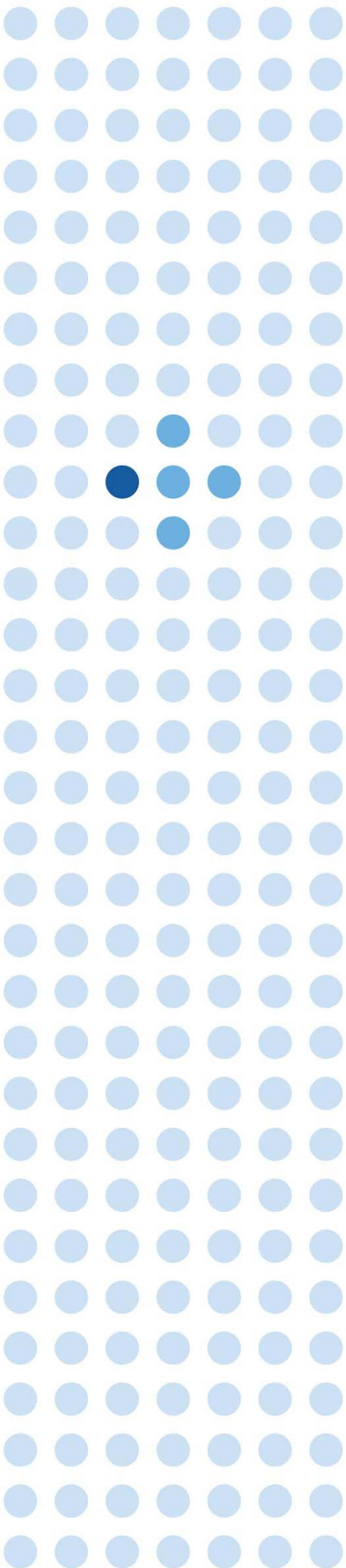




Funksjonsfordelings- prosjekt i Helse Vest

**Vedtatt av prosjektgruppen
31. januar 2003**

Innhold

1. Innledning	4
2. Mandat funksjonsfordelingsprosjektet	5
2.1 Funksjonsfordelingsprosjekt - prosjektplan (jfr. vedtak i styringsgruppen 19.04.02) ...	5
2.2 Prosjektgruppens arbeid	7
3 Sammendrag av prosjektgruppens anbefalinger	8
3.1 Beskrivelse av nåsituasjonen i Helse Vest	8
3.2 Akuttfunksjoner i Helse Vest.....	8
3.3 Lands- og flerregionale funksjoner, nasjonale- og regionale kompetansesenter	9
3.4 Forskning	9
3.5 Kriterier for regionale kompetansesenter	10
3.6 Faglige retningslinjer.....	10
3.7 Anbefaling om videre utredning	11
4 Beskrivelse av nåsituasjonen	12
4.1 Innledning	12
4.2 Befolkning og virksomheter.....	12
4.3 Pasientbehandling - somatikk	12
4.4 Pasientbehandling - psykiatri	14
4.5 Økonomiske ressurser	15
4.6 Personelldekning	16
4.7 Ressursutnyttelse og effektivitet.....	17
4.8 Prosjektgruppens anbefaling.....	19
5 Akuttfunksjoner i Helse Vest – sammendrag av delrapport	20
5.1 Innledning	20
5.2 Bakgrunn.....	20
5.3 Beredskap i indremedisin og kirurgi.....	21
5.4 Kvalitetsproblemer	21
5.5 Faglig utvikling	23
5.6 Transporttider	24
5.7 Rekrutteringsproblemer	24
5.8 Effektivitetsproblemer.....	25
5.9 Fødselsomsorgen.....	26
5.10 Anbefalte føringer for helseforetakene.....	26
5.11 Konsekvenser for pasientene	28
5.12 Prosjektgruppens vurdering.....	29
6 Lands- og flerregionale funksjoner, nasjonale- og regionale kompetansesenter.....	30
7 Forskning	31
7.1 Sammendrag av delrapport	31
7.2 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling	32
8 Kriterier for regionale kompetansesenter i Helse Vest.....	33
8.1 Sammendrag av arbeidsgruppens rapport	33
8.2 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling	34
9 Faglige retningslinjer	34

10	Vurderte prosjekter – anbefalinger for videre utredning.....	36
10.1	Regional kreftplan - revidering.....	36
10.2	Psykiatriprosjekt – forslag om revidering av opptrappingsplanen.....	36
10.3	Farmasøytiske tjenester.....	37
10.4	Faglige nettverk	37
10.5	Horizonscanning, prosedyrer for metodeendring og prosedyrer for å ta i bruk nye funksjoner/metoder	38
10.6	Patologi	39
	Vedlegg.....	40

1. Innledning

Styret for Helse Vest RHF vedtok våren 2002, jfr styresak 25/02, å starte en strategisk planprosess. Det ble i første omgang vedtatt å gjennomføre 3 delprosjekter:

- utarbeide en overordnet foretaksplan med foretakside/oppdrag, visjon, verdigrunnlag og overordnede mål og strategier
- vurdere de medisinske tjenestene (inkludert medisinske servicetjenester) – funksjonsfordelingsprosjektet
- samordning av administrative støttefunksjoner

Denne rapporten omhandler funksjonsfordelingsprosjektet.

Utgangspunkt for arbeidet er det ansvar som Helse Vest RHF er tillagt gjennom lov, vedtekter og styringsdokument fra Helsedepartementet. Det kan oppsummeres i to hovedroller:

- et ”sørge for” ansvar som betyr at Helse Vest RHF har ansvar for at befolkningen i Helseregion Vest får nødvendige helsetjenester og
- eier av helseforetakene og gjennom det den største leverandøren av helsetjenester.

Helse Vest RHF må bruke eierskapet til å understøtte en god ivaretagelse av ”sørge for” ansvaret. Det betyr bl.a. at Helse Vest RHF i samarbeid med helseforetakene må sørge for at tjenestene har tilstrekkelig kapasitet og kvalitet og en hensiktsmessig struktur, dvs at tjenestene er fordelt mellom helseforetakene på en måte som sikrer kvalitet og god ressursutnyttelse. Det er også viktig å ha et utviklingsperspektiv på tjenestene i tråd med endringer i befolkningen, sykdomsbildet og den medisinske tekniske utviklingen.

I denne rapporten oppsummeres det arbeidet som hittil er gjort i funksjonsfordelingsprosjektet. Arbeidet har vært konsentrert om å få frem en del grunnlagsmateriale samtidig som konkrete problemstillinger er belyst. I det videre arbeidet må det bl.a. ses nærmere på funksjonsfordeling mellom de store enhetene.

Det er også fremmet forslag til videre oppfølging av konkrete prosjekter.

Det er viktig at det arbeidet som er gjort, følges opp av Helse Vest RHF og helseforetakene, og danner grunnlag for felles tiltak og lokale tiltak for å utbedre tjenestene og bidra til å møte de ressursmessige utfordringer som helseforetaksgruppen står overfor.

Arbeidet er organisert med en styringsgruppe (felles for strategiprojektene), en prosjektgruppe og arbeidsgrupper.

Prosjektgruppen har avholdt seks møter og bestått av:

- Helge E. Bryne, viseadministrerende direktør Helse Vest – leder
- Stein Tore Nilsen, fagdirektør Helse Stavanger
- Jan Olofsson, klinikkjef Helse Bergen
- Johannes Kolnes, administrerende direktør Helse Fonna
- Bjarne Straume, fagdirektør Helse Førde

- Nils Erik Gilhus, professor Universitetet i Bergen
- Øyvind Watne, hovedtillitsvalgt Helse Vest RHF

I tillegg har det vært etablert et sekretariat som har bestått av:

- Hans Stenby
- Egil Kjerstad
- Gjertrud Jacobsen

2. Mandat funksjonsfordelingsprosjektet

2.1 Funksjonsfordelingsprosjekt - prosjektplan (jfr. vedtak i styringsgruppen 19.04.02)

MÅL FOR PROSJEKTET

I henhold til styringsdokumentet skal de regionale helseforetakene videreføre arbeidet med effektivisering av sykehusstrukturen i helsesektoren bl.a. med bakgrunn i de regionale helseplanene.

Både på kort og lang sikt må det arbeides med organisatoriske løsninger som gir effektiv utnyttelse av de samlede ressursene samtidig som høy kvalitet og god tilgjengelighet sikres.

Hvordan funksjoner er fordelt og bør fordeles i helseregionen er i denne sammenheng et sentralt spørsmål.

Fokus for prosjektet er fordeling av medisinske tjenester (inkludert medisinske servicetjenester) mellom helseforetak og mellom helseforetak og private. I tillegg vil forskning og undervisning være sentralt. Helseforetakene må ta ansvar for en effektiv funksjonsfordeling internt i de enkelte helseforetakene.

Hovedspørsmål er:

- hvilke typer tjenester skal tilbys i helseregionen
- hvordan bør tjenestene være organisert
- hvordan må tjenestene være dimensjonert
- hvilke prinsipper må legges til grunn for fordeling av funksjoner
- hva er på denne bakgrunn basistjenester som bør utøves i hvert av helseforetakene
- hvilke funksjoner kan/skal ivaretas av private aktører
- hvordan bør tjenester som ikke kan eller bør utøves i hvert helseforetak fordeles
- hvordan sikre en dynamisk fordeling av funksjoner i samsvar med service og kvalitetskrav og medisinsk utvikling
- hvordan skal fremtidig fordeling av funksjoner håndteres

Målet for prosjektet er, med utgangspunkt i disse spørsmålene, å utarbeide:

- en plan for hvilke medisinske funksjoner (også medisinske servicefunksjoner) som skal utøves i Helseregion vest, ved de enkelte helseforetak og ved private institusjoner
- hvordan forskning og undervisning skal ivaretas og
- prosedyre for håndtering av funksjonsfordelingsspørsmål i Helse Vest.

SKISSE TIL ARBEIDSPROSESS

Arbeidet bør bygge videre på det arbeidet som er gjort i regional helseplan. Det foreslås følgende arbeidsprosess:

A. Analyse av nåsituasjonen

Det må foretas en kartlegging av hvilke tjenester som utøves i de ulike helseforetak og av private aktører i dag. Hvordan er disse tjenestene dimensjonert i forhold til antatt behov for tjenester?

Tjenestetilbudet i Helseregion vest bør også vurderes i et sammenlignende perspektiv.

B. utfordringer og utviklingsperspektiver

Det må her redegjøres for hvordan ulike faktorer vil innvirke på behov for og tilbud av helsetjenester. Det gjelder bl.a. befolkningsendringer, sykdomsutvikling, medisinsk teknisk utvikling.

Det må på denne bakgrunn også skisseres noen utviklingsperspektiver på helsetjenesten, herunder også forholdet til primærhelsetjenesten.

C. Dimensjonering

På bakgrunn av de to foregående punktene må det gis en vurdering av på hvilke områder det er eller innen kort tid vil være et særlig kapasitetsproblem.

D. Prinsipper for utøvelse og fordeling av funksjoner

Hvilke prinsipper eller kriterier skal legges til grunn for tjenestetilbudet i helseregionen?

Hvilke prinsipper eller kriterier skal legges til grunn for fordeling av funksjoner?

Aktuelle prinsipper/kriterier kan være:

- nærhet for bruker
- volum – kvalitet
- volum – kostnad
- rekruttering og utdanning
- skille akutt – elektiv
- dokumentert effekt
- spesialisering kontra generalistløsninger

E. Konkrete forslag

Hva skal på bakgrunn av det foregående være basistjenester i alle helseforetakene? Hvilke tjenester er det ønskelig og mulig å gi i hvert helseforetak og hvordan bør disse være dimensjonert og organisert

Hvilke funksjoner bør eller må fordeles mellom helseforetak og hvordan skal disse funksjonene fordeles og dimensjoneres?

Hvilke funksjoner bør private aktører ivareta?

Hvordan skal helseregionen sikre en dynamisk fordeling av funksjoner i tråd med sentrale utviklingstrekk?

Hvilke prosedyrer skal legges til grunn for fremtidige endringer.

ORGANISERING

Prosjektet er i første omgang organisert ved en prosjektgruppe. Prosjektgruppen vil med bistand fra egne organisasjoner kunne foreta en del prinsipielle avklaring og mindre utredninger.

Det vil videre være behov å nedsette egne arbeidsgrupper for avgrensede problemstillinger.

Aktuelle tema/problemstillinger kan være:

- akuttfunksjonene
- lands- og flerregionale funksjoner og kompetansesentre
- forskning og utdanning
- utprøvende behandling og nye metoder
- psykiatri/opptrappingsplanen
- samhandling med kommunehelsetjenesten

Det vil også være aktuelt å engasjere konsulentbistand og utredninger fra andre kompetansemiljøer.

2.2 Prosjektgruppens arbeid

Med bakgrunn i mandatet for arbeidet har prosjektgruppen utredet ulike problemstillinger bl.a. gjennom etablering av arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene som har utarbeidet delrapporter har bestått av medlemmer fra helseforetakene, tillitsvalgte, UiB og Helse Vest samt eksterne konsulenter. Helseforetakene har bistått med kartleggingsarbeid. I tillegg har gruppen vurdert prosjekter som det anbefales å utrede videre i egne prosjekter.

Prosjektet har sett det som viktig å etablere en felles plattform for videre arbeid som er basert på kartlegging av dagens tjenestetilbud med sterke og svake sider, landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionsfunksjoner og kompetansesenter og forskningsaktivitet i helseforetakene.

Prosjektgruppen står samlet bak alle anbefalinger i rapporten.

3 Sammendrag av prosjektgruppens anbefalinger

3.1 Beskrivelse av nåsituasjonen i Helse Vest

Basert på data fra Norsk Pasientregister og Samdata er det søkt å gi en beskrivelse av helseregionen og helseforetakene. Oversikt over forskning og undervisning er ikke omtalt. Det vises videre til kapittel 4 og vedlagte rapport - Beskrivelse av nåsituasjonen.

Prosjektgruppens anbefaling:

1. Utvikling av tjenestetilbudet må bygge på en utfyllende beskrivelse av nåsituasjonen på gode indikatorer for hva som skal utføres av tjenester/oppgaver, på hvilke innsatsfaktorer som medgår og på ressursutnyttelse og effektivitet.
2. Situasjonsbeskrivelsen må utfylles med data for undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.
3. I samarbeid med Sintef/Samdata bør det utvikles bedre data på helseforetaksnivå.
4. Situasjonsbeskrivelsen legges til grunn for en mer utfyllende analyse av styrke og svakheter av spesialisthelsetjenesten i regionen.
5. Det etableres en ordning som sikrer helseforetakene en løpende oppdatering av nøkkeldata som grunnlag for prioritering, dimensjonering og funksjonsfordeling.
6. Det etableres en ordning som gjør data lett tilgjengelig for pasienter og brukere

3.2 Akutfunksjoner i Helse Vest

Det er foretatt en gjennomgang av akutttilbudet i regionen sett i forhold til nasjonale føringer/standarder. Prosjektgruppen foreslår at nasjonale standarder som legges til grunn i delrapporten danner grunnlag for videre arbeid med akutfunksjoner i regionen, og at det foretas lokale tilpasninger. Det vises videre til kapittel 5 og vedlagte rapport – Akutfunksjoner i Helse Vest

Prosjektgruppen anbefaler:

1. Det legges til grunn en desentralisert spesialisthelsetjeneste og fødselsomsorg
2. Bruk av nye diagnostiske metoder bl.a. basert på telemedisin gir muligheter for forbedret diagnostikk også i mindre enheter uten spesialister på vakt.
3. Akuttbehandling i kirurgi konsentreres til færre sykehus som derved kan tilby tilgjengelige spesialister innen både bløtdelskirurgi og ortopedi og tilstrekkelig store enheter som er robuste nok til å håndtere faglige og rekrutteringsmessige utfordringer i alle ledd i behandlingskjeden

4. Helsetilsynets nivåinndeling av fødeinstitusjoner legges til grunn for organiseringen av en desentralisert og differensiert fødselsomsorg
5. Beredskapsordninger gjennomgås med sikte på å friggi tid til mer pasientbehandling og økt satsing på forskning og undervisning
6. Det utvikles distriktsmedisinske sentre i samarbeid med kommunene
7. Det bindes ikke mer tid i beredskapsordninger for å oppgradere dagens funksjonsfordeling til de normer som fremgår av NOU 1998:9 (akuttmeldingen) og strukturplanleggingen baserer seg på en erkjennelse av det kirurgiske fagområdets utvikling

3.3 Lands- og flerregionale funksjoner, nasjonale- og regionale kompetansesenter

Med bakgrunn i den oversikten over lands-, flerregionale og regionale funksjoner, nasjonale og regionale kompetansesenter som er utarbeidet anbefaler prosjektgruppen:

1. Kompetansemiljøene oppfordres til å arbeide for å få flere funksjoner og kompetansesenter i Helse Vest
2. Det er samtidig viktig å få en avklaring av framtidige rammer for en finansieringsordning for disse.

Det vises videre til vedlagte oversikt over lands-, flerregionale og regionale funksjoner, nasjonale og regionale kompetansesenter og kapittel 6.

3.4 Forskning

Helse Vest har som ambisjon å bli ledende innen klinisk forskning. Som et ledd i arbeidet med å styrke den kliniske forskningen og derigjennom den kliniske praksis, er det utarbeidet forslag til delmål/tiltak forskningstrategi. Det vises videre til kapittel 7 og vedlagt rapport – Forskningsstrategi og forslag til handlingsplan i Helse Vest RHF

Prosjektgruppen viser til at Helse Vest RHF i overordnet foretaksplan har forutsatt at Helse Vest skal være ledende på bl.a. forskning (klinisk forskning).

Arbeidsgruppen har fremmet forslag om delmål/tiltak som bygger opp om dette overordnede målet. Prosjektgruppen slutter seg til disse forslagene.

Prosjektgruppen anbefaler at det arbeides videre med en langsiktig forskningsstrategi for hele foretaksgruppen der det også tas hensyn til rekruttering til forskning.

3.5 Kriterier for regionale kompetansesenter

Det er foretatt en vurdering av oppgaver og krav til regionale kompetansesentre. Prosjektgruppen slutter seg til kriteriene for regionale kompetansesenter som legges til grunn i delrapporten, og de faglige forhold som regionale kompetansesenter bør bidra til. Det vises videre til kapittel 8 og vedlagte rapport – Regionale kompetansesenter – kriterier.

Prosjektgruppen anbefaler følgende prosedyrer ved opprettelse av regionale kompetansesenter:

1. Regionale kompetansesenter opprettes etter søknad fra helseforetakene.
2. Beslutningen om opprettelse tas av styret i Helse Vest RHF etter høringsrunde der samarbeidsorganet mellom Universitetet i Bergen og Helse Vest RHF skal uttale seg, og der alle helseforetakene gis anledning til å uttale seg.
3. Kompetansesenterstatus avklares en gang årlig i forut for budsjettbehandling slik at økonomiske forhold kan avklares.
4. Godkjenning tidsbegrenses. Det foretas en evaluering som skal ligge til grunn for beslutning om eventuell videreføring.
5. Helse Vest RHF utarbeider mal for evaluering våren 2003.
6. Eksisterende regionale kompetansesentre evalueres høsten 2003.
7. Helse Vest utarbeider detaljerte retningslinjer for søknad og frister.

3.6 Faglige retningslinjer

Som et ledd i utvikling og kvalitetssikring av tjenestene er bruk av faglige retningslinjer vurdert. Det vises videre til kapittel 9

Prosjektgruppen anbefaler at:

1. Det i 2003 startes opp arbeid med utarbeidelse av regionale faglige retningslinjer
2. Det utarbeides i første omgang utarbeides faglige retningslinjer innen minimum 2 av de hyppigste diagnosene eller behandlingene innen hvert klinisk fagområde
3. Retningslinjene skal være basert på globalt beste kunnskap og tilpasses lokale forhold
4. Retningslinjer utarbeides på en standardisert måte, etter felles mal, og i tråd med Helsetilsynets anvisning som bygger på en syntese av erfaring internasjonalt på dette felt, jfr. <http://www.helsetilsynet.no/veileder.htm>
5. Helse Bergen HF v/Haukeland Universitetssykehus har et koordinerende ansvar for arbeidet i et regionalt samarbeid hvor samtlige helseforetak deltar

6. Retningslinjene utarbeides med medvirkning fra kommunehelsetjenesten og brukerne når dette er hensiktsmessig.
7. Retningslinjene gjøres tilgjengelig på hjemmesidene til Helse Vest RHF og helseforetakene

Prosjektgruppen anbefaler at det i neste omgang tas initiativ til utarbeidelse av retningslinjer:

8. på fagområder hvor det er store forskjeller i behandlingsrater (for eksempel åpen hjertekirurgi v/koronar-sykdom)
9. ved behandlingsmetoder som er under etablering og der regionale standardisering er av stor betydning (for eksempel prehospita1 trombolyse)
10. ved lidelser hvor pasientene må forflyttes mellom nivåer i helsetjenesten

3.7 Anbefaling om videre utredning

I tillegg til delprosjektene har prosjektgruppen vurdert andre problemstillinger og gitt anbefalinger om videre utredning av følgende problemstillinger:

- Revidere regional kreftplan
- Psykiatriprosjekt – revidere opptrappingsplanen for psykisk helse
- Farmasøytiske tjenester i Helse Vest
- Faglige nettverk
- Horizonscanning, prosedyrer for metodeendring, og prosedyrer for å ta i bruk nye metoder
- Patologi

4 Beskrivelse av nåsituasjonen

4.1 Innledning

Som et grunnlag og utgangspunkt for videre arbeid med utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen har en bestrebet seg på å gi en relativt detaljert beskrivelse av nåsituasjonen med utgangspunkt i det ansvar og de oppgaver som Helse Vest RHF skal ivareta.

Beskrivelsen er inndelt i tre hovedområder/hovedindikatorer:

- resultat i forhold til hovedoppgaver, dvs antall behandlede pasienter, undervisning, forskning og opplæring av pasienter med referanse til hovedoppgavene.
- beskrivelse av viktige innsatsfaktorer som nyttes.
- indikatorer på ressursutnyttelse og effektivitet dvs. forholdet mellom resultat og ressursinnsats i forhold til de mål og oppgaver som skal ivaretas

Dataene er på helseforetaksnivå og regionnivå.

Når vi ser på resultater i forhold til de 4 hovedoppgavene har vi først og fremst data om pasientbehandling. Det mangler data om undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

For innsatsfaktorer har vi data om økonomi, personell og dels bygg, men vi mangler data om andre innsatsfaktorer som medisinsk teknisk utstyr og IT.

Det foreligger heller ikke tilstrekkelig utfyllende data om ressursutnyttelse og effektivitet.

4.2 Befolkning og virksomheter

Helseregion Vest omfatter Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Det er samlet ca 920.000 innbyggere i helseregionen. Befolkningsunderlaget i de 4 sykehusområdene er pr 01.01 2002:

- | | |
|-------------------|--------------------|
| • Helse Førde | 107 590 innbyggere |
| • Helse Bergen | 366 794 innbyggere |
| • Helse Fonna | 163 100 innbyggere |
| • Helse Stavanger | 283 643 innbyggere |

Helseforetakene består av totalt 45 offentlige sykehus og institusjoner med totalt ca. 20 000 ansatte. Helse Vest RHF har driftsavtaler med private ideelle organisasjoner om drift av 9 institusjoner. I tillegg har Helse Vest RHF driftsavtaler med ca. 300 legespesialister og psykologer.

4.3 Pasientbehandling - somatikk

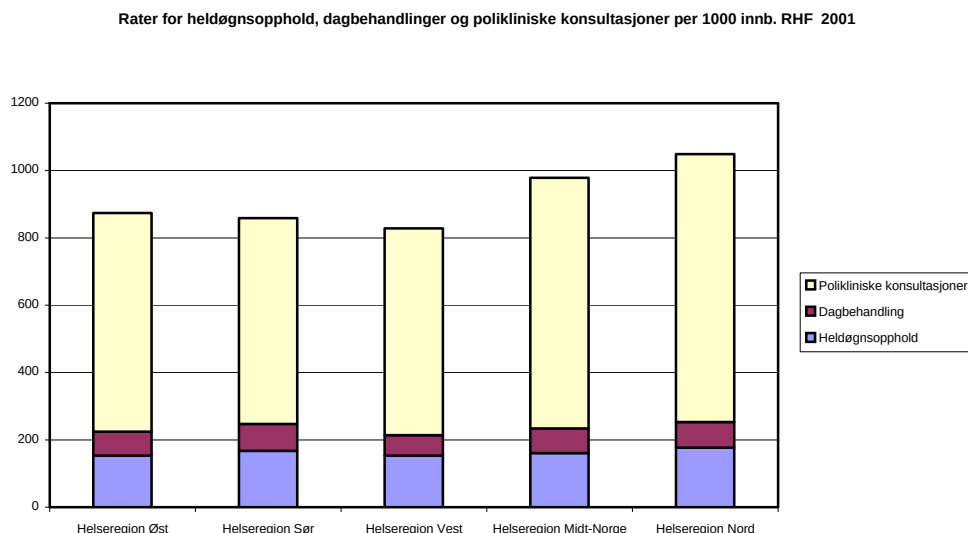
Det samlede antall sykehusopphold (heldøgns- og dagopphold, akutt og planlagt) i regionen har økt kraftig fra 1995 til 2001. Deler av denne veksten skyldes vekst i registrerte dagopphold fra

1998 til 1999. Relativt sett er veksten i helseregionen noe lavere enn landet for øvrig. Mens helseregionen i 1995 hadde 19,9 % av antall sykehusopphold i landet er andelen sunket til 18,5 % i 2001.

I regionen har Helse Bergen hatt den sterkeste veksten i perioden med ca 32 %. Helse Fonna og Helse Stavanger har hatt en vekst på henholdsvis 24 og 21 %. Helse Førde har hatt en vekst på ca 15%.

Pasientbehandlingsrater

Ser vi heldøgnsopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner under ett, viser figur 1 at Helseregion Vest har den laveste pasientbehandlingsraten per 1000 innbyggere av de fem helseregionene i landet (tallene er ikke aldersjustert).



Figur 1.

Gjestepasienter

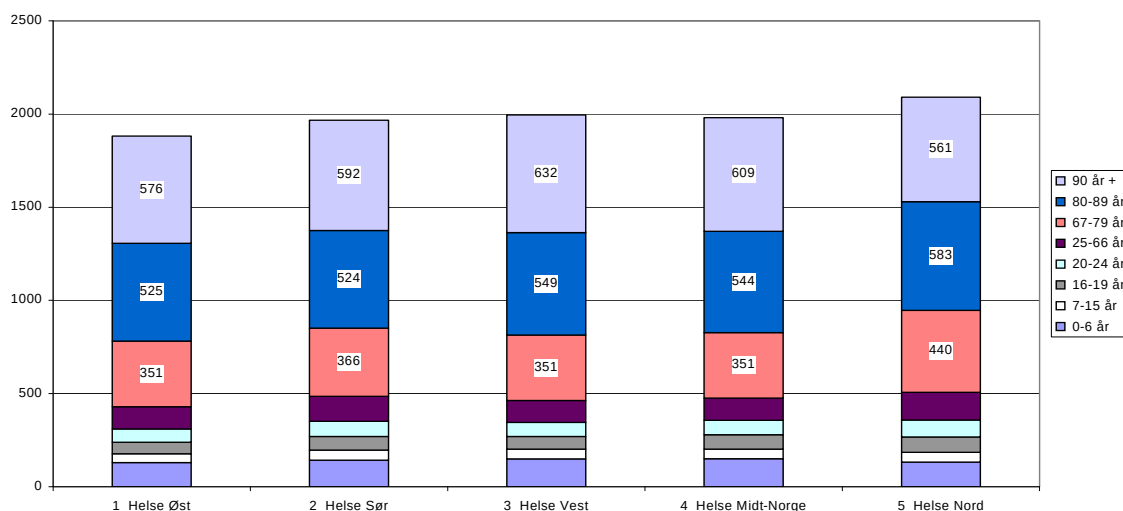
Andelen elektive pasienter med hjemstedskommune utenfor Helseregion Vest av samlet antall elektive pasienter, øker svakt i perioden 1995-2001. Andelen egne pasienter, dvs. pasienter med hjemstedskommune i regionen, som behandles utenfor regionen faller fra 1996 av.

Ser man nærmere på fordelingen av gjestepasienter inn og ut til regionen fordelt på de ulike helseforetakene, så har Helse Førde og Helse Fonna de største andelen som går ut av regionen. Helse Bergen har den laveste andelen ut, og den største andelen inn.

Forbruk av sykehustjenester

Nedenfor vises antall sykehusopphold i 1995-2001 (heldøgns- og dagopphold, planlagte og akutte innleggelser) i forhold til befolkningen samlet.

Antall pasienter per 1000 innb., fordelt etter alder og helseregion. 2001.



Figur 2.

Figur 2 viser at Helse Vest skiller seg ut sammenliknet med de øvrige regionene ved å behandle flest av de "eldste eldre" (80 år +).

Innen regionen har Helse Stavanger-området et relativt lavt sykehusforbruk. Områdene for Helse Fonna og Helse Bergen har et middels forbruk pr 1000 innbyggere, mens Helse Førde-området har et høyt forbruk pr 1000 innbyggere. De høye andelenes finnes både i aldersgruppen 20-24 år og 67-79, men kanskje særlig i gruppen 25-66 år.

4.4 Pasientbehandling - psykiatri

Konsultasjoner - voksenpsykiatrien

Av de fem helseregionene i landet har Helseregion Vest klart lavest antall konsultasjoner per 10 000 innbyggere. Helseregion Vest hadde 1.322 polikliniske konsultasjoner pr 10 000 innbyggere 18 år eller eldre i 2001. Totalt var det 1.588 konsultasjon per 10 000 i landet som helhet.

Oppholdsdøgn - voksenpsykiatrien

Helseregion Vest har klart flest oppholdsdøgn i voksenpsykiatrien pr 10.000 innbyggere i 2001. Helseregion Vest har flest oppholdsdøgn innen sykehus og andre institusjoner, men forskjellen er særlig stor innen andre døgninstitusjoner. Tabell 1 viser fordelingen på sykehus, andre døgninstitusjoner og samlet:

Tabell 1. Antall oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere.

	Sykehus	Andre døgninst	Samlet
Helseregion Øst	3.016	2.223	5.239
Helseregion Sør	2.452	2.070	4.522
Helseregion Vest	3.088	2.904	5.992
Helseregion Midt	2.476	2.145	4.651
Helseregion Nord	2.123	1.614	3.737
Totalt	2.866	2.256	5.122

Utskrivninger - voksenpsykiatrien

Antall utskrivinger i voksenpsykiatrien pr 10.000 innbyggere ligger i Helseregion Vest omtrent på et gjennomsnitt. Sammenholdt med forbruk av oppholdsdøgn må det bety at Helseregion Vest har relativt mange oppholdsdøgn bak hver utskriving i gjennomsnitt.

Tabell 2. Utskrivninger voksenpsykiatrien per 10 000 innbyggere.

	Sykehus	Andre døgninst.	Samlet
Helseregion Øst	65	20	85
Helseregion Sør	63	34	97
Helseregion Vest	67	35	102
Helseregion Midt	73	30	103
Helseregion Nord	62	57	119
Totalt	68	31	99

Dekningsgrad - barne- og ungdomspsykiatrien

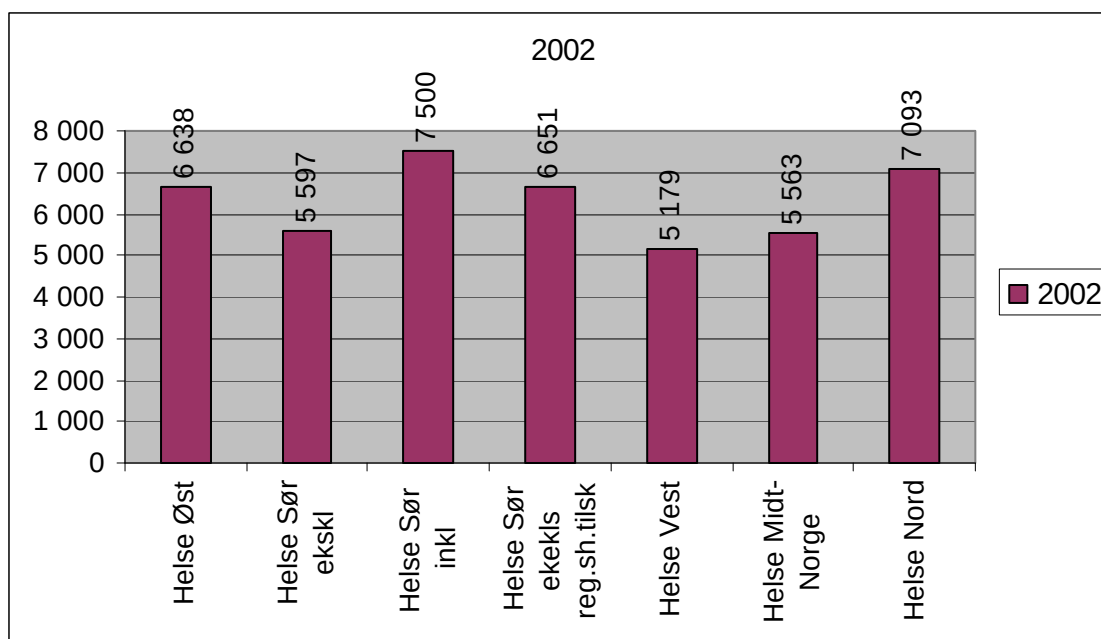
Helseregion Vest har en lav dekningsgrad innen barne- og ungdomspsykiatrien, dvs andel av befolkningen under 18 som ble behandlet i 2001. Prosentandelen er i Helseregion Vest 2,11 mot et gjennomsnitt for landet på 2,74. I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er det et mål at ca 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen skal få et tilbud innen 2006.

Tabell 3. Dekningsgrad i barne- og ungdomspsykiatrien

	Prosent poliklinikk	Prosent dag/døgn	Prosent totalt
Helseregion Øst	2,67	0,18	2,85
Helseregion Sør	2,44	0,37	2,82
Helseregion Vest	2,01	0,10	2,11
Helseregion Midt	2,20	0,17	2,36
Helseregion Nord	3,89	0,16	4,05
Totalt	2,54	0,20	2,74

4.5 Økonomiske ressurser

Figur 3 viser basistilskudd (somatikk og psykiatri) pr innbygger eksklusive regionsykehusstilskudd i de fem helseregionene. For Helse Sør er det satt opp to alternativer som viser tilskudd pr innbygger eksklusive og inklusive Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Tredje alternativ viser Helse Sør eksklusive antatt regionsykehusstilskudd inklusive basistilskudd til Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Brukes dette alternativ som sammenligningsgrunnlag mottok befolkningen i Helse Vest det lavest basistilskudd pr. innbygger i 2002.



Figur 3.

Innen somatikk har det vært en sterk vekst i faktiske netto driftsutgifter fra 1995 til 2001. I Helse Stavanger og Helse Bergen er veksten på henholdsvis 86 og 83 %, mens veksten i Helse Fonna og Helse Førde er 65 og 67 %.

Ser vi på psykiatri brukte Helseregion Vest kr 1.924 pr innbygger samlet i 2001. Helseregion Øst ligger høyest med kr 2.321 mens Helseregion Sør er lavest med kr 1.735 pr innbygger. Helseregion Vest har laveste driftsutgifter pr innbygger innen barne- og ungdomspsykiatrien,

4.6 Personelldekning

Antall årsverk - somatikk

I perioden 1995-2001 har det vært en vekst i samlet antall årsverk i helseforetakene fra 11 til 24 %. Helse Bergen og Helse Stavanger har hatt den sterkeste veksten med henholdsvis 24 og 22 %. Helse Førde og Helse Fonna har hatt en vekst på henholdsvis 11 og 13 %.

Ser vi på personelldekning samlet i regionen har Helseregion Vest et lavere antall årsverk pr 1.000 innbyggeren enn gjennomsnittet. Korrigert for gjestepasienter og kjønns- og alders sammensetning er fordeling etter personellkategori og helseregion som følger i 2001:

Tabell 4. Personelldekning somatikk per 1000 innbyggere. 2001.

	Leger	Syke-pleiere	Hjelpepl barnepl	Annet beh.pers	Adm. pers	Annet pers	Årsverk totalt
Helseregion Øst	1,7	4,8	1,2	1,4	1,9	2,1	13,1
Helseregion Sør	1,4	4,6	1,2	1,2	1,6	1,7	11,8
Helseregion Vest	1,5	4,7	1,1	1,2	1,8	2,0	12,4
Helseregion Midt	1,5	5,3	1,0	1,2	1,8	2,0	12,8
Helseregion Nord	1,7	5,6	1,5	1,6	2,2	2,5	14,9
Totalt	1,6	4,9	1,2	1,3	1,9	2,0	12,9

Personelldekning - psykisk helsevern

Helseregion Vest har 36,5 årsverk pr 10.000 innbyggere i 2001 innen psykisk helsevern.

Tabell 5. Personelldekning psykisk helsevern per 10.000 innbyggere. 2001.

	Leger	Psyko- loger	Høyskole- utd.pers.	Hj.pl og ufagl. pleiepers	Annet Personell	Totalt
Helseregion Øst	3,3	2,6	18,1	10,9	7,1	42,0
Helseregion Sør	2,2	2,4	15,2	7,4	5,8	33,0
Helseregion Vest	2,3	2,9	15,4	9,5	6,4	36,5
Helseregion Midt	2,4	2,4	15,1	7,5	5,9	33,3
Helseregion Nord	2,7	3,4	17,8	8,1	6,2	38,1
Totalt	2,7	2,7	16,7	9,2	6,6	37,9

Helseregion Vest har 1,2 årsverk pr 10.000 innbyggere for behandlere med driftsavtale (leger og psykologer) som er i samsvar med landsgjennomsnittet

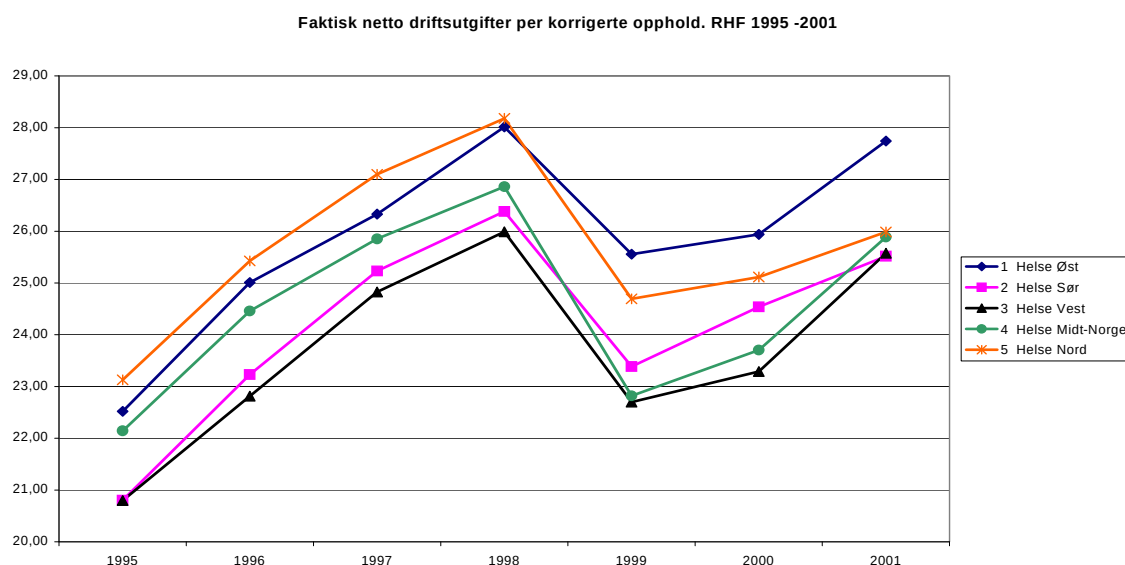
Dersom vi ser på personell dekning innenfor barne- og ungdomspsykiatrien for 2001 har Helseregion Vest totalt 19,3 årsverk pr 10.000 innbyggere 0-17-år. Totalen for landet er 24,5 årsverk. I Helseregion Vest fordeler disse årsverkene seg med 8,8 på poliklinisk personale og 10,5 på døgn/dagpersonale, dvs at 46 % er poliklinisk personale.

Innenfor voksenpsykiatrien har Helseregion Vest samlet 42,4 årsverk pr 10.000 innbyggere 18 år eller eldre. Det er i samsvar med landsgjennomsnittet. Årsverkene fordeler seg med 5,0 på poliklinisk personale og 37,3 på døgn/dagpersonale, dvs at 88 % er knyttet til døgn/dagtilbud og 12 % til polikliniske tjenester. Andel personell i poliklinikk er lavest i Helseregion Vest (jfr også lav andel konsultasjoner).

4.7 Ressursutnyttelse og effektivitet

Netto driftsutgifter pr opphold- somatikk

Sammenliknet med de øvrige regionene, har Helse Vest i perioden 1995-2001 de laveste faktiske nettodriftsutgiftene per korrigert opphold, som fremgår av figur 4.



Figur 4.

I 2001 hadde helseforetakene i regionen følgende netto driftsutgifter pr korrigert opphold¹

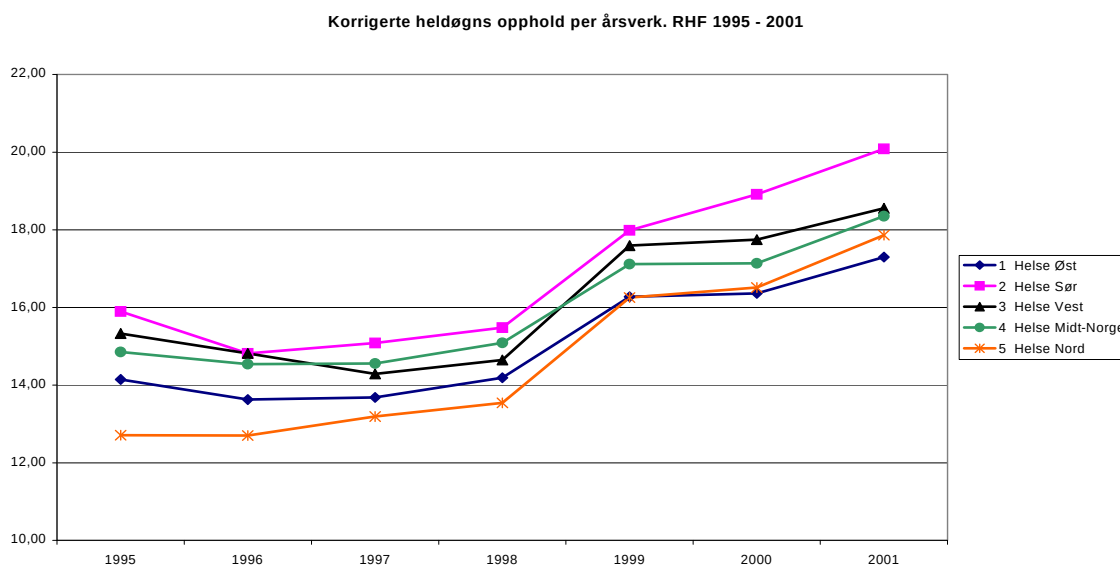
- Helse Førde: kr 26.650
- Helse Bergen: kr 24.120 eksklusive regionsykehusstilskuddets basisdel
- Helse Fonna: kr 24.380
- Helse Stavanger: kr 27.025

Ser vi på utvikling fra 1995-2001, har Helse Stavanger og Helse Bergen hatt den høyeste kostnadsveksten med henholdsvis 24 og 22 %, mens Helse Fonna og Helse Førde har hatt lavest vekst med henholdsvis 16 og 19 %.

Dersom regionsykehusstilskuddet basisdel inkluderes i netto driftsutgifter pr korrigerte opphold for Helse Bergen gir dette en netto driftsutgift pr korrigert opphold på kr. 31 408.

Heldøgnsopphold pr årsverk - somatikk

Fra figur 5 fremkommer det at Helse Vest i perioden 1995-2001 har en forholdsvis høy produktivitet, målt ved korrigerte heldøgnsopphold per årsverk. Høy produktivitet i denne sammenheng betyr for øvrig at DRG inntektene per årsverk også er forholdsvis høy.



Figur 5.

Antall tiltak og pasient per fagårsverk – barne- og ungdomspsykiatri

Helse Fonna og Helse Bergen øker antall tiltak per fagårsverk i perioden i 1999-2001, dvs. øker produktiviteten innen barne- og ungdomspsykiatrien. Helse Fonna har den største absolutte veksten. Helse Stavanger har den største absolutte nedgangen.

¹ Korrigerte opphold er en teoretisk størrelse som benyttes for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehus. Dersom et sykehus bare har pasienter med kostnadsvekt (DRG vekt) 1,00, blir DRG indeksen lik 1,00. Antallet korrigerte opphold blir dermed lik antall faktiske opphold. Sykehus med relativt sett flere tyngre enn lette DRG-er, vil få et høyere antall korrigerte opphold enn faktiske sykehusopphold, og vice versa for sykehus med relativt sett færre tyngre enn lette DRG-er.

Helse Fonna og Helse Bergen har en svak oppgang i antall pasienter per fagårsverk. Helse Stavanger har en forholdsvis sterk oppgang. Helse Førde har en svak nedgang.

Tabell 6. Tiltak per fagårsverk og pasient per fagårsverk. 1999-2001.

Helseforetak	Sum tiltak ¹ per fagårsv. 1999	Sum tiltak ¹ per fagårsv. 2000	Sum tiltak ¹ per fagårsv. 2001	Pasient per fagårsv. 1999	Pasient per fagårsv. 2000	Pasient per fagårsv. 2001
Helse Førde	304,98	333,7	293,2	25,15	25,6	24,2
Helse Bergen	280,28	308,7	304,1	25,90	26,6	26,2
Helse Fonna	317,33	342,2	346,6	29,79	31,4	31,9
Helse Stavanger	339,78	346,4	321,0	20,22	24,7	26,0

4.8 Prosjektgruppens anbefaling

Prosjektgruppen anbefaler:

1. Utvikling av tjenestetilbudet må bygge på en utfyllende beskrivelse av nåsituasjonen på gode indikatorer for hva som skal utføres av tjenester/oppgaver, på hvilke innsatsfaktorer som medgår og på ressursutnyttelse og effektivitet.
2. Situasjonsbeskrivelsen må utfylles med data for undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.
3. I samarbeid med Sintef/Samdata bør det utvikles bedre data på helseforetaksnivå.
4. Situasjonsbeskrivelsen legges til grunn for en mer utfyllende analyse av styrke og svakheter av spesialisthelsetjenesten i regionen.
5. Det etableres en ordning som sikrer helseforetaksgruppen en løpende oppdatering av nøkkeldata som grunnlag for prioritering, dimensjonering og funksjonsfordeling.
6. Det etableres en ordning som gjør data lett tilgjengelig for pasienter og brukere

5 Akutfunksjoner i Helse Vest – sammendrag av delrapport

5.1 Innledning

Delprosjekt akutfunksjoner har hatt følgende mandat:

Helse Vest RHF skal sørge for at befolkningen i Helseregion Vest får et likeverdig tilbud om kvalitativt gode spesialisthelsetjenester. Akutfunksjonene og beredskapsordningene må fordeles slik at denne overordnede målsetting nås på en kostnadseffektiv måte.

Personelletts arbeidstid skal i størst mulig grad konsentreres om pasientbehandling, forskning og undervisning. Dette innebærer at tid bundet i beredskapsordninger reduseres der det er mulig.

Prosjekt Akutfunksjoner som er et delprosjekt i Funksjonsfordelingsprosjektet, skal kartlegge dagens status når det gjelder akutfunksjoner og beredskapsordninger. Der det er mulig skal dette sammenholdes med nasjonale normer og standarder på området.

På dette grunnlag skal det fremmes forslag til endringer i akutfunksjoner og beredskapsordninger både mellom helseforetakene og internt i helseforetakene i Helse Vest RHF

Delprosjektet har hatt en egen arbeidsgruppe. Arbeidet er oppsummert i en delrapport som følger som vedlegg til denne sak.

5.2 Bakgrunn

Bedre funksjonsfordeling mellom sykehus og en mer hensiktsmessig sykehusstruktur har lenge vært et nasjonalt satsningsområde. Det er videreført med sykehusreformen. Helse Vest er således både i styringsdokument for 2002 og for 2003 fra Helsedepartementet bedt om å vurdere om strukturelle tiltak kan gi en bedre helsetjeneste for pasientene og en bedre utnyttelse av ressursene. I styringsdokument for 2003 er det også bedt om at Helse Vest RHF foretar en gjennomgang av den akuttmedisinske kjeden (med vekt på den prehospitale delen).

I styringsdokumentet for 2003 viser Helsedepartementet til at Stortinget blant annet gjennom innstillingen til akuttmeldingen (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)) har forutsatt en gjennomgang av tjenestestrukturen på slike områder som fødselsomsorg og kirurgisk beredskap.

Innenfor fødselsomsorgen har Stortinget bedt Regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen.

Det har lenge vært et klart ønskemål å få til en bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratets rapport fra i høst om utviklingen av såkalte Distriktsmedisinske Sentra peker på dette som en arena for en slik samhandling.

Fra departementet er det understreket at det må gjennomføres gode både faglige og relasjonsmessige prosesser og det må foreligge god dokumentasjon på at nye tiltak ivaretar pasientenes behov og helsetjenestens mål på en minst like god måte som tidligere.

I dette sammendraget er det redegjort for de premisser og resonnementer som er drøftet i arbeidsgruppen for akuttfunksjonene i Helse Vest. I kap 4 i rapporten oppsummeres de føringer som anbefales gjort gjeldende for helseforetakene. I kap. 5 begrunnes nærmere hvorfor de føringene som er lagt til grunn vil gi befolkningen et likeverdig tilbud om kvalitativt gode spesialisthelsetjenester.

5.3 Beredskap i indremedisin og kirurgi

Det har fra mange hold vært hevdet at dagens sykehusstruktur ikke har tilpasset seg den utvikling som har skjedd innen kommunikasjon, prehospital behandling og i de medisinske fagene. I St.meld. nr. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste" blir det vist til at en del av problemene i spesialisthelsetjenesten har sammenheng med et stort antall sykehus med akuttmedisinsk beredskap:

- *Kvalitetsproblemer:* Mange av småsykehusene har ikke den kompetansen som befolkningen forventer av en komplett øyeblikkelig-hjelp-funksjon. I mange tilfeller har ikke sykehusene et tilstrekkelig kirurgisk pasientvolum, selv innen vanlig forekommende tilfeller, til å gi personalet nødvendig trening for vedlikehold av kompetanse. Fra meldingens kap. 2.2.1: "I diskusjoner om akuttberedskap i sykehus fremheves betydningen av geografisk nærhet. Det er viktig å komme tidlig i sykehus når noe akutt inntreffer. Nærhet gir derfor trygghet. Men også kvaliteten teller. Kort avstand kan bli farlig nærhet og falsk trygghet, hvis kvaliteten på sykehusets akutthjelp ikke er fullgod."
- *Rekrutteringsproblemer:* Mange sykehus, særlig de mindre, har problemer med rekruttering av spesialister. En tilfredsstillende vaktberedskap krever et høyt antall stillinger innen flere fagområder.
- *Effektivitetsproblemer:* Et forsvarlig vaktssystem som ivaretar øyeblikkelig-hjelp-funksjoner, krever mange fagfolk for at vaktbelastningen skal være overkommelig innen lovlige rammer. Vaktberedskapen binder opp vesentlige deler av arbeidstiden for nøkkelpersonell i sykehusene og er meget kostbar. Dette fører til mindre disponible ressurser til planlagt virksomhet.

Det er likevel uenighet om hvordan disse problemene skal løses. Temaene knyttet til akseptable transporttider, nødvendig volum for faglig kvalitet, nødvendig befolkningsunderlag for tilstrekkelig faglig bredde, rimelig vaktordninger osv har vært drøftet i mange år og har vært gjenstand for mange utredninger. Dette er nærmere omtalt i kap 1.1.3 i den vedlagte delrapport.

5.4 Kvalitetsproblemer

Et eventuelt kvalitetsproblem bygger på tanken om at øvelse gjør mester og at de mindre sykehusene ikke har et tilstrekkelig volum til å opprettholde den nødvendige kompetanse. Det tenkes her ikke bare på legene, men alle de team som håndterer pasientene helt fra akuttmottak, via en eventuell operasjon, og til oppvåkning/intensiv.

Flere utredninger² går i retning av at akuttfunksjonen i kirurgi må begrenses til færre steder.

Det har imidlertid vist seg vanskelig å finne det endelige bevis for at det er en slik volum-kvalitet sammenheng.

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) utga i 2001 en rapport om ”Pasientvolum og behandlingskvalitet” (SMM-rapport Nr.2/2001). Både York-rapporten³ som vurderte litteraturen publisert fra 1980-1996, og SMMs gjennomgang av publikasjoner fra 1997-2000 viser at et stort antall publikasjoner konkluderer med at sykehus med høyt volum har bedre behandlingskvalitet. Etter en samlet vurdering mener likevel SMM at det ikke kan konkluderes om en generell sammenheng mellom volum og kvalitet, men at sammenhengen kan vises for enkelte diagnoser og prosedyrer (kfr delrapporten). Den samme vurderingen gjør seg eksempelvis gjeldende når det gjelder ortopedi, selv om det der fremgår av rapporten at hovedinntrykket er at god behandlingskvalitet krever ett visst pasientvolum både på kirurnivå og på sykehusnivå.

Fra SMM sies det også at noen sykehus i Norge har så lave volum av pasienter at de vanskelig kan vurdere sine egne resultater og dermed kvaliteten på behandlingen som gis. Styringsgruppen for SMM-rapporten er av den oppfatning at noen norske sykehus har et så lite volum at man må frykte at kvaliteten ikke er optimal.

Arbeidsgruppen i delprosjekt akuttfunksjoner har i delrapporten lagt stor vekt på NOU 1998:9 Hvis det haster...Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Utvalget som gjennomførte denne utredningen, det såkalte Akutt-utvalget, har også vært igjennom den samme diskusjonen omkring volum/kvalitet, og oppsummerer som følger:

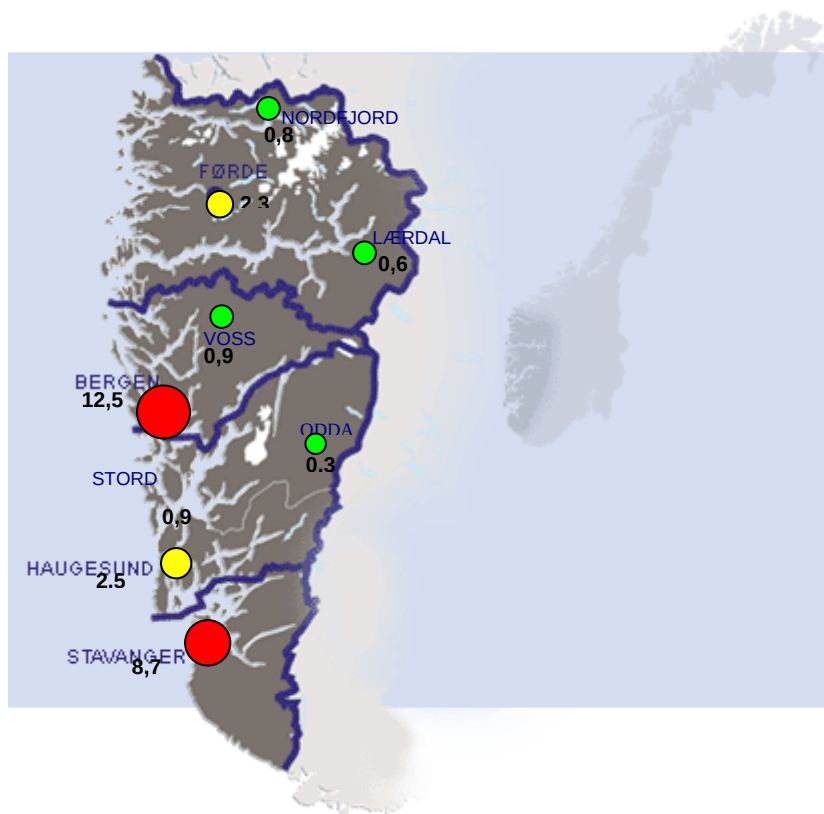
Det er betydelige metodeproblemer knyttet til undersøkelser som omhandler sammenheng mellom volum og kvalitet. En eventuell sammenheng kan, med de unntak som er nevnt over, verken bekreftes eller helt utelukkes. Utvalget har på denne bakgrunn valgt å se bort ifra en eventuell sammenheng mellom volum og kvalitet i snever forstand. Over tid vil imidlertid utvidete kvalitetsindikatorer som vedlikehold av kompetanse og miljøets samlede erfaring, være avhengig av produksjonsvolum. Utvalget har erkjent dette”

Dette er en av grunnene til at Akuttutvalget velger å anbefale en reduksjon i antall sykehus med vaktberedskap i kirurgi. Andre argumenter som utvalget legger til grunn for sin anbefaling er hensynet til fornuftig ressursbruk og tilgangen på legespesialister og annet medisinsk personell.

Nedenfor vises antall øyeblikkelig hjelp innleggelser pr døgn med behov for operasjonsstuekrevenende behandling i Helseregion Vest. Som det fremgår samler sykehusene i helseregionen seg i tre grupper: Bergen og Stavanger med henholdsvis 12,5 og 8,7 innleggelser pr døgn, Førde og Haugesund med henholdsvis 2,3 og 2,5 innleggelser pr døgn og de resterende med mindre enn 1 innleggelse pr døgn. Det er grunn til å se kritisk på fortsatt kirurgisk akuttfunksjon i denne sistnevnte gruppen.

² St.meld.nr.24 (1996-97), NOU 1998:9 ”Hvis det haster... - Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap”, St.m.nr. 43 (1999-2000) ”Om akuttmedisinsk beredskap”

³ Effective healthcare, NHS Center for Reviews and Dissemination, University of York, Dec. 1996, vol. 2, number 8. ”Hospital volume and healthcare outcomes, costs and patient access”.



- > 5 ø-hjelpsopphold med kirurgisk DRG pr. døgn
- 1 – 5 ø-hjelpsopphold med kirurgisk DRG pr. døgn
- < 1 ø-hjelpsopphold med kirurgisk DRG pr. døgn

5.5 Faglig utvikling

Den medisinske utvikling har bidratt til at medisinen er blitt, og fortsatt kommer til å bli, mer spesialisert. Hovedtyngden av øyeblikkelig hjelp innleggelser utgjøres imidlertid av indremedisinske pasienter der brorparten av pasientene krever en mer generell indremedisinsk kompetanse. Innen det kirurgiske fagfelt har imidlertid utviklingen vært noe annerledes. Her har det gått i retning av separate vaktordninger for fagområdene bløtdelskirurgi og ortopedi. Ortopeder som utdannes i dag har ikke generell kirurgisk utdanning i bunnen. Det er allerede etablert separate vaktordninger for bløtdelskirurgi og ortopedi ved de største sykehusene i hvert av helseforetakene i Helse Vest. Med tiden blir det færre kirurger med den nødvendige erfaring til å ta hånd om begge fagområdene. En konsekvens av denne utviklingen er derfor at det for fremtiden må planlegges for løsninger som gir et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å opprettholde vaktordninger i både bløtdelskirurgi og ortopedi.

En fremtidsrettet planlegging må basere seg på denne utvikling av det kirurgiske fagområdets. Det er vanskelig å basere seg på det forhold at det i dag fortsatt finnes enkelte dyktige leger med dobbel spesialisering.

Sosial- og helsedirektoratet utga høsten 2002 rapporten ”Distriktsmedisinsk Senter (DMS) – Utvikling av sykestuer til fremtidens ”desentraliserte” spesialisthelsetjeneste”. DMS kan ses på som en videreføring av dagens sykestuer. Det er forventninger om at disse skal kunne avlaste sykehusene og utvikle bedre tilbud tilpasset den voksende gruppen eldre og kronisk syke (for nærmere detaljer henvises til delrapporten).

Følgende enheter kan eksempelvis være hensiktsmessig å drive i et DMS;

- Poliklinikk, lærings- og mestringssenter, ambulant virksomhet og dag- og heldøgntjeneste som spesialisthelsetjeneste.
- Av kommunehelsetjenester har SHD vurdert legevakt (lokalt legevaktsamarbeid), allmennlegekontor, fysioterapi, hjemmesykepleie og interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern som aktuelle for samlokalisering i DMS.

Dette er et tilbud som kan bidra til å opprettholde et desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud på steder med begrenset befolkningsgrunnlag.

5.6 Transporttider

Akuttutvalget er spesielt opptatt av tiden som forløper fra sykdom eller skade oppstår til pasienten får korrekt behandling. Utvalget er opptatt av at det vesentlige er at behandlingen kommer raskt i gang. Dersom dette kravet er oppfylt, kan de mer spesialiserte behandlingstiltak i sykehuset oftest vente noe.

Utbygging av vegnettet og etablering av luftambulansen har redusert transporttidene betraktelig de senere år. AMK-sentraler er etablert og kommunikasjonsmulighetene mellom ambulanse og sykehus er forbedret. Samlet har dette medvirket til at ambulansetjenesten har gått fra å være en ren transporttjeneste til å fungere som spesialisthelsetjenestens forlengede arm. Det er i prosjektet lagt vekt på at ambulansetjenestens tilgjengelighet skal opprettholdes. Det vises her til gjennomgang av den prehospitale tjenesten og viktigheten av at den tjenesten understøtter endringer i sykehusstruktur.

Majoriteten av øyeblikkelig hjelp henvendelser utgjøres av pasienter med indremedisinske diagnoser. Disse vil fortsatt bli tatt hånd om av de desentraliserte indremedisinske avdelinger og de distriktsmedisinske sentre. Disse avdelingene/sentrene vil også om nødvendig kunne utføre stabiliserende behandling før videre transport av pasienter med både indremedisinske og kirurgiske diagnoser. På denne måten sikres en tilfredsstillende håndtering av de pasienter som får en forlenget transporttid til endelig kirurgisk behandling. Akuttutvalget peker på at lenger transporttid ikke nødvendigvis fører til senere iverksatt behandling.

Det må også understrekes i tilknytning til dette og foregående punkt at de desentrale enhetene må ha et diagnostisk apparat inklusiv telemedisinske løsninger mot hovedenhet som muliggjør lokal avklaring og ikke utsetter pasienten for unødig transport.

5.7 Rekrutteringsproblemer

Flere av de mindre sykehusene har i dag rekrutteringsproblemer og er avhengig av til dels kostbare vikarløsninger. Bakgrunnen for rekrutteringsproblemene kan være mange som for eksempel både manglende faglige utfordringene og de hyppige vaktene. Det er fare for at

rekrutteringen blir enda vanskeligere ved de mindre sykehusene dersom deres akuttfunksjon i kirurgi blir borte. Dette vil også få konsekvenser for godkjenningene som utdanningsinstitusjoner.

Det synes å være hensiktsmessig at det fremtidige fokus når det gjelder rekruttering og utdanning ikke må være det enkelte sykehus, men det samlede helseforetak. Det er helseforetakene som må etablere stillinger med attraktivt innhold og som må sikre at utdanningskandidatene får den nødvendige praksis ved driftsstedene (sykehusene) i foretaket.

Det er denne filosofi som ligger til grunn for en av forslagene til modell for den fremtidige organisering av aktivitetene i Helse Fonna. I en slik modell kan det være naturlig å se på om det skal være helseforetaket som godkjennes som utdanningssted og ikke de enkelte driftsteder (sykehus). Dette må nærmere avklares.

Med den reduksjon i vaktbelastning som en reduksjon i antall sykehus med kirurgisk vaktberedskap innebærer, legges det til grunn at det skal være mulig å skape attraktive stillinger med den faglige bredde som helseforetakene representerer.

Det er rimelig å anta at de distriktsmedisinske sentra vil kunne virke rekrutterende til primærhelsetjenesten.

5.8 Effektivitetsproblemer

Mandatet slår fast at personellets arbeidstid i størst mulig grad skal konsentreres om pasientbehandling, forskning og undervisning. Dette innebærer at tid bundet i beredskapsordninger reduseres der det er mulig.

Akuttutvalget gjorde en egen kartlegging av utnyttelse av beredskapsordningene ved sykehusene. Denne viste at beredskapen for nattlige operasjoner gjennomsnittelig er i bruk 1 til 2 ganger pr måned ved små sykehus. Små sykehus var i denne forbindelse definert som sykehus med mindre enn 40.000 innbyggere i opptaksområdet, hvilket er situasjonen for de fleste mindre sykehusene i Helse Vest.

Kalkulasjonene utført i delprosjektet viser at de timene som frigjøres ved en omfordeling av akuttfunksjonene, representerer en potensiell kostnadsreduksjon på over 40 millioner kroner. Det er flere forhold som kan påvirke dette tallet i både den ene og den annen retning, men en samlet vurdering er at dette er et meget forsiktig anslag for potensialet.

En annen måte å se på de frigjorte timene, er hva de kan brukes til når det gjelder økt pasientbehandling. De frigjorte timene representerer ca 66 behandlerårsverk (gitt 1850 timer pr årsverk). Flere av de aktuelle yrkesgruppene er i dag mangelvære i helsevesenet. Disse årsverkene kan settes inn i poliklinikk, dagkirurgi eller behandling av inneliggende pasienter. Uansett vil aktivitetsøkningen kunne bli betydelig. Basert på en rekke forutsetninger er det også her gjort kalkulasjoner av hvor stor aktivitetsøkning dette kan representere avhengig av hvor resursene settes inn. Dette vil uansett gi vesentlige bidrag når det gjelder bedring i dagens ventelistesituasjon.

Flere av de vaktordningene som i dag er etablert ved de mindre sykehusene tilfredsstiller ikke normene for nødvendig beredskap slik de er definert i Akuttmeldingen (NOU 1998:9). Alternativet til de endringene som er foreslått er derfor å opprettholde dagens funksjonsfordeling samtidig som dagens vaktordninger oppgraderes til de nevnte normer. Dette vil imidlertid gi en

årlig kostnadsøkning i nærheten av 20 millioner kroner; noe som vil gå ut over dagens aktiviteter knyttet til pasientbehandling, forskning og undervisning.

5.9 Fødselsomsorgen

Mye av diskusjonen innen fødselsomsorgen har dreiet seg om de samme temaene som innen akuttfunksjonene i kirurgi (kfr kap 3.1). Skal utviklingen gå i retning av desentrale tilbud med fødestuer nær alle de fødendes bosteder eller sentralisering mot store sentra med omfattende vaktordninger for håndtering av mulige komplikasjoner?

Temaet har vært gjenstand for en rekke utredninger. Statens helsetilsyn la i 1997 frem rapporten ”Faglige krav til fødeavdelinger”. Det ble der foreslått tre kompetansenivåer:

- Kvinneklinikker: Minst 1.500 fødsler, tilstedevakt av fødsel- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsbemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte
- Fødeavdelinger: Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen
- Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold

Den prinsipielt samme tilrådning ble senere også gitt fra Akuttutvalget (1998). I den derav følgende Stortingsmelding nr 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap anbefaler departementet at Helsetilsynets forslag til tredeling gjøres veiledende i planleggingen av fremtidens fødselsomsorg. Ved den senere Stortingsbehandling ble dette forsterket ved at Stortinget ber om at tredelingen ikke bare gjøres *veiledende*, men at den gjøres *gjeldende* i planleggingen av fremtidens fødselsomsorg (Innst.S.nr.300 (2000-2001)). Det ble imidlertid understreket av sosialkomiteen at antallet fødsler både ved kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer ikke må være absolutt.

Høsten 2002 arrangerte Nasjonalt Råd for fødselsomsorgen et møte med representanter for hele foretaksgruppen i Helse Vest. Rådet presiserte igjen Stortingets klare beskjed om den nevnte tredelingen, og redegjorde for både nasjonale og internasjonale undersøkelser som bekrefter at det ikke er forbundet med økt risiko å føde ved en fødestue gitt at anerkjente seleksjonskriterier legges til grunn.

Det er i prosjektet anbefalt at denne nivåinndelingen legges til grunn i helseforetakenes endelige utforming av den nye sykehusstrukturen.

5.10 Anbefalte føringer for helseforetakene

Etter en samlet vurdering av tidligere utredninger og nasjonale føringer samt de kompetanse- og kommunikasjonsmessige endringer som har funnet sted de senere år, mener arbeidsgruppen at det er grunnlag for å revurdere dagens fordeling av akuttfunksjoner i Helse Vest.

For å sikre befolkningen et likeverdig tilbud om kvalitativt gode spesialisthelse-tjenester, anbefales følgende føringer for den konkrete utforming av sykehusstrukturen i helseforetakene:

1. Det legges til grunn en desentralisert spesialisthelsetjeneste og fødselsomsorg

2. Akuttfunksjonen i kirurgi konsentreres til færre sykehus som derved kan tilby tilgjengelige spesialister innen både bløtdelskirurgi og ortopedi og tilstrekkelig store enheter som er robuste nok til å håndtere faglige og rekrutteringsmessige utfordringer i alle ledd i behandlingskjeden
3. Helsetilsynets nivåinndeling av fødeinstitusjoner legges til grunn for organiseringen av fødselsomsorgen
4. Tid bundet i beredskapsordninger reduseres for å friggi tid til mer pasientbehandling og økt satsing på forskning og undervisning
5. Det etableres Distriktsmedisinske Sentre i områder med begrenset befolkningsgrunnlag
6. Det bindes ikke mer tid i beredskapsordninger for å oppgradere dagens funksjonsfordeling til de normer som fremgår av NOU 1998:9 (akuttmeldingen)
7. Strukturplanleggingen baserer seg på en erkjennelse av det kirurgiske fagområdets utvikling med økende spesialisering

Disse føringene vil få konsekvenser både for de ansatte og befolkningen. For majoriteten av den sistnevnte gruppen vil dog tjenestetilbudet være uforandret. Føringene medfører ingen endringer av eksperimentell karakter. Det er gode erfaringer med omstillinger ved eksempelvis nedleggelse av akuttfunksjonene i både Egersund og Sauda, med en filial av Ringerike sykehus ved Ål sjukestue, med sykehus med kun øyeblikkelig hjelp funksjon i indremedisin ved Lovisenberg osv.

Det er utarbeidet et konkret forslag til hvordan sykehusstrukturen kan utformes basert på slike føringene. Den løsningen er nærmere presentert i den foreliggende delrapport, men kan kort oppsummeres som følger:

Helseforetak	Akutt-funksjon indre-medisin	Akutt-funksjon kirurgi	Akutt-funksjon ortopedi	Distrikts-medisinsk Senter	Føde-avdeling/fødeklinikk	Fødestue
Helse Stavanger						
SIR	X	X	X		X	
Helse Fonna						
Haugesund	X	X	X		X	
Stord	X					X
Odda				X		X
Helse Bergen						
Haukeland	X	X	X		X	
Voss	X					X
Helse Førde						
Førde	X	X	X		X	
Avd. Florø				X		
Nordfjord	X					X
Lærdal				X		X

Som det fremgår er ingen sykehus foreslått nedlagt og ingen fødetilbud foreslått fjernet. Derimot er akuttfunksjonen i bløtdelskirurgi og ortopedi foreslått samlet på færre sykehus, nærmere bestemt på ett sykehus i hvert helseforetak. De samme sykehusene opprettholder fødetilbudet i form av fødeavdelinger/kvinneklinikker, mens de andre fødeavdelingene omgjøres til fødestuer. Sykehusene i Odda og Lærdal samt avdelingen i Florø foreslås imidlertid omgjort til Distriktsmedisinske Sentra.

Andre muligheter kan vurderes innenfor de anbefalte føringene, muligheter som har vært nevnt i prosessen så langt. Eksempelvis:

- Andre løsninger internt i helseforetakene (for Lærdal og Nordfjord som også er antydnet i delrapporten)
- Andre løsninger for oppgavefordeling mellom helseforetakene (som for eksempel arbeidsdeling mellom Odda, Lærdal, Voss)
- Andre løsninger i forhold til naboregionene (for eksempel Nordfjord og Volda)
- Forskyvning av de geografiske grensene mellom sykehusene for derved å endre befolkningsgrunnlaget for sykehusene (for eksempel mellom Bergen og Voss eller mellom Haugesund og Stord)

5.11 Konsekvenser for pasientene

Utgangspunktet for dette arbeidet har vært å medvirke til at befolkningen i Helse Vest får et likeverdig tilbud om kvalitativt gode spesialisthelsetjenester. Befolkningen i Helse Vest inkluderer ikke bare de som i dag får behandling, men også de som står på venteliste og grupper som av ulike grunner ikke får et tilfredsstillende tilbud i dag.

Delprosjekt Akuttfunksjoner har som navnet tilsier, kun konsentrert seg om akuttfunksjonene. Det innebærer for eksempel at det er lagt til grunn at de sykehus som mister akuttfunksjonen i kirurgi, fortsatt skal drive elektiv virksomhet i form av poliklinikk, dagkirurgi og/eller innlagte pasienter.

Den alt overveiende del av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester vil i fremtiden bli dekket på akkurat samme måte som i dag. Prinsipielt blir det ingen endring for følgende pasientgrupper:

- Pasienter som skal til poliklinisk undersøkelse og dagbehandling i spesialisthelsetjenesten. Disse tilbudene vil foreligge på de samme driftsstedene som i dag. Det samme vil i stor grad også gjelde for elektive innleggelser.
- Pasienter med sår og bruddskader.

På sykehus som ikke lenger har akuttfunksjon i kirurgi vil diagnostikk kunne ivaretas av vakthavende allmennlege, alternativt av vakthavende turnuskandidat. Ved etablering av et felles akuttmottak i sykehusbygningene vil allmennlegen ha tilgang til det utstyr og de laboratorie- og røntgentjenester som sykehusene/de Distriktsmedisinske Sentra tilbyr. Legen vil i nær fremtid også kunne kommunisere både med radiolog og kirurg/ortoped både via tale og bilde.

For enkelte pasientgrupper vil tilbudet endre seg og i de fleste tilfeller også bli bedre:

- Eldre og kronisk syke.

Denne pasientgruppen får et bedre tilbud ved at det etableres Distriktsmedisinske Sentra der primærhelsetjenesten og spesialist-helsetjenesten sammen utvikler tilbud bedre tilpasset denne gruppens behov. Lokalsykehusenes fokus dreies også mer mot denne pasientgruppens behov.

- Pasienter i behov for øyeblikkelig hjelp innleggelser i kirurgi.
Enkelte vil få lenger transportavstand til mottagende sykehus og derved mulighet for senere iverksatt spesialisert behandling. Spesialisthelsetjenestens prehospitalet tilbud skal imidlertid ytterligere forbedres, og alle dagens driftsteder opprettholdes med mulighet for tidlig stabiliserende behandling. Ved behov for innleggelse i sykehus kommer etter dette alle innbyggerne til sykehus med vakthavende spesialister i både bløtdelskirurgi og ortopedi, og med team i mottagelse, operasjonsstue, intensiv osv med betydelig erfaring i håndtering av øyeblikkelig hjelp tilstander. Dette oppveier ulempen ved en eventuell noe senere iverksatt spesialisert behandling⁴.
- Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp innleggelser i indremedisin.
Akutfunksjonene i indremedisin foreslås i stor grad opprettholdt. På steder med Distriktsmedisinsk Senter vil noen tilbys et egnet tilbud i senteret, mens andre må transporteres videre til annet sykehus. For disse gjelder samme resonnement som for pasienter med øyeblikkelig hjelp innleggelser i kirurgi.
- Fødende.
Disse får et trygt, desentralisert og differensiert tilbud bygd på klare anbefalinger fra Nasjonalt Råd for fødselsomsorgen. Enkelte vil få lenger transportavstand til mottagende sykehus og derved mulighet for senere iverksatt spesialisert behandling. På den annen side kommer de til sykehus med team med betydelig erfaring i håndtering av ulike tilstander hos både mor og barn.
- Ventelistepasienter og pasientgrupper med mangelfulle tilbud.
I og med at arbeidstid bundet i beredskapsordninger frigjøres, økes kapasiteten for pasientbehandling og derved kan ventetider reduseres og nye pasienttilbud opprettes.

5.12 Prosjektgruppens vurdering

I prosjektet er det foretatt en gjennomgang av dagens situasjon i helseregionen og sentrale premisser for vurdering og endring av akuttmedisinske tjenester er drøftet.

Prosjektgruppen foreslår at nasjonale standarder og prinsipper legges til grunn for videre arbeid med akutfunksjoner i regionen.

Prosjektet har bidratt til å belyse sentrale problemstillinger og utfordringer samtidig som det er vist hvordan akutttilbudet og fødselsomsorgen kan utvikles i helseregionen med utgangspunkt i sentral standarder og prinsipper.

Det forutsettes foretatt lokale tilpasninger med utgangspunkt i nasjonale standarder og prinsipper.

⁴ det fremgår av de offentliggjorte rapportene fra faggruppene i Helse Førde at gruppene vurderer det som faglig forsvarlig å nedlegge all aktivitet i Florø samt å fjerne de kirurgiske akutfunksjoner og fødetilbudet i Lærdal

Prosjektgruppen anbefaler på denne bakgrunn følgende:

1. Det legges til grunn en desentralisert spesialisthelsetjeneste og fødselsomsorg
2. Bruk av nye diagnostiske metoder bl.a. basert på telemedisin gir muligheter for forbedret diagnostikk også i mindre enheter uten spesialister på vakt.
3. Akuttbehandling i kirurgi konsentreres til færre sykehus som derved kan tilby tilgjengelige spesialister innen både bløtdelskirurgi og ortopedi og tilstrekkelig store enheter som er robuste nok til å håndtere faglige og rekrutteringsmessige utfordringer i alle ledd i behandlingskjeden
4. Helsetilsynets nivåinndeling av fødeinstitusjoner legges til grunn for organiseringen av en desentralisert og differensiert fødselsomsorg
5. Beredskapsordninger gjennomgås med sikte på å frigi tid til mer pasientbehandling og økt satsing på forskning og undervisning
6. Det utvikles distriktsmedisinske sentre i samarbeid med kommunene
7. Det bindes ikke mer tid i beredskapsordninger for å oppgradere dagens funksjonsfordeling til de normer som fremgår av NOU 1998:9 (akuttmeldingen) og strukturplanleggingen baserer seg på en erkjennelse av det kirurgiske fagområdets utvikling

6 Lands- og flerregionale funksjoner, nasjonale- og regionale kompetansesenter

Prosjektgruppen har som grunnlag for videre arbeid med funksjonsfordeling laget en oversikt over hvilke lands- og flerregionale funksjoner som ivaretas av sykehus i Helseregion Vest (Haukeland Universitetssykehus).

Det er også laget en oversikt over nasjonale og regionale kompetansesentre i helseregionen. For en nærmere redegjørelse vises det til rapport vedrørende kriterier for regionale kompetansesentre.

Helsedepartementet forutsetter i styringsdokumentet til Helse Vest for 2003 at de regionale helseforetakenes oppgaver knyttet til landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesenter videreføres.

Lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesenter fordeles av Helsedepartementet basert på søknad. Regionale kompetansesenter tar helseregionen selv stilling til. Det vises til kapittel 8 hvor kriterier for regionale kompetansesentre drøftes.

Med bakgrunn i den oversikten over lands-, flerregionale og regionale funksjoner, nasjonale og regionale kompetansesenter som er utarbeidet anbefaler prosjektgruppen:

1. Kompetansemiljøene oppfordres til å arbeide for å få flere funksjoner og kompetansesenter i Helse Vest
2. Det er samtidig viktig å få en avklaring av framtidige rammer for en finansieringsordning for disse.

7 Forskning

7.1 Sammendrag av delrapport

Arbeidsgruppen ble gitt følgende mandat:

Arbeidsgruppen skal med hovedfokus på våre nasjonale og regionale føringer samt den foreliggende virksomheten i helseforetakene og ved Universitetet i Bergen foreslå tiltak som kan styrke forskningen både i kvantitet og kvalitet og øke samhandlingen mellom forskningsmiljøene i helseregionen.

Gruppen bes om å utarbeide:

1. Tiltak som kan la seg realisere innenfor 12 måneder.
2. Forslag til endringer som kan la seg realisere innenfor et tidsperspektiv på 1-3 år.
3. Forslagene skal ikke forutsette at en må iverksette store investeringsmessige tiltak eller vesentlige økninger i netto driftskostnader.
4. Forslagene skal fremmes innen 10. desember 2002.

Arbeidsgruppen påpeker at status for klinisk forskning i Norge over år viser en trend som gir grunnlag for en viss bekymring. Det er derfor et viktig strategisk utviklingstiltak for helsetjenesten å få satt fokus på forskning i årene framover, og i denne sammenheng av stor betydning å fremme et nært samarbeid mellom universitet og helseforetak.

Sykehusinstitusjoner i Helse Vest er tillagt vesentlige funksjoner og spisskompetanse gjennom landsfunksjoner, regionale funksjoner og kompetansesenter. Det er her meget god kompetanse å bygge videre på.

Forskning og formidling må være i tråd med Helse Vest RHF oppgaver og samfunnets langsiktige behov. Forskning og utvikling skal være integrert i tjeneste- og arbeidsplaner. Haukeland universitetssykehus bør være en katalysator og idebank og naturlig leder for forskning og utvikling, ikke bare i Helse Bergen HF, men også i hele helseforetaksgruppen.

Forskning og utvikling er en viktig rekrutteringskilde for helseforetaksgruppen av høyt kompetente medarbeidere og innsatsen i forskning og utvikling bør kunne måles.

Det bør satses på områder hvor forutsetningene er særlig gode og samtlige profesjoner bør engasjeres i forsknings- og utviklingsarbeid. Forskning bør synliggjøres i avdelingenes virksomhetsplaner, driftsbudsjetter og årsrapporter.

Medisinsk og helsefaglig forskning er hovedoppgaver både for helseforetakene og Universitetet i Bergen og en målrettet og effektiv forskerutdanning er avgjørende for å oppnå dette.

I delrapporten blir eksisterende og mulige nye virkemidler omtalt. Av eksisterende (noen nyetablerte) tiltak omtales regionsykehusstilskuddet, statlig og regionale forskningsmidler, samarbeidsorganet mellom Helse Vest og Universitetet i Bergen og kompetansesenter for klinisk forskning.

Det foreslås følgende nye delmål/tiltak og angivelse av tidspunkt for når tiltaket skal være gjennomført:

1. Foretakene i Helse Vest RHF har tilgang til brukervennlige rådgiving og økonomiske / administrative tjenester fra forskningstiftelse eller selskap inkludert muligheter for kommersialisering (gjennomføres vår 2003).
2. Det foreligger forskningshåndbok i web-basert form tilgjengelig for Helse Vest RHF (gjennomføres vår 2003).
3. Alle helseforetakene har tilgjengelig anvendelig IT verktøy inkludert databaser og statistikkprogram for forskerne (gjennomføres vår 2003).
4. Forskning inngår som egen post i godkjente budsjetter for mer enn 80% av alle medisinske og kirurgiske avdelinger i foretakene (gjennomføres vår 2003).
5. Den årlige rapporteringen ved mer enn 80% av de psykiatriske enhetene i helseforetakene inkluderer forskningsvirksomheten (gjennomføres høst 2003)
6. Årlig regional forskningskonferanse etableres i Helse Vest RHF (gjennomføres høst 2003).
7. Det etableres tilpassede kliniske forskningsfunksjoner ved alle foretakene i regionen med tilstrekkelig IT og statistisk kompetanse (gjennomføres høst 2003)
8. Kartlegge forskningskompetanse hos helsepersonell og faglige ledere i Helse Vest RHF (gjennomføres vår 2004)
9. Forskning inngår som egen post i godkjente regnskaper for mer enn 80% av alle medisinske og kirurgiske avdelinger i foretakene (gjennomføres vår 2004).
10. Det etableres fagspesifikke forskningsnettverk innenfor spesialitetene barnesykdommer, kvinnesykdommer og fødselshjelp og klinisk kjemi (gjennomføres høst 2004).

Det foreslås et samlet årlig budsjett til arbeidsgruppens forslag til tiltak på kr. 700.000,-.

7.2 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling

Prosjektgruppen viser til at Helse Vest RHF i overordnet foretaksplan har forutsatt at Helse Vest skal være ledende på bl.a. forskning (klinisk forskning).

Arbeidsgruppen har fremmet forslag om delmål/tiltak som bygger opp om dette overordnede målet. Prosjektgruppen slutter seg til disse forslagene.

Prosjektgruppen anbefaler at det arbeides videre med en langsiktig forskningsstrategi for hele foretaksgruppen der det også tas hensyn til rekruttering til forskning.

8 Kriterier for regionale kompetansesenter i Helse Vest

8.1 Sammendrag av arbeidsgruppens rapport

Helseregion Vest har et befolkningsgrunnlag på 920 000 som er tilstrekkelig til å opprettholde avanserte behandlingstilbud til de fleste pasientgrupper. For noen lidelser vil det være behov for et større befolkningsgrunnlag. Dersom Helseregion Vest skal ha høy egendeckning i regionen forutsetter det at funksjoner med lite volum, krav til spesiell kompetanse og kostbart utstyr organiseres på en hensiktsmessig måte. Spesialiserte tilbud i Helse Vest til små grupper og pasienter med spesielle behov må samles.

I rapporten redegjøres det for nasjonale retningslinjer for landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionsfunksjoner og nasjonale kompetansesentre.

En landsfunksjon er en høyt spesialisert medisinsk tjeneste som utøves ett sted i landet. En flerregional funksjon finner sted ved maksimalt tre sykehus. En regionsfunksjon er en funksjon som fortrinnsvis bør ivaretas ett sted i hver helseregion.

Nasjonale kompetansesentre skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av kompetanse innen et særskilt område. Sentrene har et særlig ansvar for å drive forskning, videreutvikle fagfeltet og drive undervisning og veiledning. Det er ikke krav om at senteret skal drive pasientbehandling selv om dette ofte vil være hensiktsmessig.

Lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesenter fordeles av Helsedepartementet basert på søknad.

Det er også opprettet regionale kompetansesentre og det foreligger flere søknader om dette i regionen. Helseregionen tar selv stilling til opprettelse av regionale kompetansesentre.

Arbeidsgruppen understreker behov for faglig samarbeid og faglig nettverksbygging som forutsetning for å tilby et sammenhengende tjenestetilbud med høy kvalitet. Det vil i et slikt faglig samarbeid eller faglig nettverk noen ganger være hensiktsmessig å gi en enhet et spesielt ansvar for å ivareta, bygge opp og formidle kompetanse.

Arbeidsgruppen drøfter nærmere oppgaver for slike regionale kompetansesentre.

Oppsummert foreslår arbeidsgruppen at regionale kompetansesenter må oppfylle følgende kriterier:

- ha faglig høy kompetanse som kan dokumenteres på området, og nødvendig infrastruktur
- drive forskning, utvikling og undervisning med spredning av kunnskap til hele regionen
- ha evne til samarbeid og innen sitt felt bygge opp et nødvendig fagnett regionalt, nasjonalt og internasjonalt
- hvis senteret driver klinisk virksomhet må det ha adekvat pasientvolum og kontinuerlig kunne redegjøre for behandlingsresultat
- kunne dokumentere egen faglig virksomhet inkludert kompetanseoppbygging i helseregionen

Regionale kompetansesenter bør også bidra til:

- utvikling av retningslinjer for etablering av nye teknikker og metodeutvikling (guidelines)

- utarbeidelse av retningslinjer for pasientlogistikk og pasientinformasjon
- arbeide for "evidence based medicine" (EBM)
- opprettelse av registerfunksjoner

Regionale kompetansesenter bør gjennomgå en omfattende evaluering hvert 3. - 5. år.

Kontinuitet og økonomi bør sikres primært gjennom Helse Vest RHF og baseres på resultat innen pasientbehandling, utarbeiding av retningslinjer, forskning og utviklingsarbeid. Evalueringen bør skje gjennom et permanent funksjonsfordelingsutvalg sammen med medisinsk fakultet.

Rapporten inneholder også viktig underlag for videre drøfting av fordeling av funksjoner i helseregionen.

8.2 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling

Prosjektgruppen slutter seg til kriteriene for regionale kompetansesenter som legges til grunn i delrapporten og de faglige forhold som regionale kompetansesenter bør bidra til.

I tillegg har prosjektgruppen følgende konkrete forslag til oppfølging i videre arbeid med kompetansesenter i Helse Vest:

1. Regionale kompetansesenter opprettes etter søknad fra helseforetakene.
2. Beslutningen om opprettelse tas av styret i Helse Vest RHF etter høringsrunde der samarbeidsorganet mellom Universitetet i Bergen og Helse Vest RHF skal uttale seg, og der alle helseforetakene gis anledning til å uttale seg.
3. Kompetansesenterstatus avklares en gang årlig i forut for budsjettbehandling slik at økonomiske forhold kan avklares.
4. Godkjenning tidsbegrenses. Det foretas en evaluering som skal ligge til grunn for beslutning om eventuell videreføring.
5. Helse Vest RHF utarbeider mal for evaluering våren 2003.
6. Eksisterende regionale kompetansesentre evalueres høsten 2003.
7. Helse Vest utarbeider detaljerte retningslinjer for søknad og frister

9 Faglige retningslinjer

Prosjektgruppen har vurdert bruk av faglige retningslinjer i Helse Vest som ledd i utvikling og kvalitetssikring av tjenestene. Det er i denne forbindelse avholdt møte med representant fra Sosial og helsedirektoratet.

I styringsdokument til Helse Vest for 2003 understrekes foretakenes selvstendige ansvar for den faglige kvaliteten i sitt arbeid. Som en hjelp i arbeidet utarbeides det fra sentralt hold flere typer faglige retningslinjer eller veiledning.

Faglige retningslinjer kan være både et virkemiddel for å sikre kvalitet på tjenesten og et verktøy for å bedre samhandling med primærhelsetjenesten. Kunnskapsgrunnlaget som legges til grunn skal være globalt, men organiseringen må tilpasses lokale forhold. Til nå er økonomiske aspekter lite tatt hensyn til i denne sammenheng, og det er på det rene at også økonomiske forhold bør vurderes. Prosjektgruppen vil også presisere at det er behov for rutiner på oppfølgingssiden for å tilse at enhetlig praksis følges.

Helsedepartementet forventer at det samarbeides med institusjonene som utvikler veiledningsmateriale, og at det gjøres bruk av materialet. Departementet understreker samtidig at helseforetakene må foreta selvstendige vurderinger av hvilke metoder som i det enkelte tilfelle oppfyller kravet til forsvarlighet.

Prosjektgruppen anbefaler at:

1. Det i 2003 startes opp arbeid med utarbeidelse av regionale faglige retningslinjer
2. Det utarbeides i første omgang faglige retningslinjer innen minimum 2 av de hyppigste diagnosene eller behandlingene innen hvert klinisk fagområde
3. Retningslinjene skal være basert på globalt beste kunnskap og tilpasses lokale forhold
4. Retningslinjer bør utarbeides på en standardisert måte, etter felles mal, og i tråd med Helsetilsynets anvisning som bygger på en syntese av erfaring internasjonalt på dette felt, jfr. <http://www.helsetilsynet.no/veileder.htm>
5. Helse Bergen HF v/Haukeland Universitetssykehus har et koordinerende ansvar for arbeidet i et regionalt samarbeid hvor samtlige helseforetak deltar
6. Retningslinjene utarbeides med medvirkning fra kommunehelsetjenesten og brukerne når dette er hensiktsmessig.
7. Retningslinjene gjøres tilgjengelig på hjemmesidene til Helse Vest RHF og helseforetakene

Prosjektgruppen mener at det i stor grad foreligger et godt kunnskapsgrunnlag for retningslinjer. En hovedutfordring er å gjøre aktiv bruk av retningslinjene. I det videre arbeidet bør implementering og rutiner som sikrer faktisk bruk av retningslinjene i den kliniske hverdagen vektlegges.

Prosjektgruppen anbefaler at det i neste omgang tas initiativ til utarbeidelse av retningslinjer:

8. på fagområder hvor det er store forskjeller i behandlingsrater (for eksempel åpen hjertekirurgi v/kornar-sykdom)
9. ved behandlingsmetoder som er under etablering og der regionale standardisering er av stor betydning (for eksempel prehospitaal trombolys)

10. ved lidelser hvor pasientene må forflyttes mellom nivåer i helsetjenesten

Forslaget er fulgt opp i styringsdokument til helseforetakene for 2003.

10 Vurderte prosjekter – anbefalinger for videre utredning

10.1 Regional kreftplan - revidering

I styringsdokumentet til Helse Vest 2003 er det framhevet at bl.a. kreftbehandling og kreftomsorgen skal være under særskilt styringsmessig fokus i de regionale helseforetakene. Helse Vest skal følge opp Nasjonal kreftplan og legge til rette for videreføring og nyetablering av aktuelle tiltak innenfor rammen av ordinær virksomhet etter 2003. Det forutsettes at Helse Vest tilrettelegger for en helhetlig behandlingsskjede innen kreftomsorgen, og at det etableres samarbeid med kommunehelsetjenesten på aktuelle områder.

Framskrivning viser en sterk økning (ca. 40%) i antall krefttilfeller fram til 2020. Dagens kapasitet innen diagnostikk og behandling er ikke tilstrekkelig for å ivareta denne utviklingen, og det må planlegges for en utvidelse av kapasiteten

Den sterke økning i antall krefttilfeller har sammenheng med bl.a. befolkningens alderssammensetning og befolkningsøkning. Grunnlag som er lagt i forhold til for eksempel antall røykende og kostholdsvaner betyr at det er lite som kan gjøres av forebyggende arbeid for å endre dette bildet de 10 – 15 neste årene.

Nåværende regionale kreftplan er et godt fundament for videre arbeid, men med ny eierstruktur og ny framskrivning vil prosjektgruppen anbefale at den regionale kreftplanen revideres. Det tilrås at Helse Vest tar initiativ til å etablere en gruppe med deltakelse fra helseforetakene og UiB, og utarbeider et mandat for arbeidet.

Forslaget er fulgt opp i styringsdokumentet til helseforetakene.

10.2 Psykiatriprosjekt – forslag om revidering av opptrappingsplanen

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er utvikling av tilbudet til personer med psykiske lidelser et nasjonalt satsningsområde.

Det ble i 2000 utarbeidet lokale planer i de enkelte fylkeskommunene for hvordan tilbudet både til barn og voksne skal utbygges og utvikles i planperioden. Planene er behandlet av Helsedepartementet.

Helse Vest RHF og helseforetakene bygger videre på disse planene og midler til opptrapping prioriteres i tråd med føringer i planene. I samarbeid med Helsedepartementet er det foretatt en gjennomgang og prioritering av utbyggingsprosjekter i perioden.

Med utgangspunkt i den nye foretaksstruktur og den utvikling som har funnet sted de siste årene ser prosjektgruppen nå et behov for å foreta en oppdatering og revidering av de fylkeskommunale planene.

Prosjektgruppen anbefaler at dette arbeidet tar utgangspunkt i de nasjonale føringene med vekt på å styrke barne- og ungdomspsykiatrien og utvikle en desentralisert tjenestestruktur innen voksenpsykiatrien.

I prosjektets mandat framgår det at psykiatri bør vurderes som et eget del-tema/prosjekt og i den sammenheng har prosjektgruppen har vurdert ulike problemstillinger.

Prosjektgruppen foreslår at følgende problemstillinger belyses i arbeidet:

- Omstrukturering av voksenpsykiatrien med vekt på å bygge ut en DPS struktur med en ny arbeidsdeling mellom sykehus og sentre
- Oppfølging av forslag i regional helseplan om kompetansesenter/nettverk og forskning og utvikling. Det vil grense opp mot arbeidet med kriterier for regionale kompetansesentre.
- I en desentralisert og spredt tjeneste er felles kvalitetssikring i form av retningslinjer/behandlingsprotokoller viktig, jfr generell problemstilling om dette.
- Arbeidsformer/produktivitet innen voksenpsykiatrien. Det er behov for å utvikle mer polikliniske og ambulante arbeidsformer, jfr ulikhet i regionen.
- Er forskjeller i kapasitet og forbruk av ulike tjenestetyper i samsvar med mål om et likeverdig tilbud?
- Hvordan bør vi dimensjonere og innrette tjenestetilbudet til barn og unge for å nå målet om 5 % dekning – produktivitetsmål, avveining mellom døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk, ambulante virksomhet og veiledning overfor annet personell
- Arbeidsdeling mellom sykehus, DPS og private spesialister
- Akutfunksjonene innen psykisk helsevern, jfr tilsvarende problemstilling innen somatikk.
- Hvordan vil fremtidig behandlingspraksis utvikle seg, jfr horizon scanning?

Det foreslås at arbeidet gjennomføres våren 2003.

Forslaget er fulgt opp i styringsdokumentet til helseforetakene for 2003.

10.3 Farmasøytiske tjenester

I prosjektgruppemøte 25.09.02 presenterte Apotekene Vest HF innspill til egen arbeidsgruppe i funksjonsfordelingsprosjektet angående optimalisering og standardisering av farmasøytiske tjenester i Helse Vest. Det ble i gruppen enighet om å etablere et selvstendig prosjekt. Prosjektet er etablert med deltakelse fra helseforetakene.

10.4 Faglige nettverk

I forbindelse med kartleggingsarbeid som er gjort i strategiarbeidet i Helse Vest etterlyses det en bedre struktur for det faglige samarbeid i helseforetaksgruppen. Historisk sett har det vært ulike fagnettverk mellom de ulike enheter i spesialisthelsetjenesten.

Avdelingene ved Haukeland Universitetssykehus bør få et koordinerende ansvar for reetablering av fagnettverk. Faglige nettverk bør opprettes for å arbeide med faglige retningslinjer, pasientfordeling og samarbeid om klinisk forskning og spesialistutdanning. Aktiviteten i fagnettverkene må gjøres industri uavhengig.

Forslaget er fulgt opp i styringsdokumentet for 2003 meldt til helseforetakene hvor det er meddelt at det vil bli tatt initiativ til reetablering av en enkel fagnettverksstruktur. Helse Bergen vil bli gitt et koordinerende ansvar for å etablere en fagnettverksstruktur.

10.5 Horizonscanning, prosedyrer for metodeendring og prosedyrer for å ta i bruk nye funksjoner/metoder

I dagens spesialisthelsetjeneste vil prioritering ofte være preget av problemstillinger om ny avansert metodikk skal tas i bruk eller ei, og på hvilket tidspunkt det eventuelt skal tas i bruk nye metoder. Det er vesentlig at det i denne type problemstillinger mer systematisk vurderes kost-nytte forhold og at de settes inn i en prioriteringsmessig sammenheng.

Situasjonen ved virksomhetene i dag er preget av stor grad av tilfeldighet når nye kostbare medikamenter eller nye metoder tas i bruk også innen etablert behandling. På dette feltet foreslår prosjektgruppen at det i 2003 blir tatt initiativ for å lage enkle retningslinjer for nødvendig dokumentasjon som nærmeste overordnede kan forholde seg til når det skal tas stilling til metodeendringer av et visst omfang. Det vil blant annet gjelde dokumentasjon av kunnskapsgrunnlaget og kost-nytteanalyser. Det må presiseres at dette er et arbeid som skal skje på mange nivåer ute i tjenesten og uten at et slikt opplegg skal bli byråkratiserende eller sentraliserende.

Helsedepartementet har bedt Helse Vest RHF ha et særskilt fokus på kvalitet, prioritering og metodeendring i sitt styringsdokument til Helse Vest for 2003, og det skal i årlig melding gis en orientering om strategi, hovedtiltak og effekter av dette arbeidet. Helse Vest bes også om være bevisst hvordan ulike kompetansemiljøer og kunnskapskilder kan brukes som grunnlag for strategier og tiltak.

Prosjektgruppen har hatt kontakt med SMM om et formalisert samarbeid i forbindelse med arbeid knyttet til horizonscanning, prosedyrer for metodeendring og prosedyrer for å ta i bruk nye metoder/funksjoner. SMM er villig til å drive opplæring på dette feltet og ønsker å opprette kontakter med Helse Vest.

Prosjektgruppen ser på dette som et viktig satsingsområde, og anbefaler at det i 2003 blir etablert en egen arbeidsgruppe som forutsettes å samarbeide med Senter for Medisinsk metodevurdering og andre miljøer som overvåker den faglige og teknologiske utvikling i et internasjonalt perspektiv. Hensiktet med dette arbeidet er å komme bort fra dagens situasjon hvor nye metoder ofte tas i bruk temmelig tilfeldig og uten at verken sted eller prioritering er nøye vurdert. Helsereformen legger til grunn at nye metoder og ny teknologi av en viss størrelse må sees i et regionalt helhetsperspektiv.

Forslaget er fulgt opp av Helse Vest RHF i styringsdokumentet til helseforetakene for 2003.

10.6 Patologi

Patologitjenester er viktig som ledd i diagnostisering og behandling, og det vil antakelig være et økende behov for tjenesten. I dag har vi patologisk avdeling i Helse Bergen og i Helse Stavanger. Tjenesten er under oppbygging i Helse Førde og i Helse Fonna. I tillegg kjøpes omfattende patologitjenester fra laboratorier på Østlandet.

Det må være basistjenester for patologi i alle helseforetakene. Tilstedeværelse av patolog i kliniske team er viktig. Med den spesialisering som er i faget vil det imidlertid ikke være aktuelt å bygge opp komplette patologitjenester i hvert helseforetak. Det må foretas en arbeidsdeling.

Prosjektgruppen foreslår at det foretas en utredning av patologitjenestene i helseregionen med vekt på følgende problemstillinger:

- hva skal være basistjenester i hvert av helseforetakene og hva kan gjøres for å unngå at de minste miljøene blir for sårbare
- hvor skal tjenester utover basistjenester utføres og
- bør fortsatt et stort volum av tjenester kjøpes av private laboratorier

Patologitjenester i regionen er dels utredet tidligere, og det arbeid som er gjort bør gjennomgås som grunnlag for videre oppfølging.

Prosjektgruppen foreslår at det settes i gang et arbeid med utarbeidelse av en kort plan for hvordan patologitjenester bør videreutvikles i helseregionen. Arbeidet bør foregå våren 2003 med sikte på behandling før sommeren 2003.

Forslaget er fulgt opp i styringsdokumentet til helseforetakene for 2003.

Vedlegg

Rapporter fra arbeidsgrupper:

- 1 Beskrivelse av nåsituasjon
- 2 Akutfunksjoner i Helse Vest
- 3 Forskningsstrategi
- 4 Kriterier for regionale kompetansesenter i Helse Vest
- 5 Oversikt over lands-, flerregionale og regionale funksjoner, nasjonale og regionale kompetansesenter