

An illustration in a minimalist, flat style showing several stylized human figures in red and teal colors. They are working together to move large, dark grey, triangular blocks. Some figures are standing and pushing or pulling the blocks, while others are positioned behind them, suggesting a collaborative effort in a construction or heavy-lifting task.

Tilsynsrapport

Tilsyn med radiologiske tjenester ved Universitetssykehuset
Nord-Norge HF

Saksnummer: 2024/1924



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Postboks 100 Langnes

9038 TROMSØ

Unntatt fra offentlighet i henhold til: offl.
§ 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2024/1924-63, 3A NIT

26. september 2025

Oversendelse av rapport i tilsynssak

På bakgrunn av flere saker hos Statsforvalteren i Troms og Finnmark, bekymringsmeldinger og varsler om alvorlige hendelser til Helsetilsynet, besluttet Statens Helsetilsyn å gjennomføre tilsyn med Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), røntgenavdelingen.

Temaet for tilsynet er hvordan UNN jobber med kvalitet og forbedringsarbeid og tilrettelegger sine radiologiske tjenester slik at pasientbehandlingen blir forsvarlig.

Statens helsetilsyn gjennomførte et stedlig tilsyn ved UNN 3. - 4. september 2024 der vi hadde dialog og samtaler med helsepersonell og ledelse. På tilsynet deltok også en representant fra Statsforvalteren i Troms og Finnmark. I etterkant av besøket ved UNN ble det gjennomført flere samtaler digitalt for å belyse saken ytterligere. Helsetilsynet har gjennomført ytterligere to tilsynsbesøk, 24. oktober 2024 og 17. -18. juni 2025, hvor vi hadde dialogmøte med ledelsen og helsepersonell.

I brev 20. desember 2024 og 24. juni 2025 ba vi om skriftlig tilbakemelding på noen konkrete spørsmål knyttet til temaene for tilsynet. Vi mottok tilbakemelding fra UNN 31. januar 2025 og 8. juli 2025.

Våre undersøkelser og oppfølgingen i tilsynet er innrettet med et virksomhetsperspektiv, hvor vi blant annet undersøker hvordan UNN jobber med kvalitet- og forbedringsarbeid og tilrettelegger sine radiologiske tjenester slik at pasientbehandlingen blir forsvarlig.



Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Våre vurderinger og konklusjoner fremgår der. Vi viser for øvrig til våre kommentarer og forventninger som fremgår avslutningsvis i rapporten.

Med hilsen

Ingerid Herstad Nygaard etter fullmakt
avdelingsdirektør

Nina Bråthen Torstveit
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Kopi: Statsforvalteren i Troms og Finnmark

Helsefaglige saksbehandlere:
seniorrådgiver/lege Marianne Kjøsen
seniorrådgiver/sykepleier Ida Mentzoni
seniorrådgiver/lege Hans Petter Næss
Ass. fylkeslege Cathrine Kjære Ditlefsen

Juridisk saksbehandler/teamleder:
seniorrådgiver Nina Bråthen Torstveit, tlf. 21 52 99 74

Vedlegg: Rapport av dags dato

1	Tema og rammer for den tilsynsmessige oppfølgingen	4
2	Oppsummering av saken	6
3	Helsetilsynets vurderinger	10
3.1	Organisering og tilrettelegging av system for radiologiske tjenester	10
3.2	Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	15
4	Konklusjoner	20
5	Videre oppfølging	21

1 Tema og rammer for den tilsynsmessige oppfølgingen

Helsetilsynet skal ved tilsyn bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.

Tema for tilsynet

Temaet for tilsynet er hvordan UNN jobber med kvalitet og forbedringsarbeid og tilrettelegger sine radiologiske tjenester slik at pasientbehandlingen blir forsvarlig.

Vi har fokus på følgende temaer i dette tilsynet:

- ventetid på behandling av henvisninger (herunder prioritering)
- vurdering av svar på radiologisk undersøkelse og kontrasignering
- bruk av innleide vikarer.

Bakgrunn for tilsynet

Både Helsetilsynet og Statsforvalteren i Troms og Finnmark har mottatt flere varsler og bekymringsmeldinger fra ledere og klinikere ved UNN, som blant annet peker på lange ventelister og at driften av røntgenavdelingen ikke er forsvarlig. Det har også kommet tilsvarende bekymringsmeldinger fra andre avdelinger ved UNN.

Bakgrunnen for tilsynet er også knyttet til en sak med en radiolog som arbeidet som vikar ved UNN, omtalt som «Vikarlegesaken». I denne saken oppdaget leger i spesialisering (LIS) at CT undersøkelser de hadde gransket og beskrevet ble kontrasignert av vikarlegen uten en faktisk gjennomgang. Tidsbruken tydet på at bildene og den primære beskrivelsen kun ble åpnet og lukket, uten en reell vurdering. Som følge av denne saken har Helsetilsynet tilbakekalt vikarlegens autorisasjon og samtidig igangsatt et tilsyn med ledelse og organisering av røntgenavdelingen ved UNN, Tromsø.

Rettslige rammer

Helsetjenester som tilbys skal være forsvarlige, og pasienter skal gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Ledelsen i sykehuset skal tilrettelegge arbeidet slik at helsepersonell i tjenesten kan utføre sitt arbeid i samsvar med lovpålagte plikter. Det er ledelsens ansvar å sikre nødvendige systemer

for forsvarlig håndtering og vurdering av blant annet ventelister, samt sikre at vurderinger av svar på radiologiske undersøkelser er forsvarlige. Tidsbruken er avgjørende for at undersøkelser blir gjort/utført innen forsvarlig tid og i samråd med behandlingsansvarlige leger, samt at de blir utført faglig korrekt ut fra de kliniske problemstillingene. Det er i tillegg viktig med god kommunikasjon mellom rekvirent og radiolog for å gi best mulige svar på den aktuelle problemstillingen, og sørge for god kommunikasjon og samhandling mellom kliniske avdelinger og røntgenavdelingen.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegger enhver som yter helse- og omsorgstjenester å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt og forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedring vedvarer. Dette innebærer at kortsiktige tiltak i seg selv ikke er tilstrekkelig.

Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk med kvalitet- og pasientsikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 (internkontroll). Internkontrollen skal bidra til at virksomheten overholder lovpålagte plikter og er et virkemiddel for at ledelsen skal kunne sørge for at krav til forsvarlighet og kvalitet blir ivarettatt i hele virksomheten.

Pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 og § 3-3 har bestemmelser som regulerer pasienter og nærmeste pårørendes rett til informasjon og krav på møte med helsetjenesten. Dette kan for eksempel være informasjon om alvorlige hendelser og svikt, samt mulige konsekvenser og tiltak for å forhindre at lignende skjer igjen. Informasjonen skal blant annet bidra til åpenhet og gi pasienter/nærmeste pårørende mulighet til å forstå hendelsen og få svar på spørsmål, og eventuelt vurdere videre oppfølging, som å kontakte Norsk pasientskadeerstatning, tilsynsmyndigheten eller Pasient- og brukerombudet.

Statens helsetilsyn vektlegger at et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for god pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsmiljøets betydning for pasientsikkerheten er et relevant tema i vårt tilsynsoppdrag, hvor formålet er å bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet.

Om tilsynets metode

På bakgrunn av sakens omfang og kompleksitet har Helsetilsynet en tilsynsmessig oppfølging av UNN, røntgenavdelingen, og hvor vi blant annet har gjennomført stedlig tilsyn.

Det er ledelsen som skal planlegge og implementere tiltak som skal sikre forsvarlig kvalitet for radiologiske tjenester og minimere risiko for uønskede hendelser. Det er UNN som har best innsikt i egne prosesser og som har ansvar for å svare ut om de anser at virksomheten er forsvarlig.

En del av tilsynets metode i denne saken er å følge med på, og støtte opp om arbeidsprosessene, og etterspørre dokumentasjon og vurderinger fra virksomhetenes eget arbeid. Det omfatter blant annet hvilke tiltak virksomheten har og planlegger

iverksatt, samt å se om tiltakene fungerer etter hensikten. Vi har funnet det hensiktsmessig å involvere helsepersonell underveis, da de har verdifull innsikt i hvordan tiltakene oppleves i praksis og hvilken effekt det har på pasientsikkerheten ved avdelingen. Endringer i praksis vil være et av de viktigste bidragene til å styrke kvalitet og sikkerhet i tjenesten i framtiden. Vår metodiske tilnærming blir vurdert fortløpende.

Helsetilsynet har også funnet det hensiktsmessig for tilsynsprosessen å retrospektivt ta stilling til om kravene til forsvarlig virksomhet er oppfylt, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

2 Oppsummering av saken

Vår informasjon bygger på mottatt skriftlig dokumentasjon, informasjon fra sykehusets presentasjoner i møter, samtaler med helsepersonell og ledere ved det stedlige tilsynet, og etterfølgende digitale samtaler og fysisk dialogmøter med ledere og helsepersonell. Vi har mottatt tilbakemelding til foreløpig rapport fra UNN 2. mai 2025, samt egen tilbakemelding fra klinikerne 15. april 2025.

Om røntgenavdelingen, UNN Tromsø

Røntgenavdelingen, UNN Tromsø, har funksjon som både lokalsykehus, regionsykehus og universitetssykehus. Avdelingen diagnostiserer og behandler både inneliggende pasienter, polikliniske pasienter og ivaretar øyeblikkelig hjelp funksjon. Legeseksjonen ved avdelingen i Tromsø er organisert i fem subspesialiserte organigrupper; thorax, abdomen, nevro, muskel/skjelett og barn.

Overlegegruppen i røntgenavdelingen hadde på tidspunktet for første tilsynsbesøk i september 2024, ingen formelle ledere mellom seg og klinikkjef. Organgruppene består av overleger, og har hver sin organgruppeleder, men disse er ikke formelle ledere. De er overleger med spesielt ansvar for noen oppgaver som mellomledd mellom seksjonsleder og organgruppen. Røntgenavdelingen har etablert en stillingsbeskrivelse for organgruppeleder for å tydeliggjøre rollen som organgruppeleder. Denne ble oversendt Helsetilsynet 31. januar 2025 og presiserer blant annet organisatorisk plassering og rapporteringslinje, ansvar, herunder hovedarbeidsoppgaver og funksjonsområder, samt kvalifikasjonskrav.

Legene som arbeider i røntgenavdelingen i Tromsø er leger i spesialisering (LIS 3) og overleger. LIS 3 har egen seksjonsleder.

Røntgenavdelingen har også en avdelingslederstilling som ved tilsynsbesøket i september 2024 hadde vært ubesatt siden januar 2024. Ny avdelingsleder ble fast ansatt fra 1. oktober 2024. Klinikksjef har derfor i praksis også fungert som avdelingsleder og seksjonsleder for overlegene over tid.

Avdelingen hadde på tidspunktet for tilsynsbesøket høsten 2024 en radiolog i 20 % stilling som fungerte som medisinskfaglig rådgiver. Ved oppfølgingsbesøket i juni 2025 fikk vi informasjon om at stillingsprosenten skal øke til 40%.

Informasjon fra samtaler og presentasjoner fra ledelsen

Gjennom samtalene og presentasjonene fra UNN i september 2024 fikk vi informasjon om at det var betydelige opphopninger av henvisninger som ventet på prioritering. Helsetilsynet fikk se oversikter som viste utviklingen i antall henvisninger «på vent» i de ulike organgruppene. Det var spesielt kritisk i en organgruppe, "abdomengruppen". De andre organgruppene klarte i hovedsak å håndtere arbeidsoppgavene fortløpende, men også der hadde det tidligere vært utfordringer med opphopning av henvisninger.

Mange av legene vi snakket med hadde utviklet sine egne metoder for å håndtere oppgavene, og prioritering av arbeidsoppgaver ble i liten grad styrt av ledelsen. Arbeidsdagen ble i stor grad preget av akutte løsninger og "brannslukking" på organgruppene med stor arbeidsbelastning. Det var også en stor mengde undersøkelser som var gjennomført, men som ventet på å bli beskrevet og besvart, og kontrasingnert der det var nødvendig. Undersøkelser kunne ligge i uker til måneder i påvente av kontrasingnering. Legene fortalte at oppgaven med kontrasingnering av undersøkelser ofte ble nedprioritert på grunn av andre hasteoppgaver som måtte tas først. Forsinkelsen medførte at primærbeskrivelsene i flere tilfeller ble brukt som grunnlag for klinisk behandling. Dette gjelder organgrupper som i perioder har opplevd stort arbeidspress, spesielt abdomengruppen.

I samtaler uttrykte ledelsen bekymring for at overlegene i den ene organgruppen ikke samarbeidet optimalt om å finne løsninger. Dette gjaldt for eksempel håndtering av henvisninger og beskrivelser som samlet seg opp. De påpekte også at det ble rapportert mange avvik om samme tema, og at en organgruppe var spesielt kritisk til bruk av vikarer. Vi fikk beskrevet et høyt konfliktnivå og samarbeidsutfordringer mellom ledelsen og deler av fagmiljøet. Flere leger var bekymret for at ledelsen undervurderte viktigheten av kvaliteten på tjenestene som vikarene skulle levere. Det gjaldt enkelte typer undersøkelser, for eksempel CT eller MR som skulle brukes i vurderinger av behandlingsalternativer ved kreft i tykk- og endetarm. Legene informerte om at vikarene ofte hadde generell radiologisk kompetanse, og flere undersøkelser krever særskilt spisskompetanse.

UNN har opplyst at flere av legene har vært sykmeldt og har opplyst at fraværet har vært arbeidsrelatert. Videre har de opplyst at det er en generell underbemanning som spesielt gjelder overlegegruppen i alle organgruppene.

Underbemanningen i overlegegruppen har også påvirket spesialistutdanningen i avdelingen. Spesialitetskomitéen i radiologi har derfor fulgt med på avdelingen i Tromsø og uttrykt bekymring for kvaliteten på utdanningen. Dette gjelder mulighet for overføring av kunnskap i det daglige arbeidet fra erfarne radiologer til LIS, i kravet til regelmessig internundervisning, opplæring og deltakelse i faglige møter med mer. Dette går igjen utover muligheten til å rekruttere og beholde LIS. Røntgenavdelingen har behov for flere LIS-leger enn de som er tilsatt i dag, men har ikke klart å rekruttere og stabilisere tilstrekkelig med leger til å fylle stillingene. For å håndtere kapasitetsutfordringer benyttes overlegevikarer og private aktører til å utføre undersøkelser.

Alle legene og lederne vi snakket med var enige om at vikarbruk var nødvendig. Innleide vikarer kommer enten fra vikarbyrå eller som ansatt i 0 %-stilling. For å sette vikarer i arbeid ved oppstart, tas de imot av en vikarkonsulent som viser dem rundt på avdelingen og tildeler arbeidslister. Flere av legene opplyste på tilsynsbesøket høsten 2024 at det i praksis også hvilte en del ansvar på de faste ansatte legene, spesielt for å sette nye vikarer inn i systemer og apparater, og det oppleves belastende å håndtere dette i en hektisk hverdag. I organgrupper med mindre belastning fungerte dette bedre. Videre opplyste flere at ikke alle vikarer kjente lokale rutiner godt nok.

På tidspunktet for tilsynsbesøket høsten 2024 forelå det ikke noe system for å kvalitetssikre arbeidet som utføres av vikarer. Ledelsen foretok ikke stikkprøver eller internrevisjoner av vikarenes arbeid. Kvalitetssikring av vikarers arbeid ble beskrevet å fungere bedre ved tilsynsbesøket i juni 2025, noe som dels ble tilskrevet endringer i prosessen med å skaffe vikarer, og dels tett oppfølging fra avdelingsleder i tett samarbeid med de fast ansatte radiologene.

Det er et løpende tiltak med rekruttering av nye overleger for å styrke det medisinske teamet. En stillingsannonse ligger ute kontinuerlig, men på tidspunkt for tilsynsbesøket var det få eller ingen søkere til stillingene. Samtidig ble det opplyst at samarbeidet med OUS var under innføring. Vi fikk i juni 2025 også opplyst at UNN vil fortsette å benytte kjente og kvalifiserte vikarer for å opprettholde kontinuitet i tjenestene.

Det er også et mål å øke bruken av private aktører for ulike undersøkelser, bl.a. teleradiologi, for å avlaste interne ressurser. Videre er det planlagt samarbeid med andre helseforetak (HF) om røntgenbeskrivelser og MDT-møter (multidisiplinære teammøter). Under tilsynsbesøket høsten 2024 ble deler av MDT-møtene midlertidig utført av St. Olavs hospital. Ved oppfølgingsbesøket i juni 2025 ble vi informert av ledelsen om at alle MDT-møter nå ble gjennomført av avdelingens fast ansatte radiologer. Helsetilsynet mottok imidlertid et varsel 12. september 2025 fra seksjon for gynekologisk kreft, som opplyser at det ikke var noen radiolog tilstede under MDT- møtene i ukene 30, 31 og 32. Det er beskrevet som en alvorlig situasjon som førte til at både utredning og behandling stoppet opp da beslutninger måtte avvente.

For å optimalisere ressursbruken, fikk vi opplyst at ledelsen vurderer om andre seksjoner kan overta deler av intervensjonsdriften, som for eksempel angiointervensjon. Oppgaveglidning er også et tiltak, hvor radiografer kan prioritere enkelte enkle henvisninger. Til slutt vurderes det om flere kjente vikarer kan prioritere henvisninger for å sikre stabil drift.

På tidspunktet for tilsynsbesøket høsten 2024 fikk vi opplyst at det ikke er et tilstrekkelig fungerende avvikssystem. Det er rapportert mange avvik i røntgenavdelingen, med flere hundre tilfeller de siste årene. Mens noen ansatte melder mange avvik, er det andre som melder få eller ingen. De som har meldt avvik opplyste at de ble lite involvert i etterkant, og tilbakemeldingene de mottok var ofte standardiserte. Høsten 2024 opplyste flere ansatte at de ikke så nytten av å melde avvik, og noen brukte alternative kanaler som e-post i stedet for helseforetakets avvikssystem. Ledelsen hadde ikke systematisert avvikene, og det var uklare roller

og ansvar når det gjelder å gjennomgå alvorlige hendelser og vurdere konsekvenser for pasientene. Avvikssystemet har blitt benyttet i liten grad, i den forstand at avviksmeldingene ikke har vært gjenstand for behandling i lederlinjen. Kvalitetsutvalgene (KVAM utvalg) i avdelingen hadde ikke hatt møter på en stund under tilsynsbesøket i 2024, men det hadde kommet i gang igjen ved oppfølgingsbesøket i juni 2025. Ved samme besøket i juni 2025 fikk vi demonstrert et nytt avvikssystem, KVIKK, hvor avviksmeldingene blir kategorisert etter type hendelse. Kategoriene er utviklet nasjonalt og benyttes av alle foretak i spesialisthelsetjenesten.

Etter at det ble avdekket at den innleide vikaren (ref. «Vikarlegesaken») hadde brukt uforsvarlig kort tid på å kvalitetssikre røntgensvar ble det gjennomført en regranskning av ca. 1000 pasienter, både undersøkelser han hadde kontrassegnert og undersøkelser han hadde beskrevet og signert. Regranskningen omfattet undersøkelser tilbake til 2017. Rapporten viser at det ble avdekket flere tilfeller i kategorien «alvorlig grad av feil». Der man i regranskningen har vurdert at oppfølging av feil kan ha høy hastegrad, har UNN blitt varslet fortløpende. For noen av de eldste undersøkelsene er det gjort funn under regranskningen som kunne tilsi kontroll, men der det ikke anses nødvendig. Det fordi pasienten i ettertid allerede er avklart eller fulgt opp på annen måte, inkludert i forbindelse med kontrollundersøkelse, demonstrasjon eller regranskning lokalt eller ved UNN. Det fremgår ikke av rapporten hvordan de enkelte pasientene er fulgt opp, eller hvilken informasjon de har fått om feil.

I samme rapport har UNN gitt sin vurdering av fem pasienter som var døde på tidspunkt for regranskningen og hvor det ble avdekket alvorlig grad av feil. For fire av disse pasientene ble ikke pårørende informert om at det hadde skjedd svikt i helsehjelpen. UNN har begrunnet dette med at informasjon til pårørende er utelatt da det kunne føre til økt belastning og forvirring ettersom det var stor usikkerhet rundt konsekvensene av feilene. For en pasient ble det radiologiske avviket gjort kjent for pasienten før pasienten døde.

Helsetilsynet fikk på tilsynsbesøket høsten 2024 informasjon om at arbeidsmiljøet utgjør en risiko for kvaliteten på tjenestene og at det har konsekvenser for pasientsikkerheten. Det ble også opplyst at disse utfordringene har vært til stede over lengre tid. Overleger og LIS har høy arbeidsbelastning både på dagtid og i vaktssammenheng. Videre rapporterte både ledere og leger om utfordringer knyttet til samarbeid og kommunikasjon, og en gjensidig tillitssvikt.

På tidspunkt for tilsynsbesøket høsten 2024 var det få arenaer for dialog og kommunikasjonen, men etter at avdelingsleder tiltrådte ble flere arenaer for dialog og samarbeid etablert. Det synes å være en mer stabil arbeidssituasjon da Helsetilsynet var på oppfølgingsbesøk i juni 2025, da flere har kommet tilbake fra sykemeldinger, noe som oppleves positivt for avdelingen.

I forbindelse med tilsynsbesøket i juni 2025 fikk vi informasjon om at maskinparken utgjør en flaskehals for gjennomføring av undersøkelser og prosedyrer. I tillegg var det problemer med en konkret CT-maskin som tidvis stoppet opp uten forvarsel under pågående undersøkelser. Helsetilsynet vurderte at risikoen for alvorlig

pasientskade kunne være høy i situasjoner der maskiner stopper uventet. Vi ba derfor i brev 24. juni 2024 om en skriftlig tilbakemelding fra UNN om hvilke risikovurderinger som var gjort knyttet til videre bruk av maskinen, og en konkret plan for oppgradering og investering i maskinparken generelt.

UNN har i brev 8. juli 2025 redegjort for maskinparken og opplyser at mye av utstyret har driftstid over det som kan forventes av modalitetene. UNN har gjort en risikovurdering av deres modaliteter på CT, ultralyd og MR. Her fremgår at CT lab 7, hvor de har fått kassasjonsvarsel, må skiftes ut. De vurderer at det kan oppstå en svært alvorlig pasientskade dersom utstyret stopper under en intervensjonsprosedyre, og risikoen vurderes som moderat. Prosess for anskaffelse av ny CT-maskin er igangsatt, og vil bli presentert på neste styremøte i september/oktober 2025. På lab 7 er annen aktivitet på maskinen redusert for å minimere risiko for nedetid under intervensjon. Risikoen for pasientskader knyttet til nedetid på maskinparken generelt anser UNN også som moderat, ettersom de har flere modaliteter av samme type. Det forberedes en styresak til UNN styret i oktober, der det vil bli presentert en samlet oversikt over utstyr som har blitt gammelt og der det er behov for å starte en utskiftning. Det er iverksatt prosess for innkjøp av ny MR-maskin i Harstad.

3 Helsetilsynets vurderinger

Vi vil i dette kapittelet først gi en vurdering av følgende områder:

- Håndtering av henvisninger og oppfølging av undersøkelser
- Vikarbruk
- Ledelse i sykehus - bruk av medisinskfaglig rådgiver
- Avvikshåndtering og informasjon til pasienter og pårørende

Deretter vil vi beskrive kvalitet- og forbedringsarbeidet som er utført og planlagt, før vi gir vår vurdering av dette arbeidet.

3.1 Organisering og tilrettelegging av system for radiologiske tjenester

3.1.1 Håndtering av henvisninger og oppfølging av undersøkelser

Tilsynets gjennomgang har avdekket svakheter i organiseringen og ledelsen ved røntgenavdelingen ved UNN, Tromsø. Dette inkluderer blant annet en utilstrekkelig håndtering av kjente risikoer som har medført forsinket utredning og behandling av pasienter.

Det var en kjent sak for ledelsen ved UNN at mange pasienter opplever for lang ventetid for prioritering og gjennomføring av radiologiske undersøkelser, da Helsetilsynet var på første tilsynsbesøk høsten 2024. Helsetilsynet fikk se oversikter som viste utviklingen i antall henvisninger «på vent» i de ulike organgruppene, og det var spesielt kritisk i én organgruppe (abdomen). Den gruppen hadde alene flere hundre henvisninger som ventet på å bli behandlet, og i tillegg et stort antall

undersøkelser som var utført, men som ventet på beskrivelse og godkjenning. UNN uttrykte bekymring for pasientsikkerheten som følge av disse forsinkelsene, og erkjente at driften på visse tidspunkter har vært uforsvarlig på enkelte områder i røntgenavdelingen. Det foreligger videre konkrete eksempler på at pasienter har mottatt uforsvarlig utredning og/eller uforsvarlig behandling ved avdelingen.

Etter tilsynet har UNN iverksatt tiltak som har redusert ventetiden for prioritering av henvisninger vesentlig. Det har imidlertid oppstått en ny flaskehals i pasientforløpet. Pasientene må nå vente lenger på å få gjennomført bildediagnostikk, noe som skyldes kapasitetsutfordringer og tidvis tekniske problemer med maskinparken ved røntgenavdelingen. Dette fører til at forsinkelser i utredningsprosessen fortsatt er en utfordring, men de oppstår nå i en annen del av pasientforløpet, slik at pasientene nå står i en ny «kø».

Risikoen knyttet til utfordringene i maskinparken, som fører til forsinkelser i pasientbehandlingen, er ikke i samsvar med forsvarlighetskravet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. I tillegg er det utfordringer knyttet til den aktuelle CT-maskinen som tidvis stopper under en undersøkelse. Dette øker risikoen for pasientskade og utgjør en risiko for pasientsikkerheten.

Selv om ledelsen overvåker antallet pasienter på venteliste og har redusert ventetiden for prioritering av henvisninger, har klinikere beskrevet at det fortsatt mangler en systematisk tilnærming til prioritering av arbeidsoppgaver. Under tilsynsbesøket i juni 2025 ble det fremhevet at den nye avdelingslederen har tatt en aktiv rolle i dialogen med legegruppen om prioritering av arbeidsoppgaver, noe som har bidratt til redusert ventetid for behandling av henvisninger. Også andre tiltak, som blant annet OUS- samarbeidet, har bidratt til redusert ventetid. Etter Helsetilsynets oppfatning synes det fremdeles å mangle et systematisk rammeverk for gjennomføring og prioritering av oppgaver. Etter vår oppfatning avhenger det i for stor grad av enkeltpersoner, spesielt lederens tilstedeværelse og oppfølging. Dette er sårbart når leder blir byttet ut. Tilsynet opplever videre uklarhet om hvilket system UNN har for å overvåke forsinkelser i pasientforløpene, inkludert omfanget av forsinkelsene og graden av overskridelse.

Bemanningsproblemer har skapt betydelige utfordringer for UNN i å opprettholde en forsvarlig drift som ivaretar både de ansattes arbeidsmiljø og pasientsikkerheten. Dette problemet er velkjent nasjonalt, og det har vært gjenstand for oppmerksomhet både i sykehusets ledelse og i Helse Nord. Til tross for disse utfordringene, er det likevel sykehusledelsens plikt å iverksette tiltak som kompenserer for disse utfordringene, slik at det ikke går ut over kvaliteten på tjenestene eller pasientsikkerheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. § 3-4 a.

Under tilsynsbesøket kom det også frem at det høye arbeidspresset og den store belastningen på helsepersonellet økte risikoen for feilbehandling. Videre ble det rapportert at avdelingen ofte må håndtere akutte situasjoner og at arbeidet bar preg av «brannslukking» uten tilstrekkelig styringsmekanismer av hvilke oppgaver som skal prioriteres først, noe som ytterligere forsterker bekymringene for pasientsikkerheten.

3.1.2 Vikarbruk

I den såkalte «Vikarlegesaken» avdekket LIS at vikarlegens kontrasignering av CT-undersøkelser, som primært var gransket og beskrevet av LIS, ble kontrasignert uten at de hadde vært gjenstand for en reell gjennomgang. Bilder og primærbeskrivelse var, bedømt ut fra tidsforbruket, kun åpnet og lukket igjen. Dette hadde pågått over lang tid uten å bli oppdaget.

Ved det første tilsynsbesøket høsten 2024 manglet det systemer for å sikre at innleide vikarer utførte arbeidet faglig forsvarlig. Det var heller ikke utført stikkprøver eller internrevisjoner på dette området. Ved tilsynsbesøket 2025 observerte Helsetilsynet en vesentlig forbedring. Dette var resultat av flere tiltak.

Ifølge dokumentet «Rutine for avtaleinngåelse, kompetansevurdering, forberedelse og mottak av legevikarer, Røntgen UNN Tromsø», skal organgruppeleder eller medisinsk faglig rådgiver vurdere kompetansen til nye vikarer som rekrutteres via vikarbyrå før ankomst. Vikarer som ansettes i såkalte 0 %-stillinger, skal videre vurderes/godkjennes av avdelingsleder i samarbeid med organgruppeleder før ansettelse. Ved ankomst tildeler organgruppeleder granskingsstasjon og arbeidsoppgaver. Vikarene informeres om at de kun skal preliminærsignere undersøkelser de beskriver, som en del av kvalitetssikringen, og de skal ikke beskrive undersøkelser som ikke er avtalt. I tillegg fikk vi opplyst at avdelingsleder følger opp vikarene tett, i samarbeid med de fast ansatte radiologene.

Helsetilsynet vurderer at UNN har implementert en struktur for en bedre kvalitetssikring av vikarer. Dette inkluderer blant annet en mer detaljert oppdragsbeskrivelse til vikarbyråene, som bidrar til å rekruttere vikarer som er bedre egnet til oppdraget. Videre observerer vi tydelig forbedring med involvering av faggrupper i kvalitetssikring av arbeidet, som i mindre grad var på plass tidligere.

Det er sentralt at UNN i det videre arbeidet følger opp og evaluerer om tiltakene fungerer etter hensikten, dvs. at de sikrer og opprettholder høy kvalitet i tjenestene som leveres til UNN.

3.1.3 Ledelse i sykehus - bruk av medisinskfaglig rådgiver

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 at sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. I annet ledd fremgår at dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

På tidspunkt for første tilsynsbesøk i september 2024 hadde UNN en medisinskfaglig rådgiver i 20 prosent stilling, som nå er planlagt å øke til 40 %. Funksjonen tilhører avdelingsnivået ved UNN. På samme tidspunkt manglet det ledere på to ulike nivåer under klinikkleder: avdelingsleder for røntgenavdelingen og seksjonsleder for overlegene. Klinikkleder har over en lengre periode fungert i alle tre stillingene. Helsetilsynet vurderer at det å skulle utføre ledelse på tre ulike nivåer på samme tid ikke er i tråd med sphi § 3-9. Høsten 2024 ble det ansatt ny avdelingsleder. Stillingen som seksjonsleder for overlegene er fremdeles ikke besatt. På tilsynsbesøk i juni 2025 var også seksjonsleder for LIS ansatt.

Under tilsynsbesøket høsten 2024 kom det frem at den medisinskfaglige rådgiveren hovedsakelig ble anvendt til å utføre bestemte oppgaver på vegne av ledelsen, som for eksempel å tilrettelegge og hjelpe til med vaktlistene, og i liten grad som rådgiver i beslutningsprosesser for ledelsen. Dette er ikke etter intensjonen i loven, som er å sikre at medisinskfaglige forhold i tilstrekkelig grad er belyst og vurdert i de beslutninger som skal tas av ledelsen. Dette innebærer at lederlinjen har hatt mindre bruk av medisinskfaglig rådgivning som beslutningsstøtte enn det sannsynligvis har vært behov for. Det er ikke et absolutt krav om å peke ut medisinskfaglige rådgivere på alle nivå, men det er krav om at sykehusets ledelse gjør en kontinuerlig vurdering av hvilke områder og nivåer det bør utpekes en medisinsk faglig rådgiver. Når hensynet til forsvarlighet gjør det nødvendig, fastsetter loven at det er en plikt til å peke ut en slik rådgiver.

I redegjørelse om bruk av medisinskfaglig rådgiver fra UNN 3. februar 2025, legges det nesten utelukkende vekt på at funksjonen skal brukes som rådgiver overfor leger og radiografer i avdelingen. UNN har beskrevet at ansvarsområdene for den medisinskfaglige rådgiver omfatter legene ved Seksjon organgruppe overleger og Seksjon leger i spesialisering (LIS). I tillegg har også medisinskfaglig rådgiver en funksjon for radiografene i de øvrige seksjonene i Røntgenavdelingen som ikke har egen medisinskfaglig rådgiver. Brystdiagnostisk senter, Seksjon Harstad og Seksjon Narvik har egne medisinskfaglige rådgivere. Senter for Angio/intervensjon har også egen medisinskfaglig rådgiver. Etter Helsetilsynets oppfatning foreligger det en sammenblanding av medisinskfaglig rådgivers rolle og bruk av andre «ikke-ledere/overleger» til uformelle råd.

Den tilsendte funksjonsbeskrivelsen gir en overordnet beskrivelse av rollen, og etter Helsetilsynets oppfatning er det behov for en tydelig avklaring av hvordan funksjonen skal operasjonaliseres i avdelingen.

Ikke tilstrekkelig bruk av medisinskfaglige rådgiveres funksjon ved radiologisk avdeling øker risikoen for at beslutningene mangler faglig forankring, noe som kan gå ut over pasientsikkerheten.

3.1.4 Avvikshåndtering og informasjon til pasienter og pårørende

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring krever at helseforetak sikrer forsvarlige tjenester og stadig forbedrer kvalitet og pasientsikkerhet. Dette forutsetter en solid internkontroll for å overvåke tjenester, identifisere og håndtere avvik, og forebygge feil.

Helsetilsynet har mottatt en omfattende liste over avvik de siste to årene. Under tilsynsbesøket høsten 2024 kom det frem at avvikssystemet hadde vært inaktivt over en lengre periode. Helsepersonell rapporterte at avviksmeldinger sjelden ble brukt til læring eller forbedring av tjenestene, og flere var bekymret over den manglende håndteringen av disse hendelsene og konsekvensene dette kan ha fått for pasienter. Vi fikk også opplyst at helsepersonell sjelden ble involvert i oppfølgingsprosessen

etter å ha rapportert et avvik, og at de ofte mottok standardiserte tilbakemeldinger. Dette resulterte i at flere ansatte opplevde det som meningsløst å rapportere avvik.

Klinikkledelsen bekreftet at de ikke hadde klart å følge opp avvikssystemet i tilstrekkelig grad i ca. ett års tid grunnet bemanningsutfordringer, sykemeldinger og manglende lederressurser. Avviksmeldingene hadde ikke vært gjenstand for behandling i lederlinjen eller behandlet i kvalitetsutvalgene (KVAM-utvalgene), da heller ikke KVAM-møtene hadde vært i drift på en stund. Samtidig ble det gitt uttrykk for at det ble meldt flere avviksmeldinger enn nødvendig fordi flere av hendelsene handlet om samme tema, og at meldingene var sendt med hensikt å utøve press på ledelsen, som en del av en konflikt i avdelingen.

Det fremgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 g og § 8 e at det er en plikt å ha oversikt over avvik og uønskede hendelser i virksomheten og jevnlig gjennomgå disse. Dette har vært en oppgave som ikke har vært håndtert i henhold til regelverket, og det har vært et gap mellom kravene som regelverket stiller og den faktiske håndteringen av avvik og uønskede hendelser ved avdelingen.

Ved tilsynsbesøket i juni 2025 fikk Helsetilsynet presentert det nye avvikssystemet ved UNN. Ledelsen ved avdelingen har uttrykt et ønske om at avvik meldes for å sikre læring og forbedring. Samtidig har flere ansatte gitt uttrykk for at de synes det er vanskelig å melde avvik fordi de føler seg usikre på hvordan det vil påvirke dem personlig. Helsetilsynet påpeker at det er viktig at UNN fortsetter å jobbe for å etablere en god meldekultur som fremmer læring og kontinuerlig forbedring.

Helsetilsynet har merket seg at røntgenavdelingen sender avvik videre til den behandlingsansvarlige avdelingen. Det fremstår for Helsetilsynet som det er en uklar organisering med hensyn til roller og ansvar når hendelser skal gjennomgås og vurderes, og hvordan røntgenavdelingen lærer av slike hendelser. Det er videre uklart om det foreligger et system for hvordan UNN vurderer og ivaretar plikten til å informere pasienter og pårørende etter at et avvik er oppdaget.

I rapporten fra UNN med gjennomgang av tidligere saker (regranskningsrapporten) omtales fem pasienter som var døde på tidspunktet for gjennomgangen. For fire av disse pasientene ble ikke nærmeste pårørende informert om at det hadde skjedd svikt i helsehjelpen fordi feilen ikke ble ansett å ha noen konsekvens for pasientforløpet. Helsetilsynet har ikke tilstrekkelig opplysninger om de nevnte pasienthendelsene til å kunne gjøre en kvalifisert vurdering av om informasjon burde vært gitt eller ikke. Det kan imidlertid fremstå som om det i enkelte tilfeller har vært usikkerhet rundt feilens betydning for pasientforløpet, men at informasjon likevel ikke har blitt gitt. Vi viser til at UNN har begrunnet unnlattelse av å gi informasjon til pårørende med at det ikke ville gi noen merverdighet, og kunne føre til økt belastning og forvirring, siden det var stor usikkerhet rundt konsekvensene av feilene.

Pasient og brukerrettighetsloven regulerer pasienter og nærmeste pårørendes rett til informasjon. En åpen og ærlig erkjennelse av at det har skjedd en uønsket hendelse når det inntreffer, og hva som har skjedd er sentralt. Det foreligger også informasjonsplikt der årsakssammenheng mellom den radiologiske feilen og

dødsfallet ikke er endelig avklart, eller der det er usikkert rundt konsekvensene av feilene. UNNs begrunnelse for å unnlate å informere nærmeste pårørende fordi det kunne føre til økt belastning for de pårørende, og fordi det var usikkerhet rundt konsekvensene av feilen, er ikke i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og 3-3.

Oppsummert:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ikke sørget for forsvarlig organisering og tilrettelegging av sine radiologiske tjenester slik at pasientbehandlingen blir forsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§6-9.

UNN har ikke en praksis i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og 3-3.

UNN er i gang med et omfattende forbedringsarbeid på området, hvor mye godt kvalitetsarbeid er igangsatt. Vi vil gjennomgå dette arbeidet i punkt 3.2.

3.2 *Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*

UNN har plikt til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Denne plikten understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (internkontroll).

Formålet med internkontrollen er å bidra til at UNN overholder sine lovpålagte plikter, og er et virkemiddel for at ledelsen skal kunne sørge for at krav til forsvarlighet og kvalitet blir iverksatt i hele virksomheten.

UNN har redegjort for arbeid med kvalitet og forbedring både under tilsynsbesøket, i dialogmøter, og i skriftlige redegjørelser til Helsetilsynet.

3.2.1 *Tiltak som UNN har iverksatt for å bedre pasientsikkerheten*

Bemanning og utvidelse av maskinpark

UNN beskriver at de har utfordringer når det gjelder ventetid til undersøkelser på Røntgenavdelingen grunnet blant annet bemanningsutfordringer på overlegesiden og kapasitetsutfordringer knyttet til maskinparken. For å bedre kapasiteten, arbeider UNN med en utvidelse av maskinparken.

UNN har en kontinuerlig utlysning ute for å rekruttere flere overleger til avdelingen. Det er også planer om å ansette tre nye leger i spesialisering (LIS) i løpet av 2025, med mål om å sikre videre utdanning av egne overleger og styrke bemanningen ytterligere. I tillegg jobbes det med å få tak i kompetanse fra Sverige.

Rekrutteringen har imidlertid vist seg å være utfordrende. Nylig ble det ansatt en overlege i «organgruppe nevro», og det forventes at det vil ansettes flere LIS. For å øke aktiviteten på laboratoriet, har flere radiografstillinger blitt lyst ut, og ansettelser er også gjennomført. Tiltaket vil bidra til å redusere ventetiden for pasienter som skal gjennomgå CT- eller MR-undersøkelser.

Avdelingen har over tid forsøkt å rekruttere en seksjonsleder for organgruppene og overlegene, men har per dags dato ikke lyktes med dette. Ifølge ledelsen har det vært utfordrende å rekruttere til denne rollen. Seksjonsleder for LIS er imidlertid nå på plass. For å sikre kvaliteten på arbeidet, gjennomføres nå kontrasignering av LIS fortløpende med bistand fra faste vikarer fra Oslo universitetssykehus HF (OUS), noe som har resultert i betydelig redusert svartid siden Helsetilsynet var på første tilsynsbesøk i september 2024.

Videre har Utdanningskomiteen i Røntgenavdelingen gjort betydelige forbedringer i spesialistutdanningen. Dette inkluderer blant annet systematisering av utdanningsplan, individuell plan, veiledning, supervisjon, internundervisning, vurdering av læringsmål og rotasjonsordning, i samarbeid med LIS- og overlegegruppen. UNN har også etablert et samarbeid med OUS Ullevål om undervisning av LIS, hvor LIS fra UNN deltar på undervisning via Teams to ganger per uke, i tillegg til å delta på regional undervisning i Helse Nord.

Økt aktivitet

UNN har satt i gang økt poliklinisk aktivitet på ettermiddag og kveld for MR og CT som et tiltak for å kompensere for kapasitetsutfordringer knyttet til maskinparken og bemanning. Etableringen av denne utvidede aktiviteten har forbedret utnyttelsen av den eksisterende maskinparken betydelig. Videre har iverksatte tiltak for å redusere svartiden for gjennomførte undersøkelser ført til en forbedring i håndteringen av undersøkelser med normal ventetid for polikliniske pasienter.

UNN har inngått avtaler med radiologer fra Oslo universitetssykehus (OUS) som regelmessig arbeider på felles arbeidslister ved UNN og bistår ved enkelte multidisiplinære teammøter (MDT-møter), samt med undervisning og supervisjon av LIS og radiologer. Ledelsen beskriver at dette har blitt svært positivt mottatt av både ledelse, radiologer og LIS, spesielt ettersom UNN har etablert en fast gruppe med vikarer.

Videre er det opprettet en samarbeidsarena mellom overleger og LIS ved UNN og overlegene fra OUS, som inkluderer en mentorfunksjon for håndtering av kompliserte pasienttilfeller. Dette samarbeidet foregår både via chat-funksjon i PACS og via telefon, noe som har styrket den faglige kommunikasjonen og støtten i komplekse tilfeller.

Dialog og involvering av fagmiljøet

Helsetilsynet har fått beskrevet at det er bedre involvering av fagmiljøet ved UNN gjennom etableringen av regelmessige møteserier. Det vises til bedre møtestruktur hvor radiologer, leger i spesialisering (LIS), radiografer, organgruppeledere, medisinsk faglig rådgiver, tillitsvalgte og verneombud er aktivt involvert. Det er opprettet faste møteplasser for legegruppen, tillitsvalgte og vernetjenesten, noe som

bidrar til økt samarbeid og kommunikasjon. Avdelingsleder har ansvaret for og leder møtet. KVAM-gruppemøter finner sted annenhver måned.

Ny avdelingsleder har gått aktivt inn i dialog med legegruppen i forhold til prioritering av arbeidsoppgaver. Dette ser ut til å ha hatt effekt på behandling av nye henvisninger, spesielt i abdomengruppen.

Avdelingens forsknings- og utviklingsarbeid (FOU) har tidligere hatt lav aktivitet, men det er nå igangsatt en møteserie der deler av lederteamet og radiologer med forskningsansvar samles for å vurdere og styrke avdelingens forskningsaktivitet. Den medisinskfaglige rådgiveren blir innkalt til alle ledermøter i avdelingen og har selv anledning til å bestemme om deltagelsen skal gjelde enkeltsaker eller hele møtet.

Organisatoriske endringer

Det er igangsatt et organisasjonsutviklingsarbeid (OU-arbeid) for å etablere en permanent ny organisasjonsmodell. Dette arbeidet er styrt av elleve definerte mål, blant annet å styrke ledelsen, fremme et helsefremmende arbeidsmiljø, integrere radiologifaget i ledelsen av avdelingen, og sikre fagets posisjon på sykehuset. Prosjektet er spesifikt rettet mot å utvikle nye organisasjonsmodeller for seksjon for organgrupper og seksjon for leger i spesialisering (LIS). Dette initiativet ble tatt som følge av en midlertidig deling av seksjonen for å kompensere for en vakant lederstilling. Gruppen som arbeidet med dette fikk i oppgave å vurdere om delingen burde bli permanent.

Avdelingen tar ukentlig ut rapporter som gjennomgås på lederteammøtet hvor de ser på hver enkelt organgruppe på radiologisk avdeling samt seksjon Harstad og Narvik, med tanke på antall henvisninger til prioritering, antall undersøkelser til diktering og antall undersøkelser til signering. I tillegg rapporteres det på antall undersøkelser pr. modalitet; CT, MR og UL, som av ulike grunner ikke er gjennomført innenfor angitt prioriteringsdato satt av radiolog ved prioritering av henvisning.

RIS/PACS koordinator-funksjonen (informasjons- og kommunikasjonssystem) er nå bemannet av en ressurs fra Forvaltningssenter for radiologi, noe som har styrket kompetansen rundt avdelingens primære arbeidsverktøy. Dette har ført til bedre oversikt og kontroll over arbeidslister, regelmessig gjennomgang av disse listene, og en fortløpende utbedring av funksjonelle feil i Sectra RIS/PACS.

Til slutt har UNN informert om at ansettelsen av en radiograf med spesialkompetanse i kunstig intelligens (KI) vil bidra til implementeringen av KI-radiologi. Dette forventes å avlaste radiologenes arbeid, spesielt ved granskning av brudd.

Områder UNN har identifisert som krever ytterligere forbedring

UNN har anerkjent behovet for bedre rutiner for kontroll og oversikt over tilstedeværelsen i legegruppen.

Forbedringsarbeidet av faglige prosedyrer, spesielt innen CT og MR, har fått økt prioritet og er allerede igangsatt i samarbeid med fagradiografer tilknyttet disse modalitetene.

UNN ønsker også å forbedre oppfølgingen av rapportering om ugjort arbeid, som nå rapporteres inn ukentlig på lederteammøter og følges opp av avdelingsleder.

Videre har UNN fokus på å forbedre rutineene for oppfølging av avvik, et arbeid som ledes av avdelingsleder i samarbeid med rådgiver

For å forbedre driften på laboratoriet innføres det tiltak for bedre timeoppsett og prioritering av arbeidsoppgaver.

UNN ser også på oppgaveglidning som en mulighet for å avlaste radiologene, hvor radiografer kan overta eller bidra til å fullføre flere undersøkelser. Eksempler på dette er volumtegning på hjerter og svelgundersøkelser, inspirert av praksis ved Rikshospitalet. For å sikre faglig forsvarlighet i denne prosessen, vil det være nødvendig med gode prosesser som involverer både radiografer og radiologer.

Ny «vikarprosedyre» ble ferdigstilt våren 2025 og omhandler rutine for avtaleinngående, kompetansevurdering, forberedelse og mottak av legevikarer. Rutinen er godkjent av avdelingsleder og implementert. I tillegg fikk vi opplyst at avdelingsleder følger opp vikarene tett, i samarbeid med de fast ansatte radiologene. UNN ønsker å forbedre dialogen mellom fast ansatte radiologer og vikarer og fortsette arbeidet med å kartlegge faste vikarers spesialområder for å bedre utnytte deres kompetanse i gjennomføring av undersøkelser, internundervisning og supervisjon av LIS.

UNN erkjenner at arbeidsmiljøet trenger forbedring, da det fortsatt utgjør en risiko for pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenesten. Arbeidsbelastningen er høy for både overleger og LIS på grunn av lav grunnbemanning, noe som påvirker både dagtid og vaksammenheng. Mangelen på en seksjonsleder for seksjon organgrupper og LIS over lengre tid, og fortsatt mangel på en seksjonsleder for overlegene, har også betydning for samarbeidet mellom seksjonene, styring av tilstedeværelse og prioritering av arbeidsoppgaver.

3.2.2 Helsetilsynets vurdering knyttet til det pågående forbedringsarbeidet

Helsetilsynet ser at UNN har satt i gang flere tiltak for å håndtere utfordringene i røntgenavdelingen, og vurderer at disse tiltakene utgjør viktige skritt i riktig retning.

Vi vurderer at UNN arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Vi ser imidlertid at det gjenstår en del arbeid som må gjøres for å sikre en stabil og forsvarlig drift.

Vi henviser til kapittel 3, hvor det er identifisert flere mangler i organiseringen og tilretteleggingen av de radiologiske tjenestene, basert på de valgte temaene for dette tilsynet som fremgår av kapittel 1. Under tilsynsprosessen har det også vært fokusert på andre viktige områder som vi mener spiller inn på pasientsikkerheten, og som det

har vært ført dialog om med både helsepersonell og ledelse. De manglene som er fremhevet av Helsetilsynet i denne rapporten har etter vårt syn direkte konsekvenser for pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenesten. Vi vil imidlertid understreke at kommentarene gitt i det følgende ikke er uttømmende.

Blant funnene i tilsynet, som krever videre oppmerksomhet for kvalitetsforbedring, er forsinkelser i pasientforløpene, som har ført til at pasienter har mottatt uforsvarlig utredning og behandling. Videre har manglende systematikk for prioritering av oppgaver, arbeidsflyt, og svakheter i overvåkingen av forsinkelser bidratt til en sårbar drift.

Det er viktig at UNN fortsetter med langtidsplanlegging for å sikre en stabil bemanningssituasjon. Dette inkluderer blant annet å styrke rekrutteringsstrategier, analysere årsaker til turnover, og satse på fagmiljøet og karriereutvikling. Det vurderes som positivt at UNN tar i bruk nye strategier for å rekruttere svenske radiologer og har innført et stabiliseringstillegg for leger i spesialisering (LIS) for å opprettholde kompetanse og redusere turnover. Vi ser det som særlig positivt at samarbeidet med radiologer fra Oslo universitetssykehus (OUS) og Diakonhjemmet sykehus videreføres, da dette har vist seg å ha flere positive effekter. Blant annet har vist seg effektivt ved å redusere antallet ugjorte arbeidsoppgaver og bidrar til mer enn bare en kortsiktig løsning for forbedret pasientsikkerhet.

Helsetilsynet ser det videre som positivt at UNN arbeider for å styrke kommunikasjon og samarbeidet i røntgenavdelingen, ved blant annet etablering av flere arenaer for dialog og bedre involvering av fagpersoner. Samtidig erkjenner UNN behovet for å forbedre arbeidsmiljøet og involverer de ansatte i dette arbeidet. Det er etter Helsetilsynets vurdering avgjørende at UNN opprettholder fokus på disse områdene for å sikre varige forbedringer. Vi vurderer det også som viktig avdelingen adresserer den opplevde usikkerhet blant flere helsepersonell om konsekvensene av å melde avvik. En slik usikkerhet kan hemme meldekulturen som er avgjørende for å identifisere og forebygge feil.

Helsetilsynet har merket seg at det er uklarheter i strukturen og samhandlingen mellom de kliniske avdelingene på UNN og røntgenavdelingen. Dette er også et forhold vi har mottatt bekymringsmeldinger om fra andre avdelinger på UNN. Det knytter seg til uklar organisering av roller og ansvar mellom avdelinger når hendelser skal gjennomgås og vurderes, og hvordan røntgenavdelingen lærer av alvorlige hendelser. Vi har også påpekt at det er usikkert hvordan UNN/røntgenavdelingen forstår og oppfyller sin plikt til å informere pasienter og pårørende etter at det er oppdaget et avvik i røntgenavdelingen. Det er også uklart hvilken struktur som er etablert for samhandling mellom kliniske avdelingen og røntgenavdelingen i slike situasjoner. Et annet eksempel er samhandling med andre avdelinger når det gjelder tilstrekkelig tilstedeværelse i MDT-møter. Helsetilsynet ber om en tilbakemelding på hvordan samhandlingen med andre kliniske avdelinger og røntgenavdelingen ivaretas.

Etter Helsetilsynets oppfatning synes det å foreligge en mangelfull forståelse av regelverket som omhandler når det skal gis informasjon til nærmeste pårørende om svikt i helsehjelpen. Helsetilsynet forventer at praksis bringes i tråd med regelverket,

og at dere vurderer om noen pasienter eller nærmeste pårørende skal informeres om tidligere avvik. Vi ber om en tilbakemelding på hvordan dette følges opp. Åpenhet ved feil er avgjørende for tilliten til helsetjenesten. Helsetilsynet ønsker også en generell tilbakemelding på hvordan UNN har fulgt opp feil rapportert av Unilabs underveis i «regranskingsprosjektet». Dette fremgår ikke tydelig av rapporten vi har mottatt.

Risikoanalysen (ROS) som omhandler CT maskinen på lab 7 og de tekniske utfordringene knyttet til denne, beskriver bare en «middels» sannsynlighet for hendelser med «alvorlig konsekvens». Det er likevel opplyst at det har vært 11 avvik som har omhandlet nedetid på lab 7, og vi er kjent med at maskinen har stanset også underveis i prosedyrer. Helsetilsynet etterlyser en mer konkret vurdering av forsvarligheten ved fortsatt bruk av denne maskinen. Det er opplyst at det vurderes ulike tiltak, som endring av timeoppsett, omdisponering av lab på dager med oppsatt intervensjonsprogram, og muligheten for å benytte hybridstue plan 7 til CT-veiledede intervensjoner. Vi ber om en oppdatert redegjørelse for status på disse tiltakene slik de er beskrevet i ROS- analysen.

Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt og forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedring vedvarer.

Helsetilsynet forventer at UNN, røntgenavdelingen, fortsetter sitt forbedringsarbeid med høy prioritet, tar funnene på alvor og iverksetter nødvendige tiltak som bedrer pasientsikkerheten.

Videre forventer vi at ledelsen evaluerer effekten av tiltak og justerer til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.

Vi vil følge utviklingen en stund fremover, og ber om en oppdatert statusrapport for kvalitetsarbeidet og resultatet i tjenesten.

4 Konklusjoner

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har ikke sørget for forsvarlig organisering og tilrettelegging av sine radiologiske tjenester slik at pasientbehandlingen blir forsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§6-9.

UNN er i gang med et omfattende forbedringsarbeid på området. Vi har kommet til at UNN arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

5 Videre oppfølging

Kvalitetsforbedring i helsetjenesten er en kontinuerlig prosess som krever systematisk arbeid for å sikre varige forbedringer.

- Helsetilsynet ber om en konkret tilbakemelding på forsvarligheten ved bruk av den konkrete CT- maskinen på lab 7 særlig ved invasive prosedyrer, og en oppdatert redegjørelse for status på tiltakene **innen 1. november 2025.**
- Vi ber om oppdatert tilbakemelding for kvalitetsarbeidet og oppfølging av tiltak innen **30. april 2026.**