

Vedlegg 4. Rapport

Overordnet risikovurdering: Løsningsforslag funksjons- og oppgavefordeling

Helgelandssykehuset HF
Oppdragsgiver: Administrerende direktør (AD)
Klinikker: Kirurgisk, Medisinsk, Prehospital og Drift og Eiendom
Dato/Tidsrom: uke 47-51 2025
Saksnummer i Elements:

Leseveiledning:

Prosedyre Risikovurdering – prosess- og oppgavebeskrivelse (PB1967) ligger til grunn.
Rapportmalen er et verktøy for å identifisere og analysere risiko på en strukturert måte.
Formålet er å gi beslutningsstøtte til oppdragsgiver.

Malen følger termer og definisjoner fra «NS-EN ISO31000 Retningslinjer for risikostyring» dersom ikke annet er spesifisert.

- Sannsynlighet: potensialet for at noe kan skje. Sannsynlighet oppgis for eksempel i andel, hyppighet eller frekvens.
- Konsekvens: mulig resultat av en hendelse. Konsekvensen kan ha positiv eller negativ virkning. Samme hendelse kan få konsekvens for flere områder, for eksempel pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Fastsetting av sannsynlighet og konsekvens er basert på skjønn og må ikke oppfattes som sanne verdier i matematisk eller juridisk sammenheng.
Det vil alltid være usikkerhet knyttet til om hendelsene vil inntreffe og hva konsekvensene kan bli.

Risikovurderingen er kun gyldig for den aktuelle problemstillingen og kan ikke uten videre brukes i andre sammenhenger.
Ny informasjon eller endring i rammebetingelser kan kreve oppdatert vurdering.

Innledning

Bakgrunn	<p>Grunnlaget for den overordnede risiko- og sårbarhetsvurderingen (ROS-analyse) er forslag til funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF, versjon til høring datert 4.11.2024 med frist 13.12.2024. Hensikten med analysen er å vurdere risikoområder og identifisere risikoreducerende tiltak.</p> <p>Risikovurderingen gjennomføres parallelt med en hørings- og innspillrunde, og har samme tidsfrist. Resultatet av risikoanalysen vil sammen med innspillene legge grunnlag for administrerende direktørs endelige forslag til funksjons- og oppgavefordeling, som legges fram for styret 24. januar 2025.</p> <p>Det er planlagt tre ROS-analyser i arbeidet.</p> <p>1. Forsvarlig drift (før vedtak): Analyse av kvalitet i pasientbehandling, beredskap/kapasitet, personellbelastning, bruk av bygg og utstyr, samt økonomi. Denne analysen legger premisser for det endelige løsningsforslaget.</p> <p>2. HMS i omstilling (etter vedtak): Analyse av omstillingsprosessens konsekvenser for arbeidsmiljøet med fokus på roller, oppgaver og psykososiale forhold. ROS-HMS gjennomføres i henhold til krav i Arbeidsmiljøloven og Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter.</p> <p>3. OU prehospital: ROS-analyse knyttet til prehospital akuttmedisinsk beredskap. Utføres sammen med representanter fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal, fastleger og brukerutvalget. Arbeidet pågår og fortsetter utover våren 2025.</p> <p>Dette dokumentet oppsummerer ROS-analyse 1, der risikoområdet er forsvarlig drift.</p> <p>Forsvarlig drift er definert som:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver3. Forsvarlig totalbelastning på personell4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr5. Forsvarlig økonomi <p>Det etableres én analysegruppe for hvert tema, bortsett fra at forsvarlig totalbelastning inngår i pkt. 2. Antall analysegrupper er derfor fire.</p>
-----------------	--

Mål	Målet er å identifisere risikofaktorer innenfor valgte risikoområder, og foreslå tiltak som kan redusere risiko til et akseptabelt nivå før de foreslåtte strukturendringene iverksettes.		
Avgrensninger	<p>Tidshorisonten for denne analysen er første fase av iverksettelsen og satt til: fram til 1. juni 2025. I denne fasen skal overføring av akutt- og døgnfunksjoner forberedes.</p> <p>Forslagene om utredning av rehabilitering i Mosjøen og observasjonspost i Brønnøysund i samarbeid med kommuner og er ikke gjenstand for risikovurdering nå.</p> <p>Risikovurderingen er begrenset til å vurdere mulige konsekvenser som følge av endringer i løsningsforslaget. Sykehusdrift vil til enhver tid ha flere andre risikoaspekter. Dette er ikke en del av denne vurderingen.</p>		
Oppsummering	Viser til saksbehandlers redegjørelse.		
Oppfølging og håndtering av risiko	Oppfølging og håndtering av risiko som risikoanalysen har avdekt ligger til oppdragsgiver å kommentere og følge opp.	Ansvarlig AD	Frist

Beskrivelse av deltakernes roller i analysegruppene:	<p>Oppdragsgiver, fagforeninger og vernetjenesten har oppnevnt representanter til analysegruppene. De har hatt samme rollebeskrivelse i arbeidet.</p> <p>Oppdragsgivers forventning til rolle i arbeidet ble presentert og gjennomgått i første møtet av ROS-arbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppene må søke å være omforente og avstemte om målet om å lage en ROS av løsningsforslaget. 		
---	--	--	--

- Alle deltakerne er fullverdige og likestilte arbeidsgruppemedlemmer som deltar fritt i diskusjonen uavhengig av arbeidsted eller organisatorisk tilhørighet.
- Alle i gruppene, er aktive deltakere og ikke representanter for særinteresser. Deltakerne er oppnevnt med bakgrunn i å sikre en bred kompetanse- og kunnskapsbakgrunn som utgangspunkt for konstruktive diskusjoner med ulike perspektiv som alle er like viktige. Det er lov å ha ulike standpunkt.
- Alle har ansvar for både å dele sin kunnskap og perspektiv, og lytte til de andres.
- Det er lov å skifte standpunkt gjennom prosessen og ingen skal måtte oppleve å få sitert sine synspunkter eller meninger utenfor arbeidsgruppen.
- Alle møter godt forberedt og følger opp sine oppgaver mellom møtene.
- Gruppene kan ha behov for å skaffe seg informasjon, eventuelt konsultere relevante fagmiljøer, før risiko kan vurderes. Risikovurdering utsettes da til neste møte. Arbeidsgruppene er innstilt på at det i noen sammenhenger ikke er mulig å framskaffe objektive data. I slike tilfeller skal beste skjønn utvises.
- ROS skal være en åpen og transparent prosess for å skape tillit både internt og eksternt. Det må drøftes hvilke diskusjoner som forblir i arbeidsgruppene, og hva som kan diskuteres utenfor gruppa. Ved å løfte diskusjoner som ikke er ferdige til det ytre rom, vil det kunne medføre til unødvendig uro som forhindrer en videre konstruktiv dialog. Dette bør det gjøres opp en status for etter hvert møte.
- Framdriftsplanen for første versjon til ROS er stram. Det vil være liten eller ingen mulighet til å endre på møteplanene som er lagt. For sikre nødvendig framdrift må alle deltakerne i arbeidsgruppene prioritere arbeidet foran annet. Det betyr sannsynligvis at andre oppgaver må nedprioriteres i perioden utredningen pågår.

Etter gjennomgangen stilte prosessleder gruppene spørsmål om innsigelser eller kommentarer til punktene. Ingen innsigelser eller kommentarer til punktene ble reist i noen av analysegruppene.

	Navn	Funksjon/Tittel	Klinikk/Fagforening/Vernetjenesten
Deltakere	Analysegruppe 1: Elin R. Grønvik	Oppnevnt av arbeidsgiver/Klinikksjef	Kirurgisk klinikk

	<p>Ingemar Pedersen Morten Lysholm Steen Adam Awanzo</p>	<p>Oppnevnt av arbeidsgiver /Enhetsleder Oppnevnt av arbeidsgiver /Ortoped Oppnevnt av arbeidsgiver /Enhetsleder</p>	<p>Medisinsk klinikk Kirurgisk klinikk Prehospital klinikk</p>
	<p>Elisabeth Benum</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten/Overlege</p>	<p>Den norske legeforening (DNLF)</p>
	<p>Susanne Thorvaldsen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Radiograf</p>	<p>Norsk radiografforbund (NRF)</p>
	<p>Lisa Pettersen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Ambulansearbeider</p>	<p>Delta</p>
	<p>Analysegruppe 2: Ole Johnny Pettersen Merete Aufles Jørgen Nilsen Ingrid Bjørkmo</p>	<p>Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Avdelingsleder Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Radiolog</p>	<p>Medisinsk klinikk Kirurgisk klinikk Prehospital klinikk Medisinsk klinikk</p>
	<p>Elin Merete Pettersen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Spes. spl.</p>	<p>Norsk sykepleierforbund (NSF)</p>
	<p>Ingeborg Haug Steinholt</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Kirurg</p>	<p>DNLF</p>
	<p>Jan Tore Amdahl</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Sykepleier</p>	<p>Klinikkverneombud Kirurgisk klinikk</p>
	<p>Analysegruppe 4: Maria Saltirova Rausandaksel Trond Nilsen Kjell Aslaksen George-Andre Milne</p>	<p>Oppnevnt av arbeidsgiver /Ass. Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Avdelingsleder Oppnevnt av arbeidsgiver /Avdelingsleder Oppnevnt av arbeidsgiver /Avdelingsleder</p>	<p>Drift og Eiendom Drift og Eiendom Drift og Eiendom Drift og Eiendom</p>
	<p>Ida Helene Henriksen Hanna Petronella Kristoffersen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Bioingeniør Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Sykepleier</p>	<p>Norges ingeniør- og teknologorganisasjon (NITO) Klinikkverneombud Medisinsk klinikk</p>

	Analysegruppe 5: Elin R. Grønvik Ole Johnny Pettersen Jørgen Nilsen Rune Holm Geir Morten Jensen	Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Økonomisjef	Kirurgisk klinikk Medisinsk klinikk Prehospital klinikk PHR HSYK
	Marte Præsteng	Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Rådgiver	Øvrige akademikere
	May Edel Lund	Oppnevnt fagforening og vernetjenesten /Sykepleier	NSF
	Deltakere i alle analysegruppene:		
	Pål Erik Madsen	Saksbehandler	HSYK
Andreas Ertesvåg	Fasilitator/Seniorrådgiver	Ekstern ressurs fra risikostyringsnettverk i Helse Nord	
Jonas Fougner Engebretsen	Fasilitator/Foretaksadvokat	HR	
Jim Roger Fagerdal	Fasilitator/Prosessleder	Kvalitetsavdelingen, Fagstab	

Metode og usikkerhet	<p>Beskrivelse av oppdrag:</p> <p>Risikovurdering før tiltak:</p> <p>Man tenker seg at forslag til funksjons- og oppgavefordeling iverksettes med dagens ambulanskapasitet, dagens bemanning i akuttsykehusene, dagens arealer og utstyr osv. Dette forventes å gi ganske høy risiko på noen områder.</p> <p>Risikovurdering etter tiltak:</p> <p>Tiltakene består i å øke antall ambulanser, øke grunnbemanning i nødvendig grad i akuttsykehusene, gjøre nødvendige tilpasninger i areal osv. Nødvendige kompetansehevende tiltak iverksette. Tiltak må være konkrete og målbare, særlig med tanke på økonomiske konsekvenser. Disse tiltakene forventes å ta ned risiko i den nye risikovurderingen.</p> <p>Analysearbeidet skjer i denne rekkefølgen. Analysegruppene er satt sammen av ulike personer for hvert av stegene i prosessen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient (Risikovurderes av analysegruppe 1)2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver, inkludert kapasitet. Denne analysen er premissgivende for personal- og plassbehovene. (Risikovurderes av analysegruppe 2)3. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr Denne analysen bygger på resultatet av første analyse. Flere senger krever fortetting, flere eller omrokking av rom. Flere ansatte kan kreve fysiske arbeidsmiljøhevende tiltak osv. (Risikovurderes av analysegruppe 4)4. Forsvarlig økonomi Denne analysen bygger på resultatet av de øvrige. Her oppsummeres resultatet av personellnedtrekk i Mosjøen og oppbemanning i akuttsykehusene, behov for bygg- og utstyrsmessige investeringer.
-----------------------------	---

(Risikovurderes av analysegruppe 5, men med en annen metodikk enn hos de øvrige analysegruppene. Se nærmere forklaring under.)

Metodebeskrivelse: (vedlegg Powerpoint presentasjon)

Fasilitatorene og saksbehandler og koordinator for funksjons- og oppgavefordeling har samarbeidet i faste avklarings- og oppfølgingsmøter før og etter hvert risikoanalysemøte. Målet har vært å tilpasse/optimalisere prosessen fortløpende etter tilbakemeldinger fra analysegruppede medlemmer, sykehusledelsen og utvidet ledermøte.

Fire analysegrupper ble etablert for risikoområdene 1,2,4 og 5 i løsningsforslaget for funksjons- og oppgavefordeling.

Gruppene har jobbet ut mål og konkrete kritiske suksessfaktorer (KSF) under hvert risikoområde (forslag forelagt fra fasilitatorer/saksbehandler), og gjort risikovurdering i henhold til retningslinjer og konkret oppdrag. Standard mal for risikovurderinger i Helse Nord har vært benyttet. Helse Nord's kriterier for beskrivelse av sannsynlighet og konsekvens er brukt i vurderingen.

Gjennomføringen av risikoanalysemøtene bestod i stor grad av drøftinger rundt de enkelte mål/krav, gitt KSfer, og hvilke konkrete problemstillinger medlemmene i gruppene antok og så for seg kunne inntreffe tilknyttet den enkelte KSF. Dette sett i lys av risikovurderingens avgrensinger og analysegruppens risikoområde. Vurderingene er gjort med utgangspunkt i gruppenes samlede kunnskap og det beste tilgjengelige datagrunnlaget som var forelagt gruppen.

Når alle KSfer innenfor hvert mål/krav var ansett som ferdigbehandlet spurte prosessleder analysegruppen om den kunne stille seg bak det samlede risikobildet dette målet/kravet viste.

Risikoanalyseprosessen har bestått av totalt ni risikoanalysemøter (tre i analysegruppe 1 og 2, to i analysegruppe 4, og ett i analysegruppe 5).

Etter at risikoanalyseprosessen var gjennomført i analysegruppe 1 og 2 fikk gruppede medlemmene en frist på å komme med innspill og tilbakemeldinger til analysen. (5 dager)

Resultatene fra risikovurderingene for risikoområdene 1 og 2 ble premissgivende for de mål og KSfer som analysegruppe 4 måtte behandle. Fasilitatorene/saksbehandler utarbeidet forslag til disse etter at gitt frist var over.

Usikkerhet knyttet til metodevalg:

- Alle risikoanalyser vil være resultater av subjektive vurderinger, også denne.
- Risikonivåene som fremkommer viser et samlet risikonivå for de utvalgte KSfer hvert mål/krav innehar tilknyttet det risikoområdet som er analysert, ikke uttrykk av enkeltstående KSfers risikonivå.
- Alle avgrensinger som gjøres i en risikovurdering vil potensielt kunne stilles spørsmålstegn til, både av analysegruppemedlemmene og mottakere av risikovurderingen.
- Tidsperspektivet på knappe fem uker til gjennomføring av en slik risikovurdering med mange involverte og stor kompleksitet, vil kunne diskuteres som en usikkerhet for resultatet av risikovurderingen.
- En tilbakemelding innen frist i analysegruppe 1 og 2, angående strykning av mål 3 i risikoområde 1: Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient.
- I etterkant av frist for tilbakemelding har to analysegruppemedlemmer hver for seg meddelt at de tar dissens til risikovurderingen. Dette gjelder analysegruppe 2. Deres begrunnelse var at valget om å benytte grunnbemanning (budsjetterte årsverk) i stedet for å analysere personellsituasjonen ut fra dagens faktiske situasjon ikke støttes. Spørsmålet ble så vidt diskutert under møtet og forklart at grunnbemanning reflekterer det reelle behovet og dermed den beregnede personalbelastningen. Personellsituasjonen vil bli belyst i styresaken. Uenighet i metodevalg etter at analysen er gjennomført får ingen konsekvenser i det videre arbeidet, men synliggjøres.

Først etter at begge møtene i analysegruppe 4 var gjennomført kunne analysegruppe 5 innkalles for å gjøre sin risikovurdering.

Metodikken som har vært brukt til risikovurderingen, risikoområde 5 forsvarlighet i økonomi, har vært annerledes enn i de tre andre analysegruppene. Det ble ikke benyttet et tradisjonelt skjema for å vurdere sannsynlighet og konsekvens som i de andre gruppene. Til dette risikoområdet var det mest hensiktsmessig å gjennomgå tiltenkte økonomiske effekter til løsningsforslaget. Det være seg investeringskostnader, årlige økte driftskostnader og årlige reduserte driftskostnader.

Arbeidet i denne analysegruppen gikk ut på å avklare og kvalitetssikre på best mulig måte at alle berørte økonomiske aspekter/momenter blir tatt med i den økonomiske beregningen. Samtidig som det ble avdekt hvilke aspekter/momenter som hadde størst økonomisk usikkerhet/risiko.

Konkret tallmateriale som var innhentet fra tidligere forarbeider/analyser, samt beregninger gjort etter innspill fra de andre risikovurderinger i denne prosessen, fikk analysegruppen presentert for å gi innspill/korrigeringer til. Beregningsgrunnlaget blir dokumentert i eget dokument, men dette arbeidet fortsatte etter at analysegruppen hadde etablert metoden. Videre økonomiske beregninger ble gjort i et samarbeid mellom koordineringsgruppen, klinikkjefene og økonomiavdelingen. Videre en vurdering av risikoene knyttet til beregningene. I dette arbeidet var ikke representantene oppnevnt av fagforening og vernetjenesten involvert.

Usikkerheter knyttet spesifikt til denne risikovurderingen:

- Det var behov for en grundigere økonomisk analyse av flere momenter.
- Viktig å kvalitetssikre at de ulike økonomiske aspektene følger samme prinsipp (eks. regnskapstall vs. budsjettall).

Risikovurdering:

Risiko- og konsekvensskala risikoområde 1, 2 og 4

Sannsynlighetsskala:

Felles skala for Helse Nord er brukt.

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
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

Konsekvensskala:

Felles skal for Helse Nord er brukt.

Merk: Gruppe 1 og 2 har brukt skalaen "Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbud" og gruppe 4 skalaen "Mål".

Konsekvens område	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
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)

Oppsummert Risikoområde 1: Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

Samlet risikovurdering - målnivå

Mål / krav:	Målnr	Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
God pasientbehandling prehospitalt ved forlenget avstand til akuttstusykehus	M 1	2	3	Middels	1	3	Middels
God pasientbehandling i akuttstusykehusene etter overføring av akutt- og døgnfunksjoner	M 2	4	2	Middels	2	2	Lav

God pasientbehandling på dagtid i Mosjøen etter at akutt- og døgnfunksjoner er overført	M 3	Mål utgår som konsekvens av avgrensinger gjort i denne ROS.
Etablere slagalarm i Mosjøen	M 4	Mål overført til risikoområde 4, mål 10

Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er behandlet under risikoområdet:

- Kompetanse hos ambulanspersonell
- Omforente behandlingsprosedyrer med legevakt
- Klare ansvarsforhold
- Klare prosedyrer for destinasjon av slagpasienter
- Andre akutte problemstillinger
- Standardiserte behandlingsprosedyrer hele HSYK
- Personell har kompetanse i gjeldende prosedyrer
- Tilstrekkelig sykepleiekompetanse i intensivavd. MIR/SSJ
- LIS skal ha gode utdanningsløp i med. klinikk MIR/SSJ
- LIS skal ha gode utdanningsløp i kir. klinikk SSJ
- Vaktgående kirurger i Sandnessjøen kan håndtere urologi etter døgnoperasjoner
- Operasjonsteam MIR/SSJ er trent i annen akuttkirurgi

Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er tatt opp, men strøket p.g.a avgrensing under risikoområdet:

- Klare prosedyrer for destinasjon av traumepasienter
- LIS skal ha gode utdanningsløp i kir. klinikk MIR
- Urolog utfører døgnoperasjoner i Sandnessjøen
- Operasjonsteam MIR/SSJ er trent i hemostatisk nødkirurgi
- Opprettholde kompetanse på alle nå-værende poliklinikker
- Opprettholde kompetanse i dagkirurgi
- Kompetent og allsidig skadepoliklinikk

- Medisinsk poliklinikk tilbyr ØHJ
- God seleksjon av dagkirurgiske pasienter

Oppsummert Risikoområde 2: Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver, inkludert kapasitet

Samlet risikovurdering - målnivå							
		Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
Mål / krav:	Målnr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Sikre forsvarlig beredskap og ambulanskapasitet Vefsn, Grane og Hattfjelldal	M 1	4	4	Høy	1	2	Lav
Riktig antall plasser og grunnbemanning i akuttmottakene MIR og SSJ	M 2	2	2	Lav	1	2	Lav
Riktig antall senger og grunnbemanning i intensivavdelingene MIR og SSJ	M 3	3	3	Middels	2	3	Middels
Riktig antall senger og grunnbemanning i sengepostene MIR og SSJ	M 4	4	3	Middels	2	3	Middels

Riktig grunnbemanning i laboratoriene MIR og SSJ	M 5		4	2	Middels	1	2	Lav
Riktig grunnbemanning i radiologisk avd. MIR og SSJ	M 6		2	2	Lav			
Riktig grunnbemanning i rehabiliteringsposten SSJ for at posten kan holde åpent hele året	M 7		2	3	Middels			
Riktig grunnbemanning i poliklinikkene MIR og SSJ	M 8		1	1	Lav			
Riktig grunnbemanning i operasjonsavd. MIR og SSJ	M 9		3	2	Lav	1	1	Lav
Riktig legebemanning for å sikre med. vaktlinje MIR og SSJ	M 10		1	3	Middels			
Riktig legebemanning for å sikre kir. vaktlinje SSJ	M 11		1	3	Middels			
Riktig grunnbemanning operasjonsavd. Mosjøen	M 12	*						
Riktig grunnbemanning anestesi og recovery Mosjøen	M 13	*						
Riktig grunnbemanning i poliklinikkene Mosjøen	M 14	*						

Riktig grunnbemanning i lab og radiologisk avd. Mosjøen	M 15	*					
---	------	---	--	--	--	--	--

*Mål 12-15 utgikk for dette risikoområdet etter diskusjon i analysegruppen. Dette grunnet usikkerhet knyttet til fremtidig dimensjonering av pasienttilbudet i Mosjøen.

Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er behandlet under risikoområdet:

- Tilstrekkelig antall ambulanser i vakt
- Nye ambulansearbeidere ansatt innen 1.6.2025
- Akuttmottak MIR/SSJ har nok plasser
- Akuttmottak MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Intensiv MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Intensiv MIR/SSJ har nok senger
- Med sengepost MIR/SSJ har nok senger
- Med sengepost MIR/SSJ har nok grunnbemanning
- Kir sengepost SSJ har nok senger
- Kir sengepost SSJ har nok grunnbemanning
- Lab MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Radiologi MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning radiograf
- Radiologi MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning radiolog
- Tilstrekkelig antall leger
- Tilstrekkelig grunnbemanning pleiepersonell
- Poliklinikkene MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Opr avd, SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Tilstrekkelig antall medisinske overleger MIR/SSJ
- Tilstrekkelig antall medisinske LIS MIR/SSJ
- Tilstrekkelig antall kirurgiske overleger SSJ
- Tilstrekkelig antall kirurgiske LIS SSJ

Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er tatt opp, men strøket p.g.a avgrensing under risikoområdet:

- Kir sengepost MIR har nok senger
- Kir sengepost MIR har nok grunnbemanning
- Opr avd, MIR har tilstrekkelig grunnbemanning
- Urolog utfører døgnoperasjoner i MiR/SSJ
- Tilstrekkelig antall kirurgiske overleger MIR
- Tilstrekkelig antall kirurgiske LIS MIR
- Opr avd. MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Anestesi og recovery MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Poliklinikkene MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Lab MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Radiologi MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning

Oppsummert Risikoområde 4: Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

Samlet risikovurdering - målnivå							
		Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
Mål / krav:	Målnr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Egnede fasiliteter for ambulansetjenesten i Mosjøen	M 1	4	4	Høy	2	3	Middels
Egnede lokaler i akuttmottakene MIR og SSJ	M 2	2	2	Lav	1	1	Lav

Egnede lokaler i intensivavd. MIR og SSJ	M 3	2	2	1	1	Lav
Egnede lokaler i sengepostene MIR og SSJ	M 4	3	3	2	2	Lav
Egnede operasjonsstuer i MIR, SSJ og MSJ	M 5	2	2	1	2	Lav
Generelt velholdte og innbydende lokaler i SSJ	M 6	*				
Egnet CT i MSJ	M 7	5	4	1	4	Middels
Egnet MTU til to nye ambulanser i MSJ	M 8	4	2	1	2	Lav
Operasjonsutstyr som tillater urologiske både i SSJ og MSJ	M 9	*				
Egnet kommunikasjonsutstyr til slagalarm	M 10	4	4	1	4	Middels

*Mål 6 og 9 utgikk for dette risikoområdet etter diskusjon i analysegruppen. Grunnet risikovurderingens avgrensning.

Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er behandlet under risikoområdet:

- Midlertidige fasiliteter for 1 døgnambulansse med bemanning innen 1.5.25
- Ytterligere midlertidige fasiliteter for 1 dagambulansse med bemanning innen 1.6.25
- Kontrakt for bygging av ny ambulanssestasjon for 3 døgn- og 1 dagambulansse signert innen 1.5.25

-
- Kontrakt for bygging av ny ambulansestasjon i eksisterende bygningsmasse i sykehuskroppen i Mosjøen.
 - Tilstrekkelige egnede lokaler i akuttmottak MIR/SSJ
 - Tilstrekkelige egnede lokaler i intensiv MIR/SSJ
 - Tilstrekkelig egnede lokaler i med. sengepost MIR/SSJ
 - Tilstrekkelig egnede lokaler i kir. sengepost SSJ
 - 3 egnede operasjonsstuer i MSJ
 - 5 egnede operasjonsstuer i MIR/SSJ
 - CT som i Brønnøysund som kan fjernstyres på plass i MSJ innen 1.6.25
 - Kommunikasjons-utstyr installert innen 1.6.25
 - Nødvendig MTU i 2 ambulanser anskaffet innen 1.5.25
 - Nødvendig dublering av operasjonsutstyr
 - Kommunikasjons-utstyr installert innen 1.6.25

Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er tatt opp, men strøket p.g.a avgrensing under risikoområdet:

- Tilstrekkelig egnede lokaler i kir. sengepost MIR
- Generell oppussing for å øke trivsel for pasienter og ansatte

Oppsummert Risikoområde 5: Forsvarlig økonomi

Se vedlegg 5, beregninger.