



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	15.11.2024
Saksansvarlig:	Eystein Johannes Hauge
Saksbehandler:	Eystein Johannes Hauge, medisinsk direktør
Møtedato:	25. november 2024
Saksnr i Elements:	2024/3969

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
93/24	25.11.2024	Styret i Finnmarkssykehuset HF

Fremtidig organisering av spesialitetene Psykiatri (psykisk helsevern for voksne), Barne- og ungdomspsykiatri samt Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og avhengighet i Finnmarkssykehuset HF

Ingress

Saken dreier seg om oppfølging av sak 09/2024, og da nærmere bestemt hvordan tre medisinske spesialiteter som ikke er definert som beredskapskritiske i sak 09/24, bør organiseres for å kunne bidra til å utvikle disse fagområdene til det beste for pasientene i hele Finnmark.

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF stiller seg bak den foreslåtte organiseringen av spesialitetene Psykiatri, psykisk helsevern for voksne, Barne- og ungdomspsykiatri samt Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og avhengighet i Finnmarkssykehuset HF. Det betyr at styret slutter seg til å innføre modell B. Styret forutsetter at løsningen implementeres for Øst- og Vest-Finnmark først.
2. Styret ber administrerende direktør evaluere den nye organiseringen tolv måneder etter implementering.
3. Styret ber administrerende direktør vurdere om den tverrgående organiseringen også kan inkludere de aktuelle fagområdene i Sámi klinihkka etter regjeringens kommende utredningsarbeid vedrørende samiske spesialisthelsetjenester er ferdigstilt. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret før en eventuell justering implementeres.
4. Styret ber om at det ved implementering av strukturelle endringer av tjenestetilbudet på en gitt lokalisasjon gjøres en separat risikovurdering knyttet til det fagområdet som påvirkes av endringen, at ansatte involveres og at aktuelle endringer drøftes med tillitsvalgte i forkant.

Ole Hope

Administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Organisasjonsmodeller PHV BUP TSB
- 2 Mini-evaluering av dagens organisering psykisk helsevern
- 3 Risikovurdering modell A - nullalternativ
- 4 Risikovurdering - modell B
- 5 Risikovurdering - modell C



Formål/Sammendrag

Styret i Finnmarkssykehuset HF [vedtok i sak 09/24 \(saksfremlegg\)](#) å prioritere vaktlinjer i de medisinske spesialitetene kirurgi (gastrokirurgi), indremedisin, ortopedi og obstetikk/gynekologi, støttet av anesthesiologi og radiologi, på begge de to akuttsykehusene i foretaket. Disse medisinske spesialitetene ble definert som beredskapskritiske spesialiteter. Administrerende direktør lovet å komme tilbake til styret med en plan for videreutvikling av de øvrige medisinske spesialitetene (fagområdene) som ikke er omtalt som beredskapskritiske i saken. Målbidet for denne videreutviklingen er lagt frem i sak 92/2024.

Spesialitetene PHV (Psykiatri, psykisk helsevern for voksne), BUP (Barne- og ungdomspsykiatri) samt TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og avhengighet) omtales særskilt i denne saken fordi administrerende direktør foreslår organisatoriske endringer for disse fagområdene i tillegg til det medisinskfaglige målbildet.

Bakgrunn

I sak 09/2024, Utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta, fremgår det av punkt 4 under avsnittet «Sentralisering vs. desentralisering» at:

«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.»

Sak 92/2024 omtaler målbildet for utviklingen av disse spesialitetene som ikke ble definert som beredskapskritiske, heretter kalt non-beredskapskritiske spesialiteter. Fagområdene PHV, BUP og TSB omtales hva gjelder retning for faglig utvikling også i sak 92/2024, mens denne saken omhandler foreslåtte organisatoriske endringer knyttet til disse tre fagområdene. De foreslåtte organisatoriske endringene må sees på som en oppfølging av «Hovedmål nummer 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» i dokumentet [Styringskrav og rammer 2024 Fra Helse Nord RHF til helseforetakene](#) fra 7. februar 2024.

Saksvurdering/analyse

Finnmarkssykehuset HF må styrke tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utfordringene foretaket står i kan kort oppsummeres på følgende måte:

1. Psykisk helsevern i Finnmark har ikke en vaktordning etter kl. 22:00. Det betyr at helsepersonell i kommunene i Finnmark må kontakte UNN HF i Tromsø dersom det haster med å komme i kontakt med en psykiater.
2. Dersom inneliggende pasienter innen psykisk helsevern trenger tilsyn eller vurdering av lege på nattetid må personalet på døgnenhetene noen steder ringe AMK. I praksis støtter FIN HF seg ofte på kommunal legevakt for å gjøre vurderinger av egne inneliggende pasienter.



3. På enkeltlokalisasjoner har ikke FIN HF klart å ta tilbake TUD-pasientene (Tvang uten døgn) fra UNN HF innen rimelig tid, noe som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig tvangs-kapasitet i UNN HF.
4. På enkeltlokalisasjoner har FIN HF latt UNN HF vente for lenge med å tilbakeføre pasienter fra akuttposten innen psykisk helsevern i Tromsø. Dette gjør det vanskeligere for UNN HF å sikre nødvendig kapasitet til å kunne ta imot de sykeste pasientene på fagområdet.
5. FIN HF har for mange fristbrudd innen psykisk helsevern, og det er alt for stor variasjon blant lokalisasjonene når det gjelder andelen fristbrudd. Det betyr at FIN HF ikke evner å se fristbruddene under ett i foretaket slik at disse jevnes ut.
6. FIN HF leier inn dyr kompetanse fra byrå på enkeltlokalisasjoner mens foretaket har en viss restkapasitet på andre steder.
7. FIN HF avlønner tidvis lik kompetanse på ulik måte på tvers i foretaket. Det skaper en intern konkurranse om arbeidskraften.
8. FIN HF har for stor variasjon lokalisasjonene imellom når det gjelder andelen av senger som brukes til henholdsvis akutt og elektiv behandling.
9. FIN HF har en noe ulik praksis hva gjelder kravet til ny henvisning fra primærhelsetjenesten ved re-innleggelser lokalisasjonene imellom.

Oppsummert er det ingen andre fagområder foretaket har så store utfordringer med som de tre spesialitetene PHV, BUP og TSB. Finnmarkssykehuset HF har riktignok lange ventelister på enkelte andre fagområder, men dette er i stor grad betinget i mangel på enkeltspesialister, og utgjør ikke en like stor grunnleggende organisatorisk utfordring.

I dag er de tre spesialitetene ledet under klinikkjefen på hver av klinikkene slik øvrige medisinske spesialiteter også er. Det betyr at foretaket ikke har en organisasjonsmodell som bidrar til å løfte disse aktuelle fagområdene opp til administrerende direktør i større grad enn det som er tilfelle for andre spesialiteter. For dagens organisering samt mulige fremtidige innretninger vises det til vedlegg 1.

Finnmarkssykehuset HF hadde i ca. 15 år, frem til 2020, en organisering der psykisk helsevern var organisert i en egen tverrgående klinikk. Dette ble omgjort til klinikkvis ledelse i forbindelse med endringen av klinikkstrukturen i foretaket i 2020. Det er etter det blitt gjort en mini-evaluering av organiseringen slik den er i dag, se vedlegg 2.

Som ledd i arbeidet med utviklingen av de såkalte non-beredskapskritiske fagene (jf. styresak 09/24) har det igjen vært naturlig å vurdere om organiseringen av de tre spesialitetene PHV, BUP og TSB bør endres for å kunne møte utfordringene Finnmarkssykehuset HF står i. Kort oppsummert står foretaket slik administrerende direktør ser det ovenfor tre valg:

- A. Finnmarkssykehuset HF kan beholde dagens organisasjonsmodell. Den legger til en viss grad til rette for nært samarbeid mellom psykisk helsevern og somatiske helsetjenester fordi disse fagområdene er organisert under samme klinikkleder. I praksis ser vi imidlertid at psykisk helsevern i stor grad drives autonomt og på siden av de somatiske helsetjenestene.
- B. Finnmarkssykehuset HF kan organiseres med en felles leder for PHV, BUP og TSB i Finnmarkssykehuset HF. Vedkommende blir da sidestilt med øvrige klinikkledere i foretaket. Under denne er det så en assisterende klinikkleder felles for PHV, BUP og TSB på hver geografisk lokalisasjon svarende til henholdsvis Vest-, Midt- og Øst-



Finnmark, altså med utgangspunkt i den historiske DPS-strukturen. Denne modellen sikrer at alle de tre fagområdene samles på tvers i Finnmark, og sikrer deretter en integrering av de tre fagområdene seg imellom på hver geografisk lokalisasjon. Det gir gevinster knyttet til lokalt samarbeid de tre fagområdene imellom, men det ofres da en samarbeidsstruktur på tvers av foretaket svarende til hver enkelt spesialitet (jf. modell C under).

- C. Finnmarkssykehuset HF kan organiseres med en felles leder for PHV, BUP og TSB i Finnmarkssykehuset HF. Vedkommende blir da sidestilt med øvrige klinikkledere i foretaket. Under denne er det så en assisterende klinikkleder for hvert av de tre fagområde PHV, BUP og TSB på tvers av de geografiske lokalisasjonene i foretaket. Denne modellen bidrar til at det i enda større grad enn i modell B kan optimaliseres på hver enkelt spesialitet på tvers i foretaket, men det ofres da en lokal samarbeidsstruktur som bidrar til en tettere integrering av de tre spesialitetene på hver geografiske lokalisasjon.

De tre modellene er tegnet ut i vedlegg 3-5.

Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud

For fullt ut å kunne høste gevinstene av modell B og C vil fagområdene PHV, BUP og TSB med tilhørende fagpersoner i Sámi klinihkka svare til en felles klinikksjef for hele Finnmarkssykehuset HF knyttet til disse fagområdene, og ikke til nåværende klinikksjef i Sámi klinihkka. Ved modell B vil dog dette ha minimale implikasjoner for lokalt ansatte i Sámi klinihkka ettersom det uansett vil være en stedlig leder for fagområdene PHV, BUP og TSB i Midt-Finnmark (Karasjok). I prinsippet er det også slik at en felles klinikksjef for PHV, BUP og TSB i Finnmarkssykehuset HF gjerne kan rekrutteres fra fagmiljøet i Karasjok. Avstanden til beslutninger fattet av administrerende direktør i spørsmål knyttet til de aktuelle fagområdene i Karasjok vil hverken bli kortere eller lengre med modell B enn den den er i dag.

Ved valg av modell C vil det ikke nødvendigvis være en leder for hver av de tre fagområdene som har sitt geografiske sete i Midt-Finnmark. Modell C styrker i utgangspunktet samarbeidet innen hver enkelt spesialitet på tvers i Finnmark, men kan bidra til at det samiske tjenestetilbudet i Sámi klinihkka ikke fremkommer like tydelig i organisasjonen som i dagens modell (modell A) og i modell B.

Det er på vei en egen utredning i regi av regjeringen knyttet til organiseringen av samiske spesialisthelsetjenester. Konklusjonen i den utredningen vil kunne påvirke den fremtidige organisasjonsmodellen for PHV, BUP og TSB i Finnmarkssykehuset HF.

Risikovurdering

Finnmarkssykehuset HF har brukt Helse Nord RHF sitt utkast til mal for risikovurderinger med definerte konsekvensområder og felles akseptansekriterier.

Til denne saken er det vedlagt tre risikovurderinger, en for hvert av de tre alternativene. Risikovurderingene er sammenstilt av medisinsk direktør, blant annet på bakgrunn av innspill og gruppearbeid med fagpersoner, ledere og tillitsvalgte den 15. og 16. oktober 2024. Det ble her gjennomgående diskutert fordeler og ulemper med de ulike organisasjonsmodellene, herunder de risiki som medfølger ved de ulike valgene.



Oppsummert er dagens organisasjonsmodell forbundet med en rekke inntrufne risikoer uten at det derimot kan sluttet en direkte kausalitet mellom organisasjonsmodell og inntruffet risiko. Risikovurderingen av modell B tilsier ikke at det vil tilkomme nevneverdig *merrisiko* ved å velge denne i stedet for dagens modell (modell A; null-alternativet), tvert imot kan det være grunn til å tro at risikoen samlet sett reduseres ved valg av modell B. Det betyr i klartekst at det er en risiko ved *ikke å foreta* et organisatorisk grep.

Risikovurderingen av modell C tilsier en *begrenset merrisiko* på enkelte områder sammenlignet med dagens modell samtidig som risikoen er andre områder reduseres.

Samlet sett vurderes modell B til å ha gunstigst risikoprofil.

Budsjett/finansiering

I denne saken inviteres styret til å ta stilling til foreslått organisasjonsmodell for fagområdene (spesialitetene) PHV, BUP og TSB. Organisasjonsmodellen er en del av arbeidet Finnmarkssykehuset HF gjør for å følge opp hovedmål 1 i «*Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*». Finnmarkssykehuset HF legger til grunn at denne styrkingen vil kunne kreve mer ressurser, og sannsynligvis mer ressurser enn det som er tilfelle i dag. Finnmarkssykehuset HF jobber derfor med å redusere kostander andre steder i foretaket slik at styrkingen av disse tre fagområdene kan skje innenfor de tildelte økonomiske rammer.

Medbestemmelse og brukermedvirkning

I informasjons- og drøftingsmøtet 15.03.2024 ble det lagt frem forslag til prosess knyttet til utvikling av målbildet:

1. *Foretaksledelsen (klinikkledere, med. dir., med. fagsjef) utarbeider et diskusjonsunderlag som representerer de initiale tankene om hvordan sykehusledelsen ønsker å utvikle foretaket på de aktuelle fagområdene. Dette arbeidet er påbegynt.*
2. *Når dette initiale tankesettet foreligger, ønsker vi et dialogmøte nummer 1 med alle tillitsvalgte og vernetjenesten der vi presenterer forslagene og hvor vi får reelle innspill.*
3. *Dernest kommer vi til å gå fagområde for fagområde og snakke med de faglige [lederskikkelsene] slik at vi sikrer deres syn (typisk enhetsledere, avdelingsoverleger).*
4. *Etter dette kommer dialogmøte nummer 2 med de samme tillitsvalgte og vernetjenesten hvor vi presenterer det bearbejdede materialet og ber om nye innspill slik saken da står.*
5. *Til slutt legges det endelige løsningsforslaget frem til drøfting før det går til styret før sommeren.*

I samme møtet ble også kriteriene for utviklingen av målbildet lagt frem for deltagerne.

- Dialogmøte nummer 1 ble avholdt i Karasjok 29.04.2024
- Innspill fra de ulike fagområdene samt fra Universitetet i Tromsø ble innhentet innen 31.05.2024



- Dialogmøte 2 ble avholdt i Hammerfest 24.09.2024

Tillitsvalgte og vernetjenesten ble i informasjons- og drøftingsmøtet 19.06.2024 orientert særskilt om prosessen knyttet til å vurdere ny organisering for psykisk helsevern og TSB.

I tillegg ble det den 15. og 16. oktober 2024 avholdt et ekstra arbeidsmøte med tillitsvalgte, vernetjeneste, ledere og utvalgte fagpersoner fra fagområdene PHV, BUP og TSB for å belyse fordeler, ulemper og risikoer med de ulike omtalte organisasjonsmodellene.

Saken ble drøftet i informasjons- og drøftingsmøte 15.11.24. Det framkom spørsmål og kommentarer i saken. Som følge av innspill i saken har vedtakspunkt i saken blitt justert.

Arbeidet har lagt til grunn ungdomsrådenes betraktning «best er viktigst når noe er alvorlig eller skal skje sjeldent. Nært er viktigst når noe skal skje ofte. Jo oftere behandlingen skal skje, jo viktigere er det at det kan gjøres så lokalt som mulig.»

Direktørens vurdering

Det er administrerende direktørs vurdering at Finnmarkssykehuset HF innen PHV, BUP og TSB står ovenfor noen særskilte utfordringer som skiller seg fra utfordringene vi står ovenfor på andre fagområder. Det gir derfor mening å vie disse fagområdene ekstra oppmerksomhet når vi ser på målbildet for utviklingen av fagområdene foretaket ikke har definert som beredskapskritiske, jf. styresak 09/24.

Fra et foretaksperspektiv er ett av de viktigste grepene administrerende direktør kan ta å sikre en funksjonell organisasjonsmodell med funksjonelle ledere på alle nivåer slik at fagpersonene i foretaket får best mulig rammevilkår for å løse utfordringene de blir presentert for.

Ved å vurdere en organisering av fagområdene PHV, BUP og TSB på tvers i Finnmarkssykehuset HF gjør vi noe annet enn det vi har som prinsipp for de fleste andre fagområdene/spesialitetene våre. Foretaket gjør dette fordi administrerende direktør mener at behovet for koordinering på tvers i Finnmark innen disse tre fagområdene er større enn behovet for koordinering mot somatiske spesialiteter på hver enkelt geografisk lokalisasjon. Utfordringene på disse tre fagområdene skiller seg ut fra utfordringene vi ser på andre fagområder. For å løfte søkelyset på disse tre fagområdene i tråd med hovedmål 1 i «*Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*» mener administrerende direktør det er riktig å opprette en tverrgående klinikk for disse tre fagområdene. Administrerende direktør vil på et senere tidspunkt vurdere hvordan den tilhørende klinikklederrollen best kan ivaretas.

Dagens organisasjonsmodell har ikke bidratt til å løse dagens problemer selv om ikke alle utfordringene er likt fordelt lokalisasjonene imellom. Det betyr at noen lokalisasjoner som har få utfordringer per i dag vil måtte støtte opp om andre lokalisasjoner der utfordringene er større. Det kan oppleves som krevende for den enkelte ansatte, men utfra et overordnet perspektiv vurderes det som en riktig avveining Finnmark sett under ett.



Administrerende direktør mener en sentralisert ledelse av de aktuelle fagområdene vil bidra til å redusere uønsket variasjon i vårt tjenestetilbud, bedre ressursutnyttelsen og bidra til å skape mer robuste fagmiljøer. Dette vil komme alle pasienter i Finnmark til gode, uavhengig av morsmål. Sekundært vil en slik organisering også kunne lede til bedre rekruttering og styrkede rammer for LIS-utdanningen.

Administrerende direktør ser at det kan ha ytterligere gevinster å lede hvert enkelt av de tre fagområdene på tvers i Finnmark i tillegg til å ha en felles klinikkleder på tvers foretaket, men vurderer det lokale behovet for koordinering de tre spesialitetene seg imellom som større enn koordineringsbehovet på tvers av lokalisasjonene. Administrerende direktør vil derfor anbefale modell B fremfor modell C.

Administrerende direktør ønsker ikke å interferere med et departementsoppnevnt utvalg som skal vurdere den fremtidige organiseringen av samiske spesialisthelsetjenester. Administrerende direktør vil derfor ved implementering av modell B starte med å integrere de tre spesialitetene under en klinikksef for Vest- og Øst-Finnmark for så å vurdere videre implementering etter at det departementsoppnevnte utvalget har ferdigstilt sitt arbeid. I mellomtiden forutsetter administrerende direktør en videreutvikling av det operasjonelle samarbeidet mellom Sami klinikk og de øvrige geografiske lokalisasjonene på de aktuelle fagområdene slik at faglige prosedyrer, rutiner, prioriteringer, behandlingsprotokoller, inntaksarbeid og annet pasientrettet arbeid samkjøres på tvers i foretaket.

Organisering av PHV, BUP og TSB

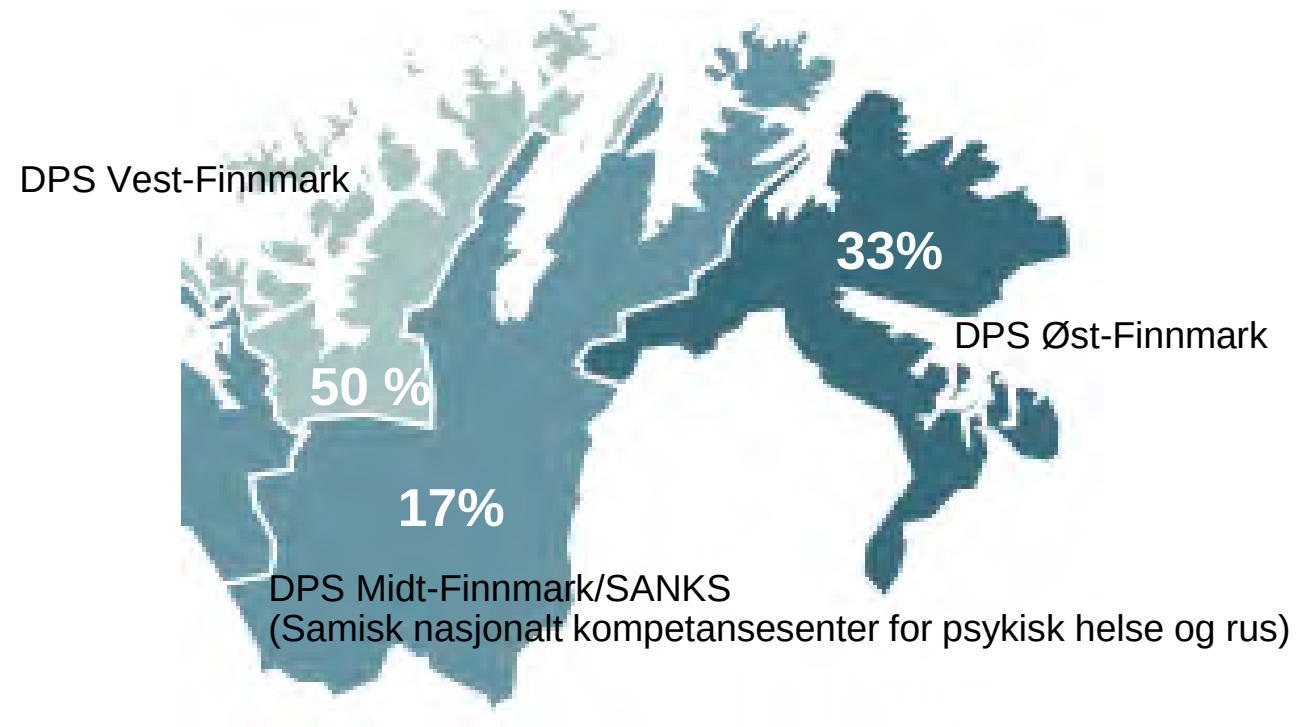
Til styremøte 25.11.2024



Bakgrunn for endring

1. Psykisk helsevern i Finnmark har ikke en vaktordning etter kl. 22:00. Det betyr at helsepersonell i kommunene i Finnmark må kontakte UNN HF i Tromsø dersom det haster med å komme i kontakt med en psykiater.
2. Dersom inneliggende pasienter innen psykisk helsevern trenger tilsyn eller vurdering av lege på nattestid må personalet på døgnetenhetene noen steder ringe AMK. I praksis støtter FIN HF seg ofte på kommunal legevakt for å gjøre vurderinger av egne inneliggende pasienter.
3. På enkeltlokalisasjoner har ikke FIN HF klart å ta tilbake TUD-pasientene (Tvang uten døgnetenhet) fra UNN HF innen rimelig tid, noe som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig tvangs-kapasitet i UNN HF.
4. På enkeltlokalisasjoner har FIN HF latt UNN HF vente for lenge med å tilbakeføre pasienter fra akuttposten innen psykisk helsevern i Tromsø. Dette gjør det vanskeligere for UNN HF å sikre nødvendig kapasitet til å kunne ta imot de sykeste pasientene på fagområdet.
5. FIN HF har for mange fristbrudd innen psykisk helsevern, og det er alt for stor variasjon blant lokalisasjonene når det gjelder andelen fristbrudd. Det betyr at FIN HF ikke evner å se fristbruddene under ett i foretaket slik at disse jevnes ut.
6. FIN HF leier inn dyr kompetanse fra byrå på enkeltlokalisasjoner mens foretaket har en viss restkapasitet på andre steder.
7. FIN HF avlønner tidvis lik kompetanse på ulik måte på tvers i foretaket. Det skaper en intern konkurranse om arbeidskraften.
8. FIN HF har for stor variasjon lokalisasjonene imellom når det gjelder andelen av senger som brukes til henholdsvis akutt og elektiv behandling.
9. FIN HF har en noe ulik praksis hva gjelder kravet til ny henvisning fra primærhelsetjenesten ved re-innleggelser lokalisasjonene imellom.

Befolkningsfordeling og opptaksområde

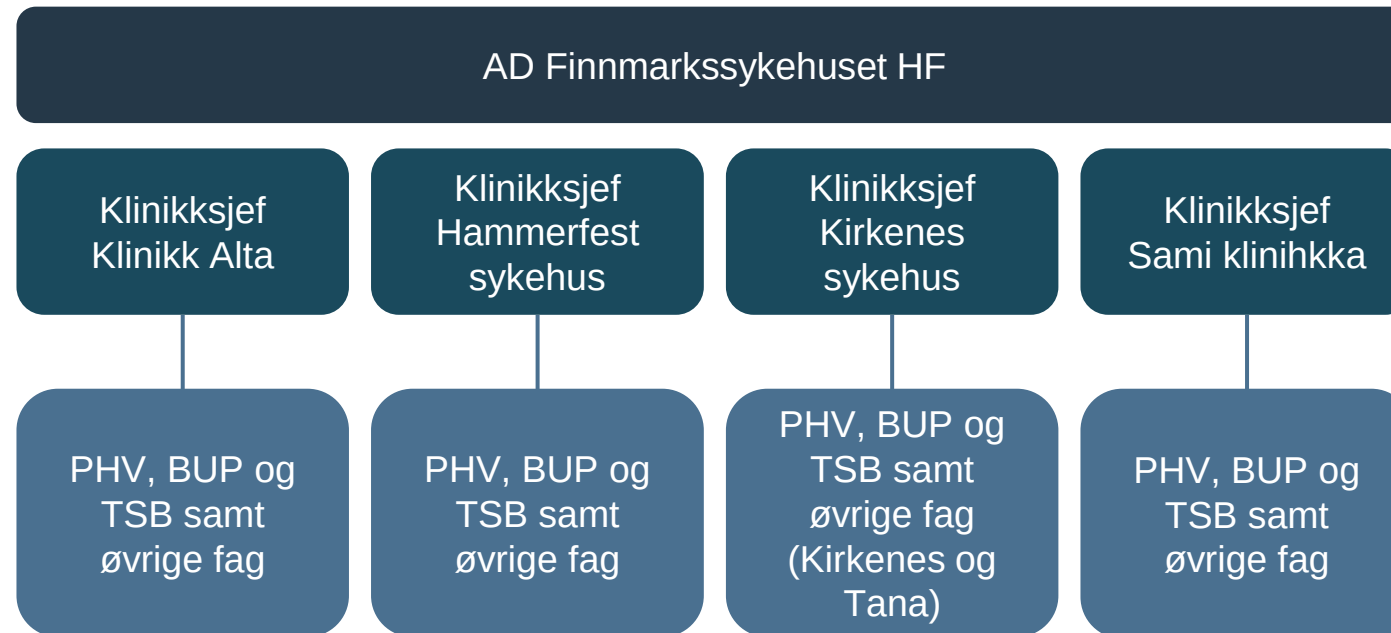


Barne- og ungdomspsykiatri og TSB er integrert i hvert DPS

Status organisering 2019



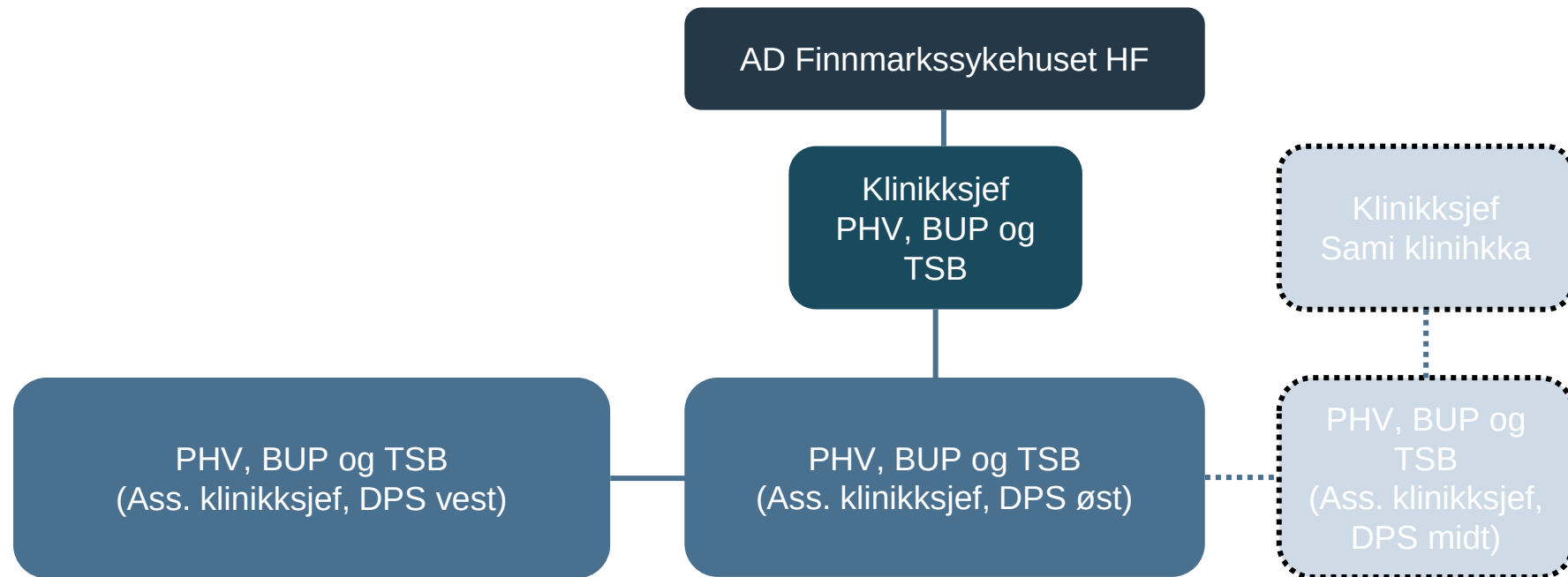
Modell A: Dagens organisasjonsmodell



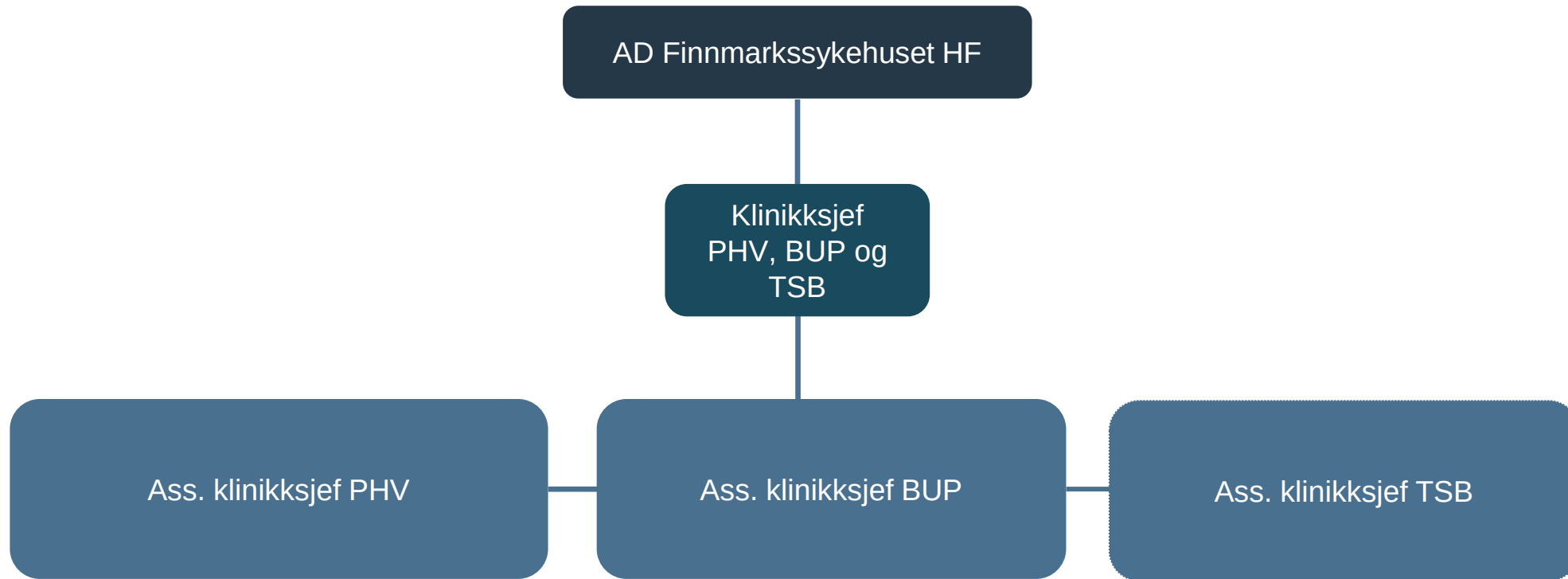
Alternativ organisering

- A. Vi kan beholde dagens organisasjonsmodell. Den legger til en viss grad til rette for nært samarbeid mellom psykisk helsevern og somatikk fordi disse fagområdene er organisert under samme leder. I praksis ser vi imidlertid at psykisk helsevern i stor grad drives autonomt og på siden av de somatiske helsetjenestene.
- B. Vi kan organisere oss med en felles leder for PHV, BUP og TSB i Finnmarkssykehuset HF. Vedkommende blir da sidestilt med øvrige klinikkledere i foretaket. Under denne er det så en felles leder for PHV, BUP og TSB på hver geografiske lokalisasjon svarende til henholdsvis Vest-, Midt- og Øst-Finnmark, altså den historiske DPS-strukturen. Denne modellen sikrer at vi ser alle de tre fagområder samlet sett på tvers i Finnmark, og sikrer deretter en integrering av de tre fagområdene seg i mellom på hver geografiske lokalisasjon. Det gir gevinster knyttet til lokalt samarbeid de tre fagområdene imellom, men vi ofrer da en samarbeidsstruktur på tvers svarende til hver enkelt spesialitet (jf. modell C).
- C. Vi kan organisere oss med en felles leder for PHV, BUP og TSB i Finnmarkssykehuset HF. Vedkommende blir da sidestilt med øvrige klinikkledere i foretaket. Under denne er det så en leder for hvert av de tre fagområde PHV, BUP og TSB på tvers av de geografiske lokalisasjonene i foretaket. Denne modellen sikrer at vi i enda større grad enn i modell B kan optimalisere hver enkelt spesialitet på tvers i foretaket, men vi ofrer da en lokal samarbeidsstruktur som sikrer integrering av de tre spesialitetene på hver geografiske lokalisasjon.

Modell B



Modell C



Medvirkning

I informasjons- og drøftingsmøtet 15.03.2024 ble det lagt frem forslag til prosess knyttet til utvikling av målbildet:

1. *Foretaksledelsen (klinikkledere, med. dir., med. fagsjef) utarbeider et diskusjonsunderlag som representerer de initiale tankene om hvordan sykehusledelsen ønsker å utvikle foretaket på de aktuelle fagområdene. Dette arbeidet er påbegynt.*
2. *Når dette initiale tankesettet foreligger, ønsker vi et dialogmøte nummer 1 med alle tillitsvalgte og vernetjenesten der vi presenterer forslagene og hvor vi får reelle innspill.*
3. *Dernest kommer vi til å gå fagområde for fagområde og snakke med de faglige «bjellesauene» slik at vi sikrer deres syn (typisk enhetsledere, avdelingsoverleger).*
4. *Etter dette kommer dialogmøte nummer 2 med de samme tillitsvalgte og vernetjenesten hvor vi presenterer det bearbeidede materialet og ber om nye innspill slik saken da står.*
5. *Til slutt legges det endelige løsningsforslaget frem til drøfting før det går til styret før sommeren.*

I samme møtet ble også kriteriene for utviklingen av målbildet lagt frem for deltagerne.

- Dialogmøte nummer 1 ble avholdt i Karasjok 29.04.2024
- Innspill fra de ulike fagområdene samt fra Universitetet i Tromsø ble innhentet innen 31.05.2024
- Dialogmøte 2 ble avholdt i Hammerfest 24.09.2024

Tillitsvalgte og vernetjenesten ble i informasjons- og drøftingsmøtet 19.06.2024 orientert særskilt om prosessen knyttet til å vurdere ny organisering for psykisk helsevern og TSB.

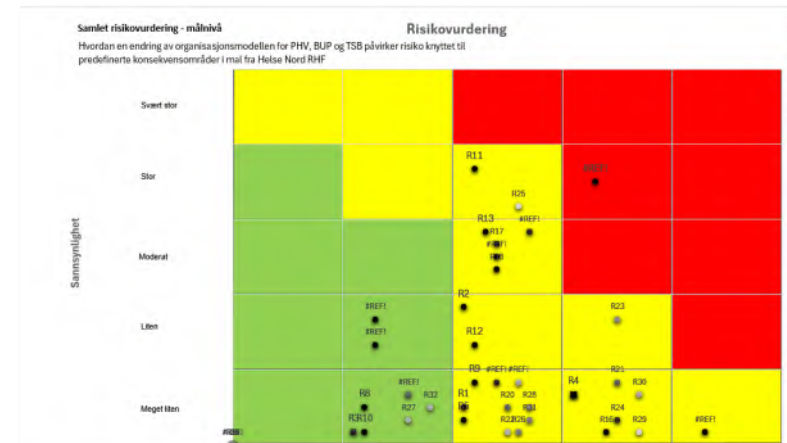
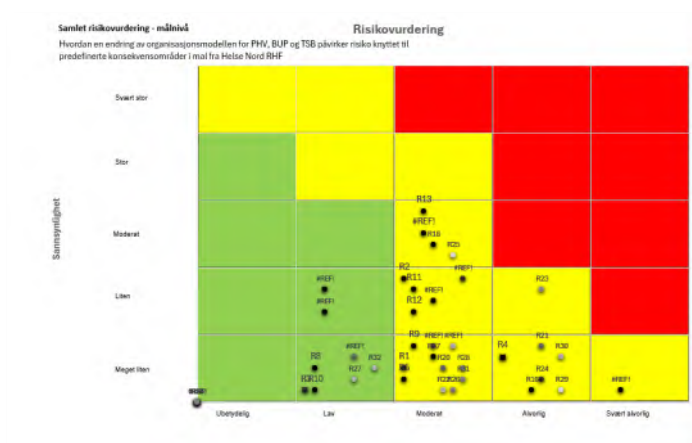
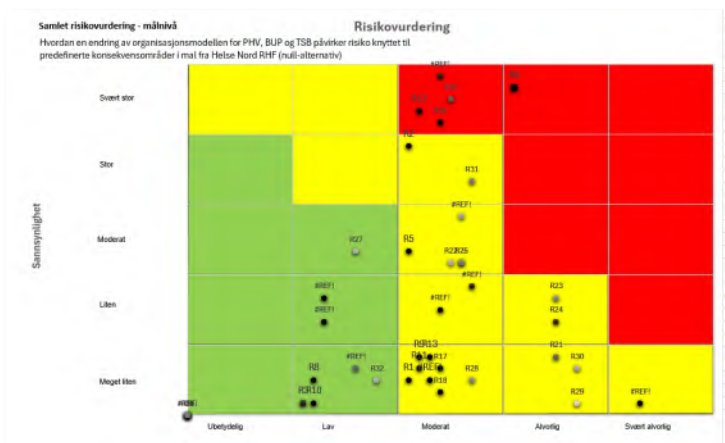
I tillegg ble det den 15. og 16. oktober 2024 avholdt et ekstra arbeidsmøte med tillitsvalgte, vernetjeneste, ledere og utvalgte fagpersoner fra fagområdene PHV, BUP og TSB for å belyse fordeler, ulemper og risikoer med de ulike omtalte organisasjonsmodellene.

Risiko

Til denne saken er det vedlagt tre risikovurderinger, en for hvert av de tre alternativene. Risikovurderingene er sammenstilt av medisinsk direktør, blant annet på bakgrunn av innspill og gruppearbeid med fagpersoner, ledere og tillitsvalgte den 15. og 16. oktober 2024. Det ble her gjennomgående diskutert fordeler og ulemper med de ulike organisasjonsmodellene, herunder de risiki som medfølger ved de ulike valgene.

Oppsummert er dagens organisasjonsmodell forbundet med en rekke inntrufne risikoer uten at det derimot kan slutes en direkte kausalitet mellom organisasjonsmodell og inntruffet risiko. Risikovurderingen av modell B tilsier ikke at det vil tilkomme nevneverdig *merrisiko* ved å velge denne i stedet for dagens modell (modell A; null-alternativet), tvert imot kan det være grunn til å tro at risikoen samlet sett reduseres ved valg av modell B. Det betyr i klartekst at det er en risiko ved *ikke å foreta* et organisatorisk grep.

Risikovurderingen av modell C tilsier en *begrenset merrisiko* på enkelte områder sammenlignet med dagens modell samtidig som risikoen er andre områder reduseres. Samlet sett vurderes modell B til å ha gunstigst risikoprofil.



Vurdering

Det er administrerende direktørs vurdering at Finnmarkssykehuset HF innen PHV, BUP og TSB står ovenfor noen særskilte utfordringer som skiller seg fra utfordringene vi står ovenfor på andre fagområder. Det gir derfor mening å vie disse fagområdene ekstra oppmerksomhet når vi ser på målbildet for utviklingen av fagområdene vi ikke har definert som beredskapskritiske, jf. styresak 09/24.

Fra et foretaksperspektiv er ett av de viktigste grepene administrerende direktør kan ta å sikre en funksjonell organisasjonsmodell med funksjonelle ledere på alle nivåer slik at fagpersonene i foretaket får best mulig rammevilkår for å løse utfordringene de blir presentert for.

Ved å vurdere en organisering av fagområdene PHV, BUP og TSB på tvers i Finnmarkssykehuset HF gjør vi noe annet enn det vi har som prinsipp for de fleste andre fagområdene/spesialitetene våre. Foretaket gjør dette fordi administrerende direktør mener at behovet for koordinering på tvers i Finnmark innen disse tre fagområdene er større enn behovet for koordinering mot somatiske spesialiteter på hver enkelt geografisk lokalisasjon. Utfordringene på disse tre fagområdene skiller seg ut fra utfordringene vi ser på andre fagområder. For å løfte søkelyset på disse tre fagområdene i tråd med hovedmål 1 i «*Styringskrav og rammer 2024 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*» mener administrerende direktør det er riktig å opprette en tverrgående klinikk for disse tre fagområdene.

Administrerende direktør mener en sentralisert ledelse av de aktuelle fagområdene vil bidra til å redusere uønsket variasjon i vårt tjenestetilbud, bedre ressursutnyttelsen og bidra til å skape mer robuste fagmiljøer. Dette vil komme alle pasienter i Finnmark til gode, uavhengig av morsmål. Sekundært vil en slik organisering også kunne lede til bedre rekruttering og styrkede rammer for LIS-utdanningen.

Administrerende direktør ser at det kan ha ytterligere gevinster å lede hvert enkelt av de tre fagområdene på tvers i Finnmark i tillegg til å ha en felles klinikkleder på tvers foretaket, men vurderer det lokale behovet for koordinering de tre spesialitetene seg imellom som større enn koordineringsbehovet på tvers av lokalisasjonene. Administrerende direktør vil derfor anbefale modell B fremfor modell C.

Administrerende direktør vil derfor ved implementering av modell B starte med å integrere de tre spesialitetene under en klinikksjef for Vest- og Øst-Finnmark for så å vurdere videre implementering etter at det departementsoppnevnte utvalget har ferdigstilt sitt arbeid

Oppsummering midtveisevaluering med status overordnet klinikkstruktur Psykisk Helsevern og TSB

Bakgrunn

- Ny overordnet klinikkstruktur ble etablert i 1. januar 2020
- Styresak 76/2019:

Styret i Finnmarkssykehuset HF fattet følgende vedtak i styresak 76/2019 Overordnet klinikkstruktur somatikk og psykisk helsevern og rus:

- 1. Styret i Finnmarkssykehuset HF gir sin tilslutning til ny overordnet klinikkstruktur somatikk og psykisk helsevern og rus i Finnmarkssykehuset HF.*
 - 2. Ny klinikkstruktur iverksettes fra 1. januar 2020.*
 - 3. Styret ber administrerende direktør gjennomføre evaluering av ny overordnet klinikkstruktur innen utgangen av 2022*
- Gjennomført minievaluering i Strategisk ledermøte sak 230/2021

Fra minievalueringen august 2021

Generelt:

- felles oppfatning i klinikkene at ny klinikkstruktur var riktig beslutning
- administrative og økonomiske konsekvenser burde vært bedre utredet før endring til ny klinikkstruktur
- skulle jobbet mer med samarbeidsavtaler og rutiner før implementering

Samarbeid

- skriftlig samarbeidsavtale etablert
- fellesprosedyrer fra tidligere klinikk er videreført og gjort gjeldene for alle klinikker
- lokale prosedyrer videreført i de enkelte klinikker – det som ikke kan være felles
- klinikk Alta er koordinator fagområdene PHV/TSB og har dedikert 50% ressurs i klinikkadministrasjonen til å følge opp felles saker (nødvendig og sårbart)

Fra minievalueringen august 2021

Pasientforløp:

- det er en bekymring om at den faglige utviklingen innen PHV og TSB ikke har hatt godt nok fokus i ny organisasjon. Det bør ha fokus i tiden fremover.
- det bør kartlegges hvilken kompetanse Finnmarkssykehuset har på de ulike lokalisasjonene og ut fra det vurdere hvor pasienten får det beste tilbudet – ikke gjennomført
- samarbeid somatikk og PHV/TSB må jobbes bedre med.
- døgntilbud til barn og unge – kartlegge behov for nærmere samarbeid mellom døgnenheten og alle poliklinikker for å få til bedre pasientforløp

Fra minievalueringen august 2021

Annet:

- i minievalueringen som er gjort fra Sámi klinihkka har det vært et stort poeng å få frem at Sámi klinihkka ikke har de samme ansvarsområdet som de andre klinikkene. Dette fordi Sámi klinihkka har nasjonale funksjoner og er spesialisert i forhold til samisk språk og kultur i tillegg til at de har lokalt behandlingsansvar som de øvrige DPS
- organiseringen som er valgt kan føre til mer distanse mellom DPS-ene, og at hver tenker på seg selv i en hektisk hverdag
- det er indentifisert utfordringer i forhold til henvisningsflyt – pågår arbeid med forbedring

Fra ROS-Analyse

- **Ivareta og styrke fagmiljøet innen psykisk helsevern og rus**
 - tilrettelegging for individuelle rekrutterings – og stabiliseringsordninger - utviklet klinikkvisse planer og er hverken blitt bedre eller dårligere i ny struktur
 - forskningsaktivitet
 - faglige og personlige utvikling
 - gjennomgang av faglige standarder og prosedyrer for å utvikle foretaksovergripende prosedyrer
 - halvtimer morgenmøter – ikke igangsatt da det er vurdert uhensiktsmessig
- **Behandlingsfrister overholdes**
 - teamorganisering av merkantil tjeneste
- **Sikre LIS utdanning**
 - ny ordning for LIS utdanning implementert men ikke godt nok forankret i avdelingene
 - nok overleger med nødvendig spesialistkompetanse



Medarbeiderundersøkelsen

BUP Hammerfest	2019	2024	Utvikling
1. Engasjement	72,9	75,8	2,9
2. Teamarbeidsklima	84,8	70,4	-14,4
3. Arbeidsforhold	75	64,4	-10,6
4. Sikkerhetsklima	76,4	62,1	-14,3
5. Psykososialt arbeidsmiljø	81,8	72,2	-9,6
6. Opplevd lederatferd	71,2	71,6	0,4
7. Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet	71,4	45,8	-25,6
8. Fysisk miljø	77,8	50	-27,8
9. Oppfølging	62,5	75	12,5

Døgnetenheten Alta	2019	2024	Utvikling
1. Engasjement	59,6	76	16,4
2. Teamarbeidsklima	62,8	75	12,2
3. Arbeidsforhold	50	70,2	20,2
4. Sikkerhetsklima	69	71,7	2,7
5. Psykososialt arbeidsmiljø	63	74,4	11,4
6. Opplevd lederatferd	71,9	69,2	-2,7
7. Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet	53,3	31,3	-22
8. Fysisk miljø	63,2	60,5	-2,7
9. Oppfølging	49,4	58,7	9,3

År	Klinikk	Enhet	Korttid	Langtid	Totalt
2019	Sami klinihkka	23200 - Døgnenheten PHV og avhengighet, Sami Klinihkka	2,8 %	6,8 %	9,7 %
2023		23200 - Døgnenheten PHV og avhengighet, Sami Klinihkka	3,6 %	7,0 %	10,6 %
2019		23300 - VPP SÁNAG/SANKS Sámi Klinihkka	3,4 %	11,0 %	14,4 %
2023		23300 - VPP SÁNAG/SANKS Sámi Klinihkka	4,0 %		4,0 %
2019		23400 - BUP SÁNAG/SANKS Sámi klinihkka	2,4 %	4,5 %	6,8 %
2023		23400 - BUP SÁNAG/SANKS Sámi klinihkka	3,8 %	4,9 %	8,6 %
2019		23450 - UPA SÁNAG/SANKS Sámi Klinihkka	3,2 %	3,9 %	7,1 %
2023		23450 - UPA SÁNAG/SANKS Sámi Klinihkka	4,2 %	7,5 %	11,7 %
2019		23500 - TSB poliklinikk SÁNAG/SANKS Sámi Klinihkka	3,0 %	14,1 %	17,1 %
2023		23500 - TSB poliklinikk SÁNAG/SANKS Sámi Klinihkka	2,5 %		2,5 %
2019		23600 - Nasjonalt team SÁNAG/SANKS, Sámi Klinihkka	3,1 %	5,6 %	8,7 %
2023		23600 - Nasjonalt team SÁNAG/SANKS, Sámi Klinihkka	2,8 %	6,6 %	9,4 %
2019		23700 - Familienheten SÁNAG/SANKS Sámi Klinihkka	3,5 %	17,6 %	21,2 %
2023		23700 - Familienheten SÁNAG/SANKS Sámi Klinihkka	2,2 %		2,2 %
År	Klinikk	Enhet	Korttid	Langtid	Totalt
2019	Finnmarkssykehuset		2,6 %	6,0 %	8,6 %
2023			2,8 %	7,0 %	9,8 %

Sykefravær

Digitale konsultasjoner

2019

Andelen for digitale konsultasjoner for 2019 ligger på 3,80 % jfr Virksomhetsrapport FIN 12-2020. Disse data ligger ikke inne HN-LIS, og derfor ikke tilhørende graf.

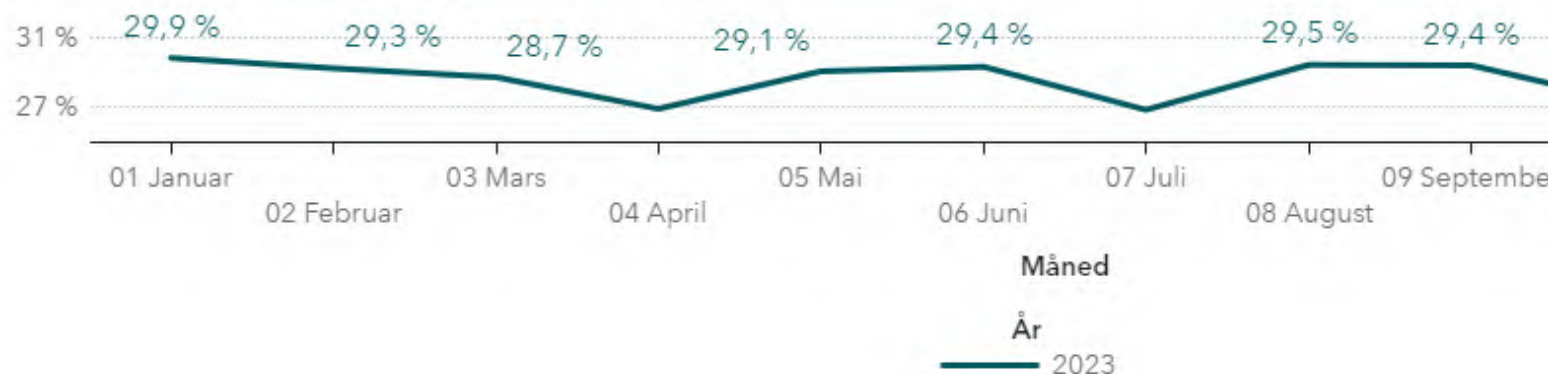
Bemerk at det ble en markant økning fra mars 2020, og er forsøkt å stabilisere denne videre i årene fremover.

2023

Vi ser for 2023 at det er en jevn bruk av digitale konsultasjoner gjennom hele året:

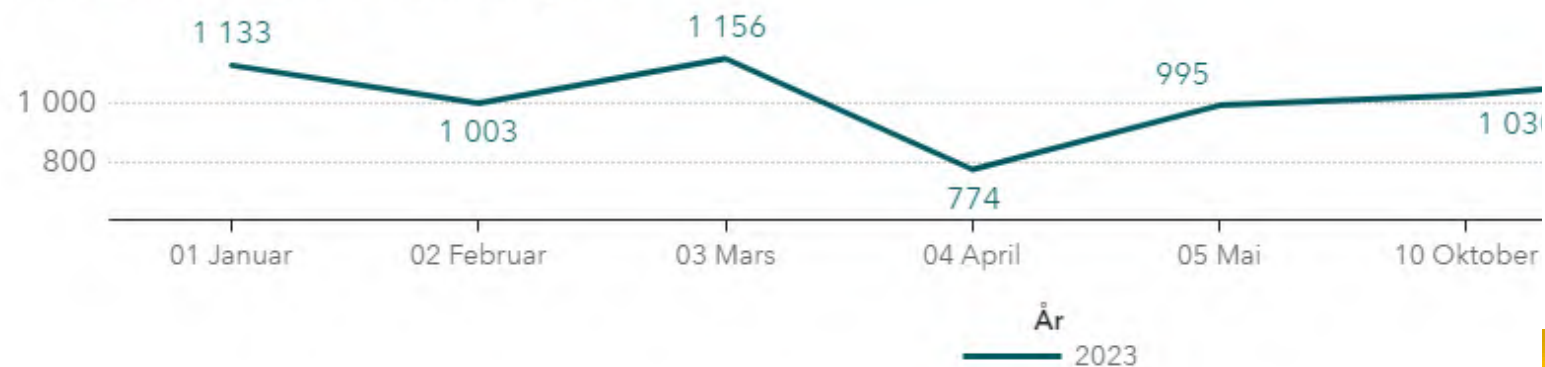
Andel:

Andel elektive telefon- og videokonsultasjoner



Antall:

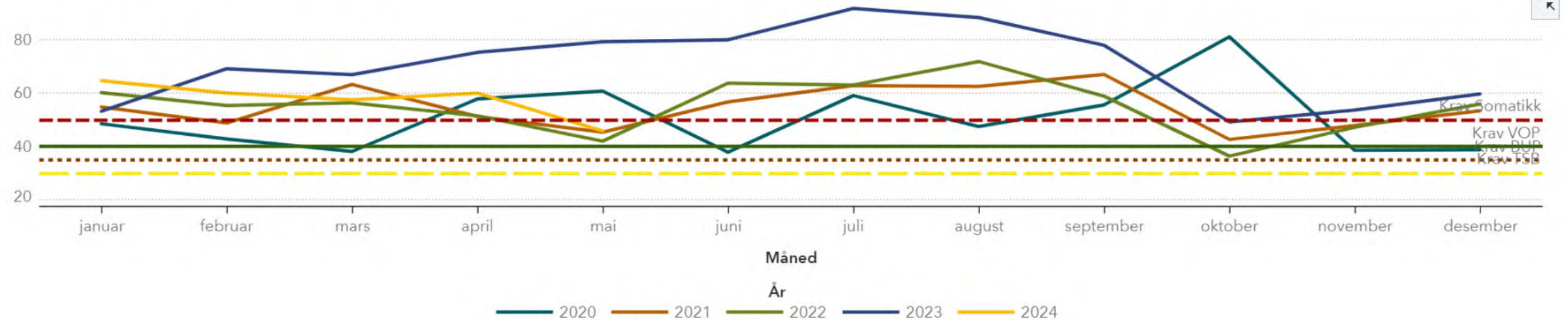
Antall telefon- og videokonsultasjoner



Ventetid utvikling over tid-BUP

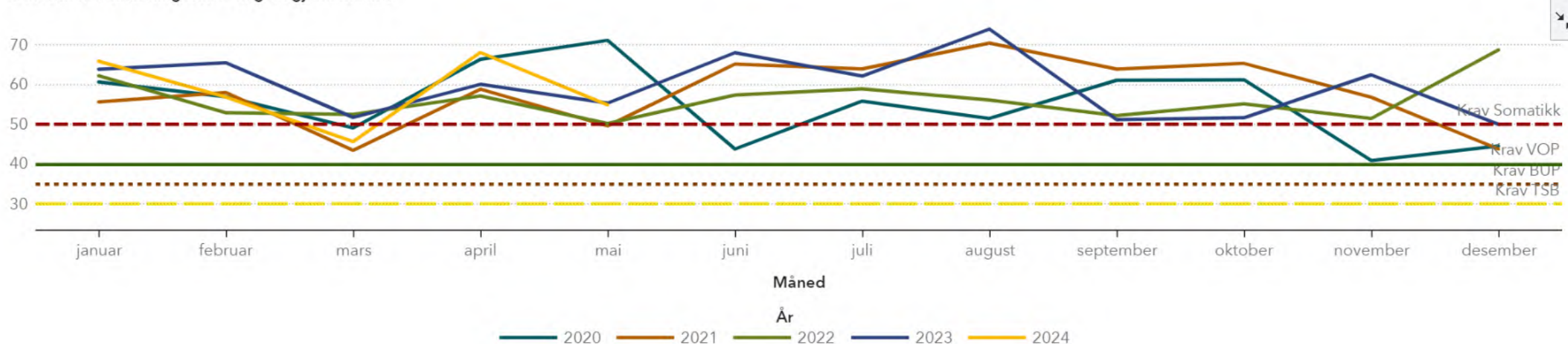


Ventetid til behandlingsstart - dager i gjennomsnitt



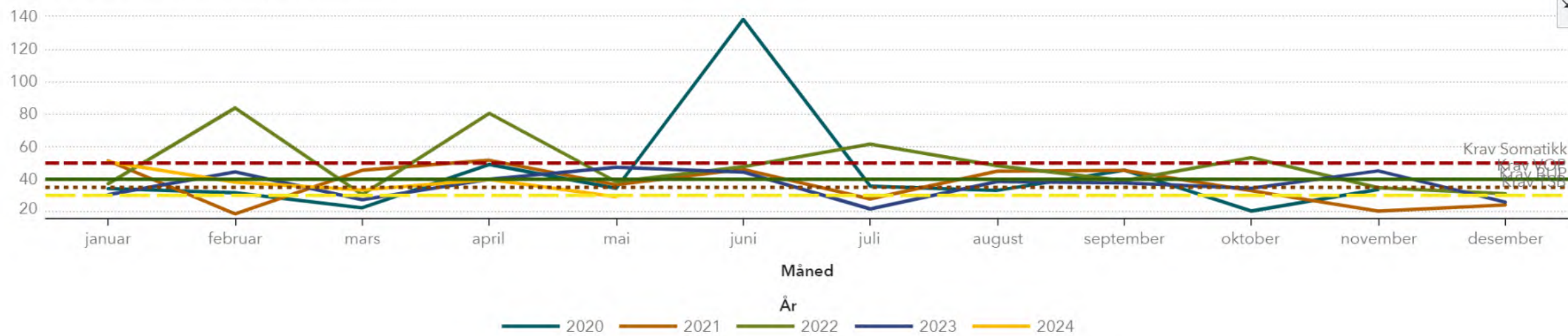
Ventetid utvikling over tid-VPP

Ventetid til behandlingsstart - dager i gjennomsnitt



Ventetid utvikling over tid-TSB

Ventetid til behandlingsstart - dager i gjennomsnitt



Aktivitet PHV og TSB 2019 og 2023

Gjelder direkte poliklinisk aktivitet.

Poliklinisk aktivitet psykisk helse og rus	2019	2023
Voksenpsykiatri:	17 336	26 719
Barn- og ungdomspsykiatri:	8 877	12 022
Rusomsorg:	1 102	1 396

VPP Tana		2019	2020	2021	2022	mar.23	jun.23	okt.23	des.23	mar.24
Psykiater	budsjettert		2	2	2	3	3	3	3	3
	vakant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LIS	budsjettert			1	1	1	1	1	1	1
	vakant	0	0	0,3	0,8	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Psykologspesialist	budsjettert	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	vakant	0,5	0,5	0,3	2	2	1	2	2	2
Psykolog	budsjettert	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	vakant	0,5	0,5	0,6	1	0	0	0	0	0
Behandler	budsjettert							2	2	2
	vakant							0	0	0
Døgn Alta PHV		2019	2020	2021	2022	mar.23	jun.23	okt.23	des.23	mar.24
Psykiater	budsjettert	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	vakant	1	0	0	0	0	0	0	0	0
LIS	budsjettert	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	vakant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psykologspesialist	budsjettert	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	vakant	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Psykolog	budsjettert	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	vakant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Døgn Karasjok PHV		2019	2020	2021	2022	mar.23	jun.23	okt.23	des.23	mar.24
Psykiater	budsjettert	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	vakant	0,8	0,8	0	0	0,4	0,4	0,4	1	1
LIS	budsjettert	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	vakant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psykologspesialist	budsjettert	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	vakant	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Psykolog	budsjettert	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	vakant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Døgn Tana PHV		2019	2020	2021	2022	mar.23	jun.23	okt.23	des.23	mar.24
Psykiater	budsjettert	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	vakant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LIS	budsjettert	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	vakant	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Psykologspesialist	budsjettert	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	vakant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psykolog	budsjettert	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	vakant	0,33	0	0,25	1	0	1	1	1	1

Oversikten viser om stillingene er besatt/ubesatt med faste ansatte. Oversikten viser ikke midlertidig fravær som sykefravær og permisjon

[illegible]

Fra avdelingsledermøte mai 2024

- VPP/BUP Hammerfest merker sterkes noen ulemper ved dagens organisering. De har det minste fagmiljøet i FIN og er videre ikke representert med en avdelingsleder i ledergruppen. Videre er stillingen som fag- og utviklingskonsulent for Vest-Finnmark blitt dratt inn i 2020 og de mangler dermed faglig administrativ støtte. Interne avklaringer innenfor Klinikk Hammerfest tar for lang tid.
- Ressursbruk - klinikkledere må alle være representert i flere møtefora (samarbeidsmøter med UNN, regionale drøftingsmøter, ukentlig avsatt tid på klinikksjefmøte, m.m)
- Avdelingsledere som en del av et større lederteam i hver klinikk har sjelden mulighet til å få saker godt nok belyst på klinikkledermøter. Dagens ukentlige avdelingsledermøte på tvers av klinikkene fungerer tilsvarende som klinikkledermøter i tidligere klinikk psykisk helsevern og rus hvor det er mulig diskutere felles saker på tvers og mulighet for felles faglige beslutninger.

Fra avdelingsledermøte mai 2024

- I dagens organisering blir PHV/TSB lite synlig i lag med det store fagfeltet somatikk. Enklere og raskere å få til avgjørelser med en klinikkssjef enn med 4.
- Samarbeidspartnere må i dagens organisering forholde seg til 4 klinikkssjefer kontra en i gammel organisering.
- Psykiatri og rus er like differensiert som somatikk (hjerte, lunge, nevro, reuma..) med angstlidelser, spiseforstyrrelser, tvangsbehandling, traumebehandling, avhengighetsbehandling m.m. Denne differensiering drukner i dagens organisering i lag med somatikken.
- Ansatte kan eller har opplevd forskjellsbehandling basert på økonomi eller prioritering i egen klinikk
- Sami Klinihkka ser det positive i raske og korte beslutningsveier spesielt for at det samiske perspektivet skal ha prioritet. Dette har man i dag ved stedlig ledelse. Tidligere organisering vurderes som uegnet ut fra erfaring om at det samiske ikke ble prioritert både ressursmessig og ut fra det samiske fagperspektivet.

Oppsummering

- Det er vanskelig å finne objektive målevariabler
- Det er det faglige som blir mindre synlig i dagens organisering
- Fagfeltet er mer ledelsesmessig splittet og ensartet oppfølging av fagfeltet mangler
- Det gjøres ulike faglige og utdanningsrelaterte prioriteringer i klinikkene
- Vanskelig å få en entydig beslutning for fagfeltet
- Man bruker mer klinikkledertid på overordnet nivå i FIN
 - Møter på HN –nivå deltar fire (Rådgiver deltar på vegne av klinikkjefer)
 - Fire klinikkjefer må sette seg inn i fagfeltet og samme tema
 - Det brukes forholdsvis mye ressurser på å holde alle lederlinjer orientert til enhver tid
 - UNN og Helse Nord må forholde seg til fire klinikkjefer og ikke en
- Der somatikken er stor er det vanskelig for psykiske helsevern å bli synlig
- På enhetsnivå blir det ingen forskjell ved endret organisering
- Psykisk helsevern har mistet egne faglige stabsressurser tilknyttet fagfeltet (300%)–Ivaretas i dag av 50%
- Det faglige jobbes med på hver enhet og i mindre grad overordnet på i klinikken.

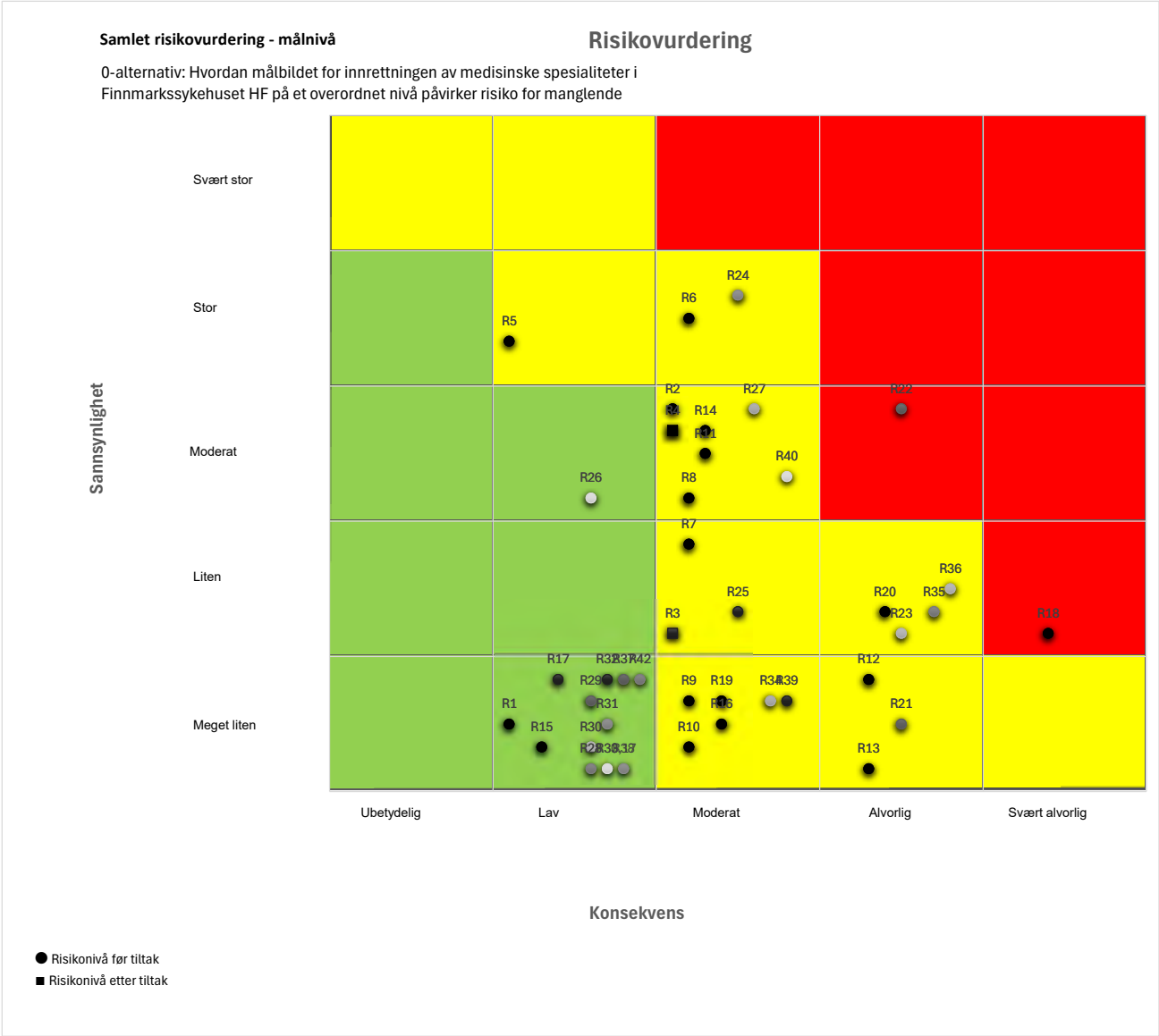
Risikovurdering modell A Finnmarkssykehuset

Risikovurdering for:	Hvordan en endring av organisasjonsmodellen for PHV, BUP og TSB påvirker risiko knyttet til predefinerte konsekvensområder i mal fra Helse Nord RHF (null-alternativ)
Deltakere:	Eystein J. Hauge, basert på innspill om fordeer og ulemper ved ulik organisering gitt i lunch-til-lunch møte med tillitsvalgte, ledere, fagpersoner og vernetjeneste 15.10 - 16.10 2024 samt fra faglinjen 31.05.2024
Dato:	05.11.2024
Tilrettelegger:	Eystein J. Hauge
Målsetning:	Bevisstgjøring av de viktigste risikofaktorer ved implementering av foreslått endring samt forslag til hvordan disse kan håndteres
Bakgrunn:	Oppfølging til styresak 09/24 om hvordan fagområdene som ikke er knyttet til de beredskapskritiske spesialitetene skal videreutvikles
Organisatorisk enhet:	Med. dir.
Tidshorisont:	0-1 år
Metode og prosess:	Med utgangspunkt i de definerte konsekvensområdene (Helse Nord RHF malverk) har med. dir. risikoanalysert de organisatoriske endringene, da på bakgrunn av overnevnte innspill
Ansvarlig:	Eystein J. Hauge

Risikovurdering modell A - nullalternativ

Konsekvensområde	Risikofaktor	Risikoid	Hendelse	Eksisterende tiltak	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikonivå	Risiko	Risikoeier	Nye tiltak	S etter tiltak	K etter tiltak	R etter tiltak	Kommentar
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Ventelister	R1	Vi kommer til å behandle færre pasienter ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Som i dag
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Fristbrudd	R2	Vi kommer til å få flere fristbrudd ved valg av modellen		4	3	Middels		Med. dir.					Risiko for forverring i deler av fylket
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Vaktberedskap	R3	Vi får redusert vaktberedskap ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. dir.					Som i dag
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Kanselleringer	R4	Vi får økt sårbarhet i driften ved valg av modellen		5	4	Høy		Med. dir.					Inntruffet - vi vet at modellen gir høy grad av sårbarhet
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Oppfølging	R5	Vår evne til å levere desentrale tjenester svekkes ved modellen		3	3	Middels		Med. dir.					Som i dag
Forskning og innovasjon	Innovasjon	R6	Valg av modellen vil lede til redusert grad av innovasjon på fagområdene		1	2	Lav		Med. dir.					Påvirkes neppe av modellvalg
Forskning og innovasjon	Rammevilkår	R7	Valg av modellen vil forverre SANKS sine rammevilkår for forskning		1	3	Middels		Med. dir.					SANKS sitt mandat påvirkes ikke av modellen og står fast
Forskning og innovasjon	Forskning	R8	Valg av modellen vil redusere evnen til å drive forskning på de aktuelle fagfeltene		1	2	Lav		Med. dir.					Påvirkes neppe i særlig grad av modellvalg
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Vakuumb	R9	Fravær av stedlig klinikkleder gir ledelsesvakuumb ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Har stedlig klinikkleder i dag
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Favorisering	R10	Enkelte spesialiteter eller geografiske lokalisasjoner blir favorisert av klinikkleder ved valg av modellen		5	3	Høy		Med. dir.					Inntruffet - Modellen slik den er i dag gir incentiver til å tenke egen geografisk klinikk frem for helhet på fagområdene
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Mistrivsel	R11	Lang avstand fra "gulvet" til klinikkleder leder til mistrivsel ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Som i dag
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Fragmentering	R12	Det blir et fragmentert arbeidsmiljø i Alta og Sami Klinihkka ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Som i dag
Informasjonssikkerhet og Personvern	Pasientopplysninger	R13	Informasjonssikkerheten knyttet til pasientopplysninger svekkes ved valg av modellen		1	5	Middels		Med. dir.					Påvirkes neppe av modellvalg
Klima og miljø	Pasientreiser	R14	Økt grad av pasienttransport leder til økt klimaavtrykk ved valg av modellen		2	2	Lav		Med. dir.					Ved en bedre utnyttelse av kapasitet på tvers kan dette forekomme
Klima og miljø	Ansatt-reiser	R15	Økt grad av ansattambulering leder til økt klimaavtrykk ved valg av modellen		2	2	Lav		Med. dir.					Ved å se behandlerkapasitet i større grad på tvers kan dette forekomme
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Usynliggjøring	R16	SANKS blir utvannet slik at et fagtilbud "forsvinner i mengden" ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. dir.					SANKS sitt mandat står fast. Det er ikke en motsetning mellom å være et nasjonalt kompetansesenter og samtidig bidra til gode lokalsykehus tjenester
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Behandlingskapasitet	R17	Kapasiteten utnyttes ikke godt nok på tvers i Finnmark ved valg av modellen		5	3	Høy		Med. dir.					Inntruffet - en utfordring i dag
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Uønsket variasjon	R18	Vi får en uønsket variasjon i tjenestetilbudet (henvisningspraksis, fordeling av senger akutt vs. elektiv, liggetid)		5	3	Høy		Med. dir.					Inntruffet - en utfordring i dag
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Integrerte tjenester	R19	Koordineringen på tvers av de tre valgte fagområdene svekkes ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Som i dag
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Samspill med somatikk	R20	Koordineringen med somatiske helsetjenester svekkes ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Som i dag
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Døgkontinuerlig drift	R21	Vi får ikke gitt våre egne inneliggende pasienter god nok oppfølging på nattestid ved valg av modellen		5	3	Høy		Med. dir.					Inntruffet - en utfordring i dag
Personell, kompetanse og utdanning	Faglig utvikling	R22	Vi får ikke gitt vårt personell god nok faglig utvikling ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. dir.					Som i dag
Personell, kompetanse og utdanning	Samkjøring	R23	Vi får ikke samkjørt prosedyrer på tvers like enkelt ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					Til en viss grad en utfordring i dag
Personell, kompetanse og utdanning	Rekruttering og stabilisering	R24	Vi rekrutterer dårligere ved valg av modellen		2	4	Middels		Med. dir.					Som i dag
Personell, kompetanse og utdanning	Utdanning	R25	Rammevilkårene for LIS-utdannelsen svekkes ved valg av modellen		2	4	Middels		Med. dir.					Som i dag

Samhandling	Samarbeid	R26	Samhandlingen med kommunene forverres ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					Som i dag - har allerede noen utfordringer
Samhandling	Vaktberedskap	R27	Vi belaster de kommunale helsetjenestene med pasienter inneliggende i spesialisthelsetjenesten ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					Påvirkes per se ikke av modellen, men er til en viss grad en utfordring i dag
Samhandling	Pasientlogistikk	R28	Vi får ikke tatt imot pasienter fra UNN HF raskt nok ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					En viss utfordring i dag
Tillit og omdømme	Relasjon mot kommunene	R29	Vårt omdømme mot primærhelsetjenesten svekkes ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Tillit og omdømme	Relasjon mot universitetssykehuset	R30	Vårt omdømme mot UNN HF svekkes ved valg av modellen		3	2	Lav		Med. dir.					Som i dag, en viss utfordring
Tillit og omdømme	Relasjon til pasientene	R31	Vårt omdømme blant pasientene svekkes ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Tillit og omdømme	Samiske behov	R32	Tilliten til at vi kan sikre gode rammevilkår for SANKS svekkes ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. dir.					Som i dag
Økonomi	Driftskostnader	R34	Driftsøkonomien forverres ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Økonomi	Investeringskostnader	R35	Investeringsbehovet øker ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Økonomi	Innleie	R36	Vi vil i større grad trenge innleie ved valg av modellen		4	3	Middels		Med. dir.					Som i dag, markant utfordring noen steder
Økonomi	Gjestepasientkostnader	R37	Vi får støtte pasientflukt ut av fylket ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. dir.					Påvirkes sannsynligvis i liten grad av modellen



Introduksjon til mal for risikoanalyse

Retningslinjer for risikostyring Helse Nord (RL1602) ble i 2024 revidert som del av årlig evaluering. Riksrevisjonens rapport om risikostyring i spesialisthelsetjenesten av 14. mars 2024, pekte på mangler i retningslinjene som styrket behovet for å gjennomføre en revisjon. Denne malen ivaretar de nye retningslinjene og anbefales benyttes i påvente av nytt system for utarbeidelse av risikoanalyser. Malen er utviklet i prosjektet Reorganisering Finnmarkssykehuset.

Referanser:

- Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, versjon 8 (RL1602)
- Regionale føringer for risikostyring i virksomhetene i Helse Nord, versjon 1.1 (RL11117)

Sannsynlighet og konsekvens

Helse Nord har etablert felles anbefalte kriterier for vurdering av sannsynlighet, konsekvens og beskrivelse av risiko på tvers av virksomhetene i foretaksgruppen. Kriteriene kan fravikes, forutsatt at begrunnelse for valg av alternative kriterier er redegjort for. Valg av metode og relevante sannsynlighets- og konsekvenskriterier gjøres som en del av forberedelsene til risikovurderingen.

Sannsynlighetsskala er differensiert ut fra om risikovurderingen omfatter strategiske mål, styringsmål, prosjekt eller ordinær drift, og er beskrevet i arket sannsynlighetsskala Helse Nord (arkfane "Sannsynlighetsskala").

Konsekvensskala beskriver akseptkriterier med tilhørende forslag til skalaer for 11 konsekvensområder (arkfane "Konsekvensskala"). I tillegg er det for noen konsekvensområder en arkfane med utfyllende informasjon og/eller eksempler. Dette skal utvikles videre og etterhvert dekke alle konsekvensområdene. Det kan ved behov vurderes konsekvenser for andre områder. I slike tilfeller må konsekvenskriteriene fastsettes spesifikt, og i forkant av risikovurderingen.

Hva som regnes som ubetydelig eller svært alvorlige konsekvenser vil avhenge av type virksomhet, iboende risiko og omfanget av vurderingen (eksempelvis hvilket nivå i virksomheten vurderingen gjøres). Det er derfor svært viktig at det dokumenteres hva som er lagt til grunn for valgt konsekvens. Bruk gjerne kommenarkolonnene til dette.

Malens innhold og bruk

Her er en kort beskrivels av hva du finner bak hver arkfane.

Infoside

Informasjon om risikoanalysen som grunnlag for arbeidsbokens innhold. Viktig å få med hvilken metode og prosess som er brukt, f.eks. om det har vært gruppearbeid sammen med brukere, eller om ledelsen har kartlagt sannsynlighet og risiko innenfor hendelser som jevnlig vurderes.

Analyse

Her utføres selve analysen ved å beskrive risiko og sette grad av sannsynlighet og konsekvens. De nye retningslinjene har standard akseptansekriterier som bør benyttes. Merk at det for noen konsekvensområder er detaljert beskrivelse av konsekvens i eget ark. Bruk kommentarfeltet til å angi hva som er lagt til grunn for valgt konsekvensnivå.

Risikomatrise

Grafisk fremstilling av risiko basert på analysen som er gjennomført. Den grafiske visningen kan parameterestyles til å vise risiko, risiko og konskevensområde eller bare konsekvensområde ved å endre verdi for "etikett" i først rad. I tillegg til et automatisk generert diagram er det under lagt til en mulighet for manuell registrering av et diagram. Dette kan være hensiktsmessig om en ønsker å vise noen utvalgte risikoer i diagrammet. Risikomatrisen er vanlig å bruke ved presentasjon av analysen i form av en rapport eller presentasjon.

Tiltak

Alle tiltak skal følges opp med ansvarlig og frist for gjennomføring. Dette arket kan benyttes for å lage en liste over tiltak som kan benyttes i analysen. En kan da referer til TiltakId for å beskrive tiltak i analysen.

Lister

Dette er en oversikt over hielnetabeller som er brukt i arbeidsboken

Dette er en oversikt over hjelpetabeller som er brukt i arbeidsboken.

Sannsynlighetsskala

Dette er standard akseptansekriterer for sannsynlighet som bør benyttes ved vurdering av sannsynlighet.

Konsekvensskala

Dette er standard akseptansekriterer for konsekvens som bør benyttes ved vurdering av konsekvens. For noen konsekvensområder (understreket) finnes det mer informasjon i eget ark.

drift tjenesteprod. beredskap

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for drift, tjenesteproduksjon og beredskap.

klima og miljø

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for klima og miljø.

økonomi

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for økonomi.

informasjonssikkerhet personvern

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for informasjonssikkerhet og personvern

**Sannsynlighetsskala for Helse
Nord**

Type	1 Svært liten	2 Liten	3 Middels	4 Stor	5 Svært stor
Tidsavgrensede mål (strategiske mål, styringsmål, prosjekt)*	Estimert 0-10 % sannsynlig i perioden	Estimert 10-35 % sannsynlig i perioden	Estimert 35-65 % sannsynlig i perioden	Estimert 65-90 % sannsynlig i perioden	Estimert 90-100 % sannsynlig i perioden
Drift**	Sjeldnere enn 1 hendelser per X (tidsperiode)	1-4 hendelser per X per X (tidsperiode)	5-10 hendelser per X per X (tidsperiode)	11-50 hendelser per X per X (tidsperiode)	Flere enn 50 hendelser per X per X (tidsperiode)
Hjelpetekst/ kvalitativ vurdering	Blir svært overrasket om det skjer	Antar at det ikke vil skje	Kan skje (like sannsynlig at det skjer som at det ikke skjer)	Antar at det vil skje	Blir svært overrasket om det ikke skjer

* Benyttes for å vurdere sannsynlighet innenfor en bestemt tidsperiode

** Benyttes for å vurdere sannsynlighet i et kontinuerlig driftsperspektiv. Risikovurdering av hendelser i ordinær drift vil kunne variere med tanke på tidsperspektivet på vurdering. Det anbefales derfor å inkludere dette tidsperspektivet i valget av sannsynlighetskriterier

Overordnet konsekvensskala for Helse Nord

Konsekvensområdet med understrekning har mer detaljert beskrivelse i eget ark

Konsekvensområde	1 Ubetydelig	2 Lav	3 Middels	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig/kritisk
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Ingen eller ubetydelig kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for pasienter	Mindre kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et lite antall pasienter	Moderate kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/ eller prognosetap og/eller tap av liv for et stort antall pasienter
Personell, kompetanse og utdanning	Ingen eller minimal svekkelse av tilgangen på personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning	Liten og kortvarig svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning	Moderat svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Ubetydelig helseplage, personskade, emosjonell belastning. Ikke fravær. Antall ansatte utsatt for belastning kan ha betydning for alvorlighetsgraden	Mindre skade, helseplage, emosjonell belastning. Kan gi fravær. Antall ansatte utsatt for belastning kan ha betydning for alvorlighetsgraden	Moderat skade, sykdom, emosjonell belastning. Kan gi langvarige følger evt. fravær. Antall ansatte utsatt for belastning vil ha betydning for alvorlighetsgraden	Alvorlig skade, sykdom, emosjonell belastning. Kan føre til fravær, varige mén og/eller arbeidsuførhet. Antall ansatte utsatt for belastning vil ha betydning for alvorlighetsgraden	Alvorlig skade, sykdom, emosjonell belastning som kan medføre varig arbeidsuførhet og/eller tap av liv
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Ubetydelig innvirkning, tilnærmet normal drift	Mindre og kortvarig reduksjon i tjenesteleveranse	Moderat reduksjon i tjenesteleveranse, av betydelig varighet	Alvorlig reduksjon i tjenesteleveranse, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig reduksjon i tjenesteleveranse
Klima og miljø	Ingen eller uvesentlig virkning.	Noe konsekvens for klima og miljø.	Middels konsekvens for klima og miljø. Effektene kan være merkbare, men ikke alvorlige.	Alvorlig konsekvens for klima og miljø, av betydelig varighet.	Alvorlig og langvarig/ permanent konsekvens for klima og miljø.
Økonomi	Ingen eller ubetydelig påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Mindre påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Moderat tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med betydelige konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Alvorlige tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med store konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Alvorlig tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med ødeleggende konsekvenser for økonomisk handlingsrom
Forskning og innovasjon	Ingen eller minimal svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon	Liten og kortvarig svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon	Moderat svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon
Informasjonssikkerhet og Personvern	Ingen/ubetydelig påvirkning på evne til å levere helsetjenester, og å fortsette daglig drift. Ingen opplysninger på avveie, alle opplysninger er korrekte, tilgang til opplysninger er opprettholdt (ingen personvernbrudd).	Mindre påvirkning av evne til å levere helsetjenester, og å fortsette daglig drift. Enkelte opplysninger er på avvie, ikke oppdatert eller ikke tilgjengelig.	Middels påvirkning på levering av helsetjenester. Enkelte opplysninger om ansatte, eller pasienter er lekket eller tilgjengelige for uvedkommende. Enkelte opplysninger er endret uautorisert. Ett system som har betydning for å kunne levere helsetjenester er ikke tilgjengelig.	Stor påvirkning på evne til å levere helsetjenester. Opplysninger om flere ansatte eller pasienter med høyt konfidensialitetskrav, eller driftsrelatert sikkerhetsinformasjon er tilgjengelig for uvedkommende (internt), og/ eller er endret uautorisert. Flere system(er) som har betydning for å kunne levere helsetjenester er ikke tilgjengelig.	Omfattende bortfall av evne til å levere helsetjenester. Opplysninger om store mengder ansatte eller pasienter, eller driftsrelatert sikkerhetsinformasjon er tilgjengelig for uvedkommende (internt og/ eller eksternt), og/ eller er endret uautorisert. Svært liten/ingen tilgang til nødvendige opplysninger for å kunne levere helsetjenester.
Tillit og omdømme	Ubetydelig svekkelse av tillit/omdømme	Liten og kortvarig svekkelse av tillit / omdømme	Moderat svekkelse av tillit/omdømme, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av tillit/omdømme, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av tillit/omdømme
Samhandling	Ingen eller minimal svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt	Liten og kortvarig svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt	Moderat svekkelse av evnen til samhandling av betydelig varighet, internt og/eller eksternt	Alvorlig svekkelse av evnen til samhandling av betydelig varighet, internt og/eller eksternt	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt
Mål	Ingen eller ubetydelig påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Liten påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Usikkerhet om fastsatte mål kan oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan trolig ikke oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan ikke oppnås (innen frist)

Risikovurdering modell B Finnmarkssykehuset

Risikovurdering for:	Hvordan en endring av organisasjonsmodellen for PHV, BUP og TSB påvirker risiko knyttet til predefinerte konsekvensområder i mal fra Helse Nord RHF
Deltakere:	Eystein J. Hauge, basert på innspill om fordeer og ulemper ved ulik organisering gitt i lunch-til-lunch møte med tillitsvalgte, ledere, fagpersoner og vernetjeneste 15.10 - 16.10 2024 samt fra faglinjen 31.05.2024
Dato:	05.11.2024
Tilrettelegger:	Eystein J. Hauge
Målsetning:	Bevisstgjøring av de viktigste risikofaktorer ved implementering av foreslått endring samt forslag til hvordan disse kan håndteres
Bakgrunn:	Oppfølging til styresak 09/24 om hvordan fagområdene som ikke er knyttet til de beredskapskritiske spesialitetene skal videreutvikles
Organisatorisk enhet:	Med. dir.
Tidshorisont:	0-1 år
Metode og prosess:	Med utgangspunkt i de definerte konsekvensområdene (Helse Nord RHF malverk) har med. dir. risikoanalysert de organisatoriske endringene, da på bakgrunn av overnevnte innspill
Ansvarlig:	Eystein J. Hauge

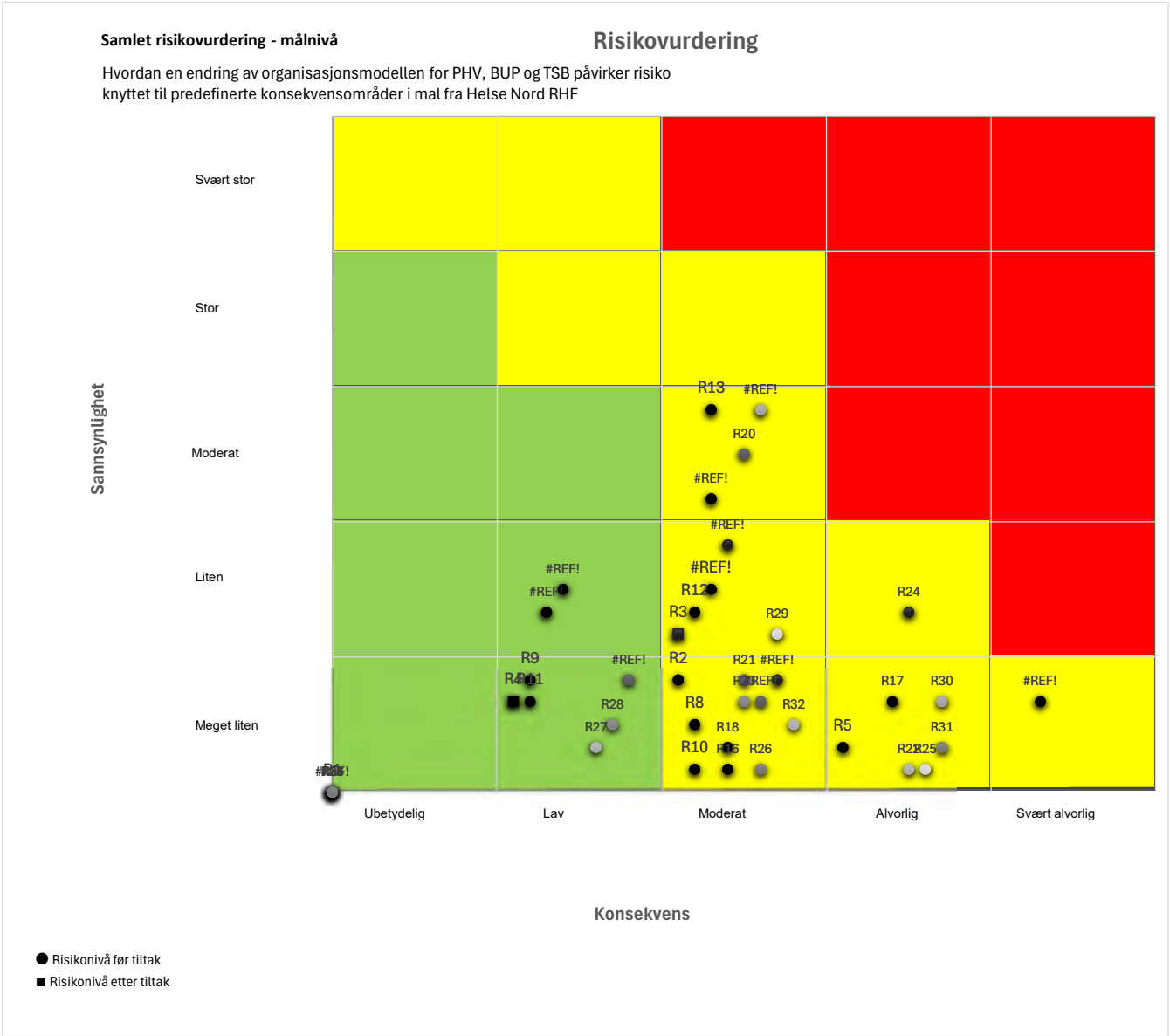
Risikovurdering - modell B

Konsekvensområde	Risikofaktor	Risikoid	Hendelse	Eksisterende tiltak	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikonivå	Risiko	Risikoeier	Nye tiltak	S etter tiltak	K etter tiltak	R etter tiltak	Kommentar
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Ventelister	R1	Vi kommer til å behandle færre pasienter ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt, bedre utnyttelse på tvers (selv om restkapasiteten er begrenset)
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Fristbrudd	R2	Vi kommer til å få flere fristbrudd ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt totalt sett, men enkelte lokalisasjoner kan oppleve flere fristbrudd som følge av en utjevning
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Vaktberedskap	R3	Vi får redusert vaktberedskap ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. Dir.					Modellen som sådan påvirker ikke vaktberedskapen
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Kanselleringer	R4	Vi får økt sårbarhet i driften ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. Dir.					Modellen gir redusert sårbarhet grunnet bedre muligheter for å se personalkapasitet på tvers i foretaket
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Oppfølging	R5	Vår evne til å levere desentrale tjenester svekkes ved modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Modellen gir sannsynlig økt evne til å levere desentralt grunnet muligheter for å se personalkapasitet på tvers i foretaket
Forskning og innovasjon	Innovasjon	R6	Valg av modellen vil lede til redusert grad av innovasjon på fagområdene		1	2	Lav		Med. Dir.					Påvirkes neppe av modellvalg
Forskning og innovasjon	Rammevilkår	R7	Valg av modellen vil forverre SANKS sine rammevilkår for forskning		1	3	Middels		Med. Dir.					SANKS sitt mandat påvirkes ikke av modellen og står fast
Forskning og innovasjon	Forskning	R8	Valg av modellen vil redusere evnen til å drive forskning på de aktuelle fagfeltene		1	2	Lav		Med. Dir.					Påvirkes neppe i særlig grad av modellvalg
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Vakuum	R9	Fravær av stedlig klinikkleder gir ledelsesvakuum ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. Dir.					Ja, men i begrenset grad ettersom hvert DPS-område vil ha en stedlig leder. Kun hvem som er kliniksjeff endres
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Favorisering	R10	Enkelte spesialiteter eller geografiske lokalisasjoner blir favorisert av klinikkleder ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. Dir.					Klinikkleder vil bli målt på helheten, så lite sannsynlig.
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Mistrivsel	R11	Lang avstand fra "gulvet" til klinikkleder leder til mistrivsel ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. Dir.					Ja, avstanden til klinikkleder kan oppleves som økt, men kompenseres ved en sedelig leder på nivået under
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Fragmentering	R12	Det blir et fragmentert arbeidsmiljø i Alta og Sami Klinihkka ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. Dir.					Dersom ledelsen av TSB, BUP og PHV løftes ut av Sami Klinihkka er det begrenset med tjenester igjen som svarer til lokal kliniksjeff, men det betyr ikke nødvendigvis at det daglige samarbeidet svekkes
Informasjonssikkerhet og Personvern	Pasientopplysninger	R13	Informasjonssikkerheten knyttet til pasientopplysninger svekkes ved valg av modellen		1	5	Middels		Med. Dir.					Påvirkes neppe av modellvalg
Klima og miljø	Pasientreiser	R14	Økt grad av pasienttransport leder til økt klimaavtrykk ved valg av modellen		2	2	Lav		Med. Dir.					Ved en bedre utnyttelse av kapasitet på tvers kan dette forekomme
Klima og miljø	Ansatt-reiser	R15	Økt grad av ansattambulering leder til økt klimaavtrykk ved valg av modellen		2	2	Lav		Med. Dir.					Ved å se behandlerkapasitet i større grad på tvers kan dette forekomme
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Usynliggjøring	R16	SANKS blir utvannet slik at et fagtilbud "forsvinner i mengden" ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. Dir.					SANKS sitt mandat står fast. Det er ikke en motsetning mellom å være et nasjonalt kompetansesenter og samtidig bidra til gode lokalsykehus tjenester
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Behandlingskapasitet	R17	Kapasiteten utnyttes ikke godt nok på tvers i Finnmark ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt; vil kunne bidra til bedre kapasitetsutnyttelse på tvers i foretaket
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Uønsket variasjon	R18	Vi får en uønsket variasjon i tjenestetilbudet (henvisningspraksis, fordeling av senger akutt vs. elektiv, liggetid)		1	4	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt; vil kunne bidra til reduksjon i uønsket variasjon
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Integrerte tjenester	R19	Koordineringen på tvers av de tre valgte fagområdene svekkes ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt; ligger an til å styrkes ved en felles leder
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Samspill med somatikk	R20	Koordineringen med somatiske helsetjenester svekkes ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. Dir.					Ledelsesmodellen vil skille mellom somatikk og de tre ulike fagene, så det vil kunne påvirkes.
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Døgnskontoerlig drift	R21	Vi får ikke gitt våre egne inneliggende pasienter god nok oppfølging på nattetid ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Påvirkes per se ikke av modellen, men modellen kan legge til rette for at det blir lettere å løse denne utfordringen
Personell, kompetanse og utdanning	Faglig utvikling	R22	Vi får ikke gitt vårt personell god nok faglig utvikling ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt; tydelig ansvar for dette plasseres hos en felles leder for disse fagområdene
Personell, kompetanse og utdanning	Samkjøring	R23	Vi får ikke samkjørt prosedyrer på tvers like enkelt ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt; det blir lettere å kunne samkjøre prosedyrer under en felles leder for fagområdene
Personell, kompetanse og utdanning	Rekruttering og stabilisering	R24	Vi rekrutterer dårligere ved valg av modellen		2	4	Middels		Med. Dir.					Forhåpentligvis omvendt med en felles leder og et mer robust fagmiljø. Enkelte lokalisasjoner vil kunne vurdere dette annerledes.
Personell, kompetanse og utdanning	Utdanning	R25	Rammevilkårene for LIS-utdannelsen svekkes ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt dersom vi lykkes med å skape et mer robust fagmiljø.
Samhandling	Samarbeid	R26	Samhandling med kommunene forverres ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. Dir.					Påvirkes sannsynligvis i liten grad ettersom det fortsatt vil være tre geografiske ledere.
Samhandling	Vaktberedskap	R27	Vi belaster de kommunale helsetjenestene med pasienter inneliggende i spesialisthelsetjenesten ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Påvirkes per se ikke av modellen, men modellen kan legge til rette for at det blir lettere å løse denne utfordringen
Samhandling	Pasientogistikk	R28	Vi får ikke tatt imot pasienter fra UNN HF raskt nok ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt; vil kunne bidra til bedre kapasitetsutnyttelse på tvers i foretaket
Tillit og omdømme	Relasjon mot kommunene	R29	Vårt omdømme mot primærhelsetjenesten svekkes ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. Dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Tillit og omdømme	Relasjon mot universitetssykehuset	R30	Vårt omdømme mot UNN HF svekkes ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. Dir.					Forhåpentligvis omvendt; bedre kapasitetsutnyttelse i FIN vil kunne bidra til å bedre UNN sin situasjon.

Tillit og omdømme	Relasjon til pasientene	R31	Vårt omdømme blant pasientene svekkes ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Tillit og omdømme	Samiske behov	R32	Tilliten til at vi kan sikre gode rammevilkår for SANKS svekkes ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. Dir.					Kan oppfattes slik, men påvirkes i liten grad. SANKS sitt mandat står fast.
Økonomi	Driftskostnader	R34	Driftsøkonomien forverres ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. Dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Økonomi	Investeringskostnader	R35	Investeringsbehovet øker ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. Dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Økonomi	Innleie	R36	Vi vil i større grad trenge innleie ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. Dir.					Sannsynligvis omvendt; vil kunne bidra til bedre kapasitetsutnyttelse på tvers i foretaket
Økonomi	Gjestepasientkostnader	R37	Vi får støtte pasientflukt ut av fylket ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. Dir.					Påvirkes sannsynligvis i liten grad av modellen

Risikomatrise modell B

Etikett: Risiko



Introduksjon til mal for risikoanalyse

Retningslinjer for risikostyring Helse Nord (RL1602) ble i 2024 revidert som del av årlig evaluering. Riksrevisjonens rapport om risikostyring i spesialisthelsetjenesten av 14. mars 2024, pekte på mangler i retningslinjene som styrket behovet for å gjennomføre en revisjon. Denne malen ivaretar de nye retningslinjene og anbefales benyttes i påvente av nytt system for utarbeidelse av risikoanalyser. Malen er utviklet i prosjektet Reorganisering Finnmarkssykehuset.

Referanser:

- Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, versjon 8 (RL1602)
- Regionale føringer for risikostyring i virksomhetene i Helse Nord, versjon 1.1 (RL11117)

Sannsynlighet og konsekvens

Helse Nord har etablert felles anbefalte kriterier for vurdering av sannsynlighet, konsekvens og beskrivelse av risiko på tvers av virksomhetene i foretaksgruppen. Kriteriene kan fravikes, forutsatt at begrunnelse for valg av alternative kriterier er redegjort for. Valg av metode og relevante sannsynlighets- og konsekvenskriterier gjøres som en del av forberedelsene til risikovurderingen.

Sannsynlighetsskala er differensiert ut fra om risikovurderingen omfatter strategiske mål, styringsmål, prosjekt eller ordinær drift, og er beskrevet i arket sannsynlighetsskala Helse Nord (arkfane "Sannsynlighetsskala").

Konsekvensskala beskriver akseptkriterier med tilhørende forslag til skalaer for 11 konsekvensområder (arkfane "Konsekvensskala"). I tillegg er det for noen konsekvensområder en arkfane med utfyllende informasjon og/eller eksempler. Dette skal utvikles videre og etterhvert dekke alle konsekvensområdene. Det kan ved behov vurderes konsekvenser for andre områder. I slike tilfeller må konsekvenskriteriene fastsettes spesifikt, og i forkant av risikovurderingen.

Hva som regnes som ubetydelig eller svært alvorlige konsekvenser vil avhenge av type virksomhet, iboende risiko og omfanget av vurderingen (eksempelvis hvilket nivå i virksomheten vurderingen gjøres). Det er derfor svært viktig at det dokumenteres hva som er lagt til grunn for valgt konsekvens. Bruk gjerne kommenarkolonnene til dette.

Malens innhold og bruk

Her er en kort beskrivels av hva du finner bak hver arkfane.

Infoside

Informasjon om risikoanalysen som grunnlag for arbeidsbokens innhold. Viktig å få med hvilken metode og prosess som er brukt, f.eks. om det har vært gruppearbeid sammen med brukere, eller om ledelsen har kartlagt sannsynlighet og risiko innenfor hendelser som jevnlig vurderes.

Analyse

Her utføres selve analysen ved å beskrive risiko og sette grad av sannsynlighet og konsekvens. De nye retningslinjene har standard akseptansekriterier som bør benyttes. Merk at det for noen konsekvensområder er detaljert beskrivelse av konsekvens i eget ark. Bruk kommentarfeltet til å angi hva som er lagt til grunn for valgt konsekvensnivå.

Risikomatrise

Grafisk fremstilling av risiko basert på analysen som er gjennomført. Den grafiske visningen kan parameterestyles til å vise risiko, risiko og konskevensområde eller bare konsekvensområde ved å endre verdi for "etikett" i først rad. I tillegg til et automatisk generert diagram er det under lagt til en mulighet for manuell registrering av et diagram. Dette kan være hensiktsmessig om en ønsker å vise noen utvalgte risikoer i diagrammet. Risikomatrisen er vanlig å bruke ved presentasjon av analysen i form av en rapport eller presentasjon.

Tiltak

Alle tiltak skal følges opp med ansvarlig og frist for gjennomføring. Dette arket kan benyttes for å lage en liste over tiltak som kan benyttes i analysen. En kan da referer til TiltakId for å beskrive tiltak i analysen.

Lister

Dette er en oversikt over hielnetabeller som er brukt i arbeidsboken

Dette er en oversikt over hjelpetabeller som er brukt i arbeidsboken.

Sannsynlighetsskala

Dette er standard akseptansekriterer for sannsynlighet som bør benyttes ved vurdering av sannsynlighet.

Konsekvensskala

Dette er standard akseptansekriterer for konsekvens som bør benyttes ved vurdering av konsekvens. For noen konsekvensområder (understreket) finnes det mer informasjon i eget ark.

drift tjenesteprod. beredskap

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for drift, tjenesteproduksjon og beredskap.

klima og miljø

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for klima og miljø.

økonomi

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for økonomi.

informasjonssikkerhet personvern

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for informasjonssikkerhet og personvern

**Sannsynlighetsskala for Helse
Nord**

Type	1 Svært liten	2 Liten	3 Middels	4 Stor	5 Svært stor
Tidsavgrensede mål (strategiske mål, styringsmål, prosjekt)*	Estimert 0-10 % sannsynlig i perioden	Estimert 10-35 % sannsynlig i perioden	Estimert 35-65 % sannsynlig i perioden	Estimert 65-90 % sannsynlig i perioden	Estimert 90-100 % sannsynlig i perioden
Drift**	Sjeldnere enn 1 hendelser per X (tidsperiode)	1-4 hendelser per X per X (tidsperiode)	5-10 hendelser per X per X (tidsperiode)	11-50 hendelser per X per X (tidsperiode)	Flere enn 50 hendelser per X per X (tidsperiode)
Hjelpetekst/ kvalitativ vurdering	Blir svært overrasket om det skjer	Antar at det ikke vil skje	Kan skje (like sannsynlig at det skjer som at det ikke skjer)	Antar at det vil skje	Blir svært overrasket om det ikke skjer

* Benyttes for å vurdere sannsynlighet innenfor en bestemt tidsperiode

** Benyttes for å vurdere sannsynlighet i et kontinuerlig driftsperspektiv. Risikovurdering av hendelser i ordinær drift vil kunne variere med tanke på tidsperspektivet på vurdering. Det anbefales derfor å inkludere dette tidsperspektivet i valget av sannsynlighetskriterier

Overordnet konsekvensskala for Helse Nord

Konsekvensområdet med understrekning har mer detaljert beskrivelse i eget ark

Konsekvensområde	1 Ubetydelig	2 Lav	3 Middels	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig/kritisk
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Ingen eller ubetydelig kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for pasienter	Mindre kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et lite antall pasienter	Moderate kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/ eller prognosetap og/eller tap av liv for et stort antall pasienter
Personell, kompetanse og utdanning	Ingen eller minimal svekkelse av tilgangen på personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning	Liten og kortvarig svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning	Moderat svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Ubetydelig helseplage, personskade, emosjonell belastning. Ikke fravær. Antall ansatte utsatt for belastning kan ha betydning for alvorlighetsgraden	Mindre skade, helseplage, emosjonell belastning. Kan gi fravær. Antall ansatte utsatt for belastning kan ha betydning for alvorlighetsgraden	Moderat skade, sykdom, emosjonell belastning. Kan gi langvarige følger evt. fravær. Antall ansatte utsatt for belastning vil ha betydning for alvorlighetsgraden	Alvorlig skade, sykdom, emosjonell belastning. Kan føre til fravær, varige mén og/eller arbeidsuførhet. Antall ansatte utsatt for belastning vil ha betydning for alvorlighetsgraden	Alvorlig skade, sykdom, emosjonell belastning som kan medføre varig arbeidsuførhet og/eller tap av liv
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Ubetydelig innvirkning, tilnærmet normal drift	Mindre og kortvarig reduksjon i tjenesteleveranse	Moderat reduksjon i tjenesteleveranse, av betydelig varighet	Alvorlig reduksjon i tjenesteleveranse, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig reduksjon i tjenesteleveranse
Klima og miljø	Ingen eller uvesentlig virkning.	Noe konsekvens for klima og miljø.	Middels konsekvens for klima og miljø. Effektene kan være merkbare, men ikke alvorlige.	Alvorlig konsekvens for klima og miljø, av betydelig varighet.	Alvorlig og langvarig/ permanent konsekvens for klima og miljø.
Økonomi	Ingen eller ubetydelig påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Mindre påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Moderat tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med betydelige konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Alvorlige tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med store konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Alvorlig tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med ødeleggende konsekvenser for økonomisk handlingsrom
Forskning og innovasjon	Ingen eller minimal svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon	Liten og kortvarig svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon	Moderat svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon
Informasjonssikkerhet og Personvern	Ingen/ubetydelig påvirkning på evne til å levere helsetjenester, og å fortsette daglig drift. Ingen opplysninger på avveie, alle opplysninger er korrekte, tilgang til opplysninger er opprettholdt (ingen personvernbrudd).	Mindre påvirkning av evne til å levere helsetjenester, og å fortsette daglig drift. Enkelte opplysninger er på avvie, ikke oppdatert eller ikke tilgjengelig.	Middels påvirkning på levering av helsetjenester. Enkelte opplysninger om ansatte, eller pasienter er lekket eller tilgjengelige for uvedkommende. Enkelte opplysninger er endret uautorisert. Ett system som har betydning for å kunne levere helsetjenester er ikke tilgjengelig.	Stor påvirkning på evne til å levere helsetjenester. Opplysninger om flere ansatte eller pasienter med høyt konfidensialitetskrav, eller driftsrelatert sikkerhetsinformasjon er tilgjengelig for uvedkommende (internt), og/ eller er endret uautorisert. Flere system(er) som har betydning for å kunne levere helsetjenester er ikke tilgjengelig.	Omfattende bortfall av evne til å levere helsetjenester. Opplysninger om store mengder ansatte eller pasienter, eller driftsrelatert sikkerhetsinformasjon er tilgjengelig for uvedkommende (internt og/ eller eksternt), og/ eller er endret uautorisert. Svært liten/ingen tilgang til nødvendige opplysninger for å kunne levere helsetjenester.
Tillit og omdømme	Ubetydelig svekkelse av tillit/omdømme	Liten og kortvarig svekkelse av tillit / omdømme	Moderat svekkelse av tillit/omdømme, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av tillit/omdømme, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av tillit/omdømme
Samhandling	Ingen eller minimal svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt	Liten og kortvarig svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt	Moderat svekkelse av evnen til samhandling av betydelig varighet, internt og/eller eksternt	Alvorlig svekkelse av evnen til samhandling av betydelig varighet, internt og/eller eksternt	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt
Mål	Ingen eller ubetydelig påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Liten påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Usikkerhet om fastsatte mål kan oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan trolig ikke oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan ikke oppnås (innen frist)

Risikovurdering modell C Finnmarkssykehuset

Risikovurdering for:	Hvordan en endring av organisasjonsmodellen for PHV, BUP og TSB påvirker risiko knyttet til predefinerte konsekvensområder i mal fra Helse Nord RHF
Deltakere:	Eystein J. Hauge, basert på innspill om fordeer og ulemper ved ulik organisering gitt i lunch-til-lunch møte med tillitsvalgte, ledere, fagpersoner og vernetjeneste 15.10 - 16.10 2024 samt fra faglinjen 31.05.2024
Dato:	05.11.2024
Tilrettelegger:	Eystein J. Hauge
Målsetning:	Bevisstgjøring av de viktigste risikofaktorer ved implementering av foreslått endring samt forslag til hvordan disse kan håndteres
Bakgrunn:	Oppfølging til styresak 09/24 om hvordan fagområdene som ikke er knyttet til de beredskapskritiske spesialitetene skal videreutvikles
Organisatorisk enhet:	Med. dir.
Tidshorisont:	0-1 år
Metode og prosess:	Med utgangspunkt i de definerte konsekvensområdene (Helse Nord RHF malverk) har med. dir. risikoanalysert de organisatoriske endringene, da på bakgrunn av overnevnte innspill
Ansvarlig:	Eystein J. Hauge

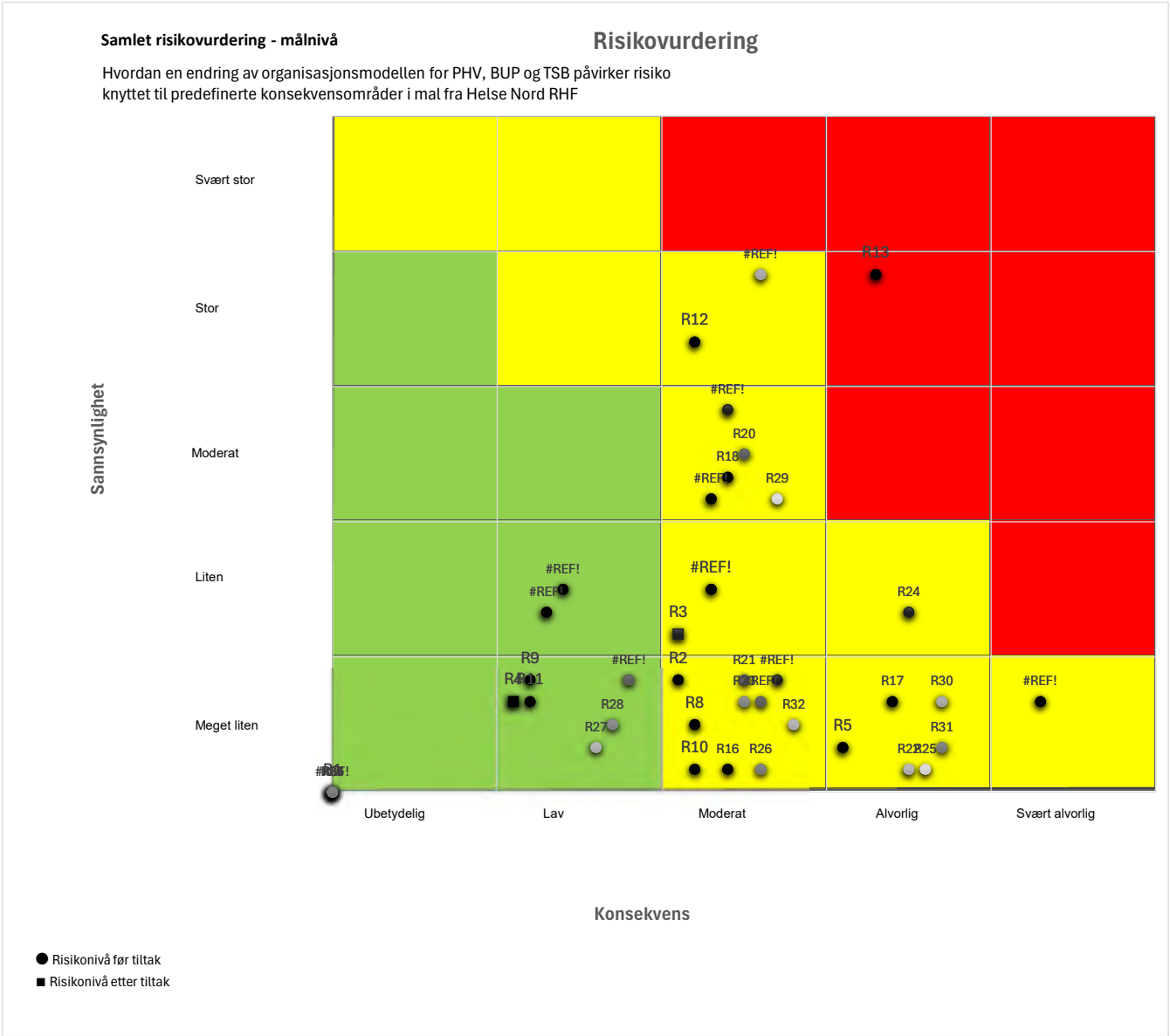
Risikovurdering - modell C

Konsekvensområde	Risikofaktor	Risikoid	Hendelse	Eksisterende tiltak	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikonivå	Risiko	Risikoeier	Nye tiltak	S etter tiltak	K etter tiltak	R etter tiltak	Kommentar
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Ventelister	R1	Vi kommer til å behandle færre pasienter ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt, bedre utnyttelse på tvers (selv om restkapasiteten er begrenset)
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Fristbrudd	R2	Vi kommer til å få flere fristbrudd ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt totalt sett, men enkelte lokalisasjoner kan oppleve flere fristbrudd som følge av en utjevning
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Vaktberedskap	R3	Vi får redusert vaktberedskap ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. dir.					Modellen som sådan påvirker ikke vaktberedskapen
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Kanselleringer	R4	Vi får økt sårbarhet i driften ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. dir.					Modellen gir redusert sårbarhet grunnet bedre muligheter for å se personalkapasitet på tvers i foretaket
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Oppfølging	R5	Vår evne til å levere desentrale tjenester svekkes ved modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Modellen gir sannsynlig økt evne til å levere desentralt grunnet muligheter for å se personalkapasitet på tvers i foretaket
Forskning og innovasjon	Innovasjon	R6	Valg av modellen vil lede til redusert grad av innovasjon på fagområdene		1	2	Lav		Med. dir.					Påvirkes neppe av modellvalg
Forskning og innovasjon	Rammevilkår	R7	Valg av modellen vil forverre SANKS sine rammevilkår for forskning		1	3	Middels		Med. dir.					SANKS sitt mandat påvirkes ikke av modellen og står fast
Forskning og innovasjon	Forskning	R8	Valg av modellen vil redusere evnen til å drive forskning på de aktuelle fagfeltene		1	2	Lav		Med. dir.					Påvirkes neppe i særlig grad av modellvalg
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Vakuum	R9	Fravær av stedlig klinikkleder gir ledelsesvakuum ved valg av modellen		4	3	Middels		Med. dir.					Ansatte på enkeltlokalisasjoner kan oppleve at både leder på nivå 2 og 3 er fysisk lokalisert et annet sted.
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Favorisering	R10	Enkelte spesialiteter eller geografiske lokalisasjoner blir favorisert av klinikkleder ved valg av modellen		2	3	Middels		Med. dir.					Klinikkleder og leder på nivå under vil bli målt på helheten, så lite sannsynlig.
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Mistrivsel	R11	Lang avstand fra "gulvet" til klinikkleder leder til mistrivsel ved valg av modellen		4	4	Høy		Med. dir.					Ja, avstanden til klinikkleder kan oppleves som økt. Dersom også nivå 3 leder sitter annet sted kan dette oppleves som uheldig.
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Fragmentering	R12	Det blir et fragmentert arbeidsmiljø i Alta og Sami Klinihkka ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					Dersom ledelsen av TSB, BUP og PHV løttes ut av Sami Klinihkka er det begrenset med tjenester igjen som svarer til lokal klinikksejef, men det betyr ikke nødvendigvis at det daglige samarbeidet svekkes
Informasjonssikkerhet og Personvern	Pasientopplysninger	R13	Informasjonssikkerheten knyttet til pasientopplysninger svekkes ved valg av modellen		1	5	Middels		Med. dir.					Påvirkes neppe av modellvalg
Klima og miljø	Pasientreiser	R14	Økt grad av pasienttransport leder til økt klimaavtrykk ved valg av modellen		2	2	Lav		Med. dir.					Ved en bedre utnyttelse av kapasitet på tvers kan dette forekomme
Klima og miljø	Ansatt-reiser	R15	Økt grad av ansattambulering leder til økt klimaavtrykk ved valg av modellen		2	2	Lav		Med. dir.					Ved å se behandlerkapasite i større grad på tvers kan dette forekomme
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Usynliggjøring	R16	SANKS blir utvannet slik at et fagtilbud "forsviner i mengden" ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					SANKS sitt mandat står fast. Det er ikke en motsetning mellom å være et nasjonalt kompetansesenter og samtidig bidra til gode lokalsykehustjenester
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Behandlingskapasitet	R17	Kapasiteten utnyttes ikke godt nok på tvers i Finnmark ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt; vil kunne bidra til bedre kapasitetsutnyttelse på tvers i foretaket
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Uønsket variasjon	R18	Vi får en uønsket variasjon i tjenestetilbudet (henvisningspraksis, fordeling av senger akutt vs. elektiv, liggetid)		1	4	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt; vil kunne bidra til reduksjon i uønsket variasjon
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Integreerte tjenester	R19	Koordineringen på tvers av de tre valgte fagområdene svekkes ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					En leder for hvert av disse fagområdene på tvers kan gi økt risiko for dette
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Samspill med somatikk	R20	Koordineringen med somatiske helsetjenester svekkes ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					Ledelsesmodellen vil skille mellom somatikk og de tre ulike fagene, så det vil kunne påvirkes.
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Døgnkontinuerlig drift	R21	Vi får ikke gitt våre egne inneliggende pasienter god nok oppfølging på nattestid ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Påvirkes per se ikke av modellen, men modellen kan legge til rette for at det blir lettere å løse denne utfordringen
Personell, kompetanse og utdanning	Faglig utvikling	R22	Vi får ikke gitt vårt personell god nok faglig utvikling ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt; tydelig ansvar for dette plasseres hos en felles leder for disse fagområdene
Personell, kompetanse og utdanning	Samkjøring	R23	Vi får ikke samkjørt prosedyrer på tvers like enkelt ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt; det blir lettere å kunne samkjøre prosedyrer under en felles leder for fagområdene
Personell, kompetanse og utdanning	Rekruttering og stabilisering	R24	Vi rekrutterer dårligere ved valg av modellen		2	4	Middels		Med. dir.					Forhåpentligvis omvendt med en felles leder og et mer robust fagmiljø. Enkelte lokalisasjoner vil kunne vurdere dette annerledes.
Personell, kompetanse og utdanning	Utdanning	R25	Rammevilkårene for LIS-utdannelsen svekkes ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt dersom vi lykkes med å skape et mer robust fagmiljø.
Samhandling	Samarbeid	R26	Samhandlingen med kommunene forverres ved valg av modellen		4	3	Middels		Med. dir.					Kan påvirkes i noe grad, vil stille ekstra krav til nivå 3 leder som vil eie fagområdet i hele Finnmark
Samhandling	Vaktberedskap	R27	Vi belaster de kommunale helsetjenestene med pasienter inneliggende i spesialisthelsetjenesten ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Påvirkes per se ikke av modellen, men modellen kan legge til rette for at det blir lettere å løse denne utfordringen
Samhandling	Pasientlogistikk	R28	Vi får ikke tatt imot pasienter fra UNN HF raskt nok ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt; vil kunne bidra til bedre kapasitetsutnyttelse på tvers i foretaket
Tillit og omdømme	Relasjon mot kommunene	R29	Vårt omdømme mot primærhelsetjenesten svekkes ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. dir.					Påvirkes i liten grad av modellen

Tillit og omdømme	Relasjon mot universitetssykehuset	R30	Vårt omdømme mot UNN HF svekkes ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. dir.					Forhåpentligvis omvendt; bedre kapasitetsutnyttelse i FIN vil kunne bidra til å bedre UNN sin situasjon.
Tillit og omdømme	Relasjon til pasientene	R31	Vårt omdømme blant pasientene svekkes ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Tillit og omdømme	Samiske behov	R32	Tilliten til at vi kan sikre gode rammevilkår for SANKS svekkes ved valg av modellen		3	3	Middels		Med. dir.					Kan oppfattes slik, men påvirkes i liten grad. SANKS sitt mandat står fast.
Økonomi	Driftskostnader	R34	Driftsøkonomien forverres ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Økonomi	Investeringskostnader	R35	Investeringsbehovet øker ved valg av modellen		1	4	Middels		Med. dir.					Påvirkes i liten grad av modellen
Økonomi	Innleie	R36	Vi vil i større grad trenge innleie ved valg av modellen		1	3	Middels		Med. dir.					Sannsynligvis omvendt; vil kunne bidra til bedre kapasitetsutnyttelse på tvers i foretaket
Økonomi	Gjestepasientkostnader	R37	Vi får støtte pasientflukt ut av fylket ved valg av modellen		1	2	Lav		Med. dir.					Påvirkes sannsynligvis i liten grad av modellen

Risikomatrise modell C

Etikett: Risiko



Introduksjon til mal for risikoanalyse

Retningslinjer for risikostyring Helse Nord (RL1602) ble i 2024 revidert som del av årlig evaluering. Riksrevisjonens rapport om risikostyring i spesialisthelsetjenesten av 14. mars 2024, pekte på mangler i retningslinjene som styrket behovet for å gjennomføre en revisjon. Denne malen ivaretar de nye retningslinjene og anbefales benyttes i påvente av nytt system for utarbeidelse av risikoanalyser. Malen er utviklet i prosjektet Reorganisering Finnmarkssykehuset.

Referanser:

- Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, versjon 8 (RL1602)
- Regionale føringer for risikostyring i virksomhetene i Helse Nord, versjon 1.1 (RL11117)

Sannsynlighet og konsekvens

Helse Nord har etablert felles anbefalte kriterier for vurdering av sannsynlighet, konsekvens og beskrivelse av risiko på tvers av virksomhetene i foretaksgruppen. Kriteriene kan fravikes, forutsatt at begrunnelse for valg av alternative kriterier er redegjort for. Valg av metode og relevante sannsynlighets- og konsekvenskriterier gjøres som en del av forberedelsene til risikovurderingen.

Sannsynlighetsskala er differensiert ut fra om risikovurderingen omfatter strategiske mål, styringsmål, prosjekt eller ordinær drift, og er beskrevet i arket sannsynlighetsskala Helse Nord (arkfane "Sannsynlighetsskala").

Konsekvensskala beskriver akseptkriterier med tilhørende forslag til skalaer for 11 konsekvensområder (arkfane "Konsekvensskala"). I tillegg er det for noen konsekvensområder en arkfane med utfyllende informasjon og/eller eksempler. Dette skal utvikles videre og etterhvert dekke alle konsekvensområdene. Det kan ved behov vurderes konsekvenser for andre områder. I slike tilfeller må konsekvenskriteriene fastsettes spesifikt, og i forkant av risikovurderingen.

Hva som regnes som ubetydelig eller svært alvorlige konsekvenser vil avhenge av type virksomhet, iboende risiko og omfanget av vurderingen (eksempelvis hvilket nivå i virksomheten vurderingen gjøres). Det er derfor svært viktig at det dokumenteres hva som er lagt til grunn for valgt konsekvens. Bruk gjerne kommenarkolonnene til dette.

Malens innhold og bruk

Her er en kort beskrivels av hva du finner bak hver arkfane.

Infoside

Informasjon om risikoanalysen som grunnlag for arbeidsbokens innhold. Viktig å få med hvilken metode og prosess som er brukt, f.eks. om det har vært gruppearbeid sammen med brukere, eller om ledelsen har kartlagt sannsynlighet og risiko innenfor hendelser som jevnlig vurderes.

Analyse

Her utføres selve analysen ved å beskrive risiko og sette grad av sannsynlighet og konsekvens. De nye retningslinjene har standard akseptansekriterier som bør benyttes. Merk at det for noen konsekvensområder er detaljert beskrivelse av konsekvens i eget ark. Bruk kommentarfeltet til å angi hva som er lagt til grunn for valgt konsekvensnivå.

Risikomatrise

Grafisk fremstilling av risiko basert på analysen som er gjennomført. Den grafiske visningen kan parameterestyles til å vise risiko, risiko og konskevensområde eller bare konsekvensområde ved å endre verdi for "etikett" i først rad. I tillegg til et automatisk generert diagram er det under lagt til en mulighet for manuell registrering av et diagram. Dette kan være hensiktsmessig om en ønsker å vise noen utvalgte risikoer i diagrammet. Risikomatrisen er vanlig å bruke ved presentasjon av analysen i form av en rapport eller presentasjon.

Tiltak

Alle tiltak skal følges opp med ansvarlig og frist for gjennomføring. Dette arket kan benyttes for å lage en liste over tiltak som kan benyttes i analysen. En kan da referer til TiltakId for å beskrive tiltak i analysen.

Lister

Dette er en oversikt over hielnetabeller som er brukt i arbeidsboken

Dette er en oversikt over hjelpetabeller som er brukt i arbeidsboken.

Sannsynlighetsskala

Dette er standard akseptansekriterer for sannsynlighet som bør benyttes ved vurdering av sannsynlighet.

Konsekvensskala

Dette er standard akseptansekriterer for konsekvens som bør benyttes ved vurdering av konsekvens. For noen konsekvensområder (understreket) finnes det mer informasjon i eget ark.

drift tjenesteprod. beredskap

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for drift, tjenesteproduksjon og beredskap.

klima og miljø

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for klima og miljø.

økonomi

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for økonomi.

informasjonssikkerhet personvern

Detaljert beskrivelse av akseptansekriterier for informasjonssikkerhet og personvern

**Sannsynlighetsskala for Helse
Nord**

Type	1 Svært liten	2 Liten	3 Middels	4 Stor	5 Svært stor
Tidsavgrensede mål (strategiske mål, styringsmål, prosjekt)*	Estimert 0-10 % sannsynlig i perioden	Estimert 10-35 % sannsynlig i perioden	Estimert 35-65 % sannsynlig i perioden	Estimert 65-90 % sannsynlig i perioden	Estimert 90-100 % sannsynlig i perioden
Drift**	Sjeldnere enn 1 hendelser per X (tidsperiode)	1-4 hendelser per X per X (tidsperiode)	5-10 hendelser per X per X (tidsperiode)	11-50 hendelser per X per X (tidsperiode)	Flere enn 50 hendelser per X per X (tidsperiode)
Hjelpetekst/ kvalitativ vurdering	Blir svært overrasket om det skjer	Antar at det ikke vil skje	Kan skje (like sannsynlig at det skjer som at det ikke skjer)	Antar at det vil skje	Blir svært overrasket om det ikke skjer

* Benyttes for å vurdere sannsynlighet innenfor en bestemt tidsperiode

** Benyttes for å vurdere sannsynlighet i et kontinuerlig driftsperspektiv. Risikovurdering av hendelser i ordinær drift vil kunne variere med tanke på tidsperspektivet på vurdering. Det anbefales derfor å inkludere dette tidsperspektivet i valget av sannsynlighetskriterier

Overordnet konsekvensskala for Helse Nord

Konsekvensområdet med understrekning har mer detaljert beskrivelse i eget ark

Konsekvensområde	1 Ubetydelig	2 Lav	3 Middels	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig/kritisk
Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Ingen eller ubetydelig kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for pasienter	Mindre kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et lite antall pasienter	Moderate kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/ eller prognosetap og/eller tap av liv for et stort antall pasienter
Personell, kompetanse og utdanning	Ingen eller minimal svekkelse av tilgangen på personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning	Liten og kortvarig svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning	Moderat svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av tilgangen til personell og kompetanse eller evnen til å drive utdanning
Helse - Miljø - Sikkerhet (Arbeidsmiljø)	Ubetydelig helseplage, personskade, emosjonell belastning. Ikke fravær. Antall ansatte utsatt for belastning kan ha betydning for alvorlighetsgraden	Mindre skade, helseplage, emosjonell belastning. Kan gi fravær. Antall ansatte utsatt for belastning kan ha betydning for alvorlighetsgraden	Moderat skade, sykdom, emosjonell belastning. Kan gi langvarige følger evt. fravær. Antall ansatte utsatt for belastning vil ha betydning for alvorlighetsgraden	Alvorlig skade, sykdom, emosjonell belastning. Kan føre til fravær, varige mén og/eller arbeidsuførhet. Antall ansatte utsatt for belastning vil ha betydning for alvorlighetsgraden	Alvorlig skade, sykdom, emosjonell belastning som kan medføre varig arbeidsuførhet og/eller tap av liv
Drift/Tjenesteproduksjon/Beredskap	Ubetydelig innvirkning, tilnærmet normal drift	Mindre og kortvarig reduksjon i tjenesteleveranse	Moderat reduksjon i tjenesteleveranse, av betydelig varighet	Alvorlig reduksjon i tjenesteleveranse, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig reduksjon i tjenesteleveranse
Klima og miljø	Ingen eller uvesentlig virkning.	Noe konsekvens for klima og miljø.	Middels konsekvens for klima og miljø. Effektene kan være merkbare, men ikke alvorlige.	Alvorlig konsekvens for klima og miljø, av betydelig varighet.	Alvorlig og langvarig/ permanent konsekvens for klima og miljø.
Økonomi	Ingen eller ubetydelig påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Mindre påvirkning på verdier, inntekter eller utgifter	Moderat tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med betydelige konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Alvorlige tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med store konsekvenser for økonomisk handlingsrom	Alvorlig tap av verdier, inntekter eller påførte utgifter med ødeleggende konsekvenser for økonomisk handlingsrom
Forskning og innovasjon	Ingen eller minimal svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon	Liten og kortvarig svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon	Moderat svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av evnen til å drive forskning eller innovasjon
Informasjonssikkerhet og Personvern	Ingen/ubetydelig påvirkning på evne til å levere helsetjenester, og å fortsette daglig drift. Ingen opplysninger på avveie, alle opplysninger er korrekte, tilgang til opplysninger er opprettholdt (ingen personvernbrudd).	Mindre påvirkning av evne til å levere helsetjenester, og å fortsette daglig drift. Enkelte opplysninger er på avvie, ikke oppdatert eller ikke tilgjengelig.	Middels påvirkning på levering av helsetjenester. Enkelte opplysninger om ansatte, eller pasienter er lekket eller tilgjengelige for uvedkommende. Enkelte opplysninger er endret uautorisert. Ett system som har betydning for å kunne levere helsetjenester er ikke tilgjengelig.	Stor påvirkning på evne til å levere helsetjenester. Opplysninger om flere ansatte eller pasienter med høyt konfidensialitetskrav, eller driftsrelatert sikkerhetsinformasjon er tilgjengelig for uvedkommende (internt), og/ eller er endret uautorisert. Flere system(er) som har betydning for å kunne levere helsetjenester er ikke tilgjengelig.	Omfattende bortfall av evne til å levere helsetjenester. Opplysninger om store mengder ansatte eller pasienter, eller driftsrelatert sikkerhetsinformasjon er tilgjengelig for uvedkommende (internt og/ eller eksternt), og/ eller er endret uautorisert. Svært liten/ingen tilgang til nødvendige opplysninger for å kunne levere helsetjenester.
Tillit og omdømme	Ubetydelig svekkelse av tillit/omdømme	Liten og kortvarig svekkelse av tillit / omdømme	Moderat svekkelse av tillit/omdømme, av betydelig varighet	Alvorlig svekkelse av tillit/omdømme, av betydelig varighet	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av tillit/omdømme
Samhandling	Ingen eller minimal svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt	Liten og kortvarig svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt	Moderat svekkelse av evnen til samhandling av betydelig varighet, internt og/eller eksternt	Alvorlig svekkelse av evnen til samhandling av betydelig varighet, internt og/eller eksternt	Alvorlig og langvarig/permanent svekkelse av evnen til samhandling internt og/eller eksternt
Mål	Ingen eller ubetydelig påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Liten påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Usikkerhet om fastsatte mål kan oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan trolig ikke oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan ikke oppnås (innen frist)