

**Risikovurderinga gjeld:**
**Klinikk/avdeling: Psykisk helsevern – tiltak nedlegging av seksjon Rus døgn, Psykiatrisk klinikk**
**Dato: 10.11.23**
**Ansvarleg: Børge Tvedt**

| Risikomatrise  |                 |                |             |                     |              |                        |
|----------------|-----------------|----------------|-------------|---------------------|--------------|------------------------|
|                |                 | Konsekvens     |             |                     |              |                        |
|                |                 | Ubetydeleg (1) | Låg (2)     | Moderat (3)         | Alvorleg (4) | Svært alv./kritisk (5) |
| Sannsynlegheit | Svært stor (5)  | 1, 5           |             | 13, 14              |              |                        |
|                | Stor (4)        |                | 6, 7, 9, 10 | 2, 3, 8, 16, 17, 22 |              |                        |
|                | Moderat (3)     |                | 11          | 12, 15, 18, 19, 20  |              |                        |
|                | Liten (2)       |                | 21          |                     | 4            |                        |
|                | Svært liten (1) |                |             |                     |              |                        |

➤ Skriv inn risikoelementet i tabellen

➤ Vurder sannsynlegheit for at risikoelementet inntreff og kva konsekvens dette får. Sett kryss i matrisen. Multipliser tala og før resultatet inn i tabellen

➤ Vurder relevante tiltak, prioriter, sett inn ansvarleg og frist for gjennomføring.

| Konsekvens               |   |  |   |  |   |
|--------------------------|---|--|---|--|---|
|                          | Ubetydelig  | Lav  | Moderat   | Alvorlig   | Svært alv/kritisk   |
| Mennesker - liv og helse | Får ikke betydning for mennesker. Ingen påviste skader. | Lettere, forbigående helseskader uten varig mén. | Uheldige belastninger eller moderate skader på mennesker. Reversibel skade. Ikke knyttet til prognosetap. | Irreversibel akutt eller kronisk helseskade med alvorlige følger/tap av leveår. Knyttet til prognosetap. | Tap av liv eller svært alvorlig skade på mennesker. Høygradig medisinsk invaliditet (> 50 %), svært nedsatt forventet levealder |

| Fase 1: Vurdering av risiko                              |   |                      |                  | Fase 2: Handtering av risiko         |   |        |                 |
|--|---|----------------------|------------------|--------------------------------------|---|--------|-----------------|
| Arbeid og forhold som kan medføre risiko (risikoelement) |   | Sannsynlegheit (1-5) | Konsekvens (1-5) | Risiko (Sannsynlegheit x konsekvens) | Tiltak  | Ansvar | Prioritet/Frist |
| <b>Pasientbehandling og tenestetilbod</b>                |   |                      |                  |                                      |   |        |                 |
| 1  | Pasientar får lengre reiseveg til døgnbehandling                  | 5                    | 1                | 5                                    | God planlegging av innlegging<br>Fortsatt bruk av video i forvernsamtale                              |        |                 |
| 2  | Mindre tilgjenge for lengre behandlingsopphald i Helse Førde      | 4                    | 3                | 12                                   | Nytte regionale plassar<br>Kjøpe plasser utanfor Helse Vest sine plassar                              |        |                 |
| 3  | Auka behov for polikliniske og ambulante tenester                 | 4                    | 3                | 12                                   | Vurdere behov for styrka polikliniske og ambulante tenester   |        |                 |
| 4  | Risiko for fristbrot TSB  | 2                    | 4                | 8                                    | God prioritering og koordinering av tilvisingar<br>Vurdere kjøp av teneste utanfor Helse Vest         |        |                 |
| 5  | Potensielt lenger reiseveg for pårørande                          | 5                    | 1                | 5                                    | Bruk av video   |        |                 |
| 6  | Potensielt lenger reiseveg for Barn som pårørande                 | 5                    | 2                | 10                                   | God planlegging av besøk for born   |        |                 |
| 7  | Strengare prioriteringar for døgnbehandling                       | 5                    | 2                | 10                                   | Vurdere tilvisingar ut frå prioriteringsretteleiar<br>Gi god rettleiing ved ikkje rett til helsehjelp |        |                 |
| 8  | Reduksjon i tal brukarstyrte plassar                              | 4                    | 3                | 12                                   | Prioritering av kven som skal ha tilbod om brukarstyrt plass  |        |                 |
| 9  | Ingen moglegheit for anna vurdering/ «second opinion» i føretaket | 5                    | 2                | 10                                   | Ved behov be om «second opinion» utanfor helseføretaket   |        |                 |
| 10   | Mindre intern valfridom for pasientar                             | 5                    | 2                | 10                                   | Nytte spekter av tilbod i Helse Vest  |        |                 |
| <b>HMS og tilsette</b>                                   |   |                      |                  |                                      |   |        |                 |
| 11   | Klinikken kan få ubalanse i                                       | 3                    | 2                | 6                                    | Prioritering av kompetanse i  |        |                 |

|  |   |   |   |    |   |  |  |
|--|---|---|---|----|---|--|--|
|  | kompetanse i ein overgangsperiode<br>Kompetanse er ikkje optimalt tilpassa fagområde.       |   |   |    | omstillingsarbeid<br>Vurdere «bufferstillingar» i overgangsperiode<br>Særleg fokus på kompetanse i spesialsengepostar   |  |  |
| 12                                       | Arbeidsmiljø kan få negativ påverknad som følgje av omstillingsprosess                      | 4 | 3 | 12 | Fokus på arbeidsmiljø i alle personalmøte<br>Lage plan for inkludering positive arbeidsmiljøtiltak i omstillingsperiode<br>Undervisning om omstilling og arbeidsmiljø for tilsette og leiarar |  |  |
| 13                                       | Auka kostnader for tilsette ved pendling  | 5 | 3 | 15 | Legge til rette i turnus for samkøyring   |  |  |
| 14                                       | Lengre pendleveg gir risiko for større slitasje for tilsette, redusert kviletid mellom vakt | 5 | 3 | 15 | Tilrettelegge turnus så godt som mogeleg  |  |  |
| 15                                       | Redusert engasjement for tilsette ved overgang til anna fagfelt og anna arbeidsmiljø        | 3 | 3 | 9  | God opplæring på ny arbeidsplass<br>Anerkjenning av kompetanse for tilsette frå Rus døgn  |  |  |
| 16                                       | Tilsette blir utrygge dersom de må skifte til somatisk sengepost                            | 2 | 4 | 8  | Samarbeid med bemanningssenteret  |  |  |
| <b>Samarbeids- og samhandlingspartar</b> |   |   |   |    |   |  |  |
| 17                                       | Utfordring med total kapasitet på TSB døgn i Helse vest                                     | 4 | 3 | 12 | Dialog med Helse Vest om kapasitet i føretaka og avtaler med private/ideelle  |  |  |
| 18                                       | Redusert døgnkapasitet i spesialisthelsetenesta kan føre auka behov kommunale omsorgstilbod | 3 | 3 | 9  | Informasjon til og dialog med kommunane<br>Kommunane har ansvar for omsorgstilbod<br>Innspeil i revisjon av samarbeidsavtale  |  |  |
| <b>Økonomi</b>                           |   |   |   |    |   |  |  |

|    |  |   |   |    |  |  |  |
|----|--|---|---|----|--|--|--|
| 19 | Det blir auka behov for å kjøpe tenester til døgnbehandling utanfor Helse vest sine gjeldande avtaler med private/ideelle tilbydarar | 3 | 3 | 9  | Sette av midlar i budsjett til gjestepasientar                 |  |  |
| 20 | Auka kostnad polikliniske og ambulante tenester  | 3 | 3 | 9  | Sette av midlar i budsjett                                     |  |  |
| 21 | Risiko for auka sjukefråvær kan gi auka kostnader  | 2 | 3 | 6  | Tett leiaroppfølging av tilsette<br>Undervisning om omstilling |  |  |
| 22 | Auka lønskostnad grunna at høgare kompetanse og høgare ansiennitet når tilsette ved Tronvik  | 4 | 3 | 12 | Kompensasjon i budsjett for kjente kostnader                   |  |  |

### Oppsummering/konklusjon

Risikovurderinga er delt inn i fire område, og det kan metodisk vurderast om nokre område, som t.d. konsekvens for tilsette skulle vore vurdert i eiga risikovurdering. Vi har vald å samle dei fire områda i eit risikovurderingsdokument for å ha eit samla oversyn over sannsyn, konsekvens og tiltak.

Nedlegging av 15 av 25 døgnplassar i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) vil, som risikovurderinga syner, utvilsamt ha konsekvensar for pasientar og pårørande. Helse Førde vil framleis kunne gje tilbod om døgnbehandling innan TSB for dei fleste pasientane i vårt opptaksområde, men vi vil måtte nytte andre behandlingsplassar utanfor føretaket. Vi vil såleis i større grad enn tidlegare vere avhengig av den samla døgnkapasiteten i Helse vest. Vi vil vidare måtte foreta ein noko strengare prioritering av kven som skal få rett til helsehjelp som døgnbehandling, men samstundes må vi halde oss innafor dei retningslinjene vi har i prioriteringsrettleiar for TSB.

Risikovurderinga syner at vi truleg vil ha auka behov for polikliniske og ambulante tenester som følgje av færre plassar i døgnbehandling, og at vi må ta høgde for dette i vidare planlegging.

Nedlegging av Tronvik har negative konsekvensar for dei tilsette, både på Tronvik og ved seksjonane i Førde, som må

delta i omstillingsprosessen. Det er viktig å vere medviten dei risikoane som er identifisert, og i så stor grad som mogeleg nytte kompensierende tiltak. Vi må likevel erkjenne at kompensierende tiltak ikkje kan ta bort alle ulemper eller konsekvensar. Hms og tilsette er einaste område med risiko i raudt område i risikomatrissa.

Sum risikovurderinga syner er det naudsynt å setje av midlar til kompensierende tiltak for særleg pasienttilbodet for å redusere den totale risikoen.

Det er ein svakheit at vi ikkje har hatt brukar representant med i risikovurderinga. Vi tilrår at brukarutvalet vert involvert i den vidare handsaminga prioritering og vurdering av dei tiltaka som vert vurdert gjennomført.

**Deltakarar i risikovurderinga:**

| <b>Namn</b>                    | <b>Rolle/funksjon</b>                      |
|--------------------------------|--|
| Børge Tvedt                    | Klinikkdirektør Psykisk helsevern          |
| Svein Ove Alisøy               | Avdelingssjef Psykiatrisk klinikk          |
| Elin Lysne                     | Seksjonsleiar Rus døg. Psykiatrisk klinikk |
| Tom Arne Hansen                | Controller, Psykisk helsevern              |
| Torfinn Heggland               | Tillitsvald, DNLF                          |
| Lena Thorsnes/Kari Sunde Kvile | Føretakstillitsvald, NSF                   |
| Randi Aven                     | Føretakstillitsvald, Fagforbundet          |
|                                |  |
|                                |  |