

# RAPPORT

---

## Helse Møre og Romsdal

### **ROS analyse interimfase før SNR – spesialisthelsetjenester i Nordmøre og Romsdal**

**Kunde:**

Helse Møre og Romsdal

**Kontaktperson:**

Espen Remme

**Oppsummering:**

Helse Møre og Romsdal forbereder innstilling til styret i Regionalt Helse Foretak om Idefase for nytt sykehus på Nordmøre/Romsdal. Helseforetaket har vedtak på at det ved alle større endringer skal gjennomføres en ROS-analyse.

På den bakgrunn har Helse Møre og Romsdal gitt Proactima AS oppdraget med å lede og dokumentere arbeidsmøtene i forbindelse med ROS analysen for interimfasen, det vil si tiden fra et lokaliseringsvedtak er gjort til et nytt sykehus står ferdig, etter planen i 2021.

ROS analysen ble gjennomført som en strukturert grovanalyse over to arbeidsmøter. Det første arbeidsmøtet fokuserte på identifisering av trusler og uønskede hendelser, det andre arbeidsmøtet på risikovurdering og identifisering av tiltak. En arbeidsgruppe på ca. 20 personer, oppnevnt av Helse Møre og Romsdal deltok i gjennomføringen.

Følgende delelementer ble vurdert i ROS analysen:

- Gode og bærekraftige fagmiljø i interimperioden, men også som grunnlag for nytt sykehus
- Bygninger, medisinskteknisk utstyr
- Endringer i pasientstrøm
- Fremdrift og tid
- Forholdet til samhandlingsreformen
- Andre forhold

Det ble totalt identifisert 22 trusler/risiko. Arbeidsgruppen bidro med gode og konstruktive tiltak til risikohåndtering og det er konkludert med at risikoen for å ikke nå målsettingen om å levere gode spesialisthelsetjenester i interimperioden er akseptabel, gitt at tiltakene iverksettes på en effektiv måte. På grunn av sterkt sprikende vurderinger i arbeidsgruppen, er det til dels betydelig usikkerhet omkring enkelte av risikovurderingene..

---

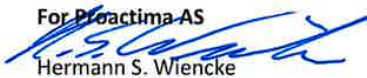
Nøkkelord	Helse Møre og Romsdal, ROS Analyse, Nytt sykehus
Rapport nr.	PS-1071748-RE-01
Forfatter(e)	Anne Tønnessen, Steven Viddal
Konfidensialitet	Intern
Revisjonsnummer	02
Revisjonsdato	11.11.14
Antall sider	43

---

Rev.	Dato	Grunn for revisjon
01	29.10.2014	Utkast til kunde
02	11.11.2014	Endelig versjon

  
Utarbeidet av  
Steven Viddal

  
Verifisert av  
Rune Sjørser

For Proactima AS  
  
Hermann S. Wiencke

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Introduksjon.....</b>	<b>6</b>
2.1	Bakgrunn .....	6
2.2	Formål.....	7
2.3	Arbeidsomfang .....	7
2.4	Aktuelle lokasjoner for nytt sykehus .....	8
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>8</b>
3.1	Planlegging .....	8
3.2	Risiko og sårbarhetsanalyse .....	9
3.2.1	Analysegruppe og analysemøter .....	9
3.2.2	Avstemningsmøte .....	12
3.2.3	Risikopresentasjon .....	12
3.2.4	Kommentar til sannsynlighetsskala, konsekvensdimensjoner og risikomatriser benyttet i analysen .....	14
<b>4</b>	<b>Resultater.....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjoner .....</b>	<b>16</b>
5.1	Generelt.....	16
5.2	Presentasjon av risikobildet .....	17
5.3	Delelement «Gode og bærekraftige fagmiljø i interimperioden, men også som grunnlag for nytt felles sykehus».....	18
5.3.1	Opplevd feil lokaliseringsvedtak.....	18
5.3.2	Redusert rekruttering.....	20
5.3.3	Personell som slutter.....	21
5.3.4	Teknisk personale – mangel på, sviktende rekruttering, rett kompetanse .....	22
5.3.5	Økt sykefravær .....	23
5.3.6	Uklar funksjonsfordeling .....	25

5.3.7	Miste godkjenning for utdanning av legespesialister .....	25
5.3.8	Medier/omdømme – negativ påvirkning av prosessen fører til utsettelse .....	26
5.3.9	Medier, negativ påvirkning av ansatte .....	27
5.3.10	Valg av Astad som lokalisering, effekt på rekruttering .....	28
5.4	Delelement Bygninger og Medisinsk Teknisk Utstyr .....	29
5.4.1	Utilstrekkelig vedlikehold av bygningsmasse .....	29
5.4.2	Utilstrekkelig investering i medisinskteknisk utstyr .....	30
5.4.3	Branntilsyn – kompenserende tiltak .....	30
5.4.4	Arbeidstilsynet – risiko for pålegg .....	31
5.4.5	Mattilsynet – Pålegg .....	32
5.4.6	Manglende areal/kapasitet til å kompensere ved annet sykehus ved teknisk svikt av lokaler ved det ene sykehus .....	32
5.4.7	Behov for polikliniske tjenester overstiger arealmessig kapasitet .....	33
5.5	Endrede pasientstrømmer .....	34
5.5.1	Endring av/usikkerhet om fremtidige krav til pasientbehandling .....	34
5.5.2	Plassering av legevaktsentraler – endring i pasientstrøm .....	34
5.5.3	Pasienter søker til andre sykehus .....	35
5.6	Delelement: Fremdrift og tid .....	36
5.6.1	Utsettelse, forskyvning av byggestart .....	36
5.7	Forhold til samhandlingsreformen .....	37
5.7.1	Manglende koordinering mellom kommune(r) og sykehus .....	37
5.8	Andre faktorer .....	37
5.8.1	Utilstrekkelig tilgang på prehospital medisinsk transport .....	37
<b>6</b>	<b>Oppsummering/konklusjoner .....</b>	<b>38</b>
6.1	Om opplevd feil lokalisering – særlig Moldenært versus Kristiansundnært .....	38
6.1.1	Påvirkning av nyrekruttering versus beholde nåværende personale .....	40
6.1.2	Lokalisering på Astad .....	40
6.2	Andre .....	40
6.3	Om funksjonsomfordeling som tiltak .....	41
6.4	Om 0-alternativet .....	41
<b>7</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>42</b>

## 1 Oppsummering

Helse Møre og Romsdal forbereder innstilling til styret i Regionalt Helse Foretak om Idefase for nytt sykehus på Nordmøre/Romsdal. Helseforetaket har vedtak på at det ved alle større endringer skal gjennomføres en ROS-analyse.

På den bakgrunn har Helse Møre og Romsdal gitt Proactima AS oppdraget med å lede og dokumentere arbeidsmøtene i forbindelse med ROS analysen for interimfasen, det vil si tiden fra et lokaliseringvedtak er gjort til et nytt sykehus står ferdig, etter planen i 2021.

ROS analysen ble gjennomført som en strukturert grovanalyse over to arbeidsmøter. Det første arbeidsmøtet fokuserte på identifisering av trusler og uønskede hendelser, det andre arbeidsmøtet på risikovurdering og identifisering av tiltak. En arbeidsgruppe på ca. 20 personer, oppnevnt av Helse Møre og Romsdal deltok i gjennomføringen.

Følgende delelementer ble vurdert i ROS analysen:

- Gode og bærekraftige fagmiljø i interimperioden, men også som grunnlag for nytt sykehus
- Bygninger, medisinskteknisk utstyr
- Endringer i pasientstrøm
- Fremdrift og tid
- Forholdet til samhandlingsreformen
- Andre forhold

Det ble totalt identifisert 22 trusler/risiko. Arbeidsgruppen bidro med gode og konstruktive tiltak til risikohåndtering og det er konkludert med at risikoen for å ikke nå målsettingen om å levere gode spesialisthelsetjenester i interimperioden er akseptabel, gitt at tiltakene iverksettes på en effektiv måte. På grunn av sterkt sprikende vurderinger i arbeidsgruppen, er det til dels betydelig usikkerhet omkring enkelte av risikovurderingene.

## 2 Introduksjon

### 2.1 Bakgrunn

Alle helseforetak i Norge skal lage en utviklingsplan for sin virksomhet. Basert på planen skal man peke på tiltak knyttet til fag og bygg for å sikre gode tjenester i fremtiden. Slike tiltak kan være alt fra at man velger å utvikle et konkret fagområde, til å bygge et nytt sykehus.

Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal ble vedtatt av foretaksstyret i desember 2012, og blir fulgt opp av Helse Midt Norge RHF.

Utviklingsplanen slo fast at den langsiktige sykehusløsningen for Nordmøre og Romsdal skulle være ett felles akuttsykehus som erstattet lokalsykehusene i Molde og Kristiansund, og at man måtte utrede nærmere forholdet til tjenestetilbudet utenfor fellessykehuset i folketette områder. Vedtak om utviklingsplanen åpnet for at Helse Møre og Romsdal HF kunne gå inn i idéfase (første trinn av tidligfase) for sykehusprosjekt, som ble gjort gjennom styrevedtak i Helse Møre og Romsdal i februar 2013.

Ved avslutning av idefasen, skal Helse Møre og Romsdal avgi en tilråding til Helse Midt-Norge om sykehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR). Innstillingen fra styret i Helse Møre og Romsdal HF til Helse Midt-Norge RHF vil inneholde:

- Lokalisering og tomtevalg
- Hovedinnhold, prinsipielle funksjoner og oppgaver i SNR
- Økonomisk bærekraft for prosjektet og for Helse Møre og Romsdal
- 3 alternative løsninger som en tar med seg inn i konseptfasen
  - I tillegg 0 alternativet som skal være med
- ROS analyse av interimperioden (fra vedtak frem til driftsstart SNR)
- Mandat og prosessbeskrivelse for konseptfasen
- I tillegg til andre relevante moment i styresakene

## 2.2 Formål

Et av vedtakspunktene i håndteringen av idefasen er ROS analyse. ROS analysen inngår som et av elementene i systematisk risikostyring av virksomheten, og det er vedtak i Helse Midt-Norge om at det ved større endringsarbeide skal gjennomføres ROS analyse i forkant av avgjørelsen. Denne rapporten dokumenterer bakgrunn for og omfang og gjennomføring av ROS analyse som innspill til Idefaserapport til styrebehandling i Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge RHF.

Formålet med ROS analysen var på et overordnet nivå å identifisere trusler mot Helse Møre og Romsdal sine muligheter til å levere spesialisthelsetjenester på Nordmøre og i Romsdal i perioden fra et lokaliseringvedtak er fattet, inntil et nytt felles sykehus står klart. Antatt ferdigstilling etter dagens prosjektplan er i 2021.

Planlegging og gjennomføring av ROS analysen skal bygge på Norsk Standard 5814:2008, vedtatt i juli 2008.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe på 20 personer som deltar i ROS arbeidsgruppemøtene. Oppdragsgiver for ROS analysen er Helse Møre og Romsdal HF under ledelse av oppdragsansvarlig Espen Remme.

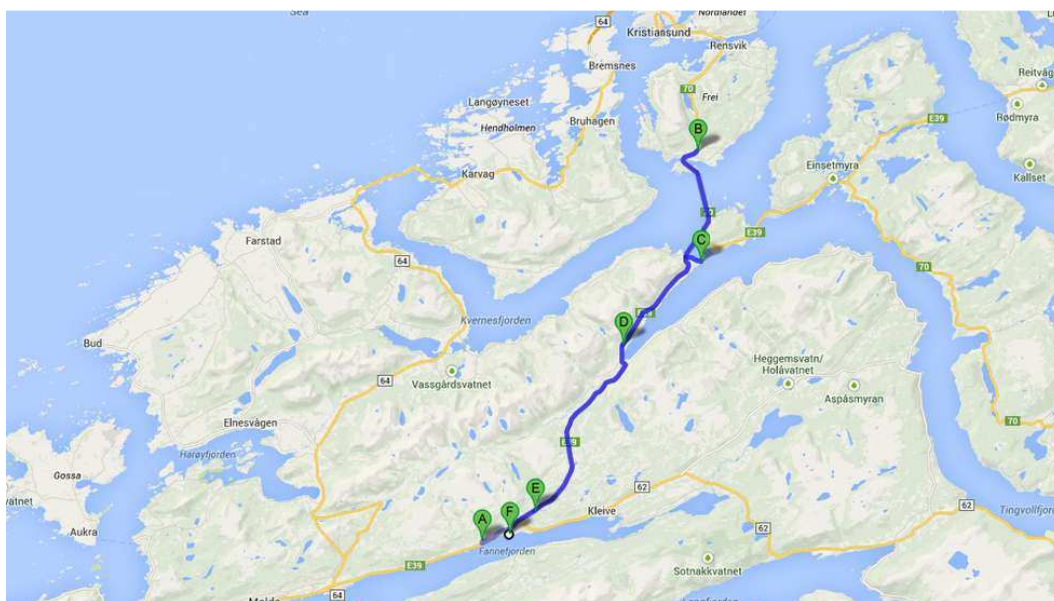
## 2.3 Arbeidsomfang

1	Planleggingsmøte, mandag 13. oktober 2014, kl 10:00 – 15:00 i Ålesund.
2	Arbeidsgruppemøte, onsdag 15. oktober 2014, kl. 10:00 – 15:00 i Molde.
3	Arbeidsgruppemøte, fredag 24. oktober 2014, kl. 10:00 – 15:00 i Kristiansund.
4	Utarbeiding av utkast rapport og et sammendrag på 2-3 sider – leveranse 29.10.2014.
5	Avstemningsmøte i Ålesund, fredag 31. oktober 2014 kl. 09:00 – 12:00.
6	Endelig leveranse rapport og sammendrag, onsdag 5. november 2014.

## 2.4 Aktuelle lokasjoner for nytt sykehus

Formålet med denne ROS analysen var ikke å vurdere de enkelte lokasjonene opp mot hverandre. Dette blir håndtert i en egen utredning. Men det er tenkelig at hvilken lokasjon som velges kan ha ulik påvirkning av hvordan risiko ved ulike uønskede hendelser vurderes. Dermed er det rimelig å gi en kort beskrivelse av de aktuelle lokasjonene for nytt sykehus:

Etter et utgangspunkt på seks lokasjoner har en kommet frem til tre aktuelle valgmuligheter for plassering av nytt sykehus, SNR. En plassering er lokalisert nær Molde, en nær Kristiansund og et alternativ mellom disse. Kartet nedenfor viser plasseringene; Opdøl på Hjelset i Molde kommune (Bokstav F ), Astad nær Batnfjordsøra i Gjemnes kommune (Bokstav D ) og Storbakken på Frei i Kristiansund kommune (bokstav B).



Figur 2-1 Aktuelle lokaliseringer for nytt sykehus

Kjørestand fra Kristiansund til aktuell lokasjon på Hjelset er om lag en time, tilsvarende fra Molde til lokasjon på Storbakken/Frei. Til Astad er det om lag 35 minutters kjøring både fra Molde og Kristiansund.

## 3 Metode

### 3.1 Planlegging

En strukturert grovanalyse ble valgt for denne risiko- og sårbarhetsanalysen. Grovanalyse er en ofte brukt metode for denne type analyser og den anbefalte metode blant annet i DSB's veileder Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse i kommunene. Som en del av forberedelsene ble det avholdt et



arbeidsmøte mellom oppdragsgiver og Proactima i Helse Møre og Romsdals kontorer i Ålesund den 13.10.2014.

I møtet ble det gjennomgått en del bakgrunnsinformasjon for analysen og man definerte de delelementene som man ønsket å analysere nærmere i selve ROS analysen.

På bakgrunn av dette møtet utarbeidet Proactima analyselogg, sjekklister/aktuelle ledeord for delelementene og forberedte innledende presentasjon til møtene.

Helse Møre og Romsdal har fått gjennomført et betydelig antall analyser og vurderinger av nytt felles sykehus og aktuelle lokaliseringer, blant annet pasientstrømsanalyse og transportanalyse. I tillegg kommer kommunale plan- og utredningsprosesser for de aktuelle tomtevalg. På grunn av en relativt stram tidsplan fra oppstart til ferdigstilling har det ikke vært anledning til å gjøre noen inngående gjennomgang og vurdering av disse.

Planleggingen og gjennomføringen av analysen var i henhold til NS 5814:2007, Krav til Risikoanalyser.

## 3.2 Risiko og sårbarhetsanalyse

### 3.2.1 Analysegruppe og analysemøter

ROS-analysen ble gjennomført som en workshop over to dager med en analysegruppe bestående av representanter fra sykehusene i Molde og Kristiansund, representanter fra Helse Møre og Romsdal, Helse Midt Norge og brukerorganisasjoner, vernetjeneste og tillitsvalgte. Arbeidsgruppens bredde både faglig og organisatorisk tilsier at det var godt grunnlag for å belyse risiko i henhold til tema og oppgave. Proactima hadde hovedansvar for å lede og dokumentere møtet. Den tverrfaglige gruppen hadde inngående kjennskap til utfordringer ved drift av Helse Møre og Romsdal sine sykehus, detaljkunnskap om sykehusenes oppbygning og utfordringer, samt kompetanse i gjennomføring av risikoanalyser. En oversikt over deltagerne i analysegruppen er gitt i tabellen under.

Det ble ved oppstart av analysemøtene presisert at arbeidsgruppen var innkalt til møtene for å bidra som fag- og ressurspersoner i kartleggingen av risiko for målsettingen om å levere en fullgod spesialisthelsetjeneste i interimperioden. Allikevel har arbeidet til dels båret preg av at deltakere fra de to eksisterende sykehus har oppfattet seg som og opptrådt som representanter for sine respektive sykehus.

Navn	Stilling	Sykehus/foretak /organisasjon	Møte 1 15.10.14	Møte 2 24.10.14	Møte 3 5.11.14
<b>Espen Remme</b>	Strategi og utv.sjef/ Prosjektleder	HMR HF	X	X	X
<b>Anne S.A.Larsen</b>	Rådgiver	HMR HF	X	X	X
<b>Rune Skjevik</b>	Spl Psykiatri	Hjelset	X	X	Video
<b>Ingrid Løset</b>	Brukerepresentant	HMR HF	X	X	X
<b>Kjell Åsmund Salvesen</b>	Dir for Helsefag, forskn og utd	HMN RHF	X		
<b>Lars Magnussen</b>	Prosjektleder/observatør	HMN RHF	X	X	
<b>Mona Aagaard-Nilsen</b>	Drift- og eiendomssjef	HMR HF	X	X	Video
<b>Ellen J. Melsom</b>	Overlege, Medisinsk avd	Kr.sund sykehus	X	X	Video
<b>Runar Finvåg</b>	Pasient- og brukerombud		X		Video
<b>Hanne H. Stenseth</b>	Seksjonsleder	Kr.sund sykehus	X	X	Video
<b>Olav Finnøy</b>	Personaldirektør	HMR	X	Video	X
<b>Terje Kjøl</b>	Tillitsvald NSF	Kr.sund sykehus	X	X	Video (med 1.del)
<b>Anders Nordby</b>	Avd.leder Anestesi	Molde sykehus	X	X	Video
<b>Torbjørn Vorpenes</b>	Brukerrepresentant	HMR HF	X	X	
<b>Siri B. Talseth</b>	Seksjonsleder palliasjon og kreft	Molde sykehus	X	X	
<b>Anita Høgstøyl</b>	Hovedverneombud	Kr.s og Molde	X (med 1.del)	X	
<b>Jørgen G. Andvik</b>	Tillitsvalgt for legene LIS,YLF, HTV, Kir ort.	Molde sykehus	X		

<b>Roland Mauseth</b>	Kommunikasjons- rådgiver	HMR HF	X	X	Video
<b>Odd J. Veddeng</b>	Fagdirektør	HMR HF	X	Video	X
<b>Henrik Sandbu</b>	Ass Fagdirektør	HMN RHF		X	
<b>Arild Vassenden</b>	Rådgiver fagavdelingen	HMN RHF	X	X	X
<b>Bjarte Jensen</b>	Foretaksverneombud	HMR HF		Video	X
<b>Steven Viddal</b>	Prosessleder/Rådgiver	Proactima AS	X	X	X
<b>Anne Tønnessen</b>	Referent/Rådgiver	Proactima AS	X	X	X

Tabell 3-1 Arbeidsgruppe

### Risikoanalyse møte - Dag 1

Første risikoanalyse møte ble holdt 15.10.2014 ved sykehuset i Molde. Innledningsvis dag 1 ble deltagere, formål og metodikk gjennomgått. Det ble også gitt en overordnet beskrivelse av formål og delelementer i analysen. Deretter ble uønskede hendelser relatert til analyseobjektet identifisert og beskrevet, i henhold til en prosess som både inkluderte individuell refleksjon og gruppediskusjoner. Sjekkliste/ledeord ble i liten grad brukt både på grunn av tidsfaktor og fordi gruppens engasjement førte til at delelementene ble utførlig dekket uten at det var behov for å bruke ledeord for å stimulere ytterligere refleksjoner.

Formålet med den første workshopen var å identifisere uønskede hendelser og trusler.

Etter møtet ble analyseloggen gjennomgått og renskrevet av Proactima og sendt ut til deltakerne. Kort tid mellom Møte 1 og 2, samt stor mengde notater fra første møte, gjorde at loggen ble sendt ut på høring noe tett opp mot neste møte. Dermed ble det noe kort tid til å kommentere loggen før siste møte og kun noen få kommentarer ble mottatt.

Mer fullstendige kommentarer er overlevert Proactima etter møte 2. En preliminær risikovurdering ble gjort internt av Proactima mellom møte 1 og møte 2 og justert på innspill fra arbeidsgruppen i møte 2.

Temaene som ble besluttet i arbeidsmøte den 13.10.2014 og gjennomgått i møte 1 var:

1. Gode og bærekraftige fagmiljø i interimperioden – men også som grunnlag for etablering av SNR.
2. Teknisk tilstand bygninger og medisinskteknisk utstyr
3. Fremdrift og tid
4. Endringer i pasientstrømmer
5. Andre faktorer

Det ble ved starten av Møte 1 åpnet for å komme med innspill til endring av, eventuelt legge til nye delelementer. Som en følge av dette ble Forhold til Samhandlingsreformen lagt til listen over delelementer.

### Risikoanalyse møte - Dag 2

På grunn av kort tid mellom utsendelse av renskrevet logg, ble Dag 2 startet med en kort gjennomgang av kommentarer til utsendt logg.

Deretter ble de identifiserte truslene gjennomgått systematisk og strukturert. Det ble gitt anledning til å utdype og presisere formuleringer.

Enkelte av truslene som ble identifisert i første møte ble besluttet strøket fra loggen, da de i stor grad kun var relevante for tiden etter at nytt sykehus stod ferdig, det vil si utenfor mandatet for risikoanalysen.

#### 3.2.2 Avstemmingsmøte

Det ble holdt et arbeidsmøte i Helse Møre og Romsdals kontorer i Ålesund den 05.11.2014, for å gjennomgå kommentarer til rapporten. Møtet ble gjennomført som en videokonferanse. Også deltakerne på dette møtet er registrert i Tabell 3-1.

#### 3.2.3 Risikopresentasjon

Det ble benyttet en forenklet 3 X 3 risikomatrix til risikovurderingen. I Tabell 3-2 presenteres sannsynlighets- og konsekvensklassene som er brukt i ROS-analysen.

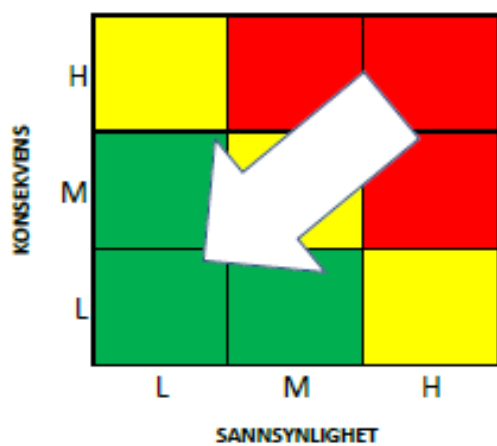
Tabell 3-2 Risiko/styrbarhetsmatrise

Kategorier	Konsekvens	Sannsynlighet	Styrbarhet
Høy	Truer i betydelig grad organisasjonens/prosjektets evne til å oppnå målsetting(er)	“...jeg er virkelig bekymret for...” [ sannsynlig]	“...innenfor Helse MR sin styring...”
Middels	Truer i noen grad organisasjonens/prosjektets evne til å nå målsetting(er)	“...kan ikke se bort fra...” [ mulig]	“...Helse MR kan påvirke...”
Lav	Truer i liten/ubetydelig grad organisasjonens/prosjektets evne til å nå målsettinger	“...ikke bekymret for...” [ ikke sannsynlig]	“...utenfor Helse MR sin mulighet for å påvirke...”

Som det fremgår, følger ikke denne risikomatriksen den tradisjonelle frekvensbaserte sannsynlighetsskalaen, men er knyttet til analysegruppens subjektive vurdering av grad av bekymring for at den uønskede hendelsen skal inntreffe.

På samme måte er ikke konsekvensdimensjonen koblet til faste/objektive utfall, som for eksempel skader. Konsekvensene er relatert til om hvorvidt de truer organisasjonens eller prosjektets evne til å nå sine målsettinger. I dette tilfellet Helse Møre og Romsdal sin målsetting: *Det skal leveres gode og fullverdige spesialisthelsetjenester minst på dagens nivå i perioden fra et lokaliseringsvedtak er fattet, til nytt Sykehus for Nordmøre og Romsdal (SNR) står ferdig i 2021.* I denne rapporten refereres det til dette som målsettingen for interimperioden.

Selve risikomatriksen blir da sendt ut som i Figur 3-1:



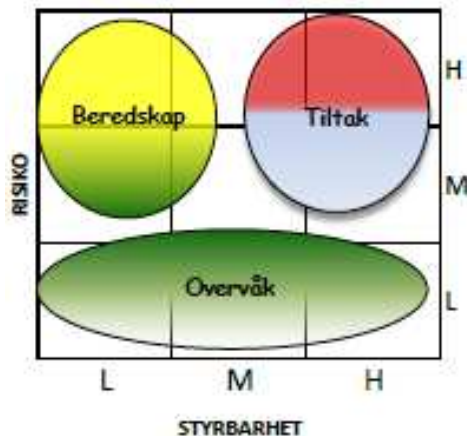
Figur 3-1 Forenklet risikomatrix

Matrisen inneholder også en dimensjon for styrbarhet:

- Høy styrbarhet innebærer at Helse Møre og Romsdal har betydelige muligheter til å *styre* tiltak og handlinger som innebærer at sannsynligheten og/eller konsekvensen reduseres.
- Middels styrbarhet innebærer at det Helse Møre og Romsdal har muligheter til å *påvirke* tiltak og handlinger som innebærer at risikoen reduseres enten gjennom påvirkning av sannsynlighets- eller konsekvensdimensjonen.
- Lav styrbarhet innebærer at Helse Møre og Romsdal hverken kan styre eller påvirke handlinger som i nevneverdig grad påvirker risikoen.

I vurderingen av styrbarhet må man dermed ta hensyn til ikke bare om det er tiltak som helseforetaket kan iverksette, men også hvorvidt det er rimelig at disse tiltakene bidrar til å *styre* eller *påvirke* risikoen. Rimeligvis vil det i en grovanalyse av denne type være et visst grad av skjønn i denne vurderingen.

Kombinasjonen av risikonivå (fra Figur 3-1) og styrbarhet gir dermed en pekepinn om strategi for risikohåndteringen, som vist i Figur 3-2 nedenfor:



Figur 3-2 Strategi for risikohåndtering

Prinsippet er at ved uønskede hendelser som er vurdert å ha lav risiko vil man begrense tiltakene til å overvåke utviklingen og om nødvendig sette inn tiltak. Tiltakene bør kostnadmessig og ressursmessig stå i forhold til den risiko man ønsker å håndtere.

Hendelser med høy risiko og høy/middels grad av styrbarhet vil man ønske å sette inn tiltak mot. Men også disse tiltakene må vurderes opp mot kost/nytte. Hendelser med høy risiko og lav grad av styrbarhet, vil man rimeligvis ha begrenset med effektive tiltak å sette inn mot. Den viktigste risikohåndteringen, blir da å ha en god beredskap for å redusere sårbarheten dersom hendelsene skulle inntreffe.

### 3.2.4 Kommentar til sannsynlighetsskala, konsekvensdimensjoner og risikomatriser benyttet i analysen

Proactima har erfaring for at en slik tilnærming til risikovurdering og presentasjon er effektiv av flere grunner:

- En sannsynlighetsdimensjon som er basert på frekvenser av hendelser angitt enten kvantitativt (1 per uke/måned/år osv) eller med kvalitativ beskrivelse (skjedd i egen virksomhet, skjedd i sammenlignbare virksomheter) er metodisk krevende å anvende for avgrensede tidsrom eller prosjekter.
- Tilsvarende usikkerhet vil ofte foreligge for konsekvensdimensjonen.
- Den forenklede matrisen tilstreber derimot å bruke møtedeltakernes samlede erfaring til å angi en grad av sannsynlighet som ikke trenger å presist kategoriseres.
- Tilsvarende er konsekvensdimensjonen knyttet til prosjektets målsettinger og gjør det dermed lettere å konkretisere hvorvidt en gitt hendelse faktisk truer de vedtatte målsettinger.

## 4 Resultater

I Tabell 4-1 gis det en summaris oppstilling av identifiserte risiko i arbeidsmøtene. Det er gitt en mer detaljert fremstilling i kapittel 5.

Tabell 4-1 Identifiserte risiko

Id	Delelement	Uønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
1.2	Gode og bærekraftige fagmiljø i interimperioden – men også som grunnlag for nytt sykehus	Opplevd feil lokalisering	H	H	M
1.3		Redusert rekruttering	M	H	H
1.4		Personell som slutter	M	H	M
1.5		Økt sykefravær	M	H	H
1.8		Uklar funksjonsfordeling	M	H	H
1.6		Miste godkjennelse for spesialistutdanning	M	H	H
1.9		Teknisk personale – mangel på, sviktende rekruttering, rett kompetanse	M	M	M
1.10		Medier/omdømme, utsettelse, negativ rekruttering	M	H	M
1.11		Medier, negativ påvirkning av ansatte	M	M	H
1.12		Valg av Astad som lokalisering	M	H	M
2.1		Bygninger, MTU	Utilstrekkelig vedlikehold	L	M
2.2	Utilstrekkelig investering i medisinsk teknisk utstyr		L	M	H
2.3	Branntilsyn – kompenserende tiltak		L	L	H
2.4	Arbeidstilsynet – risiko for pålegg		H	M	M
2.6	Mattilsynet – pålegg		H	L	H
2.7	Manglende areal/kapasitet til å kompensere ved annet sykehus ved		L	M	M

Id	Delelement	Uønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
		teknisk svikt ved det ene sykehuset.			
2.9		Behov for pol.kl . tjenester overstiger arealmessig kapasitet	H	M	H
3.1	Endring av pasientstrømmer	Endring/usikkerhet om fremtidige krav til pasientbehandling	M	M	M
3.2		Plassering av legevaktsentraler – endring i pasientstrøm	M	M	M
3.3		Pasienter søker til andre sykehus	M	M	M
4.1	Fremdrift og tid	Utsettelse/forskyvning av byggestart	M	H	M
5.1	Forhold til samhandlingsreformen	Manglende koordinering mellom kommuner og sykehus	H	H	M
6.2	Andre faktorer	Utilstrekkelig tilgang på prehospital medisinsk transport	M	M	M

## 5 Diskusjoner

### 5.1 Generelt

I denne seksjonen vil de identifiserte truslene bli diskutert enkeltvis. Diskusjonen vil forsøke å underbygge risikovurderingen ut i fra risikopresentasjonen beskrevet i 3.2.3. Det må understrekes at risikovurderingen for flere av elementene representerer en form for beste anslag basert på vurderingene og diskusjonene i arbeidsmøtet. Det er ingen tvil om at det for enkelte av de identifiserte truslene var betydelig grad av uenighet i arbeidsgruppen når det gjelder vurderingen av så vel sannsynlighet og konsekvens som styrbarhet.

I seg selv utgjør ikke denne uenigheten noen degradering av hverken metode eller resultat. Anerkjente definisjoner av risiko gjenspeiler nettopp at også usikkerhet må tas hensyn til i presentasjonen av resultater fra en risikoanalyse, jfr. Aven 2009:

*Risiko er en kombinasjon av mulige konsekvenser (utfall) og tilhørende usikkerhet.*

Imidlertid kan en analyse med et risikobilde preget av stor usikkerhet omkring mulige utfall være mer krevende å tolke for beslutningstakere. I påfølgende avsnitt, og særlig i kapittel 6, er det dermed lagt



vekt på å gjøre en balansert fremstilling av de synspunkter som kom frem i analysemøtene, både for å synliggjøre bakgrunnen for usikkerheten og for å gjøre det mulig for beslutningstakere å ta dette med i vurderingen av disse resultatene som beslutningsgrunnlag.

For en overordnet analyse som denne, kan dermed et generelt tiltak være å gjøre mer detaljerte studier og analyser av enkeltfunn for derigjennom å forsøke å redusere usikkerheten.

## 5.2 Presentasjon av risikobildet

Basert på analyseloggen fra møtet vil de følgende avsnitt beskrive hvert enkelt funn med vekt på:

- Delement, jfr. 3.2.1
- Kort beskrivelse
- Risikopresentasjon (sannsynlighet/konsekvens/styrbarhet)
- Diskusjon
- Forslag til tiltak

Arbeidsgruppen påpekte flere observasjoner i loggen som var mer knyttet til tiden etter at et nytt sykehus stod ferdig, heller enn interimperioden. Flere av disse har dermed skjønnsmessig blitt utelatt i denne rapporten. Imidlertid er noen tatt med, blant annet for å belyse overgangsfasen til et nytt felles sykehus.

Andre funn som er dokumentert i analyseloggen har bortfalt eller blitt betydelig endret i denne hovedrapporten, som følge av informasjon fremlagt i møter eller fremlagt dokumentasjon. I hovedsak må derfor analyseloggen sees på som en dokumentasjon av funn som et øyeblikksbilde etter gjennomføring av særlig første analyse møte. Andre grunner til at enkeltfunn i loggen ikke er videreført i rapporten inkluderer utilstrekkelig relevans for interimperioden eller at punktet i det vesentligste overlapper med andre funn og tilfører lite/ingenting nytt.

Følgende Id nummer (fra analyselogg) er av grunner som beskrevet ovenfor ikke videreført som selvstendige funn i rapporten:

- 1.1
- 1.7
- 2.6
- 2.8
- 4.2
- 4.3
- 4.4
- 5.2
- 6.1

Denne rapporten reflekterer dermed det som er arbeidsgruppens konklusjoner og vurderinger etter gjennomføring av alle arbeidsmøter og diskusjoner.

### 5.3 Delelement «Gode og bærekraftige fagmiljø i interimperioden, men også som grunnlag for nytt felles sykehus»

#### 5.3.1 Opplevd feil lokalisingsvedtak

##### Beskrivelse

Med utgangspunkt i de tre aktuelle lokasjonene, jfr 2.4, er det åpenbart at enten Molde, Kristiansund eller begge, vil miste det å ha sykehus i sitt nærområde. Den uttalte bekymringen er at dette vil utløse reaksjoner blant ansatte ved det sykehuset som legges ned. For ordens skyld presiseres det her at begge dagens sykehus i praksis vil bli lagt ned og erstattet av et felles sykehus som uansett ikke blir liggende på noen av dagens lokasjoner. Allikevel er det ikke urimelig å legge til grunn at en by vil oppleve det som de mister sitt sykehus, mens den andre vil kunne oppleve å beholde det.

Risikoen er knyttet til at fagmiljøer ved det sykehuset som oppleves som å bli nedlagt kan forvitre, hvorav noen allerede er svært små og sårbare.

##### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
H	H	M

Arbeidsgruppen uttrykker med noe forskjellig begrunnelse en høy grad av bekymring knyttet til at det faktisk vil få betydelige og negative konsekvenser når det gjelder målsettingen om å levere gode spesialisthelsetjenester på dagens nivå i interimperioden. Samtidig er styrbarheten middels da man ikke direkte kan kontrollere hvilke reaksjoner som kommer, men gjennom tiltak er det realistisk at man kan påvirke styrken av dem.

##### Diskusjon

Det påpekes at det vil kunne utløse reaksjoner i det sykehuset som ikke får det nye sykehuset, SNR i sin nærhet. Det er ulike observasjoner knyttet til dette, som påvirkning av muligheten til å beholde fagmiljøer, nyrekruttering, beholde godkjenning som utdanningsavdelinger for legespesialister og så videre. Flere av disse er behandlet enkeltvis senere, slik dette vil være en mer innledende generell behandling av temaet.

Selv om det er enighet om at lokalisingsvalget vil kunne ha konsekvenser for å ikke nå målsettingen for interimperioden, er det liten eller ingen enighet om hvilken lokalisering som vil kunne ha størst konsekvenser for målsettingen. Det er åpenbart at det dermed er stor usikkerhet omkring mulige utfall av lokalisingsvalget, med tanke på konsekvenser for å nå den vedtatte målsettingen for interimperioden. Se også kapittel 6, for nærmere diskusjon.

Dagens to eksisterende sykehus er ikke like store. Molde sykehus er noe større og med noe større bredde i medisinsk faglig tilbud. Det er en viss funksjonsdeling mellom de to eksisterende sykehus, typisk ved at et tjeneste/fagtilbud i hovedsak dekkes av det ene sykehuset. Det er anført i arbeidsmøte at selv om Molde sykehus totalt sett har større bredde i utvalget av fagtilbud, er enkelte av disse relativt små (lite personell) og dermed sårbare. Motsatt er det færre fagtilbud i Kristiansund, men det oppgis i arbeidsmøte og kommentarer til første rapportutkast at disse relativt sett har en robust bemanning.

Enkelte utkantstrøk på Nordmøre, som allerede i dag har lang reisevei til sykehus i Kristiansund, vil få betydelig lengre reisevei, dersom fagmiljø ikke kan opprettholdes i interimperioden.

Det har vært utenfor mandat og tilgjengelig tid å innhente og vurdere data om bemanningen og funksjons/tjenestetilbud ved dagens sykehus. For videre vurderinger i denne rapporten, legges det til grunn at Molde er det tallmessig største sykehuset av dagens to eksisterende sykehus.

Selv om begrunnelsene er noe ulike, argumenteres det sterkt for at bekymringen er stor og konsekvensene potensielt truende for muligheten til å oppnå målsetting, enten man velger en lokalisering nær Molde eller Kristiansund. Begge sykehus har fagmiljø som er sårbare – noe som også er en del av begrunnelsen for å samle dem i et felles sykehus. Det er dermed rimelig å legge til grunn at det foreligger en høy risiko, jfr risikomatrise i 3.2.3 og at usikkerheten er stor omkring begge valg.

Arbeidsgruppen pekte også på at det var usikkerhet og stor risiko knyttet til å velge det som fremstår som midtalternativet, Astad i Gjemnes kommune. Avstand til by og tilhørende tjenestetilbud og generell mangel på infrastruktur medfører en viss skepsis til at dette alternativet vil være attraktivt både når det gjelder å beholde dagens ansatte og rekruttere nyansatte til et nytt sykehus plassert der.

Allikevel var det også synspunkter i retning av en positiv effekt av denne lokaliseringen: Det er tenkelig at en slik løsning vil oppleves som rettferdig og gjøre det lettere å bygge en fellesskapskultur omkring det nye prosjektet uten at noen av de eksisterende sykehusmiljøene bærer med seg en tapsfølelse.

Det er dermed betydelig usikkerhet knyttet til utfallet av alle tre lokaliseringsvalgene. Risikoen er vurdert som høy både som en følge av høy sannsynlighet og konsekvens, men som nevnt med betydelig usikkerhet.

Tiltak, som kan redusere sannsynlighet eller konsekvens må vurderes. Det vil også kunne være nyttig å sette inn tiltak/undersøkelser som eventuelt kan bidra til å redusere usikkerheten omkring utfallene av de forskjellige lokaliseringsvedtakene.

## Tiltak

Følgende tiltak ble foreslått av arbeidsgruppen:

- Mer detaljert tiltaksplan for hvert fagmiljø, basert på det enkelte fagmiljøets sårbarhet, evne til rekruttering, tilfang av kompetent personell og så videre.
- Beredskap for akutfasereaksjoner og reorganiseringsfase etter at et lokaliseringsvedtak er gjort kjent. Dette er et lederansvar i samspill med hovedtillitsvalgte og vernetjeneste. Bedriftshelsetjensten kan være en viktig støttespiller med faglige råd og innspill.
- Viktig med en synlig og tilstedeværende ledelse, fra toppledelse til avdelings/seksjonsledelse. Viktig at lederlinja fungerer fra topp til bunn og har et ens budskap.
- Det må satses bevisst for å opprettholde spes.funksjoner ved begge sykehusene i interimperioden, både med aktiv rekruttering og tiltak for å beholde eksisterende fagpersonale.
- Fokuseres på positive samarbeidstiltak
- Starte styrking/rekruttering av fagmiljøene umiddelbart. Erfaringsmessig er aktiv rekruttering tunge og tidkrevende prosesser og det er viktig å ligge i forkant for å hindre perioder med redusert tilbud.
- Viktig med tanke både på å rekruttere og å beholde, å avklare faglig tilbud på nytt sykehus – fremstille det som faglig attraktivt å arbeide ved det nye sykehuset.

- Det kan bli nødvendig med økt vikarbruk i perioder for å opprettholde eksisterende tjenestetilbud og dette må reflekteres i budsjetter for vikarbruk.
- Akuttberedskap – hele regionen må sees under ett, slik at andre sykehus utenfor helseforetaket har en viss beredskap til å kunne overta for svikt i enkelte fagtilbud på Nordmøre/Romsdal.

### 5.3.2 Redusert rekruttering

#### Beskrivelse

- Fortsatt uavklart lokalisering gjør at potensielle søkere vegrer seg for å søke stillinger ved sykehus
- Negativt omdømme
- Etableringsmuligheter
- Uavklart fagtilbud ved sykehusene

Man erfarer at en lang periode uten avklaring av sykehussituasjonen på Nordmøre/Romsdal har vært uheldig for omdømmet og fortsatt usikkerhet omkring lokaliseringvalget vanskeliggjør rekruttering på grunn av uklarheter omkring hvor sykehuset til slutt skal ligge. Det er naturlig å tenke seg at de fleste vil ønske å bosette seg i nærområdet rundt sykehuset. Dermed blir det vanskelig for mulige nyansatte å ta stilling til hvor man skal bosette seg.

#### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	H	H

Medium sannsynlighet knytter seg til at dersom trusselen skulle bli reell, fordrer det at lokaliseringsvedtak utsettes. På den annen side, dersom det skulle skje, kan følgene for rekrutteringen bli store. Styrbarheten er høy, da det tilligger både lokalt og regionalt helseforetak å faktisk gjøre lokaliseringvalget.

#### Diskusjon

Det var en viss diskusjon i arbeidsgruppen om hvoviddt dette funnet var kvalifisert til å være med i risikovurderingen. Interimsperioden som er av interesse er definert å være fra et lokaliseringsvedtak er fattet, til nytt sykehus står ferdig. Dermed kan man definisjonsmessig velge å se bort fra denne risikoen. Imidlertid er et senere hovedtema (Tid og plan) valgt ut som element nettopp fordi det ikke kan utelukke utsettelse. På den bakgrunn virker det ikke rimelig å uten videre se bort fra denne problemstillingen all den tid man også er opptatt av nettopp styrket rekruttering i interimsperioden for å opprettholde gode fagmiljøer.

Andre årsaker til svekket rekruttering, som uavklart fagtilbud ved nytt sykehus, vil kunne ha en betydning, særlig utover i interimsperioden, fordi nyrekruttede vil ha et ønske om å ha klarhet i fremtidige arbeidsmuligheter.

Arbeidsgruppen har også poengtert at det etter at et lokaliseringsvedtak er fattet, vil bli vesentlig tyngre å rekruttere til det sykehuset som ikke får nytt SNR i sin nærhet, da personell vil foretrekke å bosette seg i nærheten av fremtidig nytt sykehus. Dermed vil man kunne oppleve rekrutteringsproblemer ved det sykehuset som ikke får nytt SNR i nærheten, også i interimperioden.

#### Tiltak

- Et relevant tiltak vil være å utarbeide en plan gjennom faste ansettelser og strukturerte utdanningsløp for legespesialister i dagens eksisterende sykehus og overgangen mot det nye sykehuset. Man bør kunne inkludere også øvrige sykehus i helseforetaket (Ålesund/Volda) i dette, men også St. Olav.
- Styrke samarbeid mellom Kristiansund – Molde med det for øye å bygge opp funksjoner som skal videreføres til det nye sykehuset, ikke legge ned avdelinger som allikevel skal oppmannes i nytt sykehus. Et visst volum på fagmiljø vil være nødvendig
- Bedre kommunikasjonen mellom dagens eksisterende sykehus.
- Aktivt bruke muligheter for omdømmebygging, også gjennom å skape entusiasme for prosjektet blant egne ansatte.
- Utarbeide en mer detaljert rekrutteringsanalyse og fagutviklingsplan for hver avdeling/fagområde.

#### 5.3.3 Personell som slutter

##### Beskrivelse

De som jobber på avdelinger i byen der sykehuset ikke legges kan tenkes å ville søke seg bort fra felles sykehus, på grunn av lengre reisevei og tilknytning til lokalområde.

##### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	H	M

Sannsynligheten vurderes som moderat for at det faktisk skal inntreffe, men konsekvensene, særlig for sårbare fagmiljøer kan bli store. Styrbarheten vurderes som moderat. Det er en rekke tiltak, herunder selve lokaliseringsvedtaket som er under helseforetakets kontroll. På den annen side er det liten reell styrbarhet når det gjelder de faktiske reaksjoner. Det understrekes at usikkerheten er stor omkring sannsynligheten for at dette faktisk skal skje og i hvilket omfang. Høy sannsynlighet kan ikke utelukkes og man bør være bevisst på denne usikkerheten i beslutningsprosessen videre.

##### Diskusjon

Det er sprikende oppfatninger i gruppen på hvor stort problem dette vil kunne bli. Det er enighet om at lokaliseringen av et felles sykehus vil endre forutsetningene for de som ikke «får» sykehuset og som har valgt å bosette seg i nærheten av «sitt» lokale sykehus.

Fagfolk som slutter og flytter er en trussel, men muligens mindre enn man tenker seg da det er vanskelig og krevende å flytte med familie. Derimot kan alternative arbeidsplasser i private tilbud i nærområdet være en vel så stor trussel. Det må allikevel nevnes at det er fremkommet synspunkter på at trusselen om at en større andel fagfolk vil kunne slutte er både reell og underkommunisert.

Det ble påpekt at siden de fleste naturlig ønsker å flytte minst mulig, vil det sykehuset som ikke får nytt SNR i sin nærhet umiddelbart kunne oppleve rekrutteringsproblemer, da det ikke vil være ønskelig å «bytte by» etter noen år.

Forskjellen er at antall personell er ulikt fordelt mellom sykehusene, hvorav Molde har den største andelen. En kan se for seg at utslaget vil bli tallmessig større i Molde, mens sårbarheten er større i Kristiansund.

### Tiltak

- Tidlig ta initiativ til samarbeid mellom sykehusene for å styrke oppslutningen om fellesprosjektet.
- Lønn og andre økonomiske godtgjørelser bør i særlige tilfeller kunne vurderes som tiltak for å beholde fagfolk.
- Shuttlebuss for å sørge for effektiv logistikk mellom hjemsted og sykehuslokasjon.
- Tidlig etablere hospiteringsordninger for å øke felleskulturen
- Teambuilding og andre sosiale tiltak for å sammensveise det som skal bli en felles organisasjon.
- Komme i kontakt med og engasjere nøkkelpersonell, herunder ikke bare de med faglige/organisatorisk formelle posisjoner, men også de som uformelt har innflytelse på kulturen i organisasjonen.
- Tydelig ledelse og tilstedeværende ledelse – vektlegge hyppig, entydig og klar kommunikasjon.
- Opprettholde gode fagtilbud (se også tidligere diskusjoner)
- Markedsføring av nytt, solid sykehus med gode fagtilbud og moderne fasiliteter som en attraktiv fremtidig arbeidsplass - Kommunisere mulighetsrommet i et slikt sykehus
- Kommunikasjon innad - lederutvikling, forberede ledelse på den motivasjonsprosess som vil bli nødvendig.
- Rask igangsetting av prosessen –konkretisere oppgaver tidlig og engasjere fagressurser
- Jobbe sammen om ny Elektronisk Pasientjournal/Pasientadministrasjonssystem.
- Kjøpe forsknings og utviklingsprosjekt på tvers av dagens sykehus.
- Hente erfaring fra andre helseforetak som har vært gjennom tunge omstillingsprosesser, f.eks. Akershus Universitetssykehus.

### 5.3.4 Teknisk personale – mangel på, sviktende rekruttering, rett kompetanse

#### Beskrivelse/diskusjon

Det har vært stort fokus på medisinsk/ pleiepersonale. Men også tilgangen på teknisk personell er kritisk med tanke på drift og dermed mulighetene for å levere gode spesialisthelsetjenester. Også for teknisk personell vil et opplevd feil lokaliseringsvedtak kunne virke negativt, men for teknisk personell vil denne effekten også påvirkes av den generelle etterspørselen etter teknisk personell.

Møre og Romsdal har mange teknologitunge virksomheter og det er generelt høy etterspørsel etter teknisk personell i regionen. Det generelle arbeidsmarkedet er dermed en usikkerhetsfaktor utenfor

helseforetakets styring/påvirkning, som sterkt vil påvirke muligheten til å rekruttere/beholde teknisk personell.

Det er to aspekter ved problemstillingen som må håndteres:

- På den ene siden er den eksisterende bygningsmassen som delvis er i en teknisk krevende tilstand, med eldre teknologiske løsninger. Det kreves både kapasitet og kompetanse på disse løsningene for å sikre tilstrekkelig vedlikehold i interimperioden.
- På den annen side vil det fremtidige nye sykehuset inneholde fremtidsrettede teknologiske løsninger som per i dag ikke finnes i eksisterende sykehus i helseforetaket. Det må planlegges for å sikre kompetanse og kapasitet til å drifte disse løsningene også og å sikre denne kompetansen må nødvendigvis skje i interimfasen for å greie overgangen til nytt sykehus.

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	M	M

Sannsynligheten ventes å være påvirket også av trender i det generelle arbeidsmarkedet og det er derfor en viss usikkerhet i sannsynlighetskategorien. Man antar at det vil kreve stort frafall blant teknisk personale for at muligheten til å levere spesialisthelsetjenester skal bli merkbart påvirket. Styrbarheten er i beste fall middels på grunn av forholdet til det generell arbeidsmarkedet.

### Tiltak

- Generelle rekrutteringstiltak, lønn og andre økonomiske fordeler.
- Det må utvikles en rekrutteringsplan, som tar hensyn til nye teknologiske løsninger og påfølgende krav til kompetanse i et nytt sykehus.
- Rekrutteringsprosessen må starte tidlig, selv i beste fall kan rekruttering til faste stillinger ta svært lang tid.
- Søk erfaringer fra tilsvarende prosesser på andre sykehus.
- Tilby kompetanseheving mot bindingstid, for eksempel utdanne teknikere til ingeniører
- Innleie av kompetent teknisk personale fra andre sykehus.
- Aktiv markedsføring av sykehuset som en interessant teknologiarbeidsplass, jobbtilbud til studenter

#### 5.3.5 Økt sykefravær

##### Beskrivelse

Økt sykefravær er en trussel som følge av akuttreaksjoner på den omstilling som rammer dem som jobber i byen som ikke får sykehus i sitt nærområde.

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	H	H

Både synspunkter i gruppen og tilgjengelig litteratur spriker i synet på hvor sannsynlig denne trusselen vil være. Middels sannsynlighet, mens konsekvensene kan bli store dersom sykemeldinger får et visst omfang, eller kommer på toppen av sesongsvinginger (influensa). Imidlertid oppleves styrbarheten som god da det er en rekke tiltak som kan iverksettes på kort og mellom-lang sikt for å avdempe virkningen. Merk at for at denne trusselen skal materialisere seg så må sykefraværet stige markant utover normale sesongvariasjoner.

### Diskusjon

Økt sykefravær er en trussel. Denne kan komme relativt akutt i tiden etter at det bekjentgjøres et valg. Vanskelige arbeidsforhold pga fysisk arbeidsmiljø øker sannsynligheten – det blir verre å motivere seg til å «holde ut».

Samtidig er det også vanligvis interne svingninger i fraværsprosenten gjennom sesongene. For at dette skal være en trussel må altså sykefraværet bli så høyt at det truer muligheten til å levere gode tjenester. Videre må det vedvare som høyt en tid. Det er normalt i helseinstitusjoner en viss reservekapasitet med tanke på å takle fravær, dette dekkes opp av ekstravakter og lignende. Imidlertid vil det erfaringsmessig etter hvert bli en organisatorisk slitasje og det blir verre og verre å få dekket opp ekstravakter, noe som igjen øker sannsynligheten for økt sykefravær gjennom å øke presset på de som er igjen.

Det er ulik erfaring fra omstillinger/nedleggelse og påvirkning av sykefravær, også forskning på området spriker (SINTEF A14516). Det er allikevel godt belegg for en bekymring om at en opplevelse av feil lokaliseringvalg kan påvirke sykefraværet negativt i sykehus (Røed & Fevang 2007). Et økt sykefravær og mulige problemer med å levere gode tjenester kan dermed ikke utelukkes.

### Tiltak

- Kommunisere normal reaksjon på å håndtere kriser – de fleste vil ha det bedre på jobb i samvær med kolleger, heller enn hjemme på sykemelding.
- Lederstøtte i akuttfasen
- Tilstedeværelse av tydelig ledelse, men også støtte fra vernetjeneste og bedriftshelsetjeneste. Som de ansattes representant i HMS spørsmål, er verneombudet ofte de ansattes første, og et lavterskeltilbud for å melde fra om ulike forhold på arbeidsplassen. Det bør lages en plan for å involvere bedriftshelsetjenesten. Denne planen bør inneholde markedsføring av de tilbud som bedriftshelsetjenesten har for ansatte.
- Som nevnt tidligere, vil det være gunstig å ha opprettet kontakt med andre sykehus i og utenfor helseforetaket, for å ha beredskap for å ta unna pasientstrøm dersom tilbud ved et av dagens eksisterende sykehus må stenge på grunn av vedvarende høyt sykefravær.
- Lage plan for involvering BHT, vernetjenesten
- Som tidligere nevnt, vil tydelig og tidlig informasjon kunne bidra til å minske fravær.
- Helseforetaket bør tydeliggjøre sine forventninger til ledelse på alle nivåer.



- Bruke/søke egen og andres erfaringer fra tilsvarende prosesser/situasjoner (Hjelset i 2012)
- Legge til rette for arena for kollegastøtte
- Involvering av lokale ledere som kjenner begge eksisterende sykehus.
- Selv om det ikke er en ønsket situasjon, så bør det etableres en beredskap for kortvarig eller mer langsiktig funksjonsomfordeling mellom sykehusene i helseforetaket, eventuelt regionen.

### 5.3.6 Uklar funksjonsfordeling

#### Beskrivelse/diskusjon

Uklarheter omkring funksjonsfordeling i dagens to sykehus kan føre til ytterligere forvitring av sårbare fagmiljø og true muligheten for å levere gode tjenester i interimsperioden.

#### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	H	H

Moderat sannsynlighet på grunn av allerede pågående diskusjoner. Dersom det skjer betydelig forvitring på grunn av hendelsen, kan den i betydelig grad true målsetting. Helseforetaket har på den annen side full styring med funksjonsdelingen.

#### Tiltak

- Tydelig kommunikasjon av at eksisterende fagmiljøer ved begge sykehus skal opprettholdes
- Vikarbruk, utveksling av spesialister (mellom sykehusene) for å hindre svekkelse av tilbudet

### 5.3.7 Miste godkjenning for utdanning av legespesialister

#### Beskrivelse

For leger er fullført spesialisering avhengig av såkalt tellende tjeneste ved sykehusavdeling(er) innenfor relevant spesialitet. For at en avdeling skal være godkjent for tellende tjeneste, er det krav om faglig innhold på et visst nivå kvantitativt og kvalitativt når det gjelder behandling, prosedyrer, undervisning og generell faglig bredde og dybde. Spesialitetskomiteer innenfor hver spesialitet evaluerer årlig de enkelte utdanningsavdelinger og anbefaler godkjenning for et visst antall måneder tellende tjeneste i et spesialiseringsløp.

Dersom en avdeling skulle miste sin godkjenning, for eksempel på grunn av utilstrekkelig fagtilbud, vil det være ødeleggende for rekrutteringen da LIS kandidater ikke vil søke stilinger som ikke gir tellende tjeneste.

#### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	H	H

Det er en viss bekymring for at dette kan bli en realitet, men det krever en utvikling via forvitring av fagmiljø i interimsperioden, slik at middels sannsynlighet virker rimelig. Konsekvensene kan bli store, allerede reduserte fagmiljø vil få svært store utfordringer med å hente seg inn igjen dersom rekrutteringsmulighetene forsvinner på grunn av at man ikke kan tilby tellende tjeneste. Styrbarheten oppfattes som middels i det man må angripe det indirekte ved å styrke eksisterende fagmiljø.

### Diskusjon

Dette scenariet har potensielt store konsekvenser, da det vil føre til stopp i rekrutteringen, da leger i spesialisering ikke vil bruke tid på arbeid som ikke gir tellende praksis. Flere avdelinger har allerede mange kritiske merknader fra tilsyn fra spesialitetskomiteer, og kan stå i fare for å miste godkjenning for utdanning av legespesialister dersom ytterligere tap av spesialister fører til at LIS kandidater ikke kan få den praksis som spesialistutdannelsen krever.

Dersom flere fagfolk slutter, kan det føre til tap av godkjenning som utdanningsavdeling. Det vil da i praksis være umulig å rekruttere utdanningskandidater.

For å sikre gode fagmiljøer må funksjonsfordeling sees på i helseforetaket som helhet – dvs også Ålesund må være forberedt på å gi fra seg enkelte eller deler av funksjoner.

### Tiltak

- Øke samarbeidet på tvers av sykehusene i helseforetaket, ambulerende vakt / jobbing på flere sykehus for å få nødvendig praksis.
- Konkrete utdanningsløp som beskriver hvordan LIS kandidaten skal få gjennomført spesialiseringen på en mest mulig effektiv måte.
- Hospiteringsordninger mellom sykehusene i helseforetaket og regionen
- Shuttlebuss for å lette pendlingen mellom sykehusene for de som har ambulerende vakt/arbeidstid på flere sykehus.
- Vurdere arbeidstidsordninger for å gjøre reising mellom sykehus og mellom hjem – sykehus lettere.
- Samarbeid om undervisning til LIS legene på tvers av sykehusene vha Video, lync mm.

### 5.3.8 Medier/omdømme – negativ påvirkning av prosessen fører til utsettelse

#### Beskrivelse/diskusjon

Det er erfaring for at mediene opptrer som en selvstendig aktør med egen agenda og mål på vegne av lokalsamfunnet og forsøker å påvirke i tråd med dette.

Det oppleves at mediene opptrer som en selvstendig aktør i diskusjonen omkring lokalisering og forsøker å påvirke gjennom kommentarer og vinklinger på reportasjer. Et lokaliseringsvedtak som ledende medier velger å oppfatte som feil, vil dermed kunne utløse betydelig støy i medier med påfølgende økende risiko for politiske omkamper.

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	H	M

Det er moderat bekymring for at medier gjennom påvirkning av beslutningstakere og politisk nivå skal påvirke/medføre utsettelse av et lokaliseringsvedtak, eller medvirke til en vellykket omkamp. Det er en sterk vilje i administrasjonen i lokalt helseforetak til å få fattet et vedtak i tråd med gjeldende tidsplan. På grunn av en stram tidsplan for å kunne ferdigstille sykehuset i 2021, vil utsettelser kunne ha betydelige konsekvenser for muligheten til å nå målsettingen for interimperioden, se også 5.6.

Styrbarheten oppfattes i beste fall som moderat i den forstand at man kan medvirke til og formidle gjennom egne arenaer og kanaler, og slik innvirke på den innflytelse mediebildet har på interessenter og beslutningstakere, men ikke fullt ut styre det.

### Tiltak

- Krever betydelig samkjøring i organisasjonen, tydelighet på hva en vil og skal med tanke på sykehusplanene
- Bygge og tilpasse en kommunikasjonsplan til den til enhver tid aktuelle situasjonen
- Samkjøre organisasjonsstrategi og kommunikasjonsstrategi
- Møter før jul: Avklaring av forventninger omkring nytt sykehus
- Skape lojalitet innad til prosessen
- Relasjoner til viktige interessenter, medier/de politiske lokalmiljøene og andre meningsdannere
- Helseforetaket bør også aktivt jobbe mot de nasjonale mediene for å bidra til et mediebilde som balanserer lokale tilhørigheter og fordi avgjørelsen delvis også har nasjonal interesse
- Tydelig og proaktiv kommunikasjon til media

### 5.3.9 Medier, negativ påvirkning av ansatte

#### Beskrivelse/diskusjon

Mediene kan gjennom formidling av upresis/unyansert informasjon og dramatiske vinklinger negativt påvirke muligheten til å bygge en positiv felleskultur omkring nytt sykehus. Ansatte kan bli utrygge på grunn av fremstillingen i media.

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	M	H

Det er moderat bekymring for at dette skal bli et problem og tilsvarende for konsekvenser for å nå målsettingen for interimperioden. I den grad dette får konsekvenser for målsettingen, så er det gjennom mekanismer knyttet til rekruttering, beholde fagfolk etc., som er diskutert andre steder i denne rapporten.

#### Tiltak

- Se også tiltak under 5.3.8
- Det ble utarbeidet Samarbeidsregler i for hvordan de respektive sykehus skulle håndtere og kommunisere et lokalisingsvalg utad. Dette sammen med interessentanalyser bør gjennomgås og presiseres på nytt.
- Oppfordre lokalpolitisk nivå til å utvise varsomhet og så langt som mulig, lojalitet omkring et fattet vedtak.
- Involvere bruker-organisasjonene i kommunikasjonsplanen

#### 5.3.10 Valg av Astad som lokalisering, effekt på rekruttering

##### Beskrivelse

Det er en viss uro i arbeidsgruppen for at det skal være krevende å rekruttere til en sykehuslokasjon med begrenset lokal infrastruktur.

##### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	H	M

##### Diskusjon

Avstand til infrastruktur og befolkningskonsentrasjoner angis som de viktige årsaker til at det kan være vanskelig å rekruttere til denne lokasjonen. Observasjonen ansees som relevant for interimperioden ved at man er avhengig av god rekruttering i denne perioden. De som rekrutteres vil nødvendigvis forholde seg til hvor arbeidsstedet skal ligge i fremtiden. Beliggenheten vil dermed kunne negativt påvirke rekrutteringen i interimperioden.

Imidlertid anføres det også at dette alternativet gir de beste mulighetene for å bygge en fellesskapskultur og man vil kunne rekruttere fra begge byområder.

##### Tiltak

- Tiltak i reguleringsplan – for eksempel legge til rette for bomuligheter lokalt rundt sykehuslokasjonen
- Transporttiltak, egne shuttlebusser til/fra bysentra
- Intensivere alle tiltak betydelig for å beholde faglig tilbud for å øke robustheten ved overgang til nytt sykehus.

## 5.4 Delelement Bygninger og Medisinsk Teknisk Utstyr

### 5.4.1 Utilstrekkelig vedlikehold av bygningsmasse

#### Beskrivelse

Det ble uttrykt noe bekymring for at trange økonomiske rammer fører til utilstrekkelig vedlikehold i interimfasen. Utilstrekkelig i denne sammenheng må forstås som utilstrekkelig for å forhindre forringelse av deler av bygningsmassen inntil den ikke lenger kan brukes i interimperioden.

#### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
L	M	M

Sannsynligheten for at utilstrekkelig vedlikehold skal føre til at deler av bygningsmassen ikke kan brukes oppfattes som lav av arbeidsgruppen, gitt at dagens nivå på vedlikehold videreføres. Det er opplagt at det kan få konsekvenser for målsettingen om dette skjer, men det ansees som realistisk at andre sykehus kan overta behovet.

#### Diskusjon

Det uttrykkes bekymring for at det settes av for lite midler til vedlikehold ved sykehusene slik at allerede dårlig teknisk tilstand forverres ytterligere. Det er en viss bekymring for at dette vil eskalere jo nærmere en kommer ferdigstilling av nytt sykehus, motivert av at man ikke ønsker å investere i vedlikehold når man likevel skal over i et nytt sykehus.

Arbeidsgruppen er per i dag ikke bekymret for at deler av bygningsmassen skal nå en slik forfatning at den ikke er brukbar til sykehusdrift, selv om teknisk tilstand allerede i dag oppleves som krevende og belastende for personale og til dels også pasienter. Blant annet viser yrkeshygieniske målinger ved Molde sykehus dårlige inneklimate forhold. Yrkeshygieniske målinger ved psykiatrisk avdeling på Hjelset viser sterkt behov for utbedring av ventilasjonsforhold.

Det bemerkes at bygningsmassen ved sykehuset i Kristiansund er i noe bedre forfatning, men at det også der finnes områder med utfordringer.

#### Tiltak

- Fortsette å utvikler etablert plan for nødvendig vedlikehold frem mot nytt sykehus. Det finnes allerede plan for brann- og ventilasjonsteknisk vedlikehold.
- Vedlikeholdsbudsjett må følge plan som er etablert på bakgrunn av behov
- Tilføre nødvendige ressurser til vedlikehold

#### 5.4.2 Utlitstrekkelig investering i medisinskteknisk utstyr

##### Beskrivelse/diskusjon

Utsetting av investering i nødvendig utstyr kan føre til at videreutvikling av aktuelt medisinsk faglig tilbud går uhensiktsmessig sent. Med aldrende utstyr kan det bli utfordrende å levere tilstrekkelig gode tjenester.

Arbeidsgruppen er imidlertid ikke så bekymret for (tyngre) medisinskteknisk utstyr. Helse Møre og Romsdal har best dekning på MR og CT i landet. Investeringen på dette legges i et langtidsbudsjett og det er god tilgang på private tjenester som kan kjøpes for å kompensere for bortfall.

##### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
L	M	H

Arbeidsgruppen regner det som lite sannsynlig at dette vil være et felt med betydelige konsekvenser for å nå målsettingen for interimperioden. Med et godt utgangspunkt hva angår eksisterende kapasitet og gode muligheter for å kjøpe tjenestene privat, så oppleves styrbarheten som god.

##### Tiltak

- Ikke ta ut besparelser på forhånd
- Investere i medisinskteknisk utstyr til nybygget på forhånd. Merk at en viss overføringsfaktor til nytt sykehus regnes inn uansett. Det vil si at det er i prinsippet samme regnskapsmessige konsekvens av å slite ned eksisterende utstyr og kjøpe nytt til nytt sykehus, som å investere nå og overføre det til nytt sykehus senere.
- Man bør samordne innkjøp av utstyr på tvers av sykehusene for å sikre en ensartet utstyrspark.

#### 5.4.3 Branntilsyn – kompenserende tiltak

##### Beskrivelse/diskusjon

Ved Hjelset er det uttrykt utfordringer etter branntilsyn. For lang utrykningstid for brannvesenet er foreløpig kompensert med brannvaksordning. Generelt har en flere utfordringer omkring tilsyn og pålegg, og disse generelle betraktningene bør også sees i sammenheng med påfølgende observasjoner: Erfaringsmessig er tilsynene mer villig til både å gi og forlenge dispensasjoner, dersom de ser at det er planlagte, konkrete utsikter til vesentlig forbedring i fremtiden. Et pålegg vil i praksis medføre en tvungen omdisponering av budsjettmidler som helseforetaket – selv om pålegget selvfølgelig berørerviktige forhold, muligens ville ha prioritert til andre formål sett fra sitt ståsted.

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
L	L	H

Så lenge aktiviteten på Hjelset ikke endres vesentlig, er det ikke noe som indikerer en endret holdning fra lokalt brannvesen hva gjelder branntekniske krav og tidligere godkjente løsning med brannvakt.

### Tiltak

- Følge opp med ny ROS-analyse ved eventuelle endringer i aktivitetsnivå

#### 5.4.4 Arbeidstilsynet – risiko for pålegg

### Beskrivelse/Diskusjon

Man opplever allerede sykemeldinger på grunn av ventilasjons/inneklimaproblematikk. Eventuelle pålegg fra arbeidstilsynet kan medføre at driftsreduksjoner er en reell mulighet. Total oppgradering av ventilasjonsanlegget vil ha så store kostnadsmessige konsekvenser at slike tiltak neppe vil være forsvarlige, hvilket kan medføre at dette blir en varig driftsreduksjon.

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
H	M	M

Sannsynligheten er høy da det allerede er påvist sykemeldinger og kartlegginger viser svakheter med ventilasjonen forenlig med sykemeldingene.

### Tiltak

- Følge opp med ny ROS-analyse for den aktuelle utfordringen
- Beredskapsplan for å håndtere en eventuell stengning
- Eventuell midlertidig flytting av aktivitet

#### 5.4.5 Mattilsynet – Pålegg

##### Beskrivelse/Diskusjon

Mattilsynet har gitt pålegg til seksjon for kjøkken og kantine gjeldene produksjonskjøkkenet på Hjelset. Pålegget utløser krav om betydelige oppgraderingskostnader. Alternativet er stengning av kjøkkenet. Imidlertid er det en prosess med tanke på overføring av produksjonskjøkkenet til kjøkkenet ved sykehusavdelingen på Lundavang

##### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
H	L	H

Høy sannsynlighet på grunn av pålegg er allerede gitt, gode alternativ finnes og det forventes ikke spesielt negative konsekvenser.

##### Tiltak

Det er et pågående utviklingsarbeide med tilhørende ROS analyse, som følges opp.

#### 5.4.6 Manglende areal/kapasitet til å kompensere ved annet sykehus ved teknisk svikt av lokaler ved det ene sykehus

##### Beskrivelse/diskusjon

Det er etablert en funksjonsfordeling mellom sykehusene i Kristiansund/Molde. Planen har vært å fordele fagoppgaver mellom de to sykehusene også i interimfasen.

Trussel: Dersom det på grunn av byggteknisk standard og må stenges avdeling(er) på det ene sykehuset, så er det ikke plass på det andre sykehuset til å fullt ut overta den funksjonen som må stenge. Denne funksjonen må da overføres til Ålesund eller St. Olavs i Trondhjem.

Selv om det er betydelige utfordringer, så er det også investert i en del oppgradering av Molde, bl.a ny intensivavdeling. Det ble ikke uttrykt noen uttalt bekymring for at byggteknisk tilstand skulle kunne føre til nedstengning, selv om akutte hendelser som lekkasjer etc ikke kan utelukkes. Dette kan medføre midlertidig nedstengning av deler av sykehuset, i verste fall vil det ikke være økonomisk forsvarlig å gjøre utbedrende tiltak for å gjenoppe før nytt sykehus står ferdig.

##### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
L	M	M

Styrbarheten av dette er teoretisk sett god, ettersom mye avhenger av forebyggende vedlikehold. Denne er allikevel begrenset av økonomiske rammer og moderat styrbarhet virker realistisk. Det er



uttrykt liten grad av bekymring for at dette skal inntreffe og sannsynligheten blir dermed lav. Konsekvensene vurderes som moderate da det er muligheter for kompensering innen eget og andre helseforetak.

#### Tiltak

- Oppfølging av gjeldende vedlikholdsplaner
- Korrektivt vedlikehold/utbedring ved svikt
- Se ellers tiltak identifisert for andre risiko innenfor dette delement.

#### 5.4.7 Behov for polikliniske tjenester overstiger arealmessig kapasitet

##### Beskrivelse/diskusjon

I strategi for det nye sykehuset er det lagt til grunn en betydelig økning i bruk av dagbehandling/poliklinisk behandling. Denne forskyvningen fra lange innleggelser, mot kortere og dagbehandling er allerede i gang. Det er en sterk vekst i poliklinisk behandling, allerede plassmangel og en viss bekymring for at veksten i interimperioden vil overgå kapasiteten, slik at man ikke blir i stand til å levere fullgode tjenester.

##### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
H	M	H

Man merker allerede effekt av dette, så sannsynligheten ansees for høy. På grunn av høy styrbarhet og mange relevante tiltak som kan settes inn og er satt inn, så er det ikke forventet betydelige konsekvenser.

#### Tiltak

- Utnytte nedlagte sengeposter til poliklinikk
- Videreutvikle dagens samarbeid mellom alle poliklinikkene
- Mer bruk av kveldspoliklinikk
- Prosesser for pasientflyt
- Videreutvikle "ikke møtt"- tiltak
- Fordele pasientgrupper/funksjonstilbud mellom sykehusene
- Midlertidige lokaler for poliklinikk i brakkerigg

## 5.5 Endrede pasientstrømmer

### 5.5.1 Endring av/usikkerhet om fremtidige krav til pasientbehandling

#### Beskrivelse/Diskusjon

Eksempel på endringer som kan/vil komme er innføring av standardbehandling "pakkeforløp" for ulike kreftbehandlinger, som er under utarbeiding. Dette vil kunne påvirke hvor pasienten skal/vil kunne behandles.

En annen bekymring er gjennomføring av sentralisering av kreftkirurgien. Dersom det blir en realitet at det ikke blir operert mage/tarmkreft i Nordmøre / Romsdal, vil dette kunne påvirke ikke bare pasientstrømmen, men også muligheten for å holde på gode fagmiljøer i gastrokirurgi. Dette er spesielt bekymringsfullt, da gastrokirurgi blir den vaktbærende kirurgspesialiteten i nytt forslag til spesialistutdanning av kirurger.

Fritt sykehusvalg som også inkluderer private alternativ kan også påvirke i større grad.

#### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	M	M

Det er rimelig sikkert at fremtiden vil medføre endringer, middels sannsynlighet for enkelte konsekvenser for interimperioden ansees av arbeidsgruppen som realistisk risikovurdering. Styrbarheten er begrenset til å påvirke gjennom å levere etterspurte tjenester av god kvalitet.

#### Tiltak

Tilstrebe å levere tjenester av god kvalitet og faglighet som vil være attraktive og konkurransedyktige mot andre alternativ.

### 5.5.2 Plassering av legevaktsentraler – endring i pasientstrøm

#### Beskrivelse/Diskusjon

Øyeblikkelig hjelp pasienter dominerer antall innlagte, av innlagte på kirurgiske avdelinger blir ca 50% innlagt fra legevakten. For medisinske avdelinger er denne andelen enda høyere. Antallet interkommunale legevakter øker, noe som vil virke inn på organiseringen ved sykehusene og pasientstrømmer. Dette vil kreve godt samarbeide med kommunehelsetjenesten for organisering av tjenesten. Erfaringsmessig legges pasienter inn på det sykehuset som er nærmest legevaktsentralen – uavhengig av om det er sykehus som er nærmere pasientens hjemadresse.

Dersom det da er misforhold mellom plasseringen av legevaktsentraler og plassering av nytt sykehus, så vil dette kunne påvirke pasientstrømmen til nytt sykehus.

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	M	M

### Tiltak

- Tilstrebe en god dialog mellom sykehus og kommuner omkring opprettelsen av legevaktsentraler. Tilstrebe god kommunikasjon om fagtilbud til allerede eksisterende legevaktsentraler.
- Opprettholde kvalitet og fagtilbud ved dagens sykehus
- Bruke etablert samarbeidsutvalg
- Kommunisere retningslinjer for hvilket sykehus pasienten skal sendes til ved ulike tilstander
- Dialog mot eksisterende og kommende kommuner – viktig å ta hensyn til arbeidet med kommunesammenslåinger.
- Klare funksjonsfordelinger mellom dagens sykehus.

### 5.5.3 Pasienter søker til andre sykehus

#### Beskrivelse/diskusjon

Redusert eller endret tilbud i interimperioden kan føre til at pasientene velger andre sykehus (Ålesund eller utenfor helseforetaket).

Det nye SNR må planlegges som og dimensjoneres som et sykehus pasientene stoler på – etter alt å dømme vil det sykehuset bli valgt, hvis det virker stort og robust. Viktig å plassere det slik at flest mulig i sykehusområdet opplever god tilgjengelighet hva angår avstand.

Befolkningsalder påvirker måten vi utfører tjenester og behovet for hva som trengs. En ser for seg at nærhet til medisinsk tilbud blir viktigere fremover. Spesielt kronisk syke har større behov for nærhet mellom behandlingsoppfølging-hjem. Viktig å ha lokal kapasitet – her kommer også samspillet med Samhandlingsreformen inn, se senere avsnitt

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	M	M

### Tiltak

- Tilstrebe høy kvalitet og faglighet og derigjennom styrke omdømmet til sykehusene
- Sørge for et godt samarbeide mellom fastleger og sykehus.
- Legge vekt på god tilgjengelighet og korte ventelister.

## 5.6 Delelement: Fremdrift og tid

### 5.6.1 Utsettelse, forskyvning av byggestart

#### Beskrivelse/diskusjon

Utsettelse eller omkamp er nå den største trussel, som vil /kan føre til uholdbar og ekstremt krevende situasjon.

Finansieringen av sykehuset - en finansieringsplan som er robust nok til å bli godkjent av Helse - Midt Norge må utarbeides. Må unngå utsettelser på grunn av lite tilfredsstillende finansieringsplan. Dette er en mulig årsak til utsettelse. Men også alle andre årsaker til utsettelse som fører til forsinkelse av ferdigstilling (utover normal prosjektflyt) vil sette Helse Møre og Romsdal i en ekstremt krevende situasjon. Enkelte av fagmiljøene er per i dag små og sårbare og vil kunne forvitte ytterligere på grunn av høy vaktbelastning (lite personell tilgjengelig for å delta i vaktordning). Dertil kommer økte behov for å investere i eksisterende bygningsmasse for kunne holde driften i gang i en forlenget interimperiode. Det kan bli aktuelt å overføre funksjoner til andre sykehus (Ålesund, St. Olav), erfaringsmessig kan det være vanskelig å "få tilbake" slike funksjoner etter at nytt mønster for pasientstrøm har satt seg.

Andre årsaker til utsettelse som er diskutert nedenfor vil i praksis kunne ha de samme konsekvenser.

#### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	H	M

Som det fremgår vurderer man dette bare som middels sannsynlig. Imidlertid vil konsekvensene kunne være betydelige med tanke på å levere gode spesialisthelsetjenester gjennom interimperioden. Styrbarheten ansees som middels, da det er forhold, blant annet politiske nivå som man ikke direkte har kontroll over.

#### Tiltak

- Det må leveres et solid beslutningsgrunnlag som gir grunnlag for å ta et godt informert lokaliseringsvedtak
- Det må etableres gode prosesser for intern og ekstern vurdering
- De med formelt ansvar må gjøre det de skal – treffe et vedtak på bakgrunn av et best mulig beslutningsgrunnlag
- Lojalitet mot vedtaket når det endelig foreligger.
- Planer for iverksetting nedover i organisasjonen

## 5.7 Forhold til samhandlingsreformen

### 5.7.1 Manglende koordinering mellom kommune(r) og sykehus

#### Beskrivelse/diskusjon

Manglende samarbeide med kommunehelsetjenesten vil kunne påvirke kvaliteten i pasienttilbudet i overgangen til nytt sykehus heller enn i interimperioden. Dersom tilbud bygges ned i interimperioden i påvente av at kommunene skal overta ansvaret, så kan observasjonen ha relevans også i interimperioden.

Trusselen her er manglende samsvar mellom det tilbudet kommunene er i stand til å gi og hva nytt sykehus dimensjoneres for. Dimensjoneres for eksempel nytt sykehus med sengekapasitet tilpasset at kommunene skal ha sengeposter for almenntilleggs/geriatri og kommunene ikke er i stand til å mobilisere disse sengeplassene, vil det totalt sett være et underskudd på sengekapasitet for denne pasientgruppen.

Det er en viss erfaring fra onkologi/palliativ behandling at kommunene kommer sent i gang med planleggingen av denne type kapasitet.

#### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
H	H	M

Høy sannsynlighet knyttes til at manglende samarbeide vil kunne gi direkte utslag på effektiviteten og flyten i behandlingstilbudet. Styrbarheten er middels da samarbeidsviljen/muligheten avhenger av flere parter, men helseforetaket har mulighet til å påvirke intensiteten og godheten i samarbeidet.

#### Tiltak

- Uavhengig av hvor det nye sykehuset lokaliseres må ansvarsforhold mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i interimsfasen må være tydelig klarlagt og kommunisert.
- Tett samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, men også andre interessenter er påkrevet.
- Plan for kompetanseoverføring til kommunene må etableres i samarbeide med kommunene
- Samkjørte IKT-løsninger på tvers av kommuner og helseforetak

## 5.8 Andre faktorer

### 5.8.1 Utilstrekkelig tilgang på prehospita medisinisk transport

#### Beskrivelse/diskusjon

Dersom fagtilbud bygges ned eller forvirrer ved et av dagens sykehus kan det legge ekstra press på behovet for pre- og interhospital medisiniske transporttjenester (helikopter/bilambulans).

Det er en viss erfaring for at denne kapasiteten allerede er høyt belastet. Til dette er det imidlertid også innvendt at statistikk viser en en relativt liten og konstant andel avviste oppdrag på grunn av dårlig vær, oppbrukt flytid, ikke tilgjengelig bilambulans og så videre.

### Risikopresentasjon

Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet
M	M	M

### Tiltak

- Det er under iverksetting en ordning med at anestesileger ved sykehuset i Molde vil ivareta transport av kritisk syke barn og kuvøse barn i nordfylket, når ordinær luftambulans ikke er tilgjengelig.
- Det bør vurderes tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning på sykehuset for tilfeller hvor transport er uaktuelt pga med. tilstand/vær – det bør være tilstrekkelig kompetent bemanning til å internt ivareta pasienter som får en akutt forverring av sin tilstand.
- Vurdere akuttmedisinsk kapasitet opp mot transportkapasitet mellom sykehusene – sørge for korrekt prioritering og allokering av transportressurser.
- Vurdere å flytte personell istedenfor pasient, for enkelte tilfeller der det kreves behandling som det ikke er kompetanse på det lokale sykehuset.

## 6 Oppsummering/konklusjoner

### 6.1 Om opplevd feil lokalisering – særlig Moldenært versus Kristiansundnært

Det er viktig å presisere at det har ikke vært noe selvstendig formål med denne ROS analysen å gjøre en risikoanalyse av de tre alternative lokasjoner for et nytt sykehus. Når dette allikevel er tatt med som tema, så er det på bakgrunn av en bekymring i analysegruppen for at et lokalisingsvedtak som oppleves som feil utløser reaksjoner, som får konsekvenser for driften i interimsperioden.

Det fremgår at det er bekymring for påvirkningen av fagmiljøene ved begge de to eksisterende sykehusene. Molde har per i dag en noe større andel av fagmiljøene særlig når det gjelder bredde. Totalt sett har Molde det største antall spesialister og annet fagpersonell. Kristiansund har fagmiljø som allerede i dag er små og selv små negative endringer kan få store utslag i muligheten til å levere gode tjenester på dagens nivå gjennom interimsperioden.

Med andre ord er det en viss risiko forbundet med både en Kristiansundnær og en Moldenær lokalisering, men med noen nyanser i den bakenforliggende argumentasjonen. Arbeidsgruppen hadde til dels sprikende oppfatninger på dette punktet og på det overordnede nivå som denne analysen har vært utført, så er det ikke mulig å rangere disse to alternative lokaliseringene i forhold til hverandre. En slik rangering ville krevd en til dels detaljert gjennomgang av hvert enkelt fagmiljø ved sykehusene der man tok i betraktning antall, aldersfordeling, tilknytning, rekrutteringstilfang osv. En slik

gjennomgang har ikke vært gjort i denne analysen. Formålet er mer rettet mot å gjøre beslutningstaker oppmerksom på at det er risiko og usikkerhet forbundet med alle tre alternativene.

Det må presiseres at man ut i fra dette ikke kan trekke den motsatte slutning: At det *ikke* er forskjell i risiko knyttet til en Moldenær versus en Kristiansundnær lokalisering når det gjelder spesialisthelsetjenestetilbudet i interimperioden.

Det er uomtvistet i arbeidsgruppen at dagens Molde sykehus har det største antall spesialister<sup>1</sup> og fagtilbud. Viktige funksjoner som tyngre intensivbehandling og traumefunksjon er lagt til Molde sykehus.

Dersom det legges til grunn at et opplevd lokaliseringvedtak utløser den samme andel av negative reaksjoner og økning i naturlig avgang, er det en rimelig konklusjon at et lokaliseringvedtak som utløser negative reaksjoner ved Molde sykehus vil ha større konsekvenser for spesialisthelsetjenestetilbudet enn en tilsvarende reaksjon i Kristiansund.

Imidlertid hviler en slik konklusjon på en rekke forutsetninger omkring omfanget og realiteten av slike negative reaksjoner. Dette er komplekse forhold som påvirkes av en rekke faktorer som det ikke har vært anledning til å gå i dybden på i løpet av denne ROS analysen.

Også dagens Kristiansund sykehus besitter fagtilbud og avdelinger som er viktige for totaliteten i dagens og interimperiodens spesialisthelsetjeneste på Nordmøre/Romsdal.

Med utgangspunkt i risikomatrisen i 3.2.3, vil kombinasjonene av høy/medium sannsynlighet og høy/medium konsekvens kategoriseres som høy risiko. Man har valgt å operere med en relativt bredt anlagt målsetting: Å levere gode spesialisthelsetjenester i interimperioden og overgangen til et nytt felles sykehus. Gitt denne målsettingen og risikomatrisen vil også en Moldenær lokalisering kunne gi høy risiko på grunn av reaksjoner ved sykehuset i Kristiansund – det er vanskelig å argumentere for sannsynlighet og/eller konsekvens vil være så lav at ikke risikokategorien blir høy.

Det er dermed ikke gitt at en mer detaljert gjennomgang av fagmiljøene ved de to sykehus ville ha resultert i en forskjell i risiko sammenholdt med målsettingen.

Det kunne ha vært innvendt at en mer finmasket risikomatrise ville kunne identifisert en slik forskjell mellom de to lokaliseringene. Selv om en slik matrise skulle ha vist en forskjell, ville det ha vært en risikomatrise som kommuniserte en sikkerhet omkring risikonivået, som neppe er reell. Som det har vært påpekt er det komplekse sammenhenger mellom et lokaliseringvedtak og de reaksjonene det vil kunne utløse. Utover lokaliseringvedtaket, vil forhold ved det enkelte fagmiljø, som robusthet per i dag, alderssammensetning, rekrutteringsmuligheter, grad av lokal/regional tilknytning og så videre, påvirke de faktiske reaksjonene. Usikkerheten i en slik forskjell i forventningsverdi for risikoen ville vært betydelig og ikke mer egnet til å rangere de alternative lokaliseringene.

Uansett vil det være en naturlig gjennomtrekk og utskifting i alle fagmiljøene gjennom interimperioden, med naturlige svingninger. For små og sårbare fagmiljø kan disse svingningene i seg

---

<sup>1</sup> Gjennomgående fokuserer denne rapporten på legespesialister og bredde og robusthet i medisinske tilbud. Dette er ikke noen underkjennelse av pleie- og støttepersonell eller den betydning lokaliseringvedtak, sammenslåing til ett sykehus og så videre vil ha for denne gruppen. Det legges noe forenklet til grunn at antallet pleie- og støttepersonell tallmessig grovt sett følger fordelingen av legespesialister.

selv være nok til å true et bestemt tjenestetilbud. Det er i den grad at et lokalisingsvedtak fører til signifikante større utslag i denne prosessen at vi snakker om en trussel som er koblet til selve vedtaket.

Selv om denne ROS analysen altså ikke påviser noen forskjell i risikonivå knyttet til opplevd feil lokalisering, kan det ikke utelukkes at en slik faktisk finnes. I sum er det en del argumenter som taler for at omfattende reaksjoner ved dagens Molde sykehus (ved en Kristiansundnær/Astad lokalisering) kan ha mer omfattende konsekvenser enn ved et motsatt valg. Dette hviler allikevel på antagelser omkring omfanget og nivået på reaksjoner, som i liten grad kan la seg bekrefte innenfor formatet av denne analysen.

Det er åpenbart at det for beslutningstaker vil være en betydelig usikkerhet omkring hvorvidt den ene eller andre lokaliseringen medfører større risiko for driften i interimperioden enn de andre. Det kan i seg selv være grunnlag for å gjøre nærmere utredninger for å redusere usikkerhet omkring risiko ved lokaliseringalternativene, når det gjelder betydningen av negative reaksjoner.

### 6.1.1 Påvirkning av nyrekruttering versus beholde nåværende personale

Man antar at lokalisingsvedtak vil ha noe forskjellig effekt på nyrekruttering og det å beholde eksisterende fagmiljø. Fortsatt usikkerhet omkring lokalisering antas å påvirke rekruttering negativt på grunn av usikkerhet omkring om hvor man skal bosette seg for å være i nærområdet til sykehuset. Motsatt er det først når et lokalisingsvedtak foreligger at det kan utløses reaksjoner blant dagens fagpersonale i de avdelinger som i fremtiden får lengre reisevei til arbeidssted.

### 6.1.2 Lokalisering på Astad

Gjennomgående har midtalternativet (Astad) vært mindre drøftet. Avstand til bysentra og tjenestetilbud samt vanskelig logistikk og utfordringer med hjemmевaktordninger har vært trukket frem som forhold som kan true rekruttering og muligheten for å beholde gode fagmiljø ved denne lokasjonen. Bedre muligheter for å bygge en felleskultur og mulighet for å rekruttere fra begge bysentra har vært trukket frem som fordeler med Astad. Totalt sett er det ikke mulig å si at risiko og usikkerhet er mindre ved Astad enn de to bynære lokaliseringene.

## 6.2 Andre

Det er videre identifisert risiko knyttet til bygningsmasse og teknisk utstyr, tid og fremdrift, forholdet til samhandlingsreformen, endring i pasientstrømmer og andre forhold.

Enkeltvis og samlet har flere av disse et potensiale til å innebære konsekvenser for levering av gode spesialisthelsetjenester ved de to sykehusene i interimperioden. Arbeidsgruppen har imidlertid vist stor engasjement i å identifisere og fremme konkrete tiltak som kan bidra til å kontrollere risikoen på et akseptabelt nivå, gitt at de faktisk iverksettes. Gitt tiltak er det dermed ikke grunn til å tro at det foreligger uakseptabel risiko for å ikke kunne levere fullgode spesialisthelsetjenester i interimperioden. Det er viktig å poengtere at de foreslåtte tiltakene er det som arbeidsgruppen kom frem til, og listene er dermed ikke uttømmende – det er realistisk at også andre tiltak kan identifiseres i løpet av prosessen.



### 6.3 Om funksjonsomfordeling som tiltak

For flere av de identifiserte risiko har det som tiltak vært påpekt at man kan bli nødt for å gjøre en funksjonsomfordeling, både mellom de to eksisterende sykehus og innen helseforetaket så vel som på regionsnivå for å kunne levere forsvarlige tjenester dersom et fagmiljø ved et av sykehusene svikter.

Det har vært uttrykt bekymring for at dette står i en motsats til tiltak som går på at man nettopp skal styrke og helst øke fagmiljøene ved begge de eksisterende sykehusene i interimperioden. Av den grunn er det viktig å presisere at det ikke eksisterer noen slik innebygget motsetning.

Primærstrategien ligger fast: Dagens fagmiljø skal beholdes og helst styrkes.

Men, som et beredskapstiltak dersom denne strategien ikke fører frem og man står med en svikt i et viktig tilbud på grunn av forvitring av et fagmiljø eller byggmasse, ville det neppe vært forenlig med forsvarlig drift om man ikke hadde en beredskap for å overta for et sviktende fagmiljø.

Som alternativ til full døgndrift kan en se for seg at det ved en slik funksjonsomfordeling etableres en utvidet dagdrift, med spesialistdekning på dag/kveld. På den måten kan et tilbud allikevel opprettholdes uten at verdifull spesialistkompetanse blir brukt til vaktdeking i relativt rolige perioder som natt. Det er også fremkommet kritiske merknader til denne formen for organisering. Det presiseres at det ikke er tanken at dette skal redusere behovet for spesialister/LiS, men heller føre til bedre kapasitet og økt tilgjengelighet ved at (særlig LiS) personell ikke «brukes opp» på vakt på tider av døgnnet da det erfaringsmessig er lite aktivitet.

Selv om en slik funksjonsomfordeling vil ivareta tjenestetilbudet til pasientene, så er det heller ikke uten ulempe for pasientene. Nødvendigvis vil det for enkelte grupper bli lengre avstand til sykehuset og økt behov for transport. Det siste gjelder også behov for ambulansetransport til/fra og overføringer mellom dagens to sykehus og primærhelsetjeneste.

### 6.4 Om 0-alternativet

0-alternativet, dvs å opprettholde dagens struktur og bygningsmasse, må av formelle grunner være en del av underlaget til styresak i Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge.

Alternativet har i liten grad vært gjenstand for behandling i analyse møtene. Men det fremgår blant annet av diskusjoner omkring trusler som kan føre til utsettelse av vedtak/gjennomføring (om nytt felles sykehus), at dette er alternativet som utover i det som da blir en betydelig forlenget interimperiode, medfører den største risikoen for muligheten til å levere gode spesialisthelsetjenester.

Det var fullstendig konsensus i analysegruppen om disse vurderingene og denne risikoidentifiseringen fremstår derfor med så godt som ingen usikkerhet. Videre er anbefalingene omkring tiltak for å unngå en viderføring av 0-alternativet dermed meget sterke og klare anbefalinger for å redusere risikoen for å ikke kunne levere gode spesialisthelsetjenester fremover.

## 7 Referanser

1. NS 5814:2008, Krav til risikovurderinger
2. DSB: Veiledning i helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse
3. Ose, S.: Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag, SINTEF A14516
4. Røed, K, Fevang, E.: Organizational Change, Absenteeism, and Welfare Dependency, Journal of Human Resources, Vol. 42, No. 1, 156-193

## Vedlegg 1 Analyselogg





Formål:

System		Risiko/handtering								
ID	Delssystem / komponent	Uønsket hendelse	Beskrivelse / begrunnelse	Årsaker	Samsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet	Eksisterende barrierer	Foreslåtte barrierer / tiltak	Styrbarhet:
								NBI Forutsetninger for angitt risikonivå		- høy - middels - lav
2.1		Uønsket hendelse Navnlig uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens							
2.1		Uønsket hendelse Uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Økonomisk status i foretaket En må sette av midler hvert år fremover til bygging av nytt sykehus	L	M	M		psykologinår en vet en skal ut om så og så lenge har en mer aksept for bygging i redusert forfåring. Viktig med dialog med verneinstansen. • Fortsette å utvikler etablert plan for nødvendig vedlikehold frem mot nytt sykehus. Det finnes allerede plan for brann- og ventilasjonsteknisk vedlikehold. • Vedlikeholdsbudsjett må følge plan som er etablert på bakgrunn av behov • Tilføre nødvendige ressurser til vedlikehold	
2.2		Uønsket hendelse Uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Økonomisk status i foretaket En må sette av midler hvert år fremover til bygging av nytt sykehus	L	M	M			
2.3		Uønsket hendelse Uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Tilsyn, pålegg, brannmeknisk status	M	M	H		• Etablere brannavkondisjon som tilfredstiller kravet fra tilsynet • Følge opp med ny ROS-analyse for den aktuelle	
2.4		Uønsket hendelse Uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Status byggingssmasse. Mynlighets tilsyn.	M	M	M			
2.5		Uønsket hendelse Uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Ventilasjonforhold (v / Høiset)	H	M	H		• Følge opp med ny ROS-analyse for den aktuelle utfordringen • Lage og utføre plan for å lukke avvik • Beredskapsplan for å håndtere en eventuell stengning • Eventuell midlertidig flytting av aktivitet	
2.6		Uønsket hendelse Uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Tilsyn, pålegg. Teknisk standard på kjøkkenet.	L	L	H		Det er et pågående utviklingsarbeid med tilhørende ROS analyse, som følges opp.	

Formål:

System		Risiko/handtering			Ansatte					
ID	Delssystem / komponent	Løst/hendelse	Beskrivelse / begrunnelse	Artsaker	Samsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet	Eksisterende barrierer	Forslåtte barrierer / tiltak	Styrbarhet: - høy - middels - lav
2.7	Manglende evne til kompensering av oppgaver	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Det er etablert en funksjonsfordeling mellom sykehusene i Kristiansund/Molde. Planen har vært å fordele fagoppgaver mellom de to sykehusene også i internt faset. Trussel: Dersom det på grunn av byggeteknisk standard og må stenges avdeling(er) på det ene sykehuset, så er det ikke plass på det andre sykehuset til å fullt ut overta den funksjonen som må stenge. Denne funksjonen må da overføres til Alesund eller St. Olavs i Trondheim. Selv om det er betydelige utfordringer, så er det også investert i en del oppgradering av Molde, bl.a. ny intensivavdeling. Det ble ikke uttrykt noen uttalt bekymring for at byggeteknisk tilstand skulle kunne føre til nedstengning, selv om akutte hendelser som lekkasjer etc. ikke kan utelukkes. Dette kan medføre midlertidig nedstengning av deler av sykehuset i verste fall vil det ikke være økonomisk forsvarlig å gjøre utbedrende tiltak for å gjenopprette et nytt sykehus står ferdig. Styrbarnet av dette er teoretisk sett god, ettersom mye avhenger av forebyggende vedlikehold. Denne er allikevel begrenset av økonomiske rammer og moderat styrbarhet virker realistisk.	Arealstørrelse/byggtilstand Tilstanden er klar, verre i Molde, men det er avdelinger/bygningsmasse med utfordringer også i Kristiansund.	M	M	M	Eksisterende barrierer NBI Forutsetninger for angitt risikonivå Eksisterende vedlikeholdsprogram, fagstandard og rekruttere ved begge sykehus	Viktig å bevare fagstandard og rekruttere ved begge sykehus	
2.8	Redusert kvalitet på undersøkelser/bedring	Bør ikke bare fokusere på tungt teknisk utstyr, da det også er vanskelig å få gjennomslag for å erstatte/utbedre lettere utstyr. Noen (Kr.sund?) har erfaring allerede med at kun utstyr som får sammenbrudd blir erstattet. De har ved anledninger ikke fått godkjennning til prioritert 1 utstyr. Det har blitt utført en del nyinvesteringer på ledet og intensiv (Kr.sund). Det synes ikke å være akutt bekymring for uforutsigelig tilbud til pasientene (dvs større risiko for infeksjoner etc pga manglende utstyr). Trussel: I midlertid så er det en del medisinsk teknisk utstyr som betegnes som utdatert og kan tenkes å gi dårligere undersøkelser/behandling, samt en viss bekymring for at det får teknisk svikt samtidig med et kritisk behov.	Redusert kvalitet på utstyr eller mangel på utstyr Økonomiske rammer for utskifting av utstyr.		M	M	H			
2.9	Behovet for polikliniske tjenester overstiger arealmessig kapasiteten	I strategi for det nye sykehuset er det lagt til grunn en betydelig økning i bruk av dagbehandling/poliklinisk behandling. Denne forskyvningen fra lange innleggelse, mot kortere og dagbehandling er allerede i gang. Det er en sterk vekst i poliklinisk behandling, allerede plassmangel og en viss bekymring for at veksten i interimsperioden vil øvergå kapasiteten, slik at man ikke blir i stand til å levere fullgodde tjenester.	Mangel på areal Omlegging/omorganisering av behandlingstjenester:		H	M	H		Odd: En del av prosjektet kan kanskje være å bygge ut det polikliniske tilbudet ved det sykehuset som er nærmest tomt/evalg. Kan evt. vurdere åpningstider ved poliklinikkene • Unytte nedlagte sengeposter til poliklinikk • Videreutvikle dagens samarbeid mellom alle poliklinikkene • Mer bruk av levedspoliklinikk • Prosesser for pasientflyt • Videreutvikle "ikke møtt"- tiltak • Fordele pasientgrupper/funksjonstilbud mellom husene • Midlertidige lokaler for poliklinikk i brakkerigg	

Risiko og Sårbarhetsanalyser - Analyselogg

Analysesjakt:

Gjennomført av:

Formål:

Date:

System		Uønsket hendelse		Beskrivelse / høg uønsket		Ansatker		Samspilighet		Konssekvens		Sårbarhet		Risiko/håndtering	
ID	Delsystem / komponent	Navnig uønsket hendelse	Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valg av frekvens og konsekvens	Utsikthet om fremtidige myndighetskrav	Nærmere beskrivelse av hendelsen.	Ansatt	Samspilighet	Konssekvens	Sårbarhet	Elisterende barrierer NB! Forutsetninger for angitt risikokv	Foreslåtte barrierer / tiltak	Styrbarhet: - høy - middels - lav			
3.1				Usikkerhet om fremtidige myndighetskrav	<p>Nærmere beskrivelse av hendelsen.</p> <p>Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valg av frekvens og konsekvens</p> <p>Innføring av standardbehandling "pakkeforløp" for ulike kreftbehandlinger er under utarbeiding. Dette vil kunne påvirke hvor pasienten skal kunne behandles. Vanskelig å si nå om og i hvilken grad ulike kreftformer vil bli operert ved det nye sykehuset om 6-7 år. En uttrykker bekymring for gjennomføring av sentralisering av kreftkirurgien dersom det blir en realitet at det ikke blir operert i Nordnorge / Romsdal, vi dette kunne påvirke like bare pasientstrømmen, men også muligheten for å holde på gode fagmiljøer i gastrokirurgi. Dette er spesielt bekymringsfullt, da gastrokirurgi blir den viktigste kirurgispecialiteten i nytt forslag til spesialistutdanning av kirurger. Pr nå sykehusvalg kan også påvirke i større grad.</p>	<p>saksbehandlingstid myndighetenes "ønske" om sentralisering</p>	M	M	L	Tiltrebe å levere tjenester av god kvalitet og faglighet som vil være attraktive og konkurransedyktige mot andre alternatv.					
3.2				Plasering av legevaksentraler - endring i pasientstrøm	<p>GH pasienter dominerer antall innlagte, av innlagte på kirurgien blir ca 50% innlagt fra legevakten. Antallet interkommunale legevakter øker, noe som vil virke inn på forholdene ved sykehusene. Dette vil kreve godt samarbeide med kommunehelsestjenesten for organisering av tjenesten. Erfaringsmessig legges pasienter inn på det sykehuset som er nærmest legevaksentralen.</p> <p>Bekymring: Der som det er misforhold mellom plasseringen av legevaksentraler og plassering av nytt sykehus, så vil dette kunne påvirke pasientstrømmen til nytt sykehus.</p>	<p>Utlitstrekkelig kommunikasjon med kommunene</p>	M	M	L	tenke mer partnerskap og må ut og bygge relasjoner i kommunene se på bestemmelser internt i organisasjonen; GH legen bestemmer hvor pasienten innlegges. Tiltrebe en god dialog mellom sykehus og kommuner omkring opprettelsen av legevaksentraler. Tiltrebe god kommunikasjon om faglig tilbud til allerede eksisterende legevaksentraler. • Opprett tilbud, kvalitet og faglig tilbud ved dørens med i håndtering • Tiltrebe høy kvalitet og faglighet og der gjennom styrke omdømmet til sykehusene • Sørg for et godt samarbeide mellom fastleger og sykehus. • Legge vekt på god tilgjengelighet og korte ventetider.					
3.3				Pasientene velger andre sykehus	<p>Pasientene velger andre sykehus. Viktig å ha et sykehus pasientene stoler på, mener det sykehuset vil bli valgt hvis det virker stort og robust. Viktig å plassere det slik at alle i området har overkommelige avstand.</p> <p>Tror en kan stu pasientstrøm tilbake.</p> <p>Befolkingsalder påvirker måten vi utfører tjenester og behovet for hva som trengs. En ser for seg at nærhet til medisinsk tilbud blir viktigere fremover. Spesielt Alderspsykiatrik og andre kronisk syke har større behov for nærhet mellom behandlingsoppløsing-hjem. Viktig å ha lokal kapasitet.</p> <p>Hjelsechar pr nå 14 plasser men har stadig 120-140/150% belegg. Overføring videre er viktig, spesielt for alderspsykiatri.</p> <p>Det er viktig å huske at endringer i tjenestetilbud allerede er på gang. F.eks vil ikke nytt sykehus (eller for den del eksisterende) ha hudtubud. Dette løses per i dag ved avtalepraksiser. Dette kan bli situasjonen også for andre "små" spesialiteter, f.eks. øye.</p>	<p>Redusert eller endret tilbud kan føre til at pasientene velger andre sykehus. Viktig å ha et sykehus pasientene stoler på, mener det sykehuset vil bli valgt hvis det virker stort og robust. Viktig å plassere det slik at alle i området har overkommelige avstand.</p> <p>Tror en kan stu pasientstrøm tilbake.</p> <p>Befolkingsalder påvirker måten vi utfører tjenester og behovet for hva som trengs. En ser for seg at nærhet til medisinsk tilbud blir viktigere fremover. Spesielt Alderspsykiatrik og andre kronisk syke har større behov for nærhet mellom behandlingsoppløsing-hjem. Viktig å ha lokal kapasitet.</p> <p>Hjelsechar pr nå 14 plasser men har stadig 120-140/150% belegg. Overføring videre er viktig, spesielt for alderspsykiatri.</p> <p>Det er viktig å huske at endringer i tjenestetilbud allerede er på gang. F.eks vil ikke nytt sykehus (eller for den del eksisterende) ha hudtubud. Dette løses per i dag ved avtalepraksiser. Dette kan bli situasjonen også for andre "små" spesialiteter, f.eks. øye.</p>	<p>For lang avstand til behandlingstilbudet Mifallitt til sykehuset/negativt omdømme</p>	M	M	M					



Analysesubjekt:

Fremdrift og tid

Gjennomført av:

Formål:

Hva kan true fremdriften?

Dato:

System		Uønsket hendelse		Beskrivelse / begrunnelse		Arsaker		Sannsynlighet		Konsekvens		Styrbarhet		Risiko/håndtering		
ID	Delsystem / komponent	Navnig / ønsket hendelse		Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens									Styrbarhet	Ekisterende barrierer / NBI Fortssetninger for angitt risikonivå	Foreslåtte barrierer / tiltak	Styrbarhet: - høy - middels - lav
4.1		Utsettelse/forskyvning av byggestart		<p>Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens</p> <p>Utsettelse eller omkamp er nå den største trussel, som vil /kan føre til uholdbar ekstremt krevende situasjon.</p> <p>Finansieringen av sykehuset - en finansieringsplan som er robust nok til å bli godkjent av Helse - Midt Norge må utarbeides. Må unngå utsettelse på lite tilfredsstillende finansieringsplan. Dette er en årsak til utsettelse. Men også alle andre årsaker til utsettelse som fører til forsinkelse av ferdigstillelse (utover normal prosjektflyt) vil sette Helse Møre og Romsdal i en ekstremt krevende situasjon. Enkelte av fagmiljøene er per i dag små og sårbare og vil kunne forvitre ytterligere på grunn av høy vaktbelastning (lite personell tilgjengelig for å delta i vaktordning). Dermed kommer økte behov for å investere i eksterne byggingsmasser for kunne holde drift i gang i en forlenget interimsperiode. Det kan bli aktuelt å overføre funksjoner til andre sykehus (Ålesund, St. Olav), er fagmessig len det være vanskelig å "få tilbake" slike funksjoner etter at nye tjenester for pasienter er på plass. Andre årsaker til utsettelse som er diskutert i nedenfor vil i praksis kunne ha de samme konsekvenser.</p> <p>Økonomisk risiko: Interimfasen blir dyr, uansett og omstilling koster penger. Avhengig av årsakene til en evt utsettelse, er det ubehagelige, kor lang blir utsettelsen, hva da med de eksisterende sykehus og tilbud.</p>	M	H	H	H	H	H	<p>myndigheters manglende finansieringsvne</p>	<p>TYDELIGE veitak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det må leveres et solid beslutningsgrunnlag som gir grunnlag for å ta et godt informert lokaliseringstak</li> <li>• Det må etableres gode prosesser for intern og ekstern vurdering</li> <li>• De med formelt ansvar må gjøre det de skal - ta grunn av et best mulig beslutningsgrunnlag</li> <li>• Løpillet mot veitaker, når det endelig foreligger.</li> <li>• Planer for iværsettelse nedover i organisasjonen</li> </ul>	<p>Styrbarhet: - høy - middels - lav</p>			
4.2		Omkamp som har noe for seg		<p>Hvis grunnlaget for valgt tomte ikke er tilstrekkelig utredet og begrunnet, vil det kunne komme mer eller mindre legitime omkamps.</p> <p>Siden tidplan for prosjektet allerede er særdeles stram, vil utsettelse av veitak om prosjektstart (på grunn av politiske omkamps) få betydelige konsekvenser for ferdigstillelsen.</p> <p>På grunn av stort engasjement og uenighet mellom byer/sykehus om hva som er den beste plasseringen, så er det en viss sannsynlighet for slike omkamps.</p> <p>Konsekvensene kan være betydelige for prosjektet. Det er påvirkningsmuligheter, men neppe full styrbarhet for helseforetaket, når det gjelder å forebygge/forhindre denne type omkamps.</p>	H	H	H	H	H	H	<p>For dårlig grunnlag for valgt tomt, eller opplevelse av at argumenter for at annet alternativ ikke er tilstrekkelig forrett.</p>					
4.3		For liten dimensjonering av det nye sykehuset		<p>Myndighetskrav til pasientbehandling er i stadig utvikling/øndring. Om dimensjoneringen iberregnes kan det føre til at en ikke vil kunne gi behandling etter nasjonale krav. Dette også for 3 store fagmiljøene.</p> <p>Det nye sykehuset vil bli et fullt digitalisert sykehus. Viktig at relevant fagpersonell og personell som kan se utvikling fremover kommer tidlig inn i fasen for å bidra i planlegging, romløsning. Også viktig med kontinuerlig evaluering av utvikling/byggingen bla it endringer i myndighetskrav. Trusselen her er underdimensjonering av sykehuset fordi en ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til utvikling i medisinsk behandling og forventninger fra myndigheter. Det ligger dermed i dette at det vil ha mindre betydning for muligheten til å levere gode tjenester i interimsperioden, men vil kunne ha betydning for overgangen til drift i nytt sykehus.</p>	M	M	M	M	M	M	<p>Uklare føringer fra myndigheter. Manglende involvering av kompetent personell i planleggingsfasen</p>	<p>Esperit kommentar: Regions deltakelse er nevnt internit prosjektet, risiko å bomme her</p>				
4.4		Uklar funksjonsfordelingsprosess		<p>Viktig at god og klar funksjonsfordelingen ved de to eksisterende sykehusene er på plass, for å vareta eksisterende miljøer.</p> <p>Trussel: Uklarhet omkring funksjonsfordeling i dagens to sykehus kan føre til ytterligere forvitring av sårbare fagmiljø og true muligheten for å levere gode tjenester i interimsperioden.</p>	M	M	M	M	M	M	<p>Uklare føringer fra Helse MØR Intern uenighet om funksjonsfordeling</p>	<p>Det er viktig å opprettholde en god og klar funksjonsfordeling ved de to eksisterende sykehus for å vareta eksisterende miljøer i interimfasen.</p>				

Risiko og Sårbarhetsanalyser - Analyselogg

Analyseobjekt:

Glennomført av:

Dato:

Formål: Hvordan få til et godt samarbeid med kommunene?

System		Risiko/håndtering								
ID	Delsystem / komponent	Uønsket hendelse	Beskrivelse / begrunnelse	Årsaker	Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet	Ekisterende barrierer NBI Forutsetninger for angitt risikonivå	Foreslåtte barrierer / tiltak	Styrbarhet: - høy - middels - lav
5.1	Manglende koordinering mellom kommuner og sykehus	Navngi uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som legger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Uavhengig av hvor det nye sykehuset blir lagt vil kommunehelsestjenesten "leve sitt eget liv". Ansvarsforhold mellom spesialisthelsestjenesten og kommunene i interrimfasen må være tydelig klarlagt og kommunisert. Trusselen her er manglende samsvar mellom det tilbud kommunene er i stand til å gi og hva nytt sykehus dimensjoneres for.	Manglende kommunikasjon mellom helseforetak og berørte kommuner Uklare føringer nasjonalt. Manglende ressurser i kommunene	H	H	H	H	Spesialisthelsestjenesten drive "oppsøkende samarbeid med kommunehelsestjenesten"
5.2	Mangel på samarbeid med kommunen	Navngi uønsket hendelse	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som legger til grunn for valgt frekvens og konsekvens	Viktig å komme i dialog med kommunene for å fylle myndighetskravene. Det vil kreve nye fra plassen som ikke får sykehus når det gjelder dagbehandling/poliklinisk. Erfaringer fra palliativ/krefravdelingen ved Molde er at kommunene kommer sent i gang (med tilrettelegging/samarbeid?)	spesialisthelsestjenestens manglende initiativ/vilje og plan for samarbeid kommunehelsestjenestens manglende økonomiske og faglige evne og vilje til å ta imot pasienter	H	H	H	H	• Uavhengig av hvor det nye sykehuset lokaliseres må ansvarsforhold mellom spesialisthelsestjenesten og kommunene i interrimfasen må være tydelig klarlagt og kommunisert.
5.3										
5.4										



Risiko og Sårbarhetsanalyser - Analyselogg

Analyseobjekt:

Andre faktorer

Gjennomført av:

Dato:

Formål:

System		Uønsket hendelse	Beskrivelse / begrunnelse	Årsaker	Sannsynlighet	Konsekvens	Styrbarhet	Eksisterende barrierer / NBI Forutsetninger for angitt risikonivå	Foreslåtte barrierer / tiltak	Styrbarhet: - høy - middels - lav
6.1	Delsystem / komponent	Navigi uønsket hendelse Avstand til utdanningsinstitusjon	Nærmere beskrivelse av hendelsen. Kommentarer og diskusjon som ligger til grunn for valgt frekvens og konsekvens Der som nytt sykehus legges for langt fra eksisterende utdanningsinstitusjoner, kan det medføre vanskeligheter for samarbeide om utdanning og forskning. Det ble påpekt at dette neppe var et stort problem - god klinisk forskning er i liten grad avhengig av nærhet til utdanningsinstitusjonen.	Avstand, vanskelig logistikk	L	L	H			
6.2		Utilstrekkelig tilgang på prehospital transport	Et felles sykehus vil uavhengig av plassering føre til at store grupper blir helt eller delvis avhengig av tunnel for å nå frem til sitt akutt sykehus. Dette kan medføre økt belastning på luftambulansetjenester. En plassering i Moldeområdet vil medføre økt reisetid for ytre deler av Nord-Møre. Også dette kan øke behovet for luftambulansetjenester. Det er erfaring for at denne kapasiteten allerede er høyt belastet. Andre innvender at statistikk viser en relativt liten og konstant andel avviste oppdrag på grunn av vær/oppbrukt flytid etc. Dette er forsåvidt reell utfordring, men er mer koblet til drift etter nytt felles sykehus er ferdig, heller enn trussel mot muligheten for å levere gode tjenester i interimsperioden.	Lokalisering av sykehus, stengt tunnel, avstand til sykehus, kapasitet i luftambulansetjenesten.	M	M	M		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er under iverksettning en ordning med at anestesileger ved sykehuset i Molde vil ivareta transport av kritisk syke barn og kuvøse barn i nordfylket, når ordinær luftambulans ikke er tilgjengelig.</li> <li>• Det bør vurderes tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning på sykehuset for tilfeller hvor transport er uaktuelt pga med. tilstand/vær – det bør være tilstrekkelig kompetent bemanning til å internt ivareta pasienter som får en akutt forverring av sin tilstand.</li> <li>• Vurderer akuttmedisinsk kapasitet opp mot transportkapasitet mellom sykehusene – sørge for korrekt prioritering og</li> </ul>	