



Helse – og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

[Høringsuttalelse til NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.](#)

Norsk Radiografforbund organiserer radiografer, stråleterapeuter, beskrivende radiografer og sonografer. De aller fleste av våre medlemmer har sitt daglige arbeide i spesialisthelsetjenesten innen bildediagnostikk samt innen avansert intervensjons utredning og behandling.

Kvinnslands utvalgets mandat var bl.a. å gi en beskrivelse av erfaringene med helseforetaksmodellen samt å vurdere og utrede tre alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskap og styring av spesialisthelsetjenesten.

Følgende tre alternativer lå til vurdering i mandatet:

- avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
- opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
- opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene

Utvalget har også vurdert en modell der de lokale helseforetakene ikke er selvstendige rettssubjekter, er uten lokalt styre og underlagt styrene i de regionale HF.

Samtlige forslag innebærer en sentralisering av makt og beslutningsnivåer, noe som vi mener ikke er i tråd med en lang tradisjon i Norge med lokal forankring og lokal delaktighet til beslutninger. Sterkere sentraliserte styringsmodeller vil motvirke behovet for reel desentralisering og delegering av ansvar lokalt dit tjenestene faktisk leveres. En omlegging og omorganisering mot en sterkere sentral styring av sykehusene tror vi vil virke forstyrrende på sykehusenes drift og evne til å løse sine oppgaver.

Med det som bakteppe mener Norsk Radiografforbund at dagens organisering med lokale og regionale helseforetak må videreføres, vi ser ikke at noen av de foreslåtte modellene som mer overbevisende eller bedre alternativer til dagens organisering.

Vi mener det uavhengig av modeller må gjøres en kritisk gjennomgang av ressursbruk i regionale og administrative nivåer. Tilgjengelige bevilgninger og ressurser må i størst mulig grad komme til nytte innen diagnostikk og behandling av pasienter. En bør utrede om f.eks. stabsfunksjoner kan samordnes mellom de ulike nivåene slik at ressursbruken kan effektiviseres slik at det kommer det utførende ledd til nytte.

I det følgende søker vi å problematisere de utfordringer vi ser med dagens helseforetaksmodell.

[Investeringer i medisin teknisk utstyr, MTU og bygg.](#)

Helseforetakene har ansvar for å prioritere investeringer i bygg og utstyr eller vedlikehold opp mot pasientrettet behandling og drift. Når stadig nye oppgaver og utredningsløp, som f.eks. pakkeforløp for kreft pålegges sykehusene blir bildediagnostiske avdelinger som flaskehalser i pasientbehandlingen. Norske sykehus har en gjennomsnittsalder på MR og CT maskiner over et anbefalt nivå og er eldre enn i land vi normalt sammenligner oss med.

Flere radiologiske enheter og stråleterapisentre har stort etterslep hva gjelder vedlikehold og fornying av teknisk utstyr. Norge har for eksempel blant Europas eldste beholdning av MR modaliteter, hvor nær ¼ del er mer enn 10 år gamle. Det er nødvendig med økte bevilgninger til fornying av teknisk utstyr innen bildediagnostikk og stråleterapi.

Etterslepet på MTU er i enkelte regioner for stort til at sykehusene klarer å ta investeringene gjennom overskudd på drift, uten at det går ut over pasienttilbudet. Dette går utover langsiktighet og planlegging for MTU investeringer og som følge ser vi at flere drifter utstyr langt utover anbefalt levetid før innkjøp av f.eks. nye MR og CT maskiner planlegges.

Helseforetaksloven § 43 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Kun ved driftsmessig balanse, kan avsatte midlene nyttes til nye investeringer, avdrag på lån, eller sparing til framtidige investeringer. Dette fører til lite forutsigbarhet for fagmiljøene i sykehusene i det nye pålegg i forhold til utredning og behandling vil kreve ressursinnsats som igjen vil kunne forpurre planlagte MTU investeringer.

Her virker det som om regnskapsloven er til hinder for ambisjonsnivået i sykehussektoren så lenge ikke sykehusene på annen måte kan ivareta sine investeringsbehov.

Det bør skisseres hvordan en i fremtiden bedre kan ivareta behovene for helt nødvendige investeringer i medisin teknisk utstyr og bygg. Moderne og oppgraderte løsninger innen MTU og bygg vil være et viktig bidrag til og vil gi kvalitets og effektiviseringsgevinster innen bildediagnostikken.

IKT-området.

De regionale foretakene er kommet ulikt ut i sine satsninger innen IKT og der er fremdeles store utfordringer innen kommunikasjonslinjer mellom foretakene når det gjelder bildediagnostikk. Her må de regionale grenser som er til hinder for en effektiv utveksling av bildediagnostikk og pasientinformasjon søkes nedbygd.

Norsk Radiografforbund støtter initiativ og pågående arbeid med «helseplattformen» i midt Norge og ser fram til at dette kan bidra til mer helhetlige løsninger innen IKT. Vi ser allikevel at de regionale grensene vil kunne sette begrensinger for gode nasjonale løsninger på området. Her kreves det nasjonal samordning og føringer for de regionale helseforetakene.

Forholdet mellom praksisplasser og universiteter/høgskoler

På utdanningsområdet ser vi behov for et bedre og mer avklart samspill og samordning mellom praksisavdelingene for radiografstudenter og utdanningsinstitusjonene.

Finansieringen av praksisplasser er i dag bakt inn i de generelle bevilgningene til RHF/HF, dette i motsetning til tidligere der midler tilfalt aktuelle praksisavdelinger direkte. Finansieringen er dermed ikke synliggjort som en egen del av driften på samme måte som før og fungerer ikke godt nok som incentiv og motivasjon for å motta radiografstudenter. Praksisdelen i radiografutdanningen utgjør anslagsvis et år av den treårige bachelor utdanningen. Det er derfor viktig at både utdanningsinstitusjonene og de enkelte avdelingene har forutsigbare og avklarte rammer for denne delen av studiet.

Det bør videre legges til rette for økt satsing på praksisveiledning gjennom satsing på veiledere i avdelingene og at helseforetakene også legger til rette fra sin side for kombinerte stillinger ved utdanningsinstitusjonene. Det må gis rom og tid til veiledningsoppgavene slik at ikke dette kommer i tillegg til de driftsutfordringer mange bildediagnostiske avdelinger erfarer.

Utfordringsbildet for bildediagnostikken og stråleterapien

Behov for økt kapasitet som følge av blant annet befolkningsutvikling og krav om reduserte ventetider vil medføre at sykehusene må rigges for å møte utfordringene.

Bildediagnostikk og stråleterapi har i de siste årene blitt mer presset på å levere mer på kvantitet etter at alle pakkeforløpene for kreft er innført. I 2013 fikk Norsk Radiografforbund utarbeidet en rapport i regi av NIFU som omhandlet temaet. Erkjennelsen i den rapporten av at bildediagnostikken er en flaskehals i pasientenes forløp i sykehusene har siden befestet seg ytterligere gjennom innføring av nevnte pakkeforløp. Dette kommer på toppen av utfordringer med en aldrende befolkning og forventet medfølgende økning av folkesykdommer som kreft.

Her må helseforetakene bedre settes i stand til å møte dagens og morgendagens utfordringer når det gjelder kvalitet, kvantitet og pasientsikkerhet innen bildediagnostikk og stråleterapi. Helseforetakene må ha incentiver til å opprette radiografstillinger slik at kostbare investeringer innen avansert bildediagnostikk og stråleterapi kan utnyttes i flere av døgnetts timer enn i dagens situasjon.

Helseforetakene må også intensivere arbeidet med en fornuftig oppgavedeling mellom profesjonene i spesialisthelsetjenesten noe som vil kunne bidra til mer effektive tjenester der ventetid for pasientene minimeres. Her må helseforetakene også se til internasjonal utvikling på hvordan effektiv bruk av tilgjengelige ressurser kan gjøres innen bildediagnostikken.

Vennlig hilsen
Nors Radiografforbund



Bent R Mikalsen
forbundsleder

Referanser:

1. Medical Imaging Equipment Age Profile and Density report from COCIR; 2016 edition.

http://www.cocir.org/uploads/media/16052_COC_AGE_PROFILE_web_01.pdf

2. Lekve K, Olsen D S, Fevolden A M. NIFU-rapport 2013:46. Glidende overgang: Flaskehalser og oppgavedeling innen bildediagnostikk.

https://khrono.no/sites/default/files/glidende_overgang_nifu_rapport_131126_2_1.pdf

3. NHS, National Health Service: Radiology Benchmarking 2016 – Findings published

<http://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/news/view-article.php?id=209>