



Helsereformutvalget

Innspill til Helsereformutvalget

Oslo 10.04.2026

Vi takker for muligheten til å gi innspill til utvalget.

Norsk Radiografforbund organiserer personell som i hovedsak arbeider innen bildediagnostikk, radiologisk intervensjon, nukleærmedisin og stråleterapi. Radiografer og stråleterapeuter arbeider i skjæringspunktet mellom helse/omsorg og avansert medisinsk teknologi- og informasjonsteknologi. Våre medlemmer har i mer enn 30 år tatt del i den teknologiske utviklingen i sykehusene og er sterkt involvert når nå tjenestene videre digitaliseres med bruk av kunstig intelligens (KI) samt i fjernstyring av modaliteter brukt innen bildediagnostikk. Våre medlemmer er bindeleddet mellom mennesker og teknologi, på sine felt.

Et helsevesen med store omstillingsbehov

I Helsereformutvalgets mandat heter det; «Skal Norge lykkes med ambisjonen om helse- og omsorgstjenester i verdensklasse, må vi ta innover oss viktige utviklingstrekk og erkjenne at vi står overfor store omstillingsbehov i årene fremover.»

Overordnet vil kompetansemangel gjøre seg mer gjeldende også for grupper som radiografer og stråleterapeuter.

Våre innspill punktvis oppsummert

- En fremtidig finansieringsmodell for sykehusene må tilpasses slik at den imøtekommer behovet for kapasitet i møte med en aldrende befolkning der mange flere vil trenge helseshjelp.
- Når det gjelder behovet for en helhetlig helsetjeneste heller radiografforbundet mer i retning av evolusjon enn revolusjon. Uavhengig av modell for organisering er det viktigste kompetanse og at kompetanse kommer pasientene til nytte uavhengig av nivåinndelinger.
- Knapphet på kompetanse framover vil gjøre det viktigere enn før å prioritere investeringer i oppdatert teknologi og moderne utstyr innen IKT, bildediagnostikk, stråleterapi, nukleærmedisin mv.
- En helhetlig helsereform må medføre en kraftig styrking av den digitale samhandlingen mellom nivåer og helsepersonell i de ulike tjenestene. Dagens situasjon der informasjon i noen tilfeller må sendes manuelt, og i noen tilfeller med faks, skaper stor risiko for svikt i pasientbehandling og er ikke effektiv bruk av ressurser.
- Nye måter å løse oppgaver på så som mer bruk av mobile røntgentjenester, flere satellitter for bildediagnostikk og fjernstyring av bildediagnostikk vil gjøre at lovpålagt radiografkompetanse kan være lettere tilgjengelig lokalt i kommunale helsehus ol.



- Bruk av **KI** korter ned ventetid for pasientene og effektiviserer tjenestene. Radiografer og stråleterapeuter får ved bruk av **KI** en mer sentral rolle i pasientbehandlingen og vil i stor grad representere den menneskelige kontrollmekanismen som må være til stede ved bruk av **KI**.
- Mer oppgavedeling. I Norge kan det etter hvert vises til mange lokale suksesshistorier innen oppgavedeling, innen ulike intervensjon prosedyrer, radiografer som beskriver røntgenbilder samt radiografer som utfører og beskriver ultralyd undersøkelser.
- Radiograf forbundet mener det bør åpnes for en offentlig spesialistgodkjenning for noen av våre grupper. En slik regulering vil kunne styrke pasientsikkerheten gjennom å kvalitetssikre spesialistenes kompetanse, legge til rette for mer oppgavedeling, være rekrutterende til yrket og bidra til mer effektive tjenester.
- Sykehusene må ha et lovpålagt ansvar for forskning, utdanning samt etter- og videreutdanning av helsepersonell. I rekrutteringsøyemed og med tanke på fremtidige bemanningsutfordringer er det viktig at det legges til rette for at helsepersonell ser muligheter for å utvikle seg og sin kompetanse i tjenestene.

Helseforetak og finansieringsmodell

Finansieringsmodellen for sykehusene er utfordret i det dagens modell belaster drift og pasientbehandlingen via krav om egenandel for investeringer. Resultatet ser vi i det nye sykehus ikke bygges med stor nok kapasitet og i flere tilfeller uten pauserom for ansatte. Finansieringsmodellen har videre direkte innvirkning på arbeidsforhold for de ansatte i pasientnære tjenester, i det pålagte krav om egenandel for investeringer i bygg får innvirkning på kapasitet og drift innen for eksempel bildediagnostikk. Lav kapasitet medfører større belastning på ansatte.

I et totalberedskapsperspektiv erkjennes det at finansieringsmodellen muligens også medfører at det ikke bygges sykehus med tilfluktsrom.

En fremtidig finansieringsmodell for sykehusene må tilpasses slik at den imøtekommer behovet for kapasitet i møte med en aldrende befolkning der mange flere trenger helsehjelp. Det har vært pekt på at investeringer i sykehusbygg må skilles fra drift slik at det skapes mer forutsigbarhet for drift av tjenestene. Radiograf forbundet støtter en tilnærming som skaper mer forutsigbarhet for at sykehusbygg svarer til utfordringene en står overfor.

Vi tror imidlertid ikke at å snu opp ned på alt uten godt utredede alternativer er veien å gå. Større endringer vil medføre store omstillingskostnader som vil belaste tjenestene og de ansatte. Uavhengig av modell er det viktigste kompetanse og at kompetanse kommer pasientene til nytte uavhengig av nivåinndelinger.

Nivådeling av helsetjenestene

Dagens nivådeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester har noen problematiske sider, spesielt knyttet til samhandling om pasientforløpene. Manglende samhandling og kapasitet i kommunene resulterer i et stort antall reinnleggelse i sykehus, med dertil økt behov for avklaringer og bruk av tjenester som for eksempel bildediagnostikk. Utfordringene med «svingdørspasienter» er bl.a. konkretisert ved at sykehusene er gitt anledning til å bøtelegge kommunene når disse ikke kan ta imot utskrivningsklare pasienter.

Vi kjenner til diskusjonene i Helsereformutvalget om ulike modeller for fremtidig organisering av helsetjenestene. Våre innspill må vurderes uavhengig av en fremtidig modell for organisering, i det tilgangen til bildediagnostikk, nukleærmedisin og stråleterapi vil være særskilt viktig for måloppnåelse innen folkehelse generelt, men også for ambisiøse mål innenfor forebygging, diagnostikk og behandling på kreftområdet.

Generelt om digitalisering og bruk av ny teknologi

Knapphet på kompetanse framover vil gjøre det viktigere enn tidligere å prioritere investeringer i oppdatert teknologi og moderne utstyr innen IKT, bildediagnostikk, stråleterapi, nukleærmedisin mv. På samme sett vil en moderne bygningsmasse kunne legge bedre til rette for mer effektiv drift. Oppdatert utstyr vil være arbeidsbesparende og bidra til effektivitet og kvalitet i tjenestene. Fremtidige finansieringsmodeller må legge til rette for at sykehusene kan prioritere teknologiske løsninger som i sterkere grad bidrar til effektiv drift og kvalitet i tjenestene.

Nye måter å drifte tjenester på og samhandling i praksis

Den teknologiske utviklingen har ført til nye måter å løse oppgaver på i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene. Radiografer kan nå via digitale løsninger i noen grad fjernstyre MR- og CT- skannere, dette er en realitet i flere områder av landet, først kjent via samarbeidet mellom Ringerike sykehus og Sjukstugu på Ål i Hallingdal, men nå også i samarbeid mellom Universitetssykehuset i Nord Norge og Finnsnes samt ved Helgelandssykehuset.

Helseforetaket Nord- Trøndelag har videre organisert deler av sin bildediagnostikk med egne satellitter utenfor sykehusene i Namsos og Levanger. Dette gir pasientene enklere tilgang på nødvendig bildediagnostikk lokalt i for eksempel Steinkjer, der radiografer fra Levanger sykehus ambulerer på å sørge for tjenesten lokalt i Steinkjer.

Mobile røntgentjenester bør bygges mer ut for å møte behovet for bildediagnostikk til sykehjemspasienter. Det er et erkjent underforbruk av bildediagnostikk på de skrøpeligste pasienter i sykehjem. Mobile røntgenenheter reduserer behovet for belastende og kostbar transport av skrøpelige pasienter, og gir samlet sett raskere svar ved akutte behov som ved mistanke om beinbrudd eller lungebetennelse.

For Oslo kan samarbeidet mellom Aker sykehus og den nye legevakten trekkes frem. Samarbeidet har medført at radiografer ansatt ved bildediagnostikk ved Aker sykehus brukes på tvers av avdelinger og støtter opp om driften av bildediagnostikk ved legevakten.

Lokale tjenester kan slik sikre seg at lovpålagt radiografkompetanse er involvert i tidskritisk bildediagnostikk innen for eksempel slagbehandlingen, som i tilfellet Ål i Hallingdal.

Uavhengig av fremtidig organisering av helsetjenestene vil løsninger med satellitter innen bildediagnostikk, fjernstyring av bildediagnostikk samt mobile enheter kunne bidra til at viktig sykehuskompetanse kan gjøres tilgjengelig lokalt, så som i helsehus/distriktsmedisinske sentra og i en eventuell fremtidig videreutvikling av Helsefelleskapene. Lokale og kommunale helsetjenester vil slik kunne få viktige avklaringer ved hjelp av bildediagnostikk uten at pasientene må overføres spesialisthelsetjenesten.

Bruk av KI effektiviserer bildediagnostikk og strålebehandling av kreftpasienter

Systemer som gir beslutningsstøtte innen blant annet røntgendiagnostikk og doseplanlegging for stråleterapi tas nå i bruk i nær sagt alle helseregioner. Bruk av KI korter ned ventetid for pasientene og reduserer arbeidsbelastning for enkelte helseprofesjoner. Radiografer og stråleterapeuter får ved bruk av KI en mer sentral rolle i pasientbehandlingen og vil i stor grad representere den menneskelige kontrollmekanismen som må være til stede ved bruk av KI.

Den fremskutte rollen i pasientbehandlingen må i sterkere grad hensyntas i fremtidig utdanning og annen kompetansebygging for radiografer og stråleterapeuter.

Informasjonsteknologi må binde tjenestene sammen

Radiograf forbundet har tidligere støttet forslaget om å inkludere laboratorie- og radiologisvar i pasientens kjernejournal. Forslaget om pasientens prøvesvar i nasjonal kjernejournal fra 2023 omhandlet ikke lagring og tilgjengeliggjøring av bildediagnostiske og nukleærmedisinske bilder, eller visualiseringer av målinger og data tilknyttet disse undersøkelsene.

Ikke tilgjengelige bilder etter tidligere utførte undersøkelser medfører ikke sjelden at undersøkelsen må utføres på ny når pasienten overføres og legges inn ved et annet sykehus. Dette er problematisk utfra et pasientsikkerhetsperspektiv, fra et ressurs- og effektivitetshensyn, og ikke minst at det kan medføre unødvendig bruk av røntgenstråling på pasientene.

En helhetlig helsereform må medføre en kraftig styrking av digital samhandlingen mellom nivåer og helsepersonell i de ulike tjenestene. Dagens situasjon der informasjon i noen tilfeller må sendes manuelt, og i noen tilfeller med faks, skaper stor risiko for svikt i pasientbehandling og er ineffektiv bruk av ressurser.

Utfra et pasientperspektiv må det ryddes i juridiske og andre hindringer som vanskeliggjør integrasjon og samordning mellom ulike IKT- systemer slik at systemene kan fungere bedre.

Oppgavedeling i tjenestene

For å møte fremtidens behov for kapasitet i helsetjenesten, er det nødvendig med mer oppgavedeling innen bildediagnostikk og stråleterapi. Å stimulere til bedre utnyttelse av radiografer og stråleterapeuters kompetanse og potensiale, vil kunne bidra til å frigjøre ressurser fra annet presset personell samt bidra til at pasientene får raskere og mer effektiv behandling.

I Norge kan det etter hvert vises til mange lokale suksesshistorier innen oppgavedeling, innen ulike intervensjons prosedyrer, radiografer som beskriver røntgenbilder samt radiografer som utfører og beskriver ultralyd undersøkelser. Legger ved beskrivelse av prosjekt fra Helse Midt- Norge og Levanger som eksempel.

Faglig forsvarlighet, kvalitet i tjenestene og pasienthensyn må ligge til grunn for oppgavedeling og delegering av oppgaver. Ledere i tjenestene må kunne sikre seg at kompetanse er på nødvendig nivå for å sikre forsvarlighet i tjenestene.

Det mangler imidlertid målrettede utdanningstilbud i Norge. For videreutdanning innen ultralyd og beskrivende radiografi må en i dag til utlandet.



Livslang læring, kurs/etterutdanning og spesialistgodkjenning

Radiograf forbundet har i en årrekke lagt til rette for at medlemmene skal kunne oppdatere seg faglig gjennom vår omfattende kursvirksomhet. Siden 2018 har vi også tilbudt en intern spesialistgodkjenning der vi søker å se sammenheng mellom formell og uformell etter- og videreutdanning og knytte dette til faglig sterk profesjonsutøvelse i pasientbehandlingen.

Radiograf forbundet mener det bør åpnes for en offentlig spesialistgodkjenning for noen av våre grupper. En slik regulering vil kunne styrke pasientsikkerheten gjennom å kvalitetssikre spesialistenes kompetanse, legge til rette for mer oppgavedeling, være rekrutterende til yrket og bidra til mer effektive tjenester.

Beskrivende radiografer/ultralydradiografer og stråleterapeuter har ansvarsområdet utover det den opprinnelig autorisasjon var beregnet for. Dette er derfor grupper som behøver sterkere rammer rundt sin pasientbehandling gjennom en offentlig spesialistordning.

Utdannings- og kompetansepolitikk

Som tidligere nevnt vil en mangel på helsepersonell fremover også gjelde for radiografer og stråleterapeuter.

Sykehusene må ha et lovpålagt ansvar for forskning, for utdanning samt etter- og videreutdanning av helsepersonell.

I rekrutteringsøyemed og fremtidige bemanningsutfordringer er det derfor viktig at det legges til rette for at helsepersonell ser muligheter for å utvikle seg og sin kompetanse i tjenestene. I et perspektiv på å beholde kompetanse blir dette viktigere i en fremtid der virksomhetene må konkurrere mer om arbeidskraft.

Lov om helsepersonell og lov om spesialisthelsetjenestene legger føringer for virksomhetene, og for autorisert helsepersonell, til forsvarlig og kompetent pasientbehandling. Virksomhetene bør ha en sterk egeninteresse i å tilby tjenester av høy kvalitet, og bør derfor også i fremtiden ha et tydelig ansvar for å legge til rette for systematisk kompetanseutvikling gjennom etter- og videreutdanning.

Det er framover viktig å sikre et sterkt og forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningssektoren for å sikre at kompetansen svarer til de reelle behovene i tjenestene. Samarbeid med helsetjenestene samt finansiering av videreutdanninger må også ta høyde for behovene innen spissede og små kompetansefelt som for eksempel innen radiologisk intervensjon og nukleærmedisin.

Vennlig hilsen

Bent R Mikalsen

Forbundsleder

Jobbglidning innen bildediagnostikk, fra legeoppgave til radiografoppgave

Bjørnar Rømo, Gunnvor O. Brandseth, Hans Martin Holden, Tove Bergdal og Mari Gårseth
Avdeling for bildediagnostikk (ABD), Sykehuset Levanger, HNT

Bakgrunn

Behovsanalyse for ABD ved Sykehuset Levanger ved prosjektstart:

- Lang ventetid til ultralyd (UL) på opptil 14 uker
- Økende antall henvisninger til UL
- MR og UL har hatt en fordobling av aktiviteten i perioden 2003-2010
- CT har hatt en tredobling i samme periode
- Antallet stillingshjemler for radiologer har ikke økt tilsvarende

Det finnes pr. idag ingen fullverdig sonografutdanning for radiografer i Norge.

Vår kandidat Bjørnar Rømo har videreutdanning innen ultralyd fra Salford University, England (PGC advanced medical ultrasound).

Formål

Overordnet mål

Bedre total ressursutnyttelse av avdelingens utstyr, kunnskap og kompetanse

Effekt mål

Bedre utnyttelse av avdelingens ultralydutstyr
Kortere ventelister
Raskere utredning

Resultatmål

Frigjøring av radiologressurser til andre krevende oppgaver
Utviklingsmuligheter for radiografer, flere interessante oppgaver
Bedre samarbeidsklima

Prosjektgruppe

Leder: Gunnvor O. Brandseth, avd.leder, ABD, Sykehuset Levanger
Veileder / radiolog: Hans Martin Holden, med.fagl.ansv., ABD
Kandidat / radiograf / sonograf: Bjørnar Rømo, ABD
Sekretær / kval.rådgiver: Tove Bergdal, ABD

•Prosjektperiode

- 1.nov 2012 - 1.juli 2013



Metoder/prosjektgj.føring

Undersøkelser foretatt av sonograf:

- 6 - 8 undersøkelser pr. dag, 45 min pr. undersøkelse
- Abdomen, abd. aorta, genitalia mann (febr. 2013), nyrer / urinveier, lever m / kontrast (ass.funksjon), intervensjon (ass.funksjon), annet
- Innledningsvis ble alle undersøkelser kontrastsignert av radiolog / veileder
- Det er foretatt systematisk bildedokumentasjon / lagring av cineloops som gir mulighet for dobbelgransking og kvalitetssikring av undersøkelsen
- Halveis ut i prosjektperioden har han signert ut flertallet av sine undersøkelser selv. Dette tilsvarer ca 28 % av alle undersøkelser.

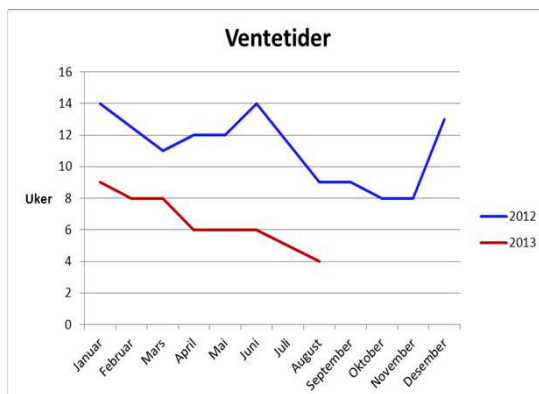
Sonografens arbeidsoppgaver:

- Prioritere og bestille UL-undersøkelser
- Hente inn / sende pasienter / administrere UL-lab
- Utføre UL-undersøkelser, tolke funn, forfatte svar og for det meste ta selvstendig ansvar for signering

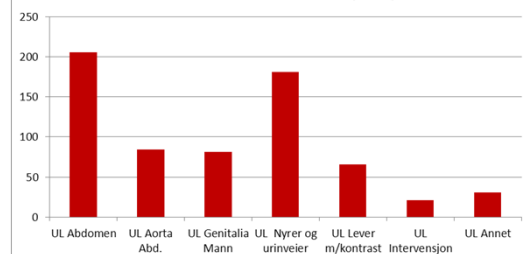
I tillegg:

- Opplæring av leger i spesialisering (LIS)
- Bidra med UL-veiledning til radiografstudenter i praksis
- Prosjektet er presentert for klinikere på Med. og Kir.avd, Sykehuset Levanger uten negative tilbakemeldinger
- Deltaker på kurs innen muskuloskeletale UL i Oslo, april 2013

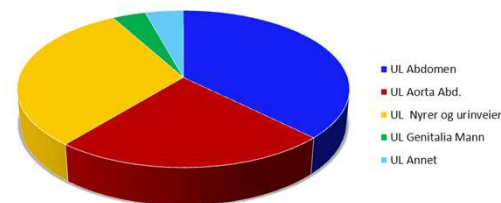
Resultater og formidling



Undersøkelser totalt (670)



Undersøkelser signert av sonograf (187)



Konklusjon/erf.overføring

Foreløpig erfaring

- Reduserte ventelister til ultralyd (14 til 4 uker)
- Bedre opplæringstilbud til LIS
- Frigjøring av radiologkapasitet til andre oppgaver
- Sonografens arbeid har blitt godt motatt av radiologene og klinikere og vår erfaring er at sonografer kan ta selvstendig ansvar for enklere ultralydundersøkelser
- Prosjektets gode resultater vil trolig gi varig endring i praksis ved ABD, Sykehuset Levanger

Referanser/litteratur

Vigeland, Einar, *Profesjonsgrenser i medisinsk bildediagnostikk, Tid for en ny arbeidsdeling?*, Mastergradsavhandling, 2010, http://www.duo.uio.no/publ/helse/2010/105311/VigelandxE.xd_uoxpdf.pdf
<http://www.holdpusten.no/nyheter/vil-laere-jobbglidning-av-hverandre/a4eb51e1-4e7d-4860-9d1f-ef6482100f96/1>
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/radiografene-sprenger-profesjonsgrensen/>