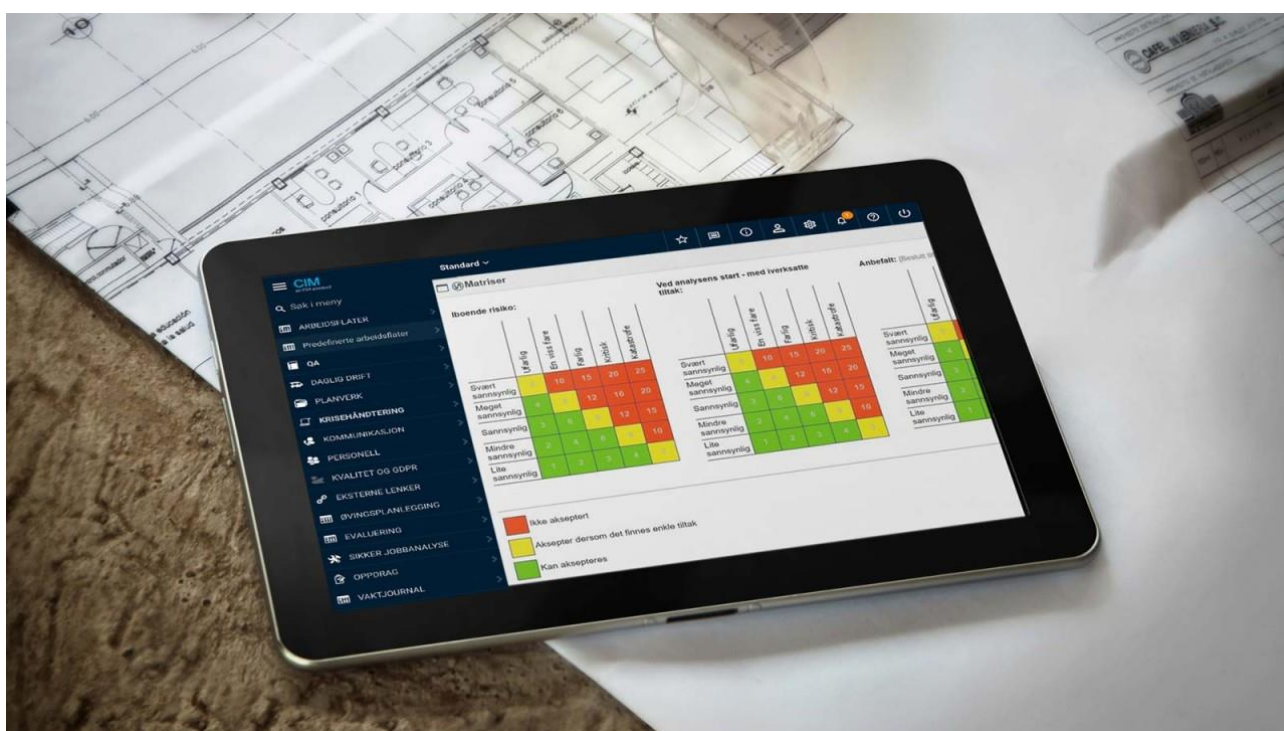


# Risiko og sårbarhetsanalyse – sluttrapport

Arbeidsgruppe 4

Diagnostiske funksjoner



November, 2023

## Innhold

Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse .....	3
Risikoområder .....	4
Brukeren av tjenestene .....	4
Behandlingstilbud .....	4
Bemanning .....	4
Kapasitet .....	5
Organisatoriske forhold .....	5
Økonomi .....	5
Forutsetninger, antakelser og dokumentasjon .....	5
Overordnet analyse .....	7
1 Brukeren av tjenestene .....	8
2 Behandlingstilbud .....	10
3 Bemanning .....	12
4 Kapasitet .....	14
5 Organisatoriske forhold .....	16
6 Økonomi .....	17

## Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse

En ROS-analyse er i utgangspunktet en kvalitativ risikovurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. Risiko er et uttrykk for usikkerhet, og beskriver et forhold eller en hendelse som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen ved et prosjekt eller et arbeid negativt. En ROS-analyse gjennomføres for å forstå og evaluere risikoer og konsekvenser knyttet til en planlagt endring, et prosjekt, en aktivitet eller en situasjon. Hensikten er å oppnå bedre informasjon og innsikt, slik at en kan gjøre velinformerte beslutninger, og håndtere risikoer på en proaktiv måte. En ROS-analyse gir en klar oversikt over hva som kan gå galt ved ulike alternativer.

I arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord RHF har arbeidsgruppe 4 kartlagt nåsituasjonen (o-alternativet), og laget forslag om to alternative løsninger knyttet til radiologi og laboratoriemedisin. De to foreslåtte alternativene er noe nærmere beskrevet under “Hovedtrekk ved utredningen” nedenfor.

Alle arbeidsgruppene har fått i oppdrag av Helse Nord RHF å utføre en ROS-analyse av både o-alternativet, og alternativ 1 og 2. Deloitte har på vegne av Helse Nord RHF ledet arbeidet med ROS-analysene, men selve risikovurderingene er gjort av arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen har også foreslått risikoreduserende tiltak hvor det har vært uakseptabel høy risiko i alternativ 1 og 2. Det er ikke foreslått risikoreduserende tiltak for nåsituasjonen, da alternativ 1 og 2 er å anse som forslag til tiltak for å forbedre nåsituasjonen. Arbeidsgruppen har gjennomført en heldagssamling, et digitalt heldagsmøte, og et digitalt fire-timers møte hvor Deloitte har vært med for å gjennomføre ROS-analysen. Denne tiden var ikke tilstrekkelig til å få gjennomført hele ROS-analysen da møtene har vært preget av en del ulike oppfatninger av hva de foreslåtte alternativene innebærer. Arbeidsgruppen har derfor også gjennomført 2 møter (fire timer + 2 1/2 time) uten Deloitte for å fastsette sannsynlighet og konsekvens for noen av risikoområdene, samt finne risikoreduserende tiltak for risikoer med uakseptabel høy risiko. Arbeidsgruppen rakk ikke å fastsette ny sannsynlighet og konsekvens, så dette har blitt gjort av tre medlemmer i arbeidsgruppen, inkludert leder. Når ny sannsynlighet og konsekvens ble fastsatt ble dette gjort ved å skjele til nivået hele arbeidsgruppen hadde lagt seg på tidligere. Oversikt over deltakerne i de ulike møtene finnes i vedlegg 1 til ROS-analysen.

Før arbeidet med ROS-analysene startet ble det definert noen sentrale risikoområder hvor Helse Nord RHF ønsket at en skulle gjøre en grundig analyse for å vurdere potensiale for risiko eller sårbarhet. Forut for ROS-workshop ble kritiske suksessfaktorer definert av arbeidsgruppeleder og representanter fra arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen har også korrigert suksessfaktorene underveis. De kritiske suksessfaktorene er benyttet til å definere hva som skal til for å nå målsetningene med arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen. De kritiske suksessfaktorene er knyttet opp mot de ulike risikoområdene. I ROS-workshopen ble risiko for hver suksessfaktor identifisert, og sannsynlighet og konsekvens ble vurdert. Dette ble først gjort for o-alternativet, så for alternativ 1 og 2. Dette ble gjort for at en skulle være i bedre stand til å sammenligne risiko på tvers av alternativene. En jobbet systematisk gjennom hvert risikoområde med tilhørende suksessfaktorer. Der hvor arbeidsgruppens medlemmer ikke kunne komme til enighet i fastsettelse og sannsynlighet ble det stemt, og dissens beskrevet.

Sannsynlighet og konsekvens er vurdert ut fra en fem punkts skala hvor 1 tilsvarer svært liten sannsynlighet og 5 svært stor sannsynlighet, og hvor 1 tilsvarer ubetydelig konsekvens og 5 tilsvarer svært alvorlig konsekvens. Operasjonaliseringen av de to skalaene som er benyttet finnes i ROS-analysens vedlegg 2. Det er foreslått risikoreduserende tiltak for alternativ 1 og 2 hvor risikovurderingen er satt som høy (rød).

Når ROS-analysen leses er det viktig å være oppmerksom på at ROS-analysen er en skjønnsmessig vurdering gjort av arbeidsgruppen, og at ROS-analysen ble gjennomført på et tidspunkt der nødvendigvis ikke all grunnleggende dokumentasjon og analyser av ulike forhold forelå. ROS-analysen skulle aller helst vært det siste en burde gjøre i utredningsarbeidet, men på grunn av en relativt kort tidslinje måtte analysen

gjennomføres for all dokumentasjon var klar. Dette har medført at flere av vurderingene ikke nødvendigvis er faktabasert, noe som øker usikkerheten i vurderingene.

ROS-analysen er gjort på et overordnet nivå hvor hele regionen er vurdert under ett. I mange av de identifiserte risikoene er det slik at både sannsynlighet og konsekvens naturlig varierer med geografi, foretak, sykehus, pasientgruppe eller funksjon. Arbeidsgruppen har da forsøkt å vurdere sannsynlighet og konsekvens ut fra et overordnet gjennomsnitt for regionen. Det kan likevel ikke utelukkes at vurderingene kan bære preg av enkelte steder, enkelte foretak, eller enkelte pasientgrupper sin situasjon. Når dette er tilfelle, er dette forsøkt beskrevet.

## **Risikoområder**

Et risikoområde er et bestemt aspekt eller et definert område hvor det er potensiale for risiko eller sårbarhet. Innenfor hvert risikoområde er det gjennomført en grundig analyse for å vurdere potensialet for uønskede hendelser, tap eller skade.

### ***Brukeren av tjenestene***

Under risikoområdet brukeren av tjenesten vil man ha fokus på å identifisere og vurdere risikofaktorer som påvirker pasienter, pårørende og andre brukere av helsetjenestene som følge av endringene i sykehusstruktur og oppgavedeling. Det er avgjørende for arbeidet å sikre at foreslåtte endringer ikke påvirker kvaliteten på omsorgen, pasienttilfredsheten eller tilgangen til nødvendige helsetjenester. Under dette området vil en kunne vurdere risiko for at foreslåtte endringer påvirker tilgangen til helsetjenester for pasientene, inkludert ventetider og tilgang til spesialister.

Videre vil en kunne gjøre vurderinger om det er risiko for at endringene reduserer pasienttilfredsheten. Brukerens oppfattelse av tjenestetilbudet som tilbys er viktig og noe som kan påvirke omdømmet til sykehuset. Risiko for økt reisebelastning, og pasientreiser vil være et sentralt element under dette risikoområdet. Risiko for at endringene påvirker pårørendes involvering og støtte til pasientene på en ugunstig måte vil også inkluderes.

### ***Behandlingstilbud***

Det er en klar helsepolitisk målsetting å tilby likeverdige helsetjenester, samtidig er det overordnede føringer om gode og sammenhengende pasientforløp, og lik tilgang til tjenester i hele landet. I tillegg til nasjonale krav til behandlingstilbud vil vi innen dette risikoområde sette søkelys på risikoer knyttet til både pasientforløp, kapasitet til å levere helsetjenester, pasientsikkerhet, og behandlingstilbudets kvalitet og tilgjengelighet. Dette inkluderer riktig kompetanse på rett sted. Trygge og gode tilbud er avhengig av et tilstrekkelig pasientgrunnlag til å kunne utføre spesialiserte funksjoner med god kvalitet. Videre er det sentralt å vurdere risiko knyttet til primærhelsetjenesten og prehospitale tjenester om en skal gjøre endringer i akuttfunksjonstilbudet.

### ***Bemanning***

Et av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord er å etablere en struktur som lar seg bemanne, og overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) beskriver at Helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp. Videre har Helse Nord RHF som hovedmål å styrke forskning, innovasjon og kompetanse. Bemanning er derfor et sentralt risikoområde. Risikoområdet bemanning dekker flere aspekter knyttet til personell. For det første dekker dette risikoområdet direkte forhold knyttet til medarbeiderne, som arbeidsforhold, arbeidstidsordninger, vaktforhold, utdanning og mulighet til faglig utvikling. Ved endring i arbeid og funksjonsfordeling vil det kunne oppstå risiko for mangel på kompetent personale, spesialisert kunnskap eller ferdigheter. Kompetanse, turnover, stabilisering, rekruttering og rekrutteringsevne er derfor også relevante momenter i dette risikoområdet sammen med risikoer knyttet til fagmiljø, forskning og utdanning.

## **Kapasitet**

Ett av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord er å kunne følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkluderte økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin. Under risikoområde kapasitet vurderes derfor risikoer knyttet til behandlingsskapasitet sett opp mot behovsutvikling over tid, dekningsgrad, overbelegg og fristbrudd. Risikoer knyttet til forsvarlig drift, overbelastning, sengeplasser, tilstrekkelig med behandlingsrom og annet nødvendig utstyr (fysisk infrastruktur) er momenter som kan vurderes her. Risikoer knyttet til tilgang og oppgradering av nødvendig medisinsk teknisk utstyr, og teknologisk infrastruktur som er nødvendig for å understøtte kapasitetsbehovet er også sentralt i dette risikoområdet. Dette sammen med risikoer knyttet til logistikk og tilgang til laboratorietjenester, røntgen og operasjonsrom, samt risikoer knyttet til beredskapskapasitet, og evne til å håndtere beredskapskapssituasjoner og kriser.

## **Organisatoriske forhold**

Ett av hovedmålene for arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord er å tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunen til den økende andelen eldre pasienter. På bakgrunn av dette målet er det relevant å vurdere forhold knyttet til oppgavedeling, samarbeid med primærhelsetjenesten og tvers av tjenestenivå, og samarbeid med universitet og høyskoler. Helhetlige pasientforløp krever også god samhandling og samarbeid mellom avdelinger i sykehus, mellom sykehus, kommuner og andre samarbeidspartnere, og risikoforhold knyttet til dette vil identifiseres her. Videre vil det være viktig for å kunne oppnå en bærekraftig helsetjeneste å vurdere risiko knyttet til generelle organisatoriske forhold og organisasjonsstruktur. Momenter knyttet til ledelse, og risiko for organisasjonens evne til effektivt lederskap og stabilitet vurderes også under organisatoriske forhold, sammen med arbeidsprosesser og forhold knyttet til organisering av teknologi og støttesystem. Under organisatoriske forhold inngår også arbeidsprosesser, endringsvilje, og kapasitet til å gjennomføre endringer.

## **Økonomi**

En overordnet føring fra Helse- og omsorgsdepartementet er at spesialisthelsetjenesten skal være bærekraftig, og at det er en rettferdig ressursbruk. Samtidig er ett av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedelingen er å etablere en ny struktur som gir bærekraftig økonomi. Innenfor økonomi som risikoområde vil en gjøre vurdering av risiko knyttet til kostnadsøkning, og risiko for at ny struktur vil føre til uforutsette kostnadsøkninger som følge av ulike implementeringskostnader eller investeringer i infrastruktur. En vil også gjøre overordnede betraktninger rundt risiko for at foreslåtte strukturendringer overskrider tildelte budsjettammer, som kan skape finansielle utfordringer. Videre om det vil være risiko for om endringene vil kunne føre til tapte inntekter. I dette risikoområdet vil en også gjøre vurderinger av om endringene vil skape risiko for redusert finansiell bærekraft. Dette risikoområdet vil også kunne inneholde vurderinger knyttet til risiko for økte driftskostnader ved aktuelle foretak og sykehus. Omstillingskostnader, kostnader knyttet til bygningsmasse og beredskapskostnader står her sentralt. Innenfor dette risikoområde vil en også kunne gjøre betraktninger rundt stordriftsfordeler og ulemper. Økonomiske konsekvenser for pasienten inkluderes også i dette risikoområdet.

## **Forutsetninger, antakelser og dokumentasjon**

Som poengtert ovenfor, er en ROS-analyse i utgangspunktet en kvalitativ risikovurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. Risiko er et uttrykk for usikkerhet, og beskriver et forhold eller en hendelse som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen ved et prosjekt eller et arbeid negativt. Denne ROS-analysen har som formål å gjøre en riskokovurdering av nåværende struktur knyttet til diagnostiske funksjoner i Helse Nord samt de forslag til endringer som er beskrevet i alternativ 1 og 2. Dette er en omfattende oppgave å løse i en

samlet ROS-analyse. Igjen bør det også poengteres at ROS-analysen er gjennomført i løpet av en begrenset tidsperiode.

En viktig forutsetning for den gjennomførte ROS-analysen er at den vurderer de ulike alternativene **etter** at endringen er gjennomført og har fått virket en tid. Dette innebærer at overgangsløsninger er gjennomført og ny funksjonsdeling har funnet sin form.

Det er også viktig å poengtere at “sannsynlighet og konsekvens” i all hovedsak er satt under forutsetning av at modellene i alternativ 1 og 2 fungerer i tråd med den intensjon som lagt til grunn for endringen. En slik forutsetning må legges til grunn da det ikke gir mening å ROS-vurdere under forutsetninger om at løsningene *ikke* skulle vise seg å fungere i tråd med intensjonen.

ROS-analysen bygger på arbeidsgruppens arbeidsdokument. Faktagrunnlaget som ligger i dette dokumentet, er lagt til grunn for denne ROS-analysen. Arbeidsgruppens rapport har i flere av sine kapitler fremlagt et relativt omfattende faktagrunnlag. Faktagrunnlaget kan imidlertid være påvirket av den begrensede tiden som har vært til disposisjon i dette arbeidet.

Analysen som presenteres i denne rapporten er basert på arbeidsgruppe 4 sine vurderinger av de ulike risikoene som er identifisert. Analysen presenterer et overordnet bilde med fokus på faktorer med et høyt risikonivå, og hvordan disse risikoene endrer seg i de ulike alternativene, og gruppens vurderinger og begrunnelser rundt dette. Detaljer i vurderinger rundt hver risiko i hvert alternativ finnes i vedlegg 3 som er notatene som ble gjort under arbeidet med selve risikokategoriseringen.

## Hovedtrekk ved utredningen

Det første alternativet til ny oppgave- og funksjonsdeling er betegnet som samarbeidsmodellen.

Hypotesen alternativ 1 bygger på at et organisert samarbeid mellom sykehusforetakene i regionen vil være en bedre ramme for implementering av tiltakene enn dagens situasjon (o-alternativet), og gi andre muligheter til løse flere av de identifiserte utfordringene. I denne modellen inngås et forpliktende samarbeid mellom de fire sykehusforetakene. Beslutning om slikt samarbeid og hva avtalene skal regulere skjer i foretaksmøtet med Helse Nord RHF. De fire administrerende direktørene ved de fire helseforetakene utformer mandatet for samarbeidsorganet og spesifiserer prinsipper for samarbeidet, sammensetning, oppgaver, delegert myndighet, økonomi m.m. Samarbeidsorganet vil forvalte inngåtte avtaler. I denne modellen må samarbeidsorganet gis mandat og myndighet til å ta beslutninger og iverksette regionale aktiviteter for å oppnå de beskrevne målene som for eksempel vaksamarbeid, harmonisering av praksis, utdanningsaktiviteter mm.

Alternativ 2 innebærer et forslag om å etablere ett helseforetak i Helse Nord for medisinsk diagnostikk (tilsvarende som Helse Nord IKT og SANO). Tanken i denne foretaksmodellen er å samle radiologi og laboratoriefagene i ett helseforetak under felles ledelse. Tanken er at alle tiltakene som er foreslått i alternativ 1 settes inn i en ny organisatorisk og juridisk ramme i alternativ 2, som gir andre muligheter til å samordne og styrke fagutvikling, rekruttering, kompetanse, kapasitet og anskaffelser med mer. Helseforetaket er tenkt å fungere som en virtuell organisatorisk løsning som ikke vil påvirke lokalisering av tilbudene.

I arbeidsgruppens mandat beskrives videre seks konkrete områder innen radiologi og laboratoriemedisin som utredningen skal omfatte:

### Radiologi

- Utrede ytterligere vaksamarbeid i radiologi

- Utrede samorganisering av bildediagnostiske tjenestetilbud
- Utrede standardisering av medisinsk teknisk utstyr og undersøkelsesprotokoller

### Laboratoriemedisin

- Utrede vakt samarbeid i laboratoriemedisin
- Utrede standardisering av medisinsk teknisk utstyr
- Utrede økning i egen analysekapasitet

Arbeidet med ROS-analysen har vært preget av at arbeidsgruppen har hatt ulike forståelse av alternativene og forskjellene på risiko mellom dem. Det er lite som skiller de to alternativene fra hverandre om man ser til risikonivå. Det har vært størst uenighet om risiko i foretaksmodellen. For fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens har arbeidsgruppen for mange av risikoene måttet stemme, og flertallets vurderinger er satt som gjeldende. Uenigheten i gruppen har påvirket resultatet av ROS-analysene. Det er kommentert under hvert risikoområde hvilke risikoer og risikofastsettelse det er votert om.

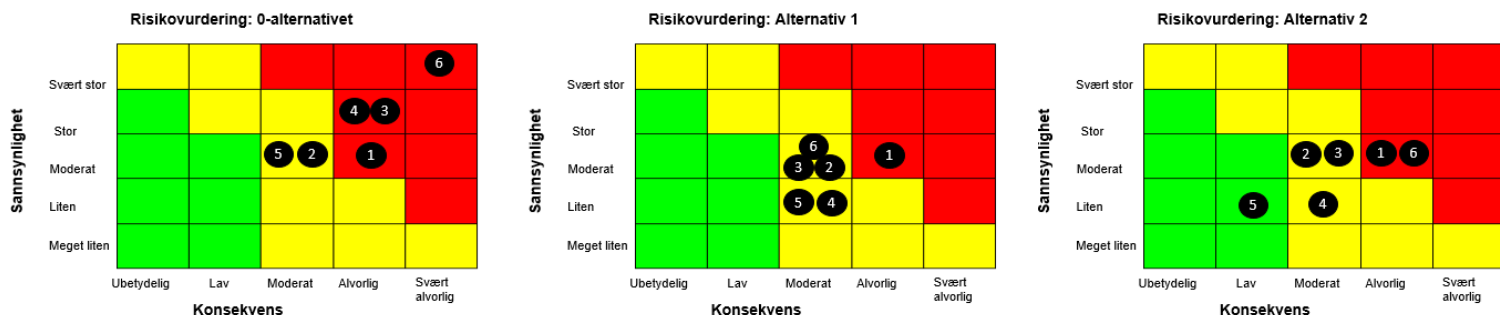
### Overordnet analyse

Heat-mapet under viser gjennomsnittlig risikonivå per risikoområde i nå-situasjonen og i alternativ 1 og alternativ 2. I alternativ 1 og 2 er det gjennomsnittlige risikonivået etter at det er foreslått risikoreducerende tiltak for risikoer med uakseptabel høy risiko som vises. Det er ikke foreslått risikoreducerende tiltak for nå-situasjonen, da dette alternativet er å anse som et sammenligningsgrunnlag. Det er derfor også naturlig at det er høyere gjennomsnittlig risiko forbundet med 0-alternativet, enn de to andre alternativene.

Risikoområder	
1)	Brukeren av tjenestene
2)	Behandlingstilbud
3)	Bemanning
4)	Kapasitet
5)	Organisatoriske forhold
6)	Økonomi

I 0-alternativet har risikoområdet organisatoriske forhold og behandlingstilbud et gjennomsnittlig moderat risikonivå. Behandlingstilbud har også et gjennomsnittlig moderat risikonivå i alternativ 1 og 2, så alternativene reduserer ikke risikoen for dette området. Gjennomsnittlig risiko for risikoområdet organisatoriske forhold er også på et moderat nivå i alternativ 1. I alternativ 2 er

gjennomsnittlig risikonivå redusert til lavt nivå. Det er altså lavere gjennomsnittlig risiko forbundet med organisatoriske forhold i alternativ 2, enn i nå-situasjonen og alternativ 1.



Figur 1. Gjennomsnittlig risikonivå knyttet de ulike risikoområdene

Risikoområdet for brukeren av tjenestene, bemanning, og kapasitet har et høyt gjennomsnittlig risikonivå i 0-alternativet, mens risikoområdet økonomi har et svært høyt gjennomsnittlig risikonivå. I alternativ 1 har



også området for brukeren av tjenesten et høyt gjennomsnittlig risikonivå. Risikoområdet for bemanning har et moderat gjennomsnittlig risikonivå i alternativ 1, og det samme gjelder området for økonomi. I alternativ 2 har risikoområdet økonomi og brukeren av tjenesten et høyt gjennomsnittlig risikonivå. Risikoområdet bemanning og kapasitet har et moderat gjennomsnittlig risikonivå, slik som også området for behandlingstilbud har.

Om en skal velge forslag til alternativ ut ifra gjennomsnittlig risiko ser det ut til å være alternativ 1 som har lavest gjennomsnittlig risiko. Men heller ikke i dette alternativet unngår et høyt gjennomsnittlig risikonivå forbundet med brukeren av tjenestene.

Det er verdt å merke seg at de ulike risikoområdene ikke er tillagt noe vekt, og er her fremstilt som likeverdige. Det er opp til beslutningstakerne å eventuelt tillegge noen risikoområder mer vekt enn andre.

## 1 Brukeren av tjenestene

Under området brukeren av tjenestene er det identifisert 4 ulike risikoer, hvor av to av disse er vurdert til å ha et svært høyt risiko nivå i både 0-alternativet og i alternativ 1 og 2. Dette gjelder *risikoen for at ventetiden og svartiden på analyser av laboratorieprøver er lang for pasienten* (risiko nummer 3), og *risiko for at ventetid og svartid for analyser av bilder er lang for pasienten* (risikonummer 4). Det er en markant forskjell på sannsynligheten for at *svartid og ventetid på bilder er lang sammenlignet med sannsynlighet for at ventetid og svartid for laboratorieprøver er lang*, mens konsekvensen er vurdert til å være svært alvorlig både innen lab og røntgen.

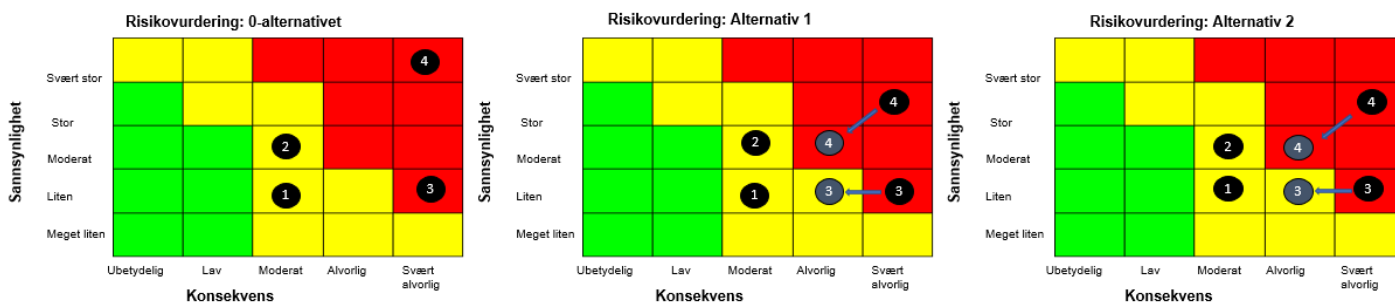
### Risikoregister – Brukeren av tjenestene

- 1) Risiko for å øke reisebelastning for pasienter i forbindelse med laboratorieprøver
- 2) Risiko for å øke reisebelastning for pasienter i forbindelse med røntgen
- 3) Risiko for at ventetiden, og svartiden på analyser av laboratorieprøver er lang for pasienten
- 4) Risiko for at ventetid og svartid for analyse av bilder er lang for pasienten

*og svartiden på analyser av laboratorieprøver er lang for pasienten* (risiko nummer 3), og *risiko for at ventetid og svartid for analyser av bilder er lang for pasienten* (risikonummer 4). Det er en markant forskjell på sannsynligheten for at *svartid og ventetid på bilder er lang sammenlignet med sannsynlighet for at ventetid og svartid for laboratorieprøver er lang*, mens konsekvensen er vurdert til å være svært alvorlig både innen lab og røntgen.

Sannsynligheten for at *svartid og ventetid på*

*laboratorieprøver er lang for pasienten* er vurdert å være liten i alle alternativene, mens konsekvensen er vurdert å være svært alvorlig i samtlige alternativer. Det pekes på at ventetiden og svartiden på analyser av laboratorieprøver kan være lang for pasienten, men at det er betydelige forskjeller på dette innad i regionen. UNN Tromsø står for eksempel overfor utfordringer knyttet til bemanning. Foreløpig har ikke dette gitt konsekvenser for svartid, men dersom situasjonen forverrer seg kan det bli en konsekvens. Generelt sett oppfattes svartidene innen laborierdiagnostikk som akseptable av arbeidsgruppen i nå-situasjonen. (Patologi og mikrobiologi ikke er inkludert i mandatet og denne vurderingen). Vær- og vindforhold kan imidlertid skape utfordringer med å få laboratorieprøver frem i god stand til rett tid.



Figur 2. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet bruker av tjenesten



Til tross for dette understreker gruppen at svartidene jevnt over ikke oppleves som et problem innen laboratoriearbeid. I de to foreslåtte alternativene mener arbeidsgruppen at det er potensiale for å redusere ventetiden for spesialiserte undersøkelser redusere svartiden på bakgrunn av at samarbeidet forbedres på tvers av helseforetak. Implementering av felles kliniske systemer kan redusere dupliserte undersøkelser, noe som resulterer i en mer effektiv utnyttelse av kapasiteten. Denne reduksjonen av dupliserte undersøkelser gir ikke bare økt kapasitet, men gir også muligheten for en mer effektiv bruk av ressurser. I tillegg gir et felles samarbeid og samlede fagmiljøer en solid plattform for å integrere ny teknologi som kunstig intelligens (KI). Den samlede kompetansen gjør det lettere å implementere og dra nytte av KI-teknologier, noe som kan forbedre diagnostiske prosesser og styrke helsetjenestens evne til å tilby mer presise og raske resultater.

Deler av arbeidsgruppen vurderer det dit hen at det mest sannsynlig vil være enklere å gjennomføre det foreslåtte grepet i alternativ 2, med et felles diagnostisk HF, og det er flere ting som må på plass skal man lykkes i alternativ 1. Til tross for at det trekkes frem flere muligheter og potensial for forbedringer vurderer arbeidsgruppen likevel konsekvens og sannsynlighet til å være lik i de to alternativene, og også lik som i 0-alternativet.

Risikoen for lang ventetid og svartid på laboratorieprøver blir stående som høy, og arbeidsgruppen har derfor foreslått å redusere risikoen med dette tiltaket:

- Bedre IKT-løsninger som forenkler administrative rutiner ved mottak av prøver og prøvetaking, eksempelvis automatisert korrigerende av prøvetakingstidspunkt.

Det risikoreduerende tiltaket er foreslått for begge alternativene, og arbeidsgruppen tror at om man lykkes med dette vil konsekvensen av risikoen reduseres til alvorlig. Liten sannsynlighet og alvorlig konsekvens innebærer et moderat risikonivå.

Sannsynligheten for at det skal være *lang svar- og ventetid på analyser av bilder* for pasienten er vurdert å være svært høy i 0-alternativet, og høy i de to alternativene. Konsekvensen av det er vurdert til å være svært alvorlig i alle alternativene. I dagens situasjon er det spesielt stor risiko for at ventetiden og svartiden på analyser av bilder kan være lang for pasientene, særlig der det mangler kapasitet og/eller spesialkompetanse, som noen steder bare er tilgjengelig i begrensede tidsrom. For å opprettholde korte svartider benyttes gransking hos privat leverandør som har avtale med Helse Nord RHF. Lang svartid kan få spesielt alvorlige konsekvenser innenfor pakkeforløp for kreft. Videre kan pasienter som henvises for andre forhold enn kreft, oppleve lengre svartid, da bildene ikke prioriteres med like høy hastegrad. Dette kan medføre betydelig forringet helsetilstand for pasientene i svartidsperioden. UNN opplever spesielt utfordringer knyttet til lang svartid, og gruppen påpeker at det mangler gode styringstall innen diagnostiske avdelinger i dagens situasjon. Tolkningstiden er en viktig faktor og en viktig driver for lange svartider for pasientene. Optimalisering av tolkningsprosessen vil derfor være avgjørende for å redusere den samlede svartiden og forbedre pasientopplevelsen.

I alternativ 1 som innebærer stor grad av samarbeid på tvers av foretak vil det å dele arbeidslister innen radiologi være en effektiv strategi for å redusere svartiden på bildediagnostiske analyser. Men selv om man skulle få dette til så vil man fortsatt ha utfordringer med å ha tilstrekkelig kapasitet til å få svartidene ned til akseptable nivåer. Arbeidsgruppen antar likevel at sannsynligheten for lange svar- og ventetider reduseres ett nivå med alternativ 1. Arbeidsgruppen var delt i fastsettelsen av sannsynlighet. 5 representanter mente at sannsynlighet burde settes til 3, mens 8 representanter mente den burde settes til 4. En sannsynlighet på 4 utgjorde flertallet og det er dette som da ble stående.

Risikonivået er uakseptabelt høyt, og arbeidsgruppen har foreslått disse risikoreduerende tiltakene:

- Opprette avdelinger med elektiv virksomhet for et geografisk område innen radiologi, gitt noen sykehus uten akutt drift
- Styrke bemanning

Med disse tiltakene reduseres sannsynligheten ett nivå, og det samme gjør konsekvensen. Samlet risikonivå er likevel fortsatt på et høyt nivå.

Alternativ 1 og 2 innebærer en styrking av fagmiljø, noe som er antatt å styrke rekrutteringsevnen. Økt bemanning vil kunne forbedre samlet kapasitet til tolkning. Ved å samle fagmiljø er det lettere å overholde "kloke valg" og dermed lettere å redusere antall unødvendige undersøkelser. Med dette skulle en forvente en reduksjon i risikoen alternativ 2, sammenlignet med alternativ 1. Men arbeidsgruppen var også for denne risikoen uenig i fastsettelsen av sannsynlighet. 6 representanter mente at sannsynlighet skulle settes til 3, mens 7 representanter mente at sannsynlighet skulle settes til 4. Sannsynlighet blir satt etter flertallet.

Risikonivået i alternativ 2 er også da uakseptabelt høyt for risiko 4, selv etter risikoreducerende tiltak. I tillegg til de risikoreducerende tiltakene som ble foreslått for alternativ 1 foreslår arbeidsgruppen et felles henvisningsmottak for elektive henvisninger. Med disse tiltakene mener arbeidsgruppen at risikoen for lange vente- og svartider reduseres, men risikonivået er fortsatt høyt, fordi konsekvens er satt til 4.

For brukeren av tjenesten vil ikke valg av alternativ 1 eller 2 ha betydning, om dette vurderes ut ifra risikoprofil. De foreslåtte alternativene har heller ikke løsninger som gjør at man reduserer risikonivået for brukeren betydelig. Det er 2 risikoer på moderat nivå i 0-alternativet, og det er det også i de to alternativene. Det er også to risikoer med høyt nivå i alle tre tiltakene. Men sannsynlighet og konsekvens er redusert noe etter risikoreducerende tiltak i alternativ 1 og 2.

## 2 Behandlingstilbud

Under behandlingstilbud er det identifisert 4 ulike risikoer hvorav *risiko for at en ikke har riktig bruk av de private røntgeninstituttene*, og *risiko for at bilder og lab prøver ikke har god kvalitet* er kategorisert som høy i 0-alternativet. *Risiko for at en ikke klarer å sikre et tilstrekkelig godt nok volum regionalt for å sikre god kvalitet i behandlingen* er vurdert til å være på et moderat nivå i 0-alternativet, mens *risikoen for at pasientene ikke mottar standardiserte tjenester uavhengig av hvor de mottas* er ansett for å være lav.

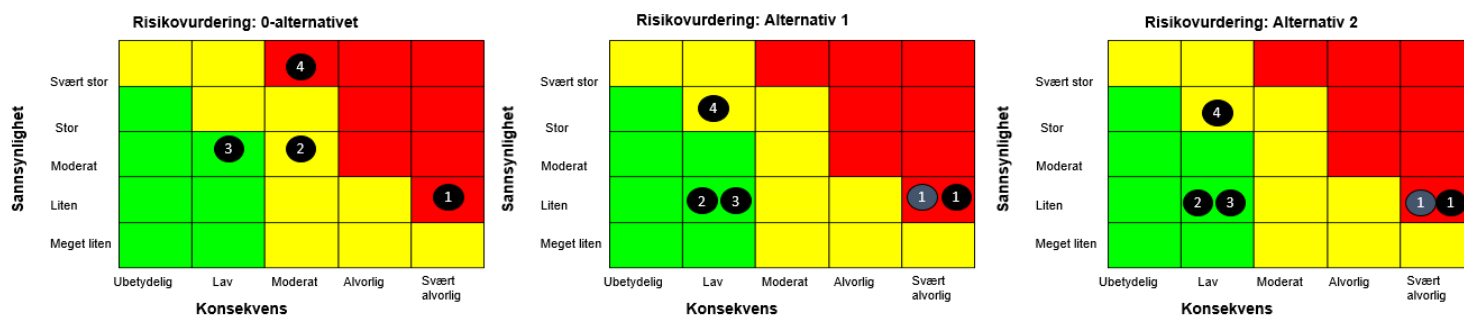
### Risikoregister – Behandlingstilbud

- 1) Risiko for at bilder, lab prøver og produksjon av blodprodukter ikke har god kvalitet
- 2) Risiko for at en ikke klarer å sikre et tilstrekkelig godt nok volum regionalt for å sikre god kvalitet i behandlingen
- 3) Risiko for at pasienten ikke mottar standardiserte tjenester uavhengig av hvor de mottas
- 4) Risiko for at en ikke har riktig bruk av de private røntgeninstituttene

Arbeidsgruppen opplever jevnt over at det er god kvalitet innen radiologi og laboratoriefunksjoner i Helse Nord i dag. Men det er rapportert enkelte tilfeller med dårligere kvalitet på tolkningen av bilder som sendes til ekstern granskning. Det skal likevel understrekes at kvaliteten her også jevnt over er god. Radiologiske bilder tatt hos private aktører kan være mangelfulle f.eks. ved at man har tatt bilde av et for lite område, noe som fører til at undersøkelser iblant må gjentas i det offentlige. Gruppen stiller spørsmål ved om kvaliteten på undersøkelser innen radiologi i Helse Nord går ned pga. at man sliter med å

rekruttere radiologer. Gruppen begrunner spørsmålsstillingen med at overarbeidede ansatte får lite tid til kvalitetsarbeid og faglig oppdatering.

Analysen kan «drifte» i verdi dersom overbioingeniører ikke har tid å følge analysene opp tilstrekkelig, og ved behov f.eks. kalibrerer analysene. Dette kan f.eks. føre til at normale prøver havner utenfor referanseverdien. Høy arbeidsbelastning skyldes at man ikke har nok personell. Det er en opplevelse av at laboratorietjenestene «går rundt» mye takket være dugnadsarbeid og at de ansatte strekker seg langt. Det understreker at dagens situasjon for å sikre forsvarlige laboratorietjenester ikke er bærekraftig. På bakgrunn av dette er sannsynligheten for at bilder, laboratorieprøver og blodprodukter ikke er av god kvalitet vurdert til å være lav, men konsekvensen av det er vurdert til å være svært høy.



Figur 3. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet behandlingstilbud

Arbeidsgruppen tror ikke at verken alternativ 1 eller 2 vil kunne endre sannsynligheten og konsekvensen for kvaliteten for tjenestene innen radiologi og laboratorietjenester, og risikonivået er derfor satt likt i alle alternativene. Ettersom det er da er uakseptabel høy risiko i alternativ 1 og 2 har arbeidsgruppen foreslått 2 felles risikoreduserende tiltak for begge alternativene. Dette er:

- Forsterket oppmerksomhet på tiltak som er foreslått av arbeidsgruppen og tiltak som allerede pågår i HF-ene
- Etablere et felles avvikssystem for avviksmelding til private leverandører vi har avtale med, og til Sykehusinnkjøp ang. vikarer

På tross av risikoreduserende tiltak tror ikke arbeidsgruppen at verken sannsynlighet eller konsekvens endres i noen av alternativene, risikoen blir derfor stående uakseptabel høy i begge alternativene.

Arbeidsgruppen vurderer det som svært sannsynlig at en per i dag ikke har riktig bruk av private røntgeninstitutt. Det er per i dag bare minimal bruk av privat lab, så denne risikoen vurderes ut fra røntgenperspektivet alene. Konsekvensen av at de private aktørene ikke brukes riktig er vurdert til å moderat i nå-situasjonen. Arbeidsgruppen tror at sannsynligheten for å ikke bruke de private aktørene riktig reduseres i alternativ 1, og også i alternativ 2. Arbeidsgruppen tror også at konsekvensen reduseres til lav. I alternativ 1 vil en ved standardiserte arbeidslister og felles tolkefunksjoner muliggjøre å ta pasienter tilbake fra private aktører. Arbeidsgruppen tror også at alternativene vil kunne gi en jevnere tilgang på spesialkompetanse for innbyggerne i regionen. Bedre samhandling og mindre oppgavespenn kan øke regionens samlede kapasitet. I alternativ 1 vil samhandlingsorganet kunne gi en sterkere og samlet stemme overfor de private som gir et fortrinn i forhandlinger. Noen av arbeidsgruppens representanter tror at eierfølelsen over diagnostiske funksjoner uteblir i sykehusene med foretaksmodellen, og tror muligens at alternativ 1 er enklere å gjennomføres sammenlignet med alternativ 2. På en annen side mener noen av representantene i arbeidsgruppen at en med foretaksmodellen vil ha større kontroll i egne rekker med et eget helseforetak, samtidig som det vil være en risiko for at det kan bli dårligere samhandling ved at sentral organisering gjør at en kan oppleve at en blir litt langt unna eller fjern fra klinikken. Noen i arbeidsgruppen tror derfor at alternativ 2 kan medføre en risiko for overbehandling.

Arbeidsgruppen var ikke enige i fastsettelsen av sannsynligheten for risikoen for at en ikke har riktig bruk av de private røntgeninstituttene i alternativ 2, og det ble stemt. 6 representanter ønsket at sannsynligheten skulle settes til 3, samtidig som det var seks stykker som ønsket å sette sannsynligheten til 4. Dette gir et gjennomsnitt på 3,5. Men rammeverket for ROS-analysen tillater ikke desimaler. Sannsynlighet 4 er satt inn. Det betyr at risikonivået er moderat. Hadde man satt sannsynligheten til 3 hadde risikonivået vært lavt for denne risikoen i alternativ 2.

De to alternativene har nøyaktig lik risikoprofil under risikoområdet behandlingstilbud. Det er noe lavere risikoprofil forbundet med alternativene sammenlignet med nå situasjonen, da begge alternativene bare har en risiko som er betraktet som høy, mens o-alternativet har to. Alternativene har to risikoer med lavt nivå, mens o-alternativet bare har en. Alternativene reduseres altså risikonivået for området behandlingstilbud. Men en finner ikke svar under behandlingstilbud om det er riktig å velge alternativ 1 eller 2, om en utelukkende skal basere valget på risikonivå.

### 3 Bemanning

Under risikoområdet bemanning er 6 ulike risikoer vurdert. I o-alternativet er kun risiko for at en ikke har gode praksisplasser som er vurdert til å ha en lav risiko. De øvrige risikoene er alle vurdert til å ha høy risiko i o-alternativet. I de to foreslåtte alternativene er det områdene rekruttering (1) og område tilstrekkelig antall

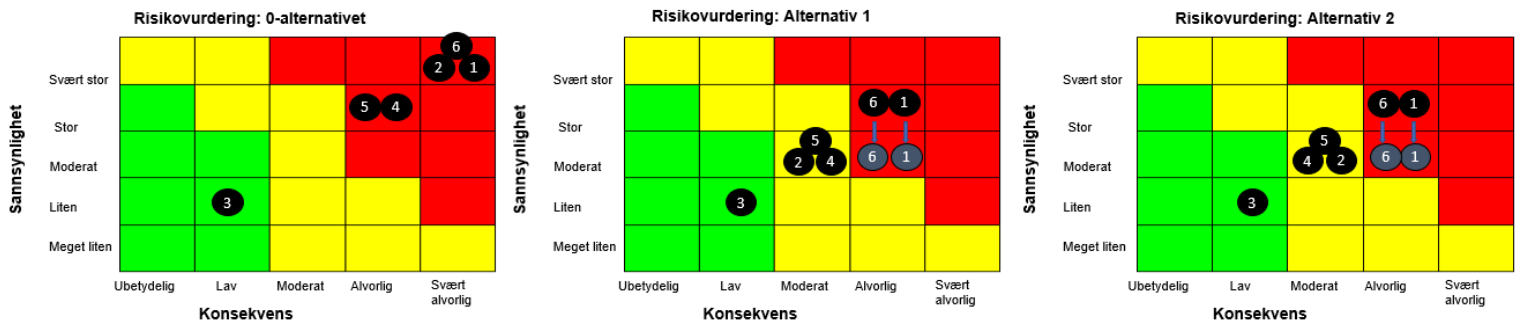
#### Risikoregister – Bemanning

- 1) Risiko for at en ikke har god rekrutteringsevne og ikke klarer å rekruttere tilbake fra private virksomhet og andre regioner
- 2) Risiko for at en ikke klarer å beholde medarbeidere, og ikke klarer å forhindre lekkasje av fagpersonell til andre regioner og private virksomheter
- 3) Risiko for at en ikke har gode praksisplasser i regionen
- 4) Risiko for at det ikke legges til rette for fagutvikling som kurs og konferanser, forskning og mulighet til å ta overlege permisjon
- 5) Risiko for at en ikke klarer å bygge opp spesialkompetanse i regionen og sikretilgang til denne ved alle enheter
- 6) Risiko for at en ikke har tilstrekkelig antall faste tilsatte radiologer, radiografer, bioingeniører og spesialister innen medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, og immunologi og transfusjonsmedisin

faste ansatte (6), som vurderes til å ha høy risiko. Nåsituasjonen innebærer at en ikke rekrutterer tilstrekkelig og har mange utlyste stillinger som ikke er besatt. Situasjonen beskrives imidlertid til å kunne variere noe. Det kan blant annet nevnes at UNN nylig har ansatt 8 nye bioingeniører. Antall søkere til de ulike stillingene varierer, og for tiden er det for Nordlandssykehuset vedkommende svært kritisk når det gjelder bioingeniører og radiologer. Alle stillinger i Finnmark er p.t. besatt.

Under vurderingen av god rekrutteringsevne legger både alternativ 1 og 2 vekt på at et fremtidig tettere faglig samarbeid og mer robuste fagmiljø lettere vi kunne tiltrekke seg fagfolk. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at samarbeids- og organisasjonsmodellen vil bidra

til å bedre renommeet i radiologi og laboratoriefagene. Det planlegges blant annet opprettelse av faggrupper som gjør at en ikke vil føle seg alene med faglige vurderinger innen radiologi og andre yrkesgrupper der man lykkes i å gjennomføre denne type tiltak.



Figur 4. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet bemanning

Under punktet rekruttering er det vanskelig å skille de to alternativene, og begge alternativene fremstår relativt sammenfallende. Det kan være enklere å få til en felles lønnspolitikk i alternativ 2 enn i alternativ 1. I begge alternativene legges det til grunn en forutsetning om utarbeidelse av en rekrutteringsstrategi.

Det er også en grunnleggende forutsetning av man har konkurransedyktig lønn.

Før gjennomføring av ytterligere tiltak fremstår de to alternativene fremdeles til å ha en høy risiko.

Følgende risikoreducerende tiltak er skissert:

- Konkurransedyktig lønn, og andre tiltak som bolig og barnehage, arbeid til ektefelle/samboer/partner
- Redusere arbeidsbelastning

Etter at disse tiltakene er gjennomført antas risikoen til å reduseres til sannsynlighet til 3 og konsekvens til 4 i begge alternativene, noe som innebærer at risikoen fortsatt er å betrakte som høy.

Også risikoen for at en ikke klarer å beholde medarbeidere, og ikke klarer å forhindre lekkasje av fagpersonell til andre regioner og private virksomheter er vurdert til å være svært alvorlig i 0-alternativet. I de to foreslåtte alternativene legges det opp til mer robuste alternativer som er bedre rustet for å beholde medarbeiderne. Gitt at modellene gjennomføres i tråd med de skisserte forutsetningene er risikoen redusert til moderat for begge alternativene på dette punktet. Tiltak for å sikre rekruttering og fremtidig tilfredsstillende bemanning er blant annet nærmere beskrevet under samarbeidsmodellen i arbeidsgruppens rapport i kapittel 6.1.5.

Risiko for at det ikke legges til rette for fagutvikling som kurs, konferanser, forskning og mulighet til å ta overlegepermisjon er også vurdert til å være høy i 0-alternativet. På tross av en krevende økonomisk situasjon, har dette tilstrebet prioritert, men det fremheves også at fysiske kurs ofte begrenses av betydelige reisekostnader. Uttak av overlegepermisjoner er imidlertid ett område man har utfordringer. Det fremstår i mange tilfeller som krevende å få tak i personell til å ivareta arbeidsoppgavene til de som skal ha permisjon.

Viktigheten av å kunne reise på kurs, få inspirasjon, samt å bygge nettverk er viktig for alle fagfelt. Dette bidrar til å skape engasjement, holde seg faglig oppdatert og utvikle seg. I de to alternativene er mulighet for faglig utvikling og forskning vurdert til å kunne bedre seg. Igjen er det økt grad av samordning, samarbeid på tvers av foretakene og utvikling av fagområder som fremstår med større grad av robusthet, som gjør at denne risikoen nå vurderes til moderat.

Risikoen for at en ikke klarer å bygge opp spesialkompetanse i regionen og sikre tilgang til denne ved alle enheter er i dagens situasjon vurdert til å ha høy risiko. Dagens situasjon innehar mangler innen spisskompetanse, noe som også i mange tilfeller viser seg vanskelig å rekruttere. På flere områder har en ikke tilstrekkelig kompetanse og innen enkelte områder er det en utfordring å strukturere nåværende kompetanse på en fullgod måte. Her handler det også om å sikre nødvendig subspecialisering og å ha tilgang på spesialkompetansen alle steder hvor det er behov for dette. Også innen dette området er arbeidsgruppens vurdering at de to alternativene vil bidra til å bygge opp, og ikke minst samordne spisskompetanse på tvers av regionen, noe som innebærer at risikoen på dette punktet nå er vurdert til moderat.

Risiko for at en ikke har tilstrekkelig antall faste tilsatte radiologer, radiografer, bioingeniører og spesialister innen medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, og immunologi og transfusjonsmedisin er på samme måte som mange av de andre risikoene under bemanning vurdert til å være svært høy i 0-alternativet. Under dette punktet vurderes evnen til å drifte virksomhetene med egen kapasitet og kompetanse. Per i dag driftes en for stor andel av virksomheten med innleide vikarer fremfor faste ansatte. Dette gjelder i hovedsak radiologer, men også ingeniører. P.t. er ikke situasjonen like prekær i bioingeniør-faget.

I de to skisserte alternativene antas evnen til å tilsette fast personale til å bedre seg noe. I begge alternativer er imidlertid risikonivået vurdert til å være høyt. Særlig ansees vikarbruken til å være med på å bidra til at bemanningssituasjonen anses som prekær. Arbeidsgruppen var ikke enig i fastsettelsen av sannsynlighet i alternativ 1, og det ble derfor stemt om dette. 5 representanter mente sannsynlighet skulle settes til 3, mens 7 representanter mente den skulle settes til 4. Både sannsynlighet og konsekvens er da satt til 4 både i alternativ 1 og alternativ 2.

Det er derfor behov for ytterligere risikoreducerende tiltak:

- Stabiliseringspakke - over flere år, med variert innhold: god lønn, ulike tillegg basert på tid, god grunnbemanning, utdanningspermisjon/fagutvikling, ekstra ferie/fritid.
- Ledelse som skaper forutsigbarhet (relasjonsledelse)
- Tilrettelegge for lokal tilknytning

Tiltakene er antatt å redusere sannsynligheten, men endre ikke konsekvensen. Risikoen blir dermed stående som uakseptabelt høy også i alternativene.

## 4 Kapasitet

Under punktet kapasitet er fem risikofaktorer vurdert. I 0-alternativet er tre av områdene vurdert til å være alvorlige. Dette gjelder risikonummer 1, 3 og 5. Risikonummer 2 og 4 er i nåsituasjonen vurdert til å akseptabel risiko.

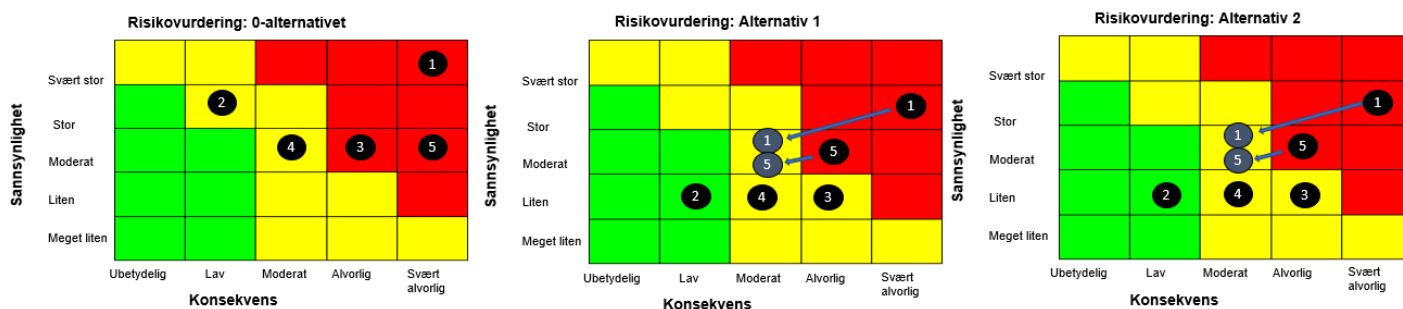
### Risikoregister – Kapasitet

- 1) Risiko for at en ikke klarer å unngå avdelinger med urimelig stort arbeidspress
- 2) Risiko for at en ikke utnytter ledig analyse kapasitet på laboratoriene
- 3) Risiko for at en ikke har en harmonisert maskinpark med tilstrekkelig kapasitet
- 4) Risiko for at en ikke klarer å kjøpe inn samme type radiologisk utstyr innenfor hele regionen, som letter samarbeid og faglig utvikling
- 5) Risiko for at en ikke har forsvarlig 24/7 drift på sykehus med akuttfunksjoner

I de to foreslåtte alternativene er både område 1), risiko for at en ikke klarer å unngå avdelinger med urimelig stort arbeidspress og risiko 5), risiko for at en ikke har forsvarlig 24/7 drift på sykehus med akuttfunksjoner vurdert til å ha et høyt risikonivå.

Arbeidsgruppen har slått fast at dagens situasjon er preget av et urimelig stort arbeidspress ved mange

avdelinger. De to foreslåtte alternativene antas begge å ha en utforming som gjør at mulighetene for å unngå at enkeltavdelinger vil ha for stort arbeidspress avdempes noe. Begge alternativene er likevel vurdert til at arbeidspresset fremdeles kan fremstå for stort ved enkelte avdelinger. Men arbeidsgruppen var uenig i fastsettelse av sannsynlighet for at en ikke klarer å unngå avdelinger med urimelig stort arbeidspress i alternativ 2, og det ble derfor avgjort ved stemming. 4 representanter ønsket å sette sannsynligheten til 3, mens 8 ønsket å sette sannsynligheten til 4. 4 ble derfor stående.



Figur 5. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet kapasitet

Begge alternativene har et uakseptabelt høyt risikonivå, og det er foreslått risikoreducerende tiltak. Forslag til tiltak er lik for begge alternativene:

- Arbeidsmiljømessige tiltak – fokus på å redusere sykefravær og styrke rekruttering
- Flere teknologiske løsninger – som f.eks. digital timebestilling i prøvetakingsenhet (lab)
- Vakt radiologi – øke antall og andel radiologer og LIS i vaktordning (deltakelse fra flere enheter, fysisk og virtuelt)
- Robotisering av henvisninger til radiologisk avdeling
- Gitt noen sykehus uten akuttdrift – opprette avdelinger med elektiv virksomhet for et geografisk område innen radiologi
- Øke antall stillinger for radiologer og LIS
- Flytte stillinger eller oppgaver innad i hvert helseforetak til der det er størst behov
- Tilstrebe at det flyttes flere oppgaver til kommunene. (Her forutsettes det finansiering og at det er i tråd med kommunenes tjenestenivå)
- Vurdere styrking av stipendordninger for LIS
- Felles henvisningsmottak for elektive henvisninger

Gitt at man lykkes i å gjennomføre disse tiltakene antas risikoen på dette punktet til å kunne reduseres til moderat i begge de to foreslåtte alternativene.

Under risikopunkt 3 omtales maskinparken både hva gjelder harmonisering og kapasitet. I 0-alternativet er dette risikoområdet vurdert til å inneha en alvorlig risiko. Det fremheves at det er behov for likt laboratoriestyr for å kunne avlaste med analysebistand på tvers av sykehus. Høyere analysevolum gjør at utstyret ved større sykehus slites ut tidligere enn ved mindre sykehus. Dette medfører at mindre enheter må skifte utstyr prematurt for å kunne ha enhetlig maskinpark i regionen. Gruppen fremhever videre at mindre enheter ofte ender opp med unødvendig avansert utstyr for å ha kompatibilitet med større sykehus. Gruppen belyser at det er en ulik bemanningssituasjon mellom helseforetakene og at det derfor er ulikt i hvilken grad enhetene kan bistå med å avlaste innenfor regionen. Det påpekes videre at maskinparken kunne analysert større volum hvis man hadde bedre bemanning. Endelig påpekes det at arbeidsgruppen ikke er kjent med at



det finnes noen helhetlig plan for hvordan sykehusene kan bistå hverandre med analysekapasitet på tvers av helseforetakene.

Arbeidsgruppen forutsetter at man har tilstrekkelig med investeringsmidler samt en felles anskaffelsesstrategi i de to foreslåtte alternativene. Forutsatt at man lykkes i å gjennomføre dette er sannsynligheten innen dette området redusert til liten, men konsekvensen er satt lik som i o-alternativet.

Den femte risikofaktoren som er vurdert er muligheten til å drifte forsvarlig 24/7 på sykehus med akutfunksjoner. Driften varierer mellom ulike sykehus og helseforetak. Gruppen påpeker at det er høy risiko ved enkelte enheter, noe som skyldes utilstrekkelig bemanning. Det nevnes en rekke eksempler hvor ansatte har fått trukket tilbake godkjent ferie ved f.eks. sykdom. Eksempelene trekkes frem for å illustrere den «tynne» bemanningssituasjonen. Det vises f.eks. til situasjonen høsten 2022 ved Nordlandssykehuset Vesterålen der situasjonen var kritisk pga. mangel på bioingeniører. Den omtalte situasjonen gjør at en samlet vurdering av konsekvensen i o-alternativet er beskrevet som svært alvorlig.

Begge de to alternativene er vurdert til å bedre forsvarlig 24/7-drift. Blant annet antas begge alternativene å gi en bedre oppgavedeling, noe som frigir kapasitet hos kritisk personell.

Ingen av de to alternativene alene er imidlertid vurdert til å gi en driftssituasjon som ikke vurderes til å inneha en alvorlig risiko. Arbeidsgruppen har derfor vurdert risikoavbøtende tiltak for å bedre denne situasjonen. Primært vises det her til de risikoavbøtende tiltakene som er skissert ovenfor. I tillegg vil en endre vaktordningene innen radiologi ved blant annet å øke antall radiologer og LIS-stillinger i vaktordninger. Her bør deltagelse fra flere enheter, samt både fysisk og virtuell deltagelse i vaktordningene vurderes.

Etter at denne tiltaksporteføljen er gjennomført på en tilfredsstillende måte vurderes risikoen på dette området til å kunne reduseres til moderat for begge de to alternativenes vedkommende.

## 5 Organisatoriske forhold

Under risikoområdet er det identifisert 6 ulike risikoer, hvor to av dem er vurdert til å ha et høyt risikonivå, to av dem til å ha et moderat risikonivå, og to av dem til å ha et lavt risikonivå i o-alternativet. I alternativ 1 og 2 er det ingen av risikoene som er vurdert til å ha et høyt nivå. Alternativ 2 er å foretrekke om en utelukkende ser til risikonivå og organisatoriske forhold. I dette alternativet er 4 av risikoene kategorisert

som lav, mens to er kategorisert som moderat. I alternativ 1 er den ene halvparten av risikoene betraktet som lav, og den andre halvparten betraktet som moderat.

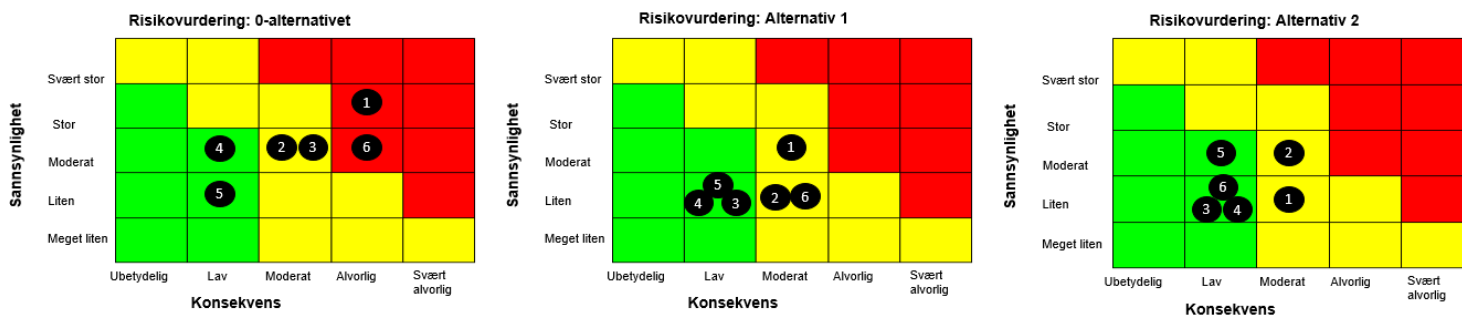
I o-alternativet er risikoen for at en ikke klarer å bygge en kultur for å se hele regionen, og ikke bare sitt foretak vurdert til å være høy. Arbeidsgruppen mener at det å bygge kultur er basert på frivillighet, og at dette er noe som må forankres i alle foretak om en skal få det til. Risikoen reduseres med alternativ 1 og 2 til et moderat nivå, men sannsynligheten vurderes å være lavere i alternativ 2 enn i alternativ 1. I samarbeidsmodellen mener arbeidsgruppen at det kan bygges en kultur for å se

hele regionen om en samarbeider tettere. Likevel var arbeidsgruppen uenig i fastsettelsen av sannsynlighet,

### Risikoregister – Organisatoriske forhold

- 1) Risiko for at en ikke klarer å bygge en kultur for å se hele regionen, og ikke bare «sitt» foretak
- 2) Risiko for at radiologi og laboratoriefag ikke klarer å samhandle tett med de kliniske fagmiljøene.
- 3) Risiko for at en ikke klarer å øke samarbeidet på tvers av regionen ved hjelp av teknologi
- 4) Risiko for at en ikke har felles velfungerende kliniske IKT-system som ikke innføres raskt.
- 5) Risiko for at en ikke har gode rutiner for samhandling mellom 1. og 2. linje
- 6) Risiko for at en ikke har tydelige styrings- og beslutningslinjer for å iverksette eksisterende og nye regionale tiltak

og det ble dermed stemt om dette. 11 representanter mente at sannsynligheten skulle settes til tre, mens en representant mente at den skulle settes til 4. I alternativ 2 er det antatt at foretaksmodellen vil gjøre det enklere fra et diagnostisk synspunkt å bygge en kultur for å se hele regionen under ett. Likevel var arbeidsgruppen også her uenig i fastsettelse av både sannsynlighet og konsekvens. 7 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 2 og 6 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 3. 6 representanter mente konsekvensen skulle settes til 2 og 7 representanter mente konsekvensen skulle settes til 3. Sannsynligheten ble stående på 2, og konsekvensen ble stående på 3.



Figur 6. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet organisatoriske forhold

Risiko for at en ikke har tydelige styrings- og beslutningslinjer for å iverksette eksisterende og nye regionale tiltak er den andre risikoen som er vurdert til å ha et høyt risikonivå 0-alternativet. Arbeidsgruppen mener at det kan være vanskelig i dagens organisering med tydelige styrings- og beslutningslinjer. Det er en opplevelse av at hvis ikke alle vil være med så har en ingen «instans» å legge slike avgjørelser til. Arbeidsgruppen mener videre at det også er manglende linjer for å løse regionale oppgaver. Samordning via Regional forvaltningssenter for radiologi (FSR) fungerer i varierende grad, mens Regional forvaltningssenter for laboriemedisin (FSL) fungerer. Arbeidsgruppen var ikke enig i fastsettelsen av sannsynlighet og det ble derfor stemt, der 7 mente at sannsynligheten burde settes til 3, og fem stykker mente at sannsynligheten skulle settes til 4. Arbeidsgruppen antar de foreslåtte alternativene vil ha effekt på denne risikoen, men var heller ikke enig i fastsettelsen av denne.

For alternativ 1 var det 8 som stemte for at sannsynligheten skulle settes til 2, og 4 som stemte for at sannsynligheten skulle settes til 3. I forhold til konsekvensnivå var det det 3 som stemte for en konsekvens på 2, og 9 som stemte for en konsekvens på 3. I alternativ 1 ble sannsynlighet derfor satt til 2, og konsekvens satt til 3. Dette innebærer et moderat risikonivå. For alternativ 2 var arbeidsgruppen enig om sannsynlighet, mens det ble gjennomført avstemning for konsekvensnivået. 7 representanter stemte for en konsekvens på 2, mens 5 representanter stemte for en konsekvens på 3. Sannsynlighet ble satt til 2, og det gjorde også konsekvensen. Noe som innebærer et lavt risikonivå.

## 6 Økonomi

Under risikoområdet økonomi er det identifisert 4 ulike risikoer, hvorav 3 av risikoene er vurdert til å ha et svært høyt nivå, og 1 til å ha et høyt nivå i 0-alternativet. Risiko 1 og 2 er vurdert til å ha et høyt risikonivå i alternativ 1 og 2. I alternativ 2 er risikonommer 4 vurdert til å ha et svært høyt nivå, mens denne risikoen har et moderat nivå i alternativ 1. Alternativ 1 er å foretrekke om en utelukkende ser til risikonivå økonomi

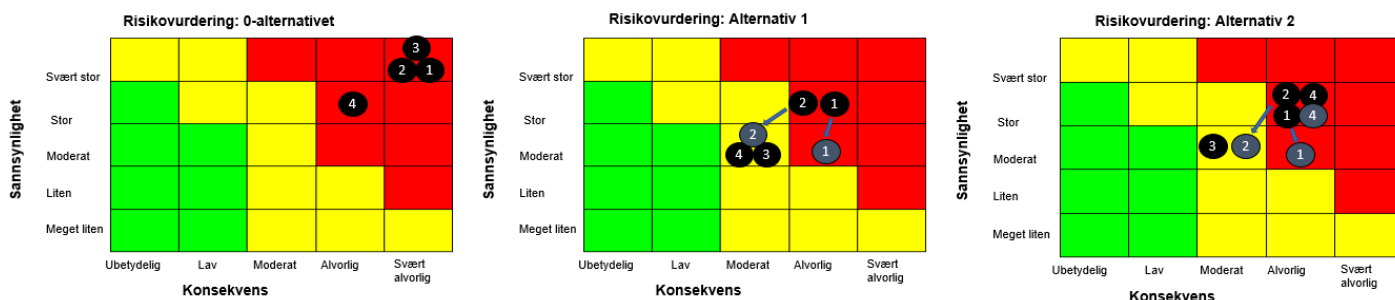
### Risikoregister – Økonomi

- 1) Risiko for at en bruker vikarer fremfor faste ansatte
- 2) Risiko for at en ikke har en bærekraftig anskaffelsesstrategi, og en strategisk investeringsplan
- 3) Risiko for at en ikke har en bærekraftig økonomi med henhold til tjenester som for eksempel analyserepertoar lab, og mindre dublering av billedtaking
- 4) Risiko for at en ikke har en modell for styrings av diagnostiske tjenester som ikke er økonomisk bærekraftig på sikt

I dagens situasjon er det samlet sett et høyt forbruk av vikarer. Situasjonen varierer imidlertid en del mellom foretakene. Radiologi og laboratoriefagene er små og sårbare fagmiljø, hvor rekruttering-situasjonen kan endre seg raskt ved at enkeltmedarbeidere slutter eller går ut i permisjoner.

Flere av tiltakene som skisseres i de to organisatoriske alternativene vil ha effekt på fremtidig vikarbruk. Blant annet trekkes det frem at et økt samarbeid på rekrutteringsområde vil ha positiv effekt på rekrutteringen og redusere vikarbruken. Mulighetene for å rekruttere fast ansatte påvirkes midlertid av flere

faktorer som ligger utenfor modellalternativene. Risikovurderingen for vikarbruk fremfor bruk av faste ansatte vurderes derfor til å være høy også i de to foreslåtte modellene. Men arbeidsgruppen har vært uenig i fastsettelsen av sannsynlighet og konsekvens, og dette ble det stemt om. I alternativ 1, risiko 1 stemte 8 for en sannsynlighet på 4, og 5 stemte for en sannsynlighet på 3. I alternativ 2 stemte 7 for en sannsynlighet på 4, og 6 stemte for en sannsynlighet på 3. For alternativ 2 ble det også stemt på fastsettelsen av konsekvens, hvor 10 stemte for en konsekvens på 4, og 3 stemte for en konsekvens på 3.



Figur 7. Heatmap knyttet til risikoer under risikoområdet organisatoriske forhold

Som forslag til å redusere den uakseptable høye risikoen for at en bruker vikarer fremfor faste ansatte foreslår arbeidsgruppen disse tiltakene:

- Stabiliseringspakke - over flere år, med variert innhold: god lønn, ulike tillegg basert på tid, god grunnbemanning, utdanningspermisjon/fagutvikling, ekstra ferie/fritid.
- Ledelse som skaper forutsigbarhet (relasjonsledelse)
- Tilrettelegge for lokal tilknytning

Med disse forslagene mener arbeidsgruppen at sannsynligheten reduseres ned til et moderat nivå, mens konsekvensen av risikoen ansees å være uavhengig av de risikoreduserende tiltakene og er fortsatt på et alvorlig nivå. Dette innebærer at risikoen for at en bruker vikarer fremfor faste ansatte er ansett som uakseptabel høy, også etter risikoreduserende tiltak.

Under punkt 2 vurderes forholdene relatert til bærekraftig anskaffelsesstrategi og strategisk investeringsplan for medisinsk teknisk utstyr. Dette området er for øvrig også omtalt under risikoområdet "kapasitet" ovenfor. I dagens situasjon er det ikke utformet en felles anskaffelsesstrategi eller investeringsplan. Følgene av dette vurderes i 0-alternativet til å være svært alvorlige.

I både alternativ 1 og 2 ligger forholdene bedre til rette for å utforme en felles investeringsplan og anskaffelsesstrategi. Arbeidsgruppen vurderer likevel at slik de to alternativene er utformet er det fremdeles en alvorlig risiko for at alternativ organisering i seg selv ikke er nok til at risikoen reduseres vesentlig. Risikoen på dette punktet vurderes fremdeles til å være høy, og er på et uakseptabelt nivå. For risikoreducerende tiltak viser arbeidsgruppen til tiltak som er beskrevet i arbeidsgruppens hovedrapport, kapittel 5. I tillegg foreslår gruppen at det bevilges mer penger til området, og referer til Riksrevisjonen. Arbeidsgruppen mener at disse tiltakene vil redusere sannsynlighet og konsekvens til 3-3 i begge alternativene. Risikoen reduseres da til et moderat nivå. Det er verdt å merke seg at arbeidsgruppen ikke var enig i fastsettelsen av sannsynlighet for alternativ 2, risiko nummer 2 (før tiltak), og det ble her stemt. 8 stemte for en sannsynlighet på 4, og 5 stemte på en sannsynlighet på 3. Også her var det uenighet i hvilken effekt alternativ 2 har på risikoen.

Arbeidsgruppen har under punkt 3 vurdert "risiko for at en ikke har en bærekraftig økonomi med henhold til for eksempel analyserepertoar lab, og mindre dublering av billedtaking". I 0-alternativet vurderes denne risikosituasjonen til å være svært alvorlig. Dagens situasjon innen radiologi og laboratoriemedisin er med på å forårsake store økonomiske underskudd. Arbeidsgruppen diskuterte om dette primært skyldes for høye kostnader eller et budsjett som ikke er tilpasset aktivitetsnivået. I dag oppleves det at etterspørsel og bruk av diagnostiske tjenester er stor, samtidig som det sannsynligvis gjøres unødvendige/ikke anbefalte undersøkelser. Behovet for større grad av samordning innen dette området er stort. Det ble blant annet påpekt at det er behov for en felles metodikk når man bestemmer seg for å etablere en analyse.

Arbeidsgruppen har vurdert hvordan de to alternative organisatoriske løsningene vil innvirke på fremtidig analyserepertoar innen laboratoriefagene og mindre dublering av billedtaking. Arbeidsgruppen har størst tro på en fremtidig harmonisering innen laboratoriefagene, og mindre tro på harmonisering av felles protokoller og andre harmoniserende tiltak innen radiologi. Fra UNNs side påpekes at det også vil komme økt grad av harmonisering innenfor radiologifaget, selv om det her antas å ta noe tid å endre dagens praksis.

Under forutsetning om at de to modellen fungerer i tråd med intensjonen, antas risikoen under punkt 3 å kunne vurderes til moderat.

Det siste punktet som er vurdert under økonomi er "risiko for at en ikke har en modell for styring av diagnostiske tjenester som ikke er økonomisk bærekraftig på sikt". Også under dette punktet er dagens situasjon risikovurdert til å være alvorlig.

Gjennomføring av de to foreslåtte alternativene innebærer noe tid på å la seg realisere samtidig med at de vil inneha noen etableringskostnader.

Arbeidsgruppen poengterer at det i alternativ 1 tilføres en møteplass for samarbeid og et avtaleverk. Endelig beslutningsmyndighet vil fortsatt ligge i de fire helseforetakene, men samarbeidsorganet og fremtidige avtaler samordner grunnlaget for disse beslutningene. Et flertall i arbeidsgruppen vurderer dette alternativet til å ha en moderat risiko for at en ikke har en modell for styring av diagnostiske tjenester som ikke er økonomisk bærekraftig på sikt.

I vurderingen av alternativ 2 fremkom det betydelig uenighet i arbeidsgruppen om hvilke risikoer som ligger i denne modellen. Det ble derfor foretatt en avstemning i arbeidsgruppen. I denne avstemningen fremkom følgende stemmegivning; I vurderingen av sannsynlighet stemte 7 som stemte 5, (svært stor sannsynlighet) mens 3 stemte for 3. 3 av gruppens medlemmer stemte også for 2. I avstemning relatert til konsekvens var det 7 som stemte for 5, mens 6 som stemte 3. På grunn av stort sprik i vurderingen av risikonivået har en latt gjennomsnittet bli stående (avrundet til hele nærmeste tall). De som stemte for høy risiko vektla at etableringskostnadene i foretaksmodellen vil vedvare som høye driftskostnader. De som stemte for lavere

risiko vektla at en samlet organisasjon kan ha større oppmerksomhet og gjennomføringskraft og dermed bedre økonomiske resultater.

Som risikoreduserende tiltak i alternativ 2, for å redusere risikoen for at en ikke har en modell for styring av diagnostiske tjenester som ikke er økonomisk bærekraftig på sikt har arbeidsgruppen foreslått disse tiltakene:

- Tilstrebe å ha så få nye lederstillinger som mulig
- Sikre høyt fokus på implementering av alle tiltak slik at de også får økonomisk effekt (for eksempel vaksamarbeid og å få ned kostbar innleie av personell)

Til tross for disse forslagene tror ikke arbeidsgruppen at risikoen i alternativ 2 reduseres, og risikoen blir dermed stående på et uakseptabelt høyt nivå.

Det bør nevnes at under området økonomi fremkom det noe ulike vurderinger av risiko blant arbeidsgruppens medlemmer. Dette er i sin helhet dokumentert i vedlegg 3, dokumentasjon fra ROS-analyse workshop. Det framkom ulike vurderinger av risiko under de øvrige risikoområdene, og disse er beskrevet i rapporten. Det vises også her til fullstendig beskrivelse av votering og uenighet i vedlegg 3.