre samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten med en forståelse av at modeller som kan være hensiktsmessig en plass ikke vil være aktuelle i et annet geografisk område. Variasjonen i befolkningsgrunnlag, avstand til helsetjenesten, økonomi og tilgang på helsepersonell mv. vil ha betydning for hvilken modell som passer hvor. Målet med risikoanalysen var å utforske risikoer ved ulike måter å samordne tjenester på, ikke å sammenligne modellene med hverandre.

Når ROS-analysen leses er det viktig å være oppmerksom på at ROS-analysen er en skjønnsmessig vurdering gjort av arbeidsgruppen. ROS-analysen ble foretatt 16. og 17. oktober. Arbeidsgruppen var på dette tidspunktet ikke ferdige med sitt utredningsarbeid. Modellene var kun overordnet beskrevet. ROS-analysen skulle aller helst vært det siste en gjør i et utredningsarbeid, men på grunn av en relativt kort tidslinje måtte analysen gjennomføres før alle forhold rundt forslagene var drøftet. Dette øker usikkerheten i vurderingene.

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 risikoområde sette søkelys på risikoer knyttet til både pasientforløp, kapasitet til å levere helsetjenester, pasientsikkerhet, og behandlingstilbudets kvalitet og tilgjengelighet. Dette inkluderer riktig kompetanse på rett sted. Trygge og gode tilbud er avhengig av et

tilstrekkelig pasientgrunnlag til å kunne utføre spesialiserte funksjoner med god kvalitet. Videre er det sentralt å vurdere risiko knyttet til primærhelsetjenesten og prehospitaltjenester 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 behandlingsskapasitet 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 pasienten. 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 identifiseres 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 her sentralt. Innenfor dette risikoområde vil en også kunne gjøre betraktninger rundt stordriftsfordeler og ulemper. Økonomiske konsekvenser for pasienten inkluderes også i dette risikoområdet.

Forutsetninger

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 hadde som formål å gjøre en risikovurdering av ulike forslag til modeller for samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

To svært viktige forutsetning som lå til grunn for risikovurdering av modellene:

1. Vurderingen forutsatte at implementeringsfasen av modellene er over. Utfordringer knyttet til finansiering, lovverk, felles kultur mv. er løst og organisering av samordningen er på plass.
2. Vurderingene forutsatte at modellene fungerer i tråd med intensjonen.

Vurderingene av “sannsynlighet og konsekvens” bygger på disse to forutsetningene. Det gir ikke mening å ROS-vurdere med en forutsetninger om at forslagene *ikke* skulle vise seg å fungere i tråd med intensjonen.

ROS-analysen bygger på arbeidsgruppens arbeidsdokument. Faktagrunnlaget som ligger til grunn for arbeidsgruppe 5, beskrives i delrapport 5.

Analyser

Arbeidsgruppe 5 har kommet med 4 ulike forslag til modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg til nåsituasjonen er disse 4 modellene ROS-analysert. Det er identifisert 30 ulike risikofaktorer fordelt på de 6 ulike risikoområdene.

Det har i arbeidsgruppe 5 ikke vært et mål å sammenligne modellene. Målet har vært å utforske risiko- og suksessfaktorer for den enkelte modellen for å øke forståelse og innsikt i forslagene, blant annet:

1. Hva bør inngå i beskrivelsen av modellene?
2. Hva er sentrale forutsetninger for å lykkes med modellene, inkludert utvikling innen teknologi og digital samhandling?
3. Vurdering av bærekraft ved utprøving av modellene.

Drøftingen fra ROS-analysene gjenspeiles i beskrivelsene av modellene i delrapport 5 (s. 35-49)

I lesing av rapporten er med andre ord innholdet i beskrivelsene som skal vektlegges, ikke sammenligningen mellom de ulike modellene.

I selve arbeidet med ROS-analysen har en tatt risiko for risiko og kategorisert dem først for 0-alternativet, og så for forslag C, B, D og A. Grunnen til at det er jobbet på denne måten er at de fire forslagene har en ulik grad av integrering av tjenestene (se s. 21 i delrapport 5), som spenner fra avklart arbeids- og oppgavedeling med god informasjonsutveksling til full integrerte og sammenslått tjenestenivå. Forslag C har lavest grad av integrering, mens forslag A har høyest grad av integrering.

Heatmapene under viser gjennomsnittlig risikonivå per risikoområde i nå-situasjonen og i de ulike forslagene. Dette er gjennomsnittlig risikonivå etter at en har foreslått risikoreduserende tiltak for risikoer med uakseptabel høy risiko. Det er ikke foreslått risikoreduserende tiltak for nå-situasjonen, da dette alternativet er å anse som et sammenligningsgrunnlag.

Risikoområder

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

I dagens situasjon har 5 av 6 risikoområder et høyt gjennomsnittlig risikonivå. Bare ett av risikoområdene har en moderat gjennomsnittlig risiko, og det er området for organisatoriske forhold. Det er høyest gjennomsnittlig risiko forbundet med brukeren av tjenestene. I forslag C som innebærer kommunale/interkommunale døgnenheter (ØHD/KAD, sykestuesenger og kommunal rehabilitering) med kompetanse- og beslutningsstøtte fra spesialisthelsetjenesten har alle risikoene

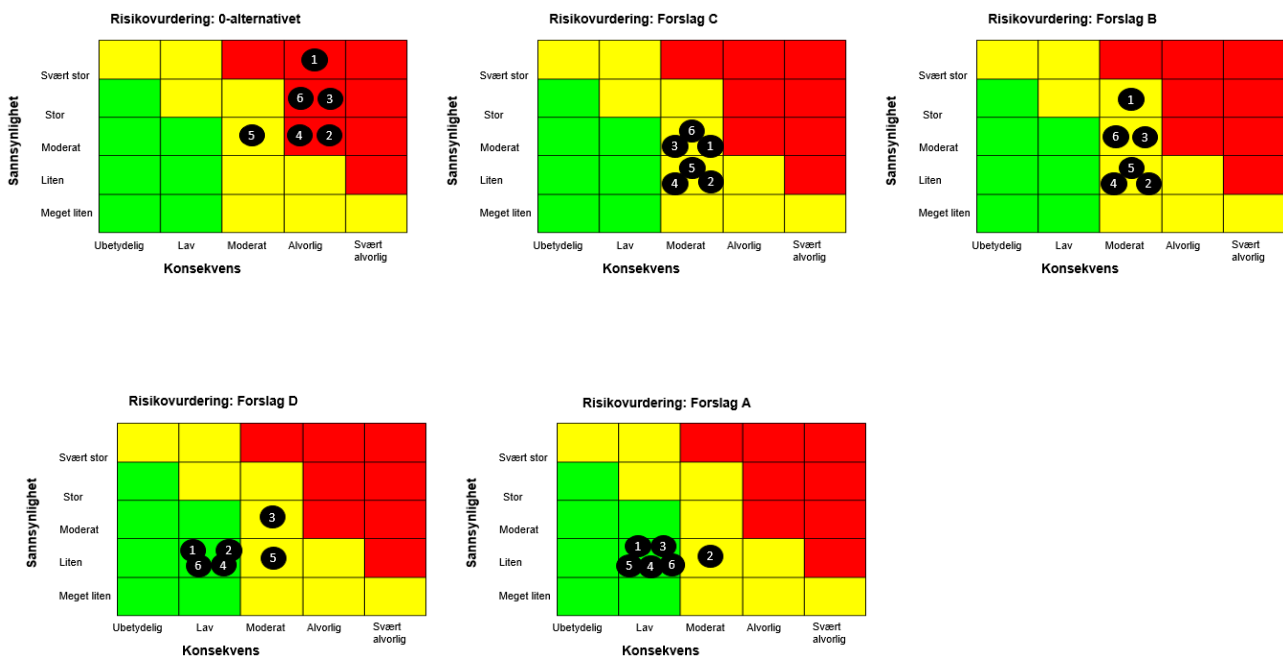
gjennomsnittlig moderat risikonivå. Området for brukeren av tjenestene, bemanning og økonomi har høyere gjennomsnittlig sannsynlighet enn de andre områdene.

I Forslag B som innebærer fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester, hvor primær- og spesialisthelsetjenesten betaler for faktisk bruk er også alle risikoområdene forbundet med en gjennomsnittlig moderat risiko, men med ulik grad av sannsynlighet. Det er høyest gjennomsnittlig sannsynlighet for risiko knyttet til brukeren av tjenestene, mens det er lavest gjennomsnittlig sannsynlighet knyttet til behandlingstilbud, kapasitet og organisatoriske forhold.

I forslag D som innebærer økt bruk av teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy er gjennomsnittlig risikonivå redusert til lav for 4 av områdene, mens 2 av områdene har et moderat nivå. Det er risikoområdet for bemanning og organisatoriske forhold som er på moderat nivå. Det er høyest gjennomsnittlig sannsynlighet for risiko knyttet til bemanning i dette forslaget.

Forslag A som innebærer geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig administrativ ledelse er det forslaget som er forbundet med lavest gjennomsnittlig risikoprofil. I dette forslaget har 5 av 6 risikoområder lavt risikonivå, mens det bare er området for behandlingstilbud som har et moderat gjennomsnittlig risikonivå. Det må samtidig understrekes at alternativ A er det området som vil være vanskeligst å innføre da det krever omfattende prosesser, inkludert endringer i lovverk og finansieringsløsninger. Realiserbarhet med hensyn til mulighet for implementering har ikke vært en del av risikoanalysen.

Det er verdt å merke seg at de ulike risikoområdene ikke er tillagt noe vekt, og er her fremstilt som likeverdige. Det er opp til beslutningstakerne å eventuelt tillegge noen risikoområder mer vekt enn andre.



Figur 1. Gjennomsnittlig risikonivå knyttet de ulike risikoområdene

1 Brukeren av tjenestene

Under risikoområdet brukerne av tjenestene er det identifisert 6 ulike risikoer. I 0-alternativet er samtlige faktorer kategorisert med et høyt risikonivå. Arbeidsgruppen mener at det i dagens situasjon er svært stor, eller stor sannsynlighet for at disse risikoene vil inntreffe. Samtlige risikoer er vurdert til å ha et alvorlig

risikonivå. Tjenestene som i dag blir gitt fremstår fragmentert, og dette gjør at befolkningen er usikre på hvilke tjenester som er tilgjengelig for dem, og gjør dem også utrygge. Fra brukerrepresentanter er det gitt tydelige signaler om at de pasientene som har sammensatte problemer ikke opplever sammenhengende og helhetlige tjenester.

Risikoregister – Bruker av tjenestene

- 1) Risiko for at befolkningen ikke er trygge på og har tillit til at de får helsehjelp av god kvalitet når de trenger det
- 2) Risiko for at pasienten ikke opplever helhetlig og sammenhengende tjenester på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten
- 3) Risiko for at en ikke får medvirke til egen behandling
- 4) Risiko for at man ikke har råd til å ta imot behandling, og risiko for å ikke kunne ha med pårørende i det hele tatt, og risiko for å bli sendt langt vekk fra trygge omgivelser
- 5) Risiko for å ikke få tilgang til lærings og mestringstjeneste/frisklivstilbud
- 6) Risiko for at en ikke har god pårørendeinvolvering og pårørendestøtte gjennom hele pasientforløpet

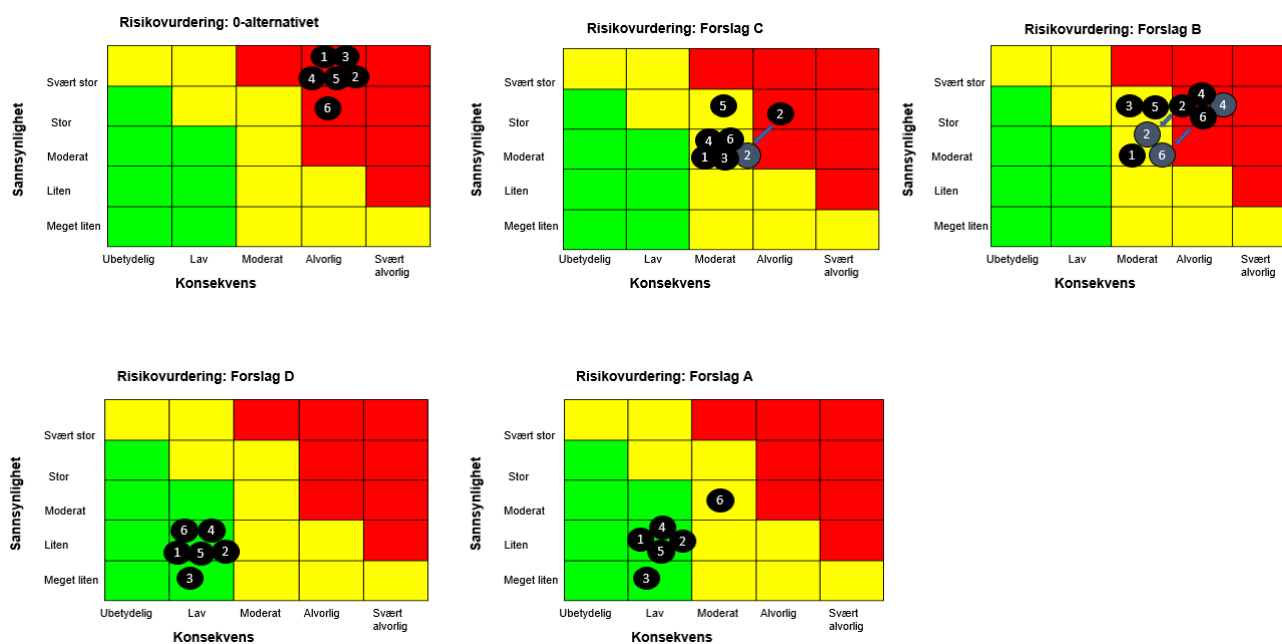
I pasient- og brukerrettighetsloven § 3.1 er det lovfestet at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Arbeidsgruppen hevder at dette i liten grad blir praktisert i dag og at mulighetene for samvalg er større i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Helse Nord er preget av store geografiske avstander, og i flere sammenhenger er det mange som må reise langt for å kunne motta behandling. Ofte er reiserutene kronglete og krevende. I dagens situasjon er det mange som tilbys behandling ved et sted som har lengre enn en times reisevei. I flere sammenhenger medfører dette betydelige kostnader for pasient fordi pasientreiseordningen er ansett som for rigid, og ofte lite gunstig. Overnattingssetter ved pasientreiser er betydelige lavere enn reell kostnad. Risikoen for at man ikke har råd til å ta imot behandling, eller å kunne ha med pårørende, og risiko for å bli sendt lang vekk for behandling er vurdert på bakgrunn av de som ikke bor i sentrale strøk. Mer desentraliserte tilbud kan bidra til å redusere denne risikoen, men hovedtiltaket vil være å få justert satser for overnatting.

Arbeidsgruppen har vurdert at det også er svært stor sannsynlighet for at innbyggerne i Helse Nord ikke får tilgang til lærings- og mestringstjeneste eller frisklivstilbud. Konsekvensen av dette er også vurdert som høy. Godt utviklede lærings- og mestringssenter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til besparelser, og kan virke forebyggende. Tilbudet om lærings- og mestringstjenester i Nord-Norge bør gjennomgås med tanke på omfang og tilbud.

Det er ansett som viktig for brukeren av tjenestene med pårørendeinvolvering og mulighet til støtte fra pårørende gjennom hele pasientforløpet. Spesielt er dette viktig for pasienter med sammensatte sykdommer. Det er i dag ikke en lovfestet rett at pårørende skal være med, og arbeidsgruppen mener at det svikter en del på dette området i dag. Risikoen for et en ikke har god pårørendeinvolvering er derfor definert som høy i nå-situasjonen.



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

I forslag C er det bare risikoen for at nummer 2 - risiko for at pasienten ikke opplever helhetlig og sammenhengende tjenester på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten som er definert som høy, mens de andre risikoene har moderat nivå. I forslag C er det vurdert at de pasientene som benytter seg av de kommunale og interkommunale døgnhetene som har kompetanse og beslutningsstøtte vil ha lavere

sannsynlighet for å ikke oppleve at tjenestene er sammenhengende og helhetlige på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Men forslaget er ikke forventet å redusere risikoen for alle de andre pasientgruppene, og blir derfor stående på et uakseptabelt høyt risikonivå.

Forslag til risikoreducerende tiltak for den uakseptable risikoen i nummer 2 i forslag C er:

Å intensivere samhandling gjennom:

- Å arbeide for å lage gode prosedyrer i begge tjenestenivåene
- Å ha en tydeligere håndtering og samarbeid mellom pasienter i gråsonen, eller mellom nivåene
- Ansette eller tildele roller som utskrivingskoordinatorer

Videre bør en:

- Sikre at en tar i bruk tilgjengelige digitale verktøy
- Øke bruken av individuelle planer
- Muliggjøre delte stillinger, slik at en kan jobbe i begge tjenestenivåene
- Legge til rette for hospiteringsordninger for å øke forståelsen på tvers
- Forsterke og jobbe videre med allerede foreliggende incentivordninger
- Sikre en sterkere forankring av samhandlingsløsninger
- Øke endringskompetansen hos ledere, og sikre at det tenkes helhetlig

Arbeidsgruppen forventer at disse tiltakene vil redusere både sannsynligheten og konsekvensen av risikoen, slik at nytt risikonivå vil være moderat.

Arbeidsgruppen har gjort samme vurdering av risiko 2 i forslag B. Forslag B og C er antatt å ha lik effekt på risiko nummer 2. Risikoreducerende tiltak blir også de samme for forslag B som forslag C.

I forslag B er imidlertid risiko 4 – risiko for at man ikke har råd til å ta imot behandling, og risiko for å ikke kunne ha med pårørende i det hele tatt, og risiko for å bli sendt langt vekk fra trygge omgivelser også vurdert som høy. Det samme gjelder for risiko 6 – risiko for at en ikke har god pårørendeinvolvering og pårørendestøtte gjennom hele pasientforløpet. Når det gjelder risiko 4 klarer ikke arbeidsgruppen å finne noen avbøtende tiltak for å redusere risiko, og risikonivået blir dermed stående som uakseptabelt høyt. Dette er fordi det rett og slett er vanskelig å finne konkrete tiltak som kan bøte på de geografiske utfordringene som finnes i Helse Nord. I forslag D og forslag A er ikke avstand til tjenestene sett på som like utfordrende, og risikoen er ansett som lav i disse forslagene. I forslag D er det vel og merke risikoen for de pasientgruppene som kan inngå i teambasert behandling som reduseres.

Som nevnt innebærer forslag B en noe større grad av sentralisering, og en større sirkulasjon av pasienter. Dette er antatt å ha negativ påvirkning på risikoen for å ikke ha god pårørendestøtte og -involvering gjennom hele forløpet (risiko 6), sammenlignet med de andre forslagene. Pasientreiseordningen står sentralt her, og det handler om hva pårørende får dekket og ikke. Risikonivået er definert som uakseptabelt høyt, og forslag til risikoreducerende tiltak er:

- Forsøke å endre pasientreiseforskriften, for å bedre kompensasjonen for pårørende.
- Legge til rette for at man benytter teknologi i større grad, slik at pårørende eksempelvis kan være med på utskrivningsmøter digitalt
- Arbeide for en kulturendring for pårørendes virksomhet
- Styrke lærings- og mestringstilbudene
- Øke bruken av digitale hjelpemiddel

Med disse tiltakene reduseres risiko nummer seks til et moderat nivå i forslag B. I forslag D som innebærer teambasert behandling er det liten risiko for at en ikke skal kunne få pårørende involvering. Teammodellen legger til rette for at pårørende kan involveres når pasienten ønsker det. I forslag A med helintegreerte tjenester vil det være større utfordringer knyttet til pårørende involvering, det vil ikke være like prinsipper for dette på tvers av regionen, og det vil heller ikke være noe automatikk for det. Risikonivået er derfor satt som moderat i forslag A. Dette er den eneste risikoen som er ansett å være moderat i forslag A.

2 Behandlingstilbud

Under risikoområdet behandlingstilbud er det identifisert 5 ulike risikoer. 2 av disse faktorene har et høyt risikonivå, mens 3 av faktorene har en moderat risiko i 0-alternativet. Risikoen for at en ikke klarer å tilby behandling på beste effektive omsorgsnivå (risiko 2) er av risikoene som er kategorisert som høy. Dette begrunnes med at det ved lokale sykehus hender at pasienter behandles på for høyt omsorgsnivå. Et tegn på

Risikoregister – Behandlingstilbud

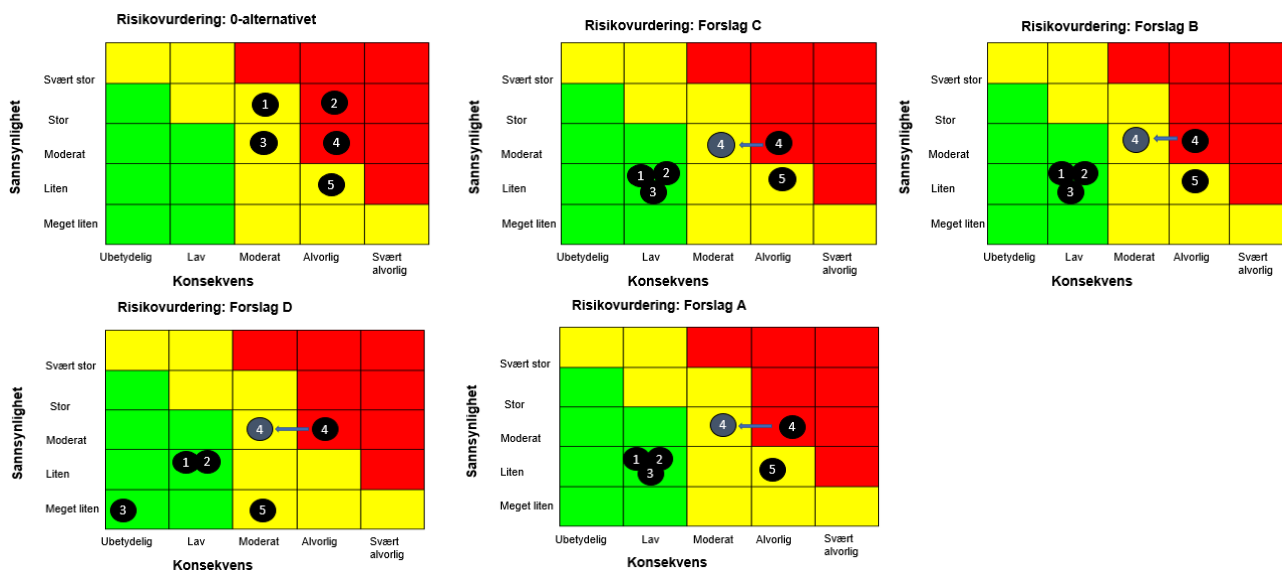
- 1) Risiko for å ikke gi sammenhengende, helhetlige og koordinerte pasientforløp til de som har behov for det
- 2) Risiko for å ikke tilby behandling på beste effektive omsorgsnivå
- 3) Risiko for at en ikke understøtter pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen behandling
- 4) Risiko for at en ikke klarer å sikre trygge tjenester når fremkommelighet er begrenset
- 5) Risiko for at pasient ikke benytter seg av anbefalt behandlingstilbud ved lang reisevei

at det er mange pasienter som ikke behandles på riktig nivå er at det er relativt vanlig med flere avdelinger som preges av mange utskrivningsklare pasienter. Ofte er det også slik at primær- og spesialisttjenesten ikke er enig om hva som er rett behandlingsnivå. Situasjonen er ikke vurdert å være lik i hele regionen, og risikonivået er vurdert ut fra situasjonen til skrøpelige eldre. Risiko nummer 2 er vurdert til lavt nivå i alle forslagene. Grunnen til dette er at en forventer at samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil øke i alle forslagene. I alle forslagene vil en også kunne ha en mye større grad av kompetanseoverføring. I forslag A er tjenestene både samlokaliserte og samordnet, noe som vil gjøre det mye enklere å tilby behandling på rett nivå.

Risiko for at en ikke klarer å sikre trygge tjenester når fremkommelighet er begrenset (risiko 4) er også kategorisert som høy i nå-situasjonen, men med noe lavere sannsynlighet enn risiko 2. Arbeidsgruppen mener at mye i forhold til

prehospitale tjenester er bra, og at det er jobbet mye med forbedring av responstider tidligere. Men man er kanskje enda ikke helt i mål i forhold til vaktordninger. Tjenesten er også i ferd med å utvikle seg i riktig retning med økt kompetanse i ambulansse og høyere utdanningsnivå. Økt beredskap øker også muligheten for mer aktiv behandling. Til tross for dette mener arbeidsgruppen at det er rom for enda flere tiltak, og at for enkelte pasientgrupper er en langt unna å sikre trygge tjenester når fremkommelighet er dårlig i dagens struktur. Her nevnes eksempel knyttet til akuttpsykiatriske pasienter som må fraktes over lange strekninger, og også fødende.

De 4 foreslåtte modellene er alle med på å redusere risikoen på de fleste områder. Område 4, risiko for at man ikke klarer å sikre trygge tjenester når fremkommelighet er begrenset, er imidlertid vurdert til å være alvorlig også innen alle de fire modellene.



Figur 3. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet behandlingstilbud

Arbeidsgruppen vurderte ulike tiltak for å redusere risikonivået for risiko 4. Følgende tiltak ble her skissert:

Risikoreduserende tiltak:

- Legge til rette for flere ambulanser ute, og flere prosedyrer ute hos kommune
- Bygge opp et velfungerende hjemmesykehus hvor man kan være mer proaktiv, og redusere tilfanget av krise
- Styrke samarbeidet med spesialistkompetansen i kommunen.
- Ta mer i teknologi i bruk
- Legge opp til ambulerende blodbank
- Anskaffe transportabel CT.
- Jobbe for mer strukturert samordning
- Utarbeide en helhetlig plan som setter hele helsevesenet i stand til å være proaktive.
- Jobbe for kompetansedeling mellom spesialist og generalist
- Sørg for å ha gode prehospitaltjenester
- Opprette beslutningsstøtte funksjon som muliggjør råd og veiledning ved behov for å stabilisere pasienter
- Forsterke generalistkompetanse for å trygge tjenestene

Under forutsetning av at man får gjennomført en vellykket sammensetning av de risikoreduserende tiltakene skissert ovenfor, vurderes ny risiko relatert til leveranse av trygge tjenester når fremkommelighet er begrenset til moderat. Arbeidsgruppe 5 har i sin vurdering fokus på samordningsaspektet ved de preshospitaltjenestene.

3 Bemanning

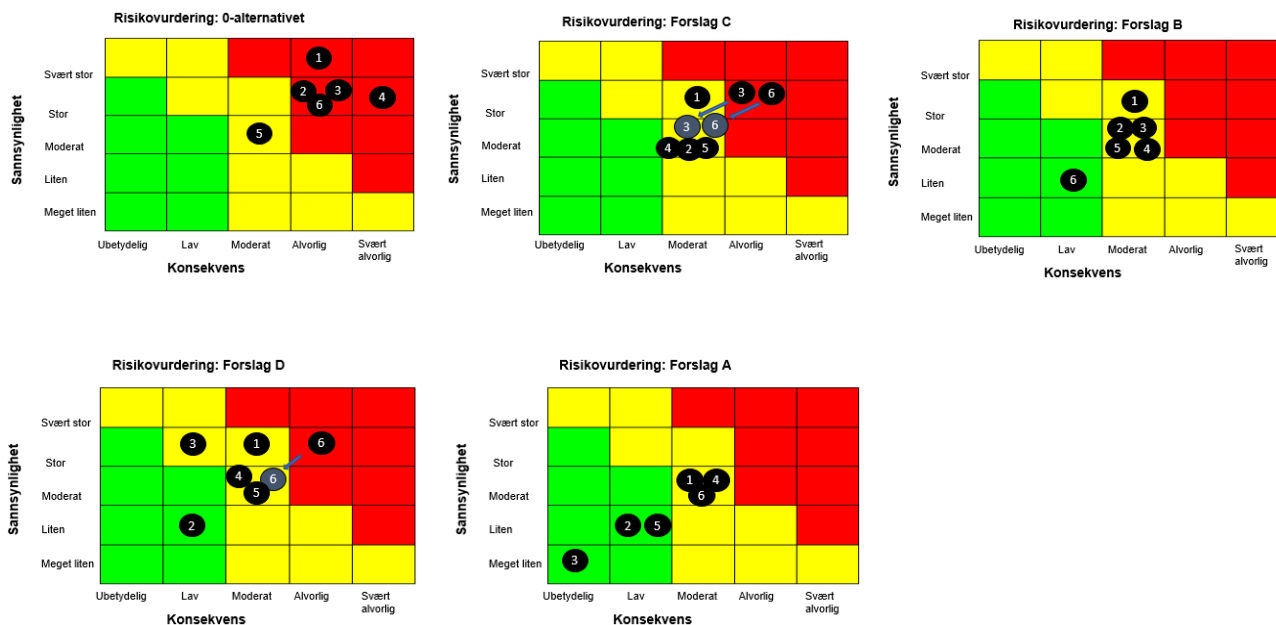
Under risikoområdet bemanning, er det identifisert 6 ulike risikoer. Med unntak av risiko 5, risiko for at en ikke klarer å tilrettelegge for å få utdannet nok, er samtlige risikoer vurdert som høy i 0-alternativet. Risiko 5 er i 0-alternativet vurdert til å være moderat.

Risikoregister – Bemanning

- 1) Risiko for at en ikke har nok personell på riktig sted med riktig kompetanse
- 2) Risiko for at en ikke har gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- 3) Risiko for at en ikke klarer å få til delte stillinger mellom primær og spesialisthelsetjenesten
- 4) Risiko for at en ikke klarer å rekruttere godt nok, og at en ikke har et helsefremmede miljø
- 5) Risiko for at en ikke klarer å tilrettelegge for å få utdannet nok
- 6) Risiko for at helsepersonell må reise mer

Risiko nummer 1, risiko for at en ikke har nok personell på riktig sted med riktig kompetanse er vurdert til å ha svært høy sannsynlighet og alvorlig konsekvens. I dagens situasjon er det tydelig at det råder en silotenkning, der konkurranse om de samme ressursene er fremtredende. Mangel på en kultur for deling er også påfallende. Noen vakter er mer populære enn andre, og deling av stillinger møter begrensninger. Også mange kommuner mangler helsepersonell. Det er nødvendig å uttale seg i tråd med helsepersonellkommisjonen, samtidig som man står overfor utfordringen med mange små enheter. Selv om det hevdes at Helse Nord har den høyeste tettheten av helsepersonell per innbygger, er det likevel en utfordring å ha tilstrekkelig antall hender på de riktige stedene. Denne risikoen er vurdert til å være moderat i de fire modellene, med noe lavere sannsynlighet i forslag A enn de andre. Det er ikke så rart siden det i forslag A er snakk om å slå sammen

tjenestenivåene. I prinsippet må det være enklere å utnytte kompetanse på best mulig måte når en er på samme nivå.



Figur 4. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet bemanning

Forslag C innebærer større og mer robuste enheter utnytter den kompetansen som er, på tvers av flere kommuner. En forutsetning for risikokategoriseringen er at antall lokasjoner reduseres. Videre er det for

dette forslaget en forutsetning at ting er avklart medisinsk, og at det kommunale tilbudet har beslutningsstøtte fra spesialisthelsetjenesten slik at de er trygge i sine vurderinger.

Risikoen for at en ikke har gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (risiko 2) er høy i dagens situasjon og det pekes på at det er mangel på struktur og en systematisk tilnærming til opplæring som mangler. Det er ikke per i dag ikke lagt til rette for gode hospiteringsordninger. Det er rett og slett behov for en mer strukturert tilnærming og bedre koordinering for å lette prosessen med kunnskapsdeling og opplæring. Denne risikoen reduseres i forslagene, og er betraktet som moderat i forslag C og B, mens den er betraktet som lav i A og D. Risikoen reduseres i C og B på bakgrunn av at det i disse forslagene vil være et system for kompetanseoverføring, og enklere med et tettere samarbeid. For ansatte i team i forslag D vil det bli gitt veldig god opplæring, og teamene bygger på mye på kompetansedeling. I forslag A vil det også være tett samarbeid.

Risiko for at en ikke klarer å få til delte stillinger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (risiko 3) er vurdert til å være høy både i nå-situasjonen og i forslag C. Til tross for noen vellykkede tilfeller, er det generelt sett en utfordrende oppgave å implementere delte stillinger. Spesielt når begge steder har turnusstillinger, blir det vanskelig å koordinere og få til en smidig overgang. Selv om det er noen utfordringer med dette vises det også til positive eksempler på sambruk av personell for eksempel innen dialyse, psykisk helsevern og teamorganisering. Selv om kommunen er arbeidsgiver ved DMS, utfører de oppgaver som tilhører spesialisthelsetjenesten. I tilfeller hvor det er tett samarbeid og klare avtaler, som for eksempel med jordmortjenester, har det vært gode effekter av kompetansedeling.

I forslag C er det ingenting som skulle tilsi at man på en enklere måte kan klare å få til delte stillinger. I forslag B er en av forutsetningene økt bruk av delte stillinger og risikoen reduseres naturlig. I forslag D vil de som er ansatte i teamene være ansatt hos sin «vanlige» arbeidsgiver, hver av organisasjonene bidrar med budsjett inn i teamet og en har egne rapporteringslinjer. Fra dagens teambaserte behandling er erfaringen at teamene fungerer godt på samarbeid, og konsekvensen av risikoen blir derfor lavere i dette forslaget enn i de andre. En risiko med hensyn til bærekraft er imidlertid at teamarbeid kan innebære at en bruker flere personellressurser dersom teamene kommer på utsiden av ordinære tjenester. I forslag A er delte stillinger en del av konseptet, og risikoen er dermed ubetydelig.

For å redusere risikonivået på risiko 3, forslag C er disse risikoreducerende tiltakene foreslått:

- Tilrettelegge for hospiteringsordninger
- Lage incentivordninger for delte stillinger
- Bedre kommunikasjonen mellom de to ulike arbeidsgiverne
- Utarbeide løsninger for mulighet til "frikjøp" den ene eller andre veien, slik at en unngår å ha to arbeidsgivere
- Vurdere hus hytte modellen

Om man lykkes med flere av disse tiltakene antar arbeidsgruppen at risikoen reduseres til et moderat nivå.

Risiko for at en ikke klarer å rekruttere godt nok, og at en ikke har et helsefremmede miljø (risiko 4) er ansett å være høy i nå-situasjonen, men vurdert til å være moderat i samtlige forslag. Hovedutfordringen i nå-situasjonen er at en har så høy grad av innleie, det er få folk, og det er ikke tid til kompetanseheving og faglig oppdatering. Totalt sett tror arbeidsgruppen at den samlede kapasiteten i regionen er god, og kanskje bedre enn ellers i landet. Men det anses som en utfordring at på mange steder er små forhold, få tilsatte, mye ansvar, lite mulighet for kompetanseheving og faglig oppdatering. Det finnes eksempel på gode tiltak for rekruttering i Nord-Norge, men disse blir likevel veldig rekrutteringssvake, fordi den totale potten med folk ikke er tilstrekkelig for å få det til. Forskning viser til at det er leder-medarbeider-relasjonen som gir god effekt på arbeidsmiljøet, men at medarbeidere også selv må ta ansvar for arbeidsmiljø. Dagens strukturer i

Helse Nord med mange enheter og få medarbeidere spredd ut gjør at risikoen er høy i dagens situasjon. Arbeidsgruppen antar at forslagene vil ha en positiv innvirkning både på rekruttering, og arbeidsmiljø, men er også bevisst på at det nødvendigvis ikke er organisering og samordning som er nøkkelen, og de riktige grepene for rekrutteringsevne. Team modellen har utfordring med å rekruttere spesialistkompetanse, men øvrig personell er det ikke problemer med. Det finnes også evidens på at det er helsefremmede å jobbe i team. Sentralisering i A og i B vil gi mulighet for felles kompetanseheving og et større arbeidsmiljø.

Risiko for at helsepersonell må reise mer (risiko nummer 6) er vurdert til å være høy både i nå-situasjonen, og også i forslag C, og forslag D. I forslag B er risikoen ansett å være lav, fordi man da bare har en lokasjon (gitt at man gjør vurderingen ut ifra målgruppen eldre og skrøpelige). For forslag A er risikoen ansett å være moderat, men dette under forutsetning av at man får til en strukturendring og en riktigere oppgavedeling. Det må også legges til grunn at strukturen som bygges er bærekraftig. Grunnen til at risikoen er kategorisert som høy i nå-situasjonen er at arbeidsgruppen opplever at taket for ambulering er nådd, og at leger som allerede er godt kompensert ikke vil ambulere lengre.

Forslag C vil bety økt grad av ambulering, men mindre en klarer å redusere graden av ambulering med digitale løsninger. I forslag D ligger det også i teamenes natur at en må ambulere, selv om en gjennom interkommunalt samarbeid kan gjøre spesielle ressurser tilgjengelig. For å redusere risikoen til et akseptabelt nivå i forslag C foreslår arbeidsgruppen å:

- Få en systematikk på tilstedeværelse på kommunale døgnplasser hvor man bistår
- Sikre at en har tilgang til digitale løsninger
- Legge opp til digital veiledning, og ha god strukturert oppfølging

Arbeidsgruppen er bevisst på at reiseavstand uansett vil være utfordrende i en overgangsfase. Men tror at etter hvert som modellene kommer på plass vil situasjonen bedres, og risikonivået redusere til et moderat nivå.

For å redusere uakseptabel høy risiko i forslag D foreslår arbeidsgruppe at det må settes fokus på å øke bruken av digitale løsninger og strukturer slik at det blir mindre nødvendig med reising. Om en lykkes med dette vil risikonivået også i dette alternativet reduseres til et moderat nivå.

4 Kapasitet

Under risikoområdet kapasitet er det identifisert 4 ulike risikoer. 3 av disse er vurdert til å ha et høyt risikonivå i o-alternativet, mens i forslag D er samtlige risikoer vurdert til å ha et lavt nivå. Risiko for at en ikke klarer å samarbeide om helsefremming for å forebygge helsesvikt i befolkningen er ansett å være moderat i o-alternativet, det samme gjelder i forslag C og B, mens i forslag D og A er denne risikoen ansett å være lav og det vil være større mulighet for et mer proaktivt samarbeid. Risiko for at tilbudene i primær- og spesialisthelsetjenesten er avstemt i forhold til befolkningens samlede behov for tjenester er som risiko for at det er mangel på generalist kompetanse og kapasitet, og risiko for at innføring av ny teknologi ikke fører til arbeidsbesparelser og økt kapasitet vurdert til ha et høyt risikonivå i o-alternativet.

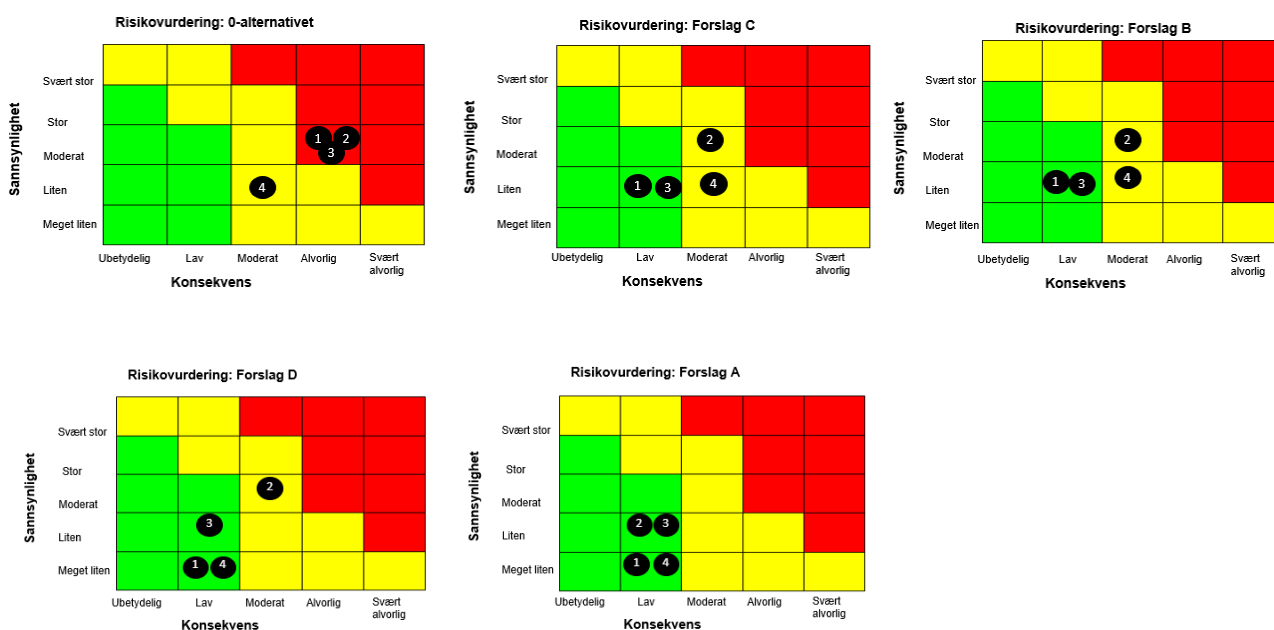
Risikoregister – Kapasitet

- 1) Risiko for at tilbudene i primær- og spesialisthelsetjenesten er avstemt i forhold til befolkningens samlede behov for tjenester
- 2) Risiko for at det er mangel på generalist kompetanse og kapasitet
- 3) Risiko for at innføringen av ny teknologi ikke fører til arbeidsbesparelser og økt kapasitet
- 4) Risiko for at en ikke klarer å samarbeide om helsefremming for å forebygge helsesvikt i befolkningen

De 4 forslagene er i stor grad utformet med tanke på å redusere sannsynligheten for at primær- og spesialisthelsetjenesten ikke

er avstemt i forhold til befolkningen samlede behov for tjenester, og er derfor ansett å være lav i alle forslagene.

Det er ikke tvil om at det i dagens situasjon er mangel på generalistkompetanse i hele helsetjenesten i nord. Dette ser man at er et problem i mange av kommunene, og særlig i små kommuner. Arbeidsgruppene mener at LIS-1 leger som kommer ut fra Nord-Norge er veldig gode generalister. Dette kan forklares med at lokalsykehusene i Helse Nord er organisert med en kirurgisk og en medisinsk avdeling. Arbeidsgruppen mener det vil være viktig med økt fokus på prioritering av hvilke pasienter som skal til ulike tjenester (BEON).



Figur 5. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet kapasitet

Risikonivået på risiko nummer 2 er definert som høyt fordi konsekvensen av å mangle generalistkompetanse er vurdert å være høy, mens sannsynligheten er moderat. Arbeidsgruppen tror at konsekvensen av denne risikoen reduseres i forslagene, og at risikoen da reduseres til et moderat nivå. I forslag D er det for eksempel tenkt at en bruker fastlegen i team. Forslag D forutsetter helintegreerte tjenester, og dette tror arbeidsgruppen også reduserer konsekvensen av å ikke ha generalistkompetanse, i tillegg til å redusere sannsynligheten ytterligere. Dette gjør at risikonivået i dette forslaget er lavt.

Risiko for at innføringen av ny teknologi ikke fører til arbeidsbesparelser og økt kapasitet har en moderat sannsynlig i nå-situasjonen, og konsekvensen av dette er vurdert å være høy. Det er stor variasjon i hvor godt man lykkes med å ta i bruk tilgjengelig teknologi, og også i hvor god teknologien er. Innføring av ny teknologi tar ofte lang tid, er ofte avhengig av nasjonale forhold og nasjonale grensesnitt. En er også avhengig av at leverandørene stiller opp. Det er i dag utfordringer knyttet til teknologi for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen antar at teknologi og gode samhandlingsløsninger kommer på plass i de ulike forslagene, slik at risikonivået for at ny teknologi ikke fører til arbeidsbesparelser og økt kapasitet er ansett som lav i alle forslagene. Arbeidsgruppen er for øvrig oppmerksom på at dagens teambaserte modeller har utfordringer knyttet til teknologi. Det mangler nasjonale komponenter, tillitsmodeller og grensesnitt.

6 Organisatoriske forhold

Under risikoområdet organisatoriske forhold er det identifisert 4 ulike risikoer. Risiko for at en ikke klarer å sikre gode løsninger for håndtering av utskrivningsklare pasienter (risiko nummer 2), og risiko for at en ikke

Risikoregister – Organisatoriske forhold

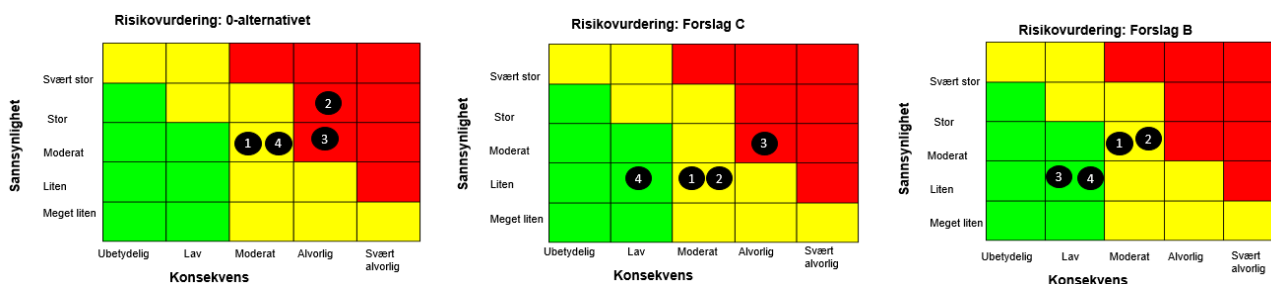
- 1) Risiko for at en ikke sikrer strukturert dialog om pasienter med komplekse og sammensatte lidelser
- 2) Risiko for at en ikke klarer å sikre gode løsninger for håndtering av utskrivningsklare pasienter
- 3) Risiko for at en ikke klarer å sikre felles løsninger for digital samhandling og bruk av teknologi på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten
- 4) Risiko for at lovpålagte samarbeidsavtaler ikke blir fulgt opp

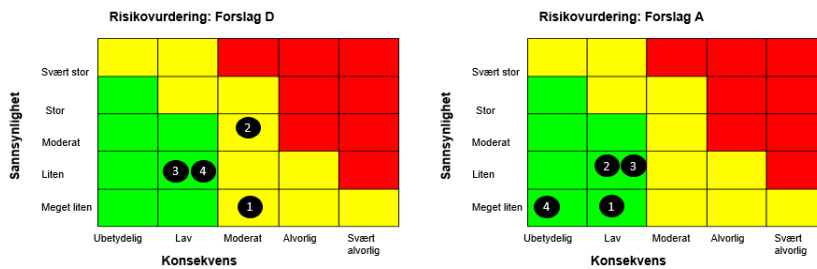
klarere å sikre felles løsninger for digital samhandling og bruk av teknologi på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (risiko nummer 3) er vurdert å være høy i o-alternativet. De resterende to risikoene er på et moderat nivå i o-alternativet, og på moderat eller lavt nivå i de andre forslagene. Oppfølging av samarbeidsavtaler har et forbedringspotensiale fra dagens situasjon.

Dagens situasjon er preget av variasjon med hensyn til løsninger for å håndtere utskrivningsklare pasienter. Hvor gode systemene er avhenger også av hvilke system kommunene har. Det er også stor variasjon knyttet til hvor ofte en har utfordringer med utskrivningsklare pasienter. Risikoen for at en ikke klarer å sikre gode løsninger for dette er derfor kategorisert som høy. For forslag C og B reduseres risikoen for til et moderat nivå. I forslag D faller problemstillingen med utskrivningsklare pasienter helt bort. Forslag B og C gjør at en kan forhindre utskrivningsklare pasienter ved at pasientene ikke legges inn i

spesialisthelsetjenesten. Teammodellen er antatt å redusere liggedøgn, og effekten av dette vil forsterkes om forslag B og C er på plass, og fungerer optimalt.

Risikoen for at en ikke klarer å sikre felles løsninger for digital samhandling og bruk av digital teknologi på tvers av primær- og spesialisthelsetjeneste er på mange måter også omtalt under risikoområde kapasitet og risikoen for at innføringen av ny teknologi ikke fører til arbeidsbesparelser og økt kapasitet. I all hovedsak er denne risikoen kategorisert som høy fordi en ikke har de samme digitale systemene i primær- og spesialisthelsetjenesten. De systemene snakker heller ikke sammen. Denne utfordringen vil en også ha i forslag C som har den laveste graden av integrering mellom primær – og spesialisthelsetjenesten, risikoen er også vurdert å være høy her. Ved en feiltakelse har ikke arbeidsgruppen vurdert risikoreducerende tiltak for denne risikoen og dette forslaget.





Figur 6. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet organisatoriske forhold

6 Økonomi

Under risikoområdet økonomi er det identifisert 5 ulike risikoer. 3 av disse er kategorisert med et høyt risikonivå.

Risikoregister – Økonomi

- 1) Risiko for at en ikke klarer å sikre økonomisk bærekraft både i primær- og spesialisthelsetjenesten
- 2) Risiko for at en ikke klarer å sikre effektiv samhandling ved hjelp av ny teknologi og digitale løsninger
- 3) Risiko for at en ikke klarer å unngå unødvendige transaksjonskostnader og duplisering av undersøkelser og funksjoner
- 4) Risiko for at en ikke klarer å unngå å øke kostnader til pasientreiser og eventuell ledsager
- 5) Risiko for at en ikke klarer å sikre tilgang på teknologi desentralt og hjemme hos pasienter/brukere

Dette gjelder:

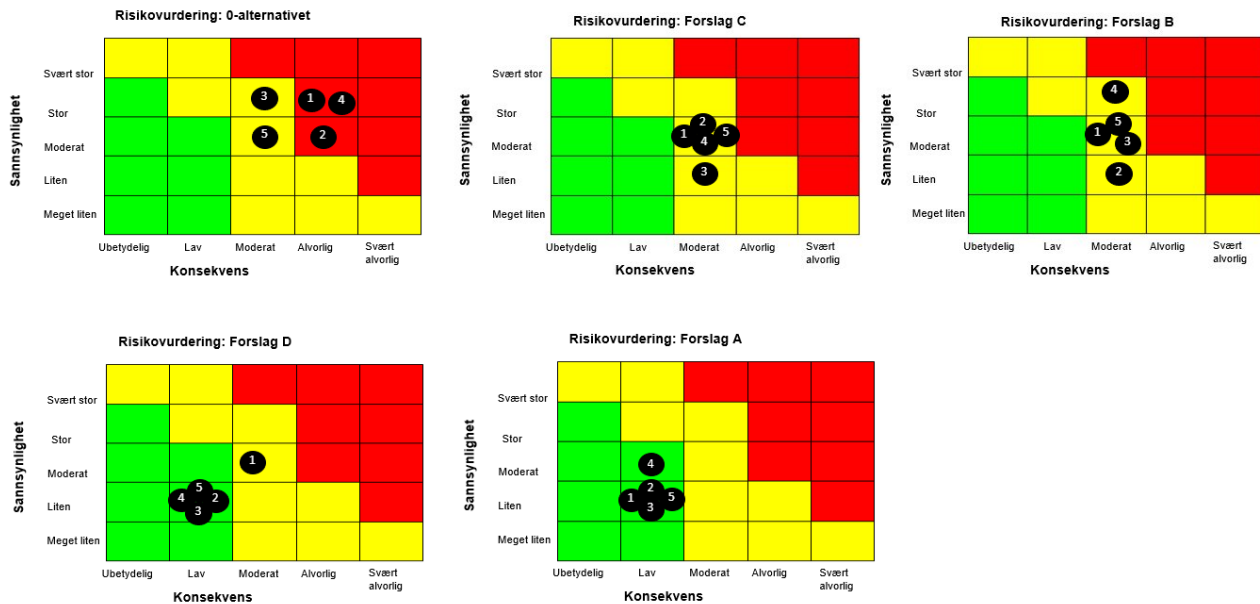
- 1) Risiko for at en ikke klarer å sikre økonomisk bærekraft både i primær- og spesialisthelsetjenesten,
- 2) Risiko for at en ikke klarer å sikre effektiv samhandling ved hjelp av ny teknologi og digitale løsninger,
- 4) Risiko for at en ikke klarer å unngå å øke kostnader til pasientreiser og eventuell ledsager

Risiko 3 og 5, risiko for at en ikke klarer å unngå unødvendige transaksjonskostnader og duplisering av undersøkelser og funksjoner, samt risiko for at en ikke klarer å sikre tilgang på teknologi desentralt og hjemme hos pasienter/brukere er vurdert å ha et moderat risikonivå. Sannsynligheten for at en ikke klarer å sikre tilgang på teknologi desentralt og hjemme hos pasient/brukere har lavere sannsynlighet enn risikoen for at en ikke klarer å unngå unødvendige transaksjonskostnader og duplisering av undersøkelser og funksjoner.

Samtlige risikoer i forslag C og forslag B er vurdert til å ha et moderat nivå. Mens i forslag A er alle risikoene på et lavt nivå. Dette gjelder også for forslag D, med unntak av risiko nummer 1 som er på et moderat nivå.

Risiko nummer 1 er i nåsituasjonen vurdert som høy, enkelt sagt kan dette forklares med at dagens sykehusstruktur, og samhandlingsstruktur i Helse Nord ikke vil være bærekraftig over tid. I Forslag C, B, og D er denne risikoen vurdert til å ha et moderat nivå. I samtlige forslag vil det være naturlig at det på kort sikt oppstår noen pukkelkostnader i forbindelse med innføringen av modellene. Forslag C og B vil kunne føre til drift som er mer i samsvar med BEON, med den følge at en vil kunne få mer ut av hver krone. Når pasientene flyttes fra spesialisthelsetjenesten til B eller kommunale senger i C og B behandles de på et lavere omsorgsnivå, med lavere kostnad. Forslag D og teammodellen er antatt å gi en reduksjon i liggedøgn både i primær- og spesialisthelsetjenesten, men samtidig en økning i bruk av hjemmetjenester. Totale besparelser ved teambaserte tilbud er mulig større enn hva det koster å opprette team. Forutsatt at en klarer å drifte effektivt, og med en full integrert løsning er det grunn til å tro at en med forslag A oppnår ytterligere

rasjonalisering av driften. Risikonivået for risiko nummer 1 er derfor antatt å være lavt i forslag A. Men en må i dette alternativet være oppmerksom på at forslaget vil innebære store sammenslåingskostnader, endringer i lovverk og finansieringsløsninger. Hypotesen er at bærekraften vil øke på lang sikt.



Figur 7. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet økonomi

Risiko nummer 2, risiko for at en ikke sikrer effektiv samhandling ved hjelp av ny teknologi og digitale løsninger er også vurdert å være høy i nå-situasjonen. Risikoen reduseres med alternativene, og er antatt å være moderat i forslag C og B, mens en i forslag D og A er nede på et lavt risikonivå. Teknologi har vært omtalt under flere av risikoområdene. Arbeidsgruppen mener at det under økonomi er viktig å trekke frem at det ligger mange muligheter i sensorteknologi. Sensorteknologi kan potensielt redusere lønnskostnader. Videre er det viktig for arbeidsgruppen å trekke frem at den største utfordringen knyttet til digital samhandling er å få det realisert, og ikke nødvendigvis økonomien i seg selv.

Risiko for at en ikke klarer å unngå å øke kostnader til pasientreiser og eventuell ledsager er også betraktet som høy i nå-situasjonen (risiko nummer 4). Det påpekes at det i dagens system er utfordringer knyttet til pårørende som ledsager, og at dette er noe som det må jobbes for å få til, fordi det vil gjøre det mindre kostbart enn andre løsninger. Risikoen reduseres i med de ulike forslagene, og bakgrunn for dette er at en i alle forslag legger opp til at de aktuelle pasientgruppene skal kunne få et tilbud nærmere hvor en bor. Det er vurdert å være høyere sannsynlighet for en ikke klarer å unngå økte reisekostnader til pasient og eventuelt ledsager i forslag B enn i de andre forslagene