
Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Utredning av kirurgisk akuttberedskap og berørte fagområder ved UNN Narvik

Risiko- og mulighetsanalyse

2. mars 2017

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag.....	3
2. Bakgrunn og mandat	4
3. Alternativer.....	5
Kirurgisk akuttberedskap	5
Organisering av fødetilbudet.....	5
Elektiv kirurgisk virksomhet.....	5
4. Metode	6
Gjennomføring.....	6
Skalaer og begreper	6
Begrensninger.....	7
5. Kirurgisk akuttberedskap.....	9
Oppsummering.....	9
Risikoer ved ytteralternativ 1	9
Risikoer ved ytteralternativ 2	11
Risikoer ved alternativ 3 – Mellomløsning	12
Muligheter.....	15
6. Organisering av fødetilbudet.....	16
Oppsummering.....	16
Risikoer ved alternativ 1.....	16
Risikoer ved alternativ 2.....	17
Muligheter.....	18
7. Elektiv kirurgisk virksomhet.....	19
Oppsummering.....	19
Risikoer ved alternativ 1.....	19
Risikoer ved alternativ 2.....	20
Muligheter.....	21
8. Vedlegg – Stemmeresultater	22

1. Sammendrag

Kirurgisk akuttberedskap

Å opprettholde dagens akuttkirurgiske tilbud kan på sikt få negative konsekvenser for pasientsikkerheten og helseforetaket, blant annet fordi det er risiko for at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum, at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi, at sykehuset får problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi og at lav bemanning kan føre til for høy arbeidsbelastning hos kirurger, som igjen kan påvirke kvalitet på tjenestene. Å fjerne akuttkirurgien kan blant annet føre til at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi), at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting og næringsliv som følge av lavere opplevd trygghet, samt økte kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø. I tillegg er det risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet, samt lavere pasienttilfredshet som følge av lengre transportvei, men disse risikoene er vurdert til å være moderate. Mellomløsningen der UNN Narvik fortsatt har et akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet, medfører mindre risiko enn de to ytteralternativene. Å fjerne akuttkirurgien skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, samtidig som kvaliteten på den akutte større kirurgien kan øke på grunn av større volum ved andre sykehus. Det finnes også muligheter for å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes.

Organisering av fødetilbudet

Analysen viser at den største risikoen forbundet med å opprettholde en fødeavdeling på nivå med dagens, er at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer. Risikoen for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum, er vurdert som lav. Å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue kan føre til at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting. Det er også identifisert vesentlig risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue med tilhørende ansvar, og at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned. I tillegg er det risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet som følge av lengre transportvei ved risikofødsler og keisersnitt, men denne risikoen er vurdert til å være lavere. Det er ikke identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

Elektiv kirurgisk virksomhet

Analysen viser at det er høy risiko for at sykehuset vil få problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akuttkirurgi og ikke øker elektiv kirurgisk virksomhet. I tillegg er det høy risiko for uutnyttet operasjonskapasitet. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS. Det er også risiko for at pasienter som bor i nærheten av sykehuset i Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg dersom de blir henvist til Narvik, noe som vil medføre økte kostnader for helseforetaket. Det er ikke identifisert risikoer som påvirker pasientsikkerheten ved alternativene for elektiv kirurgisk virksomhet. Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien i Narvik. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, og sykehuset i Narvik kan bli et kompetansesenter innen elektiv kirurgi. Dette vil kunne bidra til at det blir enklere å rekruttere kirurger til sykehuset i Narvik, og det gir muligheter for å øke forskning og skreddersy LiS-løp for leger i hele UNN HF.

2. Bakgrunn og mandat

Helse Nord RHF har som en del av arbeidet med oppfølging av Nasjonale helse og sykehusplan (Meld. St. 11, 2015-2016)¹ bedt Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utrede alternative løsninger for fremtidig kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Denne utredningen er organisert som et prosjekt som eies av administrerende direktør ved UNN.

I henhold til veilederen for arbeidet med utviklingsplaner² skal det gjennomføres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre. Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes. Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akutfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.

Direktøren er prosjekteier for utredningen og dermed også for risiko- og mulighetsanalysen av alternative løsninger for fremtidig kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Direktøren har besluttet at:

- Risiko- og mulighetsanalysen gjennomføres som anbefalt i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner og med ekstern tilrettelegger. UNN har valgt å benytte EY til dette arbeidet etter en minikonkurranse på rammeavtalen for konsulent tjenester.
- Risiko- og mulighetsanalysen gjennomføres i forlengelsen av siste møte i prosjektgruppen, dvs. i perioden 15.-28. februar 2017, og utgjør en del av beslutningsgrunnlaget til styret i Helse Nord RHF. Denne sendes på høring sammen med utredningen i perioden 3 -16. mars.
- En gruppe på seks deltakere gjennomfører risiko- og mulighetsanalysen. Tre av disse kommer fra prosjektgruppen (kommunal helsetjeneste, UNN Narvik, tillitsvalgt), mens de resterende utpekes av direktøren (UNN Tromsø, UNN Harstad, brukerrepresentant). Prosjektgruppen skal selv utpeke de tre deltakerne.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016>

² <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan/Veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf>

3. Alternativer

Risiko- og mulighetsanalysen omfatter følgende alternativer, som er oppgitt i mandatet fra Helse Nord og diskutert i prosjektgruppen:

Kirurgisk akuttberedskap

- Ytteralternativ 1: Fullt døgntilbud generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå som i dag)
- Ytteralternativ 2: Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Ingen akutt kirurgi.
- Mellomløsning – alternativ 3: Fortsatt akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet. Dagkirurgi og elektiv gastrokirurgisk virksomhet som før, mens akutte gastropasienter som ikke kan avklares lokalt overføres til annet sykehus i UNN HF.

Organisering av fødetilbudet

- Fødeavdeling på nivå med dagens, med tilstrekkelig kompetent bemanning
- Jordmorstyrt fødestue

Elektiv kirurgisk virksomhet

- Elektiv kirurgisk virksomhet på nivå med dagens
- Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF

For ytterligere beskrivelse av alternativene vises det til rapporten fra prosjektgruppen.

4. Metode

Gjennomføring

Risiko- og mulighetsanalysen er gjennomført i henhold til metoden som er anbefalt i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner. Analysen og representasjonen dekker pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv. Gruppen skal ikke ta stilling til hvilke(t) alternativ som skal velges. EY (Ernst & Young AS) har vært engasjert for å legge til rette for gjennomføring av risiko- og mulighetsanalysen og har også hatt ansvar for å utarbeide denne oppsummerende rapporten. EY har ikke gjort egne vurderinger av risikoer og muligheter ved de ulike alternativene.

Risiko- og mulighetsanalysen er gjennomført i et arbeidsmøte i Narvik den 21. februar 2017 av en gruppe på seks deltakere, sammensatt i henhold til direktørens beslutning:

- Margrethe H. Larsen, brukerrepresentant
- Niels Krum-Hansen, overlege K3K, UNN Harstad
- Tonje A. M. Drecker, kvalitetsrådgiver OPIN, UNN Tromsø
- Jon Harr, overlege OPIN, UNN Narvik
- Bjørn Bremer, rådgiver Narvik kommune
- Ulla Dorte Mathisen, foretakstillitsvalgt UNN HF

I forkant har deltakerne fått tilsendt et utdrag fra foreløpig rapport fra prosjektgruppen, samt link til en nettside³ med data, analyser og andre relevante bakgrunnsdokumenter. Utdraget fra rapporten inkluderte ikke prosjektgruppens løsningsforslag.

Overordnet var prosessen i arbeidsmøtet som følger:

1. Individuell idémyldring av risikoer relatert til ett av alternativene
2. Risikoer ble diskutert i plenum og konsolidert om mulig
3. Sannsynlighet og konsekvens ved identifiserte risikoer ble bestemt gjennom avstemning
4. Muligheter ved alternativene som avviker fra dagens situasjon ble diskutert

For å effektivt utføre og dokumentere avstemning av sannsynlighet og konsekvens for risikoene ble et elektronisk stemmeverktøy benyttet. Resultatene hentet fra dette stemmeverktøyet er kilden til tallene og illustrasjonene i denne rapporten.

I etterkant har EY oppsummert resultatene i foreliggende rapport. Deltakerne har fått tilsendt et utkast og fått mulighet til å korrigere og presisere formuleringer, men ikke endre resultatene.

Skalaer og begreper

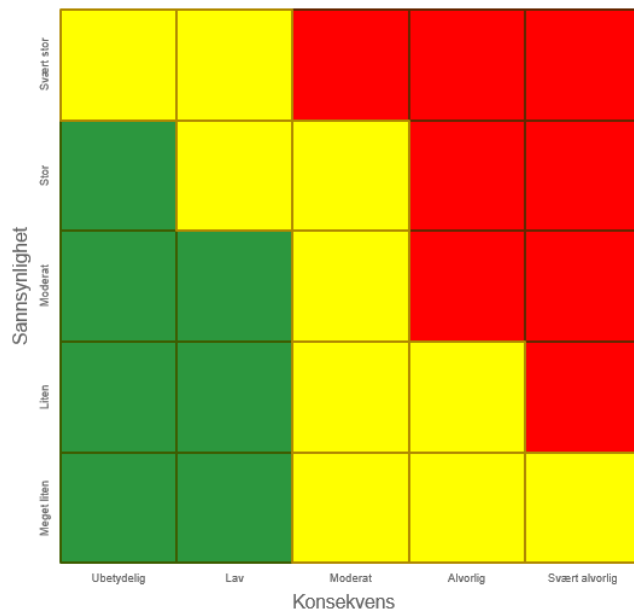
Sannsynlighet: Et begrep brukt for å beskrive hvor trolig et utfall inntreffer. En skala fra 1 til 5 er valgt, hvor 1 indikerer meget liten sannsynlighet og 5 indikerer svært stor sannsynlighet. Da målet med analysen har vært å synliggjøre de største risikoene ved de forskjellige alternativene og ikke kvantifisering av risiko, er det ikke definert prosentintervall for de fem tallene i skalaen.

Konsekvens: Et begrep brukt for å beskrive hvor alvorlige følgene vil være om en risiko inntreffer. En skala fra 1 til 5 er valgt, hvor 1 indikerer en ubetydelig konsekvens og 5 indikerer en svært alvorlig konsekvens. Da målet med analysen har vært å synliggjøre de største risikoene med de forskjellige

³ <https://unn.no/om-oss/nasjonale-helse-og-sykehusplan>

alternativene og ikke kvantifisering av risiko, er det ikke definert konkrete scenarier for de fem tallene i skalaen. Det er i denne analysen vurdert konsekvenser for pasientsikkerhet, helseforetak (UNN), kommuner (Narvik og omegn) og samfunnet.

Risiko: Risiko er en kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens hvor størrelsen på risikoen kan ses på som et produkt av sannsynlighetsfaktor og konsekvensfaktor. I figuren nedenfor vises en matrise hvor fargen på ruten indikerer hvor betydelig risikoen er. Rutene markert i rødt innebærer en høy risiko, gul en middels risiko og grønn en lav risiko.



Uenighet: Sannsynlighetsverdi og konsekvensverdi er basert på et gjennomsnitt av avlagte stemmer for de forskjellige risikoer. For å vise i hvilken grad de seks deltakerne i arbeidsmøtet var enige i sine estimater av sannsynlighet og konsekvens er det inkludert en vurdering av uenighet i resultatene i denne rapporten. Graden av uenighet er også delt inn en femdelte skala, hvor vurderingen av uenighet er basert på standardavviket i avlagte stemmer. Dette er et mål på den gjennomsnittlige differansen avlagte stemmer har fra gjennomsnittlig, stemt, verdi. Grunnlaget for vurdering av uenighet vises i intervallene nedenfor.

Svært lav uenighet: $\sigma < 0,5$

Lav uenighet: $0,5 \leq \sigma < 0,75$

Middels uenighet: $0,75 \leq \sigma < 1$

Høy uenighet: $1 \leq \sigma < 1,25$

Svært høy uenighet: $\sigma \geq 1,25$

Muligheter: En mulighet er i analysen behandlet som en potensiell gevinst som kan realiseres ved å velge en alternativ løsning framfor dagens løsning. Disse gevinstene kan komme pasientsikkerheten, helseforetaket, kommunen og/eller samfunnet til gode. Sannsynlighet for å oppnå disse gevinstene, samt størrelsen på gevinstene, er ikke vurdert.

Begrensninger

Varigheten av arbeidsmøtet var én dag, noe som setter begrensninger for detaljeringsgraden i risiko- og mulighetsanalysen. Innenfor rammene og mandatet har det ikke vært mulig å gjennomføre detaljerte analyser av risikoer og muligheter, og analysen er basert på deltakernes kunnskap, samt foreliggende data, analyser og bakgrunnsdokumenter fra prosjektet. Deltakerne har påpekt at det

har vært kort tid mellom utsendelse av utdrag fra foreløpig rapport fra prosjektgruppen (15. februar) og arbeidsmøtet (21. februar). Spesielt deltakerne som ikke er med i prosjektgruppen, synes at det har vært krevende å sette seg inn i dette materialet innenfor denne tidsrammen. I tillegg har deltakerne påpekt at alternativene som danner grunnlaget for gjennomføring av risiko- og mulighetsanalysen ikke er ferdig diskutert i prosjektgruppen. Deltakerne synes at analysen burde vært gjennomført når den endelige rapporten fra prosjektgruppen foreligger. Enkelte deltakere synes også at alternativene ikke er entydig definert og gir rom for ulike tolkninger.

EY har ikke vurdert hvorvidt begrensningene som er beskrevet i dette avsnittet har påvirket resultatet av risiko- og mulighetsanalysen.

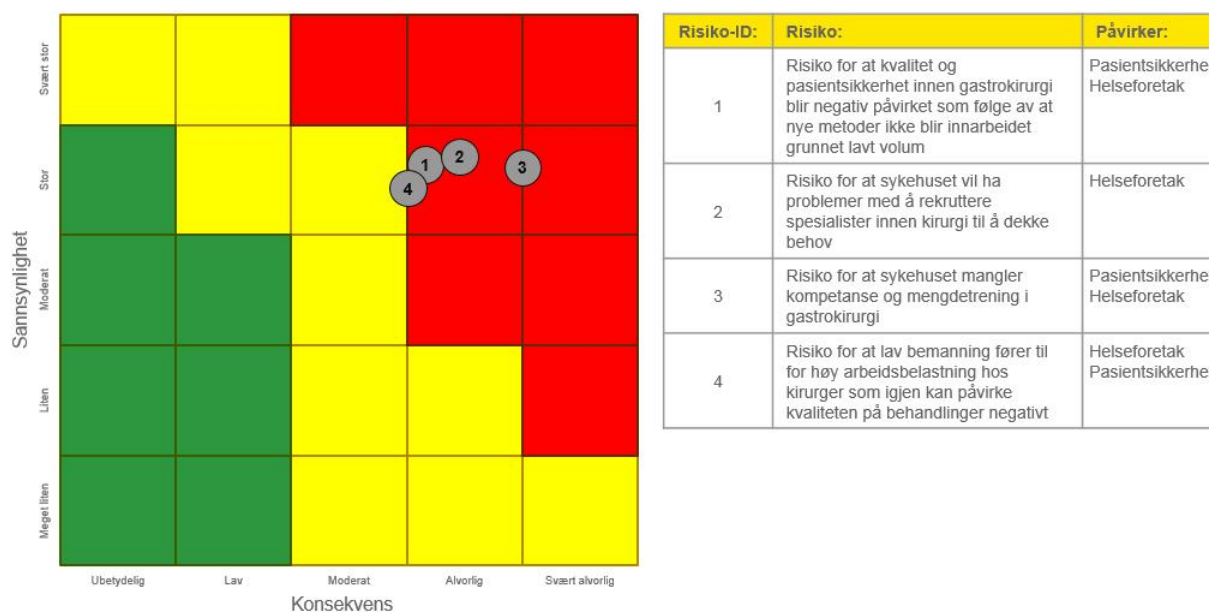
5. Kirurgisk akuttberedskap

Oppsummering

Analysen viser at det er vesentlige risikoer forbundet med begge ytteralternativer. Å opprettholde dagens akuttkirurgiske tilbud kan på sikt få negative konsekvenser for pasientsikkerheten og helseforetaket, blant annet fordi det er risiko for at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum, at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi, at sykehuset får problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi og at lav bemanning kan føre til for høy arbeidsbelastning hos kirurger som igjen kan påvirke kvalitet på tjenestene. Å fjerne akuttkirurgien kan blant annet føre til at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi), at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting og næringsliv som følge av lavere opplevd trygghet, samt økte kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø. I tillegg er det risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet, samt lavere pasienttilfredshet som følge av lengre transportvei, men disse risikoene er vurdert til å være moderate. Mellomløsningen der UNN Narvik fortsatt har et akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet, medfører mindre risiko enn de to ytteralternativene. Å fjerne akuttkirurgien skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, samtidig som kvaliteten på den akutte større kirurgien kan øke på grunn av større volum ved andre sykehus. Det finnes også muligheter for å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes.

Risikoer ved ytteralternativ 1

Fullt døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå som i dag)



Risiko 1 - Risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet innen gastrokirurgi blir negativ påvirket som følge av at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/moderat (svært lav uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er per i dag et relativt lavt volum av utførte operasjoner innen gastrokirurgi ved UNN Narvik. Dette kan føre til at kirurger ikke får den nødvendige mengdetreningen til å innarbeide nye metoder innen fagfeltet.

Risiko 2 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke behov.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ny spesialistutdanning innen kirurgi der spesialiteten generell kirurgi vil utgå, vil gjøre det utfordrende for mindre sykehus å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke sitt behov. Det er trolig at dette på sikt vil bli et problem for UNN Narvik med alvorlig konsekvens. Dette var det høy enighet om i arbeidsgruppa.

Risiko 3 - Risiko for at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig (lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Da volumet på gastrooperasjoner per i dag er relativt lavt, vurderes det som sannsynlig at gastrokirurgene ikke får tilstrekkelig kompetanse og mengdetrening, noe som kan gå på bekostning av pasientsikkerheten.

Risiko 4 - Risiko for at lav bemanning fører til for høy arbeidsbelastning hos kirurger som igjen kan påvirke kvaliteten på behandlinger negativt.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (lav uenighet)

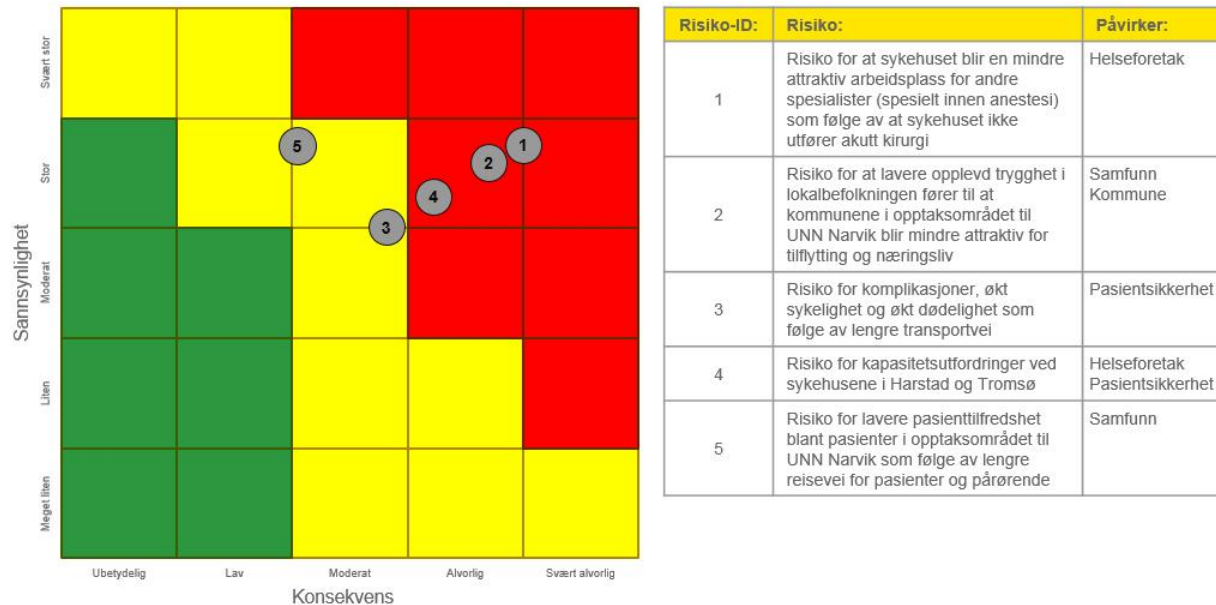
Risiko: Middels/Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Grunnet lav bemanning er det en høy arbeidsbelastning hos kirurger ved UNN Narvik. Bemanningen er spesielt sårbar ved sykdom og annet fravær. Dette kan i ytterste konsekvens påvirke kvaliteten på behandlinger negativt og dermed gå på bekostning av pasientsikkerheten. Selv om sannsynligheten for denne risikoen vurderes som høy av arbeidsgruppen

er den vurdert som den minst kritiske risikoen av de fire identifiserte, fordi konsekvensen er vurdert til å være mellom moderat og alvorlig. Denne risikoen henger sammen med risiko 2.

Risikoer ved ytteralternativ 2

Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Ingen akuttkirurgi.



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi) som følge av at sykehuset ikke utfører akutt kirurgi.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Når en lege skal velge arbeidsplass er fagmiljø et viktig kriterium. Det vurderes som sannsynlig at et sykehus uten akutt kirurgi vil være mindre attraktiv for andre spesialister, spesielt innen anestesi. Konsekvensen av dette vil være at sykehuset mangler spesialistkompetanse og dermed ikke tilfredsstillende kravene til akuttsykehus. Dette vurderes som alvorlig til svært alvorlig.

Risiko 2 - Risiko for at lavere opplevd trygghet i lokalbefolkningen fører til at kommunene i opptaksområdet til UNN Narvik blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Samfunn, kommune

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert i arbeidsgruppen at mangel på akutt kirurgi vil

kunne gi en lavere opplevd trygghet og at dette er noe som kan påvirke valget til personer og selskaper som vurderer å lokalisere seg i Narvik og omegn.

Risiko 3 - Risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet som følge av lengre transportvei.

Påvirker: Pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Moderat/høy (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: I tilfeller hvor det er behov for akutt kirurgi er det en fare for at den forlengede transportveien vil kunne føre til komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet. Denne risikoen ble vurdert til å ha den laveste risikoene av de identifiserte risikoene relatert til ytteralternativ 2.

Risiko 4 - Risiko for kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er allerede utfordringer relatert til kapasiteten ved sykehusene i Harstad og Tromsø. Det er naturlig å anta at utfordringene vil bli større om pasienter skal henvises fra Narvik ved behov for akutt kirurgi, med mindre kapasiteten økes.

Risiko 5 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter i opptaksområdet til UNN Narvik som følge av lengre reisevei for pasienter og pårørende.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor/svært stor (lav uenighet)

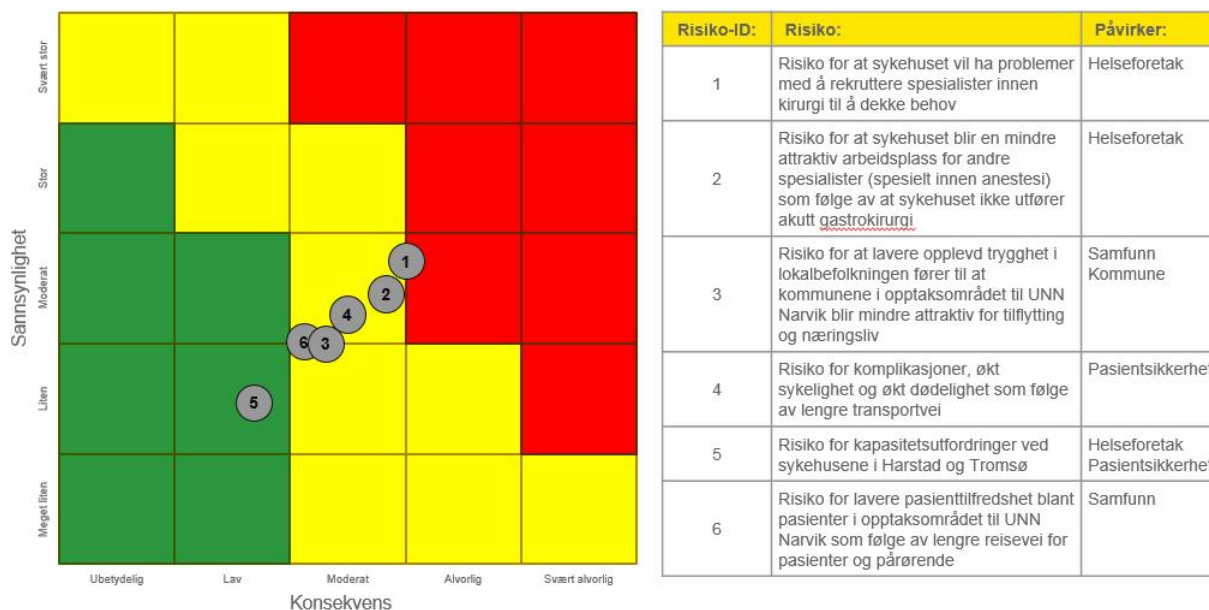
Konsekvens: Lav/moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det spesifiseres at dette ikke er en risiko relatert til pasientsikkerhet, men relatert til at pasienten og deres pårørende vil oppleve situasjonen mindre positivt grunnet lengre reisevei.

Risikoer ved alternativ 3 – Mellomløsning

Fortsatt akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet. Dagkirurgi og elektiv gastrokirurgisk virksomhet som før, mens akutte gastropasienter som ikke kan avklares lokalt overføres til annet sykehus i UNN HF. Det gjøres med andre ord ikke ø-hjelps gastro-operasjoner ved UNN Narvik.



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke behov.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat/stor (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ny spesialistutdanning innen kirurgi der spesialiteten generell kirurgi vil utgå, vil gjøre det utfordrende for mindre sykehus å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke sitt behov. Det er trolig at dette på sikt vil bli et problem for UNN Narvik dersom dagens akuttkirurgiske tilbud opprettholdes. Det er vurdert til å være moderat til stor sannsynlighet for at dette fortsatt vil være tilfellet selv om akutt gastrokirurgi opphører.

Risiko 2 - Risiko for at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi) som følge av at sykehuset ikke utfører akutt gastrokirurgi.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det vurderes av arbeidsgruppen at det er moderat sannsynlighet for at mangel på akutt gastrokirurgi vil gjøre UNN Narvik til en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister, spesielt innen anestesi.

Risiko 3 - Risiko for at lavere opplevd trygghet i lokalbefolkningen fører til at kommunene i opptaksområdet til UNN Narvik blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Samfunn, kommune

Sannsynlighet: Liten/moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det vurderes som mindre sannsynlig at den opplevde tryggheten vil reduseres slik at den påvirker personer og selskapers valg om å lokalisere seg i Narvik, og om den har en påvirkning vil denne være lav til moderat.

Risiko 4 - Risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet som følge av lengre transportvei.

Påvirker: Pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat (middels uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: : I tilfeller hvor det er behov for akutt gastrokirurgi vurderer arbeidsgruppen at det er en moderat sannsynlighet for at dette vil utgjøre en risiko for pasientsikkerheten. I tilfeller hvor risikoen intreffer er den forventet til å være moderat.

Risiko 5 - Risiko for kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Liten (høy uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (middels uenighet)

Risiko: Lav

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert som lite sannsynlig at pasientene som transporteres fra Narvik til sykehusene i Harstad og Tromsø for akutt gastrokirurgi vil skape kapasitetsutfordringer. Dette da det er et lavt volum av disse tilfellene årlig.

Risiko 6 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter i opptaksområdet til UNN Narvik som følge av lengre reisevei for pasienter og pårørende.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Liten/moderat (høy uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (lav enighet)

Risiko: Lav/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det spesifiseres at dette ikke er en risiko relatert til pasientsikkerhet, men relatert til at pasienter og deres pårørende vil oppleve situasjonen mindre positivt grunnet lengre reisevei.

Muligheter

- Mulighet til å øke og reindyrke den elektive kirurgien. Den planlagte kirurgien separert fra den akutte kan være mer effektiv.
- Mulighet for at kvaliteten på den akutte større kirurgien økes på grunn av større volum ved andre sykehus
- Mulighet til å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes

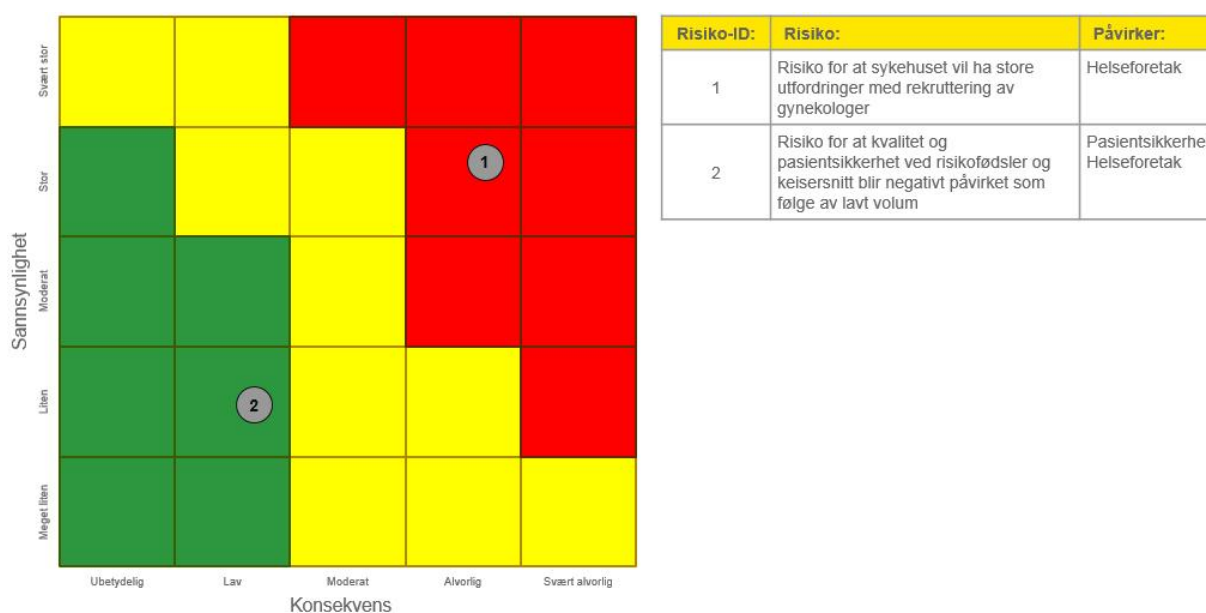
6. Organisering av fødetilbudet

Oppsummering

Analysen viser at den største risikoen forbundet med å opprettholde en fødeavdeling på nivå med dagens, er at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer. Risikoen for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum, er vurdert som lav. Å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue kan føre til at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting. Det er også identifisert vesentlig risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue med tilhørende ansvar, og at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned. I tillegg er det risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet som følge av lengre transportvei ved risikofødsler og keisersnitt, men denne risikoen er vurdert til å være lavere. Det er ikke identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

Risikoen ved alternativ 1

Fødeavdeling på nivå med dagens, med tilstrekkelig kompetent bemanning



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: UNN Narvik har ved dagens løsning en utfordring med å rekruttere gynekologer og det er vurdert til å være stor sannsynlighet for at denne utfordringer vil

vedvare om man velger å fortsette med dagens løsning. Det var enstemmig i arbeidsgruppen at konsekvensen av denne risikoen er alvorlig.

Risiko 2 - Risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Liten (høy uenighet)

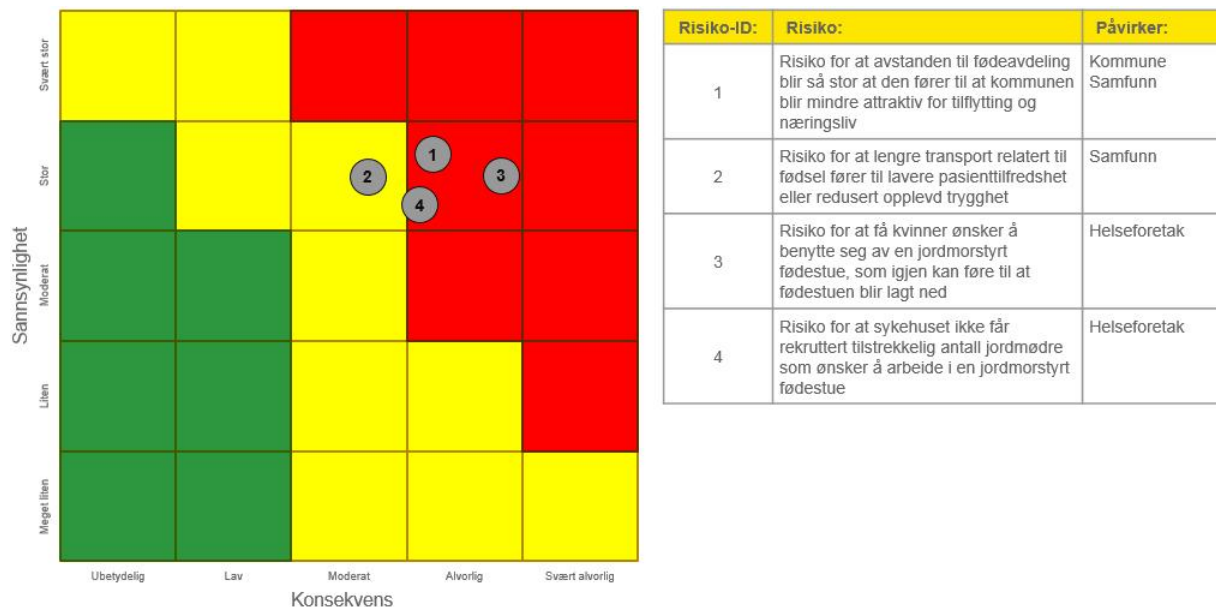
Konsekvens: Lav (høy uenighet)

Risiko: Lav

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert av arbeidsgruppen som lite sannsynlig at kvaliteten og pasientsikkerheten blir negativt påvirket av et lavt volum på risikofødsler og keisersnitt. Det var stor spredning i de forskjellige deltakeres vurdering av både sannsynlighet og konsekvens.

Risikoer ved alternativ 2

Jordmorstyrt fødestue



Risiko 1 - Risiko for at avstanden til fødeavdeling blir så stor at den fører til at kommunen blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Kommune, samfunn

Sannsynlighet: Stor (høy uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (lav uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble trukket frem at det er svært viktig for noen å ha nærhet til et sykehus med et godt fødetilbud når man velger boplass. Det var uenigheter om hvorvidt en slik risiko vil inntreffe, men enighet om at det vil det ha alvorlige konsekvenser for kommunen og lokalsamfunnet hvis den inntreffer.

Risiko 2 - Risiko for at lengre transport relatert til fødsel fører til lavere pasienttilfredshet eller redusert opplevd trygghet.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat (høy uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ved risikofødsler basert på seleksjonskriterier, keisersnitt og komplikasjoner vil pasienten måtte transporteres til Tromsø eller Harstad. Dette vurderes til å medføre en middels risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet.

Risiko 3 - Risiko for at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (middels uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er vurdert at det er stor sannsynlighet for at en jordmorstyrt fødestue vil være et mindre attraktivt valg når en skal føde og at det derfor er en risiko for at få vil velge å benytte seg av fødestuen. Dette kan føre til at fødestuen i neste omgang blir lagt ned. Konsekvensen av dette vurderes til å være alvorlig til svært alvorlig.

Risiko 4 - Risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor/moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/moderat (middels uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ved aktuelt alternativ vil det være behov for flere jordmødre ved sykehuset enn det er i dag, og disse vil få et større ansvar. Det vurderes som en høy til middels risiko at sykehuset ikke klarer å rekruttere disse, og at ikke alle jordmødre som i dag jobber på sykehuset, ønsker å ta det ansvaret som de får i en jordmorstyrt fødestue. En jordmorstyrt fødestue innebærer en helt annen måte å jobbe på for jordmødre med et større beslutningsbehov.

Muligheter

Det har ikke blitt identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

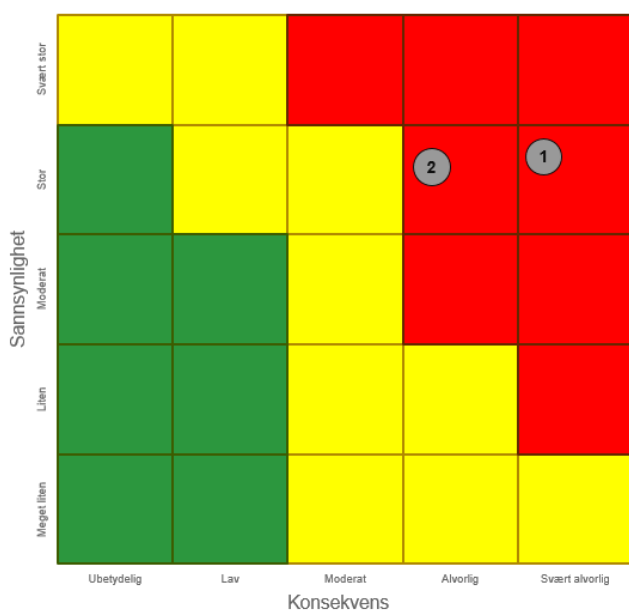
7. Elektiv kirurgisk virksomhet

Oppsummering

Analysen viser at det er høy risiko for at sykehuset vil få problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akuttkirurgi og ikke øker elektiv kirurgisk virksomhet. I tillegg er det høy risiko for uutnyttet operasjonskapasitet. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS. Det er også risiko for at pasienter som bor i nærheten av sykehuset i Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg dersom de blir henvist til Narvik, noe som vil medføre økte kostnader for helseforetaket. Det er ikke identifisert risikoer som påvirker pasientsikkerheten ved alternativene for elektiv kirurgisk virksomhet. Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien i Narvik. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, og sykehuset i Narvik kan bli et kompetansesenter innen elektiv kirurgi. Dette vil kunne bidra til at det blir enklere å rekruttere kirurger til sykehuset i Narvik, og det gir muligheter for å øke forskning og skreddersy LiS-løp for leger i hele UNN HF.

Risikoer ved alternativ 1

Elektiv kirurgisk virksomhet på nivå med dagens



Risiko-ID:	Risiko:	Påvirker:
1	Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akutt kirurgi og ikke øker elektiv virksomhet	Helseforetak
2	Risiko 2 - Risiko for uutnyttet operasjonskapasitet	Helseforetak

Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akutt kirurgi og ikke øker elektiv virksomhet.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor/svært stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Svært alvorlig/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Spesialister ønsker å praktisere og det antas at sykehuset vil være et mindre attraktivt valg for spesialister dersom akutt kirurgi avvikles uten å øke volumet på elektiv kirurgi. Dette vurderes til å være en høy risiko.

Risiko 2 - Risiko for utnyttet operasjonskapasitet

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

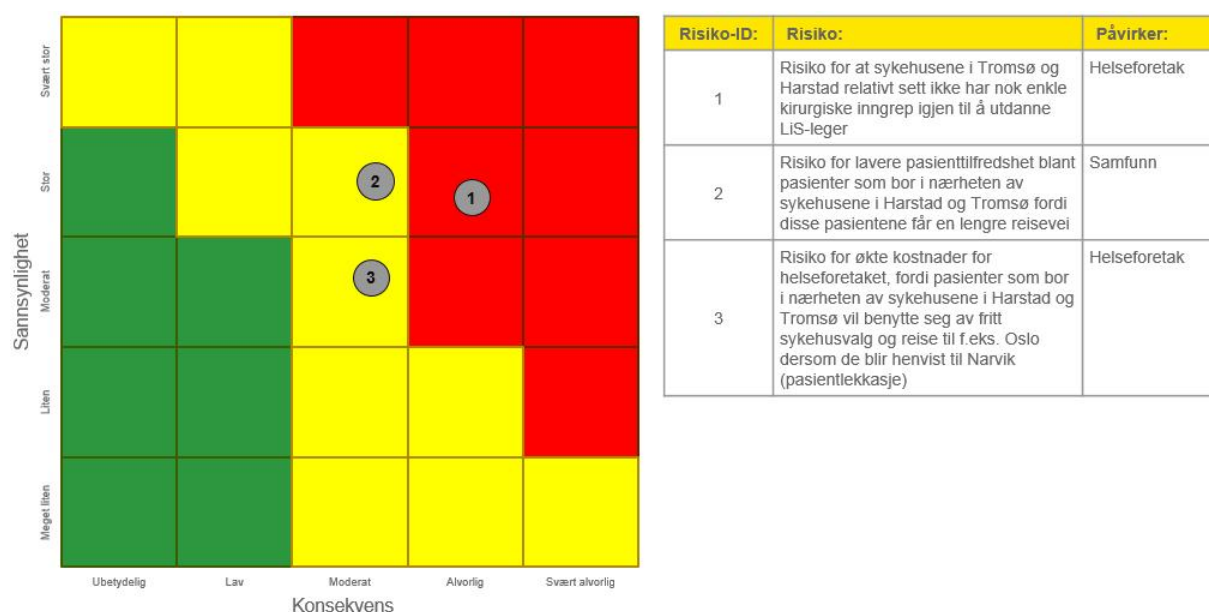
Konsekvens: Alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Sykehuset har kirurger, operasjonsteam og operasjonsstuer som med stor sannsynlighet vil ha utnyttet ledig kapasitet dersom akutt kirurgi avvikles uten å øke volumet på elektiv kirurgi.

Risikoer ved alternativ 2

Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF



Risiko 1 - Risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad relativt sett ikke har nok enkle kirurgiske inngrep igjen til å utdanne LiS-leger.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (høy uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (høy uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Enkle kirurgiske inngrep er et viktig element i utdanning av LiS innen kirurgi. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS innen kirurgi.

Risiko 2 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter som bor i nærheten av sykehusene i Harstad og Tromsø fordi disse pasientene får en lengre reisevei.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Hvis elektiv virksomhet flyttes fra sykehusene i Harstad og Tromsø til sykehuset i Narvik vil dette bety at innbyggere i Harstad, Tromsø og området rundt vil måtte reise lengre for å opereres og for å besøke pårørende. Dette er ikke en risiko relatert til pasientsikkerhet, men til pasienters og pårørendes opplevelse av behandlingen.

Risiko 3 - Risiko for økte kostnader for helseforetaket, fordi pasienter som bor i nærheten av sykehusene i Harstad og Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg og reise til f.eks. Oslo dersom de blir henvist til Narvik (pasientlekkasje).

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat (høy uenighet)

Konsekvens: Moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

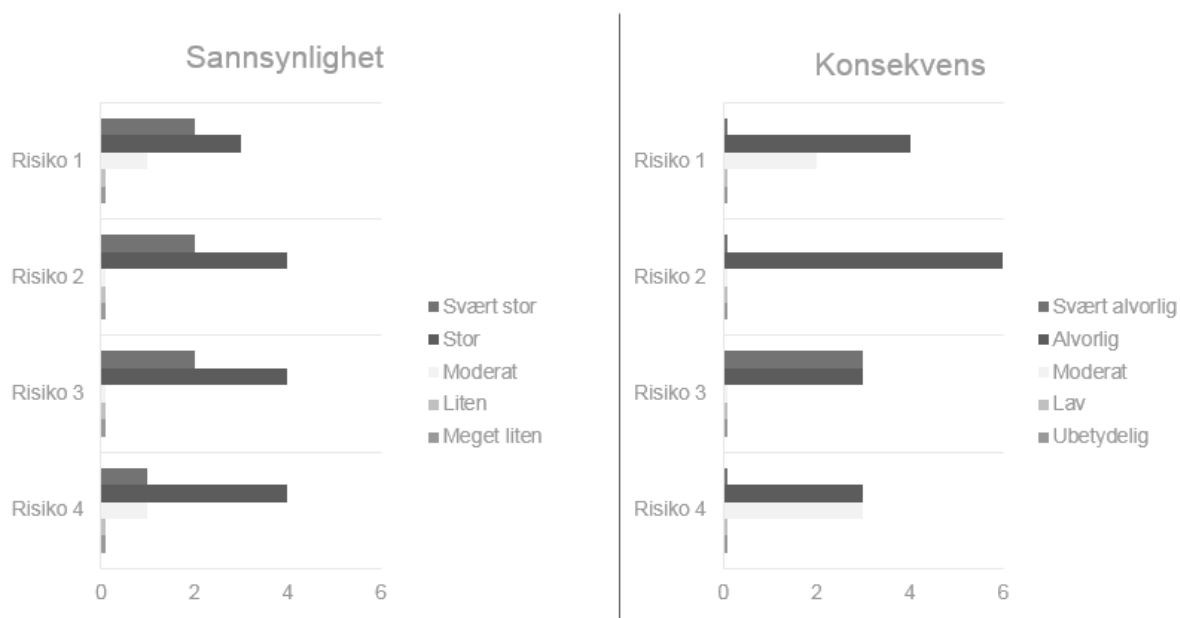
Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Hvis elektiv virksomhet flyttes fra sykehusene i Harstad og Tromsø til sykehuset i Narvik vil dette bety at innbyggere i Harstad, Tromsø og området rundt vil måtte reise lengre for å opereres. Det er en risiko for at disse pasientene i så fall vil benytte seg av fritt sykehusvalg og reise til f.eks. Oslo, noe som medfører økte kostnader for helseforetaket. Risikoen antas å være større for pasienter som bor i Tromsø enn for pasienter som bor i Harstad.

Muligheter

- Mulighet til å ytterligere øke og rendyrke den elektive kirurgien. Den planlagte kirurgien separert fra den akutte kan være mer effektiv.
- Mulighet for at rekruttering kan bli enklere
- Mulighet til å styrke sykehusets status ved å bli et kompetansesenter
- Mulighet til å øke forskning i takt med økt pasientvolum
- Mulighet for å skreddersy LIS-løp for leger i hele UNN HF

8. Vedlegg – Stemmeresultater

Sak 1 - Alternativ 1

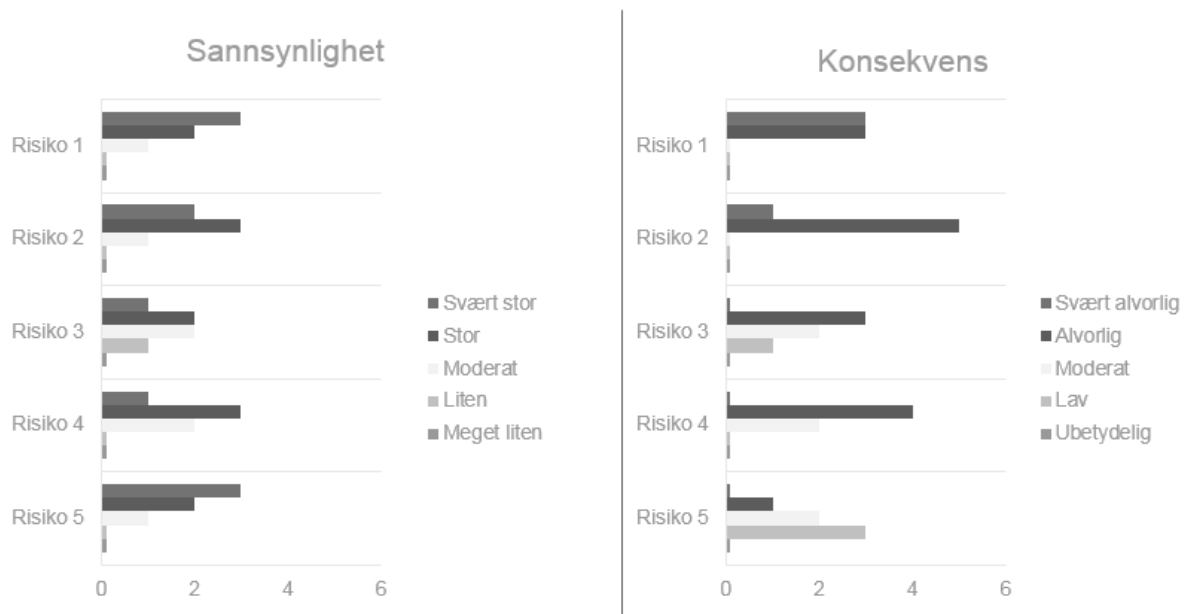


Risiko	Sannsynlighet							Konsekvens							Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ	
1	0	0	1	3	2	4,17	0,69	0	0	2	4	0	3,67	0,47	15,28
2	0	0	0	4	2	4,33	0,47	0	0	0	6	0	4,00	0,00	17,33
3	0	0	0	4	2	4,33	0,47	0	0	0	3	3	4,50	0,50	19,50
4	0	0	1	4	1	4,00	0,58	0	0	3	3	0	3,50	0,50	14,00

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 1 - Alternativ 2

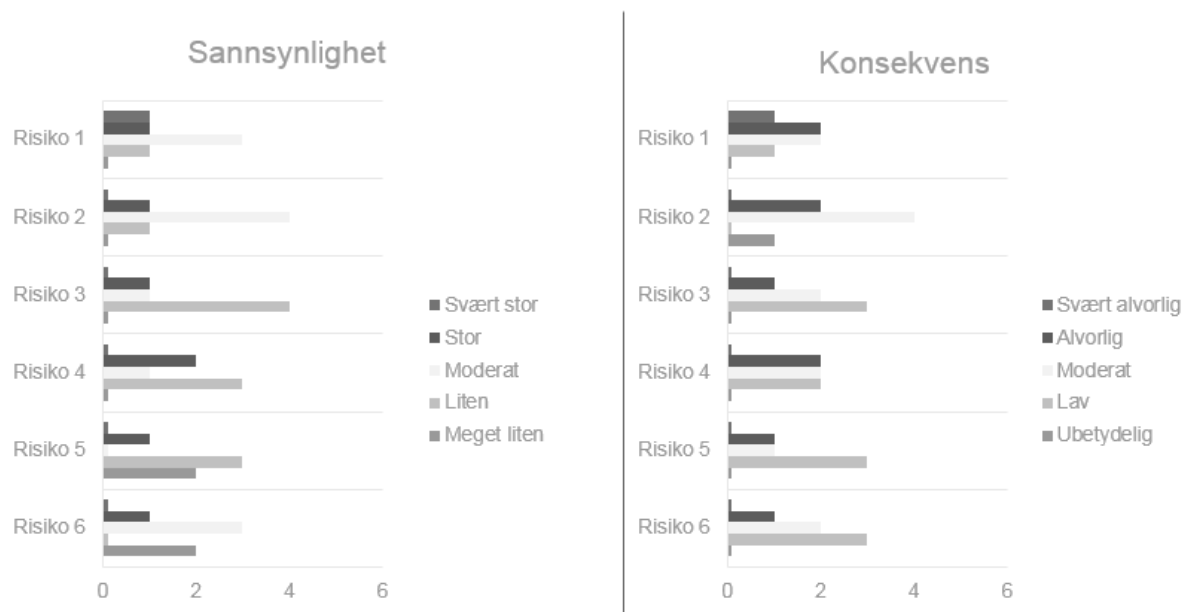


Risiko	Sannsynlighet								Konsekvens								Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ			
1	0	0	1	2	3	4,33	0,75	0	0	0	3	3	4,50	0,50	19,50		
2	0	0	1	3	2	4,17	0,69	0	0	0	5	1	4,17	0,37	17,36		
3	0	1	2	2	1	3,50	0,96	0	1	2	3	0	3,33	0,75	11,67		
4	0	0	2	3	1	3,83	0,69	0	0	2	4	0	3,67	0,47	14,06		
5	0	0	1	2	3	4,33	0,75	0	3	2	1	0	2,67	0,75	11,56		

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 1 - Alternativ 3

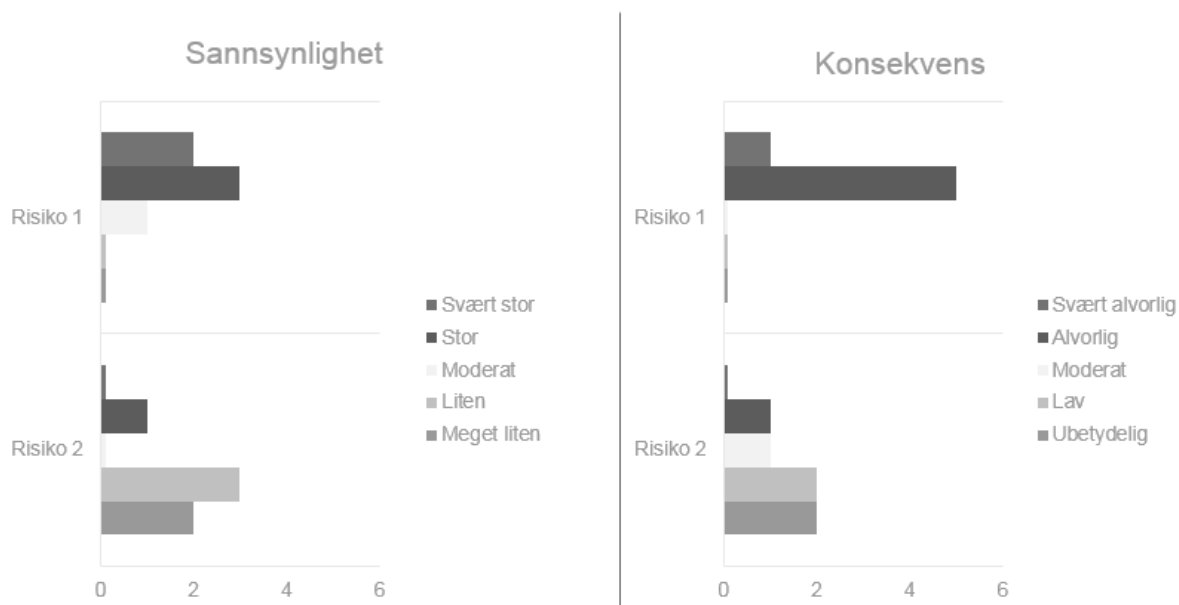


Risiko	Sannsynlighet								Konsekvens								Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ			
1	0	1	3	1	1	3,33	0,94	0	1	2	2	1	3,50	0,96	11,67		
2	0	1	4	1	0	3,00	0,58	0	0	4	2	0	3,33	0,47	10,00		
3	0	4	1	1	0	2,50	0,76	0	3	2	1	0	2,67	0,75	6,67		
4	0	3	1	2	0	2,83	0,90	0	2	2	2	0	3,00	0,82	8,50		
5	2	3	0	1	0	2,00	1,00	1	3	1	1	0	2,33	0,94	4,67		
6	2	0	3	1	0	2,50	1,12	0	3	2	1	0	2,67	0,75	6,67		

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 2 - Alternativ 1

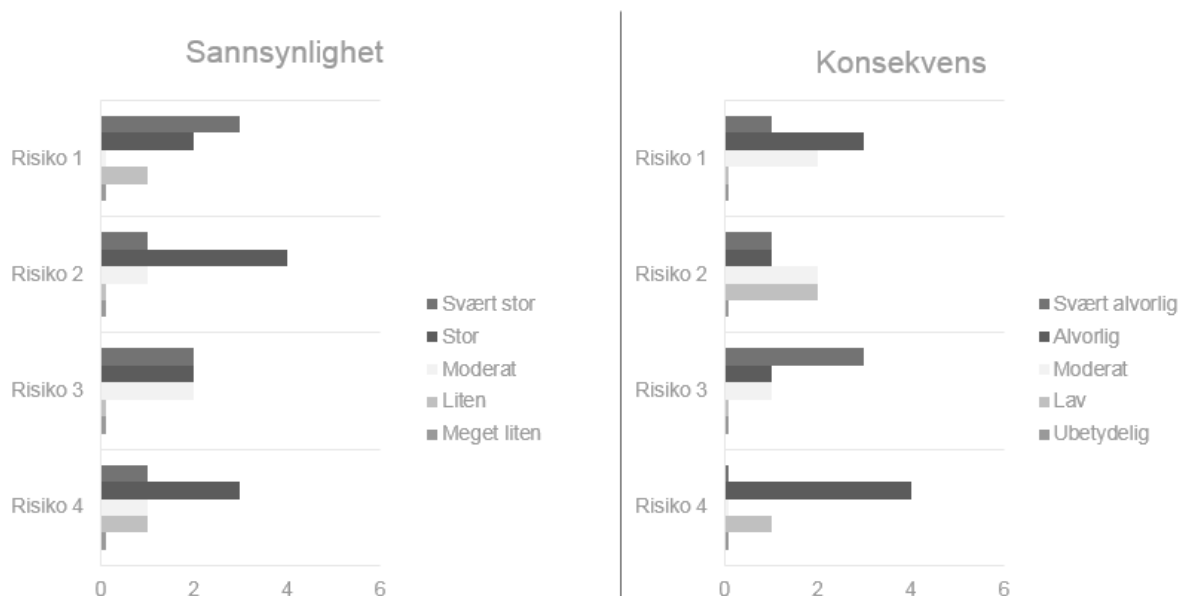


Risiko	Sannsynlighet								Konsekvens								Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ			
1	0	0	1	3	2	4,17	0,69	0	0	0	5	1	4,17	0,37	17,36		
2	2	3	0	1	0	2,00	1,00	2	2	1	1	0	2,17	1,07	4,33		

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 2 - Alternativ 2

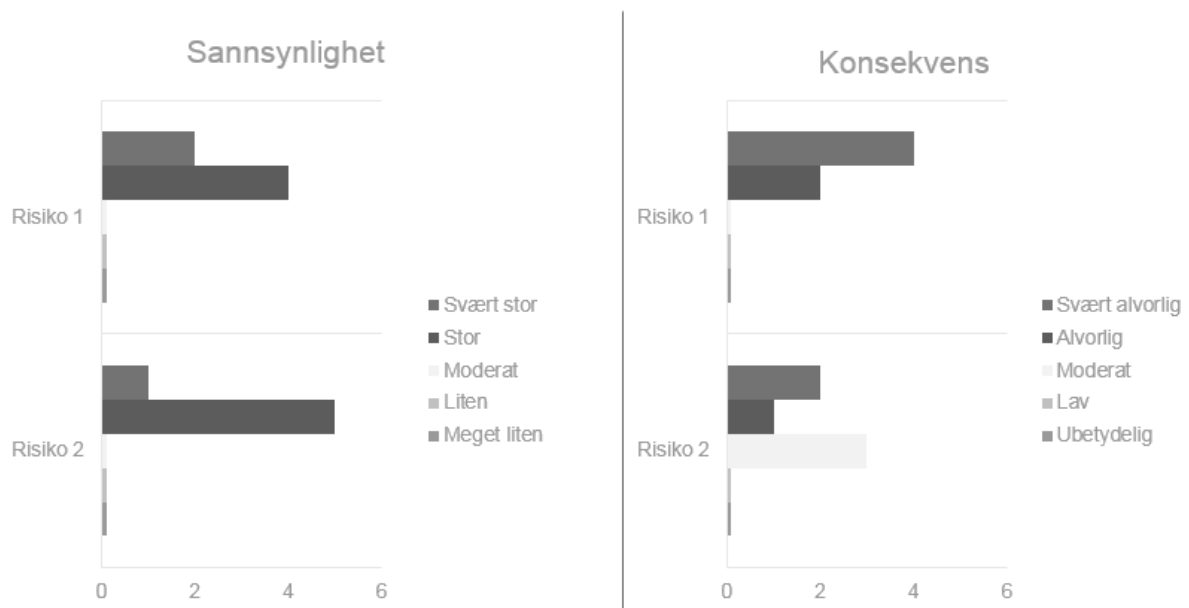


Risiko	Sannsynlighet								Konsekvens								Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ			
1	0	1	0	2	3	4,17	1,07	0	0	2	3	1	3,83	0,69	15,97		
2	0	0	1	4	1	4,00	0,58	0	2	2	1	1	3,17	1,07	12,67		
3	0	0	2	2	2	4,00	0,82	0	0	1	1	3	4,40	0,80	17,60		
4	0	1	1	3	1	3,67	0,94	0	1	0	4	0	3,60	0,80	13,20		

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 3 - Alternativ 1

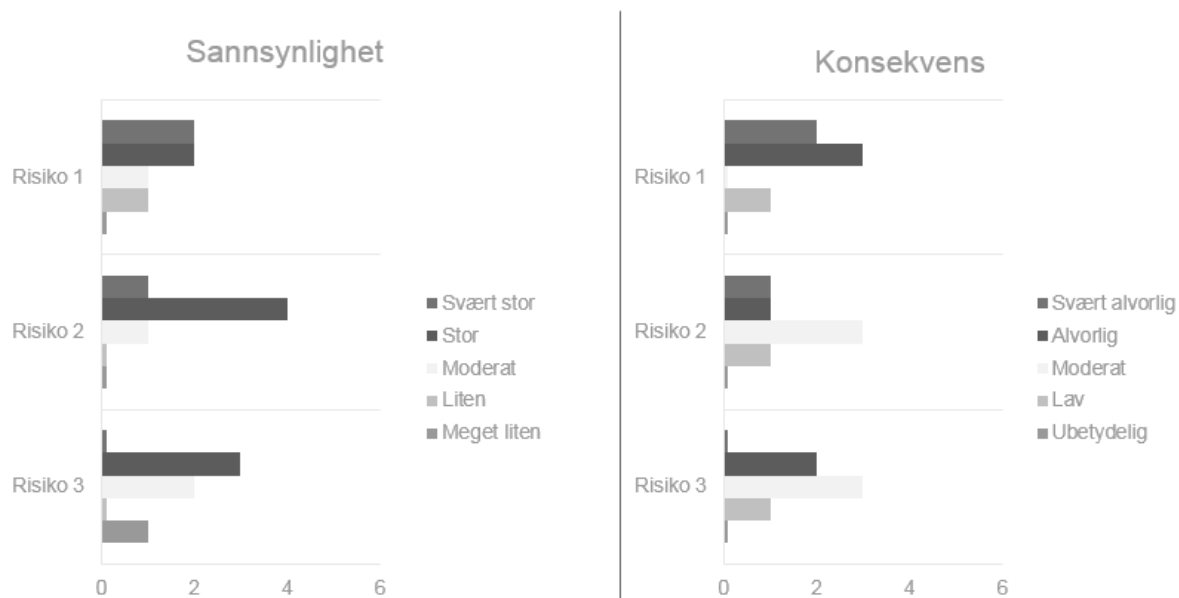


Risiko	Sannsynlighet							Konsekvens							Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ	
1	0	0	0	4	2	4,33	0,47	0	0	0	2	4	4,67	0,47	20,22
2	0	0	0	5	1	4,17	0,37	0	0	3	1	2	3,83	0,90	15,97

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 3 - Alternativ 2



Risiko	Sannsynlighet								Konsekvens								Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ			
1	0	1	1	2	2	3,83	1,07	0	1	0	3	2	4,00	1,00	15,33		
2	0	0	1	4	1	4,00	0,58	0	1	3	1	1	3,33	0,94	13,33		
3	1	0	2	3	0	3,17	1,07	0	1	3	2	0	3,17	0,69	10,03		

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig