



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	20.02.2024
Saksansvarlig:	Eystein Johannes Hauge
Saksbehandler:	Eystein Johannes Hauge, medisinsk direktør
Møtedato:	27. februar 2024
Saksnr i Elements:	2024/1645

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
09/2024	27.02.24	Styret i Finnmarkssykehuset HF

Utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i Klinikk Alta

Ingress

Saken dreier seg om oppfølging av sak [100/2023](#), *Budsjett 2024 rammer og føringer inkl. investeringsbudsjett 2024*, vedtakspunkt 3, om utviklingen av tjenestetilbudet i Alta

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF stiller seg bak de prinsippene og prioriteringen av foretakets oppgaver slik de er beskrevet innledningsvis i denne saken.
2. Som en konsekvens av dette stiller styret seg bak forslaget om hvilke fagområder som vurderes til å kunne inngå i et utvidet tjenestetilbud i Alta, herunder hvordan disse tjenestene er tenkt levert.
3. Styret ber om å bli oppdatert tertialvis på utviklingen av tjenestetilbudet i Alta, herunder behovet for investeringer.

Ole Hope
Administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 ROS analyse oppbygging tjenestetilbudet i Alta

Formål/Sammendrag

Styret forelegges to saker om Alta som oppfølging til sak 100/2023. Denne saken dreier seg om utviklingen av tjenestetilbudet i Alta. Den andre saken, sak 09/2024, dreier seg om risiko knyttet til avvikling av dagkirurgi i Alta. Begge sakene har en egen ROS-analyse knyttet til seg.

Bakgrunn

I sak 100/2023, Budsjett 2024 rammer og føringer inkl. investeringsbudsjett 2024, fremgår det av vedtakspunkt 3 at:

«Styret forutsetter at det gjennomføres risikovurdering av alle foretaksovergripende tiltak. Styret ber om at utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta kommer tilbake til styret som egen sak»

Denne saken omtaler utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta, men inkluderer ikke risikovurderingen knyttet til avvikling av det dagkirurgiske tilbudet i Alta, da dette omtales særskilt i sak 09/2024. En egen risikoanalyse knyttet til de tjenester administrerende direktør foreslår å utvikle i Alta er vedlagt denne saken (vedlegg 1).

Sakens innhold, herunder de prinsippene og prioriteringen av foretakets oppgaver som skisseres, beskriver en operasjonalisering av de hovedretningene som styret har vedtatt i [«Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF 2023 – 2038»](#)

Saksvurdering/analyse

For Finnmarkssykehuset HF er det viktig å kunne levere gode spesialisthelsetjenester nærmest mulig pasientene, samt å være en god støttespiller til primærhelsetjenesten som har ansvaret for å følge opp pasientene i det daglige. Dette må imidlertid veies opp mot vårt udiskutable behov for, og pålegg om, å bygge så robuste vaktlinjer i akutt sykehusene som mulig.

Denne saken er ment å gi styret en et godt beslutningsgrunnlag for videreutvikling av tjenestetilbudet i Alta. Da er det primært behov for å forankre noen prinsipper om hvordan Finnmarkssykehuset HF vil operasjonalisere «Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF 2023 – 2038». Prinsippene vil ha implikasjoner for hvordan Finnmarkssykehuset HF kommer til å utvikle spesialisthelsetjenestene i Alta og andre steder i fylket utover tilbudet som gis ved sykehusene i Kirkenes og Hammerfest.

Administrerende direktør foreslår følgende prinsipper knyttet til oppgaveprioritet, sentralisering vs. desentralisering og organisering:

Oppgaveprioritet:

1. Finnmarkssykehuset HF er en beredskapsorganisasjon for hverdagsberedskap knytte til spesialisthelsetjenester i Finnmark.

2. Finnmarkssykehuset HF støtter primærhelsetjenesten ved å levere spesialisthelsetjenester til lokalbefolkningen (diagnostikk, behandling og kronikeroppfølging).
3. Finnmarkssykehuset HF søker å legge meningsfull elektiv aktivitet til vår tunge infrastruktur (som foretaket primært har av beredskapsgrunner).

Sentralisering vs. desentralisering:

1. Finnmarkssykehuset HF desentraliserer det vi kan og sentraliserer det vi må
2. Det Finnmarkssykehuset HF må sentralisere er:
 - det som krever dyr og tung infrastruktur (slik som operasjonsstuer med tilhørende overvåkningsutstyr og intensivsenger)
 - de vaktlinjer foretaket må bygge robuste av beredskapshensyn rundt vår tunge infrastruktur. Med dette menes de medisinske spesialitetene kirurgi (gastrokirurgi), indremedisin, ortopedi og obstetrikk/gynekologi, støttet av anestesi og radiologi. Disse spesialitetene er heretter kalt beredskapskritiske vaktlinjer.
3. Samlet sett tilsvarer Finnmarks befolkning bare opptaksgrunnlaget for ett stort akuttsykehus. Da må foretaket i så liten grad som mulig spre beredskapsorganisasjon og de ansatte som inngår i de beredskapskritiske vaktlinjene på mer enn de to stedene vi har akuttsykehus.
4. Hvordan Finnmarkssykehuset HF skal videreutvikle det psykiatriske tilbudet i Finnmark vil administrerende direktør kommet tilbake til på et senere tidspunkt. Det samme gjelder hvordan foretaket skal organisere de medisinske fagområdene som ikke er omtalt som beredskapskritiske i punktet over.

Organisering:

1. Finnmarkssykehuset HF kan ikke drive alle elektive tjenester alle steder, så foretaket vil funksjonsfordele nisjer og fagområder for å sikre volum på ett sted der dette er hensiktsmessig. Det gjelder både for prosedyrer innen en spesialitet (eksempelvis gjøres hofteproteser på ett sykehus, selv om vi har et ortopedisk tilbud på to sykehus) og for samling av en spesialitet på en lokalisasjon (så lenge det ikke berører en beredskapskritisk vaktlinje)
2. En eventuell ambulering av spesialister skjer primært innen fagområder som ikke tilhører de beredskapskritiske vaktlinjene.
3. Finnmarkssykehuset HF utvikler felles ventelister på tvers i foretaket der dette er hensiktsmessig, da primært der hvor det kan bedre tilgjengeligheten og forebygge fristbrudd.
4. Finnmarkssykehuset HF søker å levere diagnostikk så desentralt som mulig, vel å merke slik at dette gjøres uten å svekke beredskapen i akuttsykehusene. Et eksempel på dette er "Helserom" etter modell fra Helgeland der pasienten møter spesialisten digitalt ved hjelp av lokalt støttepersonell ansatt i Finnmarkssykehuset HF eller representanter fra primærhelsetjenesten, Det betyr også at foretaket vil fortsette å investere i desentralt diagnostisk apparatur slik som radiologisk utstyr, tele-dermatoskopisk utstyr og oftalmologisk utstyr.

5. Finnmarkssykehuset HF søker å levere kronikeroppfølging så desentralt som mulig, enten alene eller i samarbeid med kommuner og ved hjelp av nye sensorer/teknologi («Hjemmesykehus»). Eksempler på dette er cytostatikabehandling, annen infusjonsbehandling og dialyse som det allerede leverer desentralt i dag, men hvor volumet kan økes.
6. Diagnostikk, oppfølging og kontroller der pasientene fysisk møter spesialister knyttet til de beredskapskritiske spesialitetene vil primært foregå på sykehusene i Kirkenes og Hammerfest. Konsultasjoner og kontroller på andre lokalisasjoner knyttet til disse fagområdene skjer primært digitalt etter «Helserom»-modellen. Eventuelle rotasjons-ordninger som har sitt utgangspunkt i personell ansatt i UNN HF behandles særskilt.
7. Generelt betyr dette at Finnmarkssykehuset HF må jobbe systematisk med å øke bevisstheten omkring hva som kan leveres av oppfølging og kontroller digitalt ved hjelp av stedlig støttepersonell. Det betyr også at foretaket på lokalisasjoner utenfor akuttsykehusene i større grad enn i dag må støtte oss på sykepleiere og eventuelt annet helsepersonell i den direkte pasientoppfølgingen. Dette vil kreve nødvendig opplæring og oppfølging fra akuttsykehusene. Administrerende direktør vil komme tilbake til styre med en egen sak om dette på et senere tidspunkt.
8. Vi tar et tydelig eierskap til pasientene som har problemstillinger hjemmehørende i spesialisthelsetjenesten. Sengeposten vi har i Alta er ett av de verktøyene vi har for å håndtere dette.

Gitt en enighet om disse premissene foreslås noen konkrete fagområder for hensiktsmessig oppbygging av tjenestetilbudet i Alta, samt hvordan disse tjenestene skal leveres. Finnmarkssykehuset HF vurderer overordnet sett at følgende pasientkontakter er egnet til å inngå i det økte tjenestetilbudet i Alta:

- Kronikeroppfølging hvor pasientene ellers må reise til Hammerfest flere ganger i året, da primært i en sykepleierdrevet poliklinikk/dagenhet, men med digital støtte fra spesialister i Hammerfest eller andre sykehus (Kirkenes, UNN HF)
- Diagnostikk, behandling og kontroller som kan utføres virtuelt med spesialister ved sykehusene, eventuelt med lokalt støttepersonell («Helserom-modellen»)
- Diagnostikk og behandling som eventuelt kan foretas av stedlige (ambulerende) spesialister
- Pasienter som er på vei inn i spesialisthelsetjenesten eller på vei ut, og som trenger er omsorgsnivå klinikk Alta er egnet til å håndtere (gjelder sengeposten)



Konkretisert forslag til utvidelse av tjenestetilbudet i Alta

- A. I 2023 fikk 119 unike pasienter fra Alta, Kautokeino og Loppa i alt 660 infusjoner med cytostatika eller andre legemidler ved klinikk Alta. Det er fortsatt rundt 70 pasienter hjemmehørende i disse kommunene som til sammen fikk 428 infusjoner i Hammerfest i 2023. Det kan være spesielle grunner til at noen av disse pasientene ble fulgt opp i Hammerfest, og alle infusjonene er uansett ikke nødvendigvis egnet for å gi desentralt, men ut over det ønsker foretaket at så mange som mulig også av disse pasientkontaktene skjer i Alta. Det gjøres oppmerksom på at det kan være at enkelte av disse 70 pasientene har fått infusjoner på begge lokalisasjoner.
- I tillegg er det en del pasienter fra de aktuelle kommunene som i dag får sin pasientopplæring knyttet til subcutane injeksjoner i Hammerfest. Dette kan sannsynligvis også gjøres i Alta.
- B. I 2023 fikk 6 unike pasienter fra Alta, Kautokeino og Loppa i alt 310 dialysebehandlingene ved klinikk Alta. Per i dag mener foretaket at det ikke er flere dialysepasienter som er hjemmehørende i de aktuelle kommunene, men skulle behovet øke vil det tilstrebe å gi disse pasientene et lokalt tilbud.
- C. I 2023 hadde rundt 170 unike pasienter fra Alta, Kautokeino og Loppa 483 polikliniske kontakter knyttet til diabetes mellitus i Hammerfest. Mye av dette arbeidet utføres i dag av diabetessykepleier i Hammerfest i samarbeid med indremedisiner. De konsultasjonene (kontrollene) som er egnet for det vil kunne overføres til Alta. Det forutsetter rett sykepleierkompetanse i Alta samt tilgang til nødvendig digital støtte fra indremedisiner i Hammerfest.
- D. I 2023 hadde rundt 200 unike pasienter fra Alta, Kautokeino og Loppa 270 polikliniske kontakter knyttet til KOLS, astma og hjertesvikt i Hammerfest. Foretaket vil vurdere om noen av disse konsultasjonene (kontrollene) er egnet for å flyttes til Alta. Det vil kreve investeringer i utstyr og nødvendig sykepleieropplæring og minimum mulighet for digital støtte fra indremedisiner i Hammerfest. Noen av disse konsultasjonene eller kontrollene vil kunne trenge fysisk tilstedeværelse av indremedisiner. Det må da konkret veies opp mot den gjeldende bemanningssituasjonen i Hammerfest.
- E. I 2023 hadde estimerte 690 unike pasienter fra Alta, Kautokeino og Loppa 969 polikliniske kontakter knyttet til sykdommer i bevegelsesapparatet, inflammatorisk leddsykdom og bruddskader (ortopedi, revmatologi) i Hammerfest. De kontaktene som er egnet for «Helserom»-undersøkelser (støttet av lokal fysioterapeut eller sykepleier) vil overføres til Alta. I tillegg vil en også se på egnetheten til de pasientene som i 2023 har fått sin kontakt utført fysisk i Alta innen disse fagområdene og vurdere hvilke som er egnet til å forbli i Alta. Det vil kreve investeringer i utstyr og nødvendig sykepleieropplæring foruten digital oppkobling mot spesialist i Hammerfest.
- F. I 2023 hadde rundt 140 unike pasienter fra Alta, Kautokeino og Loppa 167 polikliniske kontakter knyttet til hudsykdommer. Foretaket vil vurdere om noen av disse kontaktene er egnet for «Helserom»-undersøkelser og/eller

teledermatoskopisk undersøkelse utført i Alta. Dette må imidlertid sees i sammenheng med hvordan Finnmarkssykehuset HF velger å utvikle dermatologi-tilbudet i foretaket da hudsykdommer ikke er blant de beredskapskritiske spesialitetene.

- G. Øye-sykdommer er også en av de spesialitetene som ikke regnes som beredskapskritiske. Innretningen av et eventuelt øye-tilbud ved klinikk Alta må derfor sees i sammenheng med hvordan Finnmarkssykehuset HF velger å utvikle øyefaget i foretaket, men pasientgruppene nevnt under kan være aktuelle for dette.
- a. Pasienter med diabetes skal følges opp regelmessig med fotografering av netthinnen, et såkalt fundus-foto. Bildetakingen kan gjøres av en trent sykepleier og bildene skal så sendes til en sentral enhet for granskning. Tilbudet fantes tidligere ved klinikk Alta, men har falt bort de siste årene. Som følge av dette er mange av disse pasientene blitt sluset inn til privat avtalespesialist (Finnmark Øyeklinikk) der de følges opp. Det pågår et regionalt program – «Program for regelmessige netthinneundersøkelser for diabetisk retinopati» i Helse Nord som tar sikte på å samordne både tekniske løsninger (felles bildebank) og innkallingsrutiner. Etablering av et slikt tilbud vil kunne flytte en del pasienter over fra øyelege til kun fundus-foto, og vil således kunne avlaste øyelegene og derved bedre tilgjengeligheten hos øyelege for pasienter med øyesykdom.
 - b. Pasienter med våt AMD utvikler blindhet dersom de går ubehandlet. Behandlingen er regelmessige injeksjoner i øyet med en spesiell type medikamenter. Dette skjer typisk rundt hver 6. uke. Da Finnmarkssykehuset HF utredet muligheten for en injeksjonspoliklinikk i Alta (2021) var det 75 unike pasienter fra Alta, Kautokeino og Loppa som mottok slik behandling i Hammerfest og ved UNN HF, det vil si rundt 600 pasientkontakter per år. Mange av pasientene er eldre og svekkede slik at de trenger ledsager på reisen, noe som gjør det svært ressurskrevende for alle involverte parter.
- H. Uavhengig av operativ virksomhet vil det kunne være aktuelt med konsultatorisk virksomhet innen spesialiteten øre-nese-hals i Alta også i fremtiden. Innretningen av et eventuelt fremtidig øre-nese-hals tilbud i klinikk Alta må sees i sammenheng med hvordan Finnmarkssykehuset HF velger å utvikle dette fagområdet.

Oppsummert snakker vi altså rent teoretisk om rundt 2.300 pasientkontakter som kunne fått et tilbud ved Klinikk Alta basert på 2023-aktivitet i Hammerfest. Det er imidlertid før Øye og Øre-nese-hals kontaktene er medregnet, noe som hever dette antallet til over 3.000. Det er imidlertid viktig å understreke at tallene kun må betraktes som veiledende informasjon da disse utgjør et maksimalt øvre estimat slik aktivitetsprofilen til Finnmarkssykehuset HF er per i dag. Noen fagområder vil åpenbart ikke kunne overføre det teoretiske antallet i sin helhet, mens andre fagområder vil kunne ha ytterligere potensiale for overføring.

Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud

Tiltaket vurderes ikke til å ha særegen innvirkning på dette området.

Risikovurdering

Risikoanalysen belyser fem risikoområder, hver med underliggende risikofaktorer. Risikoområdene er kort oppsummert under (se selve ROS-analysen for en fullstendig beskrivelse). Metodisk er det viktig å understreke at ROS-modellen som benyttes i Helse Nord genererer en «gul risiko» for risikofaktorer som har svært lav sannsynlighet for å inntreffe (1 eller mindre enn 1) så lenge konsekvensen er 3 (moderat) eller høyere. Det betyr at analysen visuelt fremstår som mer alvorlig enn det den er. Det er ikke beregnet rest-risiko for noen av risikofaktorene fordi disse jevnt over ikke vurderes som så alvorlig at dette er nødvendig.

A. Kvalitet i pasientbehandlingen

I følge teorien om value based healthcare (Harvard Business School) måles kvalitet langs tre akser; klinisk rapporterte resultater, pasient-rapporterte resultater og pasient-rapporterte opplevelser.

Det er grunn til å tro at den pasient-rapporterte opplevelsen ikke forverres ved omleggingen, snarere tvert imot forventes denne å forbedres for befolkningen i Alta, Kautokeino og Loppa gitt at et betydelig antall pasienter vil kunne få et tilbud nærmere sitt hjemsted, og således slippe å reise til Hammerfest like ofte som før. Hva gjelder de to førstnevnte parameterne er det viktig å sikre både rett seleksjon av pasienter, god opplæring, nødvendige investeringer i utstyr og god digital støtte fra spesialistene på akuttssykehuset for å ivareta gode resultater. Nye rutiner må beskrives, forankres og iverksettes.

B. Aktiviteten i helseforetaket

Det er ikke grunn til å tro at aktiviteten i helseforetaket faller ved den omtalte omleggingen. Det vil dog naturlig nok være en omstillingsperiode og en periode hvor de ulike tilbudene i Alta er nye slik at det kan tenkes forbigående organisatoriske oppstartsvansker av mindre vesentlig karakter.

C. Hensynet til ansatte

Generelt vil ansatte i beredskapskritiske fag i mindre grad enn tidligere være kandidater for ambulerende. Foretaket mener dette ikke vil bidra til en forverring av arbeidsforholdet, kanskje snarere tvert imot.

Videre tror foretaket at en utvidelse av tilbudet i Alta slik det er beskrevet vil gi nye faglige utfordringer for sykepleierne ved klinikk Alta. Vi tror dette vil bli positivt mottatt heller enn negativt. God opplæring, riktig pasientsелеksjon og god digital støtte fra legene i Hammerfest og ellers i foretaket står sentralt.

Påvirkningen på personell som er knyttet til spesialiteter en ikke regner som beredskapskritiske er ikke vurdert i denne sammenheng da dette vil avhenge av hvordan en innretter disse spesialitetene.

D. Kompetanse/utdanning

Finnmarkssykehuset HF mener at LIS-legene sin utdanning ikke svekkes ved den aktuelle omleggingen all den tid det utarbeides tydelige seleksjonskriterier for hvilke pasienter som er egnet for oppfølging i Alta. En slik seleksjon vil evalueres fortløpende. Skulle pasientvolumet i Hammerfest mot formodning bli så begrenset på enkelte fagområder at det er krevende å oppnå obligatoriske læringsmål for LIS vil kompensatoriske tiltak iverksettes. Foretaket mener at delegering av en del rutinemessig pasientoppfølging til klinikk Alta vil kunne gi en bedre læringsarena i Hammerfest. Mindre ambulerung ut fra Hammerfest i de beredskapskritiske fagene styrker LIS-utdanningen snarere enn at den svekkes.

Foretaket tror at den type kompetanse som legges opp til å bygge blant sykepleierne og annet helsepersonell i Alta ikke vil svekke kompetansen samlet sett i foretaket; tvert om vil den bli styrket. Dette er kompetanse som er viktig for å kunne sikre vårt oppdrag som leverandør av spesialisthelsetjenester i et fylke med spredt bosettingsmønster og begrenset tilgang på legespesialister.

E. Økonomi

Det er viktig å sikre inntektssiden av det foretaket gjør gjennom korrekt DRG- eller TFG-koding (tjenesteforløp), også der legen ikke fysisk møter pasienten. Alle sider ved dette må kartlegges i detalj før iverksetting, selv om det ikke skal hindre oss i å iverksette det som er riktig tjenesteutvikling til det beste for våre pasienter.

Finnmarkssykehuset HF forventer ikke en forverring av driftskostnadene ved den planlagte omleggingen, snarere forventes det en forbedring.

Det er en forutsetning for omleggingen at det investeres i tilpasning av areal og i nødvendig utstyr, se «Budsjett/finansiering» under.

Budsjett/finansiering

I denne omgang inviteres styret til å ta stilling til de prinsipper som legges til grunn for innretningen av tjenestetilbudet i Alta samt de konkrete fagområdene som foreslås vurdert utviklet i Alta. Administrerende direktør vil komme tilbake med konkrete investeringsbehov når detaljerte planer foreligger dersom disse viser seg å ligge utenfor administrerende direktør sine fullmakter. Styret kan legge til grunn at målet med utvidelsen i Alta langs de foreslåtte linjene er å styrke kvaliteten i pasienttilbudet og samtidig spare kostnader, både knyttet til pasienttransport og til direkte og indirekte ambuleringskostnader.

Medbestemmelse og brukervedvirkning

Hovedlinjene i denne styresaken er diskutert og gjennomgått med de to tillitsvalgte som er representanter i direktørens omstillingsutvalg den 05.02.2024. Sakens innhold er videre drøftet med medisinsk avd.leder indremedisin Hammerfest sykehus, Bjørn Wembstad, samme dato. Øyelege Kari Agledahls notat fra mai 2021 er videre lagt til grunn for utvikling av øye-tilbudet.

ROS-analysen knyttet til hvilke tjenester som foreslås utviklet i Alta ble fasilitert av medisinsk direktør Eystein J. Hauge. Etter avtale med styrets tillitsvalgte representanter kunne analysen aksepteres etter sirkulering på e-post for kommentarer og innspill.

Saken ble drøftet i informasjons- og drøftingsmøte 19.02.24, og i FAMU samme dag.

Brukerutvalget vil bli orientert på første mulige møte.

Direktørens vurdering

Administrerende direktør vurderer at prinsippene og prioriteringen av oppgaver slik de er beskrevet innledningsvis i denne saken danner grunnlaget og rasjonale for hvordan Finnmarkssykehuset HF skal videreutvikle tjenestetilbudet i Alta.

Gitt en aksept av disse, har administrerende direktør lagt frem konkrete forslag til hvilke fagområder som vil inngå i en styrking og utvidelse av tjenestetilbudet i Alta, herunder hvordan tjenestene er tenkt levert. For tjenester som involverer beredskapskritiske spesialiteter vil tjenestene i så liten grad som mulig legges opp til ambulerende ut fra akuttsykehusene. For øvrige spesialiteter vil administrerende direktør i løpet av våren komme tilbake til styret med hvordan disse fagområdene konkret planlegges organisert. Forslag til en slik organisering vil ta stilling til om det skal opprettes en «hub» for hver slik spesialitet ett sted i Finnmark med eventuell ambulerende ut derfra eller om fagområdet skal spres på flere lokalisasjoner.

De foreslåtte endringene i Alta legger til grunn at Finnmarkssykehuset HF øker kvaliteten, primært gjennom å bedre den pasient-rapporterte opplevelsen av tjenesten, samt reduserer driftskostnader gjennom en reduksjon i reisekostnader, og direkte og indirekte ambuleringskostnader. De omtalte digitale løsningene skal muliggjøre og styrke det desentraliserte sykehusstilbudet.

Samlet vurderer administrerende direktør at risikoprofilen for den planlagte omleggingen av tjenestetilbudet er lav, og derved akseptabel. Administrerende direktør understreker imidlertid at det forutsettes godt organisatorisk utviklingsarbeid knyttet til pasientseleksjon, opplæring og digital støtte.

Risikovurderingsverktøy

Risikovurdering for: Oppbygging av tjenestetilbudet i Alta

Deltakere i prosessen:

Dato: 06.02.2024

Ansvarlig: Eystein J. Hauge

	Risikovurdering av det enkelte mål:	Utfylte mål:
Innledning	Mål 1 Mål 11	Mål 1 Kvalitet i pasientbehandlingen
Andre verktøy:	Mål 2 Mål 12	Mål 2 Aktiviteten i helseforetaket
Stemmeverktøy	Mål 3 Mål 13	Mål 3 Hensynet til ansatte
Samlet risikovurdering	Mål 4 Mål 14	Mål 4 Kompetanse/ Utdanning
Veiledere:	Mål 5 Mål 15	Mål 5 Økonomi
Risikovurderings-	Mål 6 Mål 16	
Stemmeverktøy	Mål 7 Mål 17	
Samlet risikovurdering	Mål 8 Mål 18	
	Mål 9 Mål 19	
	Mål 10 Mål 20	

Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrix, se under

Enhet:

Dato: 06.02.2024

Veiledning

Risikoområde nr 1:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Kvalitet i pasientbehandlingen	Risiko-vurdering		Risiko-nivå	Risiko-vurdering		Risiko-nivå
	S	K		S	K	

Gjenn risiko for målet:

1 4

Middels

Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Endringen påvirker resultatet av behandlingen (CROM-data) Med CROM-data menes "Clinical reported outcome measures", eller det objektive resultatet av helsehjelpen sett fra behandlerens ståsted	Å drive tjenestene i Alta som foreslått i styresaken vil bidra til et dårligere behandlingsresultat enn det som hadde vært tilfelle dersom tjenestene hadde vært levert i Hammerfest	Noe av tjenesteutvidelsen vil være knyttet til allerede etablerte tjenester Så vil noen av tjenestene forandre arbeidsform, da ved etablering av "Helserom" (fysisk medhjelper og virtuell legespesialist). Endelig vil noen av tjenestene være sykepleierdrevet med digital støtte fra lege ved behov.	2	4	Middels	Eystein J. Hauge	Rett seleksjon av pasienter, god opplæring, nødvendige investeringer i utstyr og god digital støtte fra spesialistene på akuttstusjukehuset er nødvendig for å ivareta gode resultater. Nye rutiner må beskrives, forankres og iverksettes.	Eystein J. Hauge og Helge Hansen	Før effektivisering			

R2	<p>Endringen påvirker resultatet av behandlingen (PROM-data) Med PROM-data menes "Patient reported outcome measures", eller det subjektive resultatet av helsehjelpen sett fra pasientens ståsted</p>	<p>Å drive tjenestene i Alta som foreslått i styresaken vil bidra til et dårligere behandlingsresultat enn det som hadde vært tilfelle dersom tjenestene hadde vært levert i Hammerfest</p>	<p>Noe av tjenesteutvidelsen vil være knyttet til allerede etablerte tjenester. Så vil noen av tjenestene forandre arbeidsform, da ved etablering av "Helserom" (fysisk medhjelper og virtuell legespesialist). Endelig vil deler av tjenestene være sykepleierdrevet med digital støtte fra lege ved behov.</p>	2	4	Middels	Eystein J. Hauge	Rett seleksjon av pasienter, god opplæring, nødvendige investeringer i utstyr og god digital støtte fra spesialistene på akuttstusene er nødvendig for å ivareta gode resultater. Nye rutiner må beskrives, forankres og iverksettes.	Eystein J. Hauge og Helge Hansen	Før effektivisering			
R3	<p>Endringen påvirker resultatet av behandlingen (PREM-data) Med PREM-data menes "Patient reported experience measures", eller den subjektive pasientopplevelsen av pasientoppholdet</p>	<p>Å drive tjenestene i Alta som foreslått i styresaken vil bidra til en dårligere pasientopplevelse enn det som hadde vært tilfelle dersom tjenestene hadde vært levert i Hammerfest</p>	<p>Kortere reise for pasienten kan spille inn på pasientopplevelsen, men da sannsynligvis i positiv forstand. Hvordan personalet møter pasientene betyr sannsynligvis mest, og er uavhengig av lokalisjon, men særlig eldre kronikere med gjentatt kontroll- og oppfølgingsbehov vil sannsynligvis vekte kortere reisevei tungt i positiv forstand.</p>	1	3	Middels	Eystein J. Hauge						

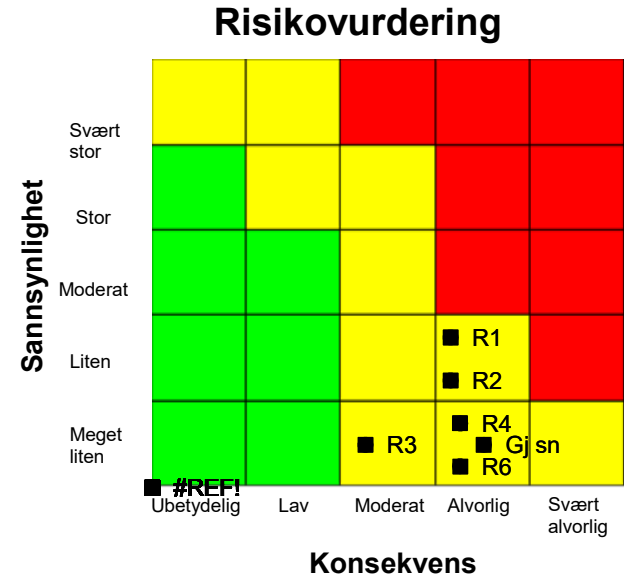
R4	Pasientsikkerheten knyttet til sjeldne komplikasjoner forverres ved å utvide kapasiteten i Alta	Det er på generell basis slik at beredskapen til å håndtere sjeldne komplikasjoner vil være større på et akutt sykehus enn ved en klinikk som Klinikk Alta.	Seleksjonen av pasienter, valg av type tjenester, god opplæring, gode rutiner og digital spesialiststøtte vil bidra til å holde denne risikoen på et akseptabelt nivå.	1	4	Middels	Eystein J. Hauge						
R6	Beredskapen i Hammerfest forverres ved å bygge opp aktiviteten i Alta slik som beskrevet i styresaken	Sannsynligvis bidrar den foreslåtte omleggingen til at ambulering av personell tilhørende beredskapskritiske vaktlinjer blir minimal ut fra Hammerfest, og derved til en mer robust beredskap ved akutt sykehuset, og ikke omvendt	Med en så liten bemanningsbase som det Hammerfest og Kirkenes har per beredskapskritiske spesialitet bidrar all ambulering ut fra akutt sykehusene innen disse fagområdene til økt beredskapsmessig sårbarhet, jf. samtidig sykefravær, permisjoner eller andre samtidskonflikter	1	4	Middels	Eystein J. Hauge						

Risikoområde nr 1:

Kvalitet i pasientbehandlingen

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak



Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrix, se under

Enhet:

Oppbygging av tjenestetilbudet i Alta

Dato: 06.02.2024

Veiledning

Risikoområde nr. 2:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

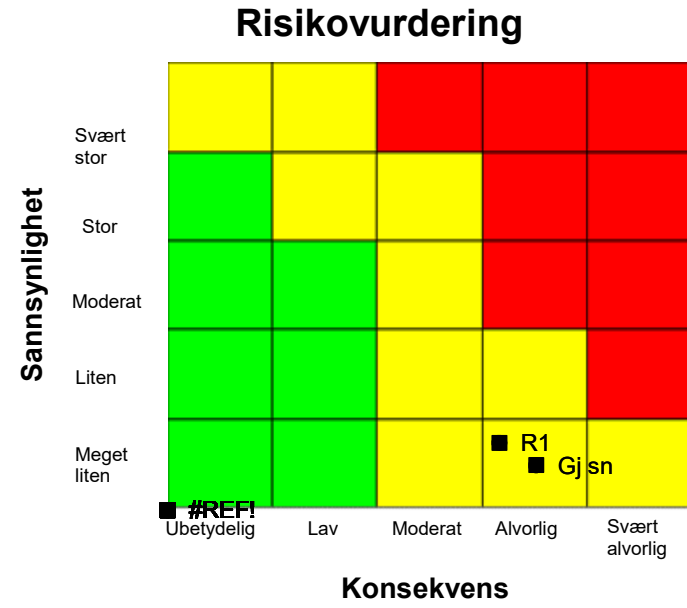
Aktiviteten i helseforetaket				Risiko-vurdering		Risiko-nivå					Risiko-vurdering		Risiko-nivå
				S	K						S	K	
Gjsn risiko for målet:				1	4	Middels							
Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Vi har ikke kapasitet i Alta til å ta hånd om de pasientene som planlegges overført til Alta	Manglende kapasitet vil lede til lengre ventetider	Manglede kapasitet kan ha sin årsak både i mangel på rett kompetanse, areal og utstyr. Vi vil imidlertid sikre at vi har egnede lokaler, rett utstyr, rett kompetanse og gode rutiner før overflytting. Vi vil i tillegg bygge dette opp gradvis slik at den totale aktiviteten i foretaket ikke påvirkes.	1	4	Middels	Eystein J. Hauge						

Risikoområde nr. 2:

Aktiviteten i helseforetaket

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak



Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrix, se under

Enhet:

Oppbygging av tjenestetilbudet i Alta

Dato: 06.02.2024

Veiledning

Risikoområde nr 3:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Hensynet til ansatte				Risiko- vurdering		Risiko- nivå					Risiko- vurdering		Risiko- nivå
				S	K						S	K	
Gjns risiko for målet:				2	3	Middels							
Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Legene får en forverret arbeidssituasjon	Planlagt omlegging gir mer krevende arbeidsforhold	Legene i de beredskapskritiske vaktlinjene vil i liten grad ambulere ut fra akuttstuskehusene. Slik sett er det lite sannsynlig at omleggingen vil lede til en forverring. Omleggingen vil kreve økt bruk av digitale hjelpemidler samt styrket samspill med annet personell i Alta, men dette kan neppe regnes som en forverring. Hvordan fagområdene vi ikke regner som beredskapskritiske skal organiseres, og derved hvordan dette berører aktuelle ansatte der, vil vi komme tilbake til.	1	3	Middels							

R2	Sykepleierne får en forverret arbeidssituasjon	Planlagt omlegging gir mer krevende arbeidsforhold	Sykepleierne i Alta vil få utvidede ansvarsområder og økt kompetanse. Dette er vanligvis synonymt med økt trivsel i arbeidet gitt trygge rammer.	1	3	Middels							
R3	Annet personell får en forverret arbeidssituasjon	Planlagt omlegging gir mer krevende arbeidsforhold	Planlagt omlegging påvirker i begrenset grad andre yrkesgrupper utover at det kan bli nødvendig med økt markantil støtte til å håndtere en økt pasientstrøm i Alta.	3	3	Middels							

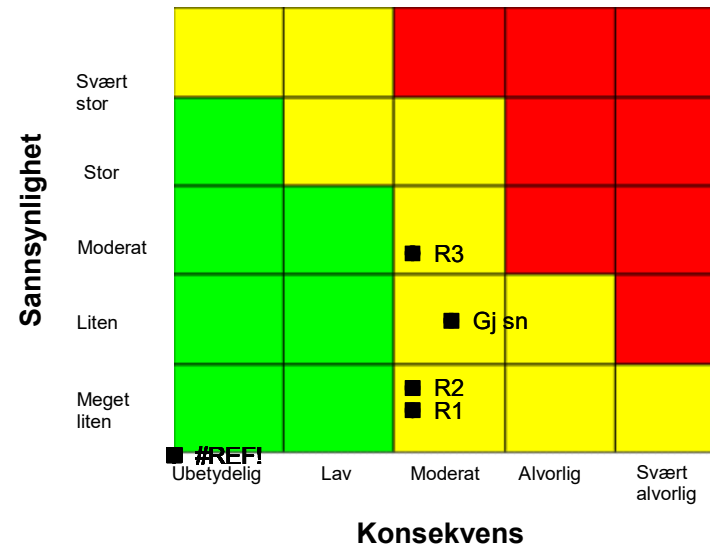
Risikoområde nr 3:

Hensynet til ansatte

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak

Risikovurdering



Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrix, se under

Enhet:

Oppbygging av tjenestetilbudet i Alta

Dato: 06.02.2024

Veiledning

Risikoområde nr 4:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Kompetanse/ Utdanning				Risiko- vurdering		Risiko- nivå					Risiko- vurdering		Risiko- nivå
				S	K						S	K	
Gjsn risiko for målet:													
Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko- nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko- nivå
R1	LIS-legene i de berørte fagene får et svakere utdanningstilbud	Pasientgrunnlaget i Hammerfest blir for tynt til å gi en god utdanning	Det skal utarbeides tydelige seleksjonskriterier for hvilke pasienter som er egnet for oppfølging i Alta. Det er grunn til å tro at delegering av en del rutinemessig pasientoppfølging til Klinikk Alta vil kunne gi en bedre læringsarena i Hammerfest. Mindre spesialist-ambulerer ut fra Hammerfest i de beredskapskritiske fagene styrker LIS-utdanningen snarere enn at den svekkes.	1	4	Middels	Eystein J. Hauge						

R2	Sykepleierne ved Klinikk Alta får en begrenset mulighet til faglig utvikling	Pasientene som overflyttes gir ikke grunnlag for for kompetanseutvikling	Den type kompetanse som vi legger opp til å bygge blant sykepleierne og annet helsepersonell i Alta ikke vil svekke kompetansen vi har i foretaket; tvert om vil den bli styrket. Pasientgrunnlaget som overføres mener vi danner et godt grunnlag for faglig videreutvikling.	1	4	Middels	Eystein J. Hauge						
R3	Grunnutdanning til sykepleierne som utdannes i Alta påvirkes negativt	Pasientene som overflyttes gir ikke grunnlag for for kompetanseutvikling	Det motsatt er sannsynligvis tilfelle; utvidelsen av pasienttilbudet i Alta vil gi ytterligere muligheter for å oppnå flere læringsmål lokalt enn det som er tilfelle i dag .	1	3	Middels	Eystein J. Hauge						

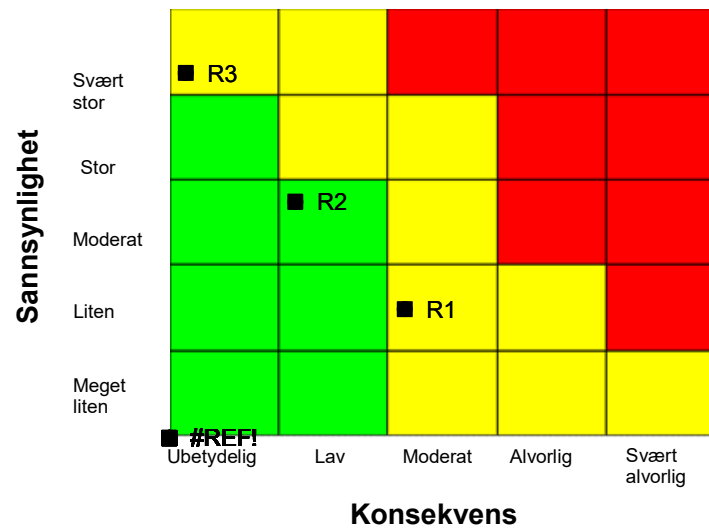
Risikoområde nr 4:

Kompetanse/ Utdanning

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak

Risikovurdering



Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrix, se under

Enhet:

Oppbygging av tjenestetilbudet i Alta

Dato: 06.02.2024

Veiledning

Risikoområde nr 5:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Økonomi				Risiko- vurdering		Risiko- nivå					Risiko- vurdering		Risiko- nivå
				S	K						S	K	
Gjenn risiko for målet:				3	2	Lav							
Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko- nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko- nivå
R1	Omleggingen leder til redusert ISF-inntekt for foretaket	Dersom omleggingen leder til svakere koding eller redusert mulighet for koding (digital oppfølging, sykepleierdrevet aktivitet) er dette riktig.	Alle sider ved kodingen må kartlegges i detalj før iverksetting, men det skal ikke hindre oss i å gjøre det vi mener er riktig tjenesteutvikling og til det beste for våre pasienter.	2	3	Middels							
R2	Omleggingen leder til økte personalkostnader	Vi vil måtte investere i kompetanse og muligens flere lokalt ansatte, så dette er isolert sett riktig	Vil vil med rimelig grad av sannsynlighet spare inn igjen investeringen ved redusert ambulering og tilhørende indirekte kostnader blant legespesialister i beredskapskritiske vaktlinjer. Reduserte reisekostnader bidrar også til å veie opp for økte personalkostnader.	3	2	Lav							
R3	Omleggingen leder til økt investeringsbehov i utstyr	Vi vil måtte investere både i utvikling av areal og i utstyr for å kunne ta imot de planlagte pasientene.	Det er en forutsetning at vi bruker midler i Alta til å investere i utvikling av areal og utstyr for å bygge opp under den planlagte omleggingen	5	1	Middels							

Risikoområde nr 5:

Økonomi

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak

