

Hørings svar organisering av bildediagnostikk 2020.

Generelt:

Rapporten inneholder en del påstander om eventuelle gevinster, men det er ingen plan for hvordan dette skal evalueres eller hvordan en skal sikre disse. Hva skjer dersom de forventede gevinstene uteblir og en får en mer tungdrevet og dyrere bildediagnostikk i Trøndelag. Er det noen vei tilbake?

Det er også vanskelig å forutsi hvordan de forskjellige modellene vil slå ut konkret for de involverte, da det er svært mye som er uavklart på nåværende tidspunkt. F.eks. Økonomi, internfakturering, investeringer, hvordan organisasjonsmodellen blir seende ut på nivå 3 og 4 osv. Det at styret skal fatte en beslutning uten at slike ting er avklart kan fort få utilsiktede konsekvenser. Er det viktigere å holde tidsfristen enn å faktisk gjøre et skikkelig arbeid?

Det er også en viss bekymring i forhold til hvordan en felles klinikkjef vil se på bruken av teleradiologiske tjenester. St. Olav bruker dette i liten grad, og har tilpasset produksjonen slik at man ikke produserer flere undersøkelser enn det en rekker å diktere. I HNT (og Helse Møre og Romsdal) produserer en undersøkelser ut i fra maskinparkens kapasitet, og bruker teleradiologiske tjenester for å ta unna disse. Innføres prinsippet om at en ikke skal produsere flere undersøkelser enn det som dikteres lokalt, så vil en måtte redusere antallet CT og MR undersøkelser i HNT betydelig, noe som vil gå ut over pasientbehandlingen.

Videre kommer noen synspunkter/innspill til de tre alternative organisasjonsmodellene, hvor vi til slutt kommer med en anbefaling på hvilket av alternativene som er den beste fremtidige løsningen.

Alternativ 2

Ut fra det man leser i høringsrapporten med vedlegg, virker dette alternativet mindre realistisk og er helt klart det mest omfattende organisasjonsmodellen å gjennomføre.

Det argumenteres i høringsrapporten for at et Helseforetak ikke kan gå konkurs. Man kan spekulere i hvor stor risikoen er for dette om bildediagnostikk inngår samarbeid gjennom alternativene 1 og 3.

Det argumenteres også som en fordel at *tildelingen* trolig vil være høyere i alternativ 2 enn det er i dag, og det kan gi et større økonomisk handlingsrom for bildediagnostikk. Hvorfor skal tildelingen bli høyere ved HF enn ved alternativ 1 og 3, og hva vil i så fall skje når vi står med felles HF i Trøndelag for Lab, Medisin, Kirurgi osv? Vil den totale rammen fra HOD plutselig bli høyere enn den er i dag? Argumentet virker nokså usolidarisk.

Det argumenteres videre som en fordel at klinikkjefen for et eget HF vil ha en tydelig ledelse med beslutningsmyndighet med *en* rapporteringslinje. Sammenliknet med alternativ 1 og 3 vil dette argumentet være like mye avhengig av klinikkjefen og dennes evne til ledelse.

Klinikkjefen i bildediagnostikk Trøndelag skal jo uansett måtte samarbeide med to Helseforetak.

Et notat i vedlegget til høringsrapporten beskriver at «en eventuell videreføring av utredning av dette alternativet tilsier derfor, slik jeg ser det, at HOD kontaktes for vurdering av hvorvidt opprettelse av et felleseid HF er et reelt alternativ». Bare denne prosessen tilsier at det er lite sannsynlig å få alternativet på plass før 1.1.2020.

Alternativ 3:

Alternativ 3 var ikke med i den initiale høringsrapporten fra 2018, men kom inn som et 3. alternativ i den videre utredningen av organisasjonsform. Alternativet ble ikke vurdert før arbeidsgruppens videre utredning i fase 2 fra februar 2019.

Alternativ 3 beskriver det som at virksomhetsoverdragelsen har muligheter for å skje til enten HNT eller St. Olav HF. Likevel framstår det svært usannsynlig at en virksomhetsoverdragelse innen bildediagnostikk Trøndelag skal skje i favør HNT. Det at et universitetssykehus skal stå uten «egen» bilde-diagnostisk avdeling er høyst urealistisk, og legger i grunnen føringer for resten av alternativets fordeler/ulempes. Man kan vel si at overdragelse fra HNT til St. Olav er en form for sentralisering av bildediagnostikken, hvor lokalsykehusene i HNT kan bygges ned. Et godt eksempel på dette er Orkdal sykehus.

Det argumenteres for at det ved virksomhetsoverdragelse fra ett HF til det andre vil være en tydelig styringslinje hvor klinikken rapporterer til ett HF. Dette mener vi først og fremst gjelder for det foretaket som får gjennomslagskraft og høyest prioritet etter overdragelsen.

Det argumenteres også for at organiseringen etter alternativ 3 vil innebære færre endringer for et av foretakene, og innebære en mindre endring fra dagens situasjon (for det HF`et det blir overdratt til). Alternativ 3 vil uansett innebære en større endring for begge foretakene enn alternativ 1, sammenliknet med dagens situasjon. Vi vil påpeke at en endring av tilhørighet for de ansatte i det overdratte foretaket, vil medføre store endringer. En prosess med harmonisering av ansattevilkår og lønn, med forhandlinger som sikkert vil legge beslag på mye ressurser ifm sammenslåingen.

Argumentet om «Økt kontroll over egen økonomi, med ett budsjett å forholde seg til, og muligheter for langsiktig investeringsplanlegging som vil gi økt større spillerom sammenliknet med dagens to budsjett», er ikke like selvsagt for det overdratte foretaket. Her er det helt klart den nye klinikkjefens mulige prioriteringer av eget HF som vil avgjøre hvor investeringene skal gjøres. Dette kan i ytterste konsekvens føre til en nedbygging av det overdratte HF`et på sikt.

Ulempene som beskrives i forhold til alternativ 3 vil nok få betydelig konsekvens for de bildediagnostiske avdelingene i HNT (sett i lys av at overdragelsen utvilsomt vil skje i favør St Olav). Den reduserte muligheten til å påvirke fremtidig utvikling bør på ingen måte

bagatelliseres. Alternativ 3 medfører tap av medbestemmelse og gir usikkerhet for det overdratte helseforetaket, for både bildediagnostikk og kliniske avdelinger. Alternativ 3 har potensiale til å bygge ned driften og gi befolkningen et dårligere tilbud lokalt enn det som var hensikten når man startet dette prosjektet.

Det er også uklare konsekvenser ved alternativ 3. Vi leser fra høringsrapporten: «Hvordan investeringer på tvers av de to foretakene skal håndteres, må spesifiseres i en egen avtale». Dette er jo noe som definitivt må avklares før styret i HNT kan fatte noen beslutning, en kan ikke utsette slike spørsmål til etter at beslutningen er fattet.

Alternativ 1:

Alternativ 1 er det eneste alternativet av de tre som ikke medfører store administrative endringer, med dertil tilhørende kostnader. Alternativ 1 tilfredsstiller kravet fra Helse Midt-Norge RHF for 2018 og sørger for at **«St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere en felles klinikk for bildediagnostikk med én klinikkssjef som rapporterer til direktørene i begge helseforetakene»**. Alternativet oppfylder målet om en felles ledelse som kan legge til rette for videre tjenesteutvikling og en fremtidig organisasjonsutvikling.

En ulempe i høringsdokumentet til alternativ 1 er at det kan potensielt bli vanskelig å rekruttere en klinikkssjef til denne stillingen grunnet den todelte organiseringen. Argumentet er i seg selv forståelig, men kan ikke være avgjørende for å fastsette organisasjonsformen. I styringsdokumentet fra Helse Midt-Norge RHF for 2018 står det at klinikkssjefen skal rapportere til direktørene i begge helseforetakene, og alternativ 1 er vel det eneste alternativet som oppfyller dette 100 %

For alternativ 1 vil klinikkssjefen ha to budsjett, to regnskap og to styringslinjer inn i egne organisasjoner. Men klinikkssjefen vil ha myndighet til å se ressursene under ett for å sikre en mest mulig effektiv utnyttelse. Klinikksjefens myndighetsområde vil kunne sees på som en felles klinikk for bildediagnostikk.

Konklusjon

Ut i fra en totalvurdering anbefaler vi at modell 1 blir valgt i det videre arbeidet, og at en snarest begynner å se på de spørsmålene som fremdeles er uavklart.

For Radiologer, Radiografer, Hjelpepleiere og Sekretærer ved ABD Sykehuset Levanger.

Rune Blikø

Seksjonsleder Radiografi Sykehuset Levanger