



Metier

Risiko- og sårbarhetsanalyse av prehospitale tjenester i Asker og Bærum

Rapport fra analyse gjennomført 10. januar 2025

Risiko- og sårbarhetsanalyse av prehospitale tjenester i Asker og Bærum

Revisjonsnummer: 1.0

Dato: 20. januar 2025

Oppdragsgiver: Helse Sør-Øst

Prosessleder ROS-analyse: Jonas Chaiba, Metier

Sammendrag

Oppdraget

Metier har fasilitert en Risiko- og sårbarhetsanalyse («ROS-analyse») av «Prehospitale tjenester i Asker og Bærum», som er et delprosjekt til det regionale prosjektet «Organisering av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst».

Hensikten med ROS-analysen er å gjøre en kvalitativ analyse av identifiserte risikoer knyttet til de prehospitale tjenestene («PHT»), og belyse forskjeller i risiko mellom de utledede løsningsalternativene for organisering av PHT i Asker og Bærum, som foreligger pr. januar 2025.

Prosessleders vurdering og oppsummering

Det ble 12. desember 2024 gjennomført en ROS-analyse av organiseringen av de prehospitale tjenestene i Asker og Bærum hvor sentrale ressurser med relevante faglige kvalifikasjoner fra Oslo Universitetssykehus HF («OUS»), Vestre Viken HF («VV») og Helse Sør-Øst («HSØ») deltok. Se egen rapport for nærmere beskrivelser av denne analysen. Som følge av uenigheter i risikovurderingene mellom OUS og VV i analysen, ble det anbefalt at en objektiv tredjepart bør gjøre en ny vurdering av risikoene. Dette for å sikre større objektivitet i vurderingene, herunder å sikre at vurderingene i større grad baserer seg på et HSØ- og samfunnsperspektiv, og ikke kun det enkelte helseforetaks perspektiv. Hensikten er at ROS-analysen skal kunne inngå som en del av utredningsunderlaget i fremtidig beslutningssituasjon.

Med bakgrunn i dette, inviterte HSØ faglig kvalifiserte tredjeparter fra tre ulike helseforetak til en ny vurdering av de identifiserte risikoene knyttet til organisering av PHT i Asker og Bærum. De inviterte kom fra Helse Midt-Norge RHF, Sykehuset Telemark HF og Akershus universitetssykehus HF («Ahus»). I tillegg deltok representanter fra HSØ. Se kapittel 4.1 for deltakerliste.

Den nye ROS-analysen ble gjennomført med en fire timers gruppesamling i Oslo 10. januar 2025. Relevant utredningsunderlag og rapporten fra ROS-analysen av 12. desember 2024, ble sendt til analysegruppen på forhånd for å tilrettelegge for en effektiv prosess.

Gruppesamlingen startet med en gjennomgang av metodikk og formål med analysen, samt en gjennomgang av de identifiserte risikoene fra forrige ROS-analyse. Deretter ble det gjort vurderinger av sannsynlighet og konsekvens ved hver av de identifiserte risikoene. Analysen ble gjort for hvert av løsningsalternativene, med unntak av nullalternativet (dagens situasjon) og alternativ 3 som innebærer at VV overtar ansvaret for Asker kommune, og at OUS beholder ansvaret for Bærum kommune som i dag. Begrunnelsen for å ekskludere disse alternativene fra analysen, er at utredningen ikke ønsker å gå videre med alternativene da de er ansett som svakere enn øvrige alternativer.

Metiers vurdering er at analysen ble gjennomført på en tilfredsstillende måte, og at de inviterte deltakerne ga analysen en styrket robusthet gjennom deres faglige integritet og objektivitet til utredning og løsningsalternativer. Konsekvens og sannsynlighet ved de identifiserte risikoene ble nøye diskutert og vurdert av analysegruppen. Ved de risikoene hvor det ikke foreligger data en kan vurdere ut ifra, la deltakerne til grunn sine erfaringer og kompetanse innen PHT i vurderingssituasjon.

Som det fremkommer av resultatene fra analysen, jf. kapittel 3, ble alternativ 2, som innebærer at VV overtar ansvaret for PHT i Asker og Bærum, vurdert å være det mest risikable alternativet med seks risikoer på rødt nivå og tre på gult nivå. Alternativ 1, OUS beholder ansvaret for kommunene Asker og Bærum som i dag, og tar i tillegg over ansvaret for ambulanse og pasientreiser i tidligere Røyken og Hurum kommuner, ble vurdert som det nest mest risikable alternativet, med tre risikoer på gult nivå. Alternativ 0+, som innebærer at OUS beholder ansvaret for PHT i kommunene Asker og Bærum som i dag, men med tiltak som skal redusere dages ulemper, ble vurdert å være alternativet med minst risiko med kun én risiko på gult nivå og ingen på rødt.

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	Oppdraget.....	1
1.2	Prosessen	1
1.3	Kort om prosjektet	1
2	METODE.....	2
2.1	Metodikk	2
3	RESULTATER	6
3.1	Alternativ 0+	6
3.2	Alternativ 1.....	7
3.3	Alternativ 2.....	8
3.4	Oppsummering.....	9
4	VEDLEGG	10
4.1	Agenda og deltagerliste	10
4.2	Beskrivelser av sannsynlighet og konsekvens for alternativ 0+	11
4.3	Beskrivelser av sannsynlighet og konsekvens for alternativ 1.....	13
4.4	Beskrivelser av sannsynlighet og konsekvens for alternativ 2	15

1 Innledning

1.1 Oppdraget

Metier har fasilitert en ROS-analyse av tre ulike løsningsalternativer for organisering av de prehospitaltjenestene i Asker og Bærum. Hensikten med analysen har vært å:

- Identifisere, konkretisere og vurdere potensielle risikoer og sårbarheter for de prehospitaltjenestene ved tre ulike løsningsalternativer med formål om å kunne sammenligne og vurdere alternativene mot hverandre
- Skape en felles forståelse av risikoer på tvers av ulike virksomheter og aktører
- Bidra til et godt kvalitativt grunnlag som skal støtte videre beslutningstaking

1.2 Prosessen

ROS-analysen ble gjennomført med en fire timers gruppesamling i Oslo 10. januar 2025. Beskrivelser av metodikk, kriterier for sannsynlighet og konsekvens, samt forhåndsidentifiserte risikoer ble sendt til analysegruppen én uke før gruppesamlingen for å tilrettelegge for en effektiv prosess. Sentrale ressurser med relevante faglige kvalifikasjoner fra Helse Midt- Norge, Sykehuset Telemark, Ahus og HSØ deltok. Se vedlegg i kapittel 4.1 for beskrivelse av agenda og deltakerliste i gruppesamlingen.

1.3 Kort om prosjektet

Det pågår en utredning av konsekvensene ved å flytte det prehospitalt ansvaret for Asker og Bærum til Vestre Viken. Det er i arbeidet gjennomført ulike analyser for tilgjengelighet, responstid og samtidighetskonflikter. Videre er det kartlagt forhold knyttet til kvalitet i samarbeid mellom nødetater, økonomiske konsekvenser, ansattes innstilling til endringen og Vestre Vikens opplevde utfordringer med dagens løsning. I utredningen vurderes fem ulike løsningsalternativer, inkludert dagens situasjon (nullalternativet). I denne ROS-analysen ble kun løsningsalternativ 0+, 1 og 2 vurdert med begrunnelse i at nullalternativet og alternativ 3 er svakere alternativer enn de øvrige, og sånn sett mindre relevante for videre analyse.

Om nullalternativet og 0+ spesielt: analysegruppen vurderte at det ikke var behov for separate analyser av disse alternativene. Vestre Viken HF har pekt på mange ulemper knyttet til dagens situasjon, og felles for praktisk talt alle er at gruppen gjennom diskusjonen kom til at de kan påvirkes og forbedres gjennom nærmere samarbeid og bedre avtaler mellom helseforetakene. Det er vurdert som vanskelig å detaljere disse tiltakene uten en egen prosess som har dette som eksplisitt formål.

- **Nullalternativet:** dagens situasjon hvor Oslo universitetssykehus har ansvaret for PHT i Asker og Bærum uten korrigerende tiltak for de ulemper som er i dag. **Ikke vurdert i denne ROS-analysen.**
- **Alternativ 0+:** Oslo universitetssykehus beholder ansvaret for kommunene Asker og Bærum som i dag, men med tiltak som skal redusere dagenes ulemper.
- **Alternativ 1:** Oslo universitetssykehus beholder ansvaret for kommunene Asker og Bærum som i dag, og tar i tillegg over ansvaret for ambulanse og pasientreiser i tidligere Røyken og Hurum kommuner.
- **Alternativ 2:** Vestre Viken overtar ansvaret for Asker og Bærum innen ambulanse og pasientreiser og beholder ansvaret for tidligere Røyken og Hurum kommuner.

- **Alternativ 3:** Vestre Viken overtar ansvaret for hele Asker kommune, og Oslo universitetssykehus beholder ansvaret for Bærum kommune som i dag. **Ikke vurdert i denne ROS-analysen.**

2 Metode

En ROS-analyse er en systematisk tilnærming for å identifisere, vurdere og håndtere risikoer og sårbarheter i en organisasjon eller et prosjekt. Den har som mål å avdekke potensielle trusler og konsekvenser som kan påvirke sikkerhet, drift eller måloppnåelse. Ved å analysere risikoens sannsynlighet og konsekvenser, kan man ta avgjørelser basert på hvilke løsninger som vil bli minst påvirket av negative hendelser.

Videre i kapittelet beskrives det hvordan ROS-analysen ble tilpasset og gjennomført for formålet med utredningen, definert i delkapittel 1.1.

2.1 Metodikk

Metodikken lagt til grunn er basert på Metiers beste praksis for risikoanalyser, og er tilpasset fasen som delprosjektet er i; tidlig fase utredning. Metodikken baserer seg på følgende 3 steg:

Steg 1: Definere konsekvensområder

Et konsekvensområde er et organisatorisk, geografisk eller funksjonelt område som skal analyseres. I analysen har vi valgt å definere følgende fem konsekvensområder som skal danne utgangspunkt for identifikasjon av konkrete risikoer.

1. Pasientsikkerhet

Konsekvensområdet omfatter evnen til å levere rask akuttmedisinsk hjelp som ivaretar et forsvarlig nivå på pasientsikkerhet, jf. akuttmedisinforskriften §10. Dette inkluderer beredskap i Stor-Oslo, både for enkeltoppdrag, og ved større hendelser.

2. Beredskapssamarbeid med andre nødetater

Konsekvensområdet inkluderer samarbeid med andre nødetater. Det handler om den samlede beredskapstjenestens kapasitet til å levere samfunnskritiske tjenester, spesielt evnen til å samarbeide på tvers av etater ved større hendelser, men også dag til dag samarbeid og trening, jf. akuttmedisinforskriften §4.

3. Enhetlig PHT

Konsekvensområdet omfatter i hvilken grad organiseringen av PHT legger til rette for utvikling av en enhetlig tjeneste, jf. definert mål for den regionale utredningen for organisering av PHT. Inkluderer også brukernes opplevelse av tjenesten, herunder opplevd sikkerhet og pasientbehandling, jf. definert mål for den regionale utredningen som sier at organiseringen av PHT skal «sikre best mulig pasientbehandling».

4. Arbeidsmiljø / Ansatte

Konsekvensområdet omfatter risikoer knyttet til ansattes arbeidshverdag, arbeidsvilkår og trivsel ved dagens løsning eller ved omorganisering, jf. bl.a. arbeidsmiljøloven.

5. Økonomi og ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft

Konsekvensområdet omfatter evnen til å bruke de samlede ressursene til de prehospitale tjenestene i Helse Sør-Øst på en effektiv og hensiktsmessig måte, jf. definert mål for den regionale utredningen for organisering av PHT.

Steg 2: Definere uønskede hendelser

En hendelse i en ROS-analyse refererer til en uønsket situasjon eller faktor som kan påvirke en virksomhet eller et prosjekt negativt. Dette kan inkludere eksterne faktorer som økonomiske endringer eller politiske beslutninger, samt interne faktorer som teknologiske eller menneskelige feil. Alle identifiserte hendelser med relevans for analysen er koblet til et konsekvensområde, og er listet opp i Tabell 1 nedenfor.

Det ble i analysen tatt utgangspunkt i de hendelsene som ble identifisert i forrige ROS-analyse (12. desember 2024). Hendelsene ble gjennomgått og forankret med deltakerne i gruppesamlingen, og det ble vurdert å ekskludere hendelse med id. 22 og 23 fra videre analyse med begrunnelse i at disse er mer relevante for de spesifikke helseforetak (VV og OUS), og mindre relevante i et HSØ-perspektiv. Videre ble det gjort mindre tekstlige endringer og spesifiseringer for hendelse 1, 4, 17, 8, 12 og 13. Hendelse 17 ble omgruppert fra konsekvensområde 5: Økonomi og ressursbruk til konsekvensområde 1: Pasientsikkerhet, sammenlignet med analysen av 12. desember 2024. Analysegruppen vurderte at gitt nevnte endringer, ivaretar hendelsene gjengitt i Tabell 1 de viktigste risikoene knyttet til PHT.

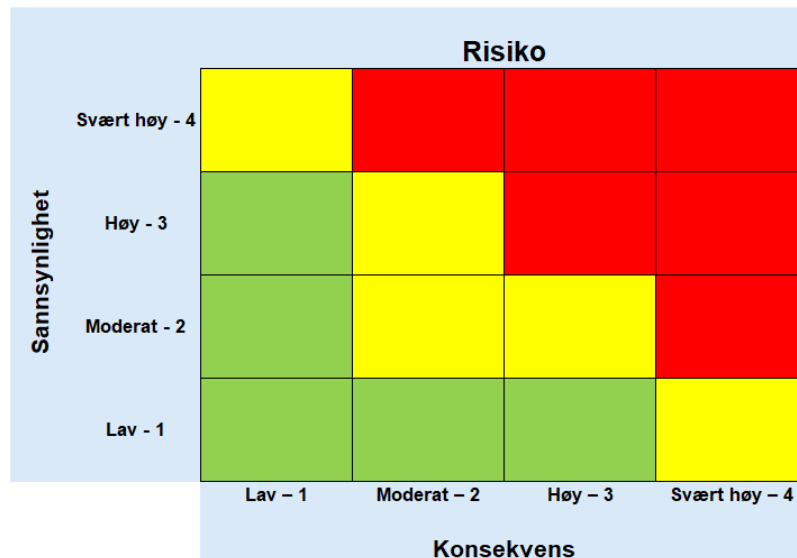
Tabell 1 Liste over hendelser pr. konsekvensområde

ID	Hendelse
Konsekvensområde 1: Pasientsikkerhet	
1	Responstiden øker som medfører manglende evne til å bringe personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til skadested.
2	Svekket evne til å kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser.
3	Samhandling mellom AMK og ambulansetjenesten blir svekket.
4	Nøddanrop rutes feil.
14	Manglende harmonisering av innføring av nytt utstyr mellom Bærum sykehus og PHT OUS.
17	Operative grenser i tett befolkede områder vil by på utfordrende grensesnitt operativt.
20	Redusert redundans ved nødmeldinger.
Konsekvensområde 2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	
5	Svekket samarbeid og koordinering med politiet fører til redusert samfunnssikkerhet.
6	Svekket samarbeid og koordinering med brannvesenet fører til redusert samfunnssikkerhet.
16	Ulik bruk av helsesim mellom VV og OUS.
19	Ulik beredskapskultur mellom Bærum sykehus og OUS.
Konsekvensområde 3: Enhetlig PHT	

7	Helseforetakene (OUS og VV) har ulikheter i sine kontroll- og styringssystemer som følge av ulik organisering. Bidrar til ineffektiv styring og kontroll som påvirker pasienter, ansatte og øvrige (som f.eks. kommunene).
9	Pasientreiser evner ikke å gi et godt nok tilbud for nødvendig transport.
15	Manglende kapasitetsutnyttelse i VV siden PHT ikke er en del av foretakets ledelse.
18	Fravær av felles rutiner for OUS og Bærum sykehus.
	Konsekvensområde 4: Arbeidsmiljø og ansatte
8	De prehospitale tjenestene oppleves ikke som enkle og forutsigbare for ansatte.
10	Mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold.
	Konsekvensområde 5: Økonomi og ressursbruk
11	Økte driftskostnader for prehospitale tjenester totalt sett gir ineffektiv bruk av HSØs ressurser for PHT.
12	Det blir økt behov for PHT personell sammenliknet med dagens situasjon.
13	Større kostnader knyttet til evt. omorganisering enn antatt gir dårligere økonomi for HSØ.
21	Utilstrekkelig utnyttelse av intensivkapasitet i VV.
22	VV er ikke i stand til å innfri bærekraftsplan på 500 MNOK som følge av dagens organisering. Ikke videre vurdert i denne analysen.
23	Negativ økonomisk konsekvens for OUS ved omorganisering. Ikke videre vurdert i denne analysen.

Steg 3: Gjennomføre en analyse av hver hendelse

Steg 3 omfatter en kvalitativ begrunnelse for valgt sannsynlighet og konsekvens, og en kvantitativ score for tilsvarende. Kombinasjonen av sannsynlighet og konsekvens gir en grønn, gul eller rød markering i matrisen vist i Figur 1.



Figur 1 Risikomatrise

Vurderingene av sannsynlighet og konsekvens er basert på kriteriene gitt i hhv. Tabell 2 og Tabell 3. Kriteriene ble diskutert, noe tekstlig endret og forankret i gruppesamlingen. I analysen forutsettes det at grad av konsekvens for hver hendelse er lik for alle løsningsalternativene, mens grad av sannsynlighet vil være ulik for alternativene.

Tabell 2 Beskrivelse av skala for sannsynlighet

Sannsynlighet			
1 – Lav	2 – Moderat	3 – Høy	4 – Svært høy
Sannsynligheten for at hendelsen inntreffer er svært liten. Det er ingen kjente tilfeller av hendelsen i dag / det vurderes at hendelsen med overveiende sannsynlighet ikke vil forekomme for gitt alternativ.	Det er moderat sannsynlighet for at hendelsen vil inntreffe. Det finnes enkelttilfeller i dag / det vurderes at det vil forekomme enkelttilfeller for gitt alternativ.	Det er en overveiende sannsynlighet for at hendelsen inntreffer. Det finnes flere kjente tilfeller i dag / det vurderes at det vil oppstå flere tilfeller av hendelsen for gitt alternativ.	Det er svært stor sannsynlighet for at hendelsen inntreffer. Hendelsen oppstår regelmessig i dag / det vurderes at hendelsen vil inntreffe systematisk for gitt alternativ.

Tabell 3 Beskrivelse av skala for konsekvens

Konsekvens			
1 – Lav	2 – Moderat	3 – Høy	4 – Svært høy
Liten eller ingen negativ innvirkning på PHT i VV og/eller OUS.	Konsekvensene er merkbare og vil føre til enkelte ulemper, men vil i mindre grad påvirke PHT i VV og/eller OUS og deres evne til å levere deres tjenester.	Konsekvensene vil ha en betydelig innvirkning på PHT i VV og/eller OUS og deres evne til å levere deres tjenester.	Konsekvensene er kritiske, og kan forhindre PHT i VV og/eller OUS i å kunne levere rask og akuttmedisinsk hjelp. Hendelsen kan i ytterste konsekvens medføre tap av liv.

3 Resultater

I kapittel 3 presenteres resultatene av ROS-analysene for de tre analyserte alternativene. Hvert delkapittel tar for seg ett alternativ.

3.1 Alternativ 0+

OUS beholder ansvaret for kommunene Asker og Bærum som i dag, men med tiltak som skal redusere dagenes ulemper

Resultatene fra analysen av alternativ 0+ oppsummeres i matrisen under. For en nærmere beskrivelse av vurderingene for alternativet vises det til kapittel 4.2.

		Risiko			
Sannsynlighet	Svært høy - 4				
	Høy - 3				
	Moderat - 2		4		
	Lav - 1	2, 3, 8, 9, 14, 15, 16, 18, 19	7, 10, 11, 13	1, 5, 6, 12, 17, 20, 21	
		Lav – 1	Moderat – 2	Høy – 3	Svært høy – 4
Konsekvens					

Figur 2 - Risikomatrise Alternativ 0+

Som det kommer frem av matrisen, ble det vurderte å ikke være noen større risikoer (på rød farge) ved 0+ alternativet. Risiko 4 – Nødanrop rutes feil, ble vurdert til gult nivå siden dette forekommer i dag og ikke vil endres i 0+ alternativet.

3.2 Alternativ 1

OUS beholder ansvaret for kommunene Asker og Bærum som i dag, og tar i tillegg over ansvaret for ambulanse og pasientreiser i tidligere Røyken og Hurum kommuner

Resultatene fra analysen av alternativ 1 oppsummeres i matrisen under. For en nærmere beskrivelse av vurderingene for alternativet vises det til kapittel 4.3.

		Risiko			
Sannsynlighet	Svært høy - 4				
	Høy - 3		10, 13		
	Moderat - 2			4	
	Lav - 1	2, 3, 8, 9, 14, 15, 16, 18, 19	7, 11	1, 5, 6, 12, 17, 20, 21	
		Lav - 1	Moderat - 2	Høy - 3	Svært høy - 4
Konsekvens					

Figur 3 - Risikomatrix Alternativ 1

Som det kommer frem av matrisen, ble det vurderte å ikke være noen større risikoer (på rød farge) ved alternativ 1, men følgende risikoer ble vurdert til gult nivå:

- 4 – Nødanrop rutes feil
- 10 – Mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold.
- 13 – Større kostnader knyttet til evt. omorganisering enn antatt gir dårligere økonomi for HSØ

3.3 Alternativ 2

VV overtar ansvaret for Asker og Bærum innen ambulanse og pasientreiser og beholder ansvaret for tidligere Røyken og Hurum kommuner

Resultatene fra analysen av alternativ 2 oppsummeres i matrisen under. For en nærmere beskrivelse vurderingene for alternativet vises det til kapittel 4.4.

		Risiko			
		Lav – 1	Moderat – 2	Høy – 3	Svært høy – 4
Sannsynlighet	Svært høy - 4		11	12	
	Høy - 3		10, 13	4, 5, 6, 17	
	Moderat - 2	9		1	
	Lav - 1	2, 3, 8, 14, 15, 16, 18, 19	7	20, 21	
		Konsekvens			
		Lav – 1	Moderat – 2	Høy – 3	Svært høy – 4

Figur 4 - Risikomatrise Alternativ 2

Som det kommer frem av matrisen, ble det vurderte å være seks større risikoer (på rød farge) ved alternativ 2. Dette gjelder:

- 4 – Nødanrop rutes feil
- 5 – Svekket samarbeid og koordinering med politiet fører til redusert samfunnssikkerhet
- 6 – Svekket samarbeid og koordinering med brannvesenet fører til redusert samfunnssikkerhet
- 11 – Økte driftskostnader for prehospitaltjenester totalt sett gir ineffektiv bruk av HSØs ressurser for PHT
- 12 – Det blir økt behov for PHT personell sammenliknet med dagens situasjon
- 17 – Operative grenser i tett befolkede områder vil by på utfordrende grensesnitt operativt

I tillegg ble følgende risikoer vurdert til gult nivå:

- 1 – Responstiden øker som medfører manglende evne til å bringe personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til skadested
- 10 – Mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold
- 13 – Større kostnader knyttet til evt. omorganisering enn antatt gir dårligere økonomi for HSØ

3.4 Oppsummering

Som det fremkommer av resultatene fra analysen gjengitt over, har analysegruppen vurdert at det er seks større risikoer (rødt nivå) ved alternativ 2 som innebærer at Vestre Viken overtar ansvaret for Asker og Bærum innen ambulanse og pasientreiser og beholder ansvaret for tidligere Røyken og Hurum kommuner. Alternativet fremstår derfor som det mest risikable alternativet blant de tre alternativene som er vurdert. Risikoene på rødt nivå er knyttet til feilruting av nødannrop, svekket beredskapssamarbeid, utfordrende grensesnitt operativt, økt behov for personell og økte driftskostnader. I tillegg vurderte analysegruppen tre av de identifiserte av risikoene til gult nivå for alternativ 2.

Alternativ 1, OUS beholder ansvaret for Asker og Bærum som i dag, og tar i tillegg over ansvaret for ambulanse og pasientreiser i tidligere Røyken og Hurum kommuner, ble vurdert som det nest mest risikable alternativet. Tre risikoer ble vurdert til gult nivå for alternativet, knyttet til feilruting av nødannrop, mistriksel blant ansatte og kostnader til omorganisering.

Alternativ 0+, OUS beholder ansvaret for PHT i Asker og Bærum som i dag, men med tiltak som skal redusere dagenes ulemper, ble vurdert å være det minst risikable alternativet, med én risiko på gult nivå knyttet til feilruting av nødannrop.

Begrunnelser for risikovurderingene kan leses i rapportens vedlegg f.o.m. kapittel 4.2.

4 Vedlegg

4.1 Agenda og deltagerliste

Agenda 10. januar 2025

1. Introduksjon av formål og metodikk v/Metier inkl. felles gjennomgang av definisjoner for sannsynlighet og konsekvens
2. Gjennomgang av de identifiserte risikoene
3. ROS-analyse av alternativ 0+, 1 og 2
4. Oppsummering

Tabellen under viser en oversikt over deltakerne i analysen.

Tabell 4 Liste over deltagere

Navn	Rolle	Organisasjon
Jon-Ola Wattø (deltok på Teams)	Avdelingssjef for Prehospitale Fellestjenester i Helse Midt-Norge	Helse Midt-Norge
Thomas Erik Rajka	Overlege i fagdirektørens stab Ahus med ansvar for prehospital samhandling	Ahus
Knut Inge Brekka Skoland	Ambulansesjef ved Sykehuset Telemark	Sykehuset Telemark
Andreas Moan	Prosjektdirektør	HSØ
Jostein Svendsen	Spesialrådgiver	HSØ
Christel Meyer	Spesialrådgiver	HSØ
Jonas Chaiba	Prosessleder ROS-analyse	Metier

4.2 Beskrivelser av sannsynlighet og konsekvens for alternativ 0+

ID	Konsekvensområde	Beskrivelse av hendelse	San. [1-4]	Begrunnelse for sannsynlighetsvurdering	Kons. [1-4]	Begrunnelse for konsekvensvurdering
1	KO1: Pasientsikkerhet	Responstiden øker som medfører manglende evne til å bringe personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til skadested.	1	Som i dag: det vurderes å være svært lav sannsynlighet for økt responstid ved 0+ alternativet.	3	Evidens viser at medisinsk sett, har ikke responstid mye å si for overlevelse, jf. bl.a. Helseledelse og forskning. Omdømmemessig vil konsekvensen derimot være større ved økt responstid, og konsekvensen vurderes derfor til nivå 3.
2	KO1: Pasientsikkerhet	Svekket evne til å kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser.	1	Ved økt tilstedeværelse i etablerte helsefelleskapsstrukturer vil sannsynligheten for hendelsen være lav. OUS deltar i større grad i samarbeidsforum inkl. helsefelleskap i 0+ alternativet.	1	Dette er utfordringer som er vanlige i alle deler av prehospitale tjenester i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
3	KO1: Pasientsikkerhet	Samhandling mellom AMK og ambulansetjenesten blir svekket.	1	Ingen kjente avvik i dag, forventes ingen avvik ved 0+ alternativet.	1	Hendelsen vurderes ikke som relevant for noen av løsningsalternativene og konsekvensen gis derfor score 1. I ingen av løsningsalternativene vil den operative relasjonen mellom AMK og ambulansetjenestene endres. Det finnes ikke data som viser at dette er en utfordring hverken i Asker, Bærum eller andre steder. AMK-sentralene flåtestyrer (tildeler og fordeler oppdrag) de ambulanserbiler som de har ansvar for uansett hvem som eier bilene. Eksempelvis flåtestyrer AMK i Oslo også ambulansetjenesten i Østfold. Men Østfold forvalter ambulanseflåten og medisinsk utstyr, samt er ansvarlig for operativ beredskap.
4	KO1: Pasientsikkerhet	Nødanrop rutes feil.	2	Skjer i dag ved enkelttilfeller, vil ikke endres i 0+ alternativet.	3	Har etablerte rutiner som ivaretar denne problematikken. Konsekvensen kan være en forsinkelse, evt. at feil bil sendes ut og gis derfor score 3.
5	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Svekket samarbeid og koordinering med politiet fører til redusert samfunnssikkerhet.	1	Samarbeidet fungerer godt i dag og vil være likt i 0+ alternativet.	3	Vesentlig grad av konsekvens, vil påvirke evne til beredskap ved kritiske situasjoner.
6	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Svekket samarbeid og koordinering med brannvesenet fører til redusert samfunnssikkerhet.	1	Samarbeidet fungerer godt i dag og vil være likt i 0+ alternativet.	3	Vesentlig grad av konsekvens, vil påvirke evne til beredskap ved kritiske situasjoner.
7	KO3: Enhetlig PHT	Helseforetakene (OUS og VV) har ulikheter i sine kontroll- og styringssystemer som følge av ulik organisering. Bidrar til ineffektiv styring og kontroll som påvirker pasienter, ansatte	1	Dette kan påvirkes og bedres i 0+ alternativet gjennom å identifisere problemområder og tiltak i en felles prosess.	2	Gjør arbeidshverdagen mer utfordrende, men vurderes å være utfordringer som er vanlige i alle deler av PHT i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder

		og øvrige (som f.eks. kommunene).				på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
8	KO4: Arbeidsmiljø og ansatte	De prehospitale tjenestene oppleves ikke som enkle og forutsigbare for ansatte.	1	Dette kan påvirkes og bedres i 0+ alternativet gjennom å identifisere problemområder og tiltak i en felles prosess.	1	Skaper plunder og heft, men konsekvensen vurderes som lav. Vurderes å være utfordringer som er vanlige i alle deler av PHT i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
9	KO3: Enhetlig PHT	Pasientreiser evner ikke å gi et godt nok tilbud for nødvendig transport.	1	Dette kan påvirkes og bedres i 0+ alternativet gjennom å identifisere problemområder og tiltak i en felles prosess.	1	Organisatorisk utfordring med lav konsekvens.
10	KO4: Arbeidsmiljø og ansatte	Mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold.	1	Fremkommer ikke i dag og forventes ikke å fremkomme i 0+ alternativet.	2	Kan i verste fall medføre økt turnover og sykemeldinger.
11	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Økte driftskostnader for prehospitale tjenester totalt sett gir ineffektiv bruk av HSØs ressurser for PHT.	1	Det vil måtte brukes noe tid og ressurser på å identifisere og iverksette tiltak, men vil kunne gi reduserte driftskostnader på sikt som følge av bedre samhandling etc.	2	Det er snakk om en relativt liten kostnadsøkning knyttet til PHT for HSØ. I verste fall vil det kunne gi noe dårligere samlet tilbud. Jf. inntektsmodell for fordeling av midler til PHT.
12	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Det blir økt behov for PHT personell sammenliknet med dagens situasjon.	1	Vil ikke inntreffe i 0+ alternativet.	3	HSØ sitt mål er å ikke øke antall ansatte, og konsekvensen ved hendelsen er derfor høy, jf. helsepersonellkommisjonen som sier at mange oppgaver må løses uten å bruke mer personell.
13	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Større kostnader knyttet til evt. omorganisering enn antatt gir dårligere økonomi for HSØ.	1	I hovedsak snakk om mindre kostnader for å implementere tiltak i 0+ alternativet.	2	Virksomhetsoverdragelse er som regel mer krevende og kostbart enn en antar, jf. f.eks. erfaringer fra Helse Midt.
14	KO1: Pasientsikkerhet	Manglende harmonisering av innføring av nytt utstyr mellom Bærum sykehus og PHT OUS.	1	Vurderes å være en mindre relevant hendelse. Det pågår arbeid med standardisering av utstyr for PHT, både regionalt og nasjonalt i dag.	1	Dette vurderes som en mindre relevant hendelse. Det kommer nytt utstyr hele tiden, og problemet er sånn sett generelt og ikke knyttet til organisering av PHT i Asker og Bærum spesifikt.
15	KO3: Enhetlig PHT	Manglende kapasitetsutnyttelse i VV siden PHT ikke er en del av foretakets ledelse.	1	Ikke relevant	1	Dette er utfordringer som er vanlige i alle deler av prehospitale tjenester i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
16	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Ulik bruk av helsesim mellom VV og OUS.	1	Ikke relevant	1	Dette vurderes å ikke være en hendelse som er spesifikt knyttet til organisering av PHT i Asker og Bærum. Det er en overordnet generell problemstilling, jf. f.eks. erfaringer fra andre helseforetak (Ahus).
17	KO1: Pasientsikkerhet	Operative grenser i tett befolkede områder vil by på utfordrende grensesnitt operativt.	1	Ikke relevant i 0+ alternativet	3	To AMK-sentraler innenfor sammenhengende tettsted vil gi utfordrende koordinering innenfor samme grenseområde. Høy konsekvens.

18	KO3: Enhetlig PHT	Fravær av felles rutiner for OUS og Bærum sykehus.	1	Sånn er det «alle steder», uavhengig av PHT-organisering.	1	Generell problemstilling som ikke nødvendigvis avhenger av PHT-organisering.
19	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Ulik beredskapskultur mellom Bærum sykehus og OUS.	1	Sånn er det «alle steder», uavhengig av PHT-organisering.	1	Generell problemstilling som ikke nødvendigvis avhenger av PHT-organisering.
20	KO1: Pasientsikkerhet	Redusert redundans ved nødmeldinger.	1	Redundans etablert i dag, og som vil ytterligere forbedres med nytt system for AMK. Skal ivareta behovet for redundans.	3	Ytterste konsekvens ved tap av redundans er stor.
21	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Utilstrekkelig utnyttelse av intensivkapasitet i VV.	1	Foreligger bl.a. avtaler for regulering av ansvaret for transport av nyfødt intensiv som vil videreutvikles ved fortsatt behov.	3	Generell problemstilling som ikke avhenger av PHT-organisering, men ytterste konsekvens vurderes å være stor.

4.3 Beskrivelser av sannsynlighet og konsekvens for alternativ 1

ID	Konsekvensområde	Beskrivelse av hendelse	San. [1-4]	Begrunnelse for sannsynlighetsvurdering	Kons. [1-4]	Begrunnelse for konsekvensvurdering
1	KO1: Pasientsikkerhet	Responstiden øker som medfører manglende evne til å bringe personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til skadested.	1	Vil være som i dag.	3	Evidens viser at medisinsk sett, har ikke responstid mye å si for overlevelse, jf. bl.a. Helsedirektoratets forskning. Omdømmemessig vil konsekvensen derimot være større ved økt responstid, og konsekvensen vurderes derfor til nivå 3.
2	KO1: Pasientsikkerhet	Svekket evne til å kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser.	1	Blir bedre som følge av at OUS også overtar ansvaret for tidligere Røyken og Hurum kommuner.	1	Dette er utfordringer som er vanlige i alle deler av prehospitale tjenester i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
3	KO1: Pasientsikkerhet	Samhandling mellom AMK og ambulansetjenesten blir svekket.	1	Forventes å blir enda bedre som følge av mer enhetlig samhandling.	1	Hendelsen vurderes ikke som relevant for noen av løsningsalternativene og konsekvensen gis derfor score 1. I ingen av løsningsalternativene vil den operative relasjonen mellom AMK og ambulansetjenestene endres. Det finnes ikke data som viser at dette er en utfordring hverken i Asker, Bærum eller andre steder. AMK-sentralene flåtestyrer (tildeler og fordeler oppdrag) de ambulanserbiler som de har ansvar for uansett hvem som eier bilene. Eksempelvis flåtestyrer AMK i Oslo også ambulansetjenesten i Østfold. Men Østfold forvalter ambulanseflåten og medisinsk utstyr, samt er ansvarlig for operativ beredskap.

4	KO1: Pasientsikkerhet	Nødanrop rutes feil.	2	Skjer i dag ved enkelttilfeller, vil ikke endre seg i alternativ 1.	3	Har etablerte rutiner som ivaretar denne problematikken. Konsekvensen kan være en forsinkelse, evt. at feil bil sendes ut og gis derfor score 3.
5	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Svekket samarbeid og koordinering med politiet fører til redusert samfunnssikkerhet.	1	Forventes å kunne bli mer enhetlig og bedre.	3	Vesentlig grad av konsekvens, vil påvirke evne til beredskap ved kritiske situasjoner.
6	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Svekket samarbeid og koordinering med brannvesenet fører til redusert samfunnssikkerhet.	1	Forventes å kunne bli mer enhetlig og bedre.	3	Vesentlig grad av konsekvens, vil påvirke evne til beredskap ved kritiske situasjoner.
7	KO3: Enhetlig PHT	Helseforetakene (OUS og VV) har ulikheter i sine kontroll- og styringssystemer som følge av ulik organisering. Bidrar til ineffektiv styring og kontroll som påvirker pasienter, ansatte og øvrige (som f.eks. kommunene).	1	Dette kan påvirkes og bedres gjennom å identifisere problemområder og tiltak i en felles prosess.	2	Gjør arbeidshverdagen mer utfordrende, men vurderes å være utfordringer som er vanlige i alle deler av PHT i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
8	KO4: Arbeidsmiljø og ansatte	De prehospitale tjenestene oppleves ikke som enkle og forutsigbare for ansatte.	1	Dette kan påvirkes og bedres gjennom å identifisere problemområder og tiltak i en felles prosess.	1	Skaper plunder og heft, men konsekvensen vurderes som lav. Vurderes å være utfordringer som er vanlige i alle deler av PHT i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
9	KO3: Enhetlig PHT	Pasientreiser evner ikke å gi et godt nok tilbud for nødvendig transport.	1	Dette kan påvirkes og bedres gjennom å identifisere problemområder og tiltak i en felles prosess. Forventes å kunne bli bedre i alternativ 1 siden en slipper å forholde seg til to ulike pasientreisekontor.	1	Organisatorisk utfordring med lav konsekvens.
10	KO4: Arbeidsmiljø og ansatte	Mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold.	3	Alternativet vil medføre endring for de ansatte og det kan forventes økt mistrivsel.	2	Kan i verste fall medføre økt turnover og sykemeldinger.
11	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Økte driftskostnader for prehospitale tjenester totalt sett gir ineffektiv bruk av HSØs ressurser for PHT.	1	Medfører ikke økte driftskostnader for HSØ i det lange løp.	2	Det er snakk om en relativt liten kostnadsøkning knyttet til PHT for HSØ. I verste fall vil det kunne gi noe dårligere samlet tilbud. Jf. inntektsmodell for fordeling av midler til PHT.
12	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Det blir økt behov for PHT personell sammenliknet med dagens situasjon	1	Uendret sammenliknet med dagens situasjon.	3	HSØ sitt mål er å ikke øke antall ansatte, og konsekvensen ved hendelsen er derfor høy, jf. helsepersonellkommisjonen som sier at mange oppgaver må løses uten å bruke mer personell.
13	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Større kostnader knyttet til evt. omorganisering enn antatt gir dårligere økonomi for HSØ.	3	En kan forvente mindre kostnader for tiltak knyttet til å etablere ny organisering.	2	Virksomhetsoverdragelse er som regel mer krevende og kostbart enn en antar, jf. f.eks. erfaringer fra Helse Midt.
14	KO1: Pasientsikkerhet	Manglende harmonisering av innføring av nytt utstyr mellom Bærum sykehus og PHT OUS.	1	Vurderes å være en mindre relevant hendelse. Det pågår arbeid med standardisering av utstyr for PHT, både regionalt og nasjonalt i dag.	1	Dette vurderes som en mindre relevant hendelse. Det kommer nytt utstyr hele tiden, og problemet er sånn sett generelt og ikke knyttet til organisering av PHT i Asker og Bærum spesifikt.

15	KO3: Enhetlig PHT	Manglende kapasitetsutnyttelse i VV siden PHT ikke er en del av foretakets ledelse.	1	Ikke relevant	1	Dette er utfordringer som er vanlige i alle deler av prehospitale tjenester i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
16	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Ulik bruk av helsesim mellom VV og OUS.	1	Ikke relevant	1	Dette vurderes å ikke være en hendelse som er spesifikt knyttet til organisering av PHT i Asker og Bærum. Det er en overordnet generell problemstilling, jf. f.eks. erfaringer fra andre helseforetak (Ahus).
17	KO1: Pasientsikkerhet	Operative grenser i tett befolkede områder vil by på utfordrende grensesnitt operativt.	1	Blir bedre i alternativ 1.	3	To AMK-sentraler innenfor sammenhengende tettsted vil gi utfordrende koordinering innenfor samme grenseområde. Høy konsekvens.
18	KO3: Enhetlig PHT	Fravær av felles rutiner for OUS og Bærum sykehus.	1	Sånn er det «alle steder», uavhengig av PHT-organisering.	1	Generell problemstilling som ikke nødvendigvis avhenger av PHT-organisering.
19	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Ulik beredskapskultur mellom Bærum sykehus og OUS.	1	Sånn er det «alle steder», uavhengig av PHT-organisering.	1	Generell problemstilling som ikke nødvendigvis avhenger av PHT-organisering.
20	KO1: Pasientsikkerhet	Redusert redundans ved nødmeldinger.	1	Redundans etablert i dag, og som vil ytterligere forbedres med nytt system for AMK. Skal ivareta behovet for redundans.	3	Ytterste konsekvens ved tap av redundans er stor.
21	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Utilstrekkelig utnyttelse av intensivkapasitet i VV.	1	Foreligger bl.a. avtaler for regulering av ansvaret for transport av nyfødt intensiv som vil videreutvikles ved fortsatt behov.	3	Generell problemstilling som ikke avhenger av PHT-organisering, men ytterste konsekvens vurderes å være stor.

4.4 Beskrivelser av sannsynlighet og konsekvens for alternativ 2

ID	Konsekvensområde	Beskrivelse av hendelse	San. [1-4]	Begrunnelse for sannsynlighetsvurdering	Kon. [1-4]	Begrunnelse for konsekvensvurdering
1	KO1: Pasientsikkerhet	Responstiden øker som medfører manglende evne til å bringe personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til skadested.	2	Det vurderes at to AMK-sentraler vil kunne gi utfordringer pga. dårligere koordineringer og at to koordinerende ledd i samme område vil øke sannsynligheten for utfordringer. Samtidig vurderes det at å øke med to ambulanser og en ny ambulansetasjon i området (som er tenkt i alternativet), vil kunne gjøre responstiden bedre. Det er usikkerhet knyttet til nettoeffekten av dette.	3	Evidens viser at medisinsk sett, har ikke responstid mye å si for overlevelse, jf. bl.a. Helsedirektoratets forskning. Omdømmemessig vil konsekvensen derimot være større ved økt responstid, og konsekvensen vurderes derfor til nivå 3.
2	KO1: Pasientsikkerhet	Svekket evne til å kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser.	1	Svært liten sannsynlighet for hendelsen i alternativ 2.	1	Dette er utfordringer som er vanlige i alle deler av prehospitale tjenester i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er

						annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
3	KO1: Pasientsikkerhet	Samhandling mellom AMK og ambulansetjenesten blir svekket.	1	Se vurdering av konsekvens.	1	Hendelsen vurderes ikke som relevant for noen av løsningsalternativene og konsekvensen gis derfor score 1. I ingen av løsningsalternativene vil den operative relasjonen mellom AMK og ambulansetjenestene endres. Det finnes ikke data som viser at dette er en utfordring hverken i Asker, Bærum eller andre steder. AMK-sentralene flåtestyrer (tildeler og fordeler oppdrag) de ambulanserbiler som de har ansvar for uansett hvem som eier bilene. Eksempelvis flåtestyrer AMK i Oslo også ambulansetjenesten i Østfold. Men Østfold forvalter ambulanseflåten og medisinsk utstyr, samt er ansvarlig for operativ beredskap.
4	KO1: Pasientsikkerhet	Nødanrop rutes feil.	3	Forventes å ville skje betydelig oftere i alternativ 2, jf. data fra Vestre Viken.	3	Har etablerte rutiner som ivaretar denne problematikken. Konsekvensen kan være en forsinkelse, evt. at feil bil sendes ut og gis derfor score 3.
5	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Svekket samarbeid og koordinering med politiet fører til redusert samfunnssikkerhet.	3	Blir en omstilling i samarbeidet med Politiet (jf. uttalelse fra Politiet). Vil måtte forholde seg til to ulike innsatsledere for helse i dette alternativet.	3	Vesentlig grad av konsekvens, vil påvirke evne til beredskap ved kritiske situasjoner.
6	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Svekket samarbeid og koordinering med brannvesenet fører til redusert samfunnssikkerhet.	3	Blir en omstilling i samarbeidet med Brannvesenet. Vil måtte forholde seg til to ulike innsatsledere for helse i dette alternativet.	3	Vesentlig grad av konsekvens, vil påvirke evne til beredskap ved kritiske situasjoner.
7	KO3: Enhetlig PHT	Helseforetakene (OUS og VV) har ulikheter i sine kontroll- og styringssystemer som følge av ulik organisering. Bidrar til ineffektiv styring og kontroll som påvirker pasienter, ansatte og øvrige (som f.eks. kommunene).	1	Svært liten sannsynlighet for hendelsen i alternativ 2.	2	Gjør arbeidshverdagen mer utfordrende, men vurderes å være utfordringer som er vanlige i alle deler av PHT i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
8	KO4: Arbeidsmiljø og ansatte	De prehospitale tjenestene oppleves ikke som enkle og forutsigbare for ansatte.	1	Svært liten sannsynlighet for hendelsen i alternativ 2.	1	Skaper plunder og heft, men konsekvensen vurderes som lav. Vurderes å være utfordringer som er vanlige i alle deler av PHT i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
9	KO3: Enhetlig PHT	Pasientreiser evner ikke å gi et godt nok tilbud for nødvendig transport.	2	To ulike innkjøpere som anskaffer fra samme leverandører vil kunne bli mer utfordrende enn det som er tilfellet i dag.	1	Organisatorisk utfordring med lav konsekvens.
10	KO4: Arbeidsmiljø og ansatte	Mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold.	3	Alternativet vil medføre endring for de ansatte og det kan forventes økt mistrivsel.	2	Kan i verste fall medføre økt turnover og sykemeldinger.

11	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Økte driftskostnader for prehospitale tjenester totalt sett gir ineffektiv bruk av HSØs ressurser for PHT.	4	Ny ambulansestasjon, økt bemanning og flere ambulanser gir økte driftskostnader.	2	Det er snakk om en relativt liten kostnadsøkning knyttet til PHT for HSØ. I verste fall vil det kunne gi noe dårligere samlet tilbud. Jf. inntektsmodell for fordeling av midler til PHT.
12	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Det blir økt behov for PHT personell sammenliknet med dagens situasjon	4	Ny ambulansestasjon, økt bemanning og flere ambulanser, pasientreisekontor og AMK gir økt behov for personell.	3	HSØ sitt mål er å ikke øke antall ansatte, og konsekvensen ved hendelsen er derfor høy, jf. helsepersonellkommisjonen som sier at mange oppgaver må løses uten å bruke mer personell.
13	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Større kostnader knyttet til evt. omorganisering enn antatt gir dårligere økonomi for HSØ.	3	Alternativet vil gi økte kostnader til omorganisering.	2	Virksomhetsoverdragelse er som regel mer krevende og kostbart enn en antar, jf. f.eks. erfaringer fra Helse Midt.
14	KO1: Pasientsikkerhet	Manglende harmonisering av innføring av nytt utstyr mellom Bærum sykehus og PHT OUS.	1	Vurderes å være en mindre relevant hendelse. Det pågår arbeid med standardisering av utstyr i PHT, både regionalt og nasjonalt i dag.	1	Dette vurderes som en mindre relevant hendelse. Det kommer nytt utstyr hele tiden, og problemet er sånn sett generelt og ikke knyttet til organisering av PHT i Asker og Bærum spesifikt.
15	KO3: Enhetlig PHT	Manglende kapasitetsutnyttelse i VV siden PHT ikke er en del av foretakets ledelse.	1	Ikke relevant	1	Dette er utfordringer som er vanlige i alle deler av prehospitale tjenester i større eller mindre grad. Det foreligger ikke data som tyder på at det er annerledes i Asker og Bærum enn andre steder.
16	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Ulik bruk av helsesim mellom VV og OUS.	1	Ikke relevant	1	Dette vurderes å ikke være en hendelse som er spesifikt knyttet til organisering av PHT i Asker og Bærum. Det er en overordnet generell problemstilling, jf. f.eks. erfaringer fra andre helseforetak (Ahus).
17	KO1: Pasientsikkerhet	Operative grenser i tett befolkede områder vil by på utfordrende grensesnitt operativt.	3	Grensa vil gå i Norges mest tettbefolkede område, og 70 tusen biler passerer Lysaker hver dag. Dette er et felles arbeidsområde, og det vurderes som svært sannsynlig at det blir daglige utfordringer med koordinering.	3	To AMK-sentraller innenfor sammenhengende tettsted vil gi utfordrende koordinering innenfor samme grenseområde. Høy konsekvens.
18	KO3: Enhetlig PHT	Fravær av felles rutiner for OUS og Bærum sykehus.	1	Sånn er det «alle steder», uavhengig av PHT-organisering.	1	Generell problemstilling som ikke nødvendigvis avhenger av PHT-organisering.
19	KO2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater	Ulik beredskapskultur mellom Bærum sykehus og OUS.	1	Sånn er det «alle steder», uavhengig av PHT-organisering.	1	Generell problemstilling som ikke nødvendigvis avhenger av PHT-organisering.
20	KO1: Pasientsikkerhet	Redusert redundans ved nødmeldinger.	1	Det forventes tilfredsstillende redundans i alternativet.	3	Ytterste konsekvens ved tap av redundans er stor.
21	KO5: Økonomi/ressursbruk, herunder inkl. miljø og bærekraft	Utilstrekkelig utnyttelse av intensivkapasitet i VV.	1	Usikkerhet knyttet til sannsynligheten for denne hendelsen ved alternativ 2.	3	Generell problemstilling som ikke avhenger av PHT-organisering, men ytterste konsekvens vurderes å være stor.