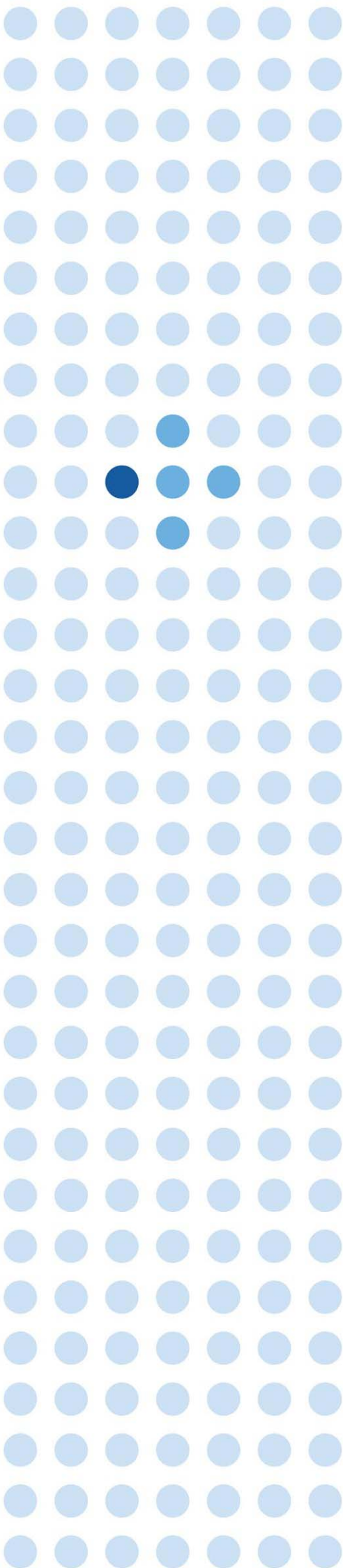




# **Regionale kompetansesentre i Helse Vest**

Arbeidsgruppens rapport,  
januar 2003

## Innholdsfortegnelse

|                                                                            |        |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|
| Sammenfatning                                                              | Side 3 |
| Introduksjon                                                               | " 4    |
| Mandat                                                                     | " 4    |
| Arbeidsmetode                                                              | " 4    |
| Allmenne synspunkter                                                       | " 4    |
| Definisjon/oppgaver nasjonale og regionale funksjoner                      | " 5    |
| Landsfunksjon                                                              | " 6    |
| Flerregional funksjon                                                      | " 6    |
| Regionfunksjon                                                             | " 6    |
| Kompetansesenter                                                           | " 6    |
| Nye funksjoner                                                             | " 7    |
| Regionale kompetansentre som sentrum i regionale nettverk innen Helse Vest | " 7    |
| Oppgaver for regionale kompetansesentre                                    | " 8    |
| Faglig utvikling                                                           | " 8    |
| Utarbeidelse av tilrådinger, retningslinjer og prosedyrer                  | " 8    |
| Samarbeid om forskning, inkludert langsiktig klinisk oppfølging            | " 9    |
| Ressurser for forskningsaktiviteten i våre kompetansesentra                | " 10   |
| Registerfunksjon                                                           | " 10   |
| Prioritering og metodevalg                                                 | " 10   |
| Evaluering og rapportering                                                 | " 11   |
| Økonomi                                                                    | " 12   |
| Hvilke faktorer som bør avgjøre sentralisering og sted                     | " 12   |
| Midlertidig og permanent sentralisering                                    | " 12   |
| Hvordan sikre kontinuitet i sykehuset                                      | " 13   |
| Hvordan få aksept for sentralisering                                       | " 13   |
| Sammenfatning                                                              | " 13   |

## Sammenfatning

Helse Vests befolkning på 920.000 mennesker er nok til å opprettholde avanserte behandlingstilbud til de fleste grupper. Ønsker man å ha disse tilbud i Helse Vest, må man samle smågrupper og pasienter med spesielle behov fra denne befolkning. De avanserte funksjoner må kobles til et regionalt nettverk hva gjelder drift, og et felles regionalt fagmiljø innenfor det aktuelle fagområdet.

Videre må man ha en åpen holdning til å bruke tilbud utenfor Helse Vest (Oslo, Trondheim, Tromsø, utenlands) for de helt spesielle pasienter og grupper der vi ikke kan eller vil utvikle et fullverdig tilbud.

Splitter man opp regionfunksjonene i enheter med for lavt volum og manglende stabilitet, vil pasienter og fagfolk etter hvert velge disse bort, slik at den avanserte aktiviteten forsvinner. Et regionalt kompetansesenter kan ha forskning og utviklingsarbeid som hovedoppgave (allerede etablert).

Registerfunksjon bør pålegges samtlige kompetansesentra. Læring og mestring, liksom treningssenter for eksempelvis miniinvasiv kirurgi med utnyttelse av simulator kan tillegges status som regionalt kompetansesenter.

Regionale kompetansesentra må således oppfylle følgende kriterier:

- Inneha faglig høy kompetanse og en tilstrekkelig nødvendig støttestruktur
- Adekvat pasientvolum - hvis klinisk virksomhet
- Evne til samarbeid og innen sitt felt bygge opp et nødvendig fagnett regionalt, nasjonalt og internasjonalt
- Utarbeide retningslinjer for pasientlogistikk og pasientinformasjon
- Drive forskning, utvikling og undervisning med spredning av kunnskap til hele regionen
- Arbeide for "evidence based medicine" (EBM)
- Lede og utvikle retningslinjer for etablering av nye teknikker og metodeutvikling (guidelines)
- Kontinuerlig kunne redegjøre for behandlingsresultat
- Opprette registerfunksjon

Kompetansesenteret bør gjennomgå en mer omfattende evaluering hvert 3. - 5. år i likhet med nasjonale kompetansesentra.

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

## Introduksjon

Helse Vest skal sørge for effektive og fremtidsrettede helsetjenester av høy kvalitet som bidrar til god helse, livskvalitet og fremme egen mestring.

Vi klarer i dag ikke å ivareta samfunnets krav til offentlige spesialisthelsetjenester uten å prioritere. Det finnes et økt press fra medisinsk teknologi som innebærer at vi kan gjøre det meste med de fleste. Vi klarer heller ikke å møte etterspørselen etter helsetjenester på alle nivåer. Prioritering og oppgavefordeling er vesentlig for å bidra til å løse dette og å utnytte ressursene best mulig og på det viset få mer ut av hver helsekrone.

Som en undergruppe til funksjonsfordelingsutvalget i Helse Vest utpekte man følgende arbeidsgrupper:

1. Forskningsstrategi
2. Akuttfunksjoner
3. Kompetansesenter - utarbeiding av kriterier
4. Prosedyrer for metodeendring

Gruppen for utarbeiding av kriterier for regionale kompetansesentra har bestått av Sissel Moe Lichtenberg, Helse Stavanger, Rita Kolvik, Helse Fonna, Bjarne Straume, Helse Førde, Baard Christian Schem, UiB og Jan Olofsson, Helse Bergen (leder).

## Mandat

Mandatet var å legge forslag til kriterier for regionale kompetansesentra.

## Arbeidsmetode

Gruppen har kun korrespondert pr. mail, men foreslår et konkluderende møte når gruppens forslag har vært ute på bredere høring.

## Allmenne synspunkter

Det er helt åpenbart at volum, kompleksitet, infrastruktur, fagnett og samarbeid er nøkkelen til suksess. Jo mer samarbeid, desto mer desentralisering. I Ot.prp. 66 2001 sier man:

- "Det synes å være tiltagende faglig enighet at kvaliteten på enkelte helsetjenester kan forbedres ved å fordele funksjoner mellom sykehuset slik at det er et minstevolum på aktiviteten. Dette viktige hensynet til kritisk volum må likevel balanseres mot hensyn til landets geografi og avstander.
- Det foretas fremdeles for mange operasjoner ved sykehus med for dårlig pasientgrunnlag til at ferdigheter og kunnskaper kan opprettholdes på godt nivå."

Funksjoner som kompetansesenter må ha et faglig overordnet ansvar for at befolkningen tilbys og har tilgang til et fullverdig og kvalitativt godt helsetilbud innen sitt ansvarsområde. Forskning og utviklingsarbeid ligger høyt på listen. Man skal og assistere RHFes styre og administrerende direktør og fagdirektør og sørge for at logistikk og retningslinjer innen området finnes oppdatert. Kompetansesenteret må dessuten ha en registerfunksjon og en

rapporteringsfunksjon. Forskning og utvikling og arbeid med "evidence based medicine" er vesentlige moment. Kompetansesenteret må kontinuerlig kunne redegjøre for behandlingsresultat.

Sosial og helsedepartementet har beskrevet krav til regionale funksjoner:

"Betegnelsen regionfunksjon brukes om en klinisk virksomhet som fortrinnsvis bør ivaretas i regionsykehus (nå universitetssykehus), og ikke spres til sentralsykehus, lokalsykehus eller andre kliniske institusjoner. Dersom det er faglig begrunnet, kan en regionfunksjon legges til andre kliniske institusjoner eller sykehus. Det er en forutsetning at en slik beslutning er koordinert gjennom en regional helseplanlegging godkjent av Sosial- og helsedepartementet."

Kriterier for regionale kompetansesentra må omfatte volum, kompleksitet, infrastruktur/ kompetanse, utarbeiding av fagnett og samarbeid, hvilket er nøkkelen til suksess. Jo mer samarbeid, desto mer desentralisering. Man må og ta hensyn til sykdomspanorama. Kompetansesenter må pålegges koordinering, opplæring, utarbeiding av pasientlogistikk, registerfunksjon, forskning, utvikling, utarbeiding av "guidelines" basert på EBM ("evidence based medicine"), kontinuerlig kunne redegjøre for behandlingsresultat, skape fagnett innen Helse Vest, nasjonalt og internasjonalt.

Blant prioriterte tiltak i Helse Vests strategidokument ligger å utvikle nye landsfunksjoner og regionale kraftsentra og utnytte ny teknologi på en effektiv måte og med brukerne i fokus.

Innenfor sykehusmedisin er det mest vanlig at en stor andel av tilstander hos pasienter behandles ved de fleste somatiske sykehus. Det finnes imidlertid et overraskende stort antall spesielle og sjeldne lidelser, eller uvanlige utgaver av vanlige sykdommer, der utredning og behandling er komplisert og ofte teknisk/mekanisk vanskelig. Dette skyldes delvis at når en sykdom er dødelig eller medfører store skader blir det riktig og akseptabelt å bruke vanskelige og farlige metoder som et minste onde, såfremt metodene i trenede hender er effektive. Selv om hver gruppe er liten, blir det totale antall mennesker som har denne type behandlingsbehov betydelig.

Disse pasientgruppene trenger ofte sammensatte og kompliserte opplegg der flere spesialiteter og støttefunksjoner er involvert. Slike behandlingsteam er kostbare å bygge opp og drive, og trenger jevnlig trening både hva gjelder enkeltpersoners ferdigheter og samhandling. Selv på store sykehus vil totalaktiviteten knyttet til hver pasientgruppe være for liten til at det medisinsk og økonomisk er mulig å opprettholde tilbudet alle steder.

Dette har man tidligere løst ved at Staten ved Helsedepartementet har styrt fordelingen av de oppgaver som kun skal utføres ett sted i hver region eller ved enda færre sykehus. Man har hatt fire forskjellige løsninger.

### **Definisjon/oppgaver nasjonale og regionale funksjoner**

Det vises til rundskriv I-8/2000 fra Sosial- og helsedirektoratet om godkjente landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionsfunksjoner og medisinske kompetansesentre.

### *Landsfunksjon*

En landsfunksjon er en høyt spesialisert medisinsk virksomhet som ut fra en samlet vurdering av behov, vanskelighetsgrad og kostnader skal utøves ett sted i landet.

En landsfunksjon kjennetegnes ved:

- Sjeldne lidelser som det er hensiktsmessig å bygge opp behandlingstilbud for bare ett sted i landet
- Særlig kostbare investeringer og/eller særlig personalkrevende behandlingsopplegg
- Behov for å ha et samlet fagmiljø for å ha et høyt faglig nivå

En landsfunksjon innebærer at pasienter som trenger denne behandling kun skal behandles ved ett sykehus som er tildelt landsfunksjonen når det gjelder den spesielle behandling. Andre sykehus skal ikke bygge opp et behandlingstilbud som er fastsatt som landsfunksjon.

### *Flerregional funksjon*

Betegnelsen flerregional funksjon brukes om virksomhet som finner sted ved maksimalt tre regionsykehus/sykehus med regionfunksjoner.

Flerregionale funksjoner kjennetegnes ved at:

- Tilbudet ytes til pasienter med forholdsvis sjeldne tilstander
- Aktuelle behandlingsprosedyrer er forholdsvis sjeldne
- Investeringene kan være forholdsvis kostbare
- Å yte tilbudet krever høy kompetanse

### *Regionfunksjon*

Betegnelsen regionfunksjon brukes om en klinisk virksomhet som fortrinnsvis bør ivaretas i regionsykehus (nåværende universitetssykehus), og ikke spres til sentralsykehus, lokalsykehus eller andre kliniske institusjoner. Dersom det er faglig begrunnet kan en regionfunksjon legges til andre kliniske institusjoner eller sykehus. Det er en forutsetning at en slik beslutning er koordinert gjennom regional helseplanlegging og godkjent av Sosial- og helsedepartementet.

Regionfunksjoner dreier seg om tilbud til et forholdsvis begrenset antall pasienter og et tilbud som krever kompetanse på høyt nivå.

### *Kompetansesenter*

Kompetansesenteret skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av kompetanse innen et særskilt område. Slike funksjoner kan opprettes ved nasjonale, regionale eller flerregionale kompetansesentra, eventuelt i kombinasjoner av sentra på ulike nivåer for å ivareta nasjonal kompetanseoppbygging. Sentrene har et særlig ansvar for å drive forskning og videreutvikle fagfeltet og drive veiledning og undervisning, både i grunnutdanningene og etterutdanning. Kompetansesenteret har ikke som krav å drive pasientbehandling, men det vil som regel være hensiktsmessig at pasientbehandling er knyttet til virksomheten. Det er viktig å forstå at et universitetssykehus som er tillagt en lands- eller multiregional funksjon vil også måtte ivareta kompetansesenteroppgaver på feltet. Viktige sådanne oppgaver vil være:

- Følge nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet
- Etablere nødvendige nasjonale faglige standarder
- Bidra til å delta i forskning og utviklingsarbeid innen fagfeltet
- Etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet

- Sikre nasjonal kompetanseoppbygging og spredning av kompetanse
- Rådgiving og faglig støtte til andre sykehus eller andre kliniske institusjoner
- Delta i undervisning, både i grunnutdanning, videreutdanning og eventuelt etterutdanning
- Bidra til faglig støtte i forskningsaktivitet ved andre sykehus eller andre kliniske institusjoner
- Være rådgivende instans

Nasjonale kompetansesenteret bør oppnevne en referansegruppe med representanter for alle regionene. Ved regionale sentra bør det opprettes regionale referansegrupper med representanter fra alle Helseforetakene i regionen. I tillegg kan det opprettes en eller flere faggrupper til støtte for arbeidet. Faggrupper bør være bredt sammensatt, både faglig og med representasjon fra alle helseforetak.

Det gis i vedlegg en oversikt over samtlige nasjonale funksjoner og i vedlegg 2 det som berører Helse Vest.

### **Nye funksjoner**

Det finnes allerede søknad om nye funksjoner hva gjelder tilbud til pasienter med dysmeli og armamputasjoner - etablering av regionfunksjon fra Helse Bergen, lærings- og mestringssenter, liksom kompetansesenter i kliniske databasesystemer fra Helse Stavanger og kompetansesenter for utredning og behandling av infertile pasienter innen Helse Vest fra Helse Fonna.

De medisinske fakultetene har i skriv til Sosial- og helsedirektoratet påpekt at et viktig element i å sikre høyest mulig kompetansenivå innen norsk helsevesen er etableringen av nasjonale kompetansesentra, landsfunksjoner og flerregionale funksjoner.

### **Regionale kompetansesentre som sentrum i regionale faglige nettverk innen Helse Vest**

I møte med pasienter og andre brukere har Helse Vest seks hovedutfordringer

1. Utredning og behandling skal ha høy kvalitet
2. Pasienter skal møte et likeverdig tilbud, uansett hvor de bor
3. Enkelpasientene skal møte en sammenhengende behandlingskjede når de må forholde seg til mer enn ett sykehus
4. Sykehusene i det regionale foretak skal ha forskning som en hovedoppgave
5. Sykehusene i det regionale foretak skal ha undervisning som en hovedoppgave. Dette gjelder og undervisning av pasienter og pårørende i tillegg til tradisjonelle undervisningsoppgaver.
6. Dette skal realiseres innenfor trange budsjett.

Dette forutsetter et utstrakt samarbeid, og en gjennomtenkt arbeidsdeling mellom datterforetak, sykehus og enkeltavdelinger. For mange fagområder og pasientgrupper, må samarbeidet ikke bare foregå mellom enkeltavdelinger, profesjoner og personer innad i det enkelte datterforetak: Man må etablere regionale fagmiljø, som samlet skal dekke alle deler av

fagområdet, og legge et faglig grunnlag for at det er god tilgjengelighet for de pasienter Helse Vest har "sørge for" ansvar for.

For de fleste regionale fagmiljø, vil det være fellesoppgaver det er hensiktsmessig å samle ett sted, og behov for et koordinerende senter. Dette er nødvendig både for å samordne virksomheten, og hindre unødig dublering av funksjoner og oppgaver.

Pasientene forventer – med all rett – at Helse Vest i møte med dem er organisert som ett sammenhengende system, både når det gjelder kvalitet, samarbeid mellom datterforetak/sykehus/avdelinger, og kontinuitet. Pasienter som behandles ved ett sykehus, må kunne stole på at når et tilbud først finnes ved et sykehus i Helse Vest, vil nødvendige rammebetingelser for å kunne tilby høy kvalitet (kompetanse, organisering, utstyr, lokaler) være på plass. Pasienter som skal behandles ved flere sykehus, skal møte ett sammenhengende, og samkjørt system, der det er dette system, ikke pasienten, som sørger for at det samlede tilbud er godt koordinert.

Gode personlige relasjoner mellom ansatte ved samarbeidende enheter vil bidra til å etablere sammenhengende behandlingsskjeder. Imidlertid er manglende samarbeidsevne- eller vilje en helt uakseptabel begrunnelse for at pasienter påføres belastninger ved at ulike enheter i Helse Vest ikke samarbeider godt. For å møte pasientenes behov for samarbeid og kontinuitet, er det derfor grunnleggende at Helse Vest gjennom sin organisering av virksomheten, bygging av regionale faglige nettverk, krav til ledere, og utarbeidelse av klare avtaler for samarbeid og oppgavefordeling, sørger for at brukerne møter et samkjørt system. Dette betyr også at manglende samarbeid må få konsekvenser for de som ikke oppfyller sine forpliktelser i det regionale faglige nettverk, i stedet for at det på ubestemt tid får negative konsekvenser for pasientene.

## **Oppgaver for regionale kompetansesentre**

### *Faglig utvikling*

En fortløpende oppfølging av den faglige utvikling er uhyre krevende, både når det gjelder krav til innsikt og bruk av arbeidstid. Dette skyldes både at det store antall publikasjoner innefor praktisk talt alle medisinske fagområder, men også at en rivende utvikling innenfor tilgrensende fag, utstyrsteknologi og relevant basalforskning må følges.

En slik oppfølging er selve basis for man er oppdatert når det gjelder prioritering, metodevalg og praktisk gjennomføring av utredning og behandling.

Enkeltleger må basere seg på at man selv kun kan følge utviklingen helt i front innenfor et lite område av egen spesialitet, og ellers basere seg på oversiktsartikler, tilrådinger, retningslinjer og prosedyrer utarbeidet av kolleger som har allmenn faglig tillit.

Det er derfor hensiktsmessig at man innenfor hvert fagområde samordner den faglige oppdatering i helse Helse Vest.

Det regionale kompetansesenter vil være det naturlige senter i denne aktivitet, der man også knytter til seg de øvrige enheter i Helse Vest der man arbeider innen samme fagområde.

### *Utarbeidelse av tilrådinger, retningslinjer og prosedyrer*

En stadig økende andel av aktivitetene i Helse Vest vil foregå på grunnlag av skriftlige retningslinjer og prosedyrer (guidelines). Det er i denne situasjon lite hensiktsmessig at flere aktører i Helse Vest lager hver sine sett av retningslinjer/prosedyrer for samme pasientgruppe. Det er flere årsaker til at dette ikke bør gjennomføres:

1. Ekstra arbeid ved etablering
2. Stort arbeid med fortløpende faglig oppdatering
3. Medfører at flere elektroniske informasjonssystemer må vedlikeholdes
4. Enkeltpasienter som skal utredes/behandles/følges opp ved flere sykehus, risikerer å møte to system som ikke er samkjørt.

Man bør derfor utarbeide ett sett retningslinjer/prosedyrer for det regionale foretak, der man aktivt henter inn tilsvarende informasjon fra andre regionale foretak, faglige interessegrupper og åpne internasjonale kilder. I de mange tilfelle der det ikke foreligger kun en "riktig" metode for utredning eller behandling av en bestemt pasientgruppe, bør det uansett foreligge et begrunnet valg av de metoder som p.t. brukes i det regionale foretak.

Det regionale kompetansesenter bør lede dette arbeidet, og stå for den praktiske den fortløpende oppdatering av nettsted/nettsider, der disse i oppdatert versjon er tilgjengelige på intranett og internett for alle sykehus i Helse Vest og aktuelle samarbeidspartnere.

### *Samarbeid om forskning, inkludert langsiktig klinisk oppfølging.*

Med en befolkning på nesten en million, stabile og fredelige sosiale forhold, og samordning av alle sykehus i samme foretak, har Helse Vest helt unike muligheter for å legge til rette for klinisk forskning. Klinisk forskning blir i stadig større grad kombinert med at man innhenter biologisk materiale og annen informasjon i ulike faser av behandling og oppfølging, for å kunne få en dypere innsikt i de konsekvenser behandlingen har for pasientene. En kobling mellom den kliniske virksomhet, og det basalforskningsmiljø som finnes ved Universitetet i Bergen, gir store muligheter for å drive forskning som vil ha betydelig gjennomslagskraft også internasjonalt.

Imidlertid krever dette ofte samarbeid mellom sykehus når det gjelder å inkludere pasienter til kliniske studier og forskningsprosjekt, og gjennomføre en langsiktig oppfølging.

I de medisinske fakultetenes brev til Sosial- og helsedirektoratet påpekes: "Såvel de medisinske fakultetene som helseforetakene er svært opptatt av at norsk medisin holder et godt internasjonalt nivå, slik at behandling og diagnostikk ivaretas på best mulig måte. Forskning er her et nødvendig element for å sikre virksomheten og at den drives med tilstrekkelig høy kvalitet i de enkelte helseforetak.

Et av kriteriene på de regionale medisinske kompetansesenterenhetene er naturligvis at man bør ha en pågående forskning og utviklingsarbeid innen det felt man har kompetansesenterfunksjon på. Med tanke på den enorme medisinske teknologiske utvikling som vi har innen ulike medisinske felt må kompetansesenteret ha forsknings- og utviklingsprosjekt på sin agenda som kan hevde seg både nasjonalt og internasjonalt. Fra Det medisinske fakultets side har man påpekt viktigheten av at det finnes en innebygget forskningsfinansiering i en regional kompetansesenterenhet. Samtidig bør det være en forutsetning at en slik enhet søker om lokale, nasjonale og gjerne internasjonale forskningsmidler. Et nært samarbeid med Det medisinske fakultet er derfor nødvendig."

"De medisinske fakulteter vil påpeke behovet for at de nasjonale kompetanseenhetene får en klarere forskningsprofil og enda klarere ansvar for utvikling av ny diagnostikk og behandling. Fakultetene ønsker at forskning knyttes til alle enheter som har formelle landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesenterstatus. Pågående forskning anser vi å være en forutsetning for å inneha reell kompetanse som kan hevde seg i internasjonalt perspektiv. Med den raske utvikling som kontinuerlig pågår innen for de fleste felt av medisin, vil miljøer som ikke tar aktivt del i denne utvikling raskt være akterutseilt og ikke lenger inneha en faglig ledende posisjon. Norsk helsevesen må i dag ses både i et nordisk og et europeisk perspektiv. Våre nasjonale kompetansesentra og våre miljøer med landsfunksjon må kunne hevde seg i en faglig mannjevning med tilsvarende miljøer i utlandet. For å oppnå dette er en aktiv forskning og pågående utviklingsprosjekter en forutsetning."

- Forskning er et hjelpemiddel til å importere kunnskap og sile ut de viktige opplysningene - en ferdighet som oppøves gjennom forskningsarbeid
- Forskningen skaper kunnskapen som fører medisinen videre
- Forskningen er grunnlaget for at helsepersonell med akademisk kompetanse kan vedlikeholde sin undervisningskompetanse

*Ressurser for forskningsaktiviteten i våre kompetansesentra finnes å hente:*

- Universitetssykehusstilskuddet
- Sykehusenes egne budsjetter (stillinger)
- Medisinsk fakultet, Universitetet i Bergen
- Norges Forskningsråd, Hjerte-kar rådet, Kreftforeningen
- RHF Vest
- Andre offentlige og private fond/legater

### *Registerfunksjon*

Et pasientregister kan godt danne grunnlag for klinisk forskning, men har likevel en annen hovedhensikt. Mens klinisk forskning i hovedsak sikter mot å utvikle nye behandlingsmetoder, eller avklare hvilken metode som er best av de som finnes tilgjengelig, vil hovedfunksjonen for et register være å overvåke kvalitet og langsiktige effekter av de etablerte behandlingsmetoder vi bruker i det daglige.

De registre som allerede er etablert, er dels nasjonale (f. eks. register for leddproteser, karkirurgi og hjertekirurgi). Det er all grunn til å støtte opp under videre drift av disse.

Det regionale kompetansesenter bør ha ansvar for drift av regionale pasientregistre (som godt kan drives etter de samme kriterier i flere eller alle regionale foretak), og de nasjonale registre som lokaliseres til Helse Vest.

Drift av pasientregistre krever et omfattende arbeid, både når det gjelder etablering av systemer, innsending av informasjon, og drift av selve databasen. Mange av disse oppgaver vil måtte utføres av leger som er involvert i den aktuelle virksomhet, og vil dermed ta tid fra klinisk arbeid. Verdien av registre er likevel så høy at dette vil være vel anvendt tid, *forutsatt at alle de oppgaver som kan gjøres like godt eller bedre av merkantilt personell og avdelinger for informasjonsteknologi, ikke blir overlatt til leger.*

De registre som blir vedtatt opprettet, må drives som en virksomhet med fast tilknyttede leger, merkantilt personell og IT-personell, med en ordnet finansiering.

Skal registeret lykkes, må alle som driver den aktuelle virksomhet innen Helse Vest, være forpliktet til å rapportere, og møte rutiner som gjør dette så lite tidkrevende som mulig.

### *Prioritering og metodevalg*

Den viktigste enkeltfaktor for å sikre kvalitet, og unngå en ukontrollert kostnadsvekst i Helse Vest, er å bruke faglig oppdaterte metoder, og unngå at ineffektive prosedyrer beholdes eller innføres "Evidence Based Medicine" må bli et nøkkelord. Utover en overordnet prioritering mellom ulike medisinske tilbud, er det også nødvendig å prioritere innenfor hvert enkelt fagområde.

Hvis pasienter i Helse Vest skal møte et samkjørt system, må man innenfor det regionale faglige nettverk, samlet ta stilling til metodevalg og metodeinnføring, og prioritering innenfor tildelte rammer.

Det regionale kompetansesenter bør koordinere og lede dette arbeidet, og aktivt ha kontakt med- og bruke – tilrådinger fra andre samarbeidspartnere, som SMM og nasjonale/internasjonale interessegrupper innenfor det aktuelle fagområde.

### **Evaluering og rapportering**

Det regionale kompetansesenteret bør årlig ha en kortere redegjørelse for sine aktiviteter innen klinikk, forskning, utvikling og undervisning. Utadrettet undervisningsvirksomhet til pasientforeninger, allmennhet og media er vesentlige for å profilere virksomheten og få en forankring ut i befolkningen. Deltakelse i nasjonale og internasjonale engasjement bør redegjøres for. Hvert 3. - 5. år bør en større evaluering og rapportering skje.

Samtlige eksisterende kompetansesentra bør evalueres, eventuelt saneres. Det er viktig med dynamisk fleksibel tenkning innen helsesektoren. Nye kompetansesentra bør komme til, en del bør kanskje forsvinne ettersom metodikk og utvikling har gjort at dette er funksjoner som skjøttes ved hvert sykehus i regionen.

Man bør understreke at det er viktig at de regionale kompetansesentra blir evaluert med samme kriterier som danner grunnlaget for et nasjonalt kompetansesenter i dag. (Vedlegg 3 og 4.)

### **Økonomi**

Det har vært en streben å få så mange nasjonale kompetansesentra som mulig og derigjennom også få ytterligere statlige midler til de samme for å drive disse både hva gjelder forskning og utvikling, og undervisning. De senere år har departementet vært betydelig mer sparsom med midler til nyetablerte kompetansesenterfunksjoner. Strategisk forskningsprogram med Innovest i Helse Bergen har hatt som mål å få så mange av disse strategiske forskningsprogram over i nasjonale kompetansesenterfunksjoner eller multiregionale funksjoner. En del nyopprettede kompetansesenterfunksjoner, f.eks. ultrasonografi og kompetansesenter for vestibulære sykdommer venter fortsatt på statlige midler. Staten ønsker nok i dagens situasjon at disse funksjoner dekkes inn av de regionale helseforetakene. I så fall blir det bare det statlige noe dubiøse kvalitetsstempelet som er oppnådd.

Når det gjelder multiregionale funksjoner, som allogen benmargstransplantasjon og cochleære implantater så er disse så kostnadskrevenne at finansieringen bør være i orden inne disse startes opp eller økes.

For våre regionale kompetansesentra bør RHF sørge for at disse har tilstrekkelige ressurser for å bygge opp faglige nettverk, utarbeide retningslinjer, drive metodeutvikling, forskning og utviklingsarbeid. Medisinsk fakultet bør støtte opp om forsknings- og utviklingskompetent personale og helst også i samarbeidets ånd bidra med økonomi og personale for å støtte opp om forsknings- og utviklingsarbeidet. De statlige og regionale forskningsmidlene bør benyttes for å stimulere nyetablering av kompetansesentra, men også for se til at våre nasjonale og regionale kompetansesentra har tilstrekkelige midler for sine funksjoner. Landsfunksjoner og multiregionale funksjoner som ikke dekkes inn av øremerkede midler for særskilte funksjoner bør få allokerte øremerkede midler.

DRG-finansiering av lands- og flerregionale funksjoner er analysert av Sintef der konklusjonen er at de fleste landsfunksjoner kan DRG-finansieres, men at en del funksjoner først blir inkludert når registreringsmulighetene er blitt bedre og at enkelte funksjoner, som brannskadebehandling, bør fortsatt holdes utenfor DRG-finansiering.

Hva betyr så dette i praksis?

- Tiltak som kan gjøres er å slå sammen funksjonstilskudd med ISF-refusjoner
- Gi høyere enhetspris til sykehus med landsfunksjoner (= "normal" enhetspris korrigert med aktuelt tilskudd)

### **Hvilke faktorer som bør avgjøre sentralisering og sted**

1. Hensynet til det medisinske tilbud til pasienter i regionen bør ses under ett. Dette gjelder både positive effekter for de som møter et sykehus med større erfaring, og negative konsekvenser for tilbudet ved det sykehuset som skal sende de aktuelle pasienter fra seg.
2. Kostnader. Det er meget vesentlig at vi får mer helse for hver krone og at vi innen de trange budsjetttrammer som gis likevel kan yte høykvalifisert diagnostikk og behandling.
3. Praktisk gjennomførbarhet. Ved oppgaveforhandling får man ikke både i pose og sekk. Man må velge løsninger som er gjennomførbare og stabile "i gode og onde dager", ikke konstruksjoner som i teorien vil imøtekomme alle gode ønsker, men ikke er stabile i møte med en ubehagelig virkelighet, f.eks. mangel på egnede søkere, ferie, sykdom. Avanserte funksjoner bør ikke baseres på vikarstafetter.
4. Reiseavstand/reisetid for alle aktuelle brukere.
5. Sysselsetting kan være viktig for små steder/sykehus, men har liten relevans for de mest avanserte funksjoner.
6. Aktivitet og kontinuitet bør være sikret.

### **Midlertidig og permanent sentralisering**

- Små pasientgrupper med stabil størrelse. Disse blir ikke flere og bør ikke desentraliseres. Eksempel: Hode-halskreft, kirurgi på hjerteklaffer.
- Pasientgrupper som stadig øker.
- Ny metode som i begynnelsen brukes på noen få, derfor sentralisering.
- Gradvis økende indikasjonssområde, derfor gradvis desentralisering. Innenfor denne type behandling vil det stadig foregå en desentralisering, samtidig som nye tilbud fylles på på toppen av systemet. Eksempel: Ballongblokkering av trange kar til hjertet (PTCA).

Det er viktig å skille mellom disse grupper, så man aktivt sprer tilbudet når bruksområdet og treningsmulighetene øker, men ikke gjør det for smågrupper med stabil størrelse.

### **Hvordan sikre kontinuitet i sykehuset?**

Et hovedproblem for kontinuiteten er at funksjonene involverer flere personellgrupper som må koordineres og kontinuerlig være tilgjengelige overfor pasienter som kommer med høyst uregelmessig intervall.

Eksempel: Komplette tilbud ved hode-halskreft. ØNH-kirurg spesielt trent i onkologisk kirurgi, kjevekirurg, plastikkirurg, oftalmolog, nevrokirurg, thoraxkirurg, radiolog og onkolog.

Erfarent personale innen strålefysikk, erfarne stråleterapeuter, spesielt kompetente sykepleiere og også spesielt anestesio- og intensivsykepleiefaglig personale.

Dette må være en samkjørt enhet som fungerer kontinuerlig, uansett sommerferie, permisjoner, hjerteinfarkt, oppsigelse, pensjonering eller død. Man må aldri la pasienttilbudet henge på en person.

Selve tanken om at man kan drive denne type komplisert medisin ved at enkeltavdelinger driver en selvstendig produksjon for sine pasienter blir dermed grunnleggende gal: Man må ha matriseorganisering, som ofte må suppleres når det oppstår uventede problemer. Dermed kan ikke den enkelte avdelings deltakelse bygge på frivillighet når funksjonen er etablert: Tildelte funksjoner er et sykehusansvar, ikke et ansvar for enkeltavdelinger eller enkeltleger.

### **Hvordan få aksept for sentralisering?**

Andre sykehus må være trygge på å få de tjenester som de selv ikke får lov til å bygge opp.

Avtaler og ansvar må være klare, og driftsmodell stabil og gjennomførbar, slik at oppmerksomhet og tidsbruk rettes mot oppgaveløsning, ikke diskusjon om oppgaveløsning. Det må være behagelig å forholde seg til det sykehus som har fått den regionale funksjonen:

- Klarhet i hvem man forholder seg til
- Desentralisering av de faser av behandlingen som ikke må sentraliseres
- Rask og fullstendig informasjonsflyt
- Likeverdig samarbeid - andre sykehus må oppfattes som likeverdige samarbeidspartnere, ikke "bakkemannskap"

### **Sammenfatning**

Regionale kompetansesentra må oppfylle følgende omfattende kriterier:

- Inneha faglig høy kompetanse og en tilstrekkelig nødvendig støttestruktur
- Adekvat pasientvolum - hvis klinisk virksomhet.
- Evne til samarbeid og innen sitt felt bygge opp et nødvendig fagnett regionalt, nasjonalt og internasjonalt
- Utarbeide retningslinjer for pasientlogistikk og pasientinformasjon
- Drive forskning, utvikling og undervisning med spredning av kunnskap til hele regionen
- Arbeide for "evidence based medicine" (EBM)
- Lede og utvikle retningslinjer for etablering av nye teknikker og metodeutvikling

- Kontinuerlig kunne redegjøre for behandlingsresultat
- Opprette registerfunksjon

Kompetansesenteret bør gjennomgå en mer omfattende evaluering hvert 3. - 5. år.

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

Sissel Moe Lichtenberg

Rita Kolvik

Bjarne Straume

Baard-Christian Schem

Jan Olofsson