



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for ingeniørvitenskap og sikkerhet

Alt er sukret med risiko;

- bruk av risikostyringsteori ved utforming av endringsforslag som berører akuttkirurgi i Nasjonal Helse- og Sykehusplan

Jon Iver Eira Tellefsen

Masteroppgave i Samfunnssikkerhet – Sikkerhet og beredskap i Nordområdene.

Desember 2016



Forord

Denne oppgaven er avslutningen på studieprogrammet *Master i samfunnssikkerhet, fordypning i sikkerhet og beredskap i nordområdene*, ved Universitetet i Troms – Norges Arktiske Universitet. Arbeidet med oppgaven avsluttes 17. Desember 2016.

Det har vært en lang vei mot ferdigstilling av denne oppgaven, og jeg sitter igjen med en deilig følelse når jeg nå skriver disse avsluttende ord.

Tiden tar seg ikke inn
Tiden tar seg bare helt ut
Men da du var barn
kunne du trylle
Du sjonglerte med dagene
til uken hadde åtte døgn
Natten la du i et skrin under sengen
og neste morgen stod solen opp av seg selv
Du kastet sekundene til værs
og fanget dem som timer
Så mye hadde du
og dette er det som er igjen: et liv
De samme timene kunne du legge i lommen
og når du vrenget den var de blitt en måned
Minuttene tredde du på et strå
og spiste søte kvarter til aftens
Du gikk arm i arm med tiden
Den lystret deg som en due

Nå er det omvendt
Nå er det tiden som vrenger lommene
og har deg i sin hule hånd
Nå er det du som står på perrongen
under klokken som faller når som helst
som på dommedag
eller sirkus

”Magikeren”, av Lars Saabye Christensen.

Dette diktet markerer mange overganger for meg, og illustrerer litt hvordan tiden har løpt under arbeidet. Hvordan min forkjærlighet for musikk har innimellom blandet seg inn i kampen om oppmerksomheten, og at bandet mitt har vunnet noen av disse kampene.

Nå er jeg, og alle involverte imidlertid i mål. Avslutningsvis er det derfor veldig på sin plass å takke menneskene som har vært involvert i denne spennende prosessen.

Først og fremst vil jeg takke alle studiekamerater jeg har hatt på min vei under studiet! Mye

bra folk, med mye bra humor, og oppmuntrende smil! Dere har absolutt vært en viktig del av studiet. Jeg føler meg trygg på at Norge er en god del tryggere på grunn av alle dere.

Universitetet i Tromsø må også takkes for å ha etablert et slikt spennende og interessant studie, og fått så mange flinke forelesere med på laget. Jeg vil også takke institutt for ingeniørvitenskap og sikkerhet ved Universitetet i Tromsø for å ha utvist tålmodighet og fleksibilitet.

Jeg vil også utrette en takk til Tromsøartistene Mørk og Kohib for å ha generert kreative hjernebølger gjennom sin musikk.

Takk til min gode venn Jon Ande, som fra nå av vil kalles Jon Andnote. Ekstremt bra opplæring og oppfølging. Du er selve referansen for hvordan Endnote bør læres bort! I samme åndedrag må jeg takke kvalitative Kristine for kvalitetssikring.

Takk til klassevenninne Camilla som ga meg gjennombruddet jeg måtte ha for å få oppgaven inn i oppløpet, og i mål!

En gigantisk takk til min fantastiske familie som har støttet meg gjennom årene med studiene (og musikken). Dere har også utvist tålmodighet i likhet med alle involverte, og kanskje aller mest av alle. Tusen takk!

Kjæreste Åsa, takk for at du kunne ta deg av x antall gjennomlesninger, og takk for ditt kritiske blikk til både detaljer og det store bildet. Og ikke minst de ubegrensede mengdene med motivasjon og livsfilosofi som hjalp meg underveis. Det var virkelig til uvurderlig hjelp!

Sist, ikke minst, og kanskje aller mest, må jeg takke min veileder ved Universitetet i Tromsø, Are Sydnes. Uten dine bidrag hadde oppgaven aldri kommet i mål. Tusen takk for din gode veiledning, med alle gode råd og innspill, konstruktive tilbakemeldinger, fleksibilitet og tiden du har investert i oppgaven. Jeg er evig takknemlig for det!

Tromsø 17.12.16

Jon Iver Eira Tellefsen

Sammendrag

Denne masteroppgaven er den del av studieprogrammet master i *Samfunnssikkerhet – med fordypning i sikkerhet og beredskap i nordområdene*. Arbeidet med oppgaven har blitt gjennomført i perioden Mai 2016 – Desember 2016. Veileder for oppgaven har vært professor Are Kristoffer Sydnes ved Universitetet i Tromsø.

Nøkkelord: Risiko, risikoforståelse, risikoanalyse, risikokommunikasjon, risikostyring, helsevesen, sykehusplanen, nasjonal helse- og sykehusplan

Oppgaven tar for seg utfordringer i helsevesenet tilknyttet risikostyring. Det skal foretas en gjennomgang av plan- og beslutningsprosessene rundt stortingsmeldingen Nasjonal Helse- og Sykehusplan (2016-2019), for å se nærmere på hvordan prosessene har ført til den foreslåtte omorganiseringen. Sentralisering av akuttkirurgi vil være oppgavens case. Oppgavens problemstilling er: *I hvilken grad er de foreslåtte endringene tilknyttet akuttkirurgi i Nasjonal Helse- og Sykehusplan sett i lys av risikostyringsteori?*

Oppgaven tar en gjennomgang av grunnlagsrapporter, Nasjonal Helse- og Sykehusplan og Stortingets behandling av planen, for å belyse hvilken risikoforståelse som ligger til grunn for prosessene. Denne forståelsen ligger til grunn for hvordan risikokommunikasjonen og risikostyringen foregår i beslutningskjeden.

Oppgaven konkluderer med at det bør etableres en regional og/eller nasjonal risikoaktør. Denne risikoaktøren kan bidra til å skape en felles risikoforståelse, som vil fungere som et fundament for bedre risikostyring og risikokommunikasjon i helsevesenet. En velfungerende risikostyringsprosess vil kvalitetssikre fremtidige planprosesser i helsevesenet der det foreslås å gjøre endringer som kan medføre risiko, og der det er usikkerhet rundt konsekvensene av endringene.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1 Innledning	2
1.1 Oppgavens formål og problemstilling.	3
1.2 Avgrensning	4
1.3 Oppgavens oppbygning	6
2 Bakgrunn og kontekst	7
2.1 Samfunnsikkerhet	7
2.2 Menneskelig trygghet, forsvarlighet og likeverdig tilbud for hele befolkningen	8
2.3 Traumer, skader, og akuttbegrepet fra akuttmedisinsk litteratur	9
2.3.1 Akutt	10
2.4 Introduksjon av aktørene i oppgaven	10
2.4.1 Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	10
2.4.2 Helsetilsynet (HTIL)	11
2.4.3 De regionale Helseforetakene (RHF)	11
2.5 Ekspertutvalg og kompetansesentre	11
2.5.1 Norges Offentlige Utredning (NOU)	11
2.5.2 Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi (NKT-Traume)	11
2.6 NKT-Traumes anbefalinger for traumesystemet og sykehusinndeling	12
2.7 Risikostyring i de regionale helseforetak	14
3 Teoretisk rammeverk	16
3.1 Risiko	16
3.2 Risikoforståelse	18
3.3 Risikostyring	18
3.4 Risikoanalyse	22
3.5 Risikokommunikasjon	22
3.5.1 Kommunikasjonens formål og former	24
3.6 Analytisk tilnærming	26
4 Metode	26
4.1 Forskningsdesign og strategi	27
4.2 Innsamling av data	29
4.2.1 Dokumentanalyse	29
4.2.2 Intervju	31
4.3 Analyse og tolkninger av data	31

4.4	Reliabilitet og validitet	32
4.4.1	Reliabilitet	32
4.4.2	Validitet	32
4.5	Refleksjoner	33
5	Empiri	34
5.1	Lovverk	35
5.1.1	Spesialisthelsetjenesteloven	35
5.1.2	Helseforetaksloven	35
5.1.3	Forsvarlighetskravet	36
5.1.4	Likeverdighetskravet	36
5.1.5	Akuttmedisinforskriften	37
5.2	Saksgangen rundt Sykehusplanen	37
5.3	Sykehusplanen: Sykehusstruktur og akuttkirurgi	40
5.3.1	Inndeling av sykehus	40
5.3.2	Anbefalinger om opptaksområder og størrelse på akuttsykehus	41
5.3.3	Scenarier for sykehusstørrelser	43
5.3.4	Oppsummering rundt anbefalinger	43
5.4	Risikobegrepsbruk i beslutningsprosessen	44
5.4.1	Risiko på individnivå i grunnlagsrapportene	44
5.4.2	Risiko på overordnet nivå i grunnlagsrapportene	45
5.4.3	Risiko i Sykehusplanen	46
5.4.4	Risiko på individnivå i Sykehusplanen	46
5.4.5	Risiko på overordnet nivå i Sykehusplanen	46
5.5	Stortingets behandling av Sykehusplanen	48
5.5.1	Høring i Helse- og omsorgskomiteén	48
5.5.2	Storingsdebatten	51
5.6	Oppsummering av empiriske funn	52
6	Drøfting	53
6.1	Risikoforståelse	53
6.2	Risikostyring i helsevesenet og grunnlagsdokumentene	55
6.3	Risikoanalyse	58
6.4	Risikokommunikasjon	62
6.4.1	Hvordan er den identifiserte risikoen kommunisert?	62
6.4.2	Hvordan bør den identifiserte risikoen kommuniseres?	64
6.5	Forsiktighets- og føre-var-prinsippet	65
6.6	Anbefalinger for forbedring av planprosesser tilknyttet omorganisering	66
6.7	Avsluttende drøfting	68

7	Konklusjon	71
7.1	Problemstilling	71
7.2	Svakheter ved oppgaven	72
7.3	Forslag til videre forskning og arbeid	73
	Referanser	75
	Vedlegg	80

1 Innledning

Den siste tiden har det i Norge vært en stor debatt rundt sykehuslokalisering; på folkemunne og i media kjent som “sykehusdebatten”. Debatten var på sitt heteste i etterkant av offentliggjøringen av Stortingsmeldingen Nasjonal Helse- og Sykehusplan (Sykehusplanen) i November 2015. Denne debatten er mangesidet og komplisert, da den omhandler det meste innen viktig sykehustematikk; fra for eksempel fornying og forbedring av helsetjenesten, kompetanse, kvalitet og pasientsikkerhet, oppgavedeling og mer samarbeid, og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Meld. St. 11(2015–2016), 2015). En fellesnevner er at det i alle tilfeller er mennesker som blir direkte berørte av endringer på godt eller vondt. Disse forholdene har ført til en generell offentlig debatt om helsevesenets oppbygning, organisering, kvalitet og økonomiske situasjon.

Politikk og beslutningsprosesser er koblet til risiko på et utall måter uansett om det gjelder transnasjonalt eller lokalt nivå. Beslutningstakere på alle nivåer står overfor en mangfoldighet av usikkerheter, hvor tilnærmingen til og behandlingen av disse usikkerhetene kan knyttes til forestillinger om risiko (*notion of risk*) (Brown & Olofsson, 2014). På samme måte er politikk og beslutningsprosesser innen helsefeltet koblet til risiko. Det har over tid blitt utviklet flere helserelevante rammeverk for risikostyring, og de omhandler hovedsakelig folkehelse (Evans & Stoddart, 1990; Krewski et al., 2007; National Research Council, 1982). Disse rammeverkene behandler risikostyring for populasjonens helse som helhet.

Akuttberedskap og akuttkirurgi er en del av å opprettholde folkehelsen, da akutte tilfeller kan skje ved pandemi, livsstilssykdommer så vel som ulykker og plutselige hendelser, både intenderte og uintenderte. Risikostyringsmodellene tilknyttet folkehelse har grunnlag i et biologisk-sosialt samspill og baseres på blant annet biologi og genetikk, miljø, og atferd (Krewski et al., 2007) og blir da litt på siden av risikostyringsmetodikken som oppgaven skal bygge på. Oppgaven skal ta for seg sykehusorganisering, og risikoer knyttet til omorganisering og endring av tjenestetilbud, med sentralisering av akuttkirurgi som case for oppgaven. Sentralisering vil bety å samle mer av akuttkirurgien til større og færre sykehus (Meld. St. 11(2015–2016), 2015). En slik omorganisering vil alltid resultere i en eller annen form for konsekvens, og den vil ha positiv eller negativ verdi. Oppgavens definisjonen på risiko er:

Risiko refererer til usikkerheten om og alvorlighetsgraden av hendelser og konsekvenser (eller utfall) av en aktivitet med hensyn til noe mennesker verdsetter (Aven & Renn, 2010).

Oppgaven tar utgangspunkt i at det eksisterer usikkerhet rundt konsekvensene ved sentralisering av akuttkirurgitilbudet ved norske sykehus, og at det er en risiko forbundet med sentraliseringen. Oppgaven skal argumentere for at det bør foretas risikoanalyser ved endringer i tjenestetilbud. I oppgaven skal det gjøres en oppdeling av risiko i to dimensjoner tilknyttet risiko i helsevesenet; individrisiko og overordnet risiko. Dette skal gjøres for å kartlegge bruken av risikobegrepet i beslutningskjeden, for å legge grunnlaget for risikoforståelsen, og videre kunne diskutere risikoanalyse, risikostyring og risikokommunikasjon.

Akuttkirurgi er en viktig del av akuttberedskap. Det er blitt argumentert med at med at det er problematisk å fokusere på noe så snevert som sentralisering av akuttkirurgi, og at dette er en forenkling av sykehusdebatten (Kristin Ørmen Johnsen, 2015). Sykehusdebatten er mye mer komplisert enn som så - men akuttkirurgi et veldig konkret element av akuttberedskapen, som vil bli påvirket av foreslåtte endringer tilknyttet sentralisering av spesialisthelsetjenester i Sykehusplanen. Det er derfor naturlig å benytte dette som case for oppgaven.

1.1 Oppgavens formål og problemstilling.

Oppgavens formål er å se på Sykehusplanens plan- og beslutningsprosesser tilknyttet forslagene som berører akuttkirurgi, for å undersøke om elementer fra risikostyringsteori er blitt inkludert i prosessene rundt Sykehusplanen.

Det skal foretas en gjennomgang av beslutningsgrunnlaget og beslutningsprosessen, der Sykehusplanen, forskningen, og rapportene som ligger til grunn for Sykehusplanen, samt Stortingets behandling av planen, skal behandles gjennom et overordnet risikoperspektiv. Fokuset skal være på forslagene som omhandler sentralisering av akuttkirurgi, og disse forholdene i beslutningsprosessene skal diskuteres i lys av risikoforståelse, risikostyring, risikoanalyse, og risikokommunikasjon. Sykehusplanens forslag til scenarier for akuttisykehus og momenter som berører akuttkirurgi skal presenteres, samt innspill fra stortingshøring og stortingsdebatten som omhandler akuttkirurgi. Av hensyn til forenkling av beslutningskjeden, skal den deles opp i tre ledd; [1] Grunnlagsrapportene; [2] Sykehusplanen; [3] Stortingets behandling.

Oppgavens problemstilling er formulert slik:

I hvilken grad er de foreslåtte endringene tilknyttet akuttkirurgi i Nasjonal Helse- og Sykehusplan sett i lys av risikostyringsteori?

Det er utformet et overordnet forskningsspørsmål tilknyttet problemstillingen, som skal knytte sammen de tre forskningsspørsmålene. Det overordnede forskningsspørsmålet er slik: ”*Har organiseringen av helsepolitiske plan- og beslutningsprosesser innvirkning på om risikostyring foretas i helsevesenet?*”

Dette punktet skal vurdere om dagens organisering av plan- og beslutningsprosessene påvirker bruk av risikostyring og risikoanalyser i den helsepolitiske beslutningskjeden.

Problemstillingen skal videre belyses ved hjelp av følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvilken risikoforståelse ligger til grunn for Sykehusplanens plan- og beslutningsprosesser?*

Gjennom å se på hvordan risikobegrepet benyttes i Sykehusplanen, grunnlagsdokumentene og behandlingen i Stortinget, vil det etableres et bilde av risikoforståelsen i beslutningskjeden, for å skape et grunnlag for diskusjon tilknyttet risikostyring, risikoanalyse og risikokommunikasjon.

2. *Hvordan kan risikostyringsmodellen belyse beslutningsprosessene?*

Dette forskningsspørsmålet skal gi innsikt i hvilken grad risikostyring foregår i helsevesenet, og om risikoanalyser og risikovurderinger inkluderes i beslutningsprosessene.

3. *Hvordan har risikokommunikasjonen i beslutningskjeden foregått sammenlignet med risikokommunikasjonsteori?*

Gjennom dette forskningsspørsmålet skal oppgaven se på hvordan den identifiserte risikoen kommuniseres i beslutningskjeden, og vurdere dens kvalitet opp mot risikokommunikasjonsteori.

1.2 Avgrensning

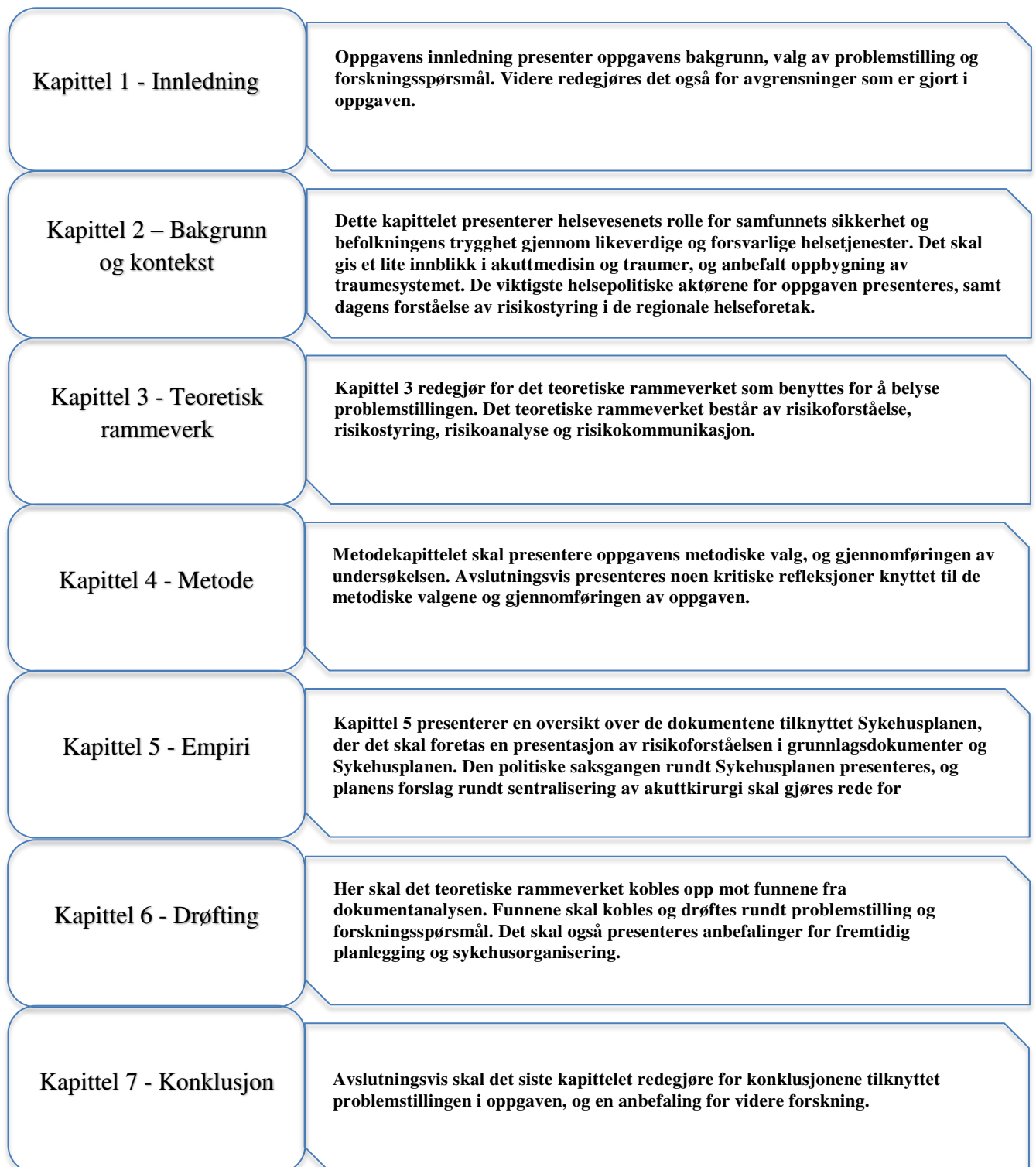
Organisering av helsetjenester og sykehus er en svært komplisert tematikk, da det involverer veldig mange ledd både prehospitalt og hospitalt, med alt fra nødmeldetjeneste (AMK), ambulanse (bil, båt, luft), akuttmedisin, rehabilitering, medisinerings m.m (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015b). Sykehusdebatten er derfor stor og komplisert, og Norges varierte geografi bidrar ikke til noen forenkling. For at oppgavens omfang skulle bli håndterlig innenfor den gitte tidsrammen, måtte det foretas en selekteringsprosess hva gjelder områder innen sykehusorganiseringen som skulle inkluderes. Gjennom sykehusdebatten i media var ett av feltene med størst fokus spørsmålet rundt akuttkirurgi (Amundsen, 2015; Nykvist, 2015; Schiøtz, 2016; Sivertsen, 2015), og det var da særlig

distriktsykehus som ville bli rammet av forslagene i Sykehusplanen. Grunnet sterk personlig distriktstilknytning var det derfor naturlig å ha det som fokusområde. Ved gjennomgangen av Sykehusplanen, virket det som at det var lite fokus på risikoaspektet ved endring av det akuttkirurgiske tilbudet, og det er noe som i høyeste grad bør få oppmerksomhet. En av de styrende faktorene for akuttkirurgisk kvalitet er økonomi, da økonomien legger føringer på antall traumesentre, antall kirurgiske stillinger, om det er døgn- eller dagkirurgi, m.m. Grunnet oppgavens begrensede omfang skal ikke den økonomiske materien analyseres da det ligger utenfor oppgavens fagfelt. Oppgaven skal fokusere på plan- og beslutningsprosessenes forløp, og ikke på økonomien – selv om den vil bli nevnt underveis av hensyn til å gi drøftingen et større omfang.

Gjennom forarbeidet til masteroppgaven har det foregått en lang prosess med avgrensning av tematikk for å øke gjennomførbarheten for oppgaven. Utspringet for denne oppgaven var et ønske om å utvikle en helhetlig geografisk risikoindeks for Norge, der målet var å lage en modell som angir risiko for død eller alvorlig forverring ved ulykke eller sykdom, relatert til geografisk beliggenhet. Parametere som skulle inkluderes her var bl.a. avstander til legevakt/akuttmottak, avstand til flyplass, tilgjengelige transportmåter, værdata, antall dager med veistengninger, antall dager med flyvær, m.m. Generelt sagt: Alle parametere som påvirker overlevelsen dersom det skjer en alvorlig skade ved en ulykke, eller dersom det oppstår akutt sykdom. Det viste seg fort at omfanget av en slik oppgave var av en størrelsesorden som det sannsynligvis måtte en større forskergruppe og flere års arbeid til for å fullføre, så dette ble lagt bort på et relativt tidlig tidspunkt. Denne modellen skal likevel nevnes avslutningsvis i oppgaven i kapittel 6.6

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av sju kapitler. Figuren nedenfor viser kapitlenes innhold og formål.



Figur 1: Oppgavens oppbygning

2 Bakgrunn og kontekst

Helsetjenester er et nødvendig gode for alle enkeltmennesker og samfunnet som helhet.

Derfor har også sykehusdebatten engasjert svært mange rundt omkring i landet, der både

befolkningen, lokale organisasjoner, og landsomfattende organisasjoner har uttalt seg i media (Amundsen, 2015; Kristin Ørmen Johnsen, 2015; Nykvist, 2015; Schiøtz, 2016; Sivertsen, 2015). Helsevesenet er veldig omfattende, fra både daglig og vedvarende overvåkning, medisiner, undersøkelser, behandling, til det som er mitt hovedfokus - det akutte. Mye kan oppstå akutt, og det kan være av forskjellig omfang og størrelsesorden, fra enkeltpersoner, til grupper og deler av eller hele samfunnet. Sykdommer, livsstilssykdommer, fødsler, smitte, og ulykker kan alle ha behov for akuttberedskap, og da også akuttkirurgi. Samfunnssikkerhet handler om sikkerhet på flere nivåer, fra mikro til makro, da alt er knyttet sammen. For å kunne yte tilfredsstillende sikkerhet til samfunn som helhet må man begynne på mikronivå, og kunne betjene enkelthendelser eller individuelle hendelser. Dersom systemet fanger opp og fungerer ved enkelthendelser er sjansen større for at systemet er rustet for å takle større utfordringer. Det motsatte gjelder også her, klarer man ikke hanske med små hendelser, klarer man heller ikke hanske med større hendelser. Oppgaven skal ikke undersøke om helsevesenet er rustet for større uønskede hendelser, katastrofer, pandemi og lignende, men derimot se på den hverdagslige akuttberedskapen og da spesielt akuttkirurgi. I Sykehusplanen er det en del forslag til sentralisering av spesialisthelsetjenester, som vil kunne gi store konsekvenser for de foreslåtte berørte sykehusene i distriktene, og som gjennom oppgaven skal belyses ved å se de foreslåtte endringene gjennom et overordnet risikoperspektiv i form av risikostyring, risikoanalyse og risikokommunikasjon.

2.1 Samfunnssikkerhet

Samfunnssikkerhet er ett relativt nytt begrep. Det er definert som: "... den evne samfunnet har til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger" (Meld. St. Justis- og politidepartementet 2002).

Begrepet *Samfunnssikkerhet* skal dekke det totale spekteret av utfordringer, både små og store. Det omfatter alt fra menneske- og naturskapt hendelser og krisesituasjoner (ikke-intenderte) til trusler (intenderte) mot befolkningen, nasjonens selvstendighet eller eksistens (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004). Samfunnssikkerhet er et totalbegrep som omfatter samfunnet som helhet, men handler til syvende og sist om individer. Akuttberedskap og akuttkirurgi er en viktig del av den daglige sikkerheten for enkeltmennesker og samfunnet. Samfunnssikkerhet er iht. begrepsdefinisjonene en av de grunnleggende funksjoner som skal bevare befolkningens trygghet. Helsevesenet er ifølge Direktoratet for Samfunnssikkerhet og

beredskap (DSB) en del av den kritiske infrastrukturen i Norge. Helsevesenet opprettholder sikkerhet i samfunnet, gjennom utøving av akuttmedisin, assistanse i nødssituasjoner og medisinsk hjelp til overlevelse og for å unngå smerte og varige helseskader, samt grunnleggende pleie og omsorg. Det å opprettholde trygghet for liv og helse i befolkningen og samfunnet, er en viktig og grunnleggende trygghetsfunksjon i den kritiske infrastrukturen (Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap, 2012).

2.2 Menneskelig trygghet, forsvarlighet og likeverdig tilbud for hele befolkningen

En av de viktigste faktorene for menneskelig trygghet i hverdagen, er at alle har tilgang til et likeverdig tilbud av helsetjenester av høy kvalitet. Det virker å være konsensus rundt dette, og utsagnet er å finne i mange sentrale lovverk vedrørende helse og samfunnssikkerhet. Utsagnene finnes også i proposisjoner, rapporter, stortingsmeldinger, offentlige utredninger, og andre relevante styringsdokumenter innen helsetjenester og samfunnssikkerhet. I nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) står det på side 1: ”Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon” (*Meld. St. 16 (2010–2011), 2011*)”

Beslektede uttalelser er også finne i blant annet Norges Offentlige Utredning (NOU):

I 1999 ble det lagt fram en stortingsmelding om verdier for den norske helsetjenesten. Her ble det lagt vekt på et likeverdig tjenestetilbud til alle [...]. Det overordnede målet for helsetjenesten er å sikre alle tilstrekkelig og god tilgang til tjenester som er faglig forsvarlige og tilfredsstillende internasjonale standarder der slike finnes (NOU, 2015).

Likeverdig tilbud av helsetjenester betyr også likeverdighet innenfor akuttberedskap:

”Grunnlaget må være en velfungerende og forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kommunene. Der avstandene til sykehus er lange, er det viktig at dette kompenseres med å stille faglige krav både til legevakt og ambulansetjenesten” (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Disse utsagnene er i tråd med lovverk og forskrifter som behandles i empiridelen.

Ifølge NOU (2015) er det usikkerhet rundt hva denne likeverdigheten betyr. Hva likeverdig tilgang til tjenester innebærer er i liten grad operasjonalisert.

Utover det å ha et likeverdig tilbud av helsetjenester, er det også vektlagt at det er særdeles viktig å ha et velfungerende tverrfaglig akuttberedskapsapparat, der helse- og

omsorgstjenesten står for en veldig viktig del av beredskapsapparatet: "Helse og omsorgstjenesten er sentral i de fleste beredskapssituasjoner. Spesialisthelsetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus [...] utgjør hovedtyngden i helse- og omsorgstjenestens normalberedskap" (*Meld. St. 11(2015–2016), 2015*).

NOU påpeker også at det eksisterer demografiske og geografiske forskjeller som tas hensyn til i prosessene:

Det er derfor nødvendig at organiseringen av tjenesten tar hensyn til at bosetningen i deler av landet er spredt med varierende avstand til kommunale og mer spesialiserte helsetjenestetilbud. Samtidig må det være aksept for at forutsetningene er forskjellige slik at tjenesten vil være ulikt utformet (*NOU, 2015*).

Det er lovpålagte krav om at akutte helsetjenester utføres forsvarlig innen helse- og omsorgstjenesten, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. I grunnlagsdokumentene omtales det slik; "Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter (NOU, 2015); "Befolkningen skal sikres et medisinsk forsvarlig tilbud for akuttmedisinske tjenester, uansett hvor de bor i landet (Riksrevisjonen 2005)"; og "Lokalisering og dimensjonering av legevaktstasjoner og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud" (*Meld. St. 11(2015–2016), 2015*).

Det å yte et forsvarlig og likeverdig tilbud av helsetjenester kan sies å være en viktig del av risikostyring innen helsevesenet.

2.3 Traumer, skader, og akuttbegrepet fra akuttmedisinsk litteratur

Skader og traumer er en ledende årsak til død rundt omkring i verden, og står for 16% av sykdomsbyrden i verden (H. Bakke & Wisborg, 2011; H. K. Bakke, Dehli, & Wisborg, 2014). Om lag 10% av befolkningen skades årlig i Norge, og 100 000 skades i en alvorlighetsgrad der de har behov for behandling i sykehus (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015b). 2 500 fortrinnsvis unge og tidligere friske personer dør årlig av skader. Skader er den hyppigste dødsårsak blant befolkningen under 35-40 år (*ibid.*). Behandlingskvaliteten tilknyttet alvorlige skader er betydningsfullt for utfallet med tanke på overlevelse og følgetilstander. Behandlingen vil ofte være tidskritisk, og er avhengig av umiddelbart tilgjengelig og godt forberedt kompetanse (*ibid.*). Studier viser at risikoen for død etter traumer er større i områder med lav befolkning enn i tettbefolkede områder, og da særlig tilknyttet transportulykker (NOU, 2015). I en studie fra 2014 ble det påvist høyere

skadeforekomst og dødelighet ved skader og ulykker i Finnmark, sammenliknet med tilsvarende hendelser i rurale og urbane områder i Hordaland (H. K. Bakke et al., 2014). Slik kunnskap bør ha betydning for hvordan akuttberedskapen legges opp (NOU, 2015). Økt reiseavstand til sykehus ser ut til å øke risikoen for død (Nicholl, West, Goodacre, & Turner, 2007). Pasienter som er involvert i traumer og ulykker er altså avhengige av nærhet til sykehus og akuttkirurgi, og økte avstander fører til økt risiko for pasienten.

2.3.1 Akutt

Mye av oppgaven har fokus på det akutte, og det er derfor hensiktsmessig å presentere en definisjon på *akutt* fra et helsefaglig perspektiv:

Begrepet "akutt" har synonymer som *kritisk, plutselig, voldsom, brå*. Akuttbegrepet peker i første rekke på en plutselig, oftest uventet oppstått tilstand, men sier ingenting om hvor alvorlig tilstanden er. En kronisk sykdom kan være langt mer alvorlig enn en akutt sykdom. (NOU, 1998)22).

Den medisinske forståelsen av "akutt-begrepet" kan defineres slik: "Akuttmedisin omhandler diagnostiske og terapeutiske overveielser og tiltak ved akutt oppstått sykdom eller skade" (NOU, 1998)22). Ut i fra dette kan det tolkes slik at akuttbegrepet kan ha ulik alvorlighetsgrad, og at akutte tilfeller kan oppstå både ved kronisk og akutt sykdom, samt ved ulykker. For oppgavens del vil akutt defineres som kritisk, både med tanke på tid og skadeomfang. Risikoen vil etter disse forholdene være høye for de rammede pasientene.

2.4 Introduksjon av aktørene i oppgaven

For å forstå hvordan plan- og beslutningsprosessene innen helsevesenet og akuttmedisin foregår er det nødvendig med en kort forklaring av strukturen i norsk helsevesen. Her er en oversikt over de viktigste helsefaglige aktørene i oppgaven:

2.4.1 Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av blant annet bosted og økonomi. Departementet styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige bevilgninger og ved hjelp av statlige etater, virksomheter og foretak (Regjeringen, 2016)

2.4.2 Helsetilsynet (HTIL)

Statens helsetilsyn er den sentrale tilsynsmyndighet for sosiale tjenester, barnevern-, og helse- og omsorgstjenester i Norge. Det overordnede tilsynsansvaret de har, innebærer å ha

oversikt over helsemessige og sosiale forhold i befolkningen, særlig med vekt på tjenestenes plikt til oppfylning av utsatte gruppers rettigheter. HTIL skal koordinere, vedlikeholde og oppfølge tjenestene, og bl.a. medvirke til at befolkningens tjenestebehov og rettssikkerhet ivaretas, at svikt i tjeneste avdekkes, forebygges, og oppfølges, og at helse- og omsorgstjenestene drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas (Helsetilsynet, 2016). HTIL er underlagt HOD. Tilsynsorganene innen sikkerhets- og beredskapsområdet er i hovedsak opprettet som direktorater, tilsyn eller lignende organer underlagt departementene (Aven et al., 2004). Statskonsult definerer tilsyn slik: "[...] den delen av myndighetsapparatets oppgaver som går ut på å kontrollere at de som har rettsligbaserte forpliktelser, overholder disse, samt myndighetenes etterfølgende tiltak som har til hovedhensikt å rette opp eventuelle avvik" (*ibid*).

2.4.3 De regionale Helseforetakene (RHF)

Norge er delt i fire helseregioner, Nord, Midt, Vest og Sør-Øst (Aven et al., 2004). I hver av regionene har RHF ansvar å sørge for at befolkningen får tilbudet om spesialiserte helsetjenester, og gjennomføre helsepolitikk iht. nasjonale føringer. Staten er eier av de regionale helseforetakene, men helseforetakene er underlagt HOD (Helse og omsorgsdepartementet, 2014) .

2.5 Ekspertutvalg og kompetansesentre

I grunnlagsdokumentene for Sykehusplanen er det blitt inkludert en rekke ekspertutvalg og kompetansesentre. Her skal de to viktigste ekspertgruppene tilknyttet oppgavens case presenteres.

2.5.1 Norges Offentlige Utredning (NOU)

Norges offentlige utredning er ekspertutvalg eller arbeidsgrupper som Regjeringen eller ett departement nedsetter. For oppgavens del HOD nedsatte helsefaglige ekspertgrupper som utreder ulike forhold innen helsevesenet. En utredning kan enten komme som NOU eller som en rapport (Regjeringen, 1994)

2.5.2 Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi (NKT-Traume)

NKT-Traume er en ekspertgruppe på traumatologi, en nasjonal faggruppe nedsatt av fagdirektørene i RHFene i samarbeid med HOD. Gruppen ble dannet for å innhente faglig ekspertise rundt traumatologi, og oppdraget var å skape en nasjonal traumeplan med anbefalinger rettet til helsemyndighetene for planlegging av traumesystemet (den

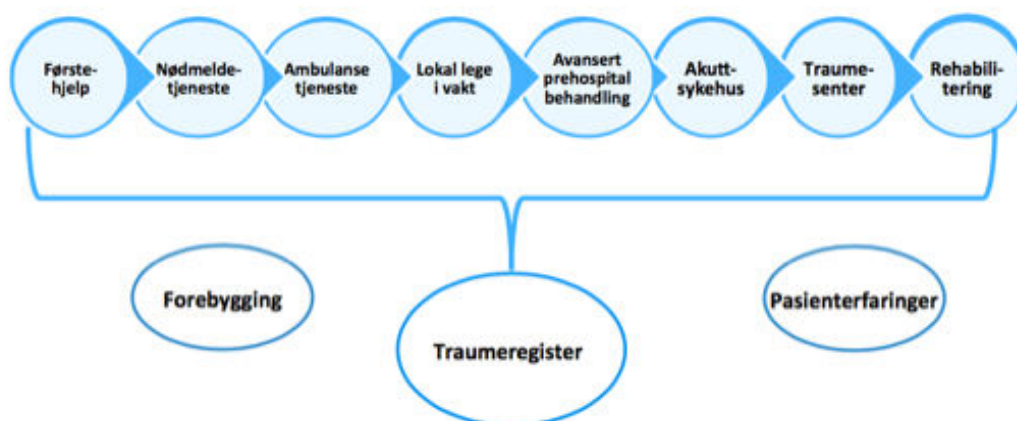
akuttmedisinske kjeden). Visjonen til NKT-Traume skal bidra til å sikre en likeverdig høy kvalitet på behandlingen av alvorlig skadde i hele landet, uansett alder, kjønn og bosted (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015b).

2.6 NKT-Traumes anbefalinger for traumesystemet og sykehusinndeling

I rapporten "Nasjonal traumeplan" (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015a), er hele det norske akuttmedisinske systemet, eller traumesystemet - kartlagt og analysert. Rapporten tar for seg alle ledd som inngår i traumesystemet - også helseregionene og samarbeid de i mellom, siden traumesystemet har som mål å være et nasjonalt koordinert system. NKT-Traume er eksperter fra fagmiljøet for akuttmedisin, og de er en av de viktigste bidragsyterne tilknyttet organisering av traumesystemet, akuttmedisin og akuttkirurgi. Rapporten har en rekke anbefalinger, der de viktigste for oppgaven vil trekkes frem.

Et traumesystem er av NKT-Traume definert som:

[...] organiseringen av alle ressurser i den akuttmedisinske kjeden som behandler den alvorlig skadde pasient, der det strebes etter sømløs overlapping og informasjonsflyt tilstrebes i et system uten terskler eller flaskehalser. Traumesystemet omfatter alle ledd, fra forebygging over førstehjelp på skadested til rehabilitering, det inkluderer pasienterfaringer og implementering av overvåkningssystemer som det nasjonale traumeregister (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015a). I figur 2 er en oversikt over traumesystemet.



Figur 2: Traumesystemet

De gjennomgående signalene fra rapporten er at det må innføres enhetlige prosedyrer og standarder i hele landet når det gjelder behandling og rapportering, og det prehospitalt og

hospitalt. Målet med traumeplanen er å danne en robust og sammenhengende kjede uten svake ledd. Det benyttes per i dag flere ulike triageringssystemer¹ i de forskjellige regionale helseforetak, hvilket betyr at de ikke kommuniserer godt sammen. Dette resulterer i at pasientskaderegisteret får forskjellige rapporter fra de forskjellige regionene, i tillegg til at det fører til tap av data. Manglende data skader også traumeregisteret, og problematiserer produksjon av reliabel statistikk for fremtidig sykehusorganisering og rekonfigurering av traumesystemet. Momentet rundt manglende data behandles videre i 6.7.

NKT-Traume mener at samtlige sykehus som i dag har akuttkirurgi fortsatt bør ha det – så lenge en høy kvalitet og kompetanse kan opprettholdes gjennom kurs og øvelser. I motsetning til tidligere med en 3-delning av sykehusene, der man har overført pasient fra lokalt sykehus til enten sentralsykehus eller regionssykehus, foreslår gruppen at man opererer med to nivåer.

Dersom et akuttisykehus finner at pasienten har skader utover det sykehuset har kompetanse eller ressurser til å behandle, skal pasienten flyttes direkte til traumesenteret i regionen (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015b). Den nye traumeplanen fra 2015 er ennå ikke vedtatt av de regionale helseforetak. Traumeplanen deler sykehus med funksjon i behandling av mistenkt alvorlig skadde i to grupper:

[1] Traumesentre på de fire regionsykehusene i Tromsø (UNN), Trondheim (St.Olavs Hospital), Bergen (Haukeland Universitetssykehus) og Oslo (Oslo Universitetssykehus).

[2] Akuttisykehus med traumefunksjon. Akuttisykehus med traumefunksjon tilsvarer sykehus med beredskap innen akuttkirurgi. Alle øvrige sykehus er på linje med helsesentre for traumepasienter, dvs. uten definert funksjon og skal ikke brukes annet enn i påvente av transport. Disse forslagene er i strid med forslagene fra Sykehusplanen (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015b). Ifølge Traumeplanen (*ibid.*), er antallet akuttisykehus med traumefunksjon er pr 01.09.14 sunket til 32, og det er flere årsaker til dette. Hovedproblemet har vært å opprettholde et døgnkontinuerlig tilbud innen generell kirurgi. Det har også skjedd funksjonsfordeling mellom sykehus, der noen har mistet akutt generell kirurgi og dermed mistet muligheten for opprettholdelse av et forsvarlig døgnkontinuerlig tilbud til potensielt hardt skadde pasienter (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi,

¹ Triage: sortering basert på alvorlighetsgrad av skade

2015b)

NKT-Traume påpeker også at en styrking av prehospitale tjenester er særdeles viktig dersom det skal foretas funksjonsdeling og endring i tjenestetilbud som foreslått i Sykehusplanen. Det utløses i Norge ca. 7 000 traumealarmer pr år. Av disse mottas 2 500 på et regionalt traumesenter, mens de resterende 4 500 (64%) på akuttsykehus med traumefunksjon (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015b).

2.7 Risikostyring i de regionale helseforetak

Denne delen skal presentere dagens rådende forståelse av risikostyring i norsk helsevesen, og vil bidra til drøftingen av risikostyring senere i oppgaven.

I den senere tid er begrepet risikostyring blitt en del av det norske helsevesenet, og pålegg om helhetlig risikostyring ble av HOD offisielt innført i de fire norske helseforetakene i 2009 (Helse Sør-Øst, 2015), da regelverket for økonomistyring i staten stiller krav om risikostyring og intern kontroll i statlige virksomheter (Senter for Statlig Økonomistyring, 2006).

Påleggene om helhetlig risikostyring bygger på metodedokumentet *Risikostyring i staten - Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*. Dette dokumentets rammeverk for risikostyring er bygget på det internasjonale risikostyringsrammeverket COSO ERM (Enterprise Risk Management). Dette er et noe kontroversielt rammeverk i risikomiljøet, som i en debatt er begrunnet med at dens økonomiske opphav ikke alltid er forenlig med samfunnssikkerhet (The institute of internal auditors, 2010).

COSO beskriver sin virksomhet slik på deres hjemmeside:

The Committee of Sponsoring Organizations' (COSO) mission is to provide thought leadership through the development of comprehensive frameworks and guidance on enterprise risk management, internal control and fraud deterrence designed to improve organizational performance and governance and to reduce the extent of fraud in organizations (COSO, 2016).

ERM, står for Enterprise Risk Management. Enterprise oversettes i ordbøker til *virksomhet* eller *bedrift* og har i ordbøkene et økonomisk perspektiv. Som vi ser av COSOs intensjonsbeskrivelse, så er det snakket om risikostyring i virksomheten/bedriften, internkontroll, redusere svinn og svindel, for å forbedre organisasjonens ytelse og resultater.

Videre skal definisjoner og utdrag som omhandler de forskjellige delene av risikostyringsmodellen presenteres. De vil presenteres i sin opprinnelige form, for å tydeliggjøre språkbruken og forskjellene fra oppgavens rammeverk.

Risikodefinsjonen i risikostyring i RHFene er bygget på COSO ERM sin definisjon:

Risiko er det at en hendelse kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen negativt. Konsekvensen av at risikoen inntreffer vil ofte være tap i forhold til noe en har, eller noe en planlegger å oppnå. Hvor alvorlig konsekvensen er, vil blant annet avhenge av det mulige tapets art og omfang, sett opp mot virksomhetens målsettinger. Det kan for eksempel dreie seg om konsekvenser som: tap av liv og helse; tap av materielle verdier; tap av informasjon; tap av kompetanse; tap av tid; tap av omdømme (Helse Sør-Øst, 2015)

Risikostyring defineres slik i Helse Sør-Østs oppdragsdokument:

(...) Risikostyring er en prosess, gjennomført av virksomhetens styre, ledelse og ansatte, anvendt i fastsettelse av strategi og på tvers av virksomheten, utformet for å identifisere potensielle hendelser som kan påvirke virksomheten og for å håndtere risiko slik at den er i samsvar med virksomhetens aksepterte risikonivå, for å gi rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse (Helse Sør-Øst, 2015).

Senter for Statlig Økonomi (2006) behandler [1] risikoidentifikasjon, [2] risikovurdering og [3] risikostyring bl.a. slik:

[1] Når virksomhetens ledelse har konkretisert klare mål og identifisert kritiske suksessfaktorer, er det skapt et godt grunnlag for identifisering av risikoer, risikovurdering og prioritering av risikoreducerende tiltak.

[2] Risikovurderinger knyttes til styringsparametere: Styringsparametere kan si noe om hvilke resultater som er oppnådd, hva som er gjort for å oppnå disse eller status på enkeltområder i virksomheten. Dersom styringsparametere er etablert med sterk knytning til mål og eventuelt kritiske suksessfaktorer, kan risikovurderingene ta utgangspunkt i disse. Det vil si at man vurderer risikoene for ikke å nå fastsatt størrelse på måleenheten for de enkelte styringsparameterne.

[3] God risikostyring er integrert i virksomhetens mål- og resultatstyring. Det betyr at den er et linjeansvar, og at den utføres samtidig med andre styringsprosesser. For eksempel er det

viktig at risikovurderinger gjøres samtidig med andre planleggingsprosesser. På et overordnet nivå er det naturlig å gjennomføre risikovurderinger som en del av strategi- og planleggingsprosesser, og på lavere organisasjonsnivåer i forbindelse med utarbeidelse av virksomhetsplaner og lignende. Formålet med en overordnet risikovurdering av virksomheten er å etablere en omforent beskrivelse av virksomhetens risikoer som virkemiddel for bedre prioriteringer, og dermed gi høyere måloppnåelse.

Elementene i COSO ERMs rammeverk for risikostyring er i bunn og grunn de samme som i modellen som skal presenteres senere i oppgaven. Risiko, risikoidentifikasjon, risikoanalyse, risikovurdering er alle inkludert, og det anbefales at risikostyringen skal inkluderes i plan- og beslutningsprosesser i virksomheten.

Helse Nord hadde på sin gamle hjemmeside listet opp tre dokumenter under sentrale dokumenter for helhetlig risikostyring. To av disse er i hovedsak opptatt av økonomi, mens det tredje omhandler COSO ERM. I dokumentet Reviderte retningslinjer for risikostyring i helse nord (2015), fokuseres det kun på mål- og resultatstyring fra et økonomisk perspektiv. Ingen av disse dokumentene går risikostyring i dybden når det gjelder styring av risiko for uønskede hendelser og mulig tap av liv fra et samfunnssikkerhetsperspektiv (Helse Nord, 2015).

Risikostyringsrammeverket COSO ERM skal drøftes videre i 6.2.

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet skal det teoretiske rammeverket for oppgaven presenteres. Risikobegrepet skal defineres, og det skal redegjøres for hva som ligger i begrepet risiko, og hvordan risikobegrepet kan tolkes og benyttes. Videre skal begrepet presenteres i sammenheng med hvordan det brukes innenfor risikostyring, risikoanalyse og risikokommunikasjon.

Definisjonen vil være grunnlaget for det risikoteoretiske rammeverket som skal presenteres i oppgaven.

3.1 Risiko

Risikobegrepet blir brukt i alle slags sammenhenger, ofte med forskjellig og uklar betydning. Fokuset innenfor den tradisjonelle teknisk-vitenskapelig tilnærming til risiko har vært på beregning og analyse av risiko ved bruk av matematiske/statistiske og fysiske modeller (*ibid.*). I slike sammenhenger uttrykkes risiko ofte kvantitativ ved hjelp av tall. Frekvens og sannsynlighet blir ofte knyttet til uønskede hendelser (Aven et al., 2004). Sannsynligheten

kan brukes som et verktøy for å utrykke usikkerhet basert på eksisterende data og bakgrunnskunnskap rundt et fenomen eller hendelse (Aven, 2007). Der den teknisk-vitenskapelige tilnærmingen til risiko ofte kalles en objektiv tilnærming, så kalles den samfunnsvitenskapelige tilnærmingen for en subjektiv tilnærming, der det fokuseres på subjektiv forståelse av risiko, og hvordan folk forstår, opplever og håndterer risiko og farer, og at den kan være "irrasjonell" for ekspertene (Aven et al., 2004). Når beslutningstakere på samfunns- eller organisasjonsnivå skal forsøke å redusere risiko gjennom styring, må folks sosialt og kulturelt skapte risikoforståelse tas med i beslutningsvurderingene (*ibid.*). En tredje tilnærming er den kulturrelativistiske, der det hevdes at enhver bedømming av risiko er et sosialt konstruert fenomen, og at risikoevaluering derfor kun er ett relativt begrep (Aven et al., 2004). For oppgavens del, så skal det benyttes en samfunnsvitenskapelig tilnærming av risikobegrepet.

Ifølge Aven og Renn (2010) er det ingen konsensus rundt definisjonen av hva risiko er, og at det derfor finnes ulike definisjoner basert på hvilken vitenskap det er snakk om. Deres studier av risikolitteratur viser at konseptet risiko blant annet er beskrevet som forventningsverdi, sannsynlighetsdistribusjon, usikkerhet, hendelse og konsekvens. Det finnes flere tilnærminger til risiko innen forskjellige vitenskaper. Aven og Renn (2010) foreslår en ny definisjon: "Risiko refererer til usikkerheten om og alvorlighetsgraden av hendelser og konsekvenser (eller utfall) av en aktivitet med hensyn til noe mennesker verdsetter" (egen oversettelse). Risiko er ifølge Renn (2008) et virkelig interdisiplinært eller tverrfaglig fenomen. Risiko er et populært emne innen mange vitenskaper, men ingen av de kan fange opp den fulle substansen av saken på egenhånd, bare ved å kombinere vitenskaper kan man regne med å få en tilstrekkelig bra tilnærming for å forstå og behandle risiko (Renn, 2008).

Renn hevder at alle konsepter av risiko har ett felles element: Forskjellen mellom mulig og valgt handling (Renn, 2008). Til enhver tid vil et individ, en organisasjon eller samfunnet som helhet, stå overfor flere alternativer for å iverksette tiltak (inkludert det å gjøre ingenting), der alle alternativer har en tilknyttet potensiell positiv eller negativ konsekvens. Dersom et alternativ velges, kan en fremtidig retning utelukkes (med vilje) (*ibid.*).

Aven konkluderte gjennom en historisk gjennomgang av risikolitteratur, at det har vært et skifte bort fra sannsynlighetsbaserte tilnærminger, mot tilnærminger som vektlegger

hendelser, konsekvenser og usikkerhet (Heyman, Alaszewski, & Brown, 2012). Dette er tilnærmingen som ligger til grunn for oppgaven.

3.2 Risikoforståelse

Som nevnt i 3.1, er det ingen konsensus rundt hva definisjonen av risiko er avhengig av vitenskapstilhørighet. Det betyr at risikoforståelsen også varierer etter hvilken fagkrets en tilhører, og at det er et mangfold både innen forståelse, bruk og av begrepet. Det er også forskjeller på risikoforståelse mellom fagfolk og lekfolk. Ifølge Lupton (2013) er forståelsen av risiko i en ”*constant state of flux*”, altså at meningene og tankene rundt risiko er i konstant forandring innenfor risikodiskursen, og at det derfor aldri blir konsensus rundt definisjoner og bruksområder. Risikokommunikasjon, risikovurderinger og risikostyring er alle avhengige av at det er etablert en definisjon og forståelse av risiko, av hensyn til gjennomføring av prosessene. For oppgavens del er risikoforståelsen koblet til forståelsen av risiko i helsevesenet. Risikoforståelsen skal kartlegges ved å foreta en gjennomgang av hvordan risikobegrepet benyttes i grunnlagsdokumenter, Sykehusplanen, og under saksgangen i Stortinget. Hvilken risikoforståelse og hvordan begrepsbruk er i de nevnte dokumentene skal behandles i kapittel 5 (empiri), og funnene rundt risikobegrepsbruken skal drøftes videre i kapittel 6 (drøfting). Dette kan også ses i sammenheng med forskningsspørsmål 1: *Hvilken risikoforståelse ligger til grunn for Sykehusplanens plan- og beslutningsprosesser?*

3.3 Risikostyring

Risikostyring foregår overalt i samfunnet hver eneste dag, gjennom alle mulige sikrings- og sikkerhetstiltak i bedrifter, teknisk infrastruktur, helsevesen, og til og med i hjemmet. Det blir ikke alltid definert som risikostyring, men det foregår like fullt. Alt arbeid i norsk helsevesen kan sies å kunne kobles til risikostyring på en eller annen måte, selv om det sjeldent formuleres på denne måten. Eksempelvis er medisiner, røntgen, ambulanse, og kirurgi alle en del av det å styre den helsemessige risikoen for de involverte i en positiv retning. En kan derfor argumentere med at helsevesenet er en risikostyringsinstitusjon, iht. til den nevnte definisjonen. Et eksempel: ”Enhver helsetjeneste som tilbys innebærer også risiko. Det er helsetjenestens oppgave å unngå og å forebygge skader som følge av helsehjelp” (Meld. St. 11 (2014-2015), 2014).

Risikostyring defineres som ”Alle tiltak og aktiviteter som er eller kan utføres, for å styre risiko” (Aven, 2007). Risikostyringens oppgave er å forhindre, redusere og endre konsekvensene som er identifisert gjennom risikovurdering (Aven og Renn, 2010). Målet er å

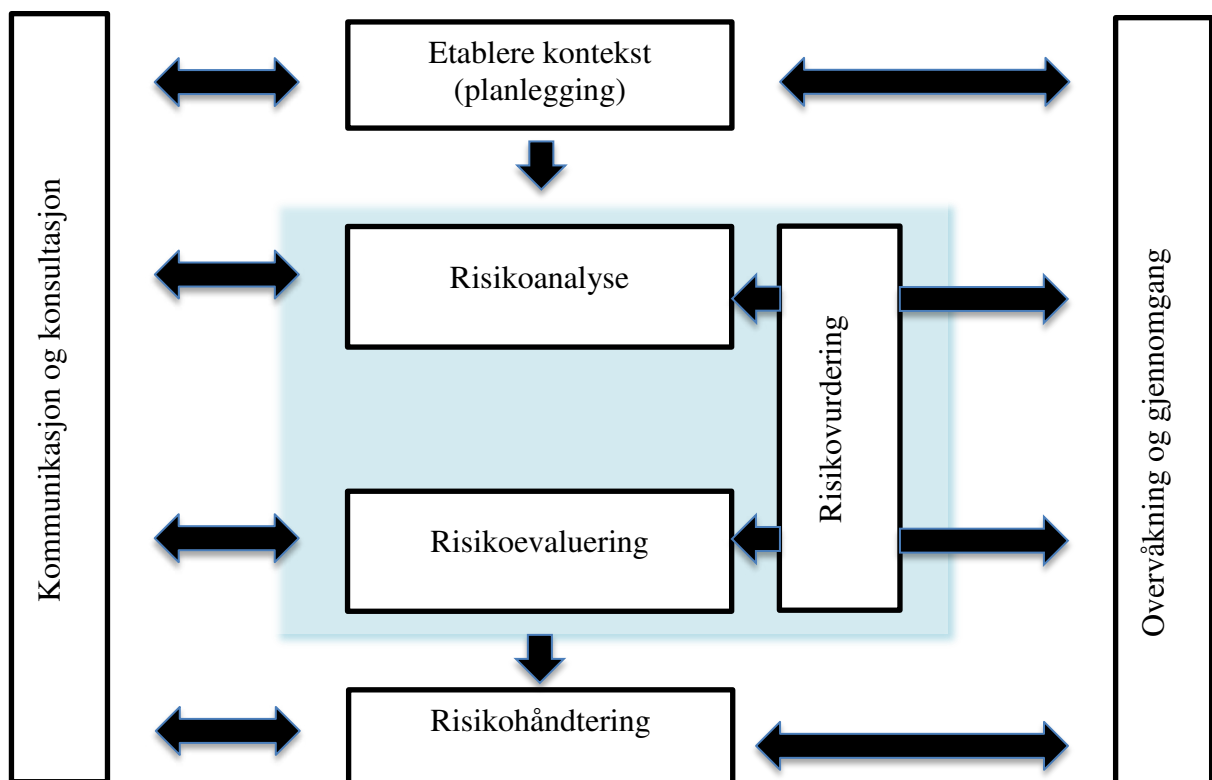
balansere det å utforske muligheter og vinning på den ene siden, kontra det å unngå tap, ulykker og katastrofer på den andre siden. Dette er tilknyttet alle aktiviteter, forhold og hendelser som kan påvirke organisasjonen (Aven, 2007). Risikostyring handler både om å få innsikt i risikoforhold, effekt av tiltak, grad av styrbarhet av risiko osv., og det å få innsikt i metoder, prosesser, og strategier for å kunne kartlegge og styre risikoene (Aven, 2007). Helsevesenet er ifølge Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap en del av samfunnets kritiske infrastruktur. Risikostyring ifølge DSB innebærer å kunne identifisere, vurdere, håndtere og følge opp risiko slik at risikoen er under et akseptert nivå (Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap, 2012). Måltrettet risikostyring handler om å finne balansen mellom mål, risiko og tiltak (ressursbruk og kostnader tilknyttet risikostyring) og kostnader (tap/ulempe) forbundet med uønskede hendelser (*ibid.*). Dette innebærer en ressursprioritering for virksomhetene, altså at de må rette oppmerksomheten og styre ressursene inn mot de tiltak som håndterer de mest vesentlige risikoene. Som integrert del av risikostyringen inngår beredskaps- og kontinuitetsplanlegging (Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap, 2012). God risikostyring krever oversikt over risikobildet, det vil si kartlegging av hvilke uønskede hendelser som er mulige, hva sannsynligheten er, og hvilke konsekvenser de kan få (*ibid.*). For oppgavens problemstilling handler risikostyring om å styre risikoen for forverring av helse i forbindelse med akutt sykdom eller ulykke i positiv retning, altså å minke faren for forverring av helse, eller død.

Risikostyring er ikke en ubalansert eller ensidet prosess for risikoreduksjon i samfunnet, siden formålet er å skape en riktig balanse mellom utvikling og verdiskapning, og det å unngå ulykker, skader og tap (Aven, 2007). Det finnes flere ulike grader av risiko med hensyn til kompleksitet, usikkerhet og tvetydighet (Aven & Renn, 2010). Eksempler på risikoer med høy kompleksitet, usikkerhet og tvetydighet kan være genmodifisert mat og nye sprøytemidler. Grunnen til at disse er komplekse er at det i per i dag er usikkerhet rundt omfanget av bivirkninger og konsekvenser for mennesker og natur (*ibid.*). Det profesjonelle risikofeltet har fått økende fokus etter hvert som verdens populasjon øker, og sammen med globaliseringen blir verden mer teknologisk komplekst og sammenvevd (Aven & Renn, 2010). For oppgavens del, så er den identifiserte risikoen endring av tjenestetilbud i form av sentralisering av akuttkirurgi, og hvilke konsekvenser en slik gjennomføring vil resultere i. Denne identifiserte risikoen har lav kompleksitet, lav grad av usikkerhet og tvetydighet, da de fleste risikomomenter er kjente, og den tilhører den etablerte akuttmedisinske kjeden og traumesystemet. Det eksisterer heller ikke stor usikkerhet rundt omfanget av konsekvensene

siden kompleksiteten er enkel. Konsekvensene vil enten være små, middels eller store, alt ettersom hvilket sykehus og opptaksområde som mister akuttkirurgi. Det at en risiko har lav kompleksitet skal ikke oppfattes som en lav risiko i seg selv. Man er kjent med at dersom man fjerner spesialisthelsetjenester på et sykehus, så må andre deler av den prehospitalt akuttmedisinske tjenesten rustes opp, for eksempel ambulansetjenesten i form av bil, båt, fly eller helikopter, samt kommunale helsetjenester (NOU, 2015). På denne måten er den identifiserte risikoens kompleksitet enkel.

Risikostyring har i henhold til begrepsdefinisjonene og modellene ett stort innholdsmessig omfang. Som vi ser av figur 3, så omhandler modellen både risikovurdering, risikoidentifikasjon, risikoanalyse, risikoevaluering, risikohåndtering og risikokommunikasjon, og inneholder metodikk av både kvalitativ og kvantitativ karakter.

Andre dimensjoner ved risikostyring som skal nevnes som ikke framkommer av modellen, er forsiktighetsprinsippet. Dette er et prinsipp innen det profesjonelle risikofeltet som benyttes dersom det eksisterer usikkerheter rundt omfanget konsekvenser ved en aktivitet eller identifisert fare. Forsiktighetsprinsippet (*The cautionary principle*) er definert som:” [...]forsiktighet skal være et rådende prinsipp når det er usikkerhet knyttet til hva som blir konsekvensene (utfallene)” (Aven, 2007).



Figur 3: Riskstyringsprosess, hentet fra Aven (2007)

Disse prinsippene har opprinnelse fra miljøvernpolitikk, og ble benyttet i tilfeller der en aktivitet kunne utsette naturen for uopprettelig skade, men de har i ettertid blitt innført i andre felt. Prinsippene er også en viktig del av risikokommunikasjon. Disse prinsippene benyttes oftest i forbindelse med risikoer med høy kompleksitet. Selv om oppgavens identifiserte risiko har lav kompleksitet er prinsippene fremdeles gyldige, og det skal argumenteres rundt dette senere i oppgaven.

Mye av innholdet i risikostyringsmodellen baserer seg på kvantitativ data, som blant annet risikoanalyse, forventningsverdier, kost/nytte analyser, risikoakseptkriterier m.m. Oppgaven skal ikke fokusere på kvantitativ risikoanalyse, men derimot kvalitativt belyse sider av beslutningsprosessene rundt sykehusorganisering som bør tas hensyn til med tanke på risiko, og der risikostyringsmodellen bør innføres i beslutningsprosessene.

Grunnet oppgavens begrensede omfang skal ikke alle elementene av risikostyringsprosessen beskrives i detalj. Hovedfokuset innenfor risikostyring er på risikokommunikasjon og risikoanalyse, og ved hjelp av disse understreke viktigheten av et overordnet risikoperspektiv og innføring av risikostyring i helserelaterte planleggingsprosesser.

3.4 Risikoanalyse

En risikoanalyse skal brukes for gi beslutningsstøtte for de ulike alternativene og løsningene som er tilgjengelig i en beslutningsprosess. Dette kan oppnås gjennom forskjellige typer analyser; identifisere utløsende hendelser som farer, trusler og muligheter; årsaksanalyse (hva skal til for at hendelsene inntreffer); konsekvensanalyse av utløsende hendelser; og risikobeskrivelse (Aven, 2007). Resultatene av analysen overføres til risikoevalueringen, der det skal evalueres om risikoen er for høy, om det er behov for tiltak, og hvordan forskjellige løsningsalternativer kommer ut i forhold til hverandre (*ibid.*). Summen av risikoanalyse og risikoevaluering kalles risikovurdering, som igjen følges av risikohåndtering. Her skal metoder iverksettes for å unngå, redusere, optimalisere, overføre og beholde risiko (Aven, 2007). Oppgaven skal diskutere risikoanalyser i detalj eller foreta en risikoanalyse, men det

er et viktig moment for oppgaven, da det skal argumenteres med at risikoanalyser bør være en viktig del av beslutningsgrunnlaget for Sykehusplanen og omorganisering i helsevesenet. For oppgavens del skal det fokuseres på viktigheten av gjennomføring av risikoanalyser ved endring av tjenestetilbudet, og spesifikt de foreslåtte endringene tilknyttet sentralisering av akuttkirurgi.

Dette punktet bidrar til belysning av forskningsspørsmål 2: *Hvordan kan risikostyringsmodellen belyse beslutningsprosessene?*

3.5 Risikokommunikasjon

En definisjon på risikokommunikasjon er: "The flow of information and risk evaluations back and forth between academic experts, regulatory practitioners, interest groups, and the general public" (Leiss, 1996)86).

En annen definisjon som det refereres mye til i risikolitteraturen, er den mer omfattende definisjonen:

[...] an interactive process of exchange of information and opinion among individuals, groups and institutions. It involves multiple messages about the nature of risk and other messages, not strictly about risk, that express concerns, opinions or reactions to risk messages or to legal and institutional arrangements for risk management (National Research Council, 1988).

Dette innebærer altså utveksling og deling av risikorelaterte data, informasjon og kunnskap mellom og blant forskjellige grupper, som fagpersoner, myndigheter, media og befolkningen (Renn, 2008). Som definisjonene viser, så handler kommunikasjonen mye om dialog. På sitt beste er risikokommunikasjon ikke en kommunikasjon som er ovenfra-og-ned fra eksperter til befolkningen, men heller en konstruktiv dialog mellom alle som er involvert i en gitt debatt om risiko (Lofstedt, 2010). Målet med risikokommunikasjon er å hjelpe involverte parter til å forstå logikken bak risikobaserte beslutninger, uten at det er snakk om overtaling eller overbevisning, men derimot å gi innsikt for bra beslutningsstøtte (Aven & Renn, 2010). Ut ifra definisjonene kan man si at risikokommunikasjon svært forenklet handler om prosessene som omhandler å kommunisere og formidle identifiserte risikoer til og mellom riktige eller relevante mottakere.

Risikokommunikasjon er en svært viktig del av forskjellige overordnede modeller som er relatert til risiko. Den er bl.a. i sentrum av International Risk Governance Councils (IRGC)

modeller for risk governance (Aven & Renn, 2010; Renn, 2008), og den er en gjennomgående faktor i risikostyringsmodellen (figur 3) som ble introdusert tidligere. Forskning innen risikokommunikasjon er også i vekst, selv om det kan virke som om hovedandelen av forskningsveksten gjelder risikopersepsjon (Bostrom, 2014). Av risikostyringsmodellen kan man se at risikokommunikasjon akkompagnerer alle ledd i prosessen fra start til slutt, fra planlegging til gjennomføring, og at den er en viktig del av ledelsesgjennomgang og beslutningsprosesser. Det er vanskelig å skille risikokommunikasjon fra risikovurdering og risikostyring grunnet deres gjensidige avhengighet (Adil, 2008).

Det er viktig å skille mellom risikokommunikasjon og krisekommunikasjon, selv om det kan eksistere fleksible skiller mellom disse formene for kommunikasjon. Den tydeligste forskjellen er at risikokommunikasjon involverer kommunikasjon før en potensiell hendelse eller krise, mens krisekommunikasjon foregår etter hendelsen har inntruffet, eller under krisen (DSB 2010, i Jostein Medby Loland, 2014). I litteratur om risikokommunikasjon innen helsevesenet handler det oftest om akutt viral og bakteriell smittefare, og pandemier som kan ha globalt nedslagsfelt. Eksempler på dette finner man blant annet i (Aven & Renn, 2010; Renn, 2008; Tyshenko & Paterson, 2014; Vaughan & Tinker, 2009).

Det andre hovedfeltet innen risikokommunikasjon i helsevesenet handler om kommunikasjon som berører generell folkehelse, og faktorer som kan påvirke helse negativt (røyking, kreft, matvaner, fedme, m.m.), og hvordan helsemyndighetene kan kommunisere farene på en slik måte at en kan endre befolkningens atferd med tanke på disse farene, og kan finnes i en rekke studier innen risikokommunikasjon (Adil, 2008; Garcia-Retamero, Galesic, & SpringerLink, 2013; Tinker, 1996). For oppgavens del er risikokommunikasjonen annerledes fra de nevnte, da det ikke innebærer pandemi eller generell folkehelse, men derimot å identifisere en systemrisiko i helsevesenet, og å kommunisere det på riktig måte til de riktige mottakerne. Både helsetematikken og risikokommunikasjonen er annerledes enn eksemplene over, og det er gjort lite forskning rundt risikokommunikasjon i helsevesen utenom folkehelse og globale epidemier (basert på relevant litteratur som er funnet for oppgavens litteraturgjennomgang).

Interesserte og påvirkede parter må informeres om helserisiko, så vel som informasjon som forklarer det vitenskapelige og politiske grunnlaget for helserelevante beslutninger (Krewski et al., 2007).

Den identifiserte risikoen er i oppgaven sentralisering og nedbygging av akuttkirurgi, og risikokommunikasjonen skal dreie seg om kommunikasjon av den identifiserte risikoen i beslutningskjeden/prosessen, fra ekspertgruppenes grunnlagsrapporter til HOD, og videre til Stortingets høring og debatt. Denne kartleggingen skal settes opp mot rammeverket for risikokommunikasjon av Renn (2008), for å vurdere om den har foregått iht. til anbefalingene. Rammeverket behandles i neste delkapittel.

3.5.1 Kommunikasjonens formål og former

Renn (2008) lister opp hovedformålene med risikokommunikasjon i fire kategorier:

- i) Sørge for at alle mottakere forstår innholdet og øker kunnskapen om den gjeldende risiko (*opplysning/enlightenment function*).
- ii) Etablere et tillitsfullt forhold mellom sender og mottaker av risikokommunikasjon (*tillit/trust building function*)
- iii) Overbevise mottaker om å endre deres holdning eller atferd med hensyn til en spesifikk risikoårsak eller risikoklassifisering (*atferdsendring/behavioral change function*)
- iv) Tilby en effektiv involvering av interessenter i risikospørsmål slik at alle påvirkede parter kan delta i en konfliktløsningsprosess (*deltagelse/participatory function*)

Disse fire funksjonene krever forskjellige former for risikokommunikasjon. Det kan skilles mellom fire forskjellige kommunikasjonsformer (Renn, 2008):

- a) Dokumentasjon: Dersom befolkningen ikke har muligheter til å delta aktivt i reguleringsprosessene, er det viktig at det foreligger dokumentasjon for valgene som er foretatt i en prosess. At dokumentasjonen er forståelig for alle er ikke av like stor viktighet, da fokuset her er at ingen informasjon utelates (jmf. pakningsvedlegg i medisiner).
- b) Informasjon: Informasjonens formål er å opplyse kommunikasjonspartneren. I motsetning til *dokumentasjon*, har *informasjon* som formål at mottakeren forstår, innser og begriper betydningen av informasjonen.
- c) Toveiskommunikasjon eller felles dialog: Fokuserer på toveis-læring, i stedet for enveisinformering. Her er det utveksling av argumenter, erfaringer, inntrykk, vurderinger og bedømminger.

- d) Felles beslutningstaking og involvering: I et pluralistisk samfunn, forventer befolkningen at de inkluderes i beslutningsprosessene. Denne kommunikasjonsformen skal sørge for at "stakeholders" er representert i beslutningsprosesser, og at interessene og verdiene til de som blir berørt i etterkant blir ivaretatt.

Forskjellige aktører har forskjellige fokusområder som de anser som viktige og velger da informasjon som understøtter deres filosofi. Dette kan føre til en informasjonssortering som kan utelate informasjon som andre synes er viktig. Som oftest så karakteriserer ikke slik sortering til å være manipulasjon eller løgn, men er en naturlig del av kommunikasjonsprosessen. Hver kommunikator har egne fortolkningsperspektiver og er interesserte i å videreformidle dette (Renn, 2008). Alle avsendere konverterer originalbeskjeden til en ny beskjed basert på deres institusjonelle regler, profesjonelle standarder, rollekrav, forventede mottakere, interesser og personlige preferanser (Renn, 2008). Det er derfor viktig å oversette tekniske utregninger til et forståelig språk, og forenkle budskapet best mulig for at informasjon ikke forsvinner i kommunikasjonskretsløpet. Ifølge risikolitteraturen så foretas risikokommunikasjon vanligvis med en risikoaktør (*agency*) som avsender og befolkningen som mottaker (Renn, 2008). Risikokommunikatorer må ifølge Rowan (1991) også forstå at kommunikasjon er en problemløsningsprosess, og at det gjennom denne kan produseres bedre resultater i fellesskap og større aksept rundt beslutninger som blir foretatt. For oppgavens del foregår risikokommunikasjonen på en annen måte siden det ikke er noen klar risikoaktør i helsevesenet, og det skal ses på hvordan risiko kommuniseres i beslutningskjeden fra ekspertgrupper, HOD og til Stortinget. Dette punktet skal utdype kommunikasjonens former og formål nærmere og kan ses i sammenheng med forskningsspørsmål 3: *Hvordan har risikokommunikasjonen i beslutningskjeden foregått sammenlignet med risikokommunikasjonsteori?*

3.6 Analytisk tilnærming

De risikoteoretiske punktene som er presentert gjennom det teoretiske rammeverket har fungert som analytisk rammeverk for utformingen av forskningsspørsmålene:

- i) For å gjennomføre god risikostyring og risikokommunikasjon, må det være en enhetlig forståelse av risiko i systemet, som i oppgavens tilfeller er beslutningskjeden. Dette har vært grunnlaget for forskningsspørsmål 1:

1. *Hvilken risikoforståelse ligger til grunn for Sykehusplanens plan- og beslutningsprosesser?*

ii) Risikostyring er anbefalt å være en del av plan- og beslutningsprosesser når det er risiko involvert tilknyttet menneskelig sikkerhet, og der endringer i en funksjon kan føre til risiko og usikre konsekvenser. Ut fra dette er følgende forskningsspørsmål formulert:

2. *Hvordan kan risikostyringsmodellen belyse beslutningsprosessene?*

iii) Risikoforståelsen legger grunnlaget for risikokommunikasjonen i beslutningskjeden. Hvordan den identifiserte risikoen kommuniseres i beslutningskjeden, og hvordan teorien anbefaler at risiko kommuniseres har lagt grunnlaget for forskningsspørsmålet

3. *Hvordan har risikokommunikasjonen foregått i beslutningskjeden sammenlignet med risikokommunikasjonsteori?*

Oppgaven skal presentere den politiske saksgangen rundt Sykehusplanen. Saksgangen skal kobles sammen aktørene fra 2.4 og deres mandater, for å se hvordan prosessen belyses av risikostyringsteori. I den forbindelse er det utformet ett overordnet forskningsspørsmål: ”*Har organiseringen av helsepolitiske plan- og beslutningsprosesser innvirkning på om risikostyring foretas i helsevesenet?*”.

4 Metode

I dette kapitlet skal det metodiske rammeverket for oppgaven presenteres, og det skal redegjøres for forskningsprosjektets framgangsmåter og gjennomføring, og hvilke metodiske valg og som ble foretatt for å besvare oppgavens problemstilling. Forskningsprosessen skal beskrives for å forklare hvordan resultatene har blitt produsert, og hvordan resultatene kan tolkes knyttet opp mot validitet og representativitet, for å vurdere om andre undersøkelser kunne reprodusert samme resultat.

For å svare på oppgavens formål om å undersøke risikoforståelse, hvordan risikokommunikasjon foregår, og hvordan risikostyring benyttes i helsepolitiske beslutningsprosesser har denne oppgaven hatt en kvalitativ vinkling. Arbeidet har hovedsakelig vært basert på dokumentanalyse og supplerende ustrukturerte intervjuer.

4.1 Forskningsdesign og strategi

En viktig målsetting med kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2009). Risiko er ett sosialt konstruert fenomen (Renn, 2008) og som

nevnt tidligere, er hensikten med oppgaven blant annet å vise hvilken forståelse som eksisterer i helsevesenet rundt dette konstruerte fenomenet, for deretter å drøfte forståelsen opp mot risikoteori. I dette kapittelet vil jeg greie ut om de metoder som ble valgt for å søke svar på oppgavens problemstilling.

Den kvalitative metoden vektlegger nyanser og detaljer knyttet til forhold ved studieobjektet, og egner seg best gjennom en fortolkende vitenskapstilnærming (Jacobsen, 2005). I oppgaven er det benyttet deduktiv metode, som handler om å gå fra teori til empiri, altså at man skal søke bekreftelse på antagelser gjennom data og empiri (*ibid.*). Deduktive tilnærminger egner seg ifølge Jacobsen (2005) når forskeren har god forkunnskap om settingen og gode anvendbare begreper. Kjennskap til feltet som skal studeres er også viktig for valg av metode (*ibid.*). For oppgavens tilfelle, så er forkunnskapen og begrepene knyttet til risikoteori, mens fagfeltet tilknyttet helsetjenester var mindre kjent. For å få en forståelse av og innsikt i et nytt felt, så er kvalitativ metode best egnet.

Ifølge Thagaard (2009) kjennetegnes kvalitative metoder av et fleksibelt forskningsopplegg, hvilket innebærer at forskeren kan arbeide parallelt med de ulike delene av prosessen. Det blir dermed gjensidig påvirkning mellom utforming av problemstilling, datainnsamling, analyse og tolkning (*ibid.*).

Fortolkende teoretiske retninger representerer et viktig grunnlag for kvalitative metoder (Blaikie, 2010). Fortolkning av den kvalitative teksten kan på den ene siden knyttes til forskeren teoretiske utgangspunkt. På den annen side gir tendenser i dataene et grunnlag for forståelsen forskeren utvikler i løpet av forskningsprosessen. Det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom forskerens teoretiske utgangspunkt og tendenser i datamaterialet. Forskerens vitenskapsteoretiske tilhørighet har imidlertid betydning for hva en søker informasjon om, og danner et utgangspunkt for den forståelsen forskeren utvikler (*ibid.*). Oppgavens risikoteoretiske fundament, og min studiebakgrunn i samfunnssikkerhet har slik påvirket forskningsprosessen og datainnhenting.

Når det gjelder valg av tematikk, så tar det utgangspunkt i forskerens motiver, som kan ha både personlig, akademisk og sosiale grunner (Blaikie, 2010). Den personlige grunnen til temavalg var nysgjerrighet, siden de foreslåtte endringene i Sykehusplanen hovedsakelig rammer distriktene, og jeg har selv sterk distriktstilknytning. Det akademiske motivet for oppgaven var å bidra til disiplinen gjennom å tilføre kunnskap på et spesifikt felt, i dette tilfellet risiko i helsevesenet. Oppgaven kan også sies å ha et sosialt motiv, ved å bidra til

offentlig beslutningstaking. Forskningsetisk sett, så kan det personlige motivet farge eller påvirke resultatene, men det er tilstrebet å inneha en objektiv rolle i forskningsløpet (*ibid.*).

Blaikie (2010) påpeker at et forskningsprosjekt kan stimuleres av resultater fra tidligere forskning og problemer fra andre forskere. Ryen (2002) på sin side, gjør et poeng ut av at kumulativ forskning, altså at ny forskning skal bygge på tidligere forskning og følgelig skal bidra til et kontinuerlig høyere nivå, er en gammel påstand. Hun sier også at dersom denne påstanden impliserer at ny forskning hele tiden bidrar til at man kommer nærmere sannheten, er det riktigere å knytte påstanden sterke til kvantitativ forskning enn kvalitativ forskning (*ibid.*). Kvalitative metoder egner seg godt til studier av temaer der det er lite forskning fra før (Thagaard, 2009).

I forskningsprosessen er det lagt inn arbeid i form av ustrukturert litteratursøk for å finne tidligere forskning rundt risikostyring og risikokommunikasjon i helsefeltet for å utvide perspektivene tilknyttet drøfting av teori og empiri. Forskningen som ble funnet samsvarte ikke helt med oppgavens problematikk, siden mesteparten omhandlet risikokommunikasjon rundt spørsmål tilknyttet folkehelse, og tilknyttet globale smitte- og virusrusler, kriser og katastrofer. Det faktum at jeg ikke fant forskning tilknyttet min problemstilling, har likevel relevans for oppgaven og kan underbygge påstanden om at det mangler forskning på feltet. Blaikie (2010) uttrykker at selv om temaet har en opprinnelse fra et annet fagfelt eller forskningsområde kan det bidra til å forme måten temaet eller problemstillingen blir formulert på. Hvorvidt all relevant forskning er kartlagt, er et viktig spørsmål som må belyses. Det er vanskelig å gjennomføre en total kartlegging av tidligere forskning grunnet oppgavens tidsrammer, og det finnes antagelig forskning fra flere fagfelt og disipliner som kunne vært relevant for oppgavens tematikk. For oppgavens del gjaldt litteraturgjennomgangen søk i databaser, der søkene besto av bl.a følgende: risk health; Risk communication , risk communication health, Risk health decision, risk health organization, risk management, og risk management health. I tillegg inkluderte litteraturgjennomgangen litteratur om forsiktighetsprinsippet.

Som Blaikie (2010) påpeker, så må forskeren på et tidspunkt skjære gjennom, og bestemme seg for at det finnes nok bakgrunnsinformasjon, sånn at selve forskningsprosjektet kan iverksettes. Dette ble også gjort i dette forskningsprosjektet.

4.2 Innsamling av data

Data i kvalitative studier er basert på empiri i form av ord som formidler mening (tekst, setninger og fortellinger m.m). Data kan deles opp i tre typer; primær, sekundær og tertiær (Blaikie, 2010). I denne oppgaven er alle tre benyttet. Primærdata gjennom ustrukturert intervju, sekundærdata gjennom transkripsjon av høringsvideoer, og tertiærdata gjennom rapporter, styringsdokumenter og institusjonelle dokumenter.

Forskningsprosjektets tidsrammer var fra Mai 2016, til Desember 2016. Datainnsamlingen innledet forskningsprosjektet i Mai og Juni 2016. Dokumentene som skulle inkluderes i dokumentanalysen var delvis gitt på forhånd gjennom grunnlagsdokumentene for Sykehusplanen, Sykehusplanen og Stortingets behandling med høring, innstilling og debatt.

Det var av hensyn til å drøftingskvaliteten nødvendig å innhente supplerende informasjon fra utvalgte aktører presentert i 2.4, og 2.5. Dette kategoriseres som primærdata, og ble innhentet i November 2016 gjennom ustrukturerte intervju. Antall intervjuobjekter for oppgaven er to.

4.2.1 Dokumentanalyse

Begrepet *dokument* omfatter alle skriftlige kilder som er relevante for forskningsprosjektet. Kildene som analyseres må vurderes etter den nye konteksten de settes inn i (Thagaard, 2013). I denne dokumentanalysen benyttes hovedsakelig tertiærdata, som er data som er analysert av andre forskere, og som har resultert i f.eks. rapporter og institusjonelle dokumenter. Når det gjelder tertiærdata, så er forskeren to steg fra de opprinnelige primærdataene. Blaikie (2010) sier at de fleste regjeringsdokumenter er rapporter i tertiærdataform, og tilgang til opprinnelig primærdata er vanskelig å få. Tertiærdata må behandles med varsomhet, da noen tertiærkilder vil være mer pålitelige enn andre. Opphavet til tertiærdataene er i oppgavens tilfelle data som er innsamlet og utformet av bl.a. myndigheter, ekspertgrupper, direktorater og tilsyn. Spørsmål tilknyttet vurdering av institusjonelle kilders troverdighet, og hvorvidt institusjonen bak kilder vil ha interesse av å skjule eller forvreng informasjonen eller budskapet, er ett viktig moment (Jacobsen, 2005). Dette kan settes i kontekst med risikokommunikasjon, der det påpekes at forvrenging sjeldent gjøres med vilje, men at det foregår gjennom en informasjonssortering ut ifra fagfelt eller vitenskapelig bakgrunn (se kapittel 3.5 og 6.4). For oppgavens del behandles tertiærdataen som pålitelige, da det ikke antas at det foregår bevisst forvrenging.

Dokumentene i oppgaven er valgt ut på grunn av sin relevans tilknyttet helsevesenet.

Dokumentanalysens formål har vært å innhente informasjon på tre områder:

1. Hvilke lover og retningslinjer som ligger til grunn for helsepolitikk og utforming av tjenester og organisering av helsevesenet.
2. Få innsikt i plan- og beslutningsprosessene i helsevesenet, i oppgavens tilfelle prosessene rundt Sykehusplanen.
3. Hvilken risikoforståelse og risikofokus det er i helsevesenet.

Dokumentanalysen har bidratt på flere områder i oppgaven. De har bidratt til å besvare problemstillingen i drøftingen, samt bidratt til å styrke min innsikt i hvordan arbeidet i helsevesenet foregår, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Dokumentene er hentet fra åpne kilder. Lovdata er en nettdatabase for Norges lover og forskrifter. Helserelevante dokumenter er hentet fra forskjellige offentlige institusjoner, og kan betegnes som institusjonelle kilder.

Et av hovedgrunnlagene for oppgaven, altså å gjennomgå plan- og beslutningsprosessene rundt sykehuslokalisering og tjenestetilbud i Sykehusplanen, kunne gjøres i form av en dokumentanalyse av beslutningsgrunnlaget, grunnlagsrapportene, og saksgangen rundt Sykehusplanen i Stortinget. Som nevnt, så var dokumentene som skulle inkluderes i dokumentanalysen delvis gitt på forhånd gjennom grunnlagsdokumentene for Sykehusplanen, Sykehusplanen og Stortingets behandling med høring, innstilling og debatt. Den politiske saksgangen rundt utformingen av Sykehusplanen er også en del av analysen. I tillegg ble relevant lovverk, og andre helsefaglige dokumenter og rapporter benyttet for å videre belyse problemstillingen og drøftingen.

Stortingets høringer transkriberes ikke lenger til tekst, og videoene fra høringene måtte derfor transkriberes manuelt. Resultatet av transkriberingen kvalifiserer også til å være dokumentanalyse, da grunnlaget var offentlig publiserte videoer fra Stortinget.

Transkriberingen kan behandles som en sekundærkilde, mens de resterende dokumenter er tertiærkilder.

Det er bl.a. gjort systematiske søk på risiko, ROS, og beredskap i grunnlagsdokumentene for å finne konkrete eksempler på hvordan risikobegrepet benyttes i beslutningsgrunnlaget.

På hjemmesiden for Sykehusplanen (www.sykehusplan.no) refereres det til tre hovedgrupper for bidragsytere for grunnlaget for sykehusplanen;

[1] Grunnlagsrapporter; [2] Innspill fra andre; og [3] Ekspertgrupper for Nasjonal helse- og sykehusplan. Listen over bidragsytere som disse tre til sammen skaper, er mangelfull, og utgjør ikke ett komplett register over grunnlaget for Sykehusplanen. For å få en komplett oversikt over alle rapporter og statistikker som er lagt til grunn for Sykehusplanen, må en foreta en grundig gjennomgang av hele dokumentet.

Grunnet dårlig og til dels manglende referering var det ikke mulig å spore opp alle dokumentene. Kun ett fåtall av dokumentene ble ikke funnet, og det anses at det for oppgavens del var tilstrekkelig datagrunnlag for å gjennomføre analysene. De viktigste grunnlagsrapportene for å belyse oppgavens problemstilling var tilstede.

4.2.2 Intervju

I slutfasen av oppgaven var det av hensyn til drøftingen nødvendig å innhente informasjon fra ytterligere to kilder. Innhenting av data fra kildene ble gjort via epost, og klassifiseres til å være delvis strukturerte intervjuer. Strukturerte intervjuer inneholder intervjuguide og spørsmål utformet på forhånd (Thagaard, 2009), mens det i oppgavens tilfelle var tematisk drevet gjennom dialog. Delvis strukturerte intervjuer er tematisk drevne samtaler som kjennetegnes ved fleksibilitet. I maildialogen med informantene, kom det fram ny informasjon som stadig førte til nye spørsmål. De temaene forskeren skal spørre om, er i hovedsak bestemt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemmes underveis. Slik kan forskeren følge informantens fortelling, men likevel sørge for å få informasjon om de temaene som er fastlagt i utgangspunktet (*ibid.*). Intervjuene var ment å innhente supplerende informasjon tilknyttet drøftingen av risikoanalyser og tilhørende ansvarsområder.

4.3 Analyse og tolkninger av data

Skillet mellom planlegging, gjennomføring og analyse vil i kvalitative undersøkelser være forholdsvis lite (Jacobsen, 2005). Kvalitativ dataanalyse består gjerne av tre faser: først beskrivelse, deretter systematisering og kategorisering, før en til sist forsøker å binde funnene sammen (*ibid.*). Det har gjennom prosessen vært et sammenhengende samspill mellom deler og helhet, der begge deler er benyttet for å belyse hverandre (Jacobsen, 2005). Dette kan beskrives som en hermeneutisk analyse. Ifølge Thagaard (2009) bygger hermeneutikk på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av, og at vi forstår delene i lys av helheten, der det legges vekt på meningsinnholdet.

4.4 Reliabilitet og validitet

Begrepe ne reliabilitet og validitet omhandler tillit og troverdighet til forskning (Ryen, 2002). Forskningsresultatene s troverdighet og overførbarhet avhenger av at grunnlaget kunnskapen hviler på, gjøres eksplisitt, hvilket innebærer å redegjøre for framgangsmåter under datainnsamling, analytisk opplegg og hvordan resultatene tolkes (Thagaard, 2009).

4.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet og knyttes til at forskeren redegjør for hvordan data utvikles (*ibid.*). Dette innebærer et skille mellom informasjonen og vurderinger av denne informasjonen. Metodiske valg og gjennomføring kan påvirke resultatet (Jacobsen, 2005)

Forskerens tilknytning til fenomenet som skal undersøkes, samt bakgrunn, ståsted og kunnskapsgrunnlag kan også påvirke forskningens resultat. For oppgavens tilfelle var min kunnskap tilknyttet sykehusorganisering og helsepolitikk begrenset. Dette kan resultere i både fordeler og ulemper i når det gjelder tolkning av informasjonen underveis. Fordelen kan være at en uavhengig forsker uten tilknytning til helsevesenet ikke er forutinntatt faglig. Ulempene kan være at manglende innsikt og begrenset forkunnskap kan føre til at en ikke har et like kritisk blikk til i arbeidet med helsepolitikk. Et annet moment er at en bakgrunn i Samfunnsikkerhet både kan gi en ny forståelse og innsikt i spørsmålene rundt helseorganisering, samtidig som at en kan gå glipp av forhold og spørsmål som en med helsefaglig bakgrunn har mer innsikt i.

4.4.2 Validitet

Validitet handler om forskningens gyldighet og om man klarer å måle det man hevder man skal måle, eller undersøke (Thagaard, 2009).

Validitet kan skilles mellom intern og ekstern validitet (Ryen, 2002). Intern validitet handler ifølge Jacobsen (2005) om i hvilken grad resultatene er gyldige for det fenomenet som er gjort, og at intern gyldighet av undersøkelsen og konklusjoner kan kontrolleres av eksterne, eller ved at man selv gjør en kritisk undersøkelse av andre.

Ekstern validitet handler om å kunne generalisere årsakssammenhenger, resultater eller konklusjoner til andre sammenhenger, altså en generalisering av tolkningen av dataene, ikke dataene selv (Jacobsen, 2005).

Oppgavens formål er å se på Sykehusplanens plan- og beslutningsprosesser tilknyttet

forslagene som berører akuttkirurgi, for å undersøke om elementer fra risikostyringsteori er blitt inkludert i prosessene rundt Sykehusplanen. Mine subjektive meninger og forståelser, forhåndskunnskaper og innsamlet informasjon vil prege konklusjonene som gjøres i oppgaven. Datainnsamlingen har hatt fokus på å finne relevant informasjon tilknyttet oppgavens problemstilling, konteksten, og avgrensinger. Med tanke på ekstern validitet og generalisering av oppgavens konklusjoner, så kan det være at konklusjonene fra en slik begrenset undersøkelse ikke umiddelbart lar seg overføre til andre felt. Likevel har oppgaven presentert ny forskning, som forhåpentligvis kan bidra med nye perspektiver i andre prosjekter.

4.5 Refleksjoner

Samfunnsvitenskapelige oppgaver stiller strenge krav til valg som gjøres i løpet av undersøkelsesprosessen ut i fra etiske prinsipper (Jacobsen, 2005). Forskningsetikk handler om drøfting av konflikter som kan oppstå i en vurdering mellom det å gjengi informasjon, og informantenes krav om personvern, samt samfunnets verdier og normer (*ibid.*).

De etiske prinsippene behandler videre det at en forsker må være bevisst til forhold rundt etiske dilemmaer som kan oppstå mellom forsker og informanter. Dette innebærer også informert samtykke, for å forsikre informanten om at det vet hvilke konsekvenser deltagelse kan føre til i form av farer eller gevinster (Ryen, 2002).

I henhold til forskningsetikk, er spørsmålet rundt anonymisering avklart med begge informantene. Det var en dialog med begge informanter angående anonymisering, og de avklarte at de står inne for sitatene som ble brukt i oppgaven. Det er ett sitat fra hver kilde, og de ville begge at sitatene skulle refereres til med navn og institusjonell tilhørighet.

Min studiebakgrunn i samfunnssikkerhet og oppgavens risikoteoretiske fundament kan ha påvirket datainnhenting og selve forskningsprosessen. Personlige motiver kan også farge eller påvirke resultatene, selv om en streber etter objektivitet i forskningsforløpet. Det kan også være mangler i litteraturgjennomgangen som kan påvirke resultater og konklusjoner.

Deduktiv metode har fått kritikk rundt det faktum at forskeren søker etter informasjon og data som er relevant, og data en velger å inkludere har en tendens til å støtte opp om de forventninger forskeren hadde ved oppstarten av undersøkelsen (Jacobsen, 2005). Her er også objektivitet et viktig moment, som er blitt forsøkt ivaretatt i denne oppgaven.

5 Empiri

Dette kapittelet skal belyse utvalgt empiri tilknyttet de tre forskningsspørsmålene:

1. *Hvilken risikoforståelse ligger til grunn for Sykehusplanens plan- og beslutningsprosesser?*
2. *Hvordan kan risikostyringsmodellen belyse beslutningsprosessene?*
3. *Hvordan har risikokommunikasjonen i beslutningskjeden foregått sammenlignet med risikokommunikasjonsteori?*

Empirikapittelet presenterer dokumenter som enten er styrende for det nasjonale, regionale eller kommunale arbeidet i helsevesenet (i.e. lover og forskrifter), og dokumenter og rapporter som kan medvirke til å belyse og forklare forskjellige virkemidler innenfor helsepolitikk. De utvalgte dokumentene i denne dokumentanalysen presenteres da de bidrar til å utvide perspektivet i drøftingsdelen, i tillegg til å belyse problemstillingen. I statens, de regionale helseforetakene, og kommunenes arbeid med helsepolitikk er det en rekke lover, forskrifter, og andre dokumenter som former og påvirker hvordan arbeidet foregår, eller skal foregå. Utover lovverket, er dokumentene som skal analyseres i empiridelen Sykehusplanen og dens grunnlagsdokumenter, og Stortingets behandling av Sykehusplanen. Sykehusplanens forslag som berører sentralisering av akuttkirurgi skal presenteres for å gi en forståelse av oppgavens case.

Et gjennomgående moment for empirien er at bruken av risiko i plan- og beslutningsprosessene skal undersøkes, og det gjelder stort sett hele dokumentanalysen. Det skal foretas en kartlegging av grunnlagsdokumentene og Sykehusplanen for å se hvordan risikobegrepet benyttes. Dette for å bidra til å belyse den eksisterende risikoforståelsen i helsevesenet og hvordan risikokommunikasjonen foregår i beslutningskjeden. Den politiske saksgangen rundt Sykehusplanen skal behandles for å få innsikt i gangen i plan- og beslutningsprosessene med tanke på diskusjonen rundt behandlingen av risiko i prosessen.

Empirien skal i drøftingsdelen settes i sammenheng med anbefalingene fra NKT-Traume fra kapittel 2.5 og risikostyring i RHF fra kapittel 2.6.

Empirien er i all hovedsak basert på dokumentanalyse.

5.1 Lovverk

Denne delen skal behandle lovverk som berører spesialisthelsetjenester, RHF, og akuttmedisin. Det skal også gjøres en tematisk sammenstilling av forskjellige lover basert på likeverdighet og forsvarlighet. Lovverket presenteres for å vise viktigheten av at alle endringer som gjøres, må tuftes på forsvarlighet og likeverdighet, gjennom å vurdere de foreslåtte endringene tilknyttet risiko og konsekvenser.

5.1.1 Spesialisthelsetjenesteloven

Staten har ifølge Lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste (§ 2-1). Formålet (§ 1-1) med loven er å [1] fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, [2] bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, [3] bidra til et likeverdig tjenestetilbud, [4] bidra til at ressursene utnyttes best mulig, [5] bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, [6] og bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). For oppgavens del er det særlig kapittel 2 i spesialisthelsetjenesteloven som er aktuell, som går på ansvarsfordeling og generelle oppgaver.

5.1.2 Helseforetaksloven

Etter at Lov om helseforetak (Helseforetaksloven, 2001) trådte i kraft 15.06.2001, har staten som eier av de regionale og lokale helseforetak, pålagt helseforetakene føringer om utformingen av spesialisthelsetjenesten. Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1, ved at det [1] opprettes regionale helseforetak som etter eiers (staten) retningslinjer skal legges til rette for at de regionale helseforetakene skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak. Helseforetakenes formål er også å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning (Helseforetaksloven, 2001).

Regionale helseforetak (RHF) har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen, og skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.

Lovens § 2-1 a. avklarer RHFenes ansvar for spesialisthelsetjenester. RHF skal sørge for at: ”personer [...] innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder [1] sykehustjenester, [3] akuttmedisinsk beredskap, og [4] medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt (Helseforetaksloven, 2001)”. RHF skal også sørge for at institusjoner de eier bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade, de er pliktige til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med kravene fastsatt i lov eller forskrift, og å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionene (Helseforetaksloven, 2001).

5.1.3 Forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravene til ytelse av helsetjenester er gjennomgående i lovverket som berører helse- og omsorgstjenesten. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) §4-1, stilles det krav til at de tjenestene som tilbys skal være forsvarlige. Kommunene er pliktig å tilrettelegge tjenester slik at fagkompetansen er tilstrekkelig sikret i tjenestene.

I loven om spesialisthelsetjenester (1999), stilles det i §2-2 krav til at tjenestene som tilbys eller ytes er forsvarlige, og at det skal tilrettelegges på en slik måte at utførende personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at pasientene får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Loven om helsepersonells §4 og 16 regulerer blant annet virksomhetenes plikt til å yte helsehjelp som er organisert slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999).

5.1.4 Likeverdighetskravet

Kravene om likeverdighet innen ytelse av helsetjenester er også utbredt, og er å finne i mange helserelaterte lover. Likeverdighet finnes i større grad i selve lovformålet, noe som ikke er tilfelle med spørsmålet til forsvarlighet. I Spesialisthelseloven (1999) står det i punkt 3 av lovens formål at spesialisthelsetjenesten skal: ”bidra til et likeverdig tjenestetilbud”. I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det i lovformålets punkt 4 at loven skal: ”sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud”. Også i loven om helseforetak (2001) er likeverdighet et av hovedformålene: ”Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning”

Disse lovene viser at det er av stor viktighet at det eksisterer et likeverdig tilbud av helsetjenester, også innenfor akuttkirurgi.

5.1.5 Akuttmedisinforskriften

Akuttmedisinforskriften (2015) regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak, og gjelder kun utenfor sykehus. Det er ingen forskrifter som omhandler akuttmedisin i sykehus spesifikt, men spesialisthelsetjenesteloven dekker dette feltet.

5.2 Saksgangen rundt Sykehusplanen

Videre skal den politiske saksgangen rundt Sykehusplanen nå forklares for å få innsikt i hvordan beslutningsprosessen foregår. Dette skal bidra til å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene ytterligere.

Hele prosessen rundt Sykehusplanen starter med at Regjeringen initierer en sak, i dette tilfellet er saken en ny nasjonal strategi for helse- og sykehusorganisering. Departementet tilknyttet fagfeltet behandler saken, for oppgavens del er dette Helse- og omsorgsdepartementet. Innen fagområdet helse har det blitt utformet flere stortingsmeldinger de siste årene, senest vinteren 2015 med Meld. St. 11 (2015–2016), Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Det er første gang siden staten overtok sykehusene i 2002, at en regjering presenterer en så helhetlig og konkret plan for spesialisthelsetjenestens utvikling, og denne planen er en viktig del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste (Meld. St. 11(2015–2016), 2015). Sykehusplanen gjelder for perioden 2016-2019, men drøfter utviklingstrekk mot 2040.

I denne meldingen har Helse- og Omsorgsdepartementet kommet med forslag for fremtidens sykehusorganisering, der det meste innen sykehustematikk går under lupen. Hovedmålene som presenteres i meldingen er;

1. Pasientens helsetjeneste.
2. Psykisk helse og rus.
3. Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten.
4. Kompetanse.
5. Kvalitet og pasientsikkerhet.

6. Oppgavedeling og mer samarbeid, og betegnelser på sykehus.

7. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

For oppgavens del er det hovedfokus på 6, mens 3, 4, 5, og 7 også har høy relevans, da helsevesenet er en helhetlig og sammenkoblet tjeneste, og det vil ikke være hensiktsmessig å isolere en del totalt fra de andre da de henger sammen.

Sykehusplanen er bygget på en mengde dokumenter og rapporter, og den er bl.a. bygget på tidligere Stortingsmeldinger i tidsrommet 1974-2015, fra Helse og Omsorgsdepartementet (bl.a. Nasjonal Helse- og Omsorgsplan, Akuttmedisinsk beredskap, Fremtidens primærhelsetjeneste, Et trygt fødetilbud, og Sykehusutbygging - et regionalisert helsevesen), Justisdepartementet (Samfunnssikkerhet), Kunnskapsdepartementet (Forskning og utdanning), Kommunal- og moderniseringsdepartementet (Kommunereformen).

Norges Offentlige Utredninger (NOU) som er benyttet i utformingen av Sykehusplanen er tilknyttet akuttmedisinsk beredskap (1998, 2015) og rapport fra 22. Juli-kommisjonen (2012). NOU fra 2015 er et oppdragsdokument bestilt av Helse- og Omsorgsdepartementet for å utrede et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Dette var et viktig faglig bidrag for den prehospitale delen av akuttmedisin. I tillegg er Sykehusplanen bygget på rapporter fra bl.a. Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Legeforeningen, Riksrevisjonen, SINTEF, Norsk Luftambulans, og 3 nedsatte ekspertgrupper for organisasjoner, eksterne ressurspersoner, og brukere og pårørende. Det er også benyttet rapporter fra nedsatte ekspertgrupper innen helsefaglige spesialfelt som blant annet traumer (NKT-traume), og Nasjonal Kompetansetjeneste for Prehospital Akuttmedisin (NAKOS). Noen av de statistiske bidragene er tilknyttet demografisk vekst og endringer fra Statens Statistikkbyrå (SSB), og helse-, sykdoms- og ulykkesdata fra Norsk Pasientregister. Supplerende informasjon er hentet fra ulike helsefaglige forskningsartikler og avisartikler.

Alle disse dokumentene og tallene legger grunnlaget for utformingen av Sykehusplanen², som sammenstilles og forfattes av Helse- og omsorgsdepartementet. HOD har ansvaret for å presentere saker som de ønsker å få drøftet innen helsepolitikk for Stortinget. Dette gjøres gjennom Melding til Stortinget (stortingsmelding), og brukes når departementet vil presentere helsefaglige saker for Stortinget uten forslag til vedtak.

² Omtales i resten av oppgaven som grunnlagsrapportene

Sykehusplanen er en del av beslutningsgrunnlaget fra Regjeringen til Stortinget, der den overleveres Stortinget og blir lagt fram i Statsråd. Regjeringen står samlet bak Sykehusplanen som ble overlevert til Stortinget og fremmet i Statsråd 20.11.2015. Etter overleveringen til Stortinget, er neste steg i prosessen at saken går til høring i Helse- og omsorgskomiteen (HOK). I høringen innhenter HOK informasjon om en sak fra departementer, organisasjoner og andre berørte parter. HOK forutsetter at regjeringen har hørt alle berørte parter før saken legges frem for Stortinget. Høringen kommer i tillegg til den andre informasjonen komiteen har (bl.a. Sykehusplanen og dens grunnlagsdokumenter). Under høringen kom det en del kommentarer, innspill og protester mot stengning av akuttkirurgi, bl.a. begrunnet med manglende forskning i den preshospitale delen hva gjelder kompenserende tiltak ved færre akuttkirurgiske mottak, og at forskning og funn tilknyttet akuttkirurgi, sykehusorganisering, og volum vs kvalitet ikke nødvendigvis uten videre kan overføres til norske forhold. Høringspartene stilte seg positive til en reorganisering og funksjonsdeling.

Etter høringen ved Helse- og omsorgskomiteén, sluttførte komiteén sitt arbeid med saken, og komiteen utformet en innstilling der partiene markerte sine politiske standpunkter til Sykehusplanen, og fremmer forslag til vedtak overfor Stortinget. Den 10.03.16 ble innstillingen overlevert til Stortinget, der Helse- og Omsorgskomiteén kom med fem vedtak, der alle er aktuelle for oppgaven (Helse- og omsorgskomiteen, 2016):

Vedtak I (542): ”Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus”.

Vedtak II (543): ”Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettat ”.

Vedtak III (544): ”Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen”.

Scenarioene det henvises til skal utdypes i empiridelen.

Vedtak IV (545): ”Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge”.

Vedtak V (546): ”Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene starter en prosess med å flytte

mer av den elektive kirurgien i foretaket til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene”.

Innstillingen ble behandlet i Stortingsdebatten 17.03.2016, der det etter endt debatt ble foretatt votering over vedtakene fra innstillingen:

Vedtak II (543), ble bifalt med 87 mot 15 stemmer.

Vedtak III (544), Vedtak IV (545) og Vedtak V (546) ble behandlet i en samlet votering, der HOKs innstilling ble bifalt med 96 mot 2 stemmer (Debatt:2341). Stortinget vedtok altså å opprettholde akuttkirurgi ved de åtte foreslåtte sykehusene Stord, Gravdal, Volda, Flekkefjord, Narvik, Odda, Kongsberg og Orkdal. Scenarioene som ifølge vedtak 544 ikke skal være førende for utviklingsprosessene, skal behandles i kapittel 5.4.

5.3 Sykehusplanen: Sykehusstruktur og akuttkirurgi

I denne delen skal hovedtrekkene tilknyttet Sykehusplanens forslag til sentralisering av akuttkirurgi belyses, for å danne et bilde av endringene som et grunnlag for drøftingen i lys av oppgavens teoretiske rammeverk. For oppgavens del er det viktig å presentere Sykehusplanens forslag til endringer innen akuttkirurgi, da dette punktet vil utvide perspektivet rundt risiko ved akuttkirurgi, og forståelse for de foreslåtte endringene. Dette kan ses i sammenheng med forskningsspørsmål 1 og 2 og det overordnede.

Regjeringen ønsker ifølge Sykehusplanen å bevare dagens desentraliserte sykehusstruktur:

Regjeringen ønsker å bevare en fortsatt desentralisert sykehusstruktur i Norge. Dagens små lokalsykehus har mange kvaliteter som det er viktig å bevare. Vi må sikre at alle sykehus har kompetent og trent personell, slik at pasientene i alle deler av landet får likeverdig tilbud av høy kvalitet (Meld. St. 11(2015–2016), 2015).

I likhet med lovverket, så omtales viktigheten av likeverdig tilbud, i dette tilfellet tilknyttet desentralisert struktur i sykehuset.

5.3.1 Inndeling av sykehus

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår følgende betegnelser på sykehus som tydeliggjør innholdet og gjør begrepsbruken mer enhetlig, og legger opp til en firedeling av sykehusstrukturen (*ibid.*, s. 105):

”[1] Regionsykehus: det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. De fire regionsykehusene er Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Disse sykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen (*ibid.*, s. 105).

[2] Stort akutt sykehus: sykehus med opptaksområde på mer enn 60– 80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter (*ibid.*, s. 105).

[3] Akutt sykehus: sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig (*ibid.*, s. 105).

[4] Sykehus uten akuttfunksjoner: sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner (*ibid.*, s. 105).

Dette er i kontrast til NKT-Traumes anbefaling om en todeling (kapittel 2.5.1): [i] Traumesenter, og [ii] sykehus med traumefunksjon. Traumesenteret samsvarer med regionsykehus, mens akutt sykehus med traumefunksjon tilsvarende sykehus med beredskap innen akuttkirurgi – i Sykehusplanen tilsvarende dette [2] stort akutt sykehus, eller [3] akutt sykehus med kirurgi basert på geografi/demografi/avstand/vær og prehospital kvalitet.

5.3.2 Anbefalinger om opptaksområder og størrelse på akutt sykehus

I Sykehusplanen er det kommet anbefalinger tilknyttet opptaksområde av pasienter, der to rådgivningsgrupper anbefalte at sykehus med akuttkirurgisk funksjon bør ha et opptaksområde på minst 80 – 100 000 innbyggere (Meld. St. 11(2015–2016), 2015). Denne anbefalingen er ifølge Sykehusplanen basert på tilgjengelig kunnskap om forholdet mellom volum og kvalitet (større volum=bedre kirurgisk kvalitet), samt kunnskap om akuttkirurgisk aktivitet på sykehus av ulik størrelsesorden. I tillegg spilte gruppemedlemmenes egne erfaringer inn på forslagene, ifølge Sykehusplanen. Et problem med å fastsette ett opptaksområde for akuttkirurgi på 100 000 innbyggere, er at det vil berøre så mye som 35 av 51 akutt sykehus (*ibid.*, s. 42). Med bakgrunn i dagens sykehusstruktur foreslår Regjeringen en veiledende grense for akuttkirurgi til 60-80 000 innbyggere. I tillegg tas det også høyde for geografiske og demografiske forskjeller, og at man ikke kan operere med helt rigide tall for opptaksområder:

Det er forslått et spenn og ikke en absolutt grense fordi det alltid vil måtte gjøres skjønnsmessige vurderinger. Det bør for eksempel stilles høyere krav til opptaksområde for et sykehus med kort avstand til nærmeste større akutt sykehus enn til et sykehus der avstanden er stor. I enkelte deler av landet vil forhold som klima, kommunikasjon/transport og avstand til nærmeste større akutt sykehus innebære at akuttkirurgi må opprettholdes, selv om opptaksområdet er under 60–80 000 innbyggere (*ibid.*, s. 42).

En arbeidsgruppe inneholdende alle fire RHF, har på oppdrag fra HOD kartlagt akuttmedisinsk og akuttkirurgisk aktivitet ved et utvalg av 14 mindre lokalsykehus i 2013. Disse hadde i snitt tre ø-hjelp innleggelser i kirurgiske avdelinger og seks i medisinske avdelinger per døgn (*ibid.*, s. 99). Andelen akutt innlagte pasienter i befolkningen varierer, både mellom RHF og mellom enkeltsykehus. For eksempel i 2013 var andelen akutt innlagte pasienter med medisinsk diagnose i sykehusområdene tilhørende Lofoten, Mosjøen, Notodden, Odda og Stord sykehus betydelig over landsgjennomsnittet (*ibid.*, s. 99). Et forslag fra Regjeringen er at det over tid skal skje en omstilling av akuttberedskapen ved enkelte mindre lokalsykehus på en slik måte at de kan opprettholde medisinsk akuttberedskap, men ikke akuttkirurgi. Denne typen løsning vil ifølge Regjeringen sikre at hele landets befolkning fortsatt har nærhet til de akuttmedisinske tjenestene de har bruk for oftest (*ibid.*, s. 102).

I Sykehusplanen stilles det krav til prosess og ledelse ved vurdering av tjenestetilbud. Blant kravene innebærer en inkluderende iterativ³ prosess der brukere, foretaksansatte (faggrupper og andre grupper), berørte kommuners politiske ledelse, og representanter fra kommunehelsetjenestene, der alle skal sikres deltagelse og innflytelse. Et helhetlig perspektiv på tvers av nivåer og hele behandlingsskjeden vil slik sikres, og at endringer i ett ledd blir kompensert med forsterkninger et annet sted i behandlingsskjeden (*ibid.*, s.104).

Sykehusplanens forslag om sentralisering av akuttkirurgi, framhever at ingen tjenester skal nedlegges før nødvendige erstatninger er på plass, og alt nødvendig forarbeid skal være gjennomført før en omstilling gjennomføres. Forarbeidet inneholder: ”endringer i intern organisering og fysiske lokaler, samt avklaring av endringer i faglige funksjoner, som

³ En iterativ prosess er en gjentakende sirkulær prosess, der alle parter aktivt bidrar gjennom dialog og samarbeid

prosedyrer/rutiner/ansvarsforhold, samt at det er gjennomført nødvendig kompetanseheving og trening. I tillegg må det sikres tilstrekkelig kapasitet i alle ledd i de nye behandlingsskjedene (Meld. St. 11(2015–2016), 2015)”. Planen anbefaler at lokale og/eller regionale avtaler rundt samhandlingens inngås.

5.3.3 Scenarier for sykehusstørrelser

I forbindelse med arbeidet med Sykehusplanen har to faglige rådgivningsgrupper uttalt seg om det framtidige akutttilbudet i sykehusene. Begge gruppene anbefalte en samling av det akuttkirurgiske tilbudet til færre sykehus, og begge gruppene støttet at mindre sykehus kunne ha akuttfunksjon i indremedisin ved fjerning av akuttkirurgi (*ibid.*, s. 42). Nedenfor presenteres de to scenarioene gruppene skisserte for de mindre sykehusene med opptaksområde fra 60-80 000 og under:

Scenario 1: Akuttsykehus med tilpassede akuttfunksjoner

Dette scenariet bygger på regjeringens forslag til prinsipper for sykehusstruktur, og på forutsetningen om at enkelte lokalsykehus med opptaksområde under 60 – 80 000 innbyggere over tid skal kunne omstilles til akuttsykehus uten akutt generell kirurgi. Disse sykehusene skal minst ha akutt indremedisin, anestesiberedskap og planlagt kirurgi. De sykehusene som i dag har fødetilbud, kan fortsatt ha dette (*ibid.*, s. 109).

Scenario 2: Alle akuttsykehus må ha akuttkirurgi

Dette scenariet bygger på forutsetningen om at sykehus med akuttfunksjoner skal ha døgnkontinuerlig beredskap i både indremedisin, generell kirurgi og anestesi. Med dagens krav til arbeidstid må sykehusene bemannes med minst 6–8 generelle kirurger for å kunne opprettholde døgn- kontinuerlig vaktordning (*ibid.*, s. 109).

5.3.4 Oppsummering rundt anbefalinger

Ifølge Sykehusplanen er Regjeringens mål å ivareta en desentralisert sykehusstruktur basert på en ryggrad av akuttsykehus i hele landet. Geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt og luftambulansetjenester, værforhold og rekrutteringsmuligheter må vektlegges stort i planlegging av akuttsykehusenes framtid (Meld. St. 11(2015–2016), 2015).

Sykehusplanen tar for seg de forskjellige scenarioene tilknyttet hvert sykehus i landet (se vedlegg 1), og i scenario 2 står det følgende om de 10 lokalsykehusene i Narvik, Lofoten,

Volda, Stord, Odda, Flekkefjord, Lærdal, Nordfjord, Kongsberg og Elverum: ”[...] omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges”. Her kan det tolkes at de 10 sykehusene nedlegges ved innføring av scenario 2. Om disse 10 sykehusene er en del av den nevnte ryggraden av akuttisykehus først i avsnittet, behandles ikke. Stenging av 10 akuttkirurgiske enheter, og/eller stenging av 10 sykehus kan medføre til stor risiko, og det er dette som er grunnlaget for drøftingen rundt risiko ved sentralisering av akuttkirurgi.

5.4 Risikobegrepsbruk i beslutningsprosessen

I denne delen skal risikobegrepsbruken innen grunnlagsdokumentene, Sykehusplanen og behandlingen i Stortinget presenteres, for å bidra til den generelle drøftingen rundt risiko; både risikoforståelse, risikostyring, og risikokommunikasjon. Dette for å belyse oppgavens problemstilling og forskningsspørsmålene.

Begrepsbruken av risiko er varierende, og det skal gjøres en inndeling av risiko etter nivåene individrisiko og overordnet risiko, for å se på variasjonen av bruken av risiko, og se hvordan de passer inn sammenlignet med oppgavens risikostyringsmodell. Individrisiko ser på risikoer tilknyttet individuell helse, mens overordnet risiko skal ses på systemnivå i helsevesenet. Oppgavens case rundt akuttkirurgi er på systemnivå, og risikoen er tilknyttet foreslåtte endringer i systemet, og konsekvensene av endringsforslagene.

5.4.1 Risiko på individnivå i grunnlagsrapportene

Blant grunnlagsrapportene er bruken av risikobegrepet hovedsakelig knyttet til risiko på individnivå tilknyttet diagnoser og sykdom, eksempelvis; sykdomsrisiko (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012), risiko for komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2010; Meld. St. 11 (2014-2015), 2014), sykdomsrisiko i enkelte grupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), risiko for utvikling av sykdom på grunn av levevaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). All pasientbehandling er ifølge Sykehusplanen forbundet med risiko (Meld. St. 11 (2014-2015), 2014). Mye av risikobegrepsbruken i rapportene er samtidig tilknyttet folkehelse som kan betegnes som både overordnet og individrisiko. I rapportene det uttrykkes gjennom individnivå. Innenfor begrepet *folkehelse*, er det et utall sykdommer med høy alvorlighetsgrad for komplikasjoner og akuttkirurgisk behov som bl.a. kreft. Det er derfor nødvendig å inkludere dette momentet på individnivå.

Risikovurdering benyttes på bl.a følgende måter: [...] medisinsk risikovurdering av den enkelte” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013); og ” [...] risikovurdering ved

oppgavedeling blant helsefaglige ansatte" (Helsedirektoratet, 2013). Et eksempel på bruken av risikoanalyse er ” [...] risikoanalyse ved oppgavedeling blant helsefaglige ansatte" (Helsedirektoratet, 2013). Disse eksemplene på bruk av risikovurdering og risikoanalyse er tilknyttet risiko på individnivå, og ikke systemnivå sånn som tilfellet er for oppgavens risikostyringsmodell.

I NOU fra 1998 diskuteres noe de karakteriserer som en risikoepidemi:

Akuttmedisinen er et område der risikofokusering og verstefallstenkning er et stadig tiltagende fenomen [...] Det skjer stadig oftere at det utløses betydelige ressurser også ved sykdom og hendelser av mer banal karakter... [...] bruken av begrepet "risiko" har hatt en eksplosiv vekst innen medisinsk faglitteratur de siste tiår. Ordet blir ikke bare brukt om forhold ved vår livsstil, men risiko ved medisinsk diagnostikk og behandling blir også i økende grad fokusert [...] Likevel har "risikoepidemien" sine klare bivirkninger” (NOU, 1998).

Det siste punktet skal diskuteres videre i 6.1.

5.4.2 Risiko på overordnet nivå i grunnlagsrapportene

Overordnet risiko er nevnt i mange av grunnlagsrapportene. Legeforeningen, og NOU påpeker viktigheten av å gjennomføre risikoanalyser ved endringer i tjenestetilbud: ”Forslag til endringer i sykehusstruktur må følges av risiko- og sårbarhetsanalyser” (Den Norske Legeforening, 2014). Det finnes også eksempler på risiko koblet til beredskap og ROS: ”Beredskapsplaner må være basert på ROS” (Helsedirektoratet, 2015); ” [...] risiko og risikoreducerende tiltak forbundet med luftambulansetjenesten” (St.meld. nr. 43 (1999-2000), 2000); og ” [...] redusere risikoen (forebygge) for store ulykker og katastrofer (Eide & Nonseid, 2015).

Den nasjonale bemanningsmodellen innen helsetjenesten må ifølge Helse Vests framskrivningsmodell for fremtidig bemanning gjennomgå en risiko- og følsomhetstesting for å forstå hvordan usikkerheten i modellens output påvirkes av forskjellige kilder av usikkerhet i input variabler (Helse Vest RHF, 2015). I sammenheng med dette er det å også viktig å iverksette tiltak for å redusere risiko for mangel på legespesialister og annet helsepersonell i helseforetakene, gjennom å opparbeide en bedre forståelse for omfanget av kompetansesituasjonen og hvordan ressursituasjonen blir i årene framover (Helse Vest RHF, 2015). Spørsmålet rundt volum og kvalitet kan eksemplifiseres som følger: ”Risikoen ved at

noen sykehus behandler få pasienter, som kan gi sviktende kvalitet og behandlingsresultat" (Gaard, Tveit, & Hafstad, 2015).

Kun en av ti dokumenter fra de tre nedsatte ekspertgruppene for organisasjoner, eksterne ressurspersoner, brukere og pårørende nevner risiko. Det er da ekspertgruppen for organisasjoner, som omfatter arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og KS (kommunenes arbeidsgiver-, interesse- og medlemsorganisasjon): "Spesialisthelsetjenesten er en virksomhet med høy risiko. Høy risiko betyr fare for pasientskade. Det er derfor nødvendig å styrke arbeid med risiko" (Ekspertgruppe: arbeidsgjevar- og arbeidstakarorganisasjonar og KS, 2014). Dette kan tolkes som både individuell og overordnet risiko.

5.4.3 Risiko i Sykehusplanen

I likhet med grunnlagsrapportene er det også hensiktsmessig å skille mellom individrisiko og overordnet risiko i Sykehusplanen. Bruken av risiko i Sykehusplanen varierer mellom nivåer fra individ til overordnet, og skal presenteres for å se hvordan risikomomenter er overført fra grunnlagsrapportene til Sykehusplanen.

5.4.4 Risiko på individnivå i Sykehusplanen

Eksempler på risiko tilknyttet individnivå er; "Pasienter etterspør i større grad informasjon om egen helse og personlige risikofaktorer" (Meld. St. 11(2015–2016), 2015). "Personer som er i risikozonen for å utvikle sykdom, eller som har en kronisk sykdom, trenger tettere oppfølging" (*ibid.* s. 130).

Risiko ved overføring mellom helsetjenester behandles på denne måten: "risiko for at kvaliteten svikter og at pasienten blir skadelidende ved overføring mellom helsetjenester, grunnet inkompatible IKT-systemer" (*ibid.* s. 10). Dette underbygges med utsagnet; "Det er godt dokumentert at det er i overgangene risikoen for svikt er størst" (*ibid.* s. 28 og s. 55). Overføring av pasienter kan kategoriseres som både individrisiko og overordnet risiko (systemrisiko).

5.4.5 Risiko på overordnet nivå i Sykehusplanen

Overordnet bruk av risikobegrepet er å finne i Sykehusplanen, men det er ikke alltid formulert eksplisitt. Det skal presenteres noen eksempler på overordnet risiko i Sykehusplanen. Planlegging av framtidens spesialisthelsetjeneste er ett eksempel på overordnet risiko: "Det er stor risiko knyttet til å utsette nødvendige beslutninger som gjelder

både ressurstilførsel og omstilling, Vi må handle nå for å legge til rette for framtidens spesialisthelsetjeneste i et perspektiv på 15–20 år" (*ibid.* s. 25). Bemanningsmodellen for framskrevet framtidig behov kan sees i sammenheng med dette: " Modellen vil bli videreutviklet slik at den blir et nyttig verktøy for å kunne vurdere og iverksette tiltak for å redusere risiko for mangel på personell, og møte framtidig behov for personell på en bedre måte enn i dag" (*ibid.* s. 83). Kvalitetssertifisering av sykehus knyttes til både forsvarlighet og risiko i systemet på denne måten: "Kvalitetssertifisering av sykehus har et overordnet formål om ruste virksomheten til å levere gode og sikre tjenester til pasienter og brukere, og ett av de sentrale virkemidlene er å ha oversikt over risikoområder" (*ibid.* s. 91). Et eksempel på risiko tilknyttet folkehelse i Sykehusplanen behandles slik: "Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å [...] overvåke sykdom og risikoforhold og utveksle kunnskap og kompetanse med kommuner og andre samarbeidspartnere" (*ibid.* s. 27).

HTIL kritiserer helsevesenets styring og ledelse iht. risiko på denne måten i Sykehusplanen: "Helsetilsynets landsomfattende tilsyn har avdekket utfordringer med styring og ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Svikt og risikoområder fanges ikke opp, og ledelsen bruker i liten grad resultatmål for å følge med på om virksomheten yter gode og forsvarlige tjenester" (*ibid.* s. 39).

I Sykehusplanen er det dedikert et lite kapittel til Samfunnsberedskap, der risiko behandles som følger: "Beredskapsplanene er basert på risiko- og sårbarhetsanalyser" (*ibid.* s. 126). Spørsmålet om å utrede konsekvenser ved tjenesteendring formuleres slik i Sykehusplanen: "Vesentlige endringer, som differensiering av akuttfunksjoner mellom sykehus kan ikke skje uten forsvarlig utredning av konsekvensene og gjennom gode lokale planprosesser der også kommunene blir hørt" (*ibid.* s. 42). Om HOD mener at "utredning av konsekvenser" er risikoanalyse eller konsekvensutredning, er uvisst. Etter § 7 i forskrift om konsekvensutredninger for tiltak etter sektorlover (2014), skal utredningen i lys av den konkrete saken, identifisere, beskrive og vurdere de direkte og indirekte vesentlige effekter tiltaket kan få for (blant annet) befolkning og helse. Formålet med forskriften er å sikre at hensynet til miljø og samfunn blir tatt i betraktning under forberedelsen av tiltak, og når det tas stilling til om, og på hvilke vilkår, tiltak kan gjennomføres (Forskrift om konsekvensutredninger for tiltak etter sektorlover, 2014). Spørsmålet om konsekvensutredning vs risikoanalyse behandles videre i kapittel 6.3.

Risiko tilknyttet sentralisering av akuttkirurgi behandles som følger i Sykeplanen:

Det har vært to hovedargumenter mot en løsning med indremedisinsk, men ikke kirurgisk akuttfunksjon ved mindre sykehus: [1] manglende akuttfunksjon i kirurgi vil utsette befolkningen for en uakseptabel risiko; [2] kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus (Meld. St. 11(2015–2016), 2015) s. 102).

Risiko ved å fjerne akuttkirurgisk tilbud argumenteres med at kirurgi ikke er den viktigste delen av beredskapen, da det ved de aller fleste kirurgiske og ortopediske tilstander som er akutte har noe tid før behandlingen må iverksettes, og at det da er forsvarlig å sende pasienten videre til annet sykehus med riktig kompetanse. Ifølge Sykehusplanen berører dette skader som beinbrudd og hjernerystelse, men også ved andre vanlige kirurgiske tilstander, eksempelvis blindtarmbetennelse. Tidskritiske tilstander er ifølge Sykehusplanen oftest forbundet med større blødninger eller indre organer med store skader. Tilstander som dette forekommer ifølge Sykehusplanen sjelden, og mange krever spesiell kompetanse hos kirurgiteamet, og kan heller ikke per i dag behandles på mindre lokalsykehus (*ibid.* s. 102).

Ifølge Sykehusplanen forekommer multitraumer (alvorlige skader) på små sykehus i snitt én til tre ganger i året. Rask tilgang til bil-, båt- eller luftambulansse - helst legebemannet - vil være det mest sentrale tiltaket for å redusere risiko for død eller varig skade i de mest tidskritiske situasjonene (*ibid.* s. 102).

5.5 Stortingets behandling av Sykehusplanen

Dette kapittelet skal se på behandling av Sykehusplanen i Stortinget, og presentere innspill og perspektiver rundt akuttkirurgi og omorganisering tilknyttet forslagene i Sykehusplanen som framkom under høringen og debatten. Dette skal gjøres for å underbygge påstanden om at det er risiko tilknyttet sentralisering av akuttkirurgi, og at det derfor er viktig å foreta risikoanalyser og risikostyring. Dette kan ses i sammenheng med alle forskningsspørsmålene.

5.5.1 Høring i Helse- og omsorgskomiteén

I Helse- og omsorgskomiteéns (HOK) høring kom det signaler og innspill som var i mot den foreslåtte sentraliseringen av spesialisthelsetjenester med argumenter om at det eksisterer manglende forskningsgrunnlag og usikkerhet tilknyttet spørsmål knyttet til [1] Akuttkirurgi [2] volum/kvalitet, [3] overførbarhet av resultater fra andre land, og [4] organisatoriske endringer. Utsagnene tilknyttet disse punktene går imot Sykehusplanen, der det argumenteres

med at det er tilstrekkelig forskning på de feltene.

Det skal nå presenteres innspill fra høringen til punktene ovenfor:

[1] Akuttkirurgi:

Magne Nylenna (Folkehelseinstituttet (FHI)) behandler spørsmålet rundt elektiv og akuttkirurgi slik: ”De fleste studier av kirurgisk behandling gjelder imidlertid planlagte inngrep - såkalt elektiv kirurgi, og til dels høyt spesialiserte inngrep, f.eks. kreftkirurgi [...] det er ikke nødvendigvis slik at resultatene kan overføres til å gjelde for akutte kirurgiske tilstander”. Et annet innspill som kan relateres til dette er: ”[...] man har valgt å bruke det lave antallet akutt gjennomførte kirurgiske operasjonene på de mindre sykehusene, for å argumentere for at beredskapen er unødvendig (Torgeir Bruun Wylle, Helsetjenesteaksjonen (HTA))”. Akuttkirurgers betydning for sykehus ble framhevet av Folkebevegelsen For Lokalsykehusene (FFL):

Vi fikk høre mye om hvor nødvendige kirurgene er for å bidra til helheten på lokalsykehusene, ikke minst for diagnostisering og stabilisering. Det er mange som snakker om at pasientene ikke kommer inn på sykehusene med en gul merkelapp i pannen - de er ikke ferdig sortert når de kommer inn. FFL har påpekt at nedbyggingen av kirurgi på lokalsykehusene ofte er begynnelsen til en negativ spiral - en demontering av hele sykehuset (Bente Øien Hauge).

[2] Volum/kvalitet:

FHI behandler sentralisering som et spørsmål rundt forholdet mellom volum og kvalitet:

Mye av diskusjonen rundt Helse og sykehusmeldingen, og [...] organisering av spesialisthelsetjenester i Norge, har handlet om sentralisering og desentralisering [...] mer spesifikt, hvor ofte en behandling eller en prosedyre må utføres for at kvaliteten skal være tilfredsstillende. Dette volum-kvalitet forholdet som vi gjerne kaller det, er et nøkkelspørsmål også i diskusjonen om organiseringen av akuttkirurgiske tjenester (Magne Nylenna).

Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus (KIL) utdyper spørsmålet om datagrunnlaget tilknyttet volum vs kvalitet: ”KIL har ved flere anledninger påpekt at sammenhenger mellom pasientvolum og størrelse på sykehus og kvalitet ikke kan påvises utfra de kvalitetsindikatorer og tall som foreligger” (Bjørn Sverre Birkeland). Spørsmålet

rundt volum vs kvalitet i lokalsykehus underbygges av HTA: ”Vi vet at lokalsykehus - små enheter - er billige i drift, og yter like god kvalitet hvis de får de pasientene de er egnet for. De vil man altså legge ned, eller legge ned delvis” (Torgeir Bruun Wyller). Magne Nylenna (FHI) nyanserer bildet rundt volum vs kvalitet”:

[...] kvalitet er ett sammensatt og vanskelig begrep som ikke kan måles direkte [...] kunnskapen om forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet basert på studier der man sammenligner små og store sykehus [...] kan være misvisende. [...] små og store sykehus slett ikke alltid er sammenlignbare, og det kan dessuten være andre viktige forskjeller mellom store og små sykehus enn pasientvolumet. På kirurgisk virksomhet er det gjort mange internasjonale studier, der man har sammenlignet dødeligheten for ulike tilstander, ved sykehus ved henholdsvis høyt volum og lavt volum. [...] Resultatene viser gjennomgående at det er en sammenheng mellom volum og kvalitet. For behandling av mange tilstander, så finner man noe lavere dødelighet ved sykehus med høyere volum.

[3] Overførbarhet av resultater fra andre land:

KIL presiserer forskjellene mellom Norge, og land de sammenlignes med:

Norge har ett helt annet bosettingsmønster enn de fleste andre land i Europa, og vi sammenlignes med Danmark. Danmark har 30 innbyggere pr km², Norge har 16. I Sverige bor 80% av innbyggerne innenfor en radius av 30 minutter til sykehus, tallet for Norge er 33% (Elisabeth Urstad).

FHI problematiserer overførbarheten videre: ”Og dessuten har vi ett annet problem, så og si alle studiene er fra utlandet, veldig mange er fra USA, og overførbarheten til norske forhold er ikke uten videre gitt” (Magne Nylenna).

[4] Organisatoriske endringer

Grunnen til at det er manglende forskning på organisatoriske tiltak behandles slik av FHI:

I helsetjenesteorganisering og helsepolitikk brukes forskning langt sjeldnere og mindre systematisk som beslutningsgrunnlag enn i klinisk medisin. En av årsakene er selvfølgelig at det ofte mangler gode undersøkelser av organisatoriske og helsepolitiske tiltak. I praksis er det langt vanskeligere å gjennomføre og sammenligne studier av en helsereform enn av ett legemiddel. Det skyldes først og

fremst at det er vanskeligere å finne et godt sammenligningsgrunnlag (Magne Nylenna).

Han utdyper videre kunnskapsgrunnlaget:

Mangel på forskningsbasert dokumentasjon, særlig for organisatoriske tiltak, gjør at beslutninger ofte må fattes på annet grunnlag. Styrking av kunnskapsgrunnlaget er derfor nødvendig for å fremme kunnskapsbaserte helsepolitiske beslutninger [...] ved at nye tiltak og reformer gjennomføres på en måte som legger til rette for solid forskningsmessig evaluering (FHI).

Alle høringspartene var for en organiseringsendring og effektivisering, som kan eksemplifiseres gjennom KILs uttalelse: ”Alle kan ikke gjøre alt, det er vi enige i. (Elisabeth Urstad). Flere er enig i dette:

Det er jo helt riktig at det er fornuftig og samle funksjoner sentralt når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, og tilsvarende riktig å desentralisere når det er mulig av hensyn til at befolkningen skal ha ett bredest mulig tilbud med god kvalitet og ha trygghet for tilganger til tjenestene (Helge Eide, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon).

5.5.2 Stortingsdebatten

I likhet med den offentlige sykehusdebatten, var også mye av fokuset under Stortingsdebatten rettet mot akuttkirurgi, bl.a. i form av diskusjoner rundt de litt rigide rammene rundt de to scenarioene, lite fokus på akuttkirurgi i planen, og akuttkirurgi som en av hjørnesteinene i sykehusene. Dette underbygger viktigheten av akuttkirurgi – også for helheten av sykehusets kvalitet - samt risiko tilknyttet endringer utført på dårlig eller manglende grunnlag. Det skal presenteres ett par utsagn om akuttkirurgi:

Kjersti Toppe (Sp) problematiserer faglig forsvarlighet ved sentralisering av akuttkirurgi:

Regjeringspartia, Venstre og Arbeidarpartiet er enige om at dagens lokalsjukehus, som no skal heita akuttsjukehus, ikkje treng akuttkirurgi. Slike sjukehus utan kirurgar på vakt skal likevel ha ansvar for beredskap og skal kunna handtera akutte hendingar. Dette forslaget er ikkje fagleg truverdig. I Noreg har òg alle fagprofesjonar åtvare mot forslaget om å ha akuttsjukehus utan akuttkirurgi. I Sverige har ein sett at tidlegare velfungerande, fullverdige sjukehus har fått store problem med å rekruttera faste

legar, og at kvaliteten gradvis har sokke i heile verksemda når akuttkirurgien vart tatt vekk.

Kvaliteten på hele Sykehusplanen stilles i tvil av Kari Kjønnaas Kjos (FrP): ”Planen inneholder 146 sider, hvorav en liten del omhandler akuttkirurgi. Når det er disse få sidene alle har snakket om, sier det mye om hvor god planen samlet sett faktisk er”. Hun nyanserer dette med å diskutere det faktum at man ikke må binde seg til de foreslåtte scenarioene:

I merknader fra komiteens medlemmer kan vi se en bred enighet rundt det faktum at vi lenge har visst at endringer i kirurgifaget kan gjøre det nødvendig å endre organiseringen av den akuttkirurgiske beredskapen ved noen akuttsykehus. Som helseministeren svarte representanten Torgeir Micaelsen på komiteens høring, betyr dette ikke et enten–eller, men at det finnes mange måter å innrette akuttkirurgien på, og at det er viktig at vi bruker dette spekteret av muligheter” (Kari Kjønnaas Kjos (FrP)).

5.6 Oppsummering av empiriske funn

Gjennom eksemplene på hvordan risikobegrepet brukes på individ og overordnet nivå kan det tyde på at det ikke alltid er klare skiller på nivåene; at noen omhandler begge nivåene; og at det heller ikke alltid er formulert eksplisitt hvilket nivå det tilhører. Det er også eksemplifisert hvordan risikoanalyse endrer karakter til ”utredning av konsekvens”. Spørsmålet om ulik risikoforståelse skal diskuteres videre i kapittel 6.1, og er grunnlaget for de øvrige drøftingspunktene.

Gjennom scenarioforslagene for fremtidig inndeling av sykehusene, har vi sett at Scenario 2 har foreslått at akuttkirurgien ved 10 sykehus skal stenges. Flere høringsparter har kommet med innspill om at det er manglende data- og forskningsgrunnlag på felter som berører akuttkirurgi, volum vs kvalitet, overførbarhet av resultater fra andre land, og organisatoriske endringer. At Stortinget gjorde vedtok som gikk imot forslagene kan tyde på at de var enige i at det var manglende forskningsgrunnlag, og at det kunne medføre risiko å stenge akuttkirurgi uten forskningsbelegg, og uten å ha rustet opp den preshospitale delen av akuttmedisinen. Funnene som er blitt presentert i empirikapittelet danner grunnlaget for drøftingsdelen av oppgaven, der de sammen med det teoretiske rammeverket skal bidra til belysning av problemstillingen og forskningsspørsmålene.

6 Drøfting

I dette kapitlet skal de teoretiske bidragene kobles opp mot funnene som er gjort i empirien gjennom drøfting og diskusjon. De tre forskningsspørsmålene samt det overordnede forskningsspørsmålet skal forsøkes besvares.

De empiriske funnene fra de forskjellige dokumentene skal settes i sammenheng med hverandre, og belyses av risikoteori. Drøftingsdelen skal utdype spørsmålet rundt hvordan risikoforståelsen i helsevesenet er per i dag, og foreslå eksempler for hvordan risikoforståelsen bør være, hvordan risikokommunikasjon er og bør være, og hvordan risikostyringen bør foregå. Det skal også foreslås en løsning for hvordan plan- og beslutningsprosesser innen helsevesenet kan utvides med risikoaktører.

6.1 Risikoforståelse

Her skal det redegjøres for hvordan risikoforståelsen i helsevesenet er sammenlignet med definisjonen som ble lagt til grunn tidligere i oppgaven: ”Risiko refererer til usikkerheten om og alvorlighetsgraden av hendelser og konsekvenser (eller utfall) av en aktivitet med hensyn til noe mennesker verdsetter” (Aven & Renn, 2010)

Hvordan samsvarer denne definisjonen med måten risiko benyttes i helsedokumenter fra empirikapitlet? Dette punktet skal svare på forskningsspørsmål 1: *Hvilken risikoforståelse ligger til grunn for Sykehusplanens plan- og beslutningsprosesser?*

I empiridelen ble bruken av risiko i grunnlagsdokumentene presentert. Risikoforståelse og bruk av risikobegrepet i helsevesenet og grunnlagsrapportene for Sykehusplanen forekommer både på individ- og overordnet nivå. Når det gjelder individnivå, så omtales risiko i rapportene i forbindelse med sykdommer og diagnose. Individrisiko har et innhold av usikkerhet og konsekvenser tilknyttet de forskjellige sykdommene og diagnosene, men konsekvensene er som regel kjente, og det finnes ofte medisiner eller en behandling. Slik sett handler både individuell og overordnet risiko om både usikkerhet og konsekvenser, men betydningen er på helt forskjellige nivåer. I overordnet risiko er usikkerhet og konsekvenser mer tilknyttet et systemnivå.

Et anekdotisk eksempel på risikoforståelsen i helsevesenet, kan finnes i NOU (1998). Den kan være en mulig årsak til variabel - og kanskje mindre - bruk av risikobegrepet. Ifølge NOU var det på slutten av 90-tallet en overdreven bruk av risikobegrepet som moteord, som kan eksemplifiseres ut i fra dette sitatet

Akuttmedisinen er et område der risikofokusering og verstefallstenkning er et stadig tiltagende fenomen [...] Det skjer stadig oftere at det utløses betydelige ressurser også ved sykdom og hendelser av mer banal karakter... [...] bruken av begrepet "risiko" har hatt en eksplosiv vekst innen medisinsk faglitteratur de siste tiår. Ordet blir ikke bare brukt om forhold ved vår livsstil, men risiko ved medisinsk diagnostikk og behandling blir også i økende grad fokusert [...] Likevel har "risikoepidemien" sine klare bivirkninger (NOU 1998:5).

Hvorvidt denne forståelsen er utbredt, og hvorvidt denne rapporten har hatt noen innvirkning på bruken av risikobegrepet i helsevesenet er vanskelig å si, men det kan tenkes at det har forsinket utviklingen og innføringen av overordnede risikoperspektiv i norsk helsevesen noe. Selv om dette hovedsakelig omhandler individrisiko, så kan det jo likevel ha påvirkningskraft på den overordnede risikoforståelsen. Det er på den annen side også mulig at utsagnene fra NOU ikke har hatt noen innvirkning overhodet, og at det er andre grunner til at det overordnede risikofokuset vedrørende endring i tjenestetilbudet innenfor akuttmedisin er mindre enn det kanskje burde ha vært. Utsagnet er dessuten fra 1998, og kan være utdatert.

Overordnet risiko forekommer som tidligere nevnt i oppdragsdokumenter som gjelder risikostyring i RHFene (økonomisk), i RHF-enes ROS og beredskapsplaner, i grunnlagsdokumentene og i Sykehusplanen. Overordnet risiko benyttes tilknyttet blant annet bemanningsmodeller (mer personell, lavere risiko); svikt i overføring mellom ledd i helsetjenester; og volum vs kvalitet (sviktende kvalitet ved få pasienter).

Det er også dedikert et lite kapittel i Sykehusplanen om samfunnsberedskap, der beredskapsplaner samordnes med nasjonal helsemyndighet, ROS-analyser i RHF, og samhandling med nødetater og andre relevante parter. Det eksisterer altså ROS for dagens situasjon og struktur, men ikke ved fremtidige strukturelle endringer i tjenestetilbudet, noe som er anbefalt i flere av grunnlagsrapportene.

Noe som må adresseres i denne oppgaven når det først er snakk om å kartlegge i hvilken grad det er fokus på risiko og overordnet risiko i helsevesenet, er det faktum at selve risikobegrepet kan kamufleres i andre ord og uttrykk, gjennom mottakers fortolkning og bearbeiding. Det virke som at det ikke er enhetlig forståelse og bruk av risiko i helsevesenet, og at det ikke er etablert en gjennomgående risikodiskurs. Dette kan uttrykkes gjennom dette utsagnet fra Sykehusplanen: "Vesentlige endringer, som differensiering av akuttfunksjoner mellom sykehus kan ikke skje uten forsvarlig utredning av konsekvensene og gjennom gode

lokale planprosesser der også kommunene blir hørt”. Dette tolkes slik at anbefalingene fra grunnlagsrapportene om å foreta risikoanalyser ved endring av tjenestetilbud, endrer karakter og muligens vitenskapelig retning ved at det tolkes til å bety utredning av konsekvens eller konsekvensutredning. Disse begrepene tilhører forskjellige fagfelt, og metodikkene vil sannsynligvis gi forskjellige resultater. Dette spørsmålet skal behandles videre i kapittel 6.3.

En annen tilleggsforklaring til manglende fokus på overordnet risiko kan også dreie seg om at risikodiskurser der meningene og tankene rundt risiko er i konstant forandring, og at det derfor ikke oppnås konsensus rundt risikoforståelsen, definisjoner og bruksområder. (Lupton, 2013).

Et annet moment som kan være relevant for risikoforståelsen, er at økonomisk risikoperspektiv fra risikostyringsdokumentene i RHF, kan bidra til å definere risiko og risikoforståelse, samt påvirke risikokommunikasjon dersom den kun kobles opp mot mål- og resultatstyring. Dette skal behandles videre i kapittel 6.2.

Den overordnede risikoforståelsen i beslutningskjeden samsvarer delvis med oppgavens risikodefinitjon. I grunnlagsrapportene er det et konsekvensfokus og usikkerhet tilknyttet utøvelse av tjenester. Eksempelvis ved å sørge for tilstrekkelig bemanning og sørge for bedre kommunikasjon og for å hindre svikt i overføring mellom ledd i helsetjenester. I Sykehusplanen endrer risikoanalyse karakter til utredning av konsekvenser, som dermed kan sies å ikke samsvare med oppgavens definisjon.

Gjennom disse eksemplene kan det trekkes en slutning om at risikoforståelsen i helsevesenet er avhengig av å bli utvidet med en felles forståelse av overordnet risiko, og den må formaliseres gjennom en etablert risikoaktør. Denne risikoaktøren skal behandles videre gjennom kapittel 6.

6.2 Risikostyring i helsevesenet og grunnlagsdokumentene

Forskningsspørsmål 2 ble innledningsvis definert som: *”Hvordan kan risikostyringsmodellen belyse beslutningsprosessene?”*

Risikostyring ble tidligere definert som: *”Alle tiltak og aktiviteter som er eller kan utføres, for å styre risiko”* (Aven, 2007).

Som nevnt tidligere, så er ikke risikostyring en ubalansert eller ensidig prosess for risikoreduksjon i samfunnet, siden formålet er å skape en riktig balanse mellom utvikling og

verdiskapning, og det å unngå ulykker, skader og tap (Aven, 2007). Balansen består i å balansere det å utforske muligheter og vinning kontra å unngå tap, ulykker og katastrofer. Dette er tilknyttet alle aktiviteter, forhold og hendelser som kan påvirke organisasjonen (Aven, 2007). Risikostyring handler på den ene siden om å få innsikt i risikoforhold, effekt av tiltak, grad av styrbarhet av risiko osv., og på den andre siden metoder, prosesser, og strategier for å kunne kartlegge og styre risikoene (Aven, 2007).

Risikovurdering er en del av risikostyringsmodellen, og vurderingen er summen av risikoanalyse og risikoevaluering av den identifiserte risikoen som er endring i tjenestetilbud i form av sentralisering av akuttkirurgi. Det er anbefalt i flere av rapportene at det må foretas risikoanalyser ved funksjonsdeling og endring i tjenestetilbud, men analysene er ikke foretatt. Siden risikoanalysen ikke er foretatt vil heller ikke farene rundt den identifiserte risikoen kunne være gjenstand for risikoevaluering med tanke på tiltak eller løsningsalternativer. Risikostyringsprosessen i sin helhet lar seg ikke gjennomføre grunnet manglende formalisering og implementering av modellen i beslutningsprosessen rundt Sykehusplanen. God risikostyring krever oversikt over risikobildet; det vil si hvilke uønskede hendelser som er mulige, hva sannsynligheten for dem er, og hvilke konsekvenser de kan få (Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap, 2012).

Hvilke deler av oppgavens risikostyringsrammeverk er foretatt rundt forslag om sentralisering av akuttkirurgi? For å visualisere beslutningskjeden deler vi den opp i tre ledd; [1] Grunnlagsrapportene; [2] Sykehusplanen; [3] Stortingets behandling

[1] I første ledd er Risikoanalyser foreslått, som er en vesentlig del av risikostyringsmodellen, da analysene har som formål å kartlegge konsekvenser av en aktivitet. Den skal bidra i beslutningsprosessen ved å belyse konsekvenser ved ulike alternativ.

[2] I andre ledd har risikoanalyse endret karakter til utredning av konsekvens. Med argumentet om at konsekvensutredning foretas av sektormyndigheter, og ikke risikoeksperter, er ingen deler av risikostyring inkludert.

[3] I tredje ledd gikk Stortinget mot scenarioforslagene fra Sykehusplanen. Dersom vedtaket bygger på manglende forsknings- og datagrunnlag, kan det argumenteres med at de har benyttet seg av forsiktighetsprinsippet. Dette er en del av risikostyring, og er et viktig prinsipp dersom det råder usikkerhet rundt konsekvensene, og om er manglende forskningsgrunnlag.

I punkt 2.6 så vi at risikostyringen som er pålagt de regionale helseforetakene, hovedsakelig stammer fra økonomiske modeller. Risikostyring i helsevesenet (RHF) ser altså ikke ut til å ha det overordnede risikofokus tilknyttet samfunnssikkerhet, men mer en mål- og resultatstyrt risikostyring fra et økonomisk perspektiv. Ett økonomisk perspektiv kan gi andre resultater enn ett sikkerhetsperspektiv. Selv om målet i det økonomiske perspektivet er høyere kvalitet i alle deler av helsetjenestene, så kan det tenkes at risikofokus tilknyttet pasienten blir satt litt ut på sidelinjen. Samtidig må det argumenteres at utøverne av helsetjenestene på førstelinje alltid vil gjøre sitt ypperste for å sikre pasientens helse, behov, trygghet og sikkerhet. Dette er igjen avhengig av økonomiske rammebetingelser

En kan stille spørsmålet om det er riktig eller passende å sette en helseinstitusjon i bedrifts- eller virksomhetskontekst, men som Helsetilsynet påpeker, så er det viktig å bruke resultatmål for å følge med på om virksomheten yter gode og forsvarlige tjenester (Meld. St. 11(2015–2016), 2015). Om den økonomiske risikostyringen som eksisterer i RHF er riktig eller ikke kan debatteres, spesielt med tanke på at økonomi i høyeste grad berører og til dels definerer kvaliteten på akuttberedskapen. Likevel bør det vurderes å innføre sikkerhetsbasert risikostyring tilknyttet tjenesteendringer, enten på helseforetaksnivå, eller overordnet nivå i norsk helsevesen – eller begge - for å innføre ny innsikt og kunnskap. Dette kan resultere i et bredere og mer solid beslutningsgrunnlag for utviklingen av planer for fremtidig omorganisering. I empiridelen så vi at lovverket og andre dokumenter på forskjellige måter uttrykker at alle har krav på et likeverdig og forsvarlig tilbud innen helsetjenester. Innføring av risikostyring i plan- og beslutningsprosesser vil være ett viktig bidrag til å sikre likeverdig og forsvarlig tilbud, siden prosessen kan avdekke forhold som ikke er belyst tidligere.

Implementering av anbefalingene fra traumerapporten (NKT-Traume) vedrørende gjennomgående standardisering i traumesystemet vil bidra til risikostyring gjennom innføring av enhetlige systemer og felles plattform. Helsetjenester er en kritisk samfunnsfunksjon og en del av kritisk infrastruktur, og det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til risikostyring av tjenesten. Risikostyringen handler om å rette oppmerksomhet og styre ressursene mot tiltak som håndterer de vesentligste risikoene (DSB kritisk). Om akuttkirurgi er blant de som håndterer den mest vesentlige risikoen kan debatteres, men det er iallfall en viktig del av helsetjenesten, og det bør belyses av risikostyring.

I empirien ble Sykehusplanens krav til prosess og ledelse ved vurdering av tjenestetilbud. Blant kravene var en iterativ prosess der alle relevante interessenter og grupper skulle sikres

deltagelse og innflytelse, slik at et helhetlig perspektiv på tvers av nivåer og hele behandlingsskjeden sikres. Sykehusplanen anbefaler at lokale og/eller regionale avtaler rundt samhandlingens inngås. Disse lokale og regionale prosessene bør utvides ved å inkludere personell med bakgrunn fra risikofeltet, og innføre risikostyring i alle planprosesser tilknyttet omorganisering i helsevesenet. Oppgaven vil i de kommende punktene presentere ett løsningsforslag for innføring av en risikoaktør i helsevesenet.

6.3 Risikoanalyse

En risikoanalyse skal gi beslutningsstøtte i valg av alternativ og løsning, gjennom forskjellige typer analyser; identifisere utløsende hendelser som farer, trusler og muligheter; årsaksanalyse (hva skal til for at hendelsene inntreffer); konsekvensanalyse av utløsende hendelser; og risikobeskrivelse (Aven, 2007).

For oppgavens del er det risikoanalyse ved endring av tjenestetilbud som er temaet, og vi har sett at viktigheten av dette er påpekt i flere av grunnlagsrapportene, og at risikoanalyse i Sykehusplanen har endret karakter til ”utredning av konsekvensene”. Denne karakterendringen er sannsynligvis grunnet manglende felles risikoforståelse. Forskriften om konsekvensutredning for tiltak etter sektorlover er utformet av Klima og miljødepartementet (Forskrift om konsekvensutredninger for tiltak etter sektorlover, 2014). Konsekvensutredning er ikke det samme som risikoanalyse, da konsekvensutredning ikke utføres av risikoeksperter, men foretas av sektormyndigheter (*ibid.*) Hvorvidt sektormyndighetene har personell med risikobakgrunn er vanskelig å si. Disse to metodikkene vil sannsynligvis produsere forskjellige resultater, og det kan tenkes at risikoaspektene ikke vil bli ivaretatt i en konsekvensutredning.

Det er ikke uvanlig å foreta risikoanalyser i helsevesenet, som vi har sett eksempel på gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser i de regionale helseforetakenes beredskapsplaner. Det utføres også risikoanalyser i helsevesenet på nasjonalt nivå, der ansvaret ligger hos Helsetilsynet (HTIL). HTIL utfører risikoanalyser av ulike områder innen helsetjenesten, og de er det nærmeste en kommer en nasjonal risikoaktør i norsk helsevesen. Det må påpekes at de kun er et tilsynsorgan, og ikke har politisk makt. HTIL har som målsetting å styrke tilsynet med spesialisthelsetjenesten (HTIL 2010 kreft), og har som et ledd i styrkingen av tilsyn og overvåkning har HTIL gjennomført et eget prosjekt der de besluttet å gjennomføre risikoanalyser på nasjonalt nivå av diagnosegrupper eller medisinske fagområder (HTIL 2010:3). I 2010 foretok de den første risikoanalyse av et medisinsk fagområde, der

kreftbehandling ble valgt som å være pilotprosjekt. HTIL mener at risikoanalysen i tillegg til å gjelde for kreftbehandling, også viser risikofaktorer og risikoområder som gjelder for andre områder av helsetjenesten (HTIL 2010:6).

Ifølge HTIL brukes risikoanalyser i større utstrekning og mer målrettet i andre bransjer enn i helsetjenesten. Metoder og rammeverk som også er relevant for helsetjenesten, er for eksempel utviklet i nært samarbeid med samferdselsvirksomheter og petroleumsindustrien (HTIL 2010 Kreft). Det bør foretas en vurdering om disse rammeverkene passer helsevesenet, eller om de bør reformeres for å tilpasses helsevesenet. Her bør rammeverkene tilknyttet risikostyring av folkehelsen som ble nevnt innledningsvis også inkluderes.

Helsetilsynet skriver i ett høringsnotat til HOD at:

Når det skal gjøres betydelige endringer i spesialitetsstrukturen i spesialisthelsetjenesten, er det viktig at virkningene for andre fagområder er godt kartlagt. Uforutsette effekter kan ellers bli alvorlige. De foreliggende forslagene er meget omfattende både når det gjelder faglig innhold, organisering og ikke minst konsekvenser for helsetjenesten/foretakene. Konsekvensanalyse i form av risikoanalyse og oversikt over ulike konsekvenser er derfor svært krevende (HTIL 2014).

HTIL har også uttalt at å gjøre risikoanalyser i bare ett fylke eller én helseregion er ressurskrevende og viktige områder med fare for feil kan bli oversett (Helsetilsynet, 2010) HTIL har sannsynligvis rett i at det vil være en krevende prosess å foreta disse analysene. En av hovedårsakene til at risikoanalyser av hele fagfelt er ressurskrevende er fordi HTIL er alene om å gjennomføre av disse. Dersom HTIL ikke var alene om å foreta risikoanalyser i helsevesenet, kunne analyseprosessene blitt enklere, bedre, mer effektive og mindre tidkrevende. Ved å innføre regionale risikoaktører med eksperter med bakgrunn fra bl.a. risiko, helse og økonomi i RHF, kunne HTIL som tilsynsmyndighet ha konkrete risikoaktører som kommunikasjonspartnere, og på denne måten lettere oppnå de lovpålagte kravene om forsvarlighet innen utøvelse av helsetjenester. En mulighet er å ha både regionsbasert og ett overordnet nasjonalt risikostyringsorgan, der det overordnede fører tilsyn av og mellom regionene, og her kan HTIL være aktuell som den nasjonale aktøren, eller det kan opprettes en ny aktør med politisk mandat. Et annet spørsmål er om HTILs status bør endres slik at de får politisk mandat til å legge føringer innen risiko.

Den tidligere nevnte risikoanalysen av kreftbehandling av HTIL (2010) ga følgende generelle anbefalinger til [1] Helse og omsorgsdepartementet; [2] Helsedirektoratet og [3] De regionale helseforetak:

[1] Helse- og omsorgsdepartementet bør som eier og helsepolitisk myndighet, vurdere hvordan rapporten bør følges opp (Helsetilsynet, 2010).

Med tanke på oppfølging av rapporten, bør den foreslåtte regionale eller nasjonale risikoaktøren kobles inn.

[2] Helsetilsynet vil be Helsedirektoratet vurdere hvordan rapporten kan brukes i deres videre arbeid. Svikt i informasjonsflyt/nasjonal koordinering mellom aktører ble rangert som en viktig risikofaktor. Den nasjonale dynamikken kan være undervurdert på dette området, da behandling som gis i helseforetakene, i en del tilfeller ikke kan gjenfinnes i de nasjonale informasjonsportaler eller andre offentlig tilgjengelige kilder (Helsetilsynet, 2010).

Ut fra dette kan det tolkes slik at anbefalingene fra NKT-traume om standardisering underbygges, da det vil forbedre data- og informasjonsflyt og skaderegistre. En nasjonal risikoaktør kunne fungert som den nasjonale koordinasjonsaktør.

[3]: Helsetilsynet vil overfor helseforetakene påpeke at denne risikoanalysen på en ny måte beskriver tidligere kjente utfordringer. Risikobildet av norsk kreftbehandling som viser et for høyt risikonivå, er langt på vei et ledelsesproblem. Helseforetakene bør derfor se nærmere på flere spørsmål, bl.a.: Hvordan er risikostyring og evaluering av resultatene med risikostyring integrert i lederkontrakter og deres oppfølging? (Helsetilsynet, 2010).

HTIL understreker at det må foretas en gjennomgang av risikostyringen i de regionale helseforetakene. En regional risikoaktør kunne stått for denne gjennomgangen og vurderingen. Også her kan det stilles spørsmål ved den rådende risikostyringsmodellen basert på COSO ERM, og om den bør suppleres med oppgavens modell, eller en kombinasjon av de, men det ville være opp til risikoaktøren og vurdere.

Ett viktig poeng om HTILs kunnskapsgrunnlag tilknyttet risiko understrekes av dette utsagnet: ”De som foretar risikoanalyser hos HTIL har hovedsakelig helsefaglig bakgrunn, med liten bakgrunn i risikofeltet” (intervju, Geir Sverre Braut, HTIL).

Tilsynsmyndigheter kommer inn i etterkant, for å kontrollere at virksomheten opererer etter fastsatte lover og forskrifter, og rette opp eventuelle avvik (Aven et al., 2004). Det at HTIL ikke aktivt kan bidra i prosessen i forkant av endringer eller utførelse av tjenester, problematiseres slik:

Helsetilsynet er nettopp karakterisert ved at de kommer etterpå, dvs. når ting har skjedd. Jeg har forsøkt å få dem til å vurdere tjenesters forsvarlighet på forhånd, men det er noe nært umulig – de sier bare at tjenesteyterne skal levere forsvarlige helsetjenester, men vil først uttale seg om forvarlighet hvis ting går galt” (intervju, Torben Wisborg, NKT-Traume).

Også dette kan styrke argumentet om å opprette regionale og nasjonale risikoaktører i helsevesenet, slik at mer arbeid kan gjøres i forkant, eller inkluderes i beslutningsprosessene.

Et moment det ble gjort vedtak for i Stortinget, er at stedlig ledelse i helsetjenesten - altså desentralisert beslutningstaking – bør innføres. Dette er et moment som også bør overføres til de regionale risikoaktørene. Forskjeller mellom regionene og tilhørende lokalkunnskaper er et fortrinn som bør utnyttes og implementeres i regional risikokartlegging, og slik sett vil regionbaserte organer være en fordel, for deretter å forene de i et nasjonalt organ. Det eksisterer allerede regionsbasert ROS tilknyttet beredskapsplanene, så det vil i realiteten være en forlengelse av dette.

I og med at det er RHFenes ansvar å yte forsvarlige helsetjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 2014), så er det de som har ansvar for å utføre risikoanalyser og vurderinger.

I 2012 publiserte Helsetilsynet en oppfølgingsrapport for rapportene fra 2010 og 2011, som viste nedslående resultater (Helsetilsynet, 2013). Ingen av de fire RHFene rapporterte tilbake til HOD i årlig melding for 2011 om oppfølging av risikoanalysen (*ibid.*) Mangelen på rapportering kan styrke argumentet om en egen regionsbasert risikoaktør for bedre kommunikasjonsflyt og samarbeid mellom RHF og Helsetilsynet.

Det er anbefalt at risikoanalyser skal gjøres før iverksetting av en aktivitet som kan medføre risiko, der det er tilknyttet usikkerhet rundt konsekvenser. For oppgavens tilfelle er aktiviteten omorganisering, endring av tjenestetilbud og sentralisering av akuttkirurgi. Risikoanalyse bør altså foretas i forkant av aktiviteten, og det er sterkt anbefalt at risikoanalyser bør være en del av plan og- beslutningsprosessen. Det kan argumenteres for at

prosessene rundt planlegging av fremtidig sykehusorganisering er en svært komplisert prosess, hvilket underbygger argumentet om å inkludere risikoanalyser i endringsprosessen enda sterkere.

Etter at risikoanalyser er gjennomført, er mye av rammeverket rundt risikovurdering og risikostyring allerede iverksatt, og resten av prosessen kan gjennomføres med risikoevaluering etc. Videre gjelder det å kommunisere resultater, vurderinger og meninger til ledelse og beslutningstakere gjennom dialog, for å være bedre rustet til å foreta de rette beslutningene i fremtiden.

6.4 Risikokommunikasjon

Her skal forskningsspørsmål 3 behandles: *”Hvordan har risikokommunikasjonen i beslutningskjeden foregått sammenlignet med risikokommunikasjonsteori?”*

Vi har sett hvilket fokus risikostyringen i RHF har og presentert hvilken risikoforståelse i beslutningskjeden. Den identifiserte risikoen i oppgavens tilfelle er endring av tjenestetilbud, og da spesifikt akuttkirurgi, og er også identifisert i flere av rapportene. Følgelig skal oppgaven nå se på hvordan den identifiserte risikoen kommuniseres i beslutningskjeden, og foreta en vurdering opp mot de tidligere nevnte kommunikasjonsfunksjonene- og formene.

6.4.1 Hvordan er den identifiserte risikoen kommunisert?

Empiridelen behandlet grunnlagsdokumentene, Sykehusplanen, Stortingshøringene, Stortingets innstilling og debatten. Der framkom det at det ikke er et spesielt stort fokus på overordnet risiko knyttet til de foreslåtte endringene i funksjonsdeling og sentralisering av spesialisthelsetjenester, med de unntakene som ble nevnt. Budskapet om å foreta en risikoanalyse ved endringer i tjenestetilbud er framkommet i flere av grunnlagsrapportene, men det har ikke blitt overført til Sykehusplanen. Hvorfor er det blitt utelatt?

For å svare på dette må vi se på definisjonene av risikokommunikasjon; *”The flow of information and risk evaluations back and forth between academic experts, regulatory practitioners, interest groups, and the general public”* (Leiss, 1996); og

[...] an interactive process of exchange of information and opinion among individuals, groups and institutions. It involves multiple messages about the nature of risk and other messages, not strictly about risk, that express concerns, opinions or reactions to risk messages or to legal and institutional arrangements for risk management (National Research Council, 1988).

Definisjonene forteller oss at det skal være en interaktiv dialog vedrørende risikoen mellom de mangfoldige partene av samfunnet. Majoriteten av risikokommunikasjon foretas normalt med en risikostyringsaktør som avsender, og befolkningen som mottaker (Renn, 2008). I oppgavens tilfelle derimot foregår kommunikasjonen internt i helsevesenet, der det er helsefaglige ekspertgrupper som er avsender av den identifiserte risikoen, og mottakeren er i siste ledd Stortinget. Mellom ekspertgruppene og Stortinget virker HOD som et videreformidlende ledd, som mottar informasjonen fra rapportene, bearbeider og videresender det opp i beslutningskjeden gjennom Sykehusplanen. Det kan også argumenteres med at det er flere mottakere, da Sykehusplanen er et offentlig dokument som mange har interesse av, deriblant sykehusene selv, interesseorganisasjoner, media og befolkningen - spesielt grupper som kan bli berørt av foreslåtte endringer. Ekspertgruppene påpeker at det må gjennomføres risikoanalyser ved endringer i tjenestetilbud og forsøker å kommunisere det videre, og det blir av HOD oversatt til konsekvensutredning, og risikobegrepet blir slik utelatt av denne delen av Sykehusplanen. Ut i fra de moderate formuleringene fra bl.a. Legeforeningen og NOU, kan det argumenteres med at de ikke har begrunnet og vektlagt viktigheten nok, eller at HOD har misforstått budskapet.

I oppgaven kan det argumenteres med at Stortinget er den viktigste mottakeren, da de bør informeres om risikoen som er involvert ved endring av tjenestetilbud, for å foreta de riktige beslutningene. At overordnede risikoaspekter blir implementert i Stortingsmeldinger, informerer for øvrig også andre interessenter/deler av samfunnet, som media og befolkningen. Media kan videreformidle budskapet dette til befolkningen. Faren er at de kan feiltolke risikoen dersom den ikke er riktig formulert og definert av avsender, og at budskapet på den måte kan forstyrres og feiltolkes.

Siden situasjonen rundt oppgavens identifiserte risiko er litt utenom det som er vanlig for risikokommunikasjon, så er det litt vanskelig å tilpasse kommunikasjonens formål og måter (Renn, 2008). Formålene skal knyttes til kommunikasjon i helsevesenet, mens formene skal tilknyttes befolkningen.

Med hensyn til de fire hovedformålene med risikokommunikasjon (kap. 3.5.1) [i] opplysning, [ii] tillit, [iii] atferdsendring og [iv] deltagelse, så kan det identifiseres at avsender har forsøkt med [i] opplysning og [iii] atferdsendring. Opplysningsdelen kan sammenfalle med kommunikasjonsformen informering, der avsender har informert om den identifiserte risikoen. [iii] Atferdsendring handler om å overbevise mottaker (HOD) om den identifiserte

risiko, hvilket ikke ser ut til å ha vært helt vellykket, da risikoanalyse har endret form til utredning av konsekvenser. Grunnen til det kan være at faren ikke er tilstrekkelig forklart eller vektlagt, eller at mottaker ikke har tatt det til etterretning, eller foretatt informasjonsortering. [ii] Det kan også ha grunnlag i manglende tillit til avsender, men det kan argumenteres med å være spekulativt, da HOD selv har initiert og bestilt rapporter fra de. Når det gjelder [iv] deltagelse, så har dette formålet en visjon om å ha en deltagende dialog om risikoen mellom flere parter. Om dette har skjedd eller ikke, blir bare spekulasjoner. Siden oppfordringen om å foreta risikoanalyser har endret karakter til *utredning av konsekvenser* i Sykehusplanen, så kan en anta at det ikke har foregått en dialog– men igjen, det blir bare spekulasjoner.

Oppgaven skal nå se nærmere på de fire kommunikasjonsformene (Renn, 2008) knyttet opp mot kommunikasjon mot befolkningen; [a] dokumentasjon, [b] informasjon, [c] dialog og [d] felles beslutningstaking.

[a] Dersom vi ser på Sykehusplanen i sin helhet, så er det mye grunnlagsdokumentasjon tilgjengelig – selv om det er vanskelig å spore opp alt grunnet dårlig referering. b] I henhold til informasjon, så har flere rapporter (bl.a. Legeforeningen (2015)) forsøkt å informere om og få Helse- og omsorgsdepartementet til å forstå om viktigheten av risiko- og sårbarhetsanalyser ved tjenesteendring, men ikke lykkes med det. Når det ikke når Sykehusplanen i riktig form, så er også sjansen mindre for at befolkningen blir informert om den eksisterende risiko. Det er da opp til befolkningen å se på grunnlagsdokumentene for å finne informasjon om dette, og forstå betydningen. [c] Toveiskommunikasjonen har foregått gjennom at ekspertutvalg for brukere og pasienter har blitt inkludert i grunnlagsrapportene, og at interesseorganisasjoner har representert befolkningen. [d] Dersom vi sier at de mange interesseorganisasjonene som deltok på høring, sammen med enkelte av grunnlagsrapportene som behandlet brukerspørsmål, til sammen skaper noe som kan sies å representere befolkningen, så kan vi si at det foregikk felles beslutningstaking og involvering. Når resultatet av høringen ble at akuttkirurgi skal opprettholdes på alle sykehus, kan det sies at befolkningen ble inkludert og hørt i saken.

6.4.2 Hvordan bør den identifiserte risikoen kommuniseres?

For at risikokommunikasjonen skal bli fullverdig iht. Renns kommunikasjonsmessige formål og funksjoner (Renn, 2008), må det oppnås enighet om at helsevesenet i større grad enn i dag skal ha et overordnet risikofokus. Helsetilsynet er per i dag kun tilsynsmyndighet, og har ikke

mandat til å pålegge føringer som gjelder innføring og implementering av risikoanalyse, risikovurderinger, og risikostyring. For å oppnå fullverdig risikokommunikasjon, bør det innføres regionale risikostyringsavdelinger i de regionale helseforetakene, og/eller en regional og/eller nasjonal risikoaktør, slik det ble presentert i del 6.3. Risikoaktøren bør være tverrfaglig iht. Renns anbefalinger (Renn, 2008), og bør bestå av eksperter på både risiko, kommunikasjon, legevitenskap, jus, økonomer, m.m. Som tidligere nevnt, så har Renn (2008) uttalt at risiko er et tverrfaglig fenomen der flere vitenskaper må samarbeide for å få oversikt over det totale risikobildet. Dette kan underbygge påstanden om at det ville vært optimalt å kombinere bl.a. helsefaglig legeekspertise med risikoekspertise for å sammen kunne kartlegge risiko, for å kunne skape noe som er så nært ett reelt risikobilde som mulig. Ved innføring av en risikoaktør vil de i større grad kunne identifisere, kartlegge og etablere et oversiktlig risikobilde, og sammen med eksperter i bl.a. helsefeltet kunne kommunisere risiko oversiktlig internt i RHFene, til HOD og til Stortinget, og eksternt til publikum, interessenter og media. Eksterne parter vil også nyte godt av bedre risikokommunikasjon og vil kunne få en større og bedre oversikt og innsikt i risikoene som behandles, og bakgrunnen for funnene (jf. Renns kommunikasjonsformål og former (2008)). Gjennom innføring av en dedikert risikoaktør vil de fire formålene med (risiko)kommunikasjon, og de fire kommunikasjonsformene oppnås lettere. I og med at risikokommunikasjons-prosessen ikke er formalisert gjennom en risikostyringsaktør, og ikke formalisert iht. til formålene og formene Renn (2008) lister opp, kan man heller ikke forvente at mottakerne vil behandle informasjonen de mottar på riktig måte. Det bør en risikostyringsaktør til for å opplyse HOD, Stortinget og ekspertgruppene om risiko, og hvordan prosessene rundt risikoer skal behandles og gjennomføres. Det er viktig at ulike risikoer framkommer gjennom informering, opplæring, meningsutvekslinger, og dialog (Renn 2008). Gjennom en innføring og formalisering av en risikoaktør, vil i kommunikasjonsformålene og formene bli en naturlig del av plan- og beslutningsprosessene. Det vil skape et bedre fundament og et større forståelsesgrunnlag tilknyttet beslutninger som kan medføre risiko. Ifølge Bostrøm (2014) er det et økende behov for å integrere risikokommunikasjon med risikostyring.

6.5 Forsiktighets- og føre-var-prinsippet

Det at Stortinget vedtok å opprettholde alle akuttkirurgiske tilbud kan tolkes i retning av at de har benyttet seg av forsiktighets/føre-var-prinsippet, i kraft av at de mener at beslutningsgrunnlaget lider av usikkerhet grunnet ufullstendig forskning. Flere av høringsdeltakerne framhevet aspektet om at den forskningen som er gjort på akuttkirurgi og

akuttberedskap fra andre land ikke alltid er overførbart til Norge, og at det må forskes mer på dette, samt mer forskning på prehospitale tjenester mtp. transporttid, antall ambulansestasjoner og lokalisering. At Stortinget gikk i mot forslagene om stenging av akuttkirurgi, kvalifiserer til god praksis innen risikostyring - selv om også dette kan debatteres med tanke på bl.a. økonomi. Det kan fastslås at det bør utvises forsiktighet når det er mangel på data og forskning, og her skal Stortinget ha skryt. Det kan også argumenteres med at dette prinsippet også burde blitt benyttet på et tidligere punkt i prosessen, for å sikre at scenarioforslagene ikke fører til unødig risiko.

6.6 Anbefalinger for forbedring av planprosesser tilknyttet omorganisering

Risikobaserte tilnærminger kan være vanskelige å implementere på enkelte felt, spesielt grunnet manglende data (Hutter, 2008). Mange av anbefalingene fra NKT-Traume (kapittel 2.5.1) som gjelder nasjonale standardiseringer, ville bidratt til å skape et solid fundament for å få et mer komplett bilde over ulykker, traumer og akuttkirurgisk behov rundt omkring i landet, i form av Traumeregisteret (Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, 2015b). Nasjonale standardiseringer innen triagering sammen med en enhetlig digitalisering av rapporteringsmetodene i traumesystemet ville ført til at man kunne fått en mer pålitelig statistisk database som fungerer som et hjelpemiddel i beslutningssammenhenger. Helsedirektoratet behandlet spørsmålet om usikkerheten av data slik: "Vi understreker at vurderingene av forventet endring i ambulanseaktiviteten [...] er usikre. Usikkerheten består i at akuttkirurgi ikke kan identifiseres i ambulansedataene. Pasientdata sier heller ikke noe om bruk av ambulansetjenesten" (Pedersen & Rønningen, 2015).

NOU kommer med samme konklusjon, og mener også at det må etableres et nasjonalt kompetansemiljø:

Sviktende datagrunnlag har medvirket til at effekter av utvalgets forslag har vært vanskelig å få utredet. Det bør snarest innføres et sammenhengende elektronisk dokumentasjonssystem for de prehospitale tjenestene. Det må etableres et nasjonalt kompetansemiljø med tilstrekkelig kapasitet til analysearbeid, forskning og utviklingsarbeid (NOU, 2015).

Dette kompetansemiljøet kunne med fordel inneholdt personell med risikobakgrunn.

Helsevesenet i Skottland holder for tiden på med en evaluering av traumesystemet, for å se om dagens organisering er optimal. Hensikten med prosjektet er å undersøke om en

rekonfigurering av traumesystemet kan optimalisere antallet og lokalisering av traumesentre av forskjellig størrelse. Et bidrag i omstruktureringsdebatten er forskningsprosjektet GEOS (Geospatial Optimization of Systems of Trauma Care) (Jansen et al., 2015). I dette prosjektet har en gruppe forskere koblet infrastruktur- og data for alle traumepasienter gjennom ett år, og visualisert det i en modell. En optimal konfigurering av helsevesenet er nøkkelen til å effektiv pasientbehandling. Studien viste at en ny kombinasjon av triagering, nettverksanalyse og matematisk optimalisering kan brukes i planleggingen av et nasjonalt klinisk nettverk (Jansen et al., 2015), og gi forslag til konfigurering og organisering. Avgrensingsarbeidet i første fase av oppgaven førte fram til ett forskningsprosjekt ved navn NORD-STAR (Nordic Strategic Adaptation Research). Arbeidet er en videreføring av VULCLIM (The Geography of Social Vulnerability, Environmental Hazards, and Climate Change) i regi av NTNU (Holand, Lujala, & Rød, 2011). Forskningsprosjektets formål var å foreta en sosial sårbarhetsvurdering tilknyttet naturkatastrofer, altså relatert til mitt opprinnelige mål om å lage en geografisk risikoindeks. Dette prosjektet er basert på en mengde data; helse-, sykdoms- og demografidata, værdata (nedbør, vind, flom og rasfare) koblet opp mot bygningsmasse og teknisk infrastruktur. Resultatet ble et interaktivt kart som viser både fysisk og sosial sårbarhet i Norge (*ibid.*). Det opprinnelige målet med oppgaven var å lage et lignende kart eller modell, men med datagrunnlag basert på akutt sykdom og ulykker. Grunnarbeidet for en geografisk risikoindeks ser altså ut til å være gjort, og GEOS kunne blitt implementert i dette. En av GEOS sine svakheter var at værdata ikke var inkludert i modellen, hvilket er svært viktig for å lage en modell som passer Norges geografiske og værmessige utfordringer, men dette finnes i VULCLIM-modellen.

Med bakgrunn i en gjennomgående standardisering i norsk helsevesen vil det etableres et mer reliabelt traumeregister som kunne fungert som datasettet til en geografisk optimaliseringsmodell a la GEOS. Hvilke resultater en slik modell tilpasset norske forhold hadde gitt, er vanskelig å forutse i dag. Det kan tenkes at den ville foreslått strukturelle endringer i traumesystemet, men i hvilken grad den hadde foreslått sentralisering og stenging av akuttkirurgi er umulig å si noe om per i dag. En slik modell er et fint hjelpemiddel i en viktig debatt som omhandler kompetanse, effektivitet og økonomi i akuttberedskapen. Det må påpekes at modellen skal anses som å være ett bidrag til planprosessene rundt omstrukturerings og rekonfigurering, ikke selve løsningen (Jansen et al., 2015). Det er mange hensyn å ta, og det er derfor norsk helsevesen er stilt i en særskilt vanskelig situasjon sammenlignet med andre land med enklere demografiske og geografiske forhold. Uansett

konfigurering som velges, må det gjøres med stor forsiktighet (Jansen et al., 2015)”. Modeller som kan visualisere risikoer kan være viktige bidrag i framtidige beslutningsprosesser.

6.7 Avsluttende drøfting

Prosessene rundt Sykehusplanen er i utgangspunktet velfungerende, med en demokratisk forankret fremgangsmåte/metodikk. HOD innhenter store mengder data og statistikk, det bestilles rapporter, utredninger, ekspertgruppevurderinger, og annen relevant dokumentasjon. Dette blir så sammenfattet til Sykehusplanen av HOD, og sendt videre til Stortinget, der planen blir fremmet i Statsråd. Helse- og omsorgskomiteen har så høring med interessenter og berørte parter. På Regjeringens nettside står det følgende om høringer: ”Komiteen forutsetter at regjeringen har hørt alle berørte parter før saken legges frem for Stortinget.” (Regjeringen, 2015). Når det gjelder aktørene og bidragsyttere som ble inkludert i prosessen for å skape grunnlaget for Sykehusplanen, så er det en mangfoldighet blant dem. Men man kan også stille spørsmål om det var mangfoldig nok, hvilke aktører som er hørt, og hvilke aktører som ikke er blitt hørt eller inkludert på bidragsfronten. En kan også stille spørsmål ved om Sykehusplanen er ett resultat av faglige skjønnsmessige vurderinger eller formaliserte prosesser. Det kan ut i fra høringspartenes innspill, innsigelser og protester virke som at ikke alle parter er blitt forhørt og inkludert i forkant av utformingen av Sykehusplanen. Dersom disse partene hadde blitt inkludert tidligere i prosessen, så kunne deres innspill resultert i at Sykehusplanen ble et helt annet dokument. Hvorfor og hvordan HOD velger sine bidragsyttere som de gjør er vanskelig å si. Ved å involvere flere innledningsvis blir arbeidet med å sammenfatte all informasjon til ett dokument mye større, men samtidig kunne dokumentet blitt mer balansert enn det er per i dag, selv om det til dels trekkes fram fordeler og ulemper ved omorganisering. Det komplette bildet er kanskje ikke presentert, men det kan også være vanskelig å få til ved å ha et enda større datagrunnlag.

Som nevnt i saksgangen for Sykehusplanen står HOD samlet bak stortingsmeldingen, hvilket også tilsier at de står samlet bak forslaget om å stenge akuttkirurgi på åtte foreslåtte lokalsykehus - uten å ha tilstrekkelig forskning og data som grunnlag. Uten høringen som en siste instans for faglige innspill og Stortingets beslutningsprosess som et sikkerhetsnett kunne utfallet også vært noe helt annet. Dette er vel også grunnen til at den demokratiske saksgangen er slik den er. Stortinget som utøvende makt forholder seg til lovverket med tanke på de lovfestede kravene om likeverdig og forsvarlig tilbud til hele befolkningen, gjennom deres vedtak om å opprettholde akuttkirurgi på alle sykehus. Det antas at vedtakene

gjelder inntil videre, inntil det er mer forskning og data tilgjengelig vedrørende bl.a. preshospitale tjenester, akuttkirurgi, og kvalitet vs volum.

Gjennom oppgaven har vi sett hvilken risikoforståelse som eksisterer i helsevesenet, og at det er lite fokus på overordnet risiko tilknyttet sentralisering av akuttkirurgi i både grunnlagsrapportene, Sykehusplanen, og i Stortingsdebatten. Det betyr likevel ikke at spørsmålet om overordnet risiko er fraværende, siden flere av rapportene har tilrådet at det må foretas risikoanalyse ved tjenesteendring. Om HOD har lidd av forutinntatthet ved utformingen av stortingsmeldingen, for hvordan de synes fremtidens helsevesen skal være, er umulig – og ikke minst farlig - å si. At Stortingsmeldingen endte opp med å inneholde de respektive anbefalingene og forslagene og at risiko tilknyttet tjenesteendringer oversettes til konsekvensutredning, kan være resultatet av en naturlig del av en kommunikasjonsprosess, der informasjon blir sortert ut i fra vitenskapelig bakgrunn og interesseområder (Renn, 2008). Det er farlig å si at et overordnet risikofokus er utelatt med vilje, og at HOD bedriver med manipulasjon av data, eller villeder Stortinget, befolkningen og andre som er berørte av forslagene i Sykehusplanen, og det sannsynligvis ikke tilfelle heller. Det faktum at beslutningsgrunnlaget mangler fokus på overordnet risiko, og at det ikke er alle aktører som har kjennskap til begrepet og vitenskapen er forståelig, men samtidig kan det også være en åpenbar svakhet at det ikke er et større fokus på det. Helsevesenet er en av grunnpilarene i samfunnet, og de bør inkludere et større fokus på overordnet risiko når det gjelder endringer i tjenestetilbudet.

I uttalelsene om likeverdig tilbud av helsetjenester i lovverk, rapporter og stortingsmeldinger, står det implisitt at alle skal ha et likeverdig og forsvarlig helsetilbud akuttkirurgisk beredskap uansett hvor de er i landet. Den foreslåtte nedbyggingen av akuttkirurgiske mottak og potensielt lavere akuttberedskap kan være et brudd på den lovfestede retten til likeverd og forsvarlighet. Dersom prosessene som har ført til forslagene om nedbygging av akuttmottak er bygget på reliabel og valid forskning, der det gjennom en kvantitativ undersøkelse eksplisitt kommer fram at færre akuttmottak og sentralisering av akuttkirurgi fører til en bedre kvalitet på akuttjenester, så kan det argumenteres med at nedbygging og sentralisering av akuttkirurgi er forsvarlig.

Et moment som må adresseres i oppgaven er også at dette gjelder foreslåtte endringer, og at Stortinget har vedtatt at: "[...] alle sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er

ivaretatt”. Akkurat hva siste leddsetning uttrykker, er usikkert. Formuleringen er noe vag, og kan tolkes ulikt av forskjellige aktører.

Det er blitt argumentert med at fokuset rundt akuttkirurgi er en forenkling av sykehusdebatten, og at sykehusdebatten er mye mer komplisert enn som så (Kristin Ørmen Johnsen, 2015). Andre mener igjen at nedbygging av tjenestetilbud og sentralisering av spesialisthelsetjenester som akuttkirurgi, er en del av spillet om å gradvis bygge ned lokalsykehusene, slik at det til slutt ikke er økonomisk forsvarlig å drive de, og dermed ha et argument for å stenge lokalsykehus:

De sentrale myndighetene vil legge ned enkeltfunksjoner, omstrukturere, effektivisere og sentralisere. Sentralmakten hevder at dette ikke handler om nedlegging av hele sykehuset, bare om en bedre tilrettelagt funksjonsfordeling og nødvendig effektivisering ut fra faglige og økonomiske betraktninger - og at dette må ses i lys av den medisinsk-vitenskapelige og teknologiske utvikling (Schiøtz, 2016)

Det argumenteres også med at dersom det blir færre tilbud på et sykehus, så vil sykehuset bli mindre attraktivt som arbeidsplass og kvaliteten samt rekrutteringen kommer til å lide av dette. I høringen uttalte Folkebevegelsen For Lokalsykehus (FFL) at:

Rekruttering er et viktig spørsmål for å opprettholde kvaliteten på sykehus rundt omkring i landet, spesielt distriktsykehusene, og det gjelder også kirurgi. FFL har påpekt at nedbyggingen av kirurgi på lokalsykehusene ofte er begynnelsen til en negativ spiral - en demontering av hele sykehuset.

Et annet viktig moment som har framkommet av sykehusdebatten i media, er at kvaliteten på sykehusene i distriktene kan falle dersom det er mye usikkerhet rundt hvilke tilbud sykehus kan tilby, da det kan skape ustabilitet. Sentralisering av spesialisthelsetjenester er noe som i hovedsak vil berøre distriktene og mindre steder, da sentraliseringens natur er slik at funksjoner og tjenester skal samles til større enheter. Større enheter finnes der populasjonen er størst, i de største byene og de større stedene. Noen argumenterer med at Sykehusdebatten også er en distriktpolitisk debatt, og at forslagene om sentralisering kan føre til utarming av kompetanse i distriktene, og slik er ett distriktpolitisk virkemiddel. Dette er politiske spørsmål, og diskusjonen rundt dette ligger utenfor oppgavens rammer, men som likevel ble valgt å inkludere for utvide perspektivet. Hvorvidt de inkluderte eksemplene fra media er forskningsbaserte, reliable og valide, tilhører også en diskusjon utenfor oppgavens rammer.

7 Konklusjon

Det siste kapittelet skal behandle hvilke konklusjoner som kan trekkes ut ifra empirien, forskningsspørsmålene og problemstillingen. Det skal også gjøres betraktninger rundt styrker og svakheter med oppgaven, samt gi forslag til videre forskning.

7.1 Problemstilling

Problemstillingen som ble formulert innledningsvis skal nå besvares og oppsummeres. Den var definert på følgende måte: *Er de foreslåtte endringene tilknyttet akuttkirurgi i Nasjonal Helse- og Sykehusplan sett i lys av risikostyringsteori?*

Helsevesenet er en av de viktigste institusjonene for å opprettholde sikkerheten for individer og samfunn, og de er lovpålagte å utføre forsvarlige og likeverdige tjenester. Dette gjelder også akuttkirurgi. Å foreslå endringer i organiseringen innen akuttkirurgi uten tilstrekkelig forskningsgrunnlag kan medføre risiko med usikkerhet tilknyttet konsekvensene. Gjennom oppgaven har vi fått innblikk i hvordan plan- og beslutningsprosessene rundt Sykehusplanen har foregått, hvilken risikoforståelse som eksisterer i beslutningsprosessen rundt Sykehusplanen, hvilket fokus risikostyring i RHF har, og hvordan risikokommunikasjonen er i beslutningskjeden. Risikoanalyse endret form til utredning av konsekvenser i Sykehusplanen. Dersom en tar et utgangspunkt i at risikoanalyse og konsekvensutredninger er to forskjellige metodikker, som vil gi to forskjellige resultater, så er svaret på problemstillingen at de foreslåtte endringene ikke er sett i lys av risikostyringsteori. Gjennom beslutningskjeden har flere aktører påpekt viktigheten av gjennomføring av risikoanalyse ved endringer, men analysene er ikke blitt gjennomført. Et moment som må adresseres er at dette gjelder foreslåtte endringer, og at det ikke er for sent å foreta risikoanalyser og kartlegging av konsekvenser, og inkludere de som en del av fremtidige plan- og beslutningsprosesser. Stortinget har også etterlyst mer forskning, men ser ut til å kun gjelde luftambulansens struktur (jf. Vedtak 545).

Det ble innledningsvis formulert et overordnet forskningsspørsmål tilknyttet problemstillingen: *”Har organiseringen av helsepolitiske plan- og beslutningsprosesser innvirkning på om risikostyring foretas i helsevesenet?”*

Slik plan- og beslutningsprosessene foregår i dag eksemplifisert gjennom Sykehusplanen, og med de aktørene som er blitt involvert, så kan det argumenteres med at organiseringen har innvirkning på om det foretas risikostyring. Det er per i dag ingen klare risikoaktører med

politisk mandat i beslutningskjeden, men Helsetilsynet som tilsynsmyndighet gjør en viktig jobb med overvåkning iht. lovverk for å kontrollere at helsetjenester utøves forsvarlig. I oppgaven har vi sett at Helsetilsynet har gitt anbefalinger angående risikostyring til både Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og RHFene.

De regionale helseforetakene er av staten pålagt å gjennomføre risikostyring. Risikostyringen RHFene er pålagt tar utgangspunkt i en økonomisk modell, og vil antageligvis gi andre resultater enn oppgavens modell. Oppgaven har også foreslått å innføre regionale og nasjonale risikoaktører med politisk mandat, som kunne foretatt en gjennomgang av de regionale helseforetakenes risikostyring, og foreta vurdering rundt dens kvalitet.

Med bakgrunn i drøftingsargumentene vedrørende den eksisterende helsepolitiske organisering, kan det argumenteres med at dagens organisering av helsepolitiske plan- og beslutningsprosesser kan ha innvirkning på hvordan risikostyringen foregår per i dag. Den foreslåtte etableringen av nye risikoaktører i helsevesenet, vil kunne sørge for å inkludere vurderinger tilknyttet risiko ved endringer i helsevesenets struktur.

En av faktorene for at sykehusdebatten ble så stor, kan være det faktum at risikoen ved sentralisering av akuttkirurgi ikke ble undersøkt og formalisert i risikostyringsprosesser, og at risikoen rundt sentralisering ikke framkommer eller forklares på en forståelig måte i dokumentene. Ulik risikoforståelse i beslutningskjeden kan resultere i at informasjon går tapt, gjennom at mottaker feiltolker eller selekterer informasjon utfra f.eks. vitenskapelig bakgrunn. Ved å etablere en risikoaktør vil det i større grad kunne utvikles en enhetlig risikoforståelse i helsevesenet, samt en enhetlig kommunikasjon av risikoer på tvers av beslutningskjeden, og ut til berørte, interessenter, og befolkningen i sin helhet.

7.2 Svakheter ved oppgaven

Denne masteroppgaven er skrevet med bakgrunn i samfunnssikkerhet, og forfatteren har ikke inngående kjennskap til alle deler av sykehusorganisering, og har heller ikke spisskompetanse innenfor noen helsefaglige felt. Å kunne se alle rapportene og statistikken i et helsefaglig lys blir derfor umulig innenfor oppgavens størrelse. Det er utvilsomt dyktige mennesker som har produsert alle resultatene i form av rapporter og statistikk, og det skal ikke betviles. Derimot kan det sies at det kan være sunt å få inn mennesker med annen bakgrunn for å få tverrfaglig innsikt i problematikk knyttet til et «lukket» system der de fleste ledd innebærer en helsefaglig eller helseøkonomisk bakgrunn eller lang fartstid innenfor dette feltet, og dermed får et annet perspektiv til forskningsobjektet.

En annen svakhet ved oppgaven er at det ikke er rom for å diskutere økonomi i dybden, siden det er mange sider og felt ved helsetjenester og alle har behov for et solid økonomisk rammeverk for å kunne yte optimalt. At mitt fokus er på noe som kun er en liten del av sykehusproblematikken, nemlig akuttkirurgi, kan være problematisk. Det er mye ved helsevesenet som kan forebygge helseforverring og unødvendige dødsfall, og det er mange som argumenterer med at det er mer "helse per krone" ved å f.eks. investere i og forbedre indremedisin, siden opptil 90% av alle akuttinnlagte pasienter fordeler seg over indremedisinske fagområder, og mindre i det kirurgiske fagfeltet (Helsetilsynet, 2014)). NOU (1998) diskuterer dette temaet videre:

Medisinsk prioritering etter prinsippet "mest mulig helse for hver krone" har vist seg problematisk å etablere så vel medisinsk som politisk. Forebyggende virksomhet har aldri stått først i køen når midlene skal utdeles. Da har det vært lettere å skape interesse for og ressurser til akuttmedisinen. Et sentralt spørsmål blir følgelig i hvor stor grad politikere skal ta hensyn til emosjonell argumentasjon og la den styre tildelingen av ressurser, når vi vet at dette er i strid med prinsippet "mest mulig helse for hver krone" (NOU, 1998).

Noen sier at "det knives det om de samme pengene", og at noen helsefaglige felt kan lide dersom det blir en feilfordeling av midler. Andre igjen argumenterer med at det er øremerkede midler tilknyttet forskjellige felt. Dette er interessante spørsmål, men det økonomiske feltet er utenfor oppgavens omfang.

I et samfunnssikkerhetsperspektiv er det mange felt og faktorer som kunne vært forsket på innen helsevesenet som f.eks. pandemi, antibiotikaresistens m.m. Tematikken rundt sentralisering av tjenestetilbud og da spesielt akuttkirurgi, ble valgt grunnet aktualitet og den nasjonale debatten som har pågått.

7.3 Forslag til videre forskning og arbeid

Utover risiko- og sårbarhetsanalyser tilknyttet beredskap i norsk helsevesen anbefales det å undersøke mulighetene for å implementere regionale eller nasjonale risikoaktører, da det vil være et nyttig verktøy for kvalitetssikring av beslutningsprosesser.

Det bør også forskes mer på innføring og implementering av et GEOS system i Norge, og her vil NKT-Traume være en viktig aktør. Det tilrådes at Helsedepartementet vurderer dette for

fremtidig implementering i helseorganiseringsprosesser. Dette fordrer at det er innført gjennomgående standardiseringer iht. NKT-Traumes anbefalinger.

Det kan også virke som om det er manglende forskning på risikokommunikasjon internt i helsevesenet, og det anbefales å gjøre mer arbeid på dette området.

Som det framkom under drøftingen, mangler det forskning innenfor forhold som gjelder akuttkirurgi, volum vs kvalitet, overførbarhet fra andre land, og organisering av sykehusstruktur. Det anbefales å gjøre mer arbeid på disse feltene.

Referanser

- Adil, M. (2008). Risk communication in healthcare: An overview. *Journal of Communication in Healthcare*, 1(4), 363-372. doi:10.1179/cih.2008.1.4.363
- Amundsen, I. H. (2015, 25.11.). Folkeopprør mot nedleggelse av akuttkirurgien i Volda. VG. Retrieved from <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse-og-medisin/folkeopproer-mot-nedleggelse-av-akuttkirurgien-i-volda/a/23567621/>
- Aven, T. (2007). *Risikostyring: Grunnleggende prinsipper og ideer*. Oslo.: Universitetsforlaget.
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H., & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aven, T., & Renn, O. (2010). *Risk Management and Governance: Concepts, Guidelines and Applications* (Vol. 16). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bakke, H., & Wisborg, T. (2011). Rural High North: A High Rate of Fatal Injury and Prehospital Death. *Official Journal of the International Society of Surgery/Société Internationale de Chirurgie*, 35(7), 1615-1620. doi:10.1007/s00268-011-1102-y
- Bakke, H. K., Dehli, T., & Wisborg, T. (2014). Fatal injury caused by low - energy trauma - a 10 - year rural cohort. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(6), 726-732. doi:10.1111/aas.12330
- Blaikie, N. (2010). *Designing social research : the logic of anticipation* (2nd ed. ed.). Cambridge: Polity Press.
- Bostrom, A. (2014). Progress in risk communication since the 1989 NRC report: response to 'Four questions for risk communication' by Roger Kasperson. *Journal of Risk Research*, 17(10), 1259-1264. doi:10.1080/13669877.2014.923032
- Brown, P. R., & Olofsson, A. (2014). Risk, uncertainty and policy: towards a social-dialectical understanding. *Journal of Risk Research*, 17(4), 425-434. doi:10.1080/13669877.2014.889204
- COSO. (2016, 2016). About us.
- Den Norske Legeforening. (2014). *Sykehus for fremtiden, innspill til nasjonal sykehusplan*. Retrieved from Oslo:
- Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap. (2012). *Sikkerhet i kritisk infrastruktur og kritiske samfunnsfunksjoner – modell for overordnet risikostyring (KIKS-prosjektet – 1. delrapport)* Retrieved from <http://dsbinfo.no/Global/Publikasjoner/2011/Rapport/KIKS.pdf>
- Eide, K. K., & Nonseid, J. (2015). *Innbyggerundersøkelsen 2015 – Hva mener innbyggerne?* Direktoratet for forvaltning og IKT, (Difi-rapport 2015:5) Retrieved from https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2015_5_innbyggerundersokelsen_2015_hva_mener_innbyggerne.pdf
- Ekspertgruppe: arbeidsgjevar- og arbeidstakarorganisasjonar og KS. (2014). *Nasjonale kvalitetskrav og systemer*. Retrieved from
- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science & Medicine*, 31(12), 1347-1363. doi:10.1016/0277-9536(90)90074-3
- Forskrift om konsekvensutredninger for tiltak etter sektorlover. (2014). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-12-19-1758>.

- Gaard, M., Tveit, K. M., & Hafstad, A. (2015). *Kreftkirurgi i Norge*, Helsedirektoratet, (IS-2284) Retrieved from https://helsedirektoratet.no/Documents/Nyheter/IS-2284_Rapport_om_kreftkirurgi_i_Norge.pdf
- Garcia-Retamero, R., Galesic, M., & SpringerLink. (2013). *Transparent Communication of Health Risks : Overcoming Cultural Differences*. New York: Springer New York.
- Helse Nord. (2015). *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*. Tromsø: Helse Nord.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014, 24.11.2014). De regionale helseforetak Retrieved from (8.11) <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>
- Helse Sør-Øst. (2015). *Retningslinjer for risikostyring i Helse Sør-Øst*. Tromsø: Helse Sør-Øst.
- Helse Vest RHF. (2015). *Nasjonal bemanningsmodell*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/5d58cd92864846f49e3b5ebf374063ce/vedlegg2_dokumentasjon_nasjonal_bemanningsmodell.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf.
- Helse- og omsorgskomiteen. (2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Oslo.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen*. (IS-1877). Oslo Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2013). *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten*. (IS-2108). Oslo Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/150/Oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-IS-2108.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2015). Helsedirektoratets vurdering av lokalsykehus og akuttfunksjon.
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Helsetilsynet. (2010). *Risikobildet av norsk kreftbehandling. Rapport fra Helsetilsynet (4/2010)* Retrieved from https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport_4_2010.pdf
- Helsetilsynet. (2013). *Hvilke steiner er fortsatt ikke snudd? Oppfølgende undersøkelse i 2012 av Rapport fra Helsetilsynet 4/2010 "Risikobildet av norsk kreftbehandling"* Retrieved from https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/risiko_kreftbehandling_2013.pdf
- Helsetilsynet. (2014). *Høring – legers spesialitetsstruktur og veileder akuttmottak*. (Høringsbrev av 10.10.2014). Retrieved from

- <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2014/Legers-spesialitetsstruktur-og-veileder-akuttmottak-horing/>.
- Helsetilsynet. (2016). Oppgaver og organisering – Statens helsetilsyn. Retrieved from <https://helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Om-tilsynsmyndighetene/Oppgaver-organisering-Statens-helsetilsyn/>
- Heyman, B., Alaszewski, A., & Brown, P. (2012). Health care through the 'lens of risk' and the categorisation of health risks – An editorial. *Health, Risk & Society*, 14(2), 107-115. doi:10.1080/13698575.2012.663073
- Holand, I., Lujala, P., & Rød, J. K. (2011). Social vulnerability assessment for Norway: A quantitative approach. *Norsk Geografisk Tidsskrift - Norwegian Journal of Geography*, 65(1), 1-17. doi:10.1080/00291951.2010.550167
- Hutter, B. M. (2008). Risk regulation and health care. *Health, Risk & Society*, 10(1), 1-7. doi:10.1080/13698570701782338
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jansen, J. O., Morrison, J. J., Wang, H., He, S., Lawrenson, R., Hutchison, J. D., & Campbell, M. K. (2015). Access to specialist care: Optimizing the geographic configuration of trauma systems. *The journal of trauma and acute care surgery*, 79(5), 756. doi:10.1097/TA.0000000000000827
- Krewski, D., Hogan, V., Turner, M. C., Zeman, P. L., McDowell, I., Edwards, N., & Losos, J. (2007). An Integrated Framework for Risk Management and Population Health. *Human and Ecological Risk Assessment: An International Journal*, 13(6), 1288-1312. doi:10.1080/10807030701655798
- Kristin Ørmen Johnsen. (2015, 25.05.). En forenkling av sykehusdebatten. *NRK.no*. Retrieved from <https://www.nrk.no/ytring/en-forenkling-av-sykehusdebatten-1.12378462>
- Leiss, W. (1996). Three Phases in the Evolution of Risk Communication Practice. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 545, 85-94.
- Lofstedt, R. E. (2010). Risk communication guidelines for Europe: a modest proposition. *Journal of Risk Research*, 13(1), 87-109. doi:10.1080/1369870903126176
- Lupton, D. (2013). *Risk* (2nd ed. ed.). London: Routledge.
- Meld. St. 11 (2014-2015). (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Helse- og omsorgsdepartementet, Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/4db4e7d94a4687946baa063cd683d5/no/pdfs/stm201420150011000dddpdfs.pdf>.
- Meld. St. 11(2015–2016). (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Meld. St. 13 (2011-2012). (2012). *Utdanning for velferd*. Oslo: Kunnskapsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>.
- Meld. St. 16 (2010–2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi. (2015a). *Nasjonal Traumeplan*. Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi. (2015b). *Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge*. Oslo.

- National Research Council, S. (1982). *Risk Assessment in the Federal Government: Managing the Process*
- National Research Council, S. (1988). *Improving Risk Communication*
- Nicholl, J., West, J., Goodacre, S., & Turner, J. (2007). The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study. *Emergency Medicine Journal*, 24(9), 665. doi:10.1136/emj.2007.047654
- NOU. (1998). *Hvis det haster..... - Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. (1998: 9). Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- NOU. (2015). *Først og fremst: Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. (2015:17). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.
- Nykvist, K. (2015, 02.12.). Sykehusdebatt på livet løs. *Nationen*. Retrieved from <http://www.nationen.no/meninger/sykehusdebatt-pay-livet-las/?share=P%2BOSXkoI4pBAdl2f8H%2F3BIR4QkneLuDRBreRPUftReBGzu8yEA6knDn8RO45kkFwRe2JC9zkbBzVwEJec%2FeB%2BYDQyTDP3FSHpymsgb6eJVjxr8HhnocaA1OfRPEtDASSt60mIkbXYDuQaPGosu9XhdsxA%2FgH%2FAeCmKN3QhsvhVM%3D>
- Pedersen, M., & Rønningen, L. (2015). *Sentralisering av akuttkirurgi – Sykehusopphold og ambulanseaktivitet berørt* Helsedirektoratet, (IS-2424) Retrieved from [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1126/Sentralisering av akuttkirurgi. Sykehusopphold og ambulanseaktivitet ber%C3%B8rt. IS-2424.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1126/Sentralisering%20av%20akuttkirurgi.%20Sykehusopphold%20og%20ambulanseaktivitet%20ber%C3%B8rt.%20IS-2424.pdf)
- Regjeringen. (1994). Norges Offentlige Utredning. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>
- Regjeringen. (2015). Om høringer. Retrieved from <https://www.stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Arbeidet/Horinger/>
- Regjeringen. (2016). Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>
- Renn, O. (2008). *Risk governance : coping with uncertainty in a complex world*. London: Earthscan.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet : fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Schiøtz, A. (2016, 20.01.). Spillet om lokalsykehusene. *Bergens Tidende*. Retrieved from <http://www.bt.no/btmeninger/kronikk/Spillet-om-lokalsykehusene-310011b.html>
- Senter for Statlig Økonomistyring. (2006). *Risikostyring i staten: håndtering av risiko i mål- og resultatstyring*. Oslo: Senter for statlig økonomistyring,.
- Sivertsen, T. G. (2015, 20.01). Folk bør engasjere seg i sykehusdebatten nå *vol.no*. Retrieved from <http://www.vol.no/nyheter/andoy/article10560374.ece>
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. (St.meld. nr. 43 (1999-2000)). Oslo: Departementet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.
- St.meld. nr. 43 (1999-2000). (2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. Sosial- og helsedepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/6d416043caa545e1ace76fef809637f8/no/pdffa/stm199920000043000dddpdfa.pdf>.

- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- The institute of internal auditors. (2010). *IIA Risk Summit Practitioner Answers*. USA: The institute of internal auditors Retrieved from https://na.theiia.org/standards-guidance/Public Documents/IIA_Risk_Summit_Practitioner_Answers.pdf.
- Tinker, T. L. (1996). Recommendations to Improve Health Risk Communication: Lessons Learned from the U.S. Public Health Service. *Journal of Health Communication, 1*(2), 197-217. doi:10.1080/108107396128149
- Tyshenko, M., & Paterson, C. (2014). *SARS Unmasked : Risk Communication of Pandemics and Influenza in Canada* (Vol. v.34). Montréal: McGill-Queen's University Press.
- Vaughan, E., & Tinker, T. (2009). Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations.(INFLUENZA PREPAREDNESS AND RESPONSE FOR VULNERABLE POPULATIONS)(Author abstract)(Report). *The American Journal of Public Health, 99*(11), S324. doi:10.2105/AJPH.2009.162537)

Vedlegg

Vedlegg A: Tabell 12.1 fra Sykehusplanen: Scenarier for sykehusstørrelser

2015–2016

Meld. St. 11

111

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Tabell 12.1

Sykehus med somatiske akuttfunksjoner	Opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen	Forutsetninger/spesielle forhold	Scenario 1: Tilpassede akuttfunksjoner	Scenario 2: Alle sykehus må ha akuttkirurgi
<i>Helse Nord-Trøndelag</i> Innherred (Levanger) Namsos	96 000 40 000	Namsos har lite pasientgrunnlag. Lange avstander gjør det nødvendig med fortsatt akutt kirurgi på sykehuset. Det vil være nødvendig med særskilte tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulering, hospitering og fordeling av planlagt kirurgi. Forutsetter nært samarbeid med Innherred og St. Olavs Hospital	Namsos beholder akuttkirurgi.	Namsos beholder akuttkirurgi.
<i>St. Olavs Hospital</i> St. Olav Orkdal	221 000 85 000	Orkdal har kort reiseavstand til St. Olavs hospital. Helseforetaket utreder framtidig tjenestetilbud ved Orkdal sjukehus.	Orkdal kan ha akutt indremedisin, eller både akutt indremedisin og akutt kirurgi pga stort opptaksområde.	Orkdal beholder akuttkirurgi hvis sykehuset fortsatt skal ha akuttfunksjon.
<i>Helse Møre og Romsdal</i> Ålesund Molde Kristiansund Volda	98 000 70 000 49 000 42 000	Kristiansund og Volda har lite pasientgrunnlag. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er besluttet (opptaksområde blir 119 000 innbyggere). I Kristiansund skal det etableres et distriktsmedisinsk senter.	Volda kan bli akuttsykehus med akutt indremedisin, anestesi, planlagt kirurgi, men uten døgnvakt i generell kirurgi.	Volda omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
<i>Helse Førde</i> Førde Nordfjord Lærdal	65 000 25 000 20 000	Lærdal og Nordfjord sjukehus har gjennomført omstilling og har i dag akuttfunksjon i indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi, men ikke i akuttkirurgi.	Ingen endring	Nordfjord og Lærdal omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
<i>Helse Bergen</i> Haukeland universitetssykehus Voss	400 000 30 000	Voss har lite lokalt pasientgrunnlag, men har pasienter fra Helse Fonna og Helse Førde. Sykehuset har nettverkssamarbeid med Haukeland, og har fått tilført oppgaver innen mage-tarm kirurgi som gir grunnlag for kirurgisk akuttfunksjon i dag og i framtiden. Forutsetningen er at samarbeidsmodellen videreføres.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss beholder akuttkirurgi.
<i>Haraldsplass</i>	140 000		Ingen endring	Ingen endring

Tabell 12.1

Sykehus med somatiske akuttfunksjoner	Opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen	Forutsetninger/spesielle forhold	Scenario 1: Tilpassede akuttfunksjoner	Scenario 2: Alle sykehus må ha akuttkirurgi
<i>Helse Fonna</i> Haugesund Stord Odda	117 000 49 000 12 000	Stord og Odda har lite pasientgrunnlag. Det er kort reiseavstand fra Stord til Haugesund sjukehus. Andelen pasienter fra eget opptaksområde som behandles akuttkirurgisk i Odda, er 15 prosent.	Stord kan bli akuttstusykehus med akutt indremedisin, anestesi, planlagt kirurgi men uten døgnvakt i generell kirurgi. Odda må vurderes særskilt pga lite opptaksområde.	Stord og Odda omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
<i>Helse Stavanger</i> Stavanger universitetssykehus	350 000		Ingen endring	Ingen endring
<i>Sørlandet sykehus</i> Kristiansand Arendal Flekkefjord	160 000 90 000 40 000	Flekkefjord har lite pasientgrunnlag. Det er gjort et midlertidig vedtak om å overføre større bukoperasjoner til Kristiansand av kvalitetshensyn.	Flekkefjord kan bli akuttstusykehus med akutt indremedisin, anestesi, planlagt kirurgi, men uten døgnvakt i generell kirurgi.	Flekkefjord omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
<i>Sykehuset Telemark</i> Skien Notodden	125 000 42 000	Notodden har lite pasientgrunnlag. Notodden har nylig overtatt somatiske akuttfunksjoner fra Rjukan og det er viktig å stabilisere akutttilbudet til befolkningen i Telemark. Forutsetningen for å opprettholde dagens akutttilbud er nært samarbeid med Skien om fordeling av planlagt kirurgi, ambulerende og hospiteringsordninger.	Notodden beholder akuttkirurgi.	Notodden beholder akuttkirurgi.
<i>Vestre Viken</i> Drammen Bærum Ringerike Kongsberg	165 000 170 000 80 000 50 000	Kongsberg har lite pasientgrunnlag. Akutttilbudet er omstilt ved at Kongsberg fortsatt har akutt ortopedi, mens generell kirurgi er overført til Drammen.	Ingen endring	Kongsberg omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
<i>Sykehuset Vestfold</i>	220 000		Ingen endring	Ingen endring
<i>Oslo universitetssykehus</i>	220 000		Ingen endring	
<i>Akershus universitetssykehus</i>	470 000		Ingen endring	Ingen endring

Tabell 12.1

Sykehus med somatiske akutfunksjoner	Opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen	Forutsetninger/spesielle forhold	Scenario 1: Tilpassede akutfunksjoner	Scenario 2: Alle sykehus må ha akuttkirurgi
<i>Lovisenberg Diakonhjemmet</i>	142 000 132 000	Lovisenberg har ikke akuttkirurgi, men akutt indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi.	Ingen endring	Lovisenberg vurderes omgjort til sykehus med bare planlagt aktivitet eller akuttkirurgi gjeninnføres.
<i>Sykehuset Innlandet Gjøvik Hamar Lillehammer Elverum Kongsvinger Tynset</i>	113 000 79 000 70 000 51 000 42 000 18 000	Elverum, Kongsvinger og Tynset har lite pasientgrunnlag. Elverum har fortsatt akutt ortopedi, mens generell kirurgi er overført til Hamar. Hamar har ikke akutt ortopedi. Helseforetaket utreder framtidig struktur. Blant alternativene er ett felles akuttsykehus i Mjøsområdet eller å opprettholde flere akuttsykehus. Helse Sør-Øst utreder endret tilknytning for Kongsvinger sykehus. Alternativet er overføring til AHUS. Lange avstander gjør det nødvendig med fortsatt akuttkirurgi på Tynset. Videreføring av akuttkirurgi på Tynset forutsetter nært samarbeid med de øvrige sykehusene i Sykehuset Innlandet om tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulering, hospitering og overføring av planlagt kirurgi.	Tynset beholder akuttkirurgi. Øvrig struktur avhenger av resultat av pågående utredninger.	Tynset beholder akuttkirurgi. Øvrig struktur avhenger av resultat av pågående utredninger
<i>Sykehuset Østfold</i>	280 000		Ingen endring	Ingen endring

Oppsummering

Scenario 1 Akuttsykehus med tilpassede akutfunksjoner

Definisjon: Akuttsykehus som minst har akutt indremedisin, anestisiberedskap og planlagt kirurgi

For sykehusene vil dette scenariet bety:

- Alle sykehusene som i dag har akutfunksjoner vil fortsatt kunne ha dette.
- Fem sykehus: Narvik, Lofoten, Volda, Stord, og Flekkefjord, kan omstille sine akutfunksjoner

slik at de får akutfunksjon i indremedisin, men ikke i generell kirurgi.

For pasientene vil dette scenariet bety:

- De fleste pasientene som i dag får sitt akutttilbud lokalt, vil kunne få det også i framtiden.
- Fødetilbudet vil kunne opprettholdes ved de sykehusene som har dette i dag.
- Det vil fortsatt være planlagt kirurgi på alle akuttsykehus.

Scenario 2 Alle sykehus må ha akuttkirurgi

Definisjon: alle sykehus med akuttfunksjoner skal ha døgnskuttberedskap i både indremedisin, generell kirurgi og anestesi.

For sykehusene vil dette scenariet bety:

- Det blir færre sykehus med akuttfunksjoner i framtiden.
- 10 sykehus: Narvik, Lofoten, Volda, Stord, Odda, Flekkefjord, Lærdal, Nordfjord, Kongsberg og Elverum, vil måtte legge ned akutt-

funksjonen i indremedisin og mister dermed alle akuttfunksjoner.

- Det blir nødvendig med omstillinger av fødetilbudet på flere av disse sykehusene.

For pasientene vil dette scenariet bety:

- Pasientene som hører til disse sykehusene vil miste sitt akutttilbud.
- Flere gravide vil miste sitt lokale fødetilbud.

Universitetet i Tromsø

2016