










Vedlegg 3


DOKUMENTASJON FRA ROS-ANALYSE WORKSHOP
ARBEIDSGRUPPE 4




Dokumentasjon fra ROS-analyseworkshop






Det gjøres oppmerksom på at dette vedlegget inneholder notatene som ble skrevet under ROS-workshop i arbeidsgruppe 1. I dette dokumentet kan det fremkomme meninger og ytringer om momenter som nødvendigvis ikke er basert på fakta eller faktisk dokumentasjon. Meningene som kommer frem er arbeidsgruppens egne, eller deltakernes egne meninger, og representerer nødvendigvis ikke Helse Nord, eller hele arbeidsgruppen sine standpunkt.




	Risikoområde brukeren av tjenestene	S	K
RB1	Ikke øke reisebelastning for pasienter i forbindelse med laboratorieprøver		
RB1-0 	<p>- Risiko for å øke reisebelastning for pasienter i forbindelse med laboratorieprøver</p> <p>I dagens situasjon kan flere oppleve å måtte reise for laboratorieundersøkelser som må foregå på sykehus. En del blodprøver tas lokalt på fastlegekontor, avanserte prøver krever likevel oppmøte på sykehus. Blodprøver som må sendes fra fastlegekontorer må ofte tas før kl. 12 for å rekke postgang. Pasienter opplever også "feil" under reise. Det kan for eksempel være at man mangler drosje for å komme seg mellom flyplass og sykehus.</p>	2	3
RB1-1 	Fastsettelse av risikonivå avhenger mye av hvilke alternativer og forslag de andre arbeidsgruppene anbefaler. For eksempel hvis man tar ned akuttfunksjoner ved Kirkenes Sykehus vil dette ha enorme konsekvenser for pasientpopulasjonen i Øst-Finnmark. Med denne usikkerheten settes sannsynlighet og konsekvens lik alternativ 0 i dette alternativet.	2	3
RB1-2 	Kommentar over gjeldende også her	2	3
RB2	Ikke øke reisebelastning for pasienter i forbindelse med røntgen		
RB2-0 	<p>- Risiko for å øke reisebelastningen i pasienter i forbindelse med røntgen</p> <p>Helse Nord har en relativt desentral radiologistruktur som gjør at en del bildeundersøkelser kan tas relativt nærme der pasienten bor. Likevel er pasientene i Helse Nord de som reiser mest, særlig de som bor desentralt i regionen. Det meldes gjennomgående om lange reiser og mye reisetid knyttet undersøkelser innenfor radiologi. Helse Nord har, i likhet med resten av landet, økende andel eldre og komorbide. Disse pasientene takker muligens nei til utredning grunnet reisevei</p>	3	3
RB2-1 	Alternativ 1 og 2 slik de er foreslått i arbeidsgruppe 3 vil ikke øke reisebelastningen for pasientene. For pasienter med akutte sykdomstilfeller med behov for radiologi, vil risikonivå avhenge av hva man kommer frem til i arbeidsgruppe 1. Gruppe 4 konsentrerer seg derfor om elektive undersøkelser.	3	3




<p>RB4</p> <p>RB4-0</p> 	<p>Kort ventetid for og svartid for pasienter på analyse av bilder</p> <p>- <i>Risiko for at ventetiden, og svartiden på analyser av bilder er lang for pasienten</i></p> <p>Det er spesielt stor risiko for at ventetiden og svartiden på analyser av bilder kan være lang for pasientene. For å opprettholde korte svartider sendes mye av bildematerialet ut av foretakene.</p> <p>Innen radiologi har lang svartid spesielt alvorlige konsekvenser innenfor pakkeforløp. Pasienter som ikke henvises innenfor pakkeforløp kan 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.</p> <p>Tolkningstiden er en viktig faktor og en viktig driver for den totale svartiden for pasientene. Optimalisering av tolkningsprosessen vil derfor være avgjørende for å redusere den samlede svartiden og forbedre pasientopplevelsen.</p>	5	5
<p>RB4-1</p>  <p>NY</p> <p>RB4-1</p> 	<p>Å dele arbeidslister innen radiologi kan være effektivt for å redusere svartiden på bildediagnostiske analyser. Men selv om man skulle få dette til vil man i alternativ 1 fremdeles ha utfordringer med å ha tilstrekkelig kapasitet til å få svartidene ned til akseptable nivåer.</p> <p>Et felles samarbeid og samlede fagmiljøer vil kunne gi 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.</p> <p>Gruppen ble ikke enige om sannsynlighet innen radiologi på dette punktet og det ble derfor en avstemning: 5 stemte for sannsynlighet 3 8 stemte for sannsynlighet 4</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gitt noen sykehus uten akutt drift – opprette avdelinger med elektiv virksomhet for et geografisk område innen radiologi • Styrke bemanning 	4	5
<p>RB4-2</p> 	<p>Ved å samle fagmiljø vil man kanskje rekruttere bedre og dermed få bedre samlet kapasitet til tolkning. Ved å samle fagmiljø er det lettere å overholde "kloke valg" og dermed lettere å redusere antall unødvendige undersøkelser.</p> <p>Gruppen ble ikke enige om sannsynlighet innen radiologi på dette punktet og det ble derfor en avstemning: 6 stemte for sannsynlighet 3 7 stemte for sannsynlighet 4</p>	4	5


NY RB4-2 	Risikoreduserende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Gitt noen sykehus uten akutt drift – opprette avdelinger med elektiv virksomhet for et geografisk område innen radiologi • Styrke bemanning • Felles henvisningsmottak for elektive henvisninger 	3	4
--	---	---	---




	Risikoområde behandlingstilbud		
RT1 RT1-0 	God kvalitet på billedtakning og analyse av laboratorieprøver og produksjon av blodprodukter <p>- <i>Risiko for at ikke bilder, laboratorieprøver og blodprodukter ikke har god kvalitet</i></p> <p>Kvaliteten oppleves jevnt over god innen radiologi og laboratoriefunksjoner i regionen sett under ett. 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 spørsmålsteget til om kvaliteten på undersøkelser innen radiologi i Helse Nord går ned pga. at man sliter med å rekruttere radiologer og radiografer. Gruppen begrunner spørsmålsstillingen med at overarbeidede ansatte får lite tid til kvalitetsarbeid og faglig oppdatering.</p> <p>Laboratorieanalyser kan «drifte» i verdi dersom overingeniører ikke følger analysene opp tilstrekkelig og kalibrerer analyseinstrumentet ved behov. Lite tid til kalibrering skyldes høy arbeidsbelastning og kan føre til at normale prøver oftere havner utenfor referanseverdien. Den høye arbeidsbelastningen skyldes at man ikke har nok personell. Lab-tjenestene «går rundt» mye takket være dugnadsarbeid og at de ansatte strekker seg langt. Det understrekes at dagens situasjon med «dugnadsånd» for å sikre forsvarlige laboratorietjenester ikke er bærekraftig.</p>	2	5
RT1-1  NY RT1-1 	Alternativ 1 endrer ikke sannsynlighet og konsekvens for kvaliteten for tjenestene innen radiologi og laboratorietjenester. <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Gruppen finner at de risikoreduserende tiltakene ikke endrer sannsynlighet og konsekvens.</p>	2	5
RT1-2	Alternativ 2 endrer ikke sannsynlighet og konsekvens for kvaliteten for tjenestene innen radiologi og laboratorietjenester.	2	5





 NY RT1-2 	<p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forsterket oppmerksomhet på tiltak som allerede er foreslått av arbeidsgruppen og tiltak som allerede pågår i helseforetakene • Etablere et felles avvikssystem for avviksmelding til private leverandører vi har avtale med og til Sykehusinnkjøp ang. vikarer <p>Gruppen finner at de risikoreduserende tiltakene ikke endrer sannsynlighet og konsekvens.</p>	2	5
RT2 RT2-0 	<p>Sikre tilstrekkelig volum på tilbud regionalt for å oppnå god kvalitet i behandlingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Risiko for at en ikke klarer å sikre et tilstrekkelig godt nok volum regionalt for å sikre god kvalitet i behandlingen</i> <p>Gruppen understreker at det er snakk om en stor region med mange enheter med ulikt utfordringsbilde. Enkelte enheter "sliter" med at de får for lavt volum innen radiologi til at de ansatte føler seg trygge på enkelte av undersøkelsene som skal gjennomføres. Selv UNN og NLSH kan ha for lavt volum innen høyt spesialiserte undersøkelser. Det eksisterer i dag en funksjonsfordeling mellom regionene innen "landsfunksjoner" for sjeldne laboratorieanalyser. Disse landsfunksjonene er tillagt de fire universitetssykehusene med regionsfunksjoner. Det er derfor viktig å opprettholde et høyt faglig nivå ved UNN for å beholde disse landsfunksjonene. Gruppen diskuterer om det ville vært hensiktsmessig med en intern fordeling av ulike laboratorieprøver i regionen. Immunologi og transfusjonsmedisin har felles vakt (legespesialister) i regionen p.t.</p> <p>Radiologiske bilder er i dag tilgjengelige ved andre HF ved å benytte blålysfunksjon. Noen undersøkelser tar lang tid til beskrivelse/tolkning fordi undersøkelsen er høyt spesialisert, og kun et fåtall ansatte har nødvendig kompetanse til å kunne tolke undersøkelsen. Det meldes om at man har noe kompetanse kun i form av "Nordsjøturnus" ved de større sykehus. Dette skyldes at de ansatte ved enkelte sykehus jobber "Nordsjøturnus" - man har derfor kompetansen på sykehuset kun når vedkommende jobber. I dag brukes også de private til en viss grad til "Second opinion" innen bildetolkning.</p>	3	3
RT2-1 	<p>Spesialiserte arbeidslister gir mer mengdetrening og dermed høyere kvalitet i tolkningen. Bilder og blodprøver skal tas på samme sted som i dag i alternativ 1. Gruppen diskuterer om det er juridiske hindringer ved å dele bilder mellom alle fire HF. Gruppen diskuterer om dette er vanskeligere å gjennomføre gjennom samarbeidsorgan enn gjennom et eget diagnostisk HF.</p>	2	2
RT2-2 	<p>Gruppen diskuterer om det er enklere å lykkes med samhandling innen samme fag med nytt diagnostisk HF. Enkelte peker på at et eget HF vil ha større gjennomføringskraft, mens andre er tvilende til effekten av dette. Gruppen</p>	2	2




	<p>diskuterer om det er juridiske hindringer ved å dele bilder mellom de fire HF, og et nytt diagnostisk HF. Man antar i den videre diskusjonen at dette ikke er et hinder.</p> <p>Gruppen diskuterer om det vil forekomme mindre plunder og heft i den daglige driften ved ett felles diagnostisk HF. Enkelte medlemmer av gruppen trekker frem en risiko for mindre samhandling med primærhelsetjenesten når diagnostisk sete samles i eget HF. Man er her redd for at det skal bli "større avstand" til klinikerne/kommunene. Det påpekes avslutningsvis at de fysiske avdelingene består som i dag i alternativ 2.</p> <p>Arbeidsgruppen ble ikke enige om sannsynligheten i alternativ 2 og man stemte derfor over dette: 9 stemte for sannsynlighet 2 4 stemte for sannsynlighet 1</p>		
RT3	Standardiserte tjenester uansett hvor pasienten mottar denne		
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Risiko for at pasienten ikke mottar standardiserte tjenester uavhengig av hvor de mottas</i> 		
RT3-0 	<p>Gruppen påpeker at punktet omhandler både likeverdige tjenester og likeverdig tilbud. Det kommer frem at man mangler standardiserte protokoller internt i regionen innen diagnostiske prøver/undersøkelser. Regionens pasienter har ulik reisevei, særlig kompliserte undersøkelser krever lang reisevei for en andel pasienter. Enkelte hevder tydelig at pasientene får samme tilbud der behandling mottas uansett hvor man bor. Andre peker på at ulik boplass gir ulikt tilbud. Statistikk viser at UNN har nesten høyest MR-forbruk i landet, mens Finnmark er nesten på bunn. Antatt like pasientpopulasjoner tyder dette på lite standardisering innen hvilken bildemodalitet pasienten henvises til. Her antas reisevei til aktuell bildemodalitet å spille inn i klinikerens henvisningspraksis, ved at man henviser til undersøkelser i nærheten.</p> <p>For dette alternativet ble risikovurderingen i utgangspunktet splittet for lab. og røntgen. Men av praktiske årsaker er det gjennomsnittsscoren for de to vurderingene som ligger til grunn.</p> <p><u>Utgangspunktet for gjennomsnittsberegningen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lab: Sannsynlighet 2, konsekvens 1 - Røntgen: Sannsynlighet 3, konsekvens 2 	3	2
RT3-1 	Arbeidsgruppen er samstemt om risikonivå i alternativ 1	2	2
RT3-2 	Det påpekes igjen under alternativ 2 at forskjellen i tilgjengelighet ligger mye i avstand til aktuell undersøkelsesmodalitet. Lang reisevei fører til færre henvisninger.	2	2
RT4	Riktig bruk av de private røntgeninstituttene		
RT4-0	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Risiko for at en ikke har riktig bruk av de private røntgeninstituttene</i> 		





	<p>Det pekes innledningsvis på fire hovedområder for de private; institutt, fjerngranskning, evt. vakt (ikke enda) og vikarbruk. Det meldes om økt bruk av privat innleie. De innleide mangler ofte nødvendig opplæring for å kunne operere analyseapparatene på sykehusene i Helse Nord. I dag er det kun minimal bruk av private laboratorietjenester i regionen. Diskusjonen under dette punktet omhandler derfor primært radiologi. Økt samarbeid med primærhelsetjenesten slik at pasienter som skal innom sykehus tar sine bilder samme dag slik at man unngår private kjøp for disse pasientene.</p> <p>Det medfører plunder og heft, samt tapt arbeidstid, å hente radiologiske undersøkelser fra felles bilderegister. Enkelte undersøkelser må også gjentas i det offentlige. Det er flere grunner til dette. Gruppen diskuterer om vikarbruk hos fastleger kan gi overforbruk av radiologiske undersøkelser.</p>	5	3
RT4-1 	<p>Standardiserte arbeidslister og felles tolkefunksjoner muliggjør "å ta pasienter tilbake" fra private aktører. Alternativ 1 er tenkt å gi jevnere tilgang på spesialistkompetanse for innbyggerne i regionen. Bedre samhandling og mindre oppgavespenn kan øke regionens samlede kapasitet ved at oppgavene utføres raskere. Samhandlingsorganet, som skisseres i alternativ 1, gir en samlet stemme overfor de private som gir et fortrinn i forhandlinger.</p> <p>Avslutningsvis pekes det på at når eierfølelsen over diagnostiske funksjoner forblir ute i HF er muligens alternativ 1 enklere gjennomførbart, sammenlignet med alternativ 2.</p>	4	2
RT4-2 	<p>Det vil bli større grad av «kontroll i egne rekker» ved ett samlet diagnostisk HF. Det er samtidig en risiko for dårligere samhandling ved at sentral organisering blir/opplevs "langt unna/fjern" fra klinikken. Redusert grad av samhandling gir økt risiko for overbehandling/-diagnostisering.</p> <p>Arbeidsgruppen ble ikke enige om sannsynligheten på dette punktet og det ble derfor avstemming: 6 stemte for en sannsynlighet på 3 6 stemte for en sannsynlighet på 4</p> <p>Det var like mange som ønsket 3 som ønsket 4 som sannsynlighet. Rammeverket tillater ikke halve tall i vurderingen. 4 er da satt som sannsynlighet.</p>	4	2




	Risikoområde bemanning	S	K
RM1	God rekrutteringsevne - herunder rekruttere radiologer og bioingeniører tilbake fra privat virksomhet og andre regioner		
RM1-0 	<p><i>-Risiko for at en ikke har god rekrutteringsevne og ikke klarer å rekruttere tilbake fra privat virksomhet og andre regioner</i></p> <p>I dagens situasjon klarer en ikke å rekruttere tilstrekkelig, og det er 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 svært kritisk når det gjelder bioingeniører og radiologer.</p>	5	5





	Alle stillinger i Finnmark er p.t. besatt. Situasjonen virker ikke å være så kritisk for UNN Tromsø og Finnmark når det gjelder bioingeniører, men øyeblikksbildet kan variere og er skjørt.		
RM1-1 	<p>Tettere faglig samarbeid og mer robust fagmiljø, samt mer samarbeid på tvers, vil gjøre arbeidsmiljøene mer attraktive, og vil gjøre at en lettere kan tiltrekke seg nye medarbeidere. Arbeidsgruppen mener at samarbeidsmodellen legger til rette for å oppnå et godt renommé. Faggrupper vil gjøre at en ikke vil føle seg så alene innen radiologi. Også innen andre yrkesgrupper vil opprettelsen av denne type faggrupper bidra til mer robuste miljøer.</p> <p>Det er vanskelig å skille på alternativene, og tiltakene som er beskrevet gjelder for begge alternativene. Når det gjelder harmonisering av lønn gjennom samarbeidsorganet stilles det spørsmål til om det er mulig i en slik modell. Det er en grunnleggende forutsetning av man har konkurransedyktig lønn. Man må også forutsette at det gjennomgående er lik lønn på samme stillingskategori på tvers av helseforetakene.</p> <p>Hinderet for å få tak i helsepersonell er det samme i begge alternativer. Det ligger til grunn en forutsetning om at det utarbeides en rekrutteringsstrategi der alle yrkesgrupper inngår.</p> <p>Siden alternativet i seg selv ikke ansees til å være nok til å være tilstrekkelig til å bringe risikoen ned fra et høyt risikonivå er ytterligere tiltak vurdert. Også etter at disse tiltakene er iverksatt er fremdeles risikoen vurdert til å være høy.</p>	4	4
NY RM1-1 	<p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konkurransedyktig lønn, og andre tiltak som bolig og barnehage, arbeid til ektefelle/samboer/partner • Redusere arbeidsbelastning 	3	4
RM1-2 	<p>Det er vurdert til å kunne bli større avstand mellom klinikere og radiologene i foretaksmodellen. Kunde-leverandørforholdet kan etter noen av arbeidsgruppens medlemmer mening svekkes i dette alternativet.</p> <p>Alternativ 2 forutsetter felles og harmonisert lønns- og personalpolitikk. En tror derfor at rekrutteringsstrategien vil fungere bedre i dette alternativet enn i alternativ 1. Ressursstyring anses som en bekymring (føle seg truet av at en må flyttes uten frivillighet). Arbeidsgruppen vurderer det ikke til å bli enklere å flytte folk mellom byer uansett hvilket alternativ man velger.</p> <p>Det var uenighet i arbeidsgruppen om fastsettelse av sannsynlighet. 4 representanter mente sannsynlighet skulle være 3 9 representanter mente sannsynlighet skulle være 4</p>	4	4
NY RM1-2	Risikoreduserende tiltak:	3	4








	<ul style="list-style-type: none"> • Konkurransedyktig lønn, og andre tiltak som bolig og barnehage, arbeid til ektefelle/samboer/partner • Redusere arbeidsbelastning <p>Selv etter risikoreduserende tiltak er også denne modellen vurdert til å ha en høy risiko på dette punktet.</p>		
<p>RM2</p> <p>RM2-0</p> 	<p>Beholde medarbeidere, herunder forhindre lekkasje av fagpersonell til andre regioner og private virksomheter (særlig radiologer og bioingeniører)</p> <p><i>-Risiko for at en ikke klarer å beholde medarbeidere, og ikke klarer å forhindre lekkasje av fagpersonell til andre regioner og private virksomheter</i></p> <p>Høy vaktbelastning er en sentral faktor, og har negativ konsekvens når en er få faste ansatte og for mange innleide. Det er kritisk i dag når det gjelder å beholde medarbeidere. En grunn til at en mister bioingeniører er at det er veldig mye prøvetaking og preanalytisk arbeid. Dette er en av de største grunnene til at bioingeniører søker seg bort. På Helgeland søker de seg bort fordi en er mye alene på vakt. Det ble også kommentert at lønn ikke oppleves til å være konkurransedyktig</p>	5	5
<p>RM2-1</p> 	<p>Også her er vurderingen noe sammenfallende med risikofaktorene nevnt ovenfor. Begge modellene antas imidlertid å være bedre rustet for å beholde ansatte. Her vil man kunne få til desentralisert prøvetaking.</p> <p>Dersom vi klarer å komme i gang raskt og “skikkelig” vil det bidra positivt i implementeringen av begge alternativer</p> <p>Det var uenighet i arbeidsgruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens:</p> <p>11 representanter mente sannsynlighet skulle være 3 2 representanter mente sannsynlighet skulle være 4</p> <p>10 representanter mente at konsekvens skulle være 3 3 representanter mente at konsekvensen skulle være 4</p>	3	3
<p>RM2-2</p> 	<p>Foretaksmodellen kan gi enda bedre mulighet til å gjennomføre tiltak, og det vil være lettere å synliggjøre tiltakene som gjøres. Modellen bør ikke være noen hindring for å samarbeide godt med andre kliniske miljø. Det er lagt frem flere tiltak for å beholde ansatte. Kanskje er effekten litt bedre her om en ser alle fagområder og regionen under ett. Flere er redd for at samarbeid mellom miljøene vil bli forverret med en helseforetaksmodell. Arbeidsgruppen hadde imidlertid noe ulik oppfatning av modellen på dette området. Utvidet myndighet og en større verktøykasse skaper imidlertid fordeler i denne modellen.</p>	3	3
<p>RM3</p> <p>RM3-0</p>	<p>Gode praksisplasser i regionen</p> <p><i>-Risiko for at en ikke har gode praksisplasser i regionen</i></p> <p>Vanskelig å sette vurdere risiko for dette punktet. Bioingeniør fra UiT får veldig god score. Men modellene har utfordringer, da UiT må legge om utdanningen for</p>	2	2





	<p>permisjoner og kurs. Det blir også gjort hva en kan for at LIS skal få dra på de kursene de trenger. Fysiske kurs begrenses ofte av kostnader. På radiologi ved UNN har en fått ut de som skal i overlegepermisjoner. Stor variasjon mellom fag, mellom foretak, og innad i regionen. Det er et etterslep for utdanningen av bioingeniør og radiograf når det gjelder etterutdanning. Klarer det avtalefestede, men ikke noe mer. Utviklingen går fort, det oppleves derfor som en ikke henger godt nok med. Vi er for sene med å tilby etter-utdanningen. Konsekvensene på sikt vil være store om dette fortsetter. Viktig å få reise på kurs, få inspirasjon, samt å bygge nettverk. Det bidrar til å skape engasjement, og er viktig for å få lære nye ting og for å utvikle seg. I tillegg til å få dekket kostnader ved kurs, er også muligheten for å få frigjort tid også en viktig faktor for å få dette til. Det er opplyses å være for liten tid til å prioritere forskning innenfor de to aktuelle fagområdene. På lengre sikt med den nåværende situasjonen vil konsekvensen fort havne på 5, om man ikke endrer praksis.</p>		
<p>RM4-1</p> 	<p>Vil kunne kjøre fagtilbud digitalt/internkurs for samtlige i begge modeller. Med tiltakene som er presentert så vil situasjonen bedre seg. Vanskelig å si om det er forskjell på alternativene. Gir mulighet til å samordne kompetansen og gjøre det tilgjengelig for alle. Læring av hverandre vil ha godt potensiale i denne modellen, men det krever samarbeid.</p>	3	3
<p>RM4-2</p> 	<p>I ett foretak er det kanskje lettere å samordne både fagutvikling og forskning. Fra enkelte i gruppen ble det imidlertid påpekt at denne modellen vil kanskje ikke gi mer penger til dette, fordi den skaper nye kostnader som fagområdene ikke har i dag. Her pekes det blant annet på oppbygging av ulike støttetjenester.</p> <p>Mange av tiltakene som er beskrevet vil fungere både i alternativ 1 og 2. En felles budsjettstyring for diagnostiske fag vil kunne muliggjøre mer i forhold til kurs, seminar osv. Må forutsette at det blir ett foretak med et rimelig driftsbudsjett, ellers blir det jo ikke mulig å gjennomføre. Kursing oppleves til å være enklere å gjennomføre i foretaksmodellen. Men må være obs på at de små enhetene fort blir veldig små i denne modellen. Per i dag er det store røde tall på budsjettet generelt sett og vanskelig å tro at en skal kunne få budsjetter som skal kunne øke budsjettpostene til fagutvikling. Enkelte tok til orde for at dersom denne modellen koster mer enn dagens organisering og alternativ 1 er det ikke denne man går for. Risikoanalysen er basert på hva vi tror om modellene, og man har et beskjedent faktagrunnlag å vurdere dette ut fra.</p> <p>Det var uenighet i arbeidsgruppen om fastsettelse av sannsynlighet: 7 representanter mente sannsynlighet skulle være 3 3 representanter mente sannsynlighet skulle være 2</p>	3	3
<p>RM5</p> <p>RM5-0</p> 	<p>Sikre tilgang på og bygge opp spesialkompetanse i regionen, og riktig tilgang ved alle enheter -Risiko for at en ikke klarer å bygge opp spesialkompetanse i regionen og sikre tilgang til denne ved alle enheter</p> <p>Her er det mangler i dagens situasjon. Flere opplyser at en ikke har tilstrekkelig tilgang på spesialkompetanse i regionen. Stillinger blir utlyst, men en får ikke ansatt tilstrekkelig med kompetansepersonell. Situasjonen oppfattes som kritisk. På flere områder oppgis det også at man har kompetansen, men mangler en tilfredsstillende struktur for bruk av kompetansen. Situasjonen er derfor sårbar,</p>	4	4

	<p>og dette vurderes til å være en relativt alvorlig situasjon i dag. Konsekvensen kan tendere mot 5. Om man mangler folk kan man i dag sende prøver, bilder og oppgaver ut av regionen for analysering, for å unngå kriser i tjenesteleveransene.</p> <p>Det handler om å sikre nødvendig subspesialisering, og å ha tilgang på spesialkompetansen de steder hvor behovene oppstår. Man kan videreutvikle kompetansen ved å benytte den best mulig.</p> <p>Det var uenighet i arbeidsgruppen om fastsettelse av sannsynlighet: 12 representanter mente sannsynlighet skulle være 4 1 representant mente sannsynlighet skulle være 5</p>		
RM5-1 	<p>Arbeidsgruppen tror situasjonen vil bedre seg i alternativ 1 fordi en lettere vil kunne sikre seg kompetanse til alle undersøkelser som gjennomføres i regionen. Dette vurderes likt uavhengig av alternativene. Om man ikke kan sikre dette vil det være avtaler som gjør at man kan sende oppgaver ut av foretakene.</p>	3	3
RM5-2 	<p>Risikoen vurderes til å være lik alternativ 1</p>	3	3
RM6 RM6-0 	<p>Tilstrekkelig antall faste tilsatte radiologer, spesialister i medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, og immunologi og transfusjonsmedisin, radiografer og bioingeniører <i>-Risiko for at en ikke har tilstrekkelig antall faste tilsatte radiologer, radiografer, bioingeniører og spesialister innen medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, og immunologi og transfusjonsmedisin</i></p> <p>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.</p> <p>Konsekvensen av innleide vikarer er knyttet opp til kvalitet, arbeidsmiljø og ledelsens ressursbruk. Går også på muligheter til videreutvikling av avdelinger.</p> <p>Når for få føler eierskap til avdelingen så får man ikke utviklet avdelingene slik det er ønsket.</p>	5	5
RM6-1 	<p>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.</p> <p>Arbeidsgruppen poengterer viktigheten av at man lykkes i å gjennomføre en god rekrutteringsstrategi. Om man lykkes med rekrutteringsstrategien kan scoren trolig bedres ytterligere.</p>	4	4






<p>NY RM6-1</p> 	<p>Man opplever ikke å ha “knekt koden” for hva som skal til for å få flere faste ansatte, men mener å ha tiltak som gjør at en skal kunne nærme seg dette.</p> <p>Her var det uenighet i arbeidsgruppen om fastsettelse av sannsynlighet: 5 representanter mente sannsynlighet skulle være 3 7 representant mente sannsynlighet skulle være 4</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Tiltakene er antatt å redusere sannsynligheten, men endre ikke konsekvensen. Risikoen blir dermed stående som uakseptabelt høy også etter tiltakene.</p>	3	4
<p>RM6-2</p>  <p>NY RM6-2</p> 	<p>Når det gjelder å rekruttere til spesialiteter vil foretaket få utfordringer med sidetjenester. Det stilles spørsmål til om det i foretaksmodellen blir nok midler til å ansette tilstrekkelig antall fagfolk. Noen mener modellen vil gi en større gjennomføringskraft enn samarbeidsmodellen. Andre mener modellen vil kunne bidra til å miste samhandlingen med de kliniske miljøene.</p> <p>Det er liten tro på at modellene løser bemanningsproblemene, og det er generelt bekymring for at en ikke klarer å samhandle godt nok med resten av de kliniske miljøene når man er i et eget foretak.</p> <p>Her var det uenighet i arbeidsgruppen om fastsettelse av sannsynlighet: 3 representanter mente sannsynlighet skulle være 3 7 representant mente sannsynlighet skulle være 4</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Tiltakene er antatt å redusere sannsynligheten, men endrer ikke konsekvensen. Også for dette alternativets vedkommende antas risikoen å bli stående som uakseptabelt høy etter tiltakene.</p>	4	4
	Risikoområde kapasitet	S	K





<p>NY RK1-2</p> 	<p>Foreslåtte risikoreducerende tiltak er likelydende med de som er foreslått under alternativ 1.</p> <p>Risikoreducerende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 behov • Flere oppgaver til kommunene, forutsatt finansiering • Vurdere styrking av stipendordninger for LIS • Felles henvisningsmottak for elektive henvisninger <p>Også under alternativ 2 antas de risikoreducerende tiltakene å kunne redusere risikoen til et akseptabelt nivå.</p>	3	3
<p>RK2</p> <p>RK2-0</p> 	<p>Utnytte ledig analysekapasitet på laboratoriene -Risiko for at en ikke utnytter ledig analysekapasitet på laboratoriene</p> <p>Helse Nord har i dag instrumenter og utstyr til å kunne analysere mer enn de gjør per i dag, men det mangler folk til å betjene utstyret. Særlig gjelder dette om man ønsker å benytte utstyret en større del av døgnet. Gruppen fremhever at man må vurdere å "ta hjem" analyser som i dag sendes ut av regionen for analysering. Det påpekes videre at det mangler vurdering av hvilke prøver som evt. skal tas hjem. Her bør det ligge en kost/nytte-analyse i forkant av beslutningen. Situasjonen i Helse Nord er slik at man ikke har kapasitet innen personell for å starte opp nye analyser innenfor laboratorievirksomhet. Det er potensielt økt inntekt/reduerte kostnader ved å analysere mer innad i regionen.</p>	4	2
<p>RK2-1</p> 	<p>Alternativ 1 gjør samordning lettere på tvers av HF. Dette medfører frigjort kapasitet av personell som igjen forhåpentligvis gir redusert turnover slik at regionen får en bedre bemanning innen diagnostiske funksjoner.</p>	2	2
<p>RK2-2</p> 	<p>Alternativ 2 antas å gi de samme effektene som alternativ 1. Scores derfor likt.</p>	2	2
<p>RK3</p>	<p>Maskinpark – tilstrekkelig kapasitet, nok harmonisert og samtidig ikke samme utstyr (lab) overalt pga. sårbarhet -Risiko for at en ikke har en harmonisert maskinpark med tilstrekkelig kapasitet</p>		







RK3-0 	<p>Det er behov for likt laboratorieutstyr 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 HF og at det derfor er ulikt i hvilken grad enhetene kan bistå med å avlaste innenfor regionen. Det påpekes at dagens maskinpark har kapasitet til å analysere mer enn hva som blir gjort, om en hadde bedre bemanning. Gruppen ikke kjent med noen helhetlig plan for hvordan sykehusene kan bistå hverandre med analysekapasitet på tvers av HF.</p>	3	4
RK3-1 	<p>Arbeidsgruppen mener at både alternativ 1 og 2 vil kunne bringe risikoen ned på et moderat nivå. Gruppen forutsetter at man har tilstrekkelig med investeringsmidler samt en felles anskaffelsesstrategi i alternativ 1. Dette er nødvendig for å kunne lykkes med samarbeid. Det poengteres også at det er mange områder man kan samarbeide om selv med ulikt utstyr.</p>	2	4
RK3-2 	<p>Enkelte gruppemedlemmer mener det er lettere å lykkes med investeringer og en helhetlig strategi innen diagnostiske funksjoner når diagnostiske funksjoner i større grad er organisatorisk samlet, slik som i alternativ 2. Gruppen påpeker videre at det ikke er stor nok forskjell mellom alternativene til at det utgjør en hel karakter. Alternativene scores derfor likt, men alternativ 2 fremstår marginalt bedre enn alternativ 1</p>	2	4
RK4 RK4-0 	<p>Tilstrebe innkjøp av samme type radiologisk utstyr innenfor hele regionen, som letter samarbeid og faglig utvikling. <i>-Risiko for at en ikke klarer å kjøpe inn samme type radiologisk utstyr innenfor hele regionen, som letter samarbeid og faglig utvikling</i></p> <p>Lettere å standardisere innen radiologi. Ulike protokoller gjør det vanskeligere å samarbeide på tvers av sykehus/HF.</p>	3	3
RK4-1 	<p>I begge de to foreslåtte alternativene antas muligheten til å kunne standardisere radiologisk utstyr til å være større enn i dagens modell.</p>	2	3
RK4-2 	<p>Se kommentar over</p>	2	3
RK5 RK5-0 	<p>Forsvarlig 24/7-drift på sykehus med akuttfunksjoner (også med vaksamarbeid) <i>-Risiko for at en ikke har forsvarlig 24/7 drit på sykehus med akuttfunksjoner</i></p> <p>Driften varierer mellom ulike sykehus og HF, men ingen oppgis å drive uforsvarlig. Gruppen påpeker at det er høy risiko enkelte plasser, og at dette skyldes utilstrekkelig bemanning. Det nevnes en rekke eksempler hvor ansatte har fått trukket tilbake godkjent ferie ved f.eks. sykdom. Eksempelene trekkes frem for</p>	3	5




	<p>å illustrere den «tynne» bemanningssituasjonen. Fra et medlem av arbeidsgruppen meldes det om situasjoner med uforsvarlig drift fra ett sykehus i regionen.</p> <p>Den samlede omtalte av situasjonen gjør at en samlet vurdering av konsekvensen i o-alternativet er beskrevet som svært alvorlig.</p>		
RK5-1 	<p>Letter samarbeid innad i regionen i alternativ 1. Forholdene antas å ligge bedre til rette for en god oppgavedeling i alternativ 1 noe som kan frigjøre kapasitet hos kritisk personell.</p> <p>Siden risikoen i dette alternativet er vurdert til alvorlig er ytterligere risikoreducerende tiltak fremlagt.</p>	3	4
NY RK5-1 	<p>Risikoreducerende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vakt radiologi – øke antall og andel radiologer og LIS i vaktordning (deltakelse fra flere enheter, fysisk og virtuelt) • Viser ellers til øvrige risikoreducerende tiltak på dette risikoområdet. Her henvises det til punktet under kapasitet der tiltak for å unngå uønsket høy arbeidsbelastning er omtalt. 	3	3
RK5-2 	<p>Vurderingen av dette punktet sammenfaller med den vurdering som er gjort under alternativ 1.</p>	3	4
NY RK5-2 	<p>Risikoreducerende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vakt radiologi – øke antall og andel radiologer og LIS i vaktordning (deltakelse fra flere enheter, fysisk og virtuelt) • Viser ellers til øvrige risikoreducerende tiltak på dette risikoområdet 	3	3



	Risikoområde organisatoriske forhold	S	K
RO1	Bygge kultur for å se hele regionen, ikke bare «sitt» foretak		







RO1-0 	<p><i>-Risiko for at en ikke klarer å bygge en kultur for å se hele regionen, og ikke bare «sitt» foretak</i></p> <p>I o-alternativet er risikoen for at en ikke klarer å bygge en kultur for å se hele regionen samlet, 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.</p>	4	4
RO1-1 	<p>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 under ett om en samarbeider tettere. Arbeidsgruppen var uenig i fastsettelsen av sannsynlighet, og det ble derfor stemt:</p> <p>11 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 3 1 representant mente sannsynligheten skulle settes til 4</p>	3	3
RO1-2 	<p>Gjennom foretaksmodellen vil det være enklere fra et diagnostisk synspunkt. Her er det et felles nytt foretak vi må ta utgangspunkt i.</p> <p>Arbeidsgruppen var uenig i fastsettelsen av sannsynlighet og konsekvens, og det ble derfor stemt:</p> <p>7 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 2 6 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 3</p> <p>6 representanter mente konsekvensen skulle settes til 2 7 representanter mente konsekvensen skulle settes til 3</p>	2	3
RO2 RO2-0 	<p>Tett samhandling mellom de kliniske fagmiljøene og radiologi og laboratoriefag</p> <p><i>-Risiko for at radiologi og laboratoriefag ikke klarer å samhandle tett med de kliniske fagmiljøene</i></p> <p>Samhandlingen vurderes som rimelig bra i dag, men kan også oppleves til å være litt variabel. Vurderer man hele regionen under ett, har en imidlertid gjennomgående god erfaring med samhandling. Andre har en oppfatning av at det er et noe anstrengt samarbeidsforhold mellom lab og enkelte sengeposter. Dette oppleves ulikt på tvers av foretakene. Det oppleves at der samarbeidet fungerer godt på overordnet nivå, gjør det også det i de enkelte pasientforløpene. Det oppleves til å være en stor arbeidsmengde på tvers av alle foretakene. Ved Helgelandssykehuset opplyses situasjonen til å være bra innen laboratoriefagene, men innen radiologi opplyses det å være flere forbedringsområder. Her oppgis det også å mangle et fagråd.</p> <p>Arbeidsgruppen var uenig i fastsettelsen av sannsynlighet, og det ble derfor stemt: 8 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 3 4 representant mente sannsynligheten skulle settes til 2</p>	3	3
RO2-1 	<p>Gruppen er delt i oppfatningen av hva som skjer med samhandling i de to ulike alternativene. Noen mener at foretaksgrenser vil gjøre ting litt vanskelig, noe som vil gjelde for alternativ 2. I samarbeidsmodellen finnes det flere tiltak som gjør at servicen vil bli bedre.</p>	2	3






	<p>Arbeidsgruppen av uenig i fastsettelsen av konsekvens, og det ble derfor stemt:</p> <p>3 representanter mente konsekvensen skulle settes til 2 9 representant mente konsekvensen skulle settes til 3</p>		
<p>RO2-2</p> 	<p>Det er en bekymring fra flere i gruppen om at det blir dårligere forhold for samhandling med de kliniske fagmiljøene dersom virksomheten organiseres i et eget foretak.</p> <p>Arbeidsgruppen av uenig i fastsettelsen av sannsynlighet, og det ble derfor stemt: 8 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 3 5 representant mente sannsynligheten skulle settes til 4</p>	3	3
<p>RO3</p> <p>RO3-0</p> 	<p>Økt samarbeid på tvers av regionen ved hjelp av teknologi</p> <p><i>- Risiko for at en ikke klarer å øke samarbeidet på tvers av regionen ved hjelp av teknologi</i></p> <p>Det brukes mye teknologi i dag, men en tenker at det er et potensiale for å utnytte teknologien enda bedre. Innen teknologiområdet er det mye som fungerer bra i dag, men det stilles spørsmål til i hvor stor grad det utnyttes en mulighet i teknologien for å kunne samarbeide på tvers av foretak. Potensialet for å forbedre er fortsatt stort, og det utnyttes ikke godt nok. Det er mye som fungerer som går på teams, eksempelvis felles møter etc. Det har også blitt investert mye i felles systemer. Det finnes et potensiale her som en må anstrenge seg for å utnytte.</p> <p>Arbeidsgruppen var uenig i fastsettelsen av sannsynlighet, og det ble derfor stemt: 5 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 4 8 representant mente sannsynligheten skulle settes til 3</p>	3	3
<p>RO3-1</p> 	<p>Modellen antas å kunne frigjøre ressurser som vil kunne bidra til at man blir flinkere til å utnytte mulighetene til økt samarbeid gjennom bruk og implementering av ny teknologi.</p> <p>Spesielt travelt opplyses det å være på vakt i Tromsø, det forventes at alternativ 1 vil bedre situasjonen. Det er trolig forskjeller i konsekvens på de to alternativene. Det antas at man får en god effekt av økt samarbeid i alternativ 1. Allerede i 0-alternativet er det gode eksempel på implementerte løsninger som vi ser at fungerer.</p> <p>Arbeidsgruppen var uenig i fastsettelsen av konsekvens, og det ble derfor stemt: 8 representanter mente konsekvensen skulle settes til 2 5 representant mente konsekvensen skulle settes til 3</p>	2	2
<p>RO3-2</p> 	<p>I denne modellen rydder en unna noen juridiske hindringer og får en økt styringskraft ved dette. (Innad i ett foretak har man felles informasjonstilgang. I en modell med flere foretak kan kanskje utfordringer relatert til foretaksgrenser innen radiologi og laboratoriefagene løses ved en databehandleravtale). Noen opplever at det er forskjeller mellom alternativ 1 og alternativ 2, med lavere risikorangering i alternativ 2. Scoren er likevel satt likt for de to alternativene.</p>	2	2

RO4	Velfungerende felles klinisk IKT-system (for eksempel ny teknologi/endringer i digital arbeidsflyt (Sectra) må kunne innføres raskere/smidigere enn hva som er tilfelle i dag)		
RO4-0	- Risiko for at en ikke har felles velfungerende klinisk IKT-system som ikke innføres raskt	3	2
	Vurderingen gjelder de tekniske løsningene og at bruken av dem er velfungerende. Sectra er felles for hele regionen. Det er likevel alltid utviklingsmuligheter innenfor et klinisk system. Har et felles system for lab med Dips lab, felles personalportal og andre verktøy som går på tvers i regionen. Ved innføring av ny teknologi og endringer i eksisterende system er det en ambisjon om raskere og smidigere innføring. Dette gjelder også med tanke på opplæring. Systemene er ganske like på de store fellessystemene som forvaltes felles i regionen. Men hva med for eksempel innføring av KI og tiltak knyttet til automasjon? Her hersker det litt usikkerhet om hvor godt dette er samkjørt på tvers av regionen.		
RO4-1	Veldig mange tiltak vil ha samme løsninger i begge modellene. Begge modeller vurderes derfor likt.	2	2
			
RO4-2		2	2
			
RO5	Gode rutiner for samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten <i>-Risiko for at en ikke har gode rutiner for samhandling mellom 1. og 2.linje tjenesten</i>		
RO5-0	Området beskriver et av de overordnede målene i helsetjenesten. Tilpassede rutiner for god samhandling når en endrer oppgaver er viktig. Må vite hvor samhandlingslinjene går, og det er viktig å være klar på om alternativene får konsekvenser for kommunene. Fastleger oppfattes til å være viktige, i og med at de oppfattes til å ha en portvokterfunksjon. Mye er bra på dette området i o-alternativet.	2	2
	I denne sammenhengen vurderes inntakssiden for lab og røntgen, ikke forhold som utskrivningsklare pasienter etc. Ved endringer i samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten oppfatter imidlertid ofte kommunene å komme litt på hælene. Det er viktig å komme i dialog så tidlig som mulig med kommunene når det skjer endringer. UNN opplever stor nytte av fastlegerådet, der er det skapt gode relasjoner med fastlegene. Dette området fungerer veldig bra i dag, men generelt sett er det fortsatt forbedringspotensial.		
RO5-1	Usikker på om hvor mye dette vil endres i alternativ 1 og 2.	2	2
			
RO5-2	Arbeidsgruppen er litt usikker på hvordan det vil være med samarbeidet rundt helsefellesskapene, hvor det må lages en ny rigg for de sakene som skal opp der.	3	2
			

	<p>Helsefellesskapene gis en større rolle, og også i alternativ 2 er det viktig å være en aktiv deltager i dette samarbeidet. Det er betraktet som synd å miste gode relasjoner som allerede er bygget på dette området.</p> <p>Arbeidsgruppen var uenig i fastsettelsen av sannsynlighet, og det ble derfor stemt:</p> <p>3 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 2 8 representant mente sannsynligheten skulle settes til 3</p>		
RO6 RO6-0 	<p>Tydelige styrings- og beslutningslinjer for å iverksette eksisterende og nye regionale tiltak <i>-Risiko for at en ikke har tydelige styrings- og beslutningslinjer for å iverksette eksisterende og nye regionale tiltak</i></p> <p>Dette oppleves til å kunne være vanskelig i dagens organisering. Hvis ikke alle vil være med så har vi ingen "instans" å legge slike avgjørelser til. Det er ikke tydelige linjer for å løse regionale oppgaver. Samordning via Regionalt forvaltningssenter for Radiologi (FSR) fungerer i varierende grad, mens Regionalt forvaltningssenter for laboratoriemedisin fungerer.</p> <p>Dette omhandler tiltak som skal virke regionalt. Det ble gjennomført avstemning for sannsynlighet der 7 stemte 3 og 5 stemte 4.</p>	3	4
RO6-1 	<p>Alternativ 1 antas å gi en positiv effekt av den organisatoriske modellen på lab og røntgen.</p> <p>Det ble gjennomført avstemning for sannsynlighet der 8 stemte 2 og 4 stemte 3, og avstemning konsekvens der 3 stemte 2, 9 stemte 3.</p>	2	3
RO6-2 	<p>Det ble gjennomført avstemning for konsekvens der 7 stemte 2, 5 stemte 3</p>	2	2

	Risikoområde økonomi	S	K
RØ1 RØ1-0 	<p>Ha faste ansatte fremfor å bruke vikarer <i>- Risiko for at en bruker vikarer fremfor faste ansatte</i></p> <p>Det er variasjon mellom helseforetak, men totalt er det høy bruk av vikarer. Områdene lab og røntgen består av små og sårbare fagmiljø, hvor situasjonen kan endre seg raskt ved at få personer for eksempel slutter.</p>	5	5
RØ1-1 	<p>Flere av tiltakene i alternativ 1 kan ha positiv effekt, men mulighetene for å rekruttere fast ansatte påvirkes av flere faktorer enn det som ligger i modellen. Det er forskjell mellom fagfeltene både når det gjelder utfordringer og muligheter. Et samarbeid om rekruttering vil ha positiv effekt.</p>	4	4

<p>NY RØ1-1</p> 	<p>Arbeidsgruppen ble ikke enig om risikovurdering tilknyttet sannsynlighet og stemte over dette. 8 stemte 4, 5 stemte 3.</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	3	4
<p>RØ1-2</p>  <p>NY RØ1-2</p> 	<p>Samme som over, men kanskje større mulighet for å styre arbeidslister i foretaksmodellen, og muligens også større gjennomføringsgrad.</p> <p>Arbeidsgruppen ble ikke enig om risikovurdering og stemte over dette. For sannsynlighet: 7 stemte 4, 6 stemte 3. For konsekvens: 10 stemte 4, 3 stemte 3.</p> <p>Siden ikke de to modellene innebærer at man får en moderat risiko ble kompensierende tiltak foreslått. Heller ikke etter disse tiltakene vurderes risikoen til å være moderat.</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	4	4
<p>RØ2</p>  <p>RØ2-0</p>	<p>Bærekraftig anskaffelsesstrategi og strategisk investeringsplan for medisinsk teknisk utstyr</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for at en ikke har en bærekraftig anskaffelsesstrategi, og en strategisk investeringsplan 	5	5
<p>RØ2-1</p>  <p>NY RØ2-1</p> 	<p>Det å ha midler til anskaffelse forutsetter overskudd i regnskap, samarbeid om anskaffelser, prioritering på tvers og felles investeringer. Alternativene vurderes ikke til å løse disse utfordringene.</p> <p>Siden modellen i seg selv ikke gjør at man får et tilfredsstillende risikonivå ble ulike tiltak diskutert. Tiltakene er nærmere omtalt i rapporten. Ved hjelp av disse tiltakene vurderes risikonivået til å være nede på moderat for begge de to alternativene.</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viser til tiltak i rapporten - Kan ta ned risiko dersom det bevilges mer midler til området, ref. rapport fra Riksrevisjonen 	4	4
		3	3

	sårbart og kritisk, og valg av modell med tilhørende effekt er usikkert. Det er en forutsetning at modellen virker for å kunne lykkes i å bringe risikoen ned på et moderat nivå.		
RØ3-2 	Vurdert å være tilsvarende vurdering som under alternativ 1.	3	3
RØ4	Modell for styring av diagnostiske tjenester skal være økonomisk bærekraftig på sikt - Risiko for at en ikke har en modell for styring av diagnostiske tjenester som ikke er økonomisk bærekraftig på sikt		
RØ4-0 	Her er det snakk om økonomisk bærekraftighet på sikt, dvs. i 0-alternativet eller når de andre alternativene er etablert og virker. Noen etableringskostnader vil påløpe ved etablering av alternativene, og det påpekes at aktiviteten i stor grad styres av etterspørsel og ikke kan styres på alle nivå. Det ble gjennomført avstemning for sannsynlighet der 4 stemte 5 og 9 stemte 4.	4	4
RØ4-1 	I dette alternativet tilfører vi en møteplass for samarbeid og et avtaleverk. Den endelige beslutningen ligger fortsatt i fire HF, men samarbeidsorganet og avtalene endrer grunnlaget beslutninger kan tas på. Det ble gjennomført avstemning for sannsynlighet der 3 stemte 4 og 10 stemte 3	3	3
RØ4-2 	I denne modellen finner det sted en deling mellom diagnostiske tjenester og øvrige tjenester som vil finne sted i de kliniske foretakene. Lokal tilstedeværelse krever samarbeid med lokalt HF og kostnader knyttet til dette vil vedvare på sikt. Modellen gir imidlertid muligheter for å styre mer samlet, samt effektivisere og implementere tiltak som tar ned kostnadene. Det var stort sprik i gruppen i vurdering av denne modellen. I avstemning relatert til sannsynlighet var det 7 som stemte 5, 3 stemte 3, og 3 stemte 2. I avstemning av konsekvens var det 7 som stemte 5 og 6 som stemte 3. I fastsettelsen av sannsynlighet og konsekvens her er det tatt utgangspunkt i gjennomsnittet da det var svært delte meninger. (Gjennomsnittet avrundet til nærmeste hele tall).	4	4
NY RØ4-2 	Risikoreduserende tiltak: - Så få nye lederstillinger som mulig. Viser til beskrivelse i rapport, figur organisasjonskartfigur og at stillinger skal virksomhets overdras - Må være høyt fokus på implementering av alle tiltak slik at de også får økonomisk effekt (for eksempel vakt samarbeid og å få ned dyr innleie av personell)	4	4