

Risikovurderinger for endring av opptaksområder for lokalsykehusfunksjon

Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus
sykehusområder – oppfølging av styresak
082-2015

Juni 2016

Versjon 1.0

Innholdsfortegnelse

1.	Introduksjon, oppsummering og forslag til tiltak.....	3
1.1	Bakgrunn.....	3
1.2	Forutsetninger og avgrensninger.....	4
1.3	Oppsummering av risikoanalysen før tiltak.....	5
1.4	Forslag til tiltak.....	7
2.	Vurdering av risiko for 0-alternativet	9
2.1	Risikoanalyse for 0-alternativet	10
3.	Vurdering av risiko for alternativ A.....	11
3.1	Risikoanalyse for alternativ A	12
4.	Vurdering av risiko for alternativ B.....	13
4.1	Risikoanalyse for alternativ B	14
5.	Vurdering av risiko for alternativ C.....	15
5.1	Risikoanalyse for alternativ C	16
6.	Vedlegg	17
6.1	Metode for å identifisere og vurdere relevante risikoer	17
6.2	Suksesskriterier og vurderingskriterier	18

1. Introduksjon, oppsummering og forslag til tiltak

1.1 Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF arbeider kontinuerlig med tiltak for å sikre at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i regionen er tilpasset behovet.

Oslo og Akershus sykehusområder står overfor betydelige kapasitetsutfordringer som følge av en sterk befolkningsvekst i årene fremover. Helse Sør-Øst RHF har i løpet av 2013–2014 gjennomført tre utredninger av fremtidig aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov. I tre styresaker om kapasitetsutfordringer (094-2013, 042-2014 og 090-2014) er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i Oslo og Akershus sykehusområder kan møtes ved; optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, og arbeid med endringer i oppgavedelingen i Oslo-området.

Det er i løpet av 2015–2016 gjennomført vurderinger av hvordan behovet for helsetjenester best kan løses både på kort (–2018), mellomlang (2018–2025) og lang sikt (–2030). Effektmålet for arbeidet er at befolkningen i Oslo og Akershus sykehusområder er sikret en fornuftig og forutsigbar organisering av spesialisthelsetjenestene i områdene. Dette innebærer tilstrekkelig kapasitet og et godt og likeverdig behandlingstilbud.

Det er tatt utgangspunkt i to prinsipielle tilnærminger til kapasitetsutfordringene. Sykehus kan avlastes enten ved endring i fordeling av oppgaver, funksjoner og pasientstrømmer og/eller ved endring av opptaksområder.

Denne risikovurderingen fokuserer på dagens situasjon (0-alternativet) samt tre konkrete alternativer knyttet til endring av opptaksområder for lokalsykehusfunksjon. Alternativene er gjensidig utelukkende. De tre alternativene er:

- A. Overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus
- B. Overføring av lokalsykehusansvar for Nesodden og Oppegård til Diakonhjemmet Sykehus
- C. Overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Oslo universitetssykehus HF og bydel Nordre Aker til Diakonhjemmet Sykehus

0-alternativet er videreføring av dagens opptaksområder (utenom Vestby kommune) gitt eksisterende lokaler/bygningsmasse, og inkluderer dagens avlastningsavtale mellom Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus. Spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune forutsettes, i tråd med tidligere vedtak, overført til Sykehuset Østfold HF.

Alternativene A, B og C omfatter ikke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn. For bydel Alna, og kommunene Nesodden og Oppegård vil denne aktiviteten bli gjenværende ved Akershus universitetssykehus HF. For bydel Nordre Aker vil denne aktiviteten bli gjenværende ved Oslo universitetssykehus HF.

Risikovurderingen baserer seg på de samme forutsetningene som tidligere er lagt til grunn i kapasitetsprosjektet, jfr. delkapittel 1.2 *Forutsetninger og avgrensninger*. Tidsperspektivet som er lagt til grunn for risikovurderingen er kort/mellomlang sikt, dvs. 2018–2020.

Hensikten med risikovurderingen er å belyse risikobildet knyttet til dagens situasjon (0-alternativet), og hvordan dette vil kunne endre seg dersom alternativ A, B eller C realiseres.

Risikoanalysen er gjennomført av Helse Sør-Øst RHF. Analysen bygger på sluttrapport fra prosjektet «Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder» og inngår som en del av oppfølging av styresak 082-2015 *Rapport fra kapasitetsprosjekt for sykehusområdene Oslo og Akershus*. Fremgangsmåten baserer seg på metodikk fra Direktoratet for økonomistyring og Helse Sør-Øst RHF. Risikovurderingen består av en oppsummering av risikoanalysen før tiltak samt forslag til tiltak for de mest kritiske risikoområdene som er identifisert. Dette vil inngå som saksunderlag til styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF 16. juni 2016.

1.2 Forutsetninger og avgrensninger

Denne risikovurderingen har kun vurdert risikobildet forbundet med endring av opptaksområder. Eventuelle endringer i oppgavefordeling mellom hovedstadssykehusene er det ikke tatt hensyn til i denne analysen.

Tidsperspektivet som er lagt til grunn for risikovurderingen er kort/mellomlang sikt, dvs. 2018–2020.

Alternativene A, B og C omfatter ikke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn. For bydel Alna og kommunene Nesodden og Oppegård vil denne aktiviteten bli gjenværende ved Akershus universitetssykehus HF. For bydel Nordre Aker vil denne aktiviteten bli gjenværende ved Oslo universitetssykehus HF.

0-alternativet er videreføring av dagens opptaksområder gitt eksisterende lokaler/bygningsmasse, og inkluderer dagens avlastningsavtale mellom Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus (se kapittel 2 *Vurdering av risiko for 0-alternativet* for beskrivelse av avlastningsavtalen). Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok på møtet 18. desember 2014 i sak 090-2014 at spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF 1. januar 2017. Vurdering av gjennomføringstidspunktet skal gjøres av styret i Helse Sør-Øst RHF på møtet 16. juni 2016. I analyser av aktivitet og kapasitetsbehov knyttet til endring av opptaksområder er det lagt til grunn at spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune overføres innen 2018.

Risikovurderingen legger til grunn de samme forutsetningene som tidligere er lagt til grunn i kapasitetsprosjektet. De viktigste forutsetningene er at spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF, det legges til grunn høy utnyttelsesgrad innen voksensomatikken ved Akershus universitetssykehus HF og at Akershus universitetssykehus HF har potensial til å kunne foreta endringer og mindre investeringer som kan frigjøre/etablere 40 somatiske senger. Det er lagt til grunn at avlastningsavtalen mellom Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus avvikles dersom alternativ A, B eller C realiseres. Framskrevet kapasitetsbehov bygger på SINTEF-framskriving i rapport A26321: *Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF* og sluttrapport «*Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder*». Statistisk sentralbyrå MMM-befolkningsframskriving er lagt til grunn.

Risikovurderingen er gjennomført med utgangspunkt i dagens situasjon og det som er kjent p.t. Det er flere forhold som er av usikker karakter og som vil kunne endres i tiden fremover, blant annet utviklingsplaner for Oslo universitetssykehus HF, herunder plan for evt. utvidelse av Aker sykehus til fullverdig lokalsykehus, tidspunkt for overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune, samordning av journalsystemer mm.

For fremgangsmåte og metodikk vises det til vedlegg.

1.3 Oppsummering av risikoanalysen før tiltak

Tabellen nedenfor oppsummerer vurdering av risiko før tiltak på en firepunktsskala (lav, moderat, høy, kritisk) for de ulike momentene gitt dagens situasjon (0-alternativet) og de tre alternativene A, B og C. Risiko er et resultat av vurdert sannsynlighet og konsekvens.

Vurderingene tar utgangspunkt i situasjonen før tiltak. Vurderingen «Kritisk» tolkes som at det er behov for risikoreduserende tiltak, men gjenspeiler ikke nødvendigvis at det er kritisk/høy fare for liv eller helse. For «Høy» og «Moderat» vil det ikke være et like stort behov for risikoreduserende tiltak.

#	Risikobeskrivelse	0-alternativet			A-alternativet Alna til DS			B-alternativet Nesodden og Oppegård til DS			C-alternativet Alna til OUS, N.Aker til DS		
		S	K	Risiko	S	K	Risiko	S	K	Risiko	S	K	Risiko
1	Kapasitetsutfordringer i somatikk ved sykehus/HF i Oslo og Akershus sykehusområder	4	4	Kritisk	2	4	Høy	2	4	Høy	2	4	Høy
2	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy	4	3	Høy
3	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydeler/kommuner)	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy
4	Avlastningsavtale: mangel på forutsigbarhet og helhetlige pasientforløp	3	3	Høy			N/A			N/A			N/A
5	Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy	4	3	Høy
6	Redusert grunnlag for ivaretagelse av områdefunksjoner ved Akershus universitetssykehus HF	1	2	Lav	3	2	Moderat	3	2	Moderat	3	2	Moderat
7	Tap av tillit hos offentligheten og eier som følge av negative medieoppslag	4	4	Kritisk	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy
8	Utfordringer knyttet til geografisk opptaksområde ved evt. fremtidige endringer i bydel-/kommunestruktur	1	3	Moderat	1	3	Moderat	4	3	Høy	1	3	Moderat
9	Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde			N/A	4	3	Høy	4	3	Høy	4	3	Høy

S = sannsynlighet. K = konsekvens. Se vedlegg for vurderingskriterier. N/A = Not applicable / ikke relevant.

Nedenfor beskrives tallverdiene for sannsynlighet og konsekvens. Se vedlegg 6.2.3 *Vurderingskriterier* for mer.

#	Sannsynlighet (S)	Konsekvens (K)
1	Meget liten	Ubetydelig
2	Liten	Lav
3	Moderat	Moderat
4	Stor	Alvorlig
5	Svært stor	Svært alvorlig

For de enkelte risikoområdene er følgende vurderinger lagt til grunn i forbindelse med risikovurderingen:

1. Kapasitetsutfordringer i somatikk ved sykehus/HF i Oslo og Akershus sykehusområder

Vurderingen omfatter døgnenger, dagbehandling, poliklinikk, operasjonsstuer, osv. På mellomlang sikt er risikoen vurdert som «Kritisk» for 0-alternativet. Sterk befolkningsvekst medfører at Oslo og Akershus sykehusområder vil stå ovenfor betydelige kapasitetsutfordringer dersom dagens opptaksområder videreføres med eksisterende lokaler/bygningsmasse. Kapasitetssituasjonen ved Akershus universitetssykehus HF har den siste tiden ikke vært like kritisk som i tidligere perioder, men grunnet befolkningsvekst vil kapasitetssituasjonen likevel være krevende. For alternativene A, B og C vurderes risiko som «Høy». Reduksjonen i sannsynlighet og dermed risiko skyldes avlastningen av Akershus universitetssykehus HF på mellomlang sikt.

2. Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB

Risikoen vurderes som «Høy» for alle alternativene. For Oslo sykehusområde er enkelte funksjoner innen psykisk helsevern / TSB områdefunksjon og ivaretas av Oslo universitetssykehus HF, samtidig som Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus ivaretar somatiske lokalsykehusfunksjoner. Det er også bilaterale avtaler som innebærer at behandling knyttet til hhv. somatikk og psykisk helsevern / TSB ikke foregår ved samme helseforetak/sykehus, f.eks. døgnbehandling innen alderspsykiatri, indremedisin for bydel Sagene, effekt av avlastningsavtalen mm. Videre omfatter ikke alternativene A, B og C psykisk helsevern / TSB, men samtidig overføres majoriteten av somatisk behandling for berørte bydeler/kommuner. For alternativ C er sannsynligheten vurdert som høyere enn for de andre alternativene. Overføring av bydelene Alna og Nordre Aker vil påvirke om lag dobbelt så mange pasienter/innbyggere, som da får ulik sykehustilhørighet for hhv. somatikk og psykisk helsevern / TSB. Dette gir en økning i sannsynlighet for krevende samarbeid.

3. Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydeler/kommuner)

Vurderingen omfatter også risiko for bydeler/kommuner som ikke får endret sykehustilhørighet. Risikoen vurderes som «Høy» for 0-alternativet, jfr. tidligere nevnte situasjon knyttet til område-/lokalsykehusfunksjoner for psykisk helsevern / TSB og somatikk i Oslo sykehusområde og bilaterale avtaler (f.eks. døgnbehandling alderspsykiatri, indremedisin bydel Sagene, avlastningsavtalen, osv.).

For de resterende alternativene vurderes risikoen også som «Høy»:

A-alternativet: Diakonhjemmet Sykehus har opparbeidet samarbeidskanaler med bydel Alna som følge av avlastningsavtalen. Bydelene i nåværende opptaksområde har imidlertid ikke samarbeid med bydel Alna, og Alna er geografisk adskilt fra resten av Diakonhjemmets opptaksområde. Samtidig har bydelene Alna, Grorud og Stovner samarbeid på en del områder som kan bli utfordret dersom de har ulik lokalsykehustilhørighet for somatikk.

B-alternativet: Diakonhjemmet Sykehus samt bydelene i eksisterende opptaksområde har ikke samarbeid med hverken Nesodden eller Oppegård. Det er også betydelig samarbeid mellom Follokommunene på flere områder som vil vanskeliggjøres dersom to av kommunene har annen lokalsykehustilhørighet.

C-alternativet: Oslo universitetssykehus HF har allerede i dag betydelig aktivitet fra bydel Alna. Samtidig er det allerede samarbeid mellom Diakonhjemmet Sykehus sitt eksisterende opptaksområde og bydel Nordre Aker. Derimot har bydelene Alna, Grorud og Stovner samarbeid på en del områder som kan bli noe mer utfordrende å ivareta dersom bydel Alna overføres til Oslo universitetssykehus HF.

4. Avlastningsavtale: mangel på forutsigbarhet og helhetlige pasientforløp

Dette risikomomentet er kun relevant for 0-alternativet, da avlastningsavtalen avvikles ved evt. endringer i opptaksområder. Risikoen er vurdert til «Høy». Dette skyldes at avtalen gir lite forutsigbarhet for befolkningen i Alna, Grorud og Stovner mht. om de vil få øyeblikkelig hjelp-tjenester ved Akershus universitetssykehus HF eller Diakonhjemmet Sykehus. Avtalen skaper også uforutsigbarhet for nevnte helseforetak/sykehus. Videre vil evt. oppfølging etter øyeblikkelig hjelp-innleggelsen foregå ved Akershus universitetssykehus HF, noe som kan medføre lite helhetlige pasientforløp.

5. Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer

Risikoen er vurdert som «Høy» for alle alternativene. Vurderingen tar utgangspunkt i journalsystemene slik de er i dag. Behov for deling av informasjon skyldes blant annet tidligere nevnte bilaterale avtaler mellom hovedstadssykehusene og funksjonsdeling i Oslo sykehusområde som medfører forløp på tvers av helseforetak/sykehus. Manglende integrasjon av journalsystemer medfører at dette behovet ikke møtes på en tilfredsstillende måte. For C-alternativet vurderes sannsynligheten som høyere enn for de andre alternativene. Dette bygger på at C-alternativet omfatter to bydeler og vil omfatte om lag dobbelt så mange innbyggere/pasienter sammenlignet med A- og B-alternativet.

6. Redusert grunnlag for ivaretagelse av områdefunksjoner ved Akershus universitetssykehus HF

For 0-alternativet vurderes risikoen som «Lav». For alternativ A, B og C vurderes risiko som «Moderat». Akershus universitetssykehus HF vil miste noe av pasientgrunnlaget ved endring av opptaksområder. Dette gir en økning i sannsynlighet. Med befolkningsvekst i gjenværende opptaksområde vil helseforetaket kunne opprettholde et stort nok pasientgrunnlag, og konsekvensen anses fortsatt som lav.

7. Tap av tillit hos offentligheten og eier som følge av negative medieoppslag

Risikoen vurderes som «Kritisk» for 0-alternativet. Kapasitetssituasjonen ved spesielt Akershus universitetssykehus HF har allerede resultert i flere negative medieoppslag knyttet til korridorpatienter og tap av tillit hos offentligheten og eier. For alternativene A, B og C vurderes risikoen som «Høy». Avlasting av Akershus universitetssykehus HF vil redusere sannsynlighet for og konsekvens av kapasitetsutfordringer. Samtidig viser innspillene som har kommet under høringsrunden at flere av de direkte berørte interessentene (f.eks. Oslo kommune, Follorådet, enkeltkommuner mm.) har stilt seg negative til å endre lokalsykehusstilørighet for bydel Alna og Follokommuner. Derfor vurderes risiko fortsatt som høy.

8. Utfordringer knyttet til geografisk opptaksområde ved evt. fremtidige endringer i bydel-/kommunestruktur

For 0-, A- og C-alternativet er risikoen vurdert som «Moderat», mens det for B-alternativet er vurdert som «Høy». Flere av kommunene i Folloregionen er i samtaler om kommunesammenslåing og har startet arbeid med intensjonsavtaler. Ulik lokalsykehusstilørighet for kommuner som i nær fremtid kan slå seg sammen anses som uheldig. Alternativ 0, A og C involverer kun Oslobydel. Sannsynligheten for endring i bydelstruktur vurderes som lavere.

9. Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde

Dette risikomomentet anses ikke som relevant for 0-alternativet da opptaksområder ikke endres i dette alternativet. For de resterende alternativene vurderes risikoen som «Høy» grunnet stor sannsynlighet og moderat konsekvens av reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus og temporære omstillingskostnader.

1.4 Forslag til tiltak

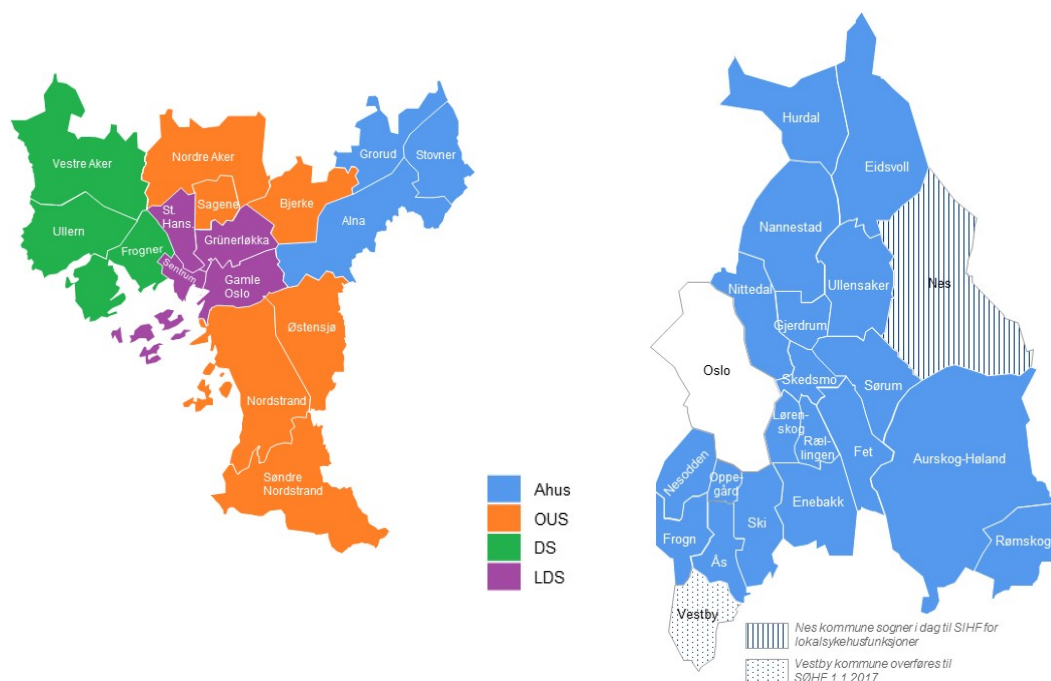
Alternativene A, B og C utgjør i seg selv tiltak som kan redusere noe av dagens risikoeksponering (0-alternativet). I tillegg vil det være behov for å vurdere ytterligere tiltak som kan redusere risikoeksponeringen ved de tre alternativene. Risikoanalysen har vurdert særlig fire områder med behov for risikoreduserende tiltak. Tabellen oppsummerer tiltakene som er foreslått for hvert av disse områdene:

#	Risiko	Forslag til tiltak
2	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB	- Utarbeide helhetlig plan for opptaksområder for psykisk helsevern og TSB for Oslo sykehusområde - Etablere samarbeidsarenaer og –linjer på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB ved berørte helseforetak/sykehus, i de tilfeller der opptaksområde for somatikk og psykisk helsevern / TSB er ulike
3	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydel/kommuner)	- Etablere samarbeidsarenaer og –linjer på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten for berørte bydel/kommuner og helseforetak/sykehus - Etablere ensartede rutiner/prosedyrer for samarbeid om pasientgrupper og enkeltpasienter
5	Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer	- De private ideelle sykehusene inkluderes i Regional Klinisk IKT-løsning (RKL) - Vurdere evt. midlertidige løsninger for å ivareta informasjonsbehov frem til kjernejournal og integrerte journaler er på plass

9	Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde	▪ Vurdere økonomiske overgangsløsninger for å redusere utfordringen for Akershus universitetssykehus HF
---	--	---

2. Vurdering av risiko for 0-alternativet

Videreføring av dagens opptaksområder gitt eksisterende lokaler/bygningsmasse



Figur 1: Dagens opptaksområder for lokalsykehusansvar for Oslo (venstre) og Akershus (høyre). Marka ivaretas av OUS, men er ikke tegnet på kartet

0-alternativet innebærer en videreføring av dagens opptaksområder gitt eksisterende lokaler/bygningsmasse. Spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune forutsettes, i tråd med tidligere vedtak, overført til Sykehuset Østfold HF.

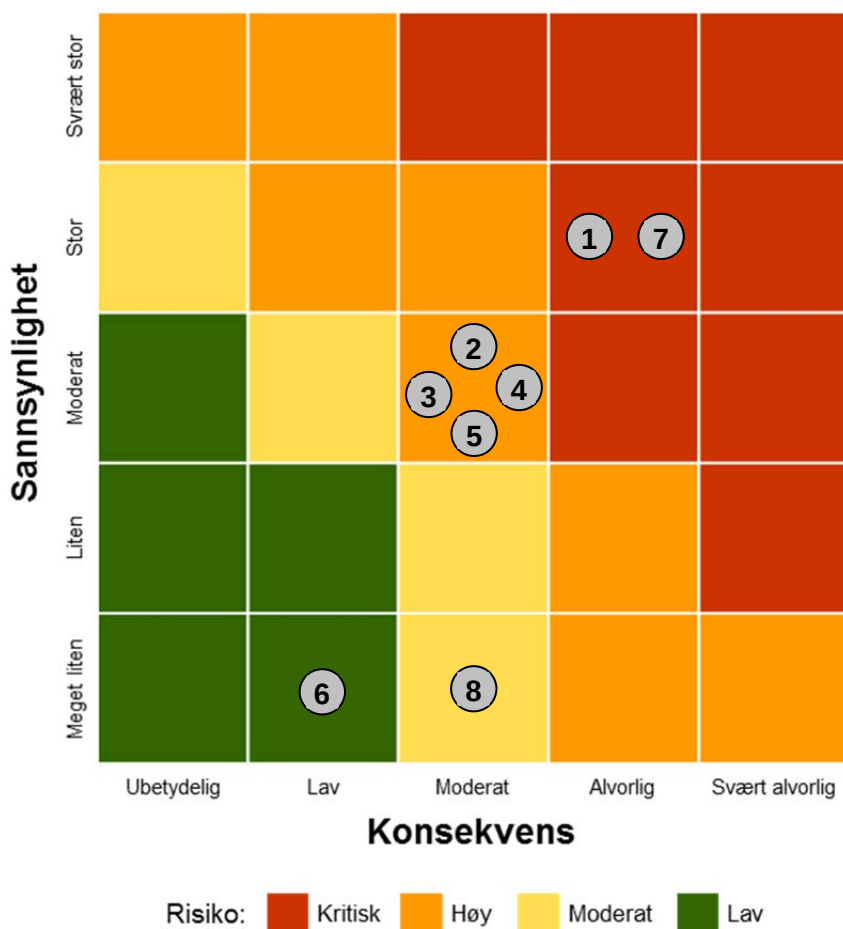
Oslo og Akershus sykehusområder står overfor betydelige kapasitetsutfordringer som følge av sterk befolkningsvekst i årene fremover. Akershus universitetssykehus HF har per i dag kapasitetsutfordringer og har siden februar 2014 fått avlastning fra Diakonhjemmet Sykehus. Tre-partsavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus innebærer at Diakonhjemmet Sykehus ivaretar ca. 10 somatiske øyeblikkelig hjelp-pasienter per døgn fra bydelene Alna, Grorud og Stovner. Dette utgjør i overkant av 30 senger ved Diakonhjemmet Sykehus som til enhver tid er belagt med pasienter fra disse bydelene i Akershus sykehusområde.

Akershus universitetssykehus HF har arbeidet systematisk med tiltak for forbedre kapasitetssituasjonen ved sykehuset. Tiltakene har vært innrettet med tanke på å:

- Redusere antall innleggelser
- Redusere liggetiden
- Forbedre pasientflyten innad i sykehuset
- Utvide sengeantallet

I analyser av fremtidig kapasitet er det lagt til grunn at Akershus universitetssykehus HF har potensial til å kunne foreta endringer og mindre investeringer som kan frigjøre 40 somatiske senger. Sluttrapport fra prosjektet «Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder» viste at det vil være et kapasitetsunderskudd i overkant av 40 senger i 2018 (når man ser bort fra avlastningsavtalen med Diakonhjemmet Sykehus) og omtrent 140 senger i 2030 ved Akershus universitetssykehus HF. Dette forutsetter kapasitetsøkning på 40 senger innen 2018, at spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune er overført til Sykehuset Østfold HF (ca. 20 senger ved Akershus universitetssykehus HF) og høy utnyttelsesgrad innen voksensomatikk ved Akershus universitetssykehus HF (behov for ca. 35 færre senger sammenlignet med basis utnyttelsesgrad). Videre følger spesifisert risikoanalyse og –matrise for 0-alternativet.

2.1 Risikoanalyse for 0-alternativet



#	Risikobeskrivelse	Vurdering		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko
1	Kapasitetsutfordringer i somatikk ved sykehus/HF i Oslo og Akershus sykehusområder	Stor (4)	Alvorlig (4)	Kritisk
2	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
3	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydeler/kommuner)	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
4	Avlastningsavtale: mangel på forutsigbarhet og helhetlige pasientforløp	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
5	Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
6	Redusert grunnlag for ivaretagelse av områdefunksjoner ved Akershus universitetssykehus HF	Meget liten (1)	Lav (2)	Lav
7	Tap av tillit hos offentligheten og eier som følge av negative medieoppslag	Stor (4)	Alvorlig (4)	Kritisk
8	Utfordringer knyttet til geografisk opptaksområde ved evt. fremtidige endringer i bydel-/kommunestruktur	Meget liten (1)	Moderat (3)	Moderat
9	Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde	N/A	N/A	N/A

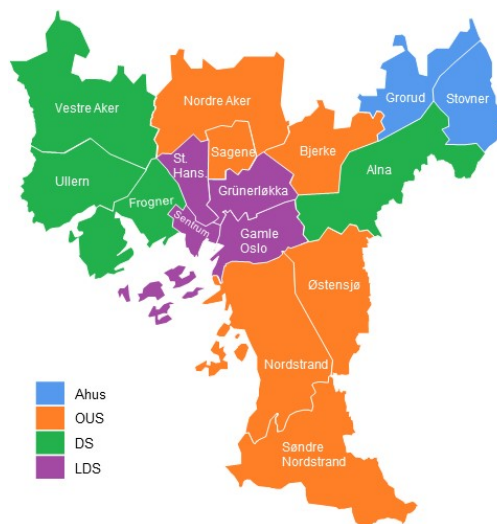
3. Vurdering av risiko for alternativ A

Overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus

Løsningsalternativet innebærer at lokalsykehusansvaret for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus. Forslaget vil bety at innbyggere i bydel Alna vil få sine sykehustjenester ved Diakonhjemmet Sykehus innen kirurgi og indremedisin. Diakonhjemmet Sykehus har en egendekning som er lavere enn Akershus universitetssykehus HF. Dette fører til at innbyggerne vil få en større andel av sine tjenester ved Oslo universitetssykehus HF. Det er allerede i dag betydelig aktivitet for bydelens innbyggere på Oslo universitetssykehus HF.

Alternativet omfatter ikke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn, som vil bli gjenværende ved Akershus universitetssykehus HF.

Bydel Alna er i 2018 estimert til å utgjøre 51 000 innbyggere. En overføring av bydelen vil gi Diakonhjemmet Sykehus et opptaksområde på rundt 190 000 innbyggere. Ved overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus vil Akershus universitetssykehus HF avlastes med ca. 62 somatiske senger. Egendekningsanalysene viser at 47 av de 62 somatiske sengene kan ivaretas av Diakonhjemmet Sykehus, mens de resterende ca. 14 somatiske senger vil gå til Oslo universitetssykehus HF. Årsaken til at noe av avlastningen tilfaller Oslo universitetssykehus HF skyldes at Akershus universitetssykehus HF har funksjoner som i dag ikke finnes ved Diakonhjemmet Sykehus, og som dermed vil måtte ivaretas av Oslo universitetssykehus HF. Poliklinisk aktivitet og dagbehandling for bydel Alna utgjør 10 rom/plasser på Akershus universitetssykehus HF i 2014. Med utgangspunkt i egendekningsgraden til Diakonhjemmet Sykehus innen poliklinikk og dagbehandling vil denne aktiviteten bli fordelt med 4 plasser ved Diakonhjemmet Sykehus og 6 plasser på Oslo universitetssykehus HF.



Figur 2: Opptaksområder for lokalsykehusansvar etter overføring av ansvaret for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus

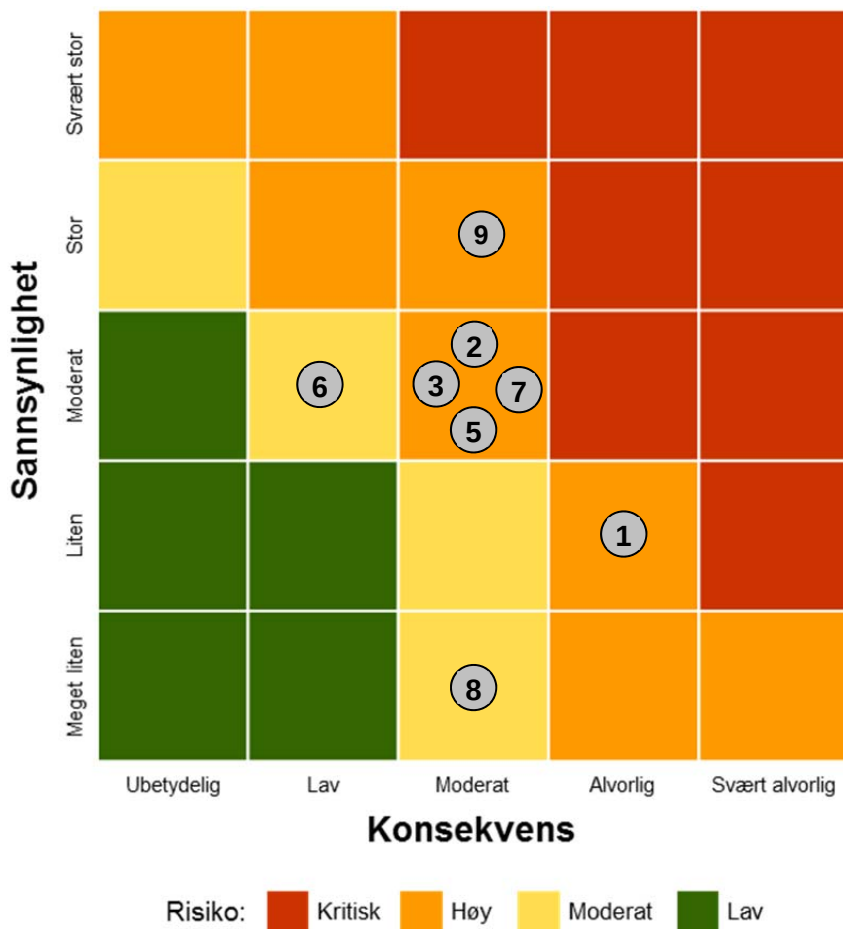
Aktiviteten fra bydel Alna harmonerer med den avlastning Akershus universitetssykehus HF trenger på kort/mellomlang sikt, gitt de forutsetninger for avlastningsbehov som er lagt til grunn. I og med at Diakonhjemmet Sykehus allerede i dag tar imot pasienter fra dette opptaksområdet, er det allerede opparbeidet samarbeidsarenaer mellom sykehuset og bydelen. En overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet vil i praksis innebære en forsterkning av eksisterende avtale mellom sykehusene og gi mer forutsigbarhet.

Bydel Alna er geografisk adskilt fra resten av Diakonhjemmet Sykehus sitt opptaksområde. Grunnet avlastningsavtalen har Diakonhjemmet Sykehus noe samarbeid med bydel Alna, men bydelene i nåværende opptaksområde har ikke opparbeidede samarbeidsrelasjoner mot Alna. Videre er det et etablert samarbeid mellom bydelene Alna, Grorud og Stovner på flere områder.

Diakonhjemmet Sykehus har mulighet til å avlaste Akershus/Oslo universitetssykehus HF med somatisk aktivitet innen kort tid, uavhengig av om alternativ A, B eller C realiseres. Diakonhjemmet Sykehus har ledig kapasitet, og deler av denne ledige kapasiteten brukes allerede til den tidligere beskrevne avlastningsavtalen med Akershus universitetssykehus HF (overkant av 30 senger). Diakonhjemmet Sykehus har i tillegg mulighet til å øke med 12 somatiske senger innen dagens bygningsmasse. Når det gjelder poliklinikk og dagplasser har Diakonhjemmet Sykehus kapasitet i dagens bygningsmasse, men det må gjøres noen omrokeringer og midlertidige løsninger i påvente av et planlagt modulbygg. Dette hindrer likevel ikke økning i aktivitet på kort sikt. Det planlagte modulbygget kan utnyttes fleksibelt til poliklinikkrom, dagplasser og sengeplasser. Dette bygget kan stå klart til bruk i 2018 (byggeperiode ca. 2 år).

Videre følger spesifisert risikoanalyse og –matrise for A-alternativet.

3.1 Risikoanalyse for alternativ A



#	Risikobeskrivelse	Vurdering		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko
1	Kapasitetsutfordringer i somatikk ved sykehus/HF i Oslo og Akershus sykehusområder	Liten (2)	Alvorlig (4)	Høy
2	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
3	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydeler/kommuner)	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
4	Avlastningsavtale: mangel på forutsigbarhet og helhetlige pasientforløp	N/A	N/A	N/A
5	Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
6	Redusert grunnlag for ivaretagelse av områdefunksjoner ved Akershus universitetssykehus HF	Moderat (3)	Lav (2)	Moderat
7	Tap av tillit hos offentligheten og eier som følge av negative medieoppslag	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
8	Utfordringer knyttet til geografisk opptaksområde ved evt. fremtidige endringer i bydel-/kommunestruktur	Meget liten (1)	Moderat (3)	Moderat
9	Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde	Stor (4)	Moderat (3)	Høy

Forslag til tiltak er oppsummert i delkapittel 1.4 *Forslag til tiltak*.

4. Vurdering av risiko for alternativ B

Overføring av lokalsykehusansvar for Nesodden og Oppegård til Diakonhjemmet Sykehus

Løsningsalternativet innebærer at lokalsykehusansvaret for Nesodden og Oppegård overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus. Dette vil bety at innbyggere i Nesodden og Oppegård vil få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet Sykehus innen kirurgi og indremedisin.

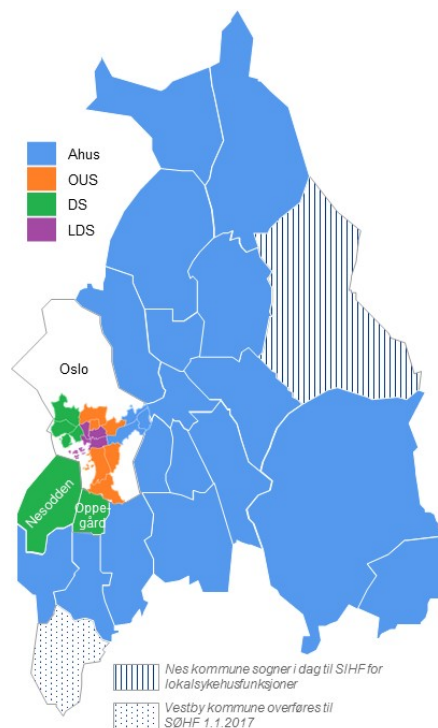
Alternativet omfatter ikke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn, som vil bli gjenværende ved Akershus universitetssykehus HF.

Nesodden og Oppegård er i 2018 estimert til å ha en samlet befolkning på 46 000, som er noe lavere enn befolkningen i bydel Alna. En flytting av disse kommunene er estimert å gi Akershus universitetssykehus HF en avlastning på 57 somatiske senger. Dette fordeler seg med henholdsvis 39 senger til Diakonhjemmet Sykehus og 19 senger til Oslo universitetssykehus HF. Innen poliklinikk og dagbehandling vil Akershus universitetssykehus HF avlastes med 6 rom/plasser. Diakonhjemmet Sykehus vil få en økning på 3 rom/plasser og Oslo universitetssykehus HF en økning på 4 rom/plasser innen poliklinikk/dagbehandling. Estimatenes for poliklinikk og dagbehandling er basert på 2014-aktivitet. Avrundinger forekommer.

Diakonhjemmet Sykehus har kapasitet til denne aktivitetsøkningen innenfor somatikk. Aktiviteten fra kommunene Nesodden og Oppegård harmonerer med den avlastning Akershus universitetssykehus HF trenger på kort/mellomlang sikt, gitt de forutsetninger for avlastningsbehov som er lagt til grunn. I dette alternativet vil sykehuset kunne miste noe mer spesialisert aktivitet knyttet til områdefunksjonene, på bakgrunn av høyere egendekning for Folloregionen enn for bydel Alna. Overføring av Nesodden og Oppegård vil videre innebære en noe høyere belastning for Oslo universitetssykehus HF enn overføring av bydel Alna, da Oslo universitetssykehus HF allerede har betydelig aktivitet fra bydel Alna.

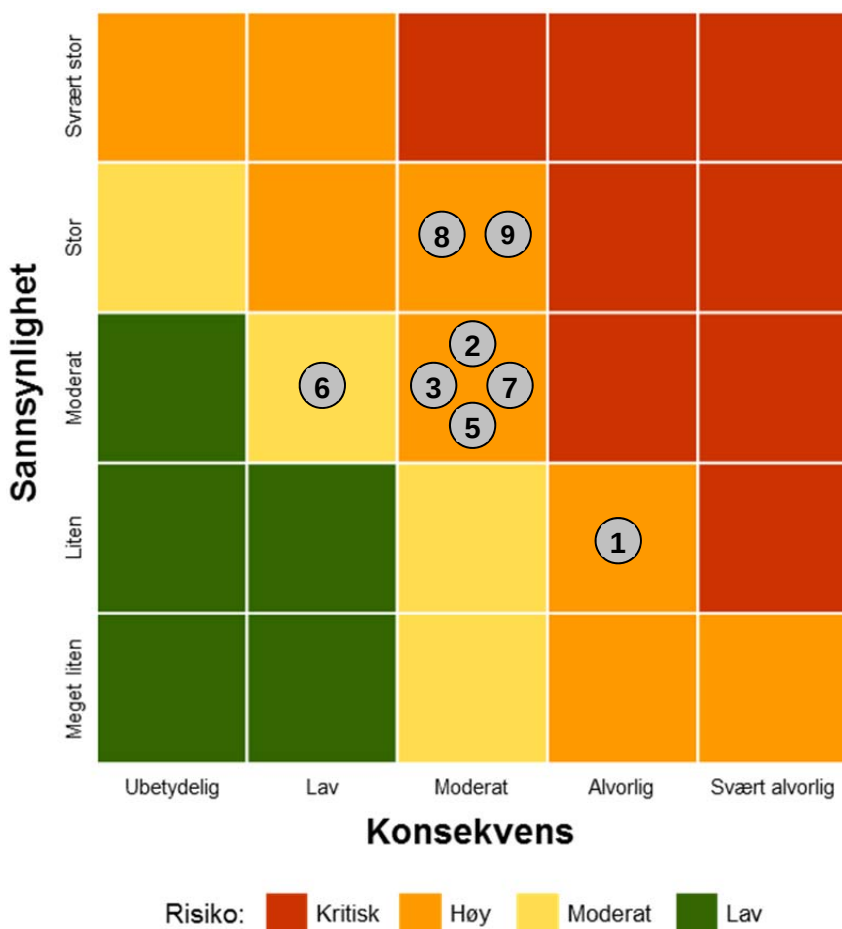
Nesodden og Oppegård er geografisk adskilt fra resten av Diakonhjemmet Sykehus sitt opptaksområde. Bydelene i nåværende opptaksområde har ikke opparbeidede samarbeidsrelasjoner mot kommunene. Det er heller ikke opparbeidet samarbeid mellom Diakonhjemmet Sykehus og kommunene. En eventuell overføring av Nesodden og Oppegård vil innebære nødvendigheten av å opparbeide nye samarbeidskanaler/-arenaer. Videre er flere av kommunene i Folloregionen i samtaler om kommunesammenslåing, og har startet arbeid med intensjonsavtaler. Det bør også nevnes at det allerede er etablert samarbeid mellom kommunene i Folloregionen på flere områder.

Videre følger spesifisert risikoanalyse og –matrise for B-alternativet.



Figur 3: Opptaksområder for lokalsykehusansvar etter overføring av ansvar for Nesodden og Oppegård til Diakonhjemmet Sykehus

4.1 Risikoanalyse for alternativ B



#	Risikobeskrivelse	Vurdering		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko
1	Kapasitetsutfordringer i somatikk ved sykehus/HF i Oslo og Akershus sykehusområder	Liten (2)	Alvorlig (4)	Høy
2	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
3	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydeler/kommuner)	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
4	Avlastningsavtale: mangel på forutsigbarhet og helhetlige pasientforløp	N/A	N/A	N/A
5	Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
6	Redusert grunnlag for ivaretagelse av områdefunksjoner ved Akershus universitetssykehus HF	Moderat (3)	Lav (2)	Moderat
7	Tap av tillit hos offentligheten og eier som følge av negative medieoppslag	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
8	Utfordringer knyttet til geografisk opptaksområde ved evt. fremtidige endringer i bydel-/kommunestruktur	Stor (4)	Moderat (3)	Høy
9	Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde	Stor (4)	Moderat (3)	Høy

Forslag til tiltak er oppsummert i delkapittel 1.4 *Forslag til tiltak*.

5. Vurdering av risiko for alternativ C

Overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Oslo universitetssykehus HF og bydel Nordre Aker til Diakonhjemmet Sykehus

Løsningsalternativet innebærer at lokalsykehusansvaret for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF, og lokalsykehusansvaret for bydel Nordre Aker overføres fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus. Dette vil bety at innbyggere i bydel Alna vil få sine sykehustjenester på Oslo universitetssykehus HF, ekskludert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn. Tilsvarende, vil innbyggere i bydel Nordre Aker få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet Sykehus innenfor kirurgi og indremedisin. Psykisk helsevern, TSB, fødsler og gynekologi samt barn vil bli gjenværende ved Oslo universitetssykehus HF.

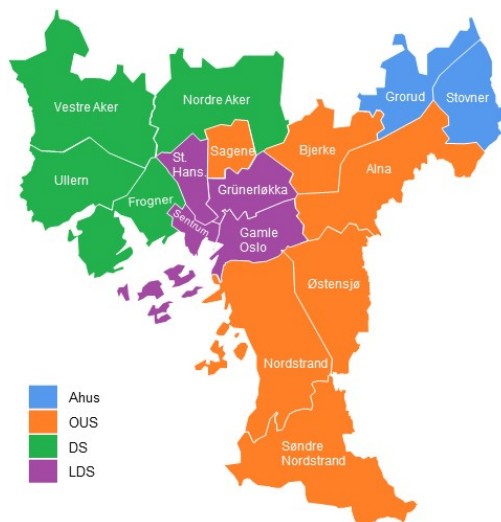
Bydelene Alna og Nordre Aker er samsvarende i befolkningsstørrelse på rundt 51 000 innbyggere hver i 2018, og Oslo universitetssykehus HF vil derfor ha kapasitet til å overta bydel Alna dersom bydel Nordre Aker blir rokert til Diakonhjemmet Sykehus. Diakonhjemmet Sykehus vil på sin side ha somatisk kapasitet til å overta bydel Nordre Aker allerede på kort sikt. Denne løsningen vil øke Diakonhjemmet Sykehus sitt opptaksområde til om lag 190 000 innbyggere, mens Oslo universitetssykehus HF sitt opptaksområde forblir det samme, tilsvarende 275 000 innbyggere. Alle innbyggertall for 2018.

Totalt vil overføringene avlaste Akershus universitetssykehus HF med om lag 60 somatiske senger, øke nettobehov på Oslo universitetssykehus HF med rundt 16 somatiske senger og øke behov ved Diakonhjemmet Sykehus med rundt 39 somatiske senger. Videre vil behovet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og andre sykehus/HF øke med 5 somatiske senger (hhv. 3 og 2). Innen somatisk poliklinikk og dagbehandling vil Akershus universitetssykehus HF avlastes med 10 rom/plasser. Oslo universitetssykehus HF vil få en nettoøkning på 6 rom/plasser og Diakonhjemmet Sykehus vil få en økning på 3 rom/plasser. Avrundinger forekommer.

Bydel Alna er geografisk sammenhengende med Oslo universitetssykehus HF sitt eksisterende opptaksområde, og det er allerede i dag betydelig aktivitet for bydelens innbyggere på Oslo universitetssykehus HF. Bydel Nordre Aker er geografisk sammenhengende med Diakonhjemmet Sykehus sitt eksisterende opptaksområde og det eksisterer allerede samarbeidsrelasjoner mellom bydel Nordre Aker og Diakonhjemmets øvrige opptaksområde. Det vil være knyttet usikkerhet til hvor stor andel av den elektive virksomheten som kan vris fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus ved en overføring av bydel Nordre Aker da pasienter har mulighet til å velge behandlingssted.

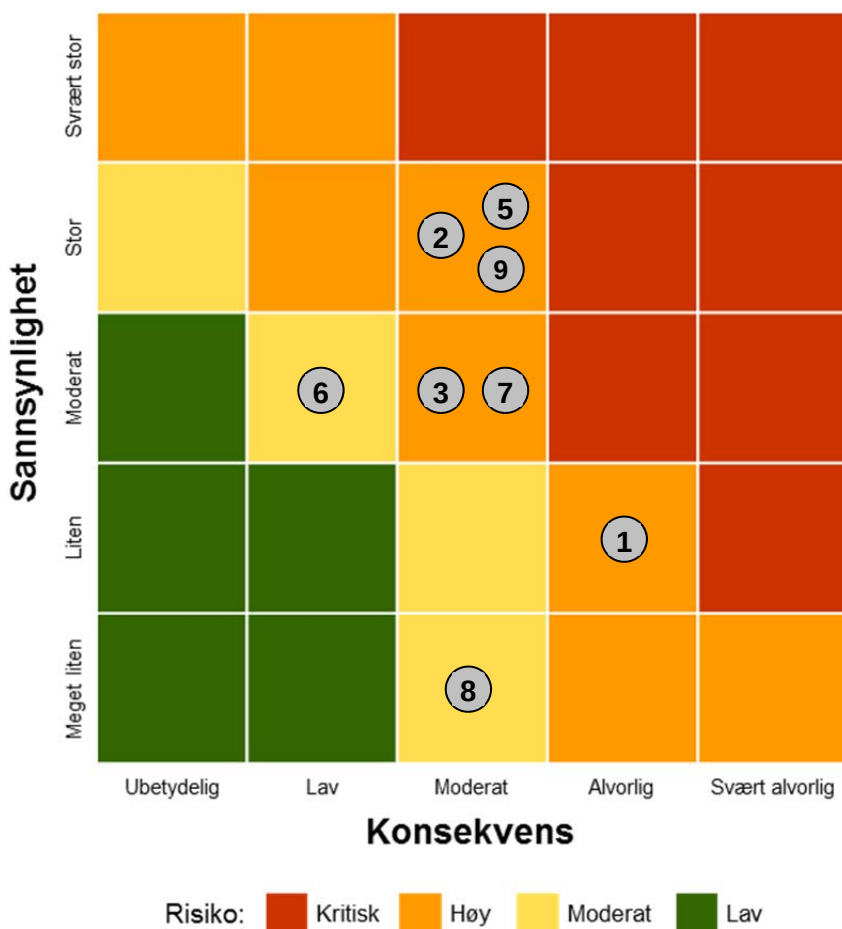
Dette alternativet innebærer større endringer der et pasientgrunnlag på omtrent 100 000 innbyggere endrer sin somatiske sykehistilørighet. Samtidig vil de to berørte bydelene få ulik sykehistilørighet innen hhv. somatikk og psykisk helsevern / TSB.

Videre følger spesifisert risikoanalyse og –matrise for C-alternativet.



Figur 4: Opptaksområder for lokalsykehusansvar etter overføring av ansvaret for bydel Alna til OUS og Nordre Aker til Diakonhjemmet

5.1 Risikoanalyse for alternativ C



#	Risikobeskrivelse	Vurdering		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko
1	Kapasitetsutfordringer i somatikk ved sykehus/HF i Oslo og Akershus sykehusområder	Liten (2)	Alvorlig (4)	Høy
2	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB	Stor (4)	Moderat (3)	Høy
3	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydeler/kommuner)	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
4	Avlastningsavtale: mangel på forutsigbarhet og helhetlige pasientforløp	N/A	N/A	N/A
5	Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer	Stor (4)	Moderat (3)	Høy
6	Redusert grunnlag for ivaretagelse av områdefunksjoner ved Akershus universitetssykehus HF	Moderat (3)	Lav (2)	Moderat
7	Tap av tillit hos offentligheten og eier som følge av negative medieoppslag	Moderat (3)	Moderat (3)	Høy
8	Utfordringer knyttet til geografisk opptaksområde ved evt. fremtidige endringer i bydel-/kommunestruktur	Meget liten (1)	Moderat (3)	Moderat
9	Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde	Stor (4)	Moderat (3)	Høy

Forslag til tiltak er oppsummert i delkapittel 1.4 *Forslag til tiltak*.

6. Vedlegg

6.1 Metode for å identifisere og vurdere relevante risikoer

Fremgangsmåten bygger på metodikk fra Direktoratet for økonomistyring og Helse Sør-Øst RHF. Risikovurderingen følger metodikken og stegene beskrevet nedenfor:

1

DEFINERE OVERORDNET MÅLSETNING

Det er tatt utgangspunkt i effektmålet om å løse kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder, med tre identifiserte alternativ samt 0-alternativ. Dette gir grunnlaget for vurdering av relevante risikoer

2

DEFINERE SUKSESSKRITERIER

Den overordnede målsetningen er videre knyttet til målene fra den nasjonale kvalitetsstrategien, og kritiske suksesskriterier er identifisert. Formålet med å identifisere suksesskriterier er å snevre inn risikovurderingene slik at fokus er på områder med vesentlig betydning for måloppnåelsen

3

IDENTIFISERE OG ANALYSERE RISIKOER SOM PÅVIRKER SUKSESSKRITERIENE

Målene fra den nasjonale kvalitetsstrategien og suksesskriteriene gir grunnlaget for identifisering av risikoer. Disse blir vurdert både før tiltak, dvs. for 0-alternativet (iboende risiko) og etter tiltak, dvs. for alternativ A, B og C (gjenværende risikoer). Risikoene vil bli vurdert etter sannsynlighet og konsekvens

4

DEFINERE TILTAK

Det er definert tre gjensidig utelukkende alternativer (tiltak) med formål å redusere dagens risikoeksponering, og dermed øke sannsynligheten for å nå den overordnede målsetningen. Risikoeksponering etter tiltakene vil bli vurdert separat, og sett opp mot 0-alternativet. Ytterligere tiltak kan også diskuteres

Det er også vurdert tiltak for å dempe effekten av identifiserte områder med størst risiko, jfr. delkapittel 1.4 Forslag til tiltak.

6.2 Suksesskriterier og vurderingskriterier

6.2.1 Nasjonal kvalitetsstrategi

Det er i tidligere arbeid, herunder kapasitetsprosjektet, gitt tilslutning til at målene i den nasjonale kvalitetsstrategien skal danne utgangspunkt for vurdering av løsningsalternativene for spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo og Akershus sykehusområder. Operasjonalisering av målene i kvalitetsstrategien er som følger (underpunktene er hentet fra tidligere arbeid der man har forsøkt å konkretisere målene):

Trygge og gode tilbud

- Organisering tilrettelagt for store pasientgrupper og de som bruker spesialisthelsetjenesten mest
- Tilstrekkelig pasientgrunnlag til å kunne utføre spesialiserte funksjoner med god kvalitet
- Høyt kompetansenivå og robuste fagmiljø
- Kortsiktige kapasitetstilpasninger som understøtter langsiktige løsninger (utviklingsplaner for sykehus/HF, bydel-/kommunestruktur)
- Lovpålagte oppgaver ivaretas

God tilgjengelighet

- Ingen korridorpasienter
- Tilstrekkelig kapasitet ved involverte sykehus/HF (senger, bemanning)
- Forsvarlig reiseavstand ved akutt sykdom
- Akseptabel reiseavstand ved tilstander som ikke er akutte
- Tilstrekkelig transporttilbud/infrastruktur (vei, bane, buss)
- Mulighet for sykehusdrift i en eventuell byggeperiode

Organisering som underbygger gode pasientforløp

- Effektiv samhandling/koordinering mellom psykisk helsevern / TSB og somatikk
- Effektiv samhandling/koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Forståelig organisering for henviser og pasient
- Rasjonell og faglig begrunnet pasientflyt innad i spesialisthelsetjenesten
- Journalsystemer som muliggjør effektiv deling av nødvendig pasientdata mellom berørte sykehus/HF

God ressursutnyttelse

- Økonomi
 - o Bærekraftig økonomi ved berørte sykehus/HF etter endrede opptaksområder
 - o Akseptable omstillingskostnader for Helse Sør-Øst RHF og berørte sykehus/HF
 - o Akseptable kostnader knyttet til bygningsmessig utvikling og vedlikehold
 - o Rasjonell utnyttelse av kostbart medisinsk teknisk utstyr
- Personell
 - o Optimalisert bruk av ressurser ved at personell kan brukes til aktiv pasientbehandling fremfor passiv vaktberedskap
 - o Rasjonell bruk av tilgjengelig kompetanse
- Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak (miljøbelastning, total reiseavstand)

Videre vil det også tas hensyn til offentlighetens og berørte parter uttalelse om løsningsalternativene gjennom mottatte høringsvar.

6.2.2 Suksesskriterier

For å etablere konkrete suksesskriterier som risikoene kan måles opp mot, har det blitt gjort en kvalitativ vurdering av arbeidets målsetninger og fokus. Effektmålet for dette arbeidet er at befolkningen i Oslo og Akershus sykehusområder er sikret en fornuftig og forutsigbar organisering av spesialisthelsetjenestene i områdene. Dette innebærer tilstrekkelig kapasitet og et godt og likeverdig behandlingstilbud. Arbeidet har primært fokusert på kapasitetsutfordringer innen somatiske sengeplasser ved Akershus universitetssykehus HF. Suksesskriteriene bygger på konkrete effektmål for arbeidet, målene i den nasjonale kvalitetsstrategien og Helse Sør-Øst RHF's «Plan for strategisk utvikling 2013–2020»:

Suksesskriterier	
Kvalitet, pasient-sikkerhet	<i>Akershus universitetssykehus HF:</i> ▪ Tilstrekkelig kapasitet til å ivareta pasientstrøm / eliminere korridorpasienter ▪ Tilstrekkelig pasientgrunnlag til å kunne ivareta områdefunksjoner med god kvalitet etter endrede opptaksområder <i>Diakonhjemmet Sykehus:</i> ▪ Tilstrekkelig kapasitet til å ivareta økt pasientstrøm ▪ Tilstrekkelig kompetanse og robuste fagmiljø for evt. mer spesialiserte funksjoner som følge av økt pasientstrøm <i>Oslo universitetssykehus HF:</i> ▪ Tilstrekkelig kapasitet til å ivareta økt pasientstrøm <i>Uavhengig av sykehus/HF:</i> ▪ Effektiv samhandling/koordinering mellom psykisk helsevern / TSB og somatikk, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten etter endrede opptaksområder ▪ Journalsystemer som muliggjør effektiv deling av nødvendig pasientdata mellom berørte sykehus/HF
Økonomi	▪ Bærekraftig økonomi for berørte sykehus/HF etter endrede opptaksområder, med spesielt fokus på Akershus universitetssykehus HF ▪ Akseptable omstillingskostnader for Helse Sør-Øst RHF og berørte sykehus/HF, med spesielt fokus på Akershus universitetssykehus HF
Tillit/regulatorisk	▪ Sikre tillit blant brukere, ansatte, eier og andre interessenter ▪ Sikre at lovpålagte oppgaver ivaretas

Basert på suksesskriteriene, er det identifisert risikoer knyttet til dagens situasjon (0-alternativet) og alternativene A, B og C. Risikovurderingen tar således utgangspunkt i iboende risiko, dvs. mulige hendelser før tiltak som kan redusere risikoen er iverksatt. Gjenværende risiko gjenspeiler risiko etter at tiltak er iverksatt.

Det er allerede definert alternativer (tiltak) for å forbedre utfordringene knyttet til kapasitet på Akershus universitetssykehus HF. Iboende risiko vil derfor i dette tilfellet reflektere 0-alternativet. Alternativene med endrede opptaksområder vil gi tre separate risikobilder for gjenværende risiko. Dette er risiko etter at tiltak om endrede opptaksområder er realisert. Tiltakene vil kunne ha både positiv og negativ innvirkning på risikobildet, og ytterligere tiltak kan vurderes.

6.2.3 Vurderingskriterier

Risikoer vil vurderes etter sannsynlighet og konsekvens. Følgende vurderingskriterier er benyttet som veiledning for å fastsette tall for sannsynlighet og konsekvens:

Sannsynlighet (S)		
Rangering	Sannsynlighet	Frekvens
1 Meget liten	0–20 %	Vil i gjennomsnitt skje i et merkbart omfang én gang hvert år eller sjeldnere
2 Liten	20–40 %	Vil i gjennomsnitt skje i et merkbart omfang én gang hver 6. måned
3 Moderat	40–60 %	Vil i gjennomsnitt skje i et merkbart omfang én gang hver måned
4 Stor	60–80 %	Vil i gjennomsnitt skje i et merkbart omfang én gang hver uke
5 Svært stor	80–100 %	Vil i gjennomsnitt skje i et merkbart omfang flere ganger hver uke eller oftere

Konsekvens (K)		
Rangering	Kvalitet, pasientsikkerhet og økonomi	Tillit/regulatorisk
1 Ubetydelig	▪ Ubetydelig innvirkning på pasienttilbud ▪ Ubetydelig påvirkning på kapasitet og drift ▪ Ubetydelig negativ påvirkning på økonomi	▪ Påvirker ikke tillit ▪ Ikke rapporteringskrav til myndighetene
2 Lav	▪ Mindre innvirkning på pasienttilbud ▪ Mindre påvirkning på kapasitet og drift ▪ Mindre negativ påvirkning på økonomi	▪ Mindre skade på tillit lokalt ▪ Tap av tillit fra enkelte lokale interessenter ▪ Forhold rapportert til myndigheter uten behov for oppfølging
3 Moderat	▪ Moderat innvirkning på pasienttilbud ▪ Kapasitet og drift påvirket i moderat grad ▪ Moderat negativ påvirkning på økonomi	▪ Mindre oppmerksomhet i lokal media ▪ Tap av tillit fra lokale interessenter ▪ Mindre korrektive tiltak pålagt av myndigheter
4 Alvorlig	▪ Alvorlig innvirkning på pasienttilbudet ▪ Klart redusert kapasitet og påvirkning på drift ▪ Alvorlig negativ påvirkning på økonomi	▪ Stor oppmerksomhet i nasjonal media ▪ Betydelig tap av tillit fra interessenter inkl. eier ▪ Betydelige korrektive tiltak pålagt fra myndigheter
5 Svært alvorlig	▪ Innvirkning på pasientsikkerhet ▪ Svært negativ innvirkning på pasienttilbud ▪ Svært redusert kapasitet og svært negativ påvirkning på drift ▪ Svært alvorlig negativ påvirkning på økonomi	▪ Stor og langvarig oppmerksomhet i nasjonal media ▪ Betydelig og langvarig tap av tillit fra interessenter inkl. eier ▪ Alvorlige rettsforfølgelser, bøter

Relevante risikoer er visualisert i en risikomatrix, som viser nivået på de ulike identifiserte risikoene.