

Helse- og omsorgsdepartementet

Teatergata 9

0030 Oslo

Oslo 25.4.2023

Høringssvar til Helsepersonellkommisjonens NOU 2023:4

Norsk Radiografforbund viser til Helsepersonellkommisjonens innstilling NOU 2023:4 *Tid for handling*. Våre innspill er orientert rundt de seks tiltaksområder på løsninger for det utfordringsbildet kommisjonen beskriver i sin rapport.

Utfordringsbildet

I rapporten dokumenteres de fremtidige bemanningsutfordringene innen helse- og omsorgstjenestene, blant annet som følge av lenge varslede demografiske endringer i den norske befolkningen. Endringer som innebærer at det blir færre yrkesaktive til å finansiere et økende behov for helsetjenester i Norge.

Rapporten beskriver at behovet for helsetjenester vil øke betydelig fremover mot 2040 og at tilgangen på helsepersonell vil bli begrenset. Dette er en virkelighetsbeskrivelse vi i Norsk Radiografforbund kjenner oss igjen i og en utvikling vi nå ser konturene av også for radiografer og stråleterapeuter, da det meldes til oss om økende knapphet i tilgang på kompetanse i tjenestene.

Vi støtter at utfordringene med personellmangel i tjenestene ikke bør løses ved import av helsepersonell. For våre grupper er det nå større knapphet på kompetanse i våre skandinaviske naboland enn i Norge, slik at selv i kulturelt like land med relativ lik utdanning, finnes ikke en reserve for våre helsetjenester. Norge bør være noenlunde selvforsynt med helsepersonell, skal vi klare det, må helsetjenestene være attraktive valg for søkere til yrker i helsesektoren.

Helsesektoren behøver stabile og forutsigbare rammevilkår som gjør det mulig å sikre seg nødvendig kompetanse for det omstillingsarbeidet som kommer.

Bildedagnostikk – en mer sentral del av utredning og behandling for pasientene

Gjennom teknologiske nyvinninger de siste tiårene har bildediagnostikk blitt en stadig viktigere og integrert del av moderne medisin og sykehusbehandling. Bildediagnostikk er helt sentralt for presis og målrettet behandling.

Bildedagnostikk omfatter ikke lenger kun utredning og diagnostisering, men benyttes i økende grad også til overvåkning av pågående behandling gjennom hyppige kontrollintervaller i for eksempel kreftpasientenes pakkeforløp. Klinikere får gjennom kontroller med bildediagnostikk, som CT og MR, en oppdatert status for den enkelte pasient i behandlingsforløpene. Innovasjonskraften på

teknologisiden ser ikke ut til å bremse opp og det er forventet at feltet blir videre digitalisert og at kunstig intelligens (KI) får en større plass innen bildediagnostikk og stråleterapi.

Digitalisering og teknologisk utvikling

Bildediagnostikk og stråleterapi har gjennom de siste 50 år opplevd en akselererende teknologisk utvikling. Tjenestene var gjennom den første bølge av digitalisering for 30 år siden ved innføring av digitale medier for lagring av bilder og data. Radiografer og stråleterapeuter har dermed første-hånds kunnskap om endringsprosesser som følge av digitalisering og raske teknologiske framskritt.

En videre digitalisering og utvikling av beslutningsstøttesystemer basert på kunstig intelligens (KI) er nå på vei inn i helsetjenestene. Dette vil også få stor innvirkning for områder som bildediagnostikk og stråleterapi, hvor vi ser en mulighet for bedre effektivitet og kvalitet i flere ledd.

Vi er enig i et perspektiv om at ikke- relasjonelle oppgaver automatiseres og digitaliseres i størst mulig grad, for å øke effektivitet og kvalitet i tjenestene.

Slike ikke- relasjonelle oppgaver kan være vurderinger av berettigelse, prioriteringer og planlegging av undersøkelser, automatisert dokumentasjon og logistikk, mer tilgjengelig pasientdata mellom ulike nivåer i helsetjenestene, og beslutningsstøtte til tolkning av bildediagnostikk/rapportering av diagnostiske funn basert på KI generelt, men også som støtte for radiografer og stråleterapeuter i andre deler av deres arbeidshverdag. Bruk av KI i planlegging av stråleterapi (doseplan) tas også i bruk, og her har stråleterapeuter en sentral rolle som samlet sett fører til mer effektive tjenester.

Et prosjekt i Vestre Viken kan nevnes særskilt – der tar en i bruk KI ved blant annet legevakttjenesten til å svare ut funn i røntgen- og skjelettundersøkelser. Dette bidrar til stor effektivisering, og styrking av tjenesten for pasientene, i det svaret er tilgjengelig kort tid etter at undersøkelsen er gjennomført. Pasientene kan dermed få riktig oppfølging like etter at bildematerialet er klart.

Vi anbefaler at det planlegges og tilrettelegges for at radiografer og stråleterapeuter med støtte i KI kan tillegges mer ansvar for større deler av forløpene innen bildediagnostiske undersøkelser og stråleterapi.

Radiografer og stråleterapeuter er i dag de største gruppene av helsepersonell på sine områder, og har med oppmerksomhet på både merkantile og omsorgs- og teknologirelaterte oppgaver, et godt utgangspunkt for å bidra til ytterligere å styrke tjenestene gjennom å ta i bruk KI- baserte systemer innen beslutningsstøtte.

Ansvars og oppgavedeling

NRF støtter en mer aktiv tilnærming og økt innsats for bedre oppgavedeling innen bildediagnostikk og stråleterapi i Norge. Økt behov for bildediagnostiske tjenester samt teknologisk utvikling har medført at radiografer og stråleterapeuter i en rekke sammenlignbare land har fått nye arbeidsoppgaver og utvidede ansvarsområder.

I Storbritannia har vi over lengre tid sett en utvikling mot at radiografer kvalifiserer seg innen bildetyding og rapportering på stadig flere områder, som en av løsningene på et overordnet kapasitetsproblem på kompetanse til å tolke og formidle de ulike undersøkelsene. Utfordringene og utviklingen vi ser i Norge er på mange måter parallell til det vi har sett i Storbritannia.

Oppgavedeling vil ikke løse mangelen på alt helsepersonell, men vil kunne fremme riktig kompetansenivå på rett nivå. Oppgavedeling er derfor et av flere svar på behovet for å effektivisere sykehus tjenester som bildediagnostikk og stråleterapi.

Spesialutdannede radiografer innen tolkning av røntgen-skjelett- og ultralydundersøkelser bidrar til å holde ventelister og svartid nede ved flere avdelinger i Norge. Stråleterapeuter bidrar til å demme opp for mangelen på onkologer i det de tar større ansvar for planlegging, gjennomføring samt oppfølging av pasientene etter kreftbehandling.

I en undersøkelse utført av NRF i 2016 mot ledere ved alle landets bildediagnostiske avdelinger svarte halvparten av de som respondentene, at de så et behov for radiografer som tolker og beskriver røntgenundersøkelser. En tredjedel av de som svarte, så behov for utdanning av ultralydradiografer i sine avdelinger.

Per 2023 eksisterer det ikke et tilbud i Norge for slike formelle utdanningsløp for radiografer. Innen disse feltene må virksomhetene vende seg til utlandet for kompetansebygging. Dette gjør terskelen og kostnadene høye for å komme i gang med fornuftige prosjekter innen ansvars- og oppgavedeling.

I fremtidige sykehus tjenester med mangel på kompetanse innen kritiske områder som bildediagnostikk og stråleterapi hører ansvars- og oppgavedeling med som virkemiddel. NRF anbefaler at det legges til rette for oppstart av videreutdanninger for radiografer for å bidra til effektive prosjekter innen arbeids- og oppgavedeling. Bruk av kunstig intelligens som beslutningsstøtte for radiografer og stråleterapeuter vil også kunne spille en rolle i en fornyet oppmerksomhet mot oppgavedeling i tjenestene.

Slike prosjekter kan organiseres i tråd med Tørn-prosjektet, som omtales i rapporten, der det legges til rette for en kunnskapsbasert og myndighetsstyrt utvikling innen ansvars- og oppgavedeling.

Begrepet oppgavedeling er ikke entydig, og vi vil anbefale at en er mer presis og forklarende i videre arbeid med dette temaet, der det skilles klart mellom ansvars- og oppgavedeling mellom grupper og profesjoner, og oppgavefordeling mellom ulike nivåer i helsetjenestene.

Kompetanseutvikling

Dagens modell med treårig bachelor-utdanning gir grunnkompetanse innen radiografi, men en fortsatt rivende teknologisk utvikling vil øke behovet for etterutdanningstilbud og spesialisert radiografkompetanse for alle felt innen bildediagnostikk, intervensjon, nukleærmedisin og stråleterapi. Det må legges til rette slik at finansiering av studieplasser til videreutdanning ivaretas på en slik måte at institusjonene finner det formålstjenlig å etablere slike.

Det bør etableres videreutdanninger på mastergradsnivå innen nukleærmedisin på lik linje med det som i dag finnes for stråleterapi og MR. Slike videreutdanninger må ta høyde for reell teknologisk utvikling, utvikling av nye behandlingsformer samt kompetansebehov i virksomhetene.

Norsk Radiografforbund etablerte i 2018 en ordning for en intern spesialistgodkjenning for våre grupper, hvor dokumentasjon av kontinuerlig kompetanseheving, bidrag til utvikling av faget og formidling av kunnskap i klinisk yrkesutøvelse er viktige faktorer. Spesialistgodkjenningene stimulerer til en målrettet bygging av kompetanse for den enkelte og for tjenestene. Godkjenningene gjelder for fem år, og det må søkes om re-godkjenning i henhold til gjeldende krav om videre kompetansebygging og faglig formidling.

Bakgrunnen for vår ordning er at utviklingen innen medisinsk bildediagnostikk og stråleterapi har vært stor og vil trolig fortsette å være det i årene som kommer. Radiografi, nukleærmedisin og stråleterapi er tverrfaglige kunnskapsområder som henter kunnskap fra generell fysikk, strålefysikk, bildeopptak og behandling, funksjonell medisin, legemiddelbruk, anatomi og fysiologi samt psykologi og omsorgsfag. Det krever stadig fornyet kunnskap, kompetanse og utdanning for å holde seg oppdatert i yrket, utvikle den profesjonelle rollen og for å møte nye oppgaver.

For utvalgte grupper som beskrivende radiografer, ultralydradiografer samt stråleterapeuter bør en offentlig spesialistgodkjenning etableres. Dette vil være viktig for å beholde og rekruttere nøkkelpersonell i helsetjenesten. De nevnte grupper har en kompetanse og en rolle i helsetjenesten som går utover det de i utgangspunktet har sin autorisasjon for. En offentlig spesialistgodkjenning vil videre være viktig som formaliserings og kontrollmekanisme knyttet til kompetanse, kvalitetskrav og utvikling samt oppgavedeling i tjenestene.

Arbeidstid - arbeidsforhold

Blant radiografer og stråleterapeuter eksisterer det i stor grad en heltidskultur.

Ifølge tall fra SSB i kommisjonens rapport har radiografer en gjennomsnittlig stillingsandel på 95 %. Det eksisterer dermed kun en svært begrenset «arbeidskraftreserve» blant våre grupper gitt den høye andel av heltidsstillinger. Radiografer og stråleterapeuter er i kraft av å være spesialiserte grupper innen helsetjenestene i stor grad sine egne vikarer, noe som medfører mye bruk av overtid for at tjenestene skal fungere.

FAFO rapporten «Mellom menneske og maskin» (<https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/mellommenneske-og-maskin>) fra 2020 viser at NRFs medlemmer opplever en travlere hverdag med mindre tid til kvalitetssikring av eget arbeid, pasientkommunikasjon og til vedlikehold samt videreutvikling av kompetanse. Ansvaret for at tjenestene skal fungere, individualiseres i noen grad til den enkelte arbeidstaker, og resultatet er at man «løper fortere» og strekker seg langt for at tjenestene skal fungere.

En viktig bakgrunn og driver for økt press på bildediagnostikk er innføring av ulike pakkeforløp. Pakkeforløp for kreft, hjerneslag og muskel- og skjelettlidelser krever utstrakt bruk av bildediagnostikk.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus vil også mest sannsynlig øke behovet for prioritert bildediagnostikk, idet somatisk sykdom skal «utehukkes og utredes» initialt. Slik vi ser det, medfører det prioritert behov for CT- og MR-undersøkelser også for denne pasientgruppen.

Når alle forløpene er innført, vil en stor andel av pasientene være løftet frem og prioritert som følge av dette. Akutte tilstander, traumer og infeksiose tilstander med mer kommer på toppen, og i tillegg til pakkeforløpene. Dette er tilstander som ofte må være prioritert i sykehus, og også til bildediagnostikk.

Ifølge FAFO-rapporten skiller radiografene seg negativt ut, sammenlignet med funnene i de siste leveårsundersøkelsene i Norge. Den nåværende situasjon er at tjenestene er svært presset på å levere innen de ulike fristene, slik at det utfordrer stabiliteten ved flere bildediagnostiske avdelinger. Turnover blant radiografer er større enn ønskelig, og enkelte avdelinger melder nå om vanskeligheter med å skaffe personell som følge av situasjonen.

Det må være insentiver for at sentrale støttefunksjoner som bildediagnostikk i sykehusene får en tilpasset kapasitet til økte satsinger og rettigheter for pasientene, som for eksempel i de ulike pasientforløpene.

Et arbeidstakerperspektiv er at tjenestene må være organisert slik at radiografer og stråleterapeuter ser det som mulig og ønskelig å forbli i yrket. Forholdene må da tilrettelegges via en aktiv seniorpolitikk som bidrar til at de enkelte klarer å stå i jobb frem til ordinær pensjonsalder.

Dette innebærer blant annet at lønns- og arbeidsvilkår, og mulighet for etterutdanning og påfyll av nødvendig kompetanse ikke skiller seg vesentlig fra mulighetene som finnes for arbeidstakere i samfunnet ellers.

Helsepersonellkommisjonens forslag om å gi arbeidsgiver mer styringsrett på turnus og arbeidstid er lite egnet til å skape forutsigbarhet for ansatte i sykehusene. Mindre medbestemmelse, og en mer ubekvem

og belastende arbeidstid vil ikke gjøre det lettere å rekruttere og beholde helsepersonell i tjenestene. Vi mener at ett slikt forslag vil bidra til å forverre vilkårene for helsepersonell og vil kunne føre til at flere ikke velger et yrke innen helsesektoren, men tvert imot at flere velger seg bort fra de yrker våre medlemmer presenterer.

Prioriteringer

All utførelse av bildediagnostikk skal i henhold til strålevernlovgivningen være vurdert berettiget.

Radiografene har i praksis en viktig rolle i vurdering av berettigelse siden de oftest er de eneste helsearbeiderne som ser henvisningene til mange radiologiske undersøkelser før de planlegges og gjennomføres. Radiografene er som oftest også det eneste helsepersonell med direkte kontakt og kommunikasjon med pasientene under deres besøk i bildediagnostiske avdelinger. Radiografen er dermed den som initialt kan avdekke feil og mangler i henvisninger samt sørge for at nødvendige tilpasninger kan gjøres. Denne praksisen kan med fordel settes mer i system og formaliseres. En mer formalisert tilnærming til radiografrollen i forskrifter, i veiledere samt i virksomhetene vil derfor kunne bidra til å redusere antall undersøkelser med lav verdi og frigjøre viktig kapasitet i tjenestene. En mer aktiv tilnærming til radiografrollen på dette området vil også kunne bidra til at flere undersøkelser av antatt høy verdi for pasientene får økt prioritet og fokus.

Prosjekter som går på vurdering av berettigelse og prioriteringer innen bildediagnostikk kan organiseres i tråd med Tørn-prosjektet, der det legges til rette for en kunnskapsbasert og myndighetsstyrt utvikling innen ansvars- og oppgavedeling.

Organisering av helse- og omsorgstjenestene

Pasientenes ulike behov må være utgangspunktet for hvordan en organiserer tjenestene. Lokal ledelse nær pasientene, der diagnostikk og behandling utføres, må ha rammevilkår som gjør det mulig å ha en helhetlig tilnærming til det å fordele ansvar og oppgaver. Lokal ledelse må ha god forankring i organisasjonen, men må også forankres der ansvaret for pasientbehandlingen utføres. Lokal ledelse må ha støttefunksjoner og fullmakter som gjør det enklere å oppnå de mål den enkelte sykehusorganisasjon blir pålagt fra myndighetshold.

Transport til og fra sykehus kan være en stor belastning for pasient og pårørende. Transport legger i tillegg beslag på ressurser som pleie- og ambulanspersonell. For mange helseforetak er utgiftene til prehospitaltjenester og transport store. Ved økt bruk av mobile røntgen- og ultralydenheter vil radiografen kunne ha en utvidet rolle med tanke på utførelse, formidling av preliminaere svar og eventuelt tolkning av undersøkelser. Bruk av mobile enheter har vist seg å være både rasjonelt, effektivt og kostnadsbesparende.

Forskning ved Universitetet i Sørøst-Norge, (Kjelle 2019 [*“Mobile radiography services in nursing homes - utilisation, costs and organisation”*](#)), peker på et vesentlig underforbruk av konvensjonell røntgen for sykehjemspasienter. Mobile røntgentjenester vil kunne bidra til å øke tilgangen til bildediagnostikk for denne pasientkategorien.

En utfordring er finansiering av slike tjenester da de innebærer et samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenestene. Flere lovende prosjekter har strandet på nettopp dette punktet om finansiering ut over prosjektfasen.

Det er beskrevet en del eksempler på at resurskrevende CT- og MR-undersøkelser må gjøres om igjen fordi det er uenighet i tilnærming og prosedyrer mellom sykehus og institusjoner. Felles prosedyrer for store diagnosegrupper og pasienter bør derfor være en prioritert strategi. Man vil da også kunne få til en

