

Konseptfase Sykehuset Innlandet HF

Risikovurdering av virksomheten før og etter idriftsetting av investeringstiltakene

- Alternativet med Mjøssykehuset
- Null-pluss alternativet



1	Utkast før risikogjennomgang	17.06.2022	SPR			
2	Utkast etter risikogjennomgang 28.06 – til gjennomlesing	30.06.2022	HL	SPR		
3	Rettelser etter innspill fra deltakerne	06.07.2022	HL	SPR		
4	Rettinger etter siste «korrektur»	08.07.2022		SPR		
5	Rettet ordlyd fra «kritiske risikoer» til «risikoer i rød sone»	09.08.2022	HL	SPR		
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktør/leverandørs logo: Metier OEC an RPS company			Antall sider: 28			
Prosjekt: NSI	Kontrakt nr:	Fag:	Dok.type: RO	Løpenr:	Rev.nr.: 05	Status: G

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag	3
2	Mål og definisjon.....	4
2.1	Mål med tiltaket.....	4
2.2	Hva som risikovurderes	4
2.3	Definisjon risiko.....	4
3	Beskrivelse av analyseobjektet.....	4
3.1	Alternativet med Mjøssykehuset.....	4
3.2	Null-pluss alternativet	5
4	Arbeidsform og framgangsmåte	6
4.1	Arbeidsform.....	6
4.2	Framgangsmåte	7
5	Definering av mål og etablering av rammer for analysen	7
5.1	Mål	7
5.2	Forutsetninger, rammer og avgrensninger	7
6	Identifisere kritiske suksessfaktorer for hvert målområde.....	8
7	Akseptkriterier	9
8	Risikovurdering	9
8.1	Konsekvenskategorier	9
8.2	Sannsynlighetskategorier.....	10
9	Forhold som kom opp under samlingen den 28.06 som ikke direkte faller inn under den kvantitative risikovurderingen	10
10	Identifisering av risikoforhold.....	11
10.1	Grovmatrise inkludert oversikt over uønskede hendelser.....	11
10.2	Risikovurdering.....	13
11	Behov for tiltak.....	17
11.1	Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift.....	17
11.2	Null-pluss alternativet – Samlet drift	19
11.3	Alternativet med Mjøssykehuset – etableringsperioden.....	21
11.4	Null-pluss alternativet - etableringsperioden	22
12	Forslag til tiltak – grunnlag for handlingsplan	23
12.1	Alternativet med Mjøssykehuset – samlet drift	23
12.2	Null-pluss alternativet – samlet drift.....	24
12.3	Alternativet med Mjøssykehuset – etableringsperioden.....	25
12.4	Null-pluss alternativet – etableringsperioden	25
13	Innspill etter gjennomført samling 28.06	26
13.1	Innspill fra brukerutvalget	26
13.2	Innspill fra tillitsvalgte.....	27

1 Sammendrag

Det ble 28.06.2022 gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Det er to retningsvalg som ble vurdert i den sammenheng, henholdsvis alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet. Det ble for begge alternativer gjort en vurdering av situasjonen både under etablering og etter idriftsetting. Risikovurderingen identifiserte at null-pluss alternativet har en høyere risikoprofil enn alternativet med Mjøssykehuset for fasen etter at tiltakene er ferdigstilt og satt i drift.

Det samlede bildet for alternativet med Mjøssykehuset indikerer at det etter tiltak ikke finnes risikoer i rød sone. Det vil være noe risiko knyttet til færre spesialiteter på de mindre sykehusene og at det derfor blir essensielt å etablere en god og velfungerende kommunikasjonsstruktur mot Mjøssykehuset. Spesielt er det avstanden fra Elverum sykehus til Moelv som skaper bekymring med hensyn til å bibeholde en akutt indremedisinsk avdeling i Elverum. Oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse vil på sikt skape utfordringer ved begge alternativer, med størst omfang i null-pluss alternativet. Rekruttering vil være en utfordrende faktor i begge alternativene, og for alternativet med Mjøssykehuset vil det være spesielt viktig å etablere gode rammer rundt arbeidssituasjonen for å øke attraktiviteten.

Det samlede bildet for null-pluss alternativet viser at det er 2 risikoer i rød sone etter at tiltak er satt inn. Flere små driftsenheter vil medføre ulemper med tanke på rasjonell drift og utnyttelse av personell. Den eksisterende bygningsmassen byr også på utfordringer med hensyn til å kunne håndtere krav til personvern. Det er forutsatt at man bygger om svært store arealer på eksisterende sykehus, noe som vil kunne gi betydelige driftsulemper over mange år, og behov for å midlertidig ta ned kapasitet for å klare å gjennomføre ombyggingene. Mangel på et hovedsykehus er en uttrykt bekymring som vil kunne videreføre dagens situasjon med uavklart og fragmentert funksjonsfordeling, der konsekvensene blant annet innbefatter oppdelte pasientforløp, økt pasienttransport og tautrekking om plassering av funksjoner. Dette er det prosjektutløsende behovet. Det kan vurderes tiltak som kan iverksettes med videreutvikling av koordineringsfunksjoner/områdefunksjoner for fagområder, men det har til nå vist seg vanskelig å realisere og anses ytterligere krevende ved et null-pluss vedtak.

For fasen frem til idriftsetting av ny sykehusstruktur er det spesielt evnen til å beholde og rekruttere nye medarbeidere som er trukket frem som den største risikoen for begge retningsvalg. Det ble i gjennomgangen påpekt viktigheten av en transparent prosess med stor grad av ansattmedvirkning.

2 Mål og definisjon

2.1 Mål med tiltaket

Målet med tiltaket er å identifisere risiko- og sårbarhet med hensyn til uønskede hendelser for Sykehuset Innlandets virksomhet ved hvert av retningsvalgene, samt å identifisere mulige tiltak for å redusere sannsynlighet og/eller begrense konsekvensen av slike hendelser.

2.2 Hva som risikovurderes

Tiltakene som risikovurderes er:

1. Alternativ med Mjøssykehuset - samlet drift av Sykehuset Innlandet **etter idriftsetting av Mjøssykehuset.**
2. Null-pluss alternativet - den samlede driften av Sykehuset Innlandet **etter idriftsetting av nytt sykehusbygg på Hamar/Sanderud.**
3. Alternativ med Mjøssykehuset - Samlet drift av Sykehuset Innlandet **i den perioden Mjøssykehuset etableres.**
4. Null-pluss alternativet - Samlet drift av Sykehuset Innlandet **i den perioden nytt sykehus på Hamar/Sanderud etableres.**

2.3 Definisjon risiko

Risiko er et uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse. Risikoen vurderes ut fra **sannsynligheten** for at hendelsen inntreffer og **konsekvensene** den vil medføre dersom hendelsen inntreffer.

I denne sammenheng betyr risikoen hvilke uønskede hendelser som kan hindre at Sykehuset Innlandet kan opprettholde sin virksomhet på en forsvarlig måte både i forhold til trygge og gode tilbud, gode fagmiljøer, god tilgjengelighet, organisering som underbygger gode pasientforløp og god ressursutnyttelse.

3 Beskrivelse av analyseobjektet

De to alternativene beskrives her overordnet.

3.1 Alternativet med Mjøssykehuset

Alternativet innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttpsykehus Mjøssykehuset, samt at Tynset sykehus beholdes som akuttpsykehus. I tillegg er det vedtatt fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av ett akuttpsykehus på Lillehammer og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner i Elverum (det er i konseptfasen lagt til grunn at det skal være indremedisinske akuttfunksjoner i Elverum). Prehospitaltjenester og psykisk helsevern barn og unge distriktpsikiatriske sentre skal videreutvikles. Lokalmedisinske sentra i Nord-Gubrandsal og Valdres skal videreutvikles, og det skal etableres et nytt lokalmedisinsk sentra på Hadeland.

Tabellen under gir en oversikt over fordelingen av fagområder og behandlingstilbud som i tråd med føringene er lagt til grunn for faglige vurderinger, arealberegninger og økonomiske analyser i steg 1 av konseptfasen.

	Behandlingssted				
	Mjøss-sykehus	Akutt-sykehus (Lillehammer)	Elektivt sykehus (Elverum) **	Tynset sykehus	LMS
BEHANDLINGSTILBUD					
Psykisk helsevern og TSB*	x				
DPS		x	x	x	x
Habilitering og rehabilitering	x				
Nevrologi	x				
Pediatri	x				
Spesialisert indremedisin (1)	x				
Spesialisert kirurgi (2)	x				
Fødselshjelp (3)	x	x		x	
Akutt kirurgi (4)	x	x		x	
Akutt ortopedi	x	x		x	
Elektiv døgnekirurgi	x	x		x	
Dagkirurgi	x	x	x	x	
Elektiv indremedisin	x	x	x	x	x
Akutt indremedisin (5)	x	x	x	x	

Tabell 1: Fordeling av aktivitet i alternativet med Mjøs-sykehuset

- (1) Spesialiserte funksjoner innenfor nyresykdommer, blodsykdommer, lungemedisin, infeksjonsmedisin, endokrinologi, hjertemedisin, fordøyelsessykdommer og onkologi
 - (2) Kreftkirurgi, karkirurgi, mamma- og endokrinkirurgi, plastisk kirurgi, øre-neste-hals kirurgi, traumekirurgi, øyesykdommer og urologi
 - (3) Fødselshjelp
 - (4) Gastrokirurgi og generell kirurgi
 - (5) Generell indremedisin, hjertemedisin, lungemedisin, infeksjonssykdommer, fordøyelsessykdommer og geriatri
- (*) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

***) Det er i konseptfasen lagt til grunn at det skal være indremedisinske akuttfunksjoner i Elverum

3.2 Null-pluss alternativet

I null-pluss alternativet beholdes i all hovedsak dagens struktur, men Hamar sykehus erstattes med nytt bygg. I tabellen under vises endringer i funksjoner som er forutsatt i null-pluss alternativet. Fordelingen av aktivitet er ikke vedtatt, men styringsgruppen ga sin tilslutning til at dette virksomhetsinnholdet legges til grunn i utredningen i konseptfasen steg 1.

	Behandlingssted	
	Hamar stort akutt	Elverum akutt
BEHANDLINGSTILBUD		
DPS	x	x
Akutt indremedisin	x	x
Akutt gastrokirurgi	x	
Akutt ortopedi	x	
Elektiv ortopedi døgn		x
Traumer	x	
Urologi	x	
Karkirurgi	x	
ØNH	x	
Øye		x
Brystendokrin / BDS	x	
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	x	
Barne- og ungdomsmedisin	x	
Dagkirurgi	x	x
Dagtilbud gastro	x	x
Elektiv indremedisin	x	x

Tabell 2: Fordeling av aktivitet mellom sykehusene i Hamar og Elverum

Det forutsettes ikke øvrige strukturendringer innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i null-pluss alternativet, utover at det anbefales å legge DPS døgnplasser på Hamar til erstatningssykehuset. Det anbefales i tillegg å flytte enheten for fysikalsk medisin og rehabilitering fra Ottestad til erstatningssykehuset, forutsatt at det ikke fremmes andre mer helhetlige løsninger for fagområdet.

4 Arbeidsform og framgangsmåte

4.1 Arbeidsform

Risikovurderingen er basert på en gruppesamling/workshop i en tverrfaglig sammensatt gruppe (ledergruppen i SI, tillitsvalgte og brukerutvalget). Svein Petter Raknes og Henning Lundby har hatt rollen som prosessveileder, mens det er gruppedeltakerne som har stått for identifisering av uønskede hendelser, kommet med forslag til tiltak og definert forventet effekt av tiltakene.

Forarbeid er gjennomført i et samarbeid mellom representanter for Sykehuset Innlandet, prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst og prosessveileder. Det er avholdt 1 møte i gruppa i forbindelse med risikovurderingen (28.06.2022). Gruppa har bestått av følgende deltakere:

Navn	Rolle
Alice Beathe Andersgaard	Administrerende direktør SI
Ane Kaurstad	Kst. Divisjonsdirektør Tynset
Are Tvinnereim	Ass. Divisjonsdirektør Gjøvik/Lillehammer
Benedicte Thorsen-Dahl	Divisjonsdirektør Psykisk Helsevern
Bror A. Johnstad	Avd.sjef Akutt med. Elverum/Hamar (stedfortr. for ass.div.dir)
Cecilie Dobloug Nyland	HR-direktør
Frank Roar Byenstuen	Kommunikasjonsdirektør
Geir Kristoffersen	Divisjonsdirektør Prehospitale tjenester
Gro Løwe	Ass. Divisjonsdirektør Eiendom og intern service
Gunn Rauken	Brukerutvalget
Herman Stadshaug	Spesialrådgiver Prosjekt framtidig sykehusstruktur
Jens Schanche Dolor	Programdirektør OU-program SI
Marianne Frantzen	FTV Delta/YS
Marianne Nielsen	FTV NSF/UNIO
Mona Elin Steen	Kst. Divisjonsdirektør, divisjon Medisinsk service
Randi L. Beitdokken	Prosjektleder OU-program
Randi Mølmen	Prosjektleder Ny sykehusstruktur
Rita Finstuen	Controller Økonomiavdeling
Roger Jenssen	Prosjektdirektør Ny sykehusstruktur
Siv Cathrine Høymork	Assisterende fagdirektør
Sveinung Vatnehol	FTV NITO SAN
Trine Fleischer Eng	Ass. Divisjonsdirektør Elverum/Hamar (stedfortr. for div.dir.)
Wenche Hansen	FTV Fagforbundet/LO
Wenche Midjo Røkke	Avd.sjef/ stedfortredende for div.dir Hab/Rehab
Aage Willy Jonassen	Brukerutvalget

Tabell 3: Deltakerliste

4.2 Framgangsmåte

Arbeidet med risikovurderingen er strukturert i følgende trinn:

1. Organisering og planlegging. Definerer mål og etablere rammer for analysen og oppnå omforent forståelse av oppgaven.
2. Identifisere kritiske suksessfaktorer innenfor hvert målområde.
3. Vurdering av eventuelle absolutte kriterier/objektive standarder (akseptkriterier).
4. Grovanalyse med identifisering av risikoområder. Identifiserer risiko (usikkerheter og tilstander) av betydning for det aktuelle målet.
5. Risikovurdering.
 - Årsaksanalyse
 - Sannsynlighets – og konsekvensanalyse
 - Risikovurdering i forhold til akseptkriterier.
 - Kartlegging av tiltak/løsninger. Risikoreducerende effekter.
6. Vurdering og oppfølging av tiltak, inkludert økonomisk konsekvens (etterfølgende arbeid med handlingsplan som ikke inngår i denne oppsummeringen).

I samlingen 28.06 ble punkt 4-5 gjennomgått.

5 Definerings av mål og etablering av rammer for analysen

5.1 Mål

Målene knytter seg til målstrukturen for Sykehuset Innlandet med fokus på effektmålene:

- Trygge og gode tilbud
- Gode fagmiljøer
- God tilgjengelighet
- Organisering som underbygger gode pasientforløp
- God ressursutnyttelse

5.2 Forutsetninger, rammer og avgrensninger

ROS- analysen er gjort under følgende forutsetninger:

- Analysen omfatter hele helseforetakets drift
 - I perioden fra vedtak er fattet og fram til ferdigstilling, og
 - Etter at investeringstiltakene er satt i drift
- Analysen omfatter ikke risiko knyttet til byggeprosessen

6 Identifisere kritiske suksessfaktorer for hvert målområde

De kritiske suksessfaktorene knyttet til hvert av målene framgår av tabellen nedenfor:

Trygge og gode tilbud	
Strukturen skal bidra til å realisere:	
a)	Brukertilpasset pasientbehandling og opplæring hvor pasientene er aktive deltagere i helsehjelpen de mottar
b)	Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot
c)	At den akutt syke pasient møtes av personale med rett kompetanse hele døgnet for rask avklaring av videre behandling
d)	Spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet
e)	Moderne pasientbehandling i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling
f)	Bygningsmasse med utforming som gir mulighet til å ivareta personvern i henhold til GDPR
g)	Mulighet for økt egendeckningsgrad
Gode fagmiljøer	
Strukturen skal bidra til å realisere:	
a)	God rekrutteringsevne og evne til å beholde medarbeidere
b)	Mulighet for gode arbeidsforhold og arbeidstidsordninger
c)	Robuste fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie
d)	Mulighet til å ivareta lovpålagte oppgaver innen utdanning og forskning, inkludert samarbeid med universitet og høyskoler
e)	At foretaket i størst mulig grad kan tilby utdannelsesløpene i egen regi
f)	Faglig utvikling for medarbeiderne, der forskning, utvikling, utdanning og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen
God tilgjengelighet	
Strukturen skal bidra til å realisere:	
a)	Gode sammenhengende behandlingsskjeder for akutt og planlagt behandling
b)	Likeverdige helsetjenester med lik mulighet for riktig behandling uavhengig av bosted
c)	Prehospitaltjenester av høy faglig kvalitet og med riktig tilgjengelighet
d)	Tilgang til moderne og framtidsrettet medisinsk-teknisk og annet teknisk utstyr
e)	Tidsriktig og hensiktsmessige behandlingssfasiliteter, herunder enerom til pasientene
f)	Fleksible bygg med mulighet for spesialiserte rom, tilstrekkelig isolasjon og muligheter for tilpasninger under økt beredskap
g)	Bygningsmasse med god tilgjengelighet som er tilpasset alle brukergrupper
h)	Tilgang på grøntareal og skjermingsmuligheter for pasienter som har behov for det
i)	En ytre logistikk tilrettelagt for alle transportbehov, inkludert kollektivtransport
Organisering som underbygger gode pasientforløp	
Strukturen skal bidra til å realisere:	
a)	Videreutvikling av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor i tråd med faglig og teknologisk utvikling
b)	At pasientene kan utredes og behandles der de tas imot og at uhenksmessig flytting av pasienter mellom enheter unngås
c)	Nødvendig samhandling mellom fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk for at pasientene skal oppleve at fagfolk opptrer i team
d)	Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner
God ressursutnyttelse	
Strukturen skal bidra til å realisere:	
a)	Optimal bruk av ressurser ved at personell i størst mulig grad kan brukes til aktiv pasientbehandling framfor passiv vaktberedskap
b)	Kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler
c)	Mulighet for rasjonell bruk og høy utnyttelsesgrad av medisinsk-teknisk utstyr
d)	Anskaffelse av oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og annen aktuell teknologi som byggene og virksomheten krever
e)	Digital infrastruktur som kan utnytte potensialet i dagens og framtidsrettede digitale løsninger
f)	Bærekraftige og effektive løsninger med tanke på klima, ytre miljø og energisparende tiltak
g)	Økonomi til nødvendige investeringer, bygningsmessig utvikling og vedlikehold

Tabell 4: Kritiske suksessfaktorer for hvert målområde

7 Akseptkriterier

Akseptkriterier er Sykehuset Innlandets egne kriterier eller objektive, nasjonale standarder for å vurdere risiko. Det er vurdert slik at dette fanges opp gjennom sannsynlighet for og konsekvens av uønskede hendelser sammenholdt med de standarder/den praksis man har i dag.

8 Risikovurdering

8.1 Konsekvenskategorier

KONSEKVENSKATEGORIER – Funksjon/tjeneste

5. Svært alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med svært alvorlige følger. Død eller alvorlig skade på en eller flere personer
4. Alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med alvorlige følger. Mindre alvorlig, men behandlingskrevende skade, kort rehabiliteringstid, ikke varig mén.
3. Betydelig	Brudd på retningslinje / prosedyre / tradisjon. Belastende forhold for en gruppe personer
2. Mindre alvorlig	Indikasjoner kan tyde på at retningslinjer / prosedyrer ikke følges i tilstrekkelig grad. Belastende forhold for enkeltpersoner
1. Ubetydelig	Forholdet er ikke knyttet til brudd på retningslinjer eller prosedyrer. Enkelttilfeller av misnøye.

Tabell 5: Konsekvenskategorier - funksjon/ tjeneste

KONSEKVENSKATEGORIER – Mennesker

(pasienter, ansatte, studenter, besøkende)

5. Svært alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med svært alvorlige følger. Død eller alvorlig skade på en eller flere personer
4. Alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med alvorlige følger. Mindre alvorlig, men behandlingskrevende skade, kort rehabiliteringstid, ikke varig mén.
3. Betydelig	Brudd på retningslinje / prosedyre / tradisjon. Belastende forhold for en gruppe personer
2. Mindre alvorlig	Indikasjoner kan tyde på at retningslinjer / prosedyrer ikke følges i tilstrekkelig grad. Belastende forhold for enkeltpersoner
1. Ubetydelig	Forholdet er ikke knyttet til brudd på retningslinjer eller prosedyrer. Enkelttilfeller av misnøye.

Tabell 6: Konsekvenskategorier - mennesker

Begrep som «belastende» forstås her som **sammenlignet med det man har i dag**, og ikke sammenlignet med planlagt nytt bygg.

Det blir i liten grad skilt mellom funksjoner og mennesker i denne analysen, da de aller fleste hendelser ender opp med å ha konsekvenser knyttet til mennesker (pasienter, ansatte osv.).

8.2 Sannsynlighetskategorier

Sannsynlighet / varighet	Beskrivelse
5. Svært sannsynlig Kontinuerlig	Forventes å kunne skje ukentlig. Forhold som kan forventes å bli kontinuerlig til stede i virksomheten.
4. Sannsynlig Periodevis, lengre varighet.	Forventes å kunne skje månedlig. Forhold som forventes å opptre i lengre perioder, flere måneder.
3. Mindre sannsynlig. Flere enkelttilfeller.	Forventes å kunne skje årlig. Kjenner til at det har vært enkelttilfeller med kortere varighet.
2. Lite sannsynlig. Kjenner tilfelle.	Kjenner 1 tilfelle i løpet av en 3-års periode (som tilsvarer forventet driftsperiode).
1. Usannsynlig. Ingen tilfeller her.	Kjenner ingen tilfeller, men kan ha hørt om det i andre virksomheter.

Tabell 7: Sannsynlighetskategorier

9 Forhold som kom opp under samlingen den 28.06 som ikke direkte faller inn under den kvantitative risikovurderingen

Desentralisert medisinerutdanning – Campus Innlandet

I nåværende samarbeidsavtale mellom Sykehuset Innlandet og Universitetet i Oslo (UiO) står blant annet: «Det er også en intensjon i samarbeidet om at Sykehuset Innlandet HF senere vil ta økende ansvar i medisinerutdanningen ved å tilby praksisplasser og undervisning i kliniske moduler til et større antall studenter fra UiO, samt se på muligheter for å etablere desentralisert undervisning i form av campus som en del av det planlagte Mjøssykehuset.» Desentraliserte campus hvor legestudentene gjennomfører to av de seks studieåra, har vært etablert i lengre tid i andre helseregioner, og fra høsten 2023 er det første desentraliserte campus for legestudenter ved UiO etablert ved Sørlandet sykehus.

Det er dialog mellom foretaksledelsen og dekanatet ved UiO om hvorvidt et campus kan etableres også dersom det blir valgt en modell uten et definert hovedsykehus på Innlandet (null-pluss). Den foreløpige vurderingen er at ved null-pluss-alternativet blir det

- krevende å velge hvilken lokalisasjon et campus i så fall skal plasseres på
- mer krevende å rekruttere den nødvendige akademiske kompetansen for å gi undervisning i de aktuelle fagene
- en uhenksom fragmentering av det akademiske miljøet, som dermed ikke oppnår den samme tyngden som ved en samlokalisering
- mer reisevirksomhet for studentene
- usikkerhet om UiO er villig til å satse på Innlandet som lokalisasjon for det neste desentraliserte campus.

I Mjøssykehusmodellen er den største risikoen om studentene vil finne beliggenheten utenom et bymiljø attraktivt nok til at de velger seg til Campus Innlandet. Dette kan styres av UiO ved å begrense antall plasser i Campus Oslo eller legge opp til den opptaksmodellen som i år er prøvd ut ved NTNU. Der velger studentene allerede ved søknad om opptak til studiet om de vil til campus i henholdsvis Trondheim, Levanger eller Ålesund.

Legespesialistutdanning

Utdanning av helsepersonell er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver – sidestilt med pasientbehandling. Utdanning av legespesialister er den eneste utdanningen som helseforetaket

har primæransvar for. Helseforetaket er selve utdanningsvirksomheten. Sykehuset Innlandet har søkt om godkjenning som utdanningsvirksomhet i de fleste sykehusspesialitetene. Ved å samle kliniske funksjoner i et hovedsykehus vil Sykehuset Innlandet i større grad kunne tilby helhetlige utdanningsløp innenfor flere spesialiteter enn i nåværende struktur.

Sykepleierutdanningen

Sykehuset Innlandet samarbeider med NTNU Gjøvik og Høgskolen i Innlandet Elverum om utdanning av sykepleierstudenter. Utdanning av sykepleiere er en kritisk suksessfaktor for å imøtekomme den ventede helsepersonellmangelen, og et viktig rekrutteringstiltak for Sykehuset Innlandet.

I Mjøssykehus-alternativet vil det for noen studenter bli økt grad av reiser knyttet til praksisperioder i sykehus. Dette gjelder spesielt for de studentene på Elverum som skal ha praksis ved Mjøssykehuset, avstanden mellom Elverum og Mjøssykehuset i Moelv er 6 mil.

10 Identifisering av risikoforhold

I gruppesamlingen den 28.06 ble risikoforhold som kan være aktuelle for analysen identifisert. Formålet var å få en oversikt over risikoomfanget og sikre at viktige krav og målsetninger blir belyst.

Enkelte forhold berører hele den gjenværende virksomheten, mens andre berører bare enkelte deler av virksomheten.

10.1 Grovmatrise inkludert oversikt over uønskede hendelser

Matrisene indikerer hvor de ulike identifiserte uønskede hendelsene (markert med id nr.) plasserer seg med hensyn til henholdsvis effektmål og enhet.

10.1.1 Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Trygge og gode tilbud	Gode fagmiljøer	God tilgjengelighet	Organisering som underbygger gode pasientforløp	God ressursutnyttelse
Berørt enhet/ funksjon					
Elverum	1		5		
Hamar					
Lillehammer	2				
Gjøvik					
Mjøssykehuset					
Lillehammer, Elverum, Tynset	3, 9		8	6	7
Andre					
Alle, med unntak av Mjøssykehuset					
Alle		4			

10.1.2 Null-pluss alternativet – Samlet drift

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Trygge og gode tilbud	Gode fagmiljøer	God tilgjengelighet	Organisering som underbygger gode pasientforløp	God ressursutnyttelse
Berørt enhet/ funksjon					
Elverum	1		5		
Hamar					
Lillehammer					
Gjøvik					
Andre					
Alle, med unntak av Hamar	3	4	8		
Alle	2, 9			6	7

10.1.3 Alternativet med Mjøssykehuset – Etablering

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Trygge og gode tilbud	Gode fagmiljøer	God tilgjengelighet	Organisering som underbygger gode pasientforløp	God ressursutnyttelse
Berørt enhet/ funksjon					
Elverum					
Hamar					
Lillehammer					
Gjøvik					
Mjøssykehuset					
Andre					
Alle		1			

10.1.4 Null-pluss alternativet – Etablering

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Trygge og gode tilbud	Gode fagmiljøer	God tilgjengelighet	Organisering som underbygger gode pasientforløp	God ressursutnyttelse
Berørt enhet/ funksjon					
Elverum					
Hamar					
Lillehammer					
Gjøvik					
Andre					
Alle		1		2	

10.2 Risikovurdering

De identifiserte uønskede hendelsene ble analysert med hensyn til funksjoner og enheter den berører, mulige årsaker og konsekvenser. Gruppen vurderte sannsynlighet og konsekvens i henhold til kategoriene i kapittel 8.1 og 8.2. Slik fikk hver hendelse en plass i risikobildet. I tillegg ble tiltak for å redusere sannsynlighet og/eller konsekvens vurdert. Listen over risikoforhold dekker de forhold som ble identifisert og diskutert i møtet 28.06.2022.

Risikovurderingen reflekterer den samlede vurderingen fra ledergruppen i Sykehuset Innlandet, med følgende merknad fra divisjon Elverum-Hamar:

Merknad fra divisjon Elverum-Hamar til ROS-analysen

Divisjon Elverum-Hamar mener risikoen forbundet både med manglende rekruttering og manglende evne til å beholde medarbeidere fra Elverum-Hamar regionen er vesentlig høyere i Mjøssykehus-alternativet enn i null-pluss alternativet, basert på tilbakemeldinger fra medarbeidere og divisjonstillitsvalgte i divisjon Elverum-Hamar. Dette gjelder både i mellomperioden og på lang sikt. De tilbakemeldinger divisjonsledelsen i Elverum-Hamar har fått fra medarbeidere og ledere i divisjonen er helt i tråd med resultatene fra den oppdaterte Samfunnsanalysen fra Asplan Viak, datert 20.06.22.

10.2.1 Alternativet med Mjøssykehuset – samlet drift

Alternativet med Mjøssykehuset - Samlet drift												
HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig uønsket hendelse	id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utløsningskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot	Manglende tverrfaglighet	1	Elverum	Akutt indremedisin (5)	Færre spesialiteter, liten avdeling	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Triagering.	3	4
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot	Manglende tverrfaglighet	2	Lillehammer	Alle kliniske funksjoner	Færre spesialiteter	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	3	2	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Lillehammer sykehus. Triagering.	3	2
Trygge og gode tilbud	f) Bygningsmasse med utforming som gir mulighet til å ivareta personvern i henhold til GDPR	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	3	Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle kliniske funksjoner	Fysiske forutsetninger vanskelige/konfidensialitet	Lovbrudd og brudd på retningslinjer	3	5	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern I større grad prioritere strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	3	4
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringsevne og evne til å beholde medarbeidere	Manglende rekrutteringsevne og stor turnover	4	Alle	Alle funksjoner	Mjøssykehuset: Lokasjon og reisetid. Rekruttering kan bli redusert nordfra. Behov for ambulerings Øvrige enheter: Manglende faglig bredde og uhensiktsmessige lokaler. Økt vaktbelastning Elverum: Ekstra utfordringer mht avstand til øvrige lokasjoner.	Utilstrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Alle enheter: Gjennomføre foreslåtte tiltak iht temasak "Rekruttering og fremtidige kompetansebehov 260622" Mjøssykehuset: Skape gode rammer rundt arbeidssituasjonen for den enkelte ansatte, eksempelvis ved etablering av transportløsninger, døgnåpne barnehagetilbud, mulighet for forskning og fagutvikling, fleksible arbeidstidsordninger mm.	3	3
God tilgjengelighet	b) Likeverdige helsetjenester med lik mulighet for riktig behandling uavhengig av bosted	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av Innlandet	5	Elverum	Akutt indremedisin (5)	Smalere fagmiljø	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Triagering.	3	4
Organisering som underbygger gode pasientforløp	d) Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner	Enkelte gjenværende oppdelte funksjoner	6	Lillehammer, Elverum, Tynset	Fødselshjelp (3), Akutt kirurgi (4), Akutt indremedisin (5)	Selv med et nytt hovedsykehus vil det være enkelte oppdelte funksjoner	Oppdelte pasientforløp Oppdelte fagmiljøer Dårlig utnyttelse og tilgjengelighet av MTU Økt pasienttransport	2	3	Organisatoriske tiltak	2	3
God ressursutnyttelse	b) Kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler	Manglende reinvesteringsevne knyttet til eksisterende sykehusbygg	7	Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle funksjoner	Betaling av renter og nedbetaling av lån på nytt bygg svekker evnen til reinvestering	Svekket driftsøkonomi og evne til reinvestering	2	3	Organisatoriske tiltak	2	3
God tilgjengelighet	e) Tidsriktig og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter, herunder enermot pasientene	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse skaper konflikt for drift	8	Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle funksjoner	Stort moderniseringsbehov i eksisterende bygningsmasse	Forsinket modernisering	2	3	Investere i/etablere roka delokaler	2	3
Trygge og gode tilbud	d) Spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen	9	Lillehammer, Elverum, Tynset	Fødselshjelp (3) Akutt kirurgi (4) Akutt indremedisin (5) Akutt ortopedi	Lavt pasientvolum	Redusert kvalitet på behandlingen	2	3	Organisatoriske tiltak	2	2

10.2.2 Null-pluss alternativet – samlet drift

Null-pluss alternativet - Samlet drift												
HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig uønsket hendelse	id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utløpsningskilde	Antatt konsekvens	Konse- kvens- kode	Sann- synligh et	Primært tiltak	Ny konse- kvens kode	Ny sann- synlig het
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot	Manglende tverrfaglighet	1	Elverum	Akutt indremedisin (5)	Færre spesialiteter, liten avdeling	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom erstatningssykehus på Hamar og Elverum sykehus. Triagering.	3	4
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot	Manglende tverrfaglighet	2	Alle	Alle kliniske funksjoner	Færre spesialiteter	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	3	3	Vurdering av større grad av samling av funksjoner. Triagering. Forbedret digital samhandling.	3	3
Trygge og gode tilbud	f) Bygningsmasse med utforming som gir mulighet til å ivareta personvern i henhold til GDPR	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	3	Alle, med unntak av Hamar	Alle kliniske funksjoner	Fysiske forutsetninger vanskeligjør konfidensialitet	Lovbrudd og brudd på retningslinjer	4	5	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern I større grad prioritere strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	4	4
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringsvevne og evne til å beholde medarbeidere	Manglende rekrutteringsvevne og stor turnover	4	Alle, med unntak av Hamar	Alle funksjoner	Manglende faglig bredde og uhensiktsmessige lokaler. Stor vaktbelastning. Økt totalt behov for personell.	Utilstrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Organisatoriske tiltak	3	3
God tilgjengelighet	b) Likeverdige helsetjenester med lik mulighet for riktig behandling uavhengig av bosted	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av Innlandet	5	Elverum	Akutt indremedisin (5)	Smalere fagmiljø	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom erstatningssykehus på Hamar og Elverum sykehus.	3	4
Organisering som underbygger gode pasientforløp	d) Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner	Uavklart og fragmentert funksjonsfordeling	6	Alle	Alle kliniske funksjoner	Mangel på et hovedsykehus	Oppdelte pasientforløp Oppdelte fagmiljøer Tautrekking om plassering av funksjoner Dårlig utnyttelse og tilgjengelighet av MTU Økt pasienttransport	3	4	Organisatoriske tiltak	3	4
God ressursutnyttelse	b) Kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler	Økt behov for personell og en mer krevende driftsøkonomisk situasjon	7	Alle	Alle funksjoner	Flere driftsenheter og parallelle fagmiljøer	Svekket driftsøkonomi og evne til reinvestering	3	5	Organisatoriske tiltak	3	5
God tilgjengelighet	e) Tidsriktig og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter, herunder enermot pasientene	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse skaper konflikt for drift	8	Alle, med unntak av Hamar	Alle funksjoner	Stort moderniseringsbehov i eksist bygningsmasse	Forsinket modernisering	3	4	Investere i/etablere rokadelokaler	3	4
Trygge og gode tilbud	d) Spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen	9	Alle	Alle spesialiteter	Lavt pasientvolum	Dårligere kvalitet på behandlingen	3	4	Samordning av funksjoner	3	3

10.2.3 Alternativet med Mjøssykehuset – Etablering

Alternativet med Mjøssykehuset - Etablering												
HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig uønsket hendelse	id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utløsningskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringssevne og evne til å beholde medarbeidere	Økt turnover	1	Alle	Alle funksjoner	Mange blir berørt av omstilling	Utilstrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Tiltakspakke + kommunikasjonstiltak, skape forutsigbarhet og troverdighet overfor den enkelte ansatte. Ansattmedvirkning Styrke nivå 4-ledere	3	3

10.2.4 Null-pluss alternativet - Etablering

Null-pluss alternativet - Etablering												
HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig uønsket hendelse	id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utløsningskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringssevne og evne til å beholde medarbeidere	Økt turnover og redusert rekrutteringssevne	1	Alle	Alle funksjoner	Utfordrende driftssituasjon i overgangsperiode Færre blir berørt av omstilling	Utilstrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Tiltakspakke + kommunikasjonstiltak, skape forutsigbarhet og troverdighet overfor den enkelte ansatte. Ansattmedvirkning Styrke nivå 4-ledere	3	3
Organisering som underbygger gode pasientforløp	d) Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner	Fragmentert funksjonsfordeling	2	Alle	Alle kliniske funksjoner	Mangel på et hovedsykehus	Oppdelte pasientforløp Oppdelte fagmiljøer Tautrekking om plassering av funksjoner Dårlig utnyttelse og tilgjengelighet av MTU Økt pasienttransport Risiko for manglende mulighet til å utføre tiltak/innsnevret handlingsrom	3	4	Organisatoriske tiltak	3	3

11 Behov for tiltak

Kapittelet oppsummerer de vurderte hendelsenes risikoprofil. For hver av de risikovurderte scenarioene er det to risikobilder for situasjonen, henholdsvis *før* og *etter* tiltak.

11.1 Alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift

5 - Svært alvorlig						5 - Svært alvorlig					
4 - Alvorlig				1, 5		4 - Alvorlig					
3 - Betydelig		2		4	3	3 - Betydelig		2	4	1, 3, 5	
2- Mindre alvorlig			6, 7, 8, 9			2- Mindre alvorlig		9	6, 7, 8		
1 - Ubetydelig						1 - Ubetydelig					
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig	Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

”Røde” – Kritisk, skal endres snarest

Det ble under risikovurderingen identifisert 9 ulike uønskede hendelser. Før tiltak er det 3 uønskede hendelser som plasserer seg i rød sone, etter tiltak er det ingen.

”Gule”- Overvåkes, behov for endring over tid

8 uønskede hendelser havner i gul sone etter at foreslåtte tiltak er gjennomført.

Samlet bilde for alternativet med Mjøssykehuset – Samlet drift:

Det samlede bildet viser at det etter tiltak ikke er risikoer i rød sone for alternativet med Mjøssykehuset, men at omfanget av risikoer i gul sone er betydelig. Sammenlignet med null-pluss alternativet er likevel det totale risikobildet redusert. Det kommer spesielt frem at det vil være risiko knyttet til færre og reduserte spesialiteter på de mindre sykehusene og at det blir essensielt å etablere en god og velfungerende kommunikasjonsstruktur mot Mjøssykehuset. Avstanden fra Elverum sykehus til Moelv skaper bekymring med hensyn til å bibeholde en akutt indremedisinsk avdeling i Elverum. Oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse vil på sikt skape driftsmessige utfordringer, med størst omfang i null-pluss alternativet. Rekruttering blir en utfordrende faktor for alle sykehusene, og for Mjøssykehuset vil det være spesielt viktig å etablere gode rammer rundt arbeidssituasjonen for å øke attraktiviteten.

11.2 Null-pluss alternativet – Samlet drift

5 - Svært alvorlig						5 - Svært alvorlig					
4 - Alvorlig				1, 5	3	4 - Alvorlig				3	
3 - Betydelig			2	4, 6, 8, 9	7	3 - Betydelig			2, 4, 9	1, 5, 6, 8	7
2- Mindre alvorlig						2- Mindre alvorlig					
1 - Ubetydelig						1 - Ubetydelig					
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig	Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

”Røde” – Kritisk, skal endres snarest

Det ble under risikovurderingen identifisert 9 ulike uønskede hendelser. Før tiltak er det 4 uønskede hendelser som plasserer seg i rød sone, etter tiltak er det 2.

Manglende evne til å ivareta personvern iht GDPR ble identifisert som en risiko i rød sone ved null-pluss alternativet. Gode retningslinjer og riktige prioriteringer ved bygningsmessige oppgraderinger vil kunne redusere sannsynligheten for denne hendelsen noe.

Økt behov for personell og en generelt mer krevende driftsøkonomisk situasjon peker seg ut som den andre risikoen i rød sone. Det ble under gjennomgangen ikke identifisert risikoreducerende tiltak for denne hendelsen. Det er svært sannsynlig at man vil befinne seg i en krevende situasjon med svekket driftsøkonomi og nedsatt evne til reinvesteringer, da det for null-pluss alternativet vil være mange små driftsenheter og parallelle fagmiljøer.

”Gule”- Overvåkes, behov for endring over tid

7 uønskede hendelser havner i gul sone etter at foreslåtte tiltak er gjennomført.

Samlet bilde for Null-pluss alternativet – Samlet drift:

Det samlede bildet viser en relativt høy risikoprofil for dette alternativet. Spesielt er det påpekt store ulemper ved å ha flere små driftsenheter. Den eksisterende bygningsmassen byr også på utfordringer med hensyn til å kunne håndtere krav til personvern. Det er forutsatt at man bygger om svært store arealer på eksisterende sykehus, noe som vil kunne gi betydelige driftsulemper over mange år, og behov for å midlertidig ta ned kapasitet for å klare å gjennomføre ombyggingene. Et lavere pasientvolum på de ulike driftsenhetene vil medføre risiko for redusert kvalitet på behandlingen. Mangel på et hovedsykehus er en uttrykt bekymring som vil kunne bidra til å videreføre dagens situasjon med uavklart og fragmentert funksjonsfordeling, der konsekvensene blant annet innbefatter oppdelte pasientforløp, økt pasienttransport og tautrekking om plassering av funksjoner.

11.3 Alternativet med Mjøssykehuset – etableringsperioden

5 - Svært alvorlig						5 - Svært alvorlig					
4 - Alvorlig						4 - Alvorlig					
3 - Betydelig				1		3 - Betydelig			1		
2- Mindre alvorlig						2- Mindre alvorlig					
1 - Ubetydelig						1 - Ubetydelig					
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig	Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

Samlet bilde for alternativet med Mjøssykehuset – etablering:

Det ble identifisert 1 uønsket hendelse for etableringsfasen av Mjøssykehuset, som knytter seg mot rekrutteringsutfordringer og en frykt for økt turnover, da mange blir berørt av omstilling og på grunn av funnene i den oppdaterte samfunnsanalysen som peker på at en etablering av sykehus i Moelv vil øke reiseavstand. Tiltakspakker og god kommunikasjon er ansett som risikoreduserende tiltak. En transparent prosess med ansattmedvirkning vil også være avgjørende for å lykkes, parallelt med at nivå-4 ledere styrkes.

11.4 Null-pluss alternativet - etableringsperioden

5 - Svært alvorlig						5 - Svært alvorlig					
4 - Alvorlig						4 - Alvorlig					
3 - Betydelig				1, 2		3 - Betydelig			1, 2		
2- Mindre alvorlig						2- Mindre alvorlig					
1 - Ubetydelig						1 - Ubetydelig					
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig	Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

Samlet bilde for null-pluss alternativet – etablering:

Det ble identifisert 2 uønskede hendelser for etableringsfasen av null-pluss alternativet, der begge plasserer seg i gul sone både før og etter tiltak. Rekrutteringsevnen blir trolig svært krevende i overgangsfasen og det kan oppstå en situasjon med utilstrekkelig bemanning og manglende kompetanse. Å skape forutsigbarhet og troverdighet ovenfor den enkelte ansatte vil bli svært viktig, og det ble foreslått å styrke nivå-4 lederene som vil komme til å stå i en stor del av de utfordringene som oppstår knyttet til denne risikoen. Mangel på et hovedsykehus er pekt på som utløsende årsak til at det vil kunne videreføres en fragmentert funksjonsfordeling også i overgangsfasen, slik det er allerede i Sykehuset Innlandet i dag og har vært siden etableringen.

12 Forslag til tiltak – grunnlag for handlingsplan

12.1 Alternativet med Mjøssykehuset – samlet drift

REF.	Hendelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens	FORBEDRER FØLGENDE FORHOLD	Eier	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/STATUS
			Gradert 1-5					
1	Manglende tverrfaglighet	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Triagering.						
2	Manglende tverrfaglighet	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Lillehammer sykehus. Triagering.						
3	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern I større grad prioritere strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse						
4	Manglende rekrutteringsevne og stor turnover	Alle enheter: Gjennomføre foreslåtte tiltak iht temasak "Rekruttering og fremtidige kompetansebehov 260622" Mjøssykehuset: Skape gode rammer rundt arbeidssituasjonen for den enkelte ansatte, eksempelvis ved etablering av transportløsninger, døgnåpne barnehagetilbud, mulighet for forskning og fagutvikling, fleksible arbeidstidsordninger mm.						
5	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av Innlandet	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Triagering.						
6	Enkelte gjenværende oppdelte funksjoner	Organisatoriske tiltak						
7	Manglende reinvesteringsevne knyttet til eksisterende sykehusbygg	Organisatoriske tiltak						
8	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse skaper konflikt for drift	Investere i/etablere rokadelokaler						
9	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen	Organisatoriske tiltak						

12.2 Null-pluss alternativet – samlet drift

REF.	Hendelse	TILTAK	Økonomisk	FORBEDRER	Eier	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/ STATUS
			konsekvens	FØLGENDE				
			Gradert 1-5	FORHOLD				
1	Manglende tverrfaglighet	Kommunikasjon mellom erstatningssykehus på Hamar og Elverum sykehus. Triagering.						
2	Manglende tverrfaglighet	Vurdering av større grad av samling av funksjoner. Triagering. Forbedret digital samhandling .						
3	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern I større grad prioritere strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse						
4	Manglende rekrutteringssevne og stor turnover	Organisatoriske tiltak						
5	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av Innlandet	Kommunikasjon mellom erstatningssykehus på Hamar og Elverum sykehus.						
6	Uavklart og fragmentert funksjonsfordeling	Organisatoriske tiltak						
7	Økt behov for personell og en mer krevende driftsøkonomisk situasjon	Organisatoriske tiltak						
8	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse skaper konflikt for drift	Investere i/etablere rokadelokaler						
9	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen	Samordning av funksjoner						

12.3 Alternativet med Mjøssykehuset – etableringsperioden

REF.	Hendelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens	FORBEDRER FØLGENDE	Eier	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/STATUS
			Gradert 1-5	FORHOLD				
1	Økt turnover	Tiltakspakke + kommunikasjonstiltak, skape forutsigbarhet og troverdighet overfor den enkelte ansatte. Ansattmedvirkning Styrke nivå 4-ledere						

12.4 Null-pluss alternativet – etableringsperioden

REF.	Hendelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens	FORBEDRER FØLGENDE	Eier	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/STATUS
			Gradert 1-5	FORHOLD				
1	Økt turnover og redusert rekrutteringsevne	Tiltakspakke + kommunikasjonstiltak, skape forutsigbarhet og troverdighet overfor den enkelte ansatte. Ansattmedvirkning Styrke nivå 4-ledere						
2	Fragmentert funksjonsfordeling	Organisatoriske tiltak						

13 Innspill etter gjennomført samling 28.06

Den 30.06 ble det sendt ut et utkast av denne rapporten på gjennomlesning til alle deltakerne av risikogjennomgangen. Det ble bedt om samlede innspill fra henholdsvis tillitsvalgte, brukerutvalget og ledergruppen i Sykehuset Innlandet.

Innspillene fra ledergruppen i Sykehuset Innlandet ble vurdert til å være av en slik karakter at de er utført som direkte endringer i teksten i rapporten.

Innspillene fra tillitsvalgte og brukerutvalget er lagt inn i sin helhet i dette kapittelet under henholdsvis punkt 13.1 og 13.2. Vurderingen her er at det ble satt av og brukt tilstrekkelig med tid til diskusjoner av de aktuelle temaene under samlingen 28.06, og at konklusjonene fra denne dermed vil gi det mest riktige totalbildet av selve risikovurderingen.

13.1 Innspill fra brukerutvalget

Utredning om sykehusstruktur har pågått i Innlandet i flere år. Helseforetakene «Sykehuset Innlandet HF» (SI HF) og «Helse sørøst RHF» (HSØ RHF) har brukt store ressurser for å komme frem til en bærekraftig struktur. Den struktur vi har hatt svarer ikke til de krav som må kunne stilles:

- Ingen sykehus kan sies å være komplette. Akuttisykehusene innfrir ikke de krav som må forventes
- Antall sykehus har tvunget frem en uholdbar funksjonsfordeling
- Pasienter får ikke behandling på ett sykehus, men må sendes mellom flere sykehus for å få dekket sitt behov for hjelp
- For mange pasienter må sendes til Oslo for å få adekvat behandling
- Små fagmiljøer tiltrekker seg ikke spesialister det er behov for

Enkelte grupperinger av ansatte kastet seg på og fremsnakk null- plussalternativet. Åpenbart for å kunne ha det som før og for manges del kunne fortsette i et nytt sykehus i Hamar. Selvfølgelig er det greit å sloss for seg og sitt, men i realiteten gir 0+-alternativet ingen svar på de problemer som har vært årsaken til at utredningen har vært nødvendig.

I mange år har det vært klart at dagens struktur i Sykehuset Innlandet HF er utgått på dato.

Særlig i de senere år har noen problemområder spisset seg til:

- Å opprettholde virksomhet og forsvarlig drift på 40 forskjellige steder vil ikke samfunnet være med og betale for
- Å opprettholde en akseptabel standard på medisinteknisk utstyr har ikke vært mulig og vil bli enda vanskeligere
- Den medisinfaglige utviklingen har ført til at spesialistene dekker et stadig smalere felt og er avhengige av andre fagfelt for å kunne utføre sine faglige funksjoner

0+-alternativet er ikke bærekraftig av flere grunner og det å opprettholde beredskapen ved alle dagens sykehus er utopisk.

Et annet området som trekker veksler på foretaket økonomi er de pasienter Sykehuset Innlandet må sende til Oslo og andre steder for at de skal få adekvat behandling. Bare i 2021 alene kostet dette nærmere 600 millioner kroner.

Brukerutvalget ser nødvendigheten av at økonomien i et helseforetak er i balanse og på linje med sykehus i landet for øvrig. Det er imidlertid konsekvensene for pasientene vi først og fremst er opptatt av:

- Mjøssykehuset vil gi mulighet for at pasienter kan ferdigbehandles på ett sykehus

- Samlingen av spesialiteter vil gi grunnlag for behandling også for de mest komplekse og medisinsk utfordrende tilstander
- De demografiske endringene vil føre til en større andel av de aller eldste pasientene som ofte har et sammensatt sykdomsbilde
- De psykisk syke vil få lettere tilgang til somatisk helsehjelp og oppfølging

Et komplett sykehus vil i seg selv være rekrutterende i forhold til dagens sykehus med vakanser og små fagmiljø.

Mange hevder at sykehus må ligge i en by og i Innlandet menes det Elverum, Hamar, Gjøvik eller Lillehammer, mens de snakker ned Moelv som lokalisering av Mjøssykehuset. Bygging av Mjøsbrua skapte et kommunikasjonsknutepunkt som har påvirket utviklingen av samfunnet og vil fortsette å gjøre det i fremtiden. Ringsaker er allerede Innlandets mest folkerike kommune og Mjøsbyen vil fortsette å vokse.

0+-alternativet vil være en ulykke for pasientene i Innlandet. Sykehusene ville fortsette sin endring mot en nedgradert standard. Det er ingen grunn til å tro at kompetansenivået vil kunne løfte seg og at standarden på medisinskteknisk utstyr og bygningsmasse vil bedre seg ved å fortsette som før.

13.2 Innspill fra tillitsvalgte

Innspill fra TV6; FHVO, LO, YS, SAN, NITO, Akademikerne:

- Foreløpig analyse er sendt ut i linjene samt TV 20. Tilbakemeldinger er forespurt. Innspill og tilbakemeldinger er lagt inn i vår tilbakemelding.

Innspill fra forskjellige yrkesgrupper i div E-H ang Indremedisin Elverum:

- **«Trygge og gode tilbud» b) Tilgang på rett kompetanse der man tas imot:** Man mener sannsynlighetskategorien bør være 5 da erfaringen slik det er nå tilsier at dette vil skje ukentlig. Per nå skjer det allerede ukentlig at pasientene sendes mellom sykehusene, men enda oftere at de ikke sendes (til tross for at kompetansen ikke er på huset, f.eks nevrologiske pasienter, kirurgiske pasienter man kan observere frem til de muligens må ha kirurgi mv) nettopp for å spare pasient og system for «unødige reiser». Med manglende intensivsenger i tillegg, slik det er skissert, vil man anta at dette blir et større problem da man ikke kan forutsi hvilke pasienter som til enhver tid innlegges og kommer til å få behov for intensivopphold.
- Indremedisinsk miljø Elverum er også bekymret for at man undervurderer **«Gode fagmiljøer» pkt a) mht rekruttering/turnover** på Elverum med kun en begrenset/selektiv akuttmedisinsk avdeling og manglende intensivplasser/avdeling. Slik vi ser det vil denne utfordringen bli langt større på Elverum enn de andre enhetene som legges utenfor Mjøssykehuset (Mjøssykehusmodellen)/Hamar (null-pluss). Dette bla pga avstand som gjør ambulering og knytting opptil større fagmiljøer lite aktuelt/attraktivt, fordi pasientene må sendes langt om de skal sendes, fordi det ikke vil være noen andre akuttfunksjoner tilgjengelig på huset mv. Det er vanskelig å se for seg at et lite begrenset kollegie i indremedisin skal kunne sørge for like god behandling for sitt nedslagsfelt som resten av Innlandet får, når resten av Innlandet da vil ha helt annen tilgang på spesialistkompetanse, både innen de indremedisinske spesialitetene, men også innen alle andre fagområder som de medisinske pasientene ofte trenger tilsyn, bistand og vurderinger fra. Man må da også ta med at en ikke ubetydelig andel av pasientene som sokner til Elverum da vil måtte behandles andre steder i Innlandet fordi de vil triageres som for syke/spesialiserte til å skulle være på Elverum med fare for intensivbehov mv. Dette vil kunne bidra til «mindre spennende faglige utfordringer» på Elverum. Det vil kreve små og krevende spesialiserte vaktlinjer, generelle

indremedisinere (som man nå utdanner i svært liten grad og dermed har liten tilgang på) og mer administrativt arbeid som kommer av at pasienter må sendes rundt omkring, konferanser blir mer tidkrevende mv. Slike kollegier tenker man det vil være svært vanskelig å rekruttere til og opprettholde kompetanse i. Konkurrerende arbeidsplasser i nærheten vil sannsynligvis være betydelig mer attraktive. Sett fra et indremedisinsk ståsted på Elverum mener vi det enten må være et tilnærmet komplett akuttstusykehus (tilsvarende akuttstusykehus nr 2) på Elverum eller et godt helelektivt tilbud med tilnærmet komplett akutttilbud et annet sted hvis befolkningen som sokner til Elverum skal ha et mest mulig likeverdig akutt/spesialisttilbud som resten av Innlandet. En liten, begrenset og selektiv akutt indremedisinsk enhet vil føre til betydelig skjevhet i behandlingstilbudet og store utfordringer med rekruttering slik vi ser det.

- Risikokart Mjøsalternativet s. 15: Indremedisin på Elverum er opptatt av, at å fjerne andre funksjoner som Elverum har i dag, og indremedisinsk miljø vil stå svært alene, vil føre til et dårligere helsetilbud for den delen av befolkningen. Her savnes risikovurdering av hvordan rekrutteringsfunksjonen vil være for Elverum. I mellomfase og på sikt.

Innspill fra forskjellige yrkesgrupper i SI:

- Flere kommenterer risikomomentet rundt transport, pendling, og miljøaspektet rundt dette.
- Store samlede fagmiljøer vil for flere i seg selv være rekrutterende. Reisevegen vil for disse ikke ses på som særlig utfordrende.
- Risiko for at fagmiljø ikke tilstrekkelig klarer å samorganisere seg i perioden fram mot et Mjøssykehus. Tiltak vil da være særs viktig.

Innspill fra TV6:

- Skulle lojaliteten til vedtatt målbilde vært risikovurdert?
- Skulle informasjonsflyten blitt risikovurdert?
- Tiltak for transport av ansatte ved Mjøsalternativet; shuttelbuss ifm vaktskifte.
- TV6 mener at i «Gode fagmiljøer» pkt a) må nordfra fjernes ifbm rekruttering

HOVEDKRITERIE	Delkriterie	Mulig uønsket hendelse	Id	Berørt enhet	Berørt funksjon	Årsak - utførelsesåside	Antatt konsekvens	Risiko- krets- kode	Sann- synligh- et	Primært tiltak	Ny konse- kvens- de	Ny sann- synligh- et
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas i mot	Manglende tverrfaglighet	1	Elverum	Akutt indremedisin (S)	Færre spesialiteter, liten avdeling	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Tilsigering.	3	4
Trygge og gode tilbud	b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas i mot	Manglende tverrfaglighet	2	Lillehammer	Alle kliniske funksjoner	Færre spesialiteter	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	3	2	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Lillehammer sykehus. Tilsigering.	3	2
Trygge og gode tilbud	f) Bygningsmasse med utforming som gir mulighet til å ivareta personvern i henhold til lovene	Manglende oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	3	Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle kliniske funksjoner	Fysiske forutsetninger vanskelig å tilfredsstillt	Isolbrudd og brudd på retningslinjer	3	5	Gode retningslinjer for ivaretagelse av personvern i større grad prioriterte strukturelle endringer ved oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse	3	4
Gode fagmiljøer	a) God rekrutteringsavne og evne til å beholde medarbeidere	Manglende rekrutteringsavne og stor turnover	4	Alle	Alle funksjoner	Mjøssykehuset: Lokasjon og reisetid. Rekruttering kan bli redusert nordfra. Behov for ambulerings- Øvrige enheter: Manglende faglig bredde og uhensiktsmessige lokaler, økt vedlikeholdning Elverum: Ekstra utfordringer mht avstand til øvrige lokasjoner.	Ustilrekkelig bemanning og mangelfull kompetanse	3	4	Alle enheter: Gjennomføre foreslåtte tiltak iht tema sak "Rekruttering og fremtidige kompetansebehov 2020-22" Mjøssykehuset: Blåse gode rammer rundt arbeids situasjonen for den enkelte ansatte, eksempelvis ved etablering av transportansvar, åpne barnhagestilbud, mulighet for forskning og fagutvikling, fleksible arbeidsordninger mm.	3	3
God tilgjengelighet	b) Likeverdige helsetjenester med lik mulighet for riktig behandling uavhengig av bosted	Ikke likeverdig tilbud til alle deler av innlandet	5	Elverum	Akutt indremedisin (S)	Snlære fagmiljø	Pasientene mottar ikke tilstrekkelig god behandling og/eller må flyttes	4	4	Kommunikasjon mellom hovedsykehus og Elverum sykehus. Tilsigering.	3	4
Organisering som underbygger gode pasientforløp	d) Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner	Enkelttjenestende oppdette funksjoner	6	Lillehammer, Elverum, Tynset	Fødselshjelp (S), Akutt kirurgi (K), Akutt indremedisin (S)	Selv med et nytt hovedsykehus vil det være enkelte oppdette funksjoner	Oppdette pasientforløp Oppdette fagmiljøer	2	3	Organisatoriske tiltak	2	3
God ressursutnyttelse	b) Kostnadseffektiv organisering og rasjonelt bruk av bygg, driftsmidler og ansatte	Manglende reinvesteringsevne knyttet til eksisterende sykehusbygg	7	Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle funksjoner	Betaling av renter og nedbetaling av lån på nytt bygg svekker evnen til reinvestering	Svekket driftøkonomi og evne til reinvestering	2	3	Organisatoriske tiltak	2	3
God tilgjengelighet	e) Tidriktig og hensiktsmessige behandlingstilbud, herunder enersom til pasientene	Behov for oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse i skaper konflikt for drift	8	Lillehammer, Elverum, Tynset	Alle funksjoner	Stort moderniseringsbehov i eksisterende bygningsmasse	Forsinket modernisering	2	3	Investere i fleksible rollede lokaler	2	3
Trygge og gode tilbud	d) Spesielle funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingene og liten variasjon i kvalitet	Lavt pasientvolum medfører risiko for dårligere kvalitet på behandlingen	9	Lillehammer, Elverum, Tynset	Fødselshjelp (S) Akutt kirurgi (K) Akutt indremedisin (S) Akutt ortopedi	Lavt pasientvolum	Redusert kvalitet på behandlingen	2	3	Organisatoriske tiltak	2	2