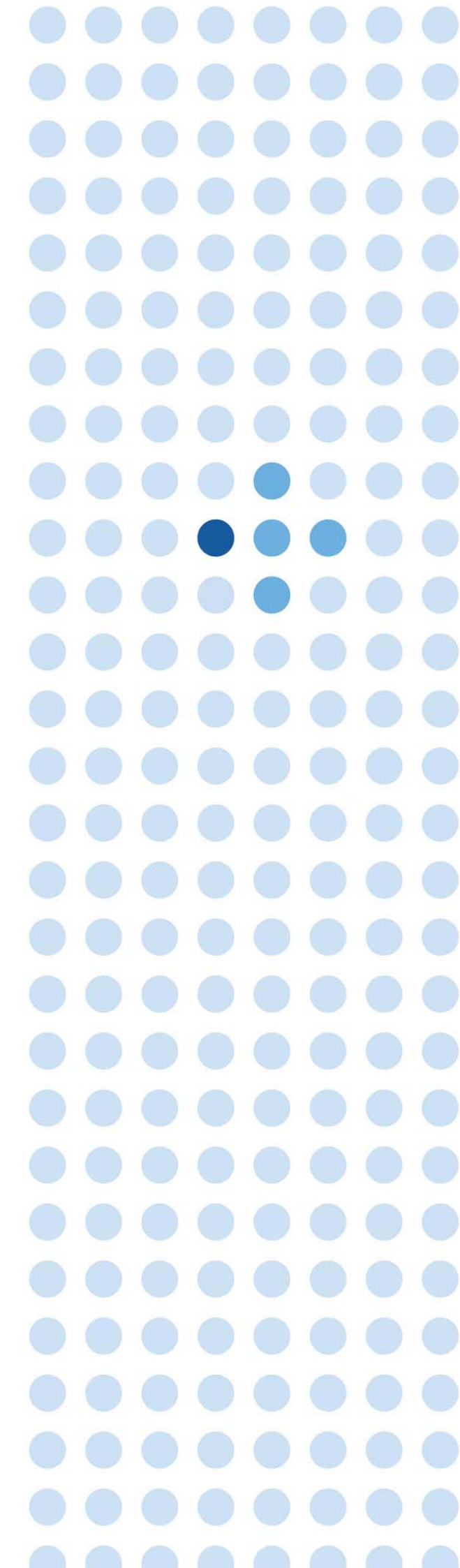




SAK 4005 Styremøte Helse Vest RHF
25.april 2005
Administrerende direktør si orientering
Pkt 2

Høgspesialiserte tenester i Helse Vest

Rapport frå prosjektgruppe

April 2005

1. Innleiing	5
1.1. Mandat	5
1.2. Prosjektorganisering	5
2 Samandrag.....	5
3 Høgspesialisert medisin – kva er det?.....	6
3.1 Gjeldande retningslinjer, inkludert deregulering av fleirregionale funksjonar og regionale kompetansesentra	6
3.1.1 Regionale funksjonar og kompetansesentra	7
3.2 Fagrådet - evaluering av høgspesialiserte funksjonar	8
3.3. Tidlegare definisjonar av høgspesialisert medisin	9
4 Høgspesialiserte tenester i Helse Vest	10
4.1 Innleiande merknader	10
4.2 Høgspesialiserte funksjonar	11
4.3 Kriterium for høgspesialiserte regionale funksjonar.....	11
4.4 Kompetansesenter.....	12
4.5 Høgspesialiserte regionale tenester versus universitetsoppgåver.....	13
4.6 Høgspesialiserte regionale tenester versus anna funksjonsfordeling	13
4.7 Høgspesialiserte regionale tenester versus eksperimentell og utprøvande medisin.....	13
5 Høgspesialiserte regiontenester i Helse Vest – innhald og omfang.....	14
5.1 Innleiande merknader.....	14
5.2 Forslag til regionfunksjonar	15
5.3 Regionfunksjonar – nærare avklaring av innhald og lokalisering av funksjon	17
5.4 Regionale kompetansesenter.....	18
5.5 Volum av høgspesialiserte regionale funksjonar	19
6 Prinsipp for framtidig etablering og drift.....	20
6.1 Prinsipp for nyetablering	20
6.2 Prinsipp for drift.....	21
6.3 Årleg rapportering	22
7 Andre vurderingar	22
7.1 Vurdering av nye regionfunksjonar og heimhenting av funksjonar.....	22
7.2 Særskilde behov.....	23
8 Alternative finansieringsformer (avgrensa til regionale funksjonar)	23
8.1 Innleiande merknader	23
8.2 Dagens finansiering.....	24
8.3 Ulike budsjettmodellar for finansiering av regionfunksjonar	25
8.3.1 Modell 1: Dagens fordelingsmodell	25
8.3.2 Modell 2: Rein objektiv modell	26
8.3.3 Modell 3: Rein objektiv modell med synliggjeringsregionssjukehuset.....	26
8.3.4 Modell 4: Objektiv fordeling med differensiert DRG pris til HF	26
8.4 Drøfting og vurdering av dei ulike modellane	27
8.5 Mangel på etterfølging av vedtak – skal ein gripa inn?.....	28
8.5.1 Ulike former for inngrep	29
8.5.2 Mangel på oppfølging av vedtak - oppsummering	29

Vedlegg 1	31
Vedlegg 2	32
Vedlegg 3	39
Vedlegg 4	48
Vedlegg 5	50
Vedlegg 6.....	54

1. Innleiing

Utvalet er gitt følgjande mandat:

1.1. Mandat

1. Mål:

Helse Vest RHF har ansvar for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Det gjelder også såkalte høyspesialiserte tjenester.

Målet er å utarbeide en regional plan for høyspesialiserte tjenester i Helseregion Vest.

2. Mandat:

Høyspesialiserte tjenester defineres i denne sammenheng som:

- *landsfunksjoner*
- *flerregionale funksjoner*
- *regionale funksjoner*
- *nasjonale kompetansesentre*
- *regionale kompetansesentre*

Prosjektgruppen bes:

1) Foreta en gjennomgang av eksisterende høyspesialiserte tjenester i regionen herunder:

- *klargjøre hvilke konkrete tjenester som kan defineres som høyspesialiserte*
- *omfang og bruk av de ulike tjenestene bl.a. om tjenestene brukes ulikt i regionen*
- *kostnader og ressursbruk ved tjenestene*

2) Foreta en vurdering av eksisterende høyspesialiserte tjenester i regionen og behovet for å bygge opp nye høyspesialiserte tjenester, herunder:

- *bør de eksisterende tjenestene opprettholdes, utvikles eller endres*
- *bør noen av dagens tjenester utvikles til høyspesialiserte tjenester i den forstand at de bare utføres et sted i regionen*
- *bør det etableres flere høyspesialiserte tjenester i region ved å hjemhente tjenester som bare ytes i andre regioner*
- *bør det etableres flere landsfunksjoner i regionen*

3) Fremme forslag til prinsipper for fremtidig fordeling av høyspesialiserte funksjoner i regionen.

4) Vurdere alternative finansieringsformer for de høyspesialiserte tjenestene i regionen.

5) Kostnadsberegne alle nye tiltak som foreslås.

1.2. Prosjektorganisering

Prosjektet er forankra mellom anna i styringsdokumentet til helseføretaka i 2004, og sluttrapport skal leggst fram til behandling på ordinære møte i HF-styra og RHF-styret.

Prosjektgruppe har bestått av følgjande medlemmer:

Odd Søreide - prosjektleiar	Helse Vest
Gjertrud Jacobsen - sekretær	Helse Vest
Kristin Mæland	Helse Vest
Anne May Sønstabø	Helse Vest
Sissel Moe Lichtenberg	Helse Stavanger
Thorleif M. Vaage	Helse Fonna
Sølvi Lurfald	Helse Bergen
Svenning i Lida	Helse Førde
Arne Holen	Tillitsvald (deltatt etter 2. møte i gruppa)
Anne June Iversen Huus	Tillitsvald (deltatt etter 2. møte i gruppa)
Ingrid Mällberg	Brukarrepresentant

Gruppa har hatt 6 møter. I arbeidet med å kartlegge dagens aktivitet knytt til høgspesialiserte tenester for pasientar i Helse Vest har Analysesenteret gjort datainnhenting. Dette arbeidet er gjort i samarbeid med fagmiljøa i helseføretaka.

2 Samandrag

Det er innleiingsvis gjort ein kort gjennomgang av gjeldande retningslinjer for høgspesialiserte tenester og ei oppsummering av tidlegare definisjonar av høgspesialisert medisin.

- Gruppa har valt å handsame den delen av dei høgspesialiserte tenestene som omfattar regionale funksjonar og kompetansesenter.
- Regionale funksjonar er definert som følgjer:
Ressurskrevjande medisinsk behandling knytt til avgrensa tal på inngrep/ behandlingar som krev eit høgt kompetansenivå av utøvar, eller knytt til kostnadskrevjande klinisk aktivitet eller store investeringskostnader. Kompetanse, behandlingresultat, forskning og utviklingsaktivitet må kunne dokumenterast. Utøvar må koordinere faglig aktivitet i regionen og lede utviklinga av faglige retningslinjer i samarbeid med relevante fagmiljø i dei andre helseføretaka (systemansvar). Slike funksjonar skal som hovudprinsipp utøvast på ein stad i regionen, men skal ytast til pasientar frå alle opptaksområde. Høgspesialiserte funksjonar kan berre opprettast av Helse Vest RHF.
- Kriterium for høgspesialiserte funksjonar må byggje på behov, pasientgrunnlag, robuste og stabile fagmiljø, investeringsbehov og ressursvurdering.
- Utvalet legg vedtekne kriterium for regionale kompetansesenter til grunn.
- Det er føretatt ein gjennomgang av regionale funksjonar (på bakgrunn av rundskriv I-8/2000) og gitt forslag om regionale høgspesialiserte funksjonar i Helse Vest jf pkt. 5.2
- I pkt. 5.3 er det gitt ein oversikt over funksjonar som treng nærare avklaring av innhald og lokalisering.
- Det er ikkje foreslått nye regionale funksjonar eller heimhenting av lands- eller fleirregionale funksjonar nå.

- Utvalet legg vedtekne regionale kompetansesenter til grunn og avventar evaluering av desse.
- Vidare er rolla til kompetansesentra drøfta. Kompetansesentra kan opprettast på område som krev særskild merksemd der behovet for regional samordning, FoU og standardisering framstår som naudsynt. Kompetansesentra skal som hovudprinsipp ikkje gjelde pasientretta verksemd. Kompetansesenter kan opprettast mellom anna som ei strategisk satsing innan fagområde som er prioriterte eller treng styrking.
- Det er føretatt ei kartlegging av volum knytt til høgspesialiserte funksjonar jf. vedlegg 6. Med bakgrunn i mellom anna manglande definisjonar og ulik kodepraksis er ikkje denne kartlegginga komplett.
- Utvalet vil tilrå at aktivitetsdata knytt til høgspesialiserte tenester blir tatt inn i arbeidet med styringsdata i Helse Vest.
- Utvalet har foreslått prinsipp for nyetablering av høgspesialiserte tenester og forslag til sakshandsamingsrutinar. Berre helseføretak bør kunne søke om oppretting og berre styret i Helse Vest kan vedta oppretting. Søknad om oppretting må bygge på dei kriterium som utvalet legg til grunn og må godkjennast i lokalt føretak. Det vil være ein styrke dersom søknad byggjer på regional konsensus i relevante fagmiljø.
- Føretak som er tildelt ein funksjon må sikre at ein har kapasitet og ressursar til å dekke behovet. Vidare må funksjonen være robust og ikkje personavhengig.
- Utvalet vil tilrå årleg rapportering.
- Det bør rettast særskild merksemd til fagområda psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i tida framover i høve til høgspesialiserte tenester.
- Dagens finansieringsmodell bør utviklast med mål om størst mogleg objektivisering av tilskotet til høgspesialiserte funksjonar.
- I finansieringssporalet anbefalar utvalet at det vert arbeidd vidare med å finna ein objektiv modell som fangar opp i seg behovet for finansiering av høgspesialiserte regionale funksjonar.
- Utvalet tar likevel atterhald om bruk av ein objektiv modell dersom dette medfører alvorlige omfordelingseffektar slik at vedtak om funksjonsfordeling ikkje blir understøtta.
- Utvalet støttar forslaget i styresak 30/05 *Regional kreftplan* om å greie ut moglege økonomiske sanksjonar dersom vedtak om lokalisering av regionale funksjonar ikkje blir etterlevd.
- Målet må vere å arbeide for sterke faglege nettverk og ein kultur som fremmer samarbeid. Dette vil redusere behovet for sanksjonar.

3 Høgspesialisert medisin – kva er det?

3.1 Gjeldande retningslinjer, inkludert deregulering av fleirregionale funksjonar og regionale kompetansesentra

Landsfunksjonar og nasjonale kompetansesentra er regulert i rundskriv I-19/2003 ”Om høyspesialiserte tenester – landsfunksjonar og nasjonale medisinske kompetansesentra”.

Helse- og omsorgsdepartementet vil ikkje lenger regulere oppretting og avvikling av fleirregionale funksjonar. Det vert føresett at dei regionale helseføretaka inngår eit samarbeid om lokalisering av funksjonar som det ikkje er rasjonelt å etablere i alle regionar, samt å etablere nødvendige

avtalar om kostnadsdeling eller kjøp av tenester. Staten vil framleis kunne pålegge dei regionale helseføretaka å opprette eller avvikle fleirregionale funksjonar. (Jfr rundskriv I-19/2003, pkt 1, 2. avsn.)

Dei regionale helseføretaka skal søke Helsedepartementet om oppretting eller endring av landsfunksjonar og nasjonale medisinske kompetansesentra. Etter å ha innhenta råd frå Sosial- og helsedirektoratet fattar departementet vedtak om etablering eventuelt avvikling av landsfunksjonar og nasjonale kompetansesentra, samt kva for eit regionalt helseføretak som skal ha ansvar for desse, altså kor dei skal være lokalisert.

Målet med reguleringa er å sikre:

- god ressursutnytting
- høg kvalitet på behandlingstilbodet mellom anna ved å sikre tilstrekkelig pasientgrunnlag
- ein rimelig geografisk fordeling av funksjonane

I rundskriv I-19/2003 er det gitt ein nærmare definisjon av kva som er å forstå som ein landsfunksjon og eit nasjonalt kompetansesenter og kva for oppgåver som skal utførast.

Vedlagt rundskrivet er ein oversikt over landsfunksjonar og nasjonale kompetansesenter. Dette vedlegget er under revisjon.

Rundskriv og oversikt følgjer i vedlegg 2.

Frå 2004 blir lands- og fleirregionale funksjonar finansiert gjennom ordinære finansieringsordningar for pasientbehandling. Tidligare øymerka tilskot til lands- og fleirregionale funksjonar er innlemma i basisbevilgninga til dei regionale helseføretaka.

Det er samtidig oppretta eit nytt øymerka tilskot til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra, og det skal leggjast fram ein årlig rapport om verksemda.

Det betyr at ikkje alt det som i dag kan omtalast som høgspesialisert medisin blir regulert av departementet, men at dei regionale helseføretaka kan opprette og avvikle fleirregionale og regionale funksjonar. Dei regionale helseføretaka er også pålagde gjennom styringsdokument å samarbeide om fleirregionale funksjonar og å vurdere om funksjonar kan spreiaast eller bør samlast på ein stad.

3.1.1 Regionale funksjonar og kompetansesentra

For å understøtta Helse Vest sitt sørgje for ansvar må Helse Vest RHF i samarbeid med helseføretaka sørgje for at høgspesialiserte tenester har ein tilstrekkeleg kapasitet og kvalitet. Derfor er ein gjennomgang og kartlegging av desse tenestene no svært viktig. Høgspesialiserte tenester er ein avgrensa del av spesialisthelsetenesta, og vil ikkje omfatte store pasientgrupper. Det er derfor viktig å vurdere kor det er mest hensiktsmessig at dei blir utført, samt å sikre eit tilstrekkeleg pasientgrunnlag. Vidare må det etablerast ei ordning for korleis ein skal handtere evaluering og utvikling av desse tenestene slik at ein får eit dynamisk system som gjer at befolkninga i regionen er sikra eit kvalitetsmessig godt tilbod innan høgspesialisert medisin.

Styret i Helse Vest RHF har gjort vedtak om at det bare er Helse Vest som kan opprette og avvikle regionale kompetansesenter (styresak 78/03). Vidare er det gjort vedtak om kriterium for regionale kompetansesenter.

Regionale funksjonar blei tidlegare regulert i rundskriv I-8/2000 og er definert som følgjer:

Betegnelsen regionfunksjon brukes om en klinisk virksomhet som fortrinnsvis bør ivaretas i regionsykehus, 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.

Helse Vest har til no lagt den tidlegare definisjonen av regionale funksjonar til grunn. Det betyr at tidlegare regionsjukehus, nå Helse Bergen HF, framleis har ei leiande rolle i høve til desse funksjonane.

Nokre av desse funksjonane er etter styrevedtak i Helse Vest RHF delt mellom Helse Bergen HF og Helse Stavanger, til dømes PCI-behandling ved akutt hjarteinfarkt (styresak 102/03). Vidare er det i styresak 64/02 og 28/05 vedteke ei funksjonsfordeling mellom Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF innan nevrokirurgi der Helse Bergen HF er gitt eit overordna fagleg ansvar for funksjonen. Det blir og lagt til grunn at det skal være eit omfattande og forpliktande samarbeid mellom dei to føretaka. Helse Vest har vidare valt å leggje adipositas kirurgi (kirurgi for sjukleg overvekt styresak 33/03) til Helse Førde HF og definert dette som ein regionfunksjon.

3.2 Fagrådet - evaluering av høgspesialiserte funksjonar

Det tidligare Fagrådet for høyspesialiserte medisinske tenester gav i 2002 ein evaluering av landsfunksjonar, fleirregionale funksjonar og kompetansesentretenester som då var etablerte, jfr rapport av 10.07.03.

Det går her fram mellom anna at:

- det samla pasientvolum for nasjonale høgspesialiserte medisinske tenester utgjer 2200 pasientar pr år, fordelt med ca 1500 på landsfunksjonar og ca 700 på dei fleirregionale funksjonane
- mange funksjonar har bare ei handfull pasientar
- det er i ein del tilfelle ei skeiv geografisk rekruttering av pasientar til desse funksjonane, meir uttalt for landsfunksjonar enn for fleirregionale funksjonar
- det er sjølv for veldefinerte og høgspesialiserte medisinske tilstander ein overrepresentasjon av pasientar frå nærliggande geografiske områder til det sjukehuset som har ein slik funksjon
- monopolfunksjonar som ikkje jevnleg blir kontrollert av tilsynsmyndigheiter og politiske myndigheiter kan representere risikomoment med omsyn til tilgjenge og funksjon. Det bør derfor arbeidast med å regionalisere og desentralisere funksjonar som egner seg for det.

- forskings- og fagutviklingsaktiviteten varierer betydelig, men i hovudsak fungerer likevel dei høgspesialiserte funksjonane etter sine intensjonar
- finansierungsgrad og forutsigbarheten i finansieringa er framleis et stort problem for alle typar høgspesialiserte funksjonar
- dei høgspesialiserte funksjonane fekk samla ein ekstra pengetilførsel på ca 350 mill. kr eller ca kr 160.000 pr pasient, tilsvarande ein gjennomsnittlig DRG sats på 5,5. I dette beløpet er også delar av regionsjukehusstilskotet inkludert. Mange funksjonar er likevel underfinansiert.

Sosial- og helsedirektoratet blei i 2003 gitt i oppdrag å evaluere dei høgspesialiserte tenestene. Helsedepartementet vil med bakgrunn i anbefalingar frå Sosial- og helsedirektoratet, vurdere behovet for omgjerung eller avvikling av dei ulike funksjonane.

Det ligg til nå ikkje føre noko resultat av dette arbeidet.

3.3. Tidlegare definisjonar av høgspesialisert medisin

Fagrådet for høyspesialiserte medisinske tjenester har i sin rapport ”*Nasjonal organisering av høyspesialiserte medisinske tjenester – 2002*” definert høgspesialisert medisin slik:

landsfunksjonar, fleirregionale funksjonar, nasjonale kompetansesenter og regionale funksjonar.

Fagrådet definerer vidare innhaldet i kvar av desse omgrepa:

Landsfunksjon

- *høgt spesialisert klinisk verksemd som ut i frå ei samla vurdering av behov, vanskelighetsgrad og kostnad bare skal utøvast ein stad i landet (eks. organtransplantasjon).*

Fleirregional funksjon

- *verksemd som finn stad ved maksimalt tre regionsjukehus/ sjukehus med regionfunksjonar.*

Både landsfunksjon og fleirregional funksjon inneber henvisningsplikt og behandlingsplikt.

Nasjonale kompetansesenter

Et kompetansesenter skal ivareta oppbygging og formidling av kompetanse innen et særskilt område ved å:

- *følge nasjonal og internasjonal faglig utvikling*
- *etablere nødvendige nasjonale faglige standarder*
- *bidra til forsknings- og utviklingsarbeid innen fagfeltet*
- *etablere og kvalitets sikre registre innen fagfeltet*
- *sikre nasjonal kompetanseoppbygging og spredning av kompetanse*
- *rådgivning og faglig støtte til andre sykehus (second opinion)*
- *delta i undervisning i grunn-, videre- og etterutdanning*
- *bidra til/ faglig støtte til forskningsaktivitet ved andre sykehus*
- *være en rådgivende instans*

Kompetansesentre vil vanligvis ha en referansegruppe med representanter fra alle regionene. Kompetansesenterfunksjonen ligger også implisitt i de oppgavene som et sykehus med landsfunksjon og flerregional funksjon har. I tillegg er det også definert kompetansesentre for en rekke funksjoner som ikke er sentralisert til et spesielt sykehus, men der funksjonen likevel er så pass høyspesialisert at det er hensiktsmessig å gi ett fagmiljø ansvaret for å holde landets øvrige sykehus oppdatert og dessuten drive aktiv forskning innen fagområdet

Regional funksjon

Funksjon som innan den enkelte helseregion er av ein slik kompleksitet at det ikkje burde spreiaast ut over regionsjukehusnivå.

Oddvar Kaarbøe har i sitt notat ”Finansiering av høyspesialiserte tjenester” (april 2004) også definert høyspesialisert medisin som landsfunksjonar, fleirregionale funksjonar og nasjonale kompetansesenter.

Sosialdepartementet i Sverige har i utredningen ”Högspecialiserad sjukvård – kartlegging og forslag”. Sosialdepartementet – 2003 (Ds 2003:56) definert høyspesialisert medisin som følger:

”behandling som samordnast til ei eining med ein region som opptaksområde. Inneheld også aktivitetar som retter seg mot sjeldne grupper der diagnostisering og behandling stiller særskilte krav til kompetanse”

Høyspesialisert behandling blir vidare definert ikkje berre som behandling eller inngrep, men også å stille kompetanse til disposisjon for diagnostikk der behandling etterpå utføres i til dømes lokalt sjukehus.

4 Høyspesialiserte tenester i Helse Vest

4.1 Innleiande merknader

Grunnlaget for organisering av sjukehus- og spesialisthelsetenesta i Noreg finn ein i St. melding nr. 9 (1974-5) ”Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen”. Av meldinga går det fram at alle helseregionar skal ha eit regionhelsetenestetilbod som er knytt til regionsjukehuset. Det har i alle år vore brei politisk semje om regionaliseringsprinsippet.

Stortingsmeldinga omtaler omgrepet *regionhelsetjeneste* slik: ”Omfattande typer av service som måtte planlegges fra flere fylkers (evt. landsdelers) behov fordi det ikke var rasjonelt eller faglig forsvarlig å ta sikte på etablering av slik service i hvert fylke”. Runskriv I-8/2000 frå Helsedepartementet kan sjåast som ei vidareføring og presisering av omgrepet.

Utvalet legg til grunn at det er samanfall mellom omgrepet høyspesialisert funksjon slik det er brukt i mandatet og regionsfunksjon/regionhelseteneste. Slike tenester er knytt til pasientbehandling.

Vidare kan høyspesialiserte regionale tenester delast i pasient- og behandlingsretta funksjonar og kompetansesenter. Ein regionsfunksjon vil dermed innebere kompetansesenteroppgåver. I tillegg skal eit kompetansesenter dekke andre behov. Kompetansesenter treng ikkje behandle pasientar. For utfyllande kommentarar, sjå pkt. 5.4.

Utvalet si forståing av høgspesialiserte regionale tenester omfattar både regionale funksjonar og kompetansesenter, og i pkt. 4.2 – 4.4 blir det gjort greie for desse to omgrepa.

Siktemålet med høgspesialiserte regionale tenester er tredelt:

- Sikre pasientane i Helse Vest eit helsetenestetilbod på avgrensa område som skal sikre høg kvalitet på tenestene
- Sikre god ressursutnytting, mellom anna ved å unngå dublering av tenester
- Sikre ein helsefagleg ”motor” i regionen på fagleg avgrensa område der regional koordinering og samarbeid står fram som naudsynt, som sikrar ”systemansvar” og som tek eit overordna ansvar

Utvalet vil streke under at det er omsynet til pasientane og til eit kvalitativt godt helsetenestetilbod som er det viktigaste omsynet.

4.2 Høgspesialiserte funksjonar

Prosjektgruppa legg følgjande definisjon av *høgspesialiserte regionale funksjonar* til grunn for sitt arbeid:

Ressurskrevjande medisinske behandling knytt til avgrensa tal på inngrep/ behandlingar som krev eit høgt kompetansenivå av utøvar, eller knytt til kostnadskrevjande kliniske aktivitet eller store investeringskostnader. Kompetanse, behandlingsresultat, forskning og utviklingsaktivitet må kunne dokumenterast. Utøvar må koordinere faglig aktivitet i regionen og lede utviklinga av faglige retningslinjer i samarbeid med relevante fagmiljø i dei andre helseføretaka (systemansvar). Slike funksjonar skal som hovudprinsipp utøvast på ein stad i regionen, men skal ytast til pasientar frå alle opptaksområde. Høgspesialiserte funksjonar kan berre opprettast av Helse Vest RHF.

Denne definisjonen følgjer i stor grad dei synspunkta som kjem fram i den svenske utredninga ”Högspesialiserad sjukvård – kartlegging og forslag”. Socialdepartementet – 2003 (Ds 2003:56). Systemansvar slik omgrepet er brukt her er i tråd med styrevedtaka om regional kreftplan (30/05 B) og om nevrokirurgi (28/05 B).

Kompetanse er ein sentral og viktig dimensjon i denne definisjonen. Utvalet legg til grunn at kompetansen ikkje kan knytast til enkeltpersonar aleine. Faglege eldsjeler er viktige, men aktivitet på definerte område knytt til enkeltpersonar gir eit fagleg miljø som er sårbart og som ikkje sikrar regionen på lang sikt. Utvalet legg følgjande i kompetanseomgrepet:

- formell utdanning og andre kompetansefremjande tiltak (til dømes hospitering og arbeid ved nasjonale eller internasjonale anerkjente fagmiljø), erfaringsbakgrunn og erfaring, inkl. volum på utførte tenester og dokumentasjon av aktivitet og resultat
- miljøets erfaring, inkl. tverrfagleg samarbeid (miljøets infrastruktur)
- dokumentasjon av kunnskap, inkl. evne til å spreie og formidle kunnskap/kompetanse
- dokumentert erfaring med forskning og utviklingsarbeid og med opplæring og trening.

4.3 Kriterium for høgspesialiserte regionale funksjonar

Eit grunnleggjande element i tillegg til det faglege aspektet når ein vil oppretta ein funksjon er vurdering av behov (som må sjåast i høve til sjukdomsforekomst) og dermed pasientvolum. Det må leggjast til grunn at det er stort nok pasientgrunnlag i regionen for å opprette eller oppretthalde funksjonen. Vidare er det viktig at funksjonen vert bygd opp kring eit robust og stabilt fagmiljø slik at ein ikkje er sårbar for flytting/permisjonar osb. Tunge investeringar (ut i

frå ei skjønnsmessig vurdering) må det og tas omsyn til i denne samanheng. Vidare er utvalet av den oppfatning at dei vedtekne kriterium for regionale kompetansesenter (sjå pkt. 4.4) legg føringar for etablering av høgspesialiserte regionale funksjonar.

Følgjande forhold må derfor vurderast ved etablering av høgspesialiserte regionale funksjonar:

- volum – stort nok til å *sikre* kvalitet og å kunne *måle* kvalitet
- tilstrekkelig pasientgrunnlag
- robust og stabilt fagmiljø, inkl. vurdering av kompetanse (sjå pkt. 4.2)
- investeringsbehov og ressursvurdering, inkludert investering i kompetanse og kompetanseoppbygging
- sentrale retningslinjer om ”Høgspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra”. Rundskriv I-19/2003 frå Helsedepartementet.

Utøvar av høgspesialiserte funksjonar må:

- ta eit systemansvar for heile regionen, dvs. vere ein fagleg koordinator og motivator
- ha fagleg høg kompetanse som kan dokumenterast på området, og nødvendig infrastruktur
- drive forskning, utvikling og undervisning med spreiding av kunnskap til heile regionen
- samarbeide med fagfolk/kolleagaer ved andre føretak i regionen innan sitt felt og bygge opp eit nødvendig fagnett regionalt, nasjonalt og internasjonalt
- ha adekvat pasientvolum og kontinuerlig kunne dokumentere aktivitet og behandlingsresultat (registerfunksjon)
- utarbeide årleg rapport som skal behandlast i regional fagnettverk (eller referansegruppe) og på regionalt administrativt nivå
- utvikle kunnskapsbaserte retningslinjer for pasientbehandling (basert på prinsippa i kunnskapsbasert medisin (evidence based medicine) og medisinsk metodevurdering) inkludert retningslinjer for pasientlogistikk og pasientinformasjon
- bidra til standardisert pasientinformasjon

4.4 Kompetansesenter

Helse Vest RHF har tidlegare vedteke følgjande kriterium for regionale kompetansesenter (styresak 78/03 B):

Regionale kompetansesenter i Helseregion Vest 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 og 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 skal 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*

Innstillinga som dette vedtaket (vedtak 78/03) byggjer på peikar på at det bør opprettast referansegrupper i tilknytning til kompetansesenteret. Dette utvalet meiner at velfungerande regionale fagnettverk kan ha ein liknande funksjon.

4.5 Høgspesialiserte regionale tenester versus universitetsoppgåver

Høgspesialiserte regionale tenester vil som hovudprinsipp vere lokalisert til sjukehus som og er universitetssjukehus. Dette følgjer og av at slike oppgåver er nært knytt til forskning og utviklingsoppgåver.

Høgspesialiserte regionale tenester er likevel ikkje ein naudsynt del av oppgåvene som eit universitetssjukehus skal ivareta. Slike funksjonar representerer ein svært liten del av den totale kliniske aktiviteten ved eit universitetssjukehus, og eit universitetssjukehus sin aktivitet og utvikling kan ikkje og må ikkje knytast opp til høgspesialiserte tenester.

4.6 Høgspesialiserte regionale tenester versus anna funksjonsfordeling

Det er grunn til å presisere at Helse Vest RHF kan ha behov for å foreta funksjonsfordeling i regionen sjølv om denne ikkje er knytt til høgspesialiserte tenester. Det kan til dømes vere knytt spesielle kompetansekrav til ein funksjon som kan gjere det vanskeleg å etablere ein funksjon mange stader i regionen. Da kan det vere hensiktsmessig å legge funksjonen til ein eller to stader i regionen og definere det som ein regionfunksjon utan at det nødvendigvis er høgspesialiserte tenester. Det vil også i slike tilfelle vere viktig å legge systemansvar for funksjonen på ein stad. Andre døme på funksjonsfordeling som ikkje er knytt til høgspesialiserte funksjonar kan vere skjerma aktivitet.

4.7 Høgspesialiserte regionale tenester versus eksperimentell og utprøvande medisin

Det er viktig å skilje mellom høgspesialiserte regionale tenester basert på kunnskapsbasert standardbehandling (for diskusjon om omgrepet ”standardbehandling”, sjå NOU 1997:20) og eksperimentell og utprøvande medisin. Tildeling av ein høgspesialisert funksjon til eit føretak inneber ikkje at det er fritt fram for eksperimentell eller utprøvande behandling. Det at eit føretak utøvar eksperimentell eller utprøvande behandling er heller ikkje tilstrekkeleg for å få tildelt ein regionfunksjon.

Eksperimentell og utprøvande behandling skal handterast som forskning. Det inneber plikt til å utarbeide behandlingsprotokoll (forskningsprotokoll), sikre at naudsynte godkjenningar ligg føre (regional forskningsetisk komite, datatilsyn, etc), plikt til å informere pasient og at samtykkje til behandling ligg føre, osb.

5 Høgspesialiserte regiontenester i Helse Vest – innhald og omfang

5.1 *Innleiande merknader*

Utvalet har lagt til grunn lista over regionfunksjonar i rundskriv I-8/2000 frå Helsedepartementet (sjå vedlegg 3) og dei tillegg som Helse Vest RHF har vedteke, samt merknadene og kriteria som utvalet har gitt under pkt. 4.2-4.4. Regionfunksjonane er samordna med retningslinjer i rundskriv I-19/2003 frå Helsedepartementet (vedlegg 2).

I tabellane som følgjer er dei føreslegne regionsfunksjonane lista opp. Funksjonane er gitt eit meir spesifikt medisinsk innhald enn det som var gjeve i I-8/2000. Nokre funksjonar som i dag er avleggs er fjerna.

Det å kome med ei slik liste er ikkje uproblematisk i høve til moderne og god spesialisthelseteneste. For nokre tilstandar eller prosedyrar vil tilvisningsdiagnosen vere uklar og der den endelege diagnosen og etterfølgjande behandling kjem fram under utgreiing og supplerande undersøkingar. Moderne sjukehusbehandling og -drift kan også innebære at oppfølging og kontroll kan skje andre stader (primærlege, andre sjukehus).

Omgrepet regionfunksjon må derfor ta utgangspunkt i den delen av behandlingsforløpet som er avgjerande for pasientane med omsyn til behandlingsresultatet (primærbehandlinga), og som oppfyller dei kriteria som er gitt i punkt 4.3 og 4.4. Utvalet kallar dette hovudopphaldet Mao. den delen av behandlingsforløpet som er avgjerande for behandlingsresultatet.

Ein slik logikk byggjer derfor på at initial utgreiing og seinare kontroll kan skje ved andre føretak i tråd med regionale retningslinjer. Derimot skal hovudopphaldet skje ved det føretaket som er tildelt funksjonen. Dette inneber at det for dei spesifiserte pasientgruppene vil vere konsultasjonsplikt (som skal dokumenterast i pasientjournal eller vere uttrykt i regionale retningslinjer) og/eller tilvisningsplikt. Konsultasjonsplikta er viktig for å sikre at dei aktuelle pasientane vert handsama likt i føretaka.

For føretaket som er tildelt ein regionfunksjon vil det vere plikt til å ta imot pasientane eller til å kome med råd om utgreiing og vidare handsaming. Dette er ein logisk konsekvens av det systemansvar som utvalet meiner er grunnleggande for organisering av høgspesialiserte regionfunksjonar. Slike drøftingar bør skje regelmessig med alle relevante fagpersonar i regionen som ein del av det faglege nettverksarbeidet og for å bygge ein felles fagleg kultur.

5.2 Forslag til regionfunksjonar

Det har ikkje vore mogleg for utvalet å foreta ein altomfattande gjennomgang og analyse av alle helsefaglege områder eller kliniske spesialitetar. Som det er peika på tidlegare har utvalet lagt til grunn lista over regionfunksjonar i rundskriv I-8/2000 frå Helsedepartementet samt merknadene og kriteria som utvalet har gitt under pkt. 4.2 og 4.3. Medlemmene i utvalet har under arbeidet hatt kontakt med sine fagmiljø for å sikre breiast mogleg fagleg forståing i høve til klargjering av lista.

Forslaget frå utvalet om regionale høgspesialiserte funksjonar følgjer i tabellen. Utvalet har ikkje tatt stilling til nye regionale funksjonar. Funksjonane i utheva kursiv er landsfunksjonar, jf. rundskriv I-19/2003. Utvalet har ikkje foreslått heimhenting av lands- eller fleirregionale funksjonar (sjå pkt. 7.1)

Funksjon	Klargjering av innhald	Føretak
Generelle funksjonar		
Regional AMK-sentral	Styresak 29/02 B. Overordna koordinerende funksjon i samband med store hendingar	Helse Stavanger
Hjertemedisin og hjertekirurgi		
Kateterbasert ablasjonsbehandling av hjertearrytmier	Sjølvforklarande i høve til fagleg innhald og kodeverk	Helse Bergen
Åpen hjertekirurgi	Gjeld alle former der hjerte-lungemaskin er naudsynt og minimale invasive teknikker på bankende hjerte.	Helse Bergen
PCI	Percutane intervensjonar for ischemisk hjertesykdom	Helse Bergen og Helse Stavanger, jf styrevedtak 103/03 sjå vidare pkt. 5.3
Implanterbare defibrillatorer og anna implanterbart utstyr ("devices")	Gjeld alle former for implanterbart utstyr, inkl. utstyr for avansert pacing (gjeld ikkje enkle pacemakerinnleggingar).	Helse Bergen jf. Rundskriv I-8/2000. Aktivitet også i Helse Stavanger sjå vidare pkt. 5.3
Nevrologi og nevrokirurgi		
Nevrokirurgi	Gjeld all nevrokirurgi, inkl. alle former for kirurgi ved Parkinsons sjukdom, nakkeoperasjonar, etc (sjå vedlegg 4)	Helse Bergen og Helse Stavanger jf. styrevedtak 64/02 og 28/05. Det vises også til vedlegg 5 (innspel frå Helse Stavanger).
Cerebrale vasculære aneurysmer	Percutan intervensjonsbehandling	Helse Bergen
Følgjetilstander og seinskader etter poliomyelitt	Omfattar svært få pasientar kvart år. Konsultasjonsplikt blir lagt til grunn jf. pkt 5.1	Helse Bergen
Epilepsi	Pasienter til videometri (video- og EEG-overvåkning)	Helse Bergen (jf. St. meld nr 41 (1987-88) og styresak 34/90 Haukeland sjukehus)
Spinalenhet	Ryggmargskadde. Følgjetilstander etter brudd i ryggsoyle, ryggmarg, hals og trunkus. Andre tilstander som har same nevrologiske utfall	Helse Bergen (jf. brev frå Sosial- og helsedep. tilskudd til regionsykehus av 21.05.96)
"Strålekniv"		Helse Bergen
Barnemedisin (pediatri)		
Barnerevmatologi	Nydiagnostisert	Helse Bergen
Kreft hos barn	Initial vurdering og start av behandling ved alle kreftsjukdomar hos barn, inkl. svulstar i hjernen	Helse Bergen*
Intensivbehandling - for tidleg fødde	Gjeld barn født i 28. svangerskapsveke eller tidligare. For tvillinger er grensa 30 veker	Helse Bergen og Helse Stavanger

Retionopati hos premature	Retinopati som treng frysebehandling/laserbehandling	Helse Bergen og Helse Stavanger
Øyre-nase-hals sjukdomar		
Hode-hals kreft	Alle kreftformer med utgangspunkt i munnhole, svelg, naseregion, biholer, spyttkjertlar, etc.	Helse Bergen
Cochlea implantat - vaksne	Fleirregional funksjon (delt med Rikshospitalet)	Helse Bergen
Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi		
Intersex	Fleirregional funksjon (delt med Rikshospitalet)	Helse Bergen
Leppe-gane-kjeve-spalte	Fleirregional funksjon (delt med Rikshospitalet)	Helse Bergen
Retransplantasjon	Dei tilfelle som ikkje er landsfunksjon ved Rikshospitalet	Helse Bergen
Avansert brannskadebehandling	Fagleg skjønn (etter omfang og lokalisering)	Helse Bergen
Kvinnerjukdomar (gynekologi og obstetrikk)		
Gynekologisk kreftbehandling	Eggstokkkreft (ovarialkreft) – med spreining til bekken og bukhole (stadium II-III)	Helse Bergen
	Avansert kreft i livmorhule (stadium II og høgare)	Helse Bergen
	Avanserte operasjonar ved kreft i livmorshals (eksempel Wertheims operasjon). Ikkje forstadier	Helse Bergen
	Kreft i ytre kjønnsorgan (ikkje forstadier)	Helse Bergen
	Strålebehandling ved underlivskreft inkludert vurdering av stråleskadde	Helse Bergen
Prenatal diagnostikk	Ultralydundersøkelse og fostervannsprøve	Helse Bergen og Helse Stavanger
	Morkakeprøve (chorionbiopsi)	Helse Bergen
Sædbank	Haugesund sjukehus tildelt funksjon som sædbank (1 av 2 nasjonale) og sentralt sædgiverregister, jf. brev av 09.11.04 frå SH-dir.	Helse Fonna
Kirurgi (inkl. alle subspesialitetar) og ortopedi		
Kreft i skjoldbruskkjertel	Alle former av ca. thyreoidea	Helse Bergen og Helse Stavanger
Fedmekirurgi	Kirurgisk behandling av sjukleg overvekt	Helse Førde, jf. styresak 33/03
Kreft i spiserør	Potensiell kurativ kirurgi, endoluminal palliativ behandling, endoprotese	Helse Bergen
Sarkom	Gjeld kirurgisk primær- og recidivbehandling av alle krefttypar som utgår frå muskel-skjelett-bindevev	Helse Bergen
Augesjukdomar		
Kreft i auge	Gjeld episkleral brachyterapi. Fleirregional funksjon (delt med Rikshospitalet)	Helse Bergen
Behandling med keratoprotease	Svært lite volum. Står fordi ein får henvist pasientar frå Skandinavia	Helse Bergen
Infeksjonsmedisin / smittevern		
Bein- og leddtuberkulose	Sjølvforklarande i høve til fagleg innhald	Helse Bergen
Multiresistent tuberkulose	Jf. smittevernplan for Helse Vest RHF	Helse Bergen
Kreftsjukdomar (ikkje-kirurgisk) og kreft i bloddannande organ		
Allogen stamcelletransplantasjon	Fleirregional funksjon (delt med Rikshospitalet)	Helse Bergen
Strålebehandling (stråleterapi)	Unntaka er gjeve i denne lista og gjeld gynekologisk kreft	Helse Bergen og Helse Stavanger

Høydose cytostatikabehandling med autolog stamcellestøtte/ autolog beinmargstransplantasjon	Sjølvsforklarande i høve til fagleg innhald	Helse Bergen
Anna		
Hyperbarmedisinsk akuttbehandling	Trykklfalls-sjukdom og liknande der trykktankbehandling er indisert.	Helse Bergen
<i>Elektiv hyperbarmedisinsk behandling</i>	<i>Dårleg avgrensa tilstandar, jf. utgreiing frå Rådet for høgspesialisert medisin. Det må utarbeidast regionale kunnskapsbaserte retningslinjer innan utgangen av 2005.</i>	<i>Helse Bergen</i>
Psykiatri		
Regional sikkerheitsavdeling		Helse Bergen

* jf. kreftplanen. For sjeldne solide svulstar hos barn er det foreslått nasjonal/nordisk samordning. I påvente av slik samordning har Helse Bergen ansvaret.

5.3 Regionfunksjonar – nærare avklaring av innhald og lokalisering av funksjon naudsynt

Dette utvalet vil tilrå at fagmiljøa i Helse Vest RHF innan utgangen av 2005 kjem saman for avklaring av innhald på nokre områder der det framstår som naudsynt med høgspesialiserte regionale funksjonar, men der det faglege innhaldet framstår som uklårt. Grunngevinga for at utvalet ikkje kan konkludere, og behovet for avklaring finn ein i tabellen nedanfor.

Funksjon	Grunngjeving
Multitraume	Er definert som regionfunksjon jf. rundskriv I-8/2000, men er ikkje konkretisert. Det vises til styrevedtak 64/02 og 28/05 vedrørande nevrokirurgi i høve til dette. Samstundes oppfordras fagmiljøa til å diskutere samarbeid og mogleg oppgåvefordeling
Barnemedisin (pediatri)	
Medfødte stoffskiftesjukdomar	Dette er ikkje eintydige tilstandar. Krev avgrensing og presisering frå fagmiljøa si side, spesielt om talet på pasientar (volum). Her må ein og drøfte fleirregional eller nasjonal samordning. Pediatere må samordne vurderingar og konklusjonar med aktuelle spesialistetar.
Barnenevro-ortopedi	
Kapillære hemangiom - laserbehandling	
Ryggmargsbrokk	
Craniofaciale misdanningar	
Ortopedi	
Skoliose og andre ryggdeformitetar hos barn	Her trengs ei fagleg presisering og informasjon om omfang og kompetanse.
Andre barneortopediske deformitetar og lidingar som krev omfattande rekonstruksjon	
Plastikkirurgi	
Avansert handkirurgi, inkl. bruk av autotransplantasjon og behov for senetransplantasjon hos ryggmargskaddde	Det er ikkje intuitivt innlysande kva avansert handkirurgi er. Det er behov for fagleg presisering og informasjon om omfang og kompetanse.
Urologi	
Behandling av stein i urinveiene med ESWL (ekstern sjokkbølgebehandling)	Helse Bergen har investert i dyrt utstyr (ESWL). Helse Førde og Helse Stavanger leiger inn ESWL-maskin ("buss") for sine pasientar. Det må avklarast om Helse Bergen har kapasitet og om det er formålstenleg å utnytte evt. kapasitet i Bergen.
Mikrobølgebehandling av prostatahypertrofi	Behov og indikasjonsstilling må diskuterast i fagmiljøa
Hjartemedisin	
PCI	Aktivitetsdata tyder enten på ulik kodepraksis eller ulik pasientsamansetning. I tillegg er det aukande aktivitet når det gjeld PCI i Helse Stavanger. Det synes og å vera behov for regional samordning av aktiviteten knytt til dyrt, implanterbart utstyr og å styrke arbeidet med regionale felles retningslinjer.
Implanterbare defibrillatorer og anna utstyr ("devices")	

Augesjukdomar	
Spesielle orbitale lidelser	Det er satt ned ei regional gruppe for å vurdere funksjonsfordeling innan augefaget. Utvalet avventar innstilling frå denne gruppa (ventast medio/ultimo 2005).
Ordinære viteortinal kirurgi	
Kreftkirurgi	
Kreft i lever (primær og metastaser)	Gjeld kreftsjukdomar med lavt volum (ca. 10-15 per år) i heile Helse Vest. God dokumentasjon for samanheng mellom volum og resultat. Helse Fonna, Helse Førde og Haraldsplass Diakonale Sykehus skal ikkje drive kirurgi for desse kreftsjukdomane. Dette er ei direkte oppfølging av RHF-styresak 30/05 B.
Kreft i bukspyttkjertel	
Radikale blærekreftoperasjonar og prostata-operasjonar	
Kreftsjukdom / hematologi	
Hodgins lymfom	Jf. RHF styresak 30/05 B
Indremedisinsk og kirurgisk fagområde; endokrinologi/endokrin kirurgi (med samordning med kreft)	
Nevroendokrine svulstar	Gjeld mellom anna: • Carcinoid syndrom (6-8 per år i regionen) • Feokromocytom (< 10 per år) • Paragangliom (1-2 per år) • Multiple endokrin neoplasi (svært sjeldan) • Binyrebarkcancer (ca. 1 per år) • Nevroendokrine svulstar med utgangpunkt i bukspyttkjertel og mage-tarm-kanalen (4-5 per år)
Kvinnesjukdomar (gynekologi og obstetikk)	
Sarcom i livmor	Må avklare om dette skal handsamast i sarkomteamet i Helse Bergen eller om det skal samlast som nasjonal funksjon
Fertilitetslaboratorium	Alle former for ”prøverøyrbehandling” innan gjeldande lovverk og nasjonale retningslinjer. Det foreligg ingen styrevedtak i Helse Vest RHF om regionfunksjon knytt til dette området. Aktivitet foregår både i Helse Fonna og Helse Bergen. Helse Fonna har det største senteret i regionen, og har gjennom mange år bygd opp kompetanse på området. Denne regionfunksjonen må vidareførast i Helse Fonna HF.

5.4 Regionale kompetansesenter

Helse Vest RHF har tidlegare vedteke følgjande regionale kompetansesentra. Det blir føreteke ei ekstern evaluering av sentra våren 2005 i tråd med tidlegare vedtekne kriterium for regionale kompetansesenter. Utvalet vil avventa evalueringa.

Funksjon	Helseforetak	Finansiering
Akuttmedisin (RAKOS)	Helse Stavanger	Finansiert via rammetilskudd
Lindrende behandling (kreft og andre sjukdomar)	Haraldsplass diakonale sykehus i samarbeid med Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Genterapi	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd Jf. kreftplanen
Arvelig kreft – Helse Bergen	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd Jf. kreftplanen
Klinisk forskning – Helse Bergen	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd Jf. kreftplanen
Regionalt kompetansesenter i sykehushygiene	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd

Utvalet har og drøfta kva rolle dei regionale kompetansesentra bør og skal ha, og kva formålet med kompetansesentra skal vere. Utvalet vil rå til at ein legg vekt på følgjande når nye kompetansesentra skal vurderast oppretta.

- Reine kompetansesentra skal som hovudprinsipp ikkje gjelde direkte pasientretta verksemd (dette er i tråd med Rundskriv I-19/2003 om nasjonale kompetansesentra). Kompetansesentra skal dermed ikkje erstatte faglege nettverk.
- Kompetansesentra kan opprettast på område som krev særleg merksemd og der behovet for regional samordning, FoU og standardisering er spesielt naudsynt.
- Kompetansesenter kan opprettast som ei strategisk satsing innan fagområde som enten er prioriterte eller treng styrking
- Formålet er å ivareta oppbygging og formidling av kompetanse
- Det regionale perspektivet og behovet er tydeleg

Utvalet er kjend med at fleire fagmiljø/helseføretak har kome med forslag til nye regionale kompetansesentra. Desse forslaga er ikkje realitetsdrøfta i Helse Vest RHF eller av utvalet. Utvalet vil derfor tilrå at slike forslag vert handsama slik det er omtale i pkt. 6.1.

5.5 Volum av høgspesialiserte regionale funksjonar

Utvalet hadde ein klar ambisjon om å kunne uttrykke omfanget av høgspesialiserte funksjonar og dei økonomiske konsekvensane av slik aktivitet uttrykt i DRG-termer.

Det finns i dag ikkje ei samla oversikt over aktiviteten. Grunnlaget for omfang- og volumvurderingane må finnast i dei pasientadministrative systema (PAS-systema). Her ligg det store begrensingar mellom anna knytt til

- Fleire av funksjonane er ikkje eintydig definerte med ICD-10 kodar og prosedyrekodar. DRG-gruppering er ikkje til hjelp.
- For ikkje-kirurgisk, men annan intervensjonsbehandling er kodepraksis usikker og varierende.
- Kodepraksis sjølv innanfor område som kan definerast relativt eintydig ser ut til å kunne variere mellom føretaka.
- Det er usikkerheit knytt til omgrepet hovudopphald/hovudopphald eller indeksbehandling for ikkje-kirurgisk behandling.
- Pga. manglande personeintydigheit kan ein ikkje følgje pasientar over år (frå eit år til eit anna), og heller ikkje mellom føretaka.

Med desse reservasjonane har utvalet ved hjelp frå Analysesenteret Lovisenberg freista å uttrykke omfanget av aktiviteten. Denne oversikta er lagt ved i vedlegg 6.

I følgje mandatet er det eit oppdrag knytt til kostnadsberekning av dei regionale funksjonane. Gitt dei begrensningane som ligg i dagens registrering av kostnader og inntekter har det ikkje vore mogleg innanfor den tidsramma utvalet har hatt å gjere slike berekningar. Dette er eit forhold som må spelast inn til styringsinformasjonsprosjektet slik at ein på sikt kan sikre seg meir tilgjengeleg informasjon på området.

Utvalet vil tilrå at ein må få innlemma aktivitetsdata knytt til høgspesialisert medisin i arbeidet med styringsdata i Helse Vest RHF.

6 Prinsipp for framtidig etablering og drift

6.1 *Prinsipp for nyetablering*

Helse Vest RHF står fritt til å etablere høgspesialiserte funksjonar innan regionen. Samstundes er ein forplikta til å samarbeide med dei andre regionale helseføretaka om funksjonar som er av ein slik karakter at det ikkje er hensiktsmessig å etablere slik verksemd i kvar region (rundskriv I-19/2003). Dette er og framheva i bestillardokumentet til Helse Vest for 2005, og betyr at ein i vurdering av høgspesialiserte funksjonar ikkje berre kan tenkje regionalt, men også må ta omsyn til eventuelt samarbeid med andre regionar.

Initiativ til å opprette høgspesialiserte regionale funksjonar vil komme frå fagmiljø på klinikkar og avdelingar i helseføretaka. Utvalet er samla om at berre helseføretaket kan søke om å få etablere/opprette høgspesialiserte funksjonar. Helse Vest RHF må og ha ei aktiv rolle, og ta initiativ overfor helseføretaka i regionen samt overfor andre regionar i dei tilfella der pasientvolumet er svært lite, kompetansen ikkje er til stades eller er så mangelfull at investeringar bør gjerast på fleirregionalt eller nasjonalt nivå.

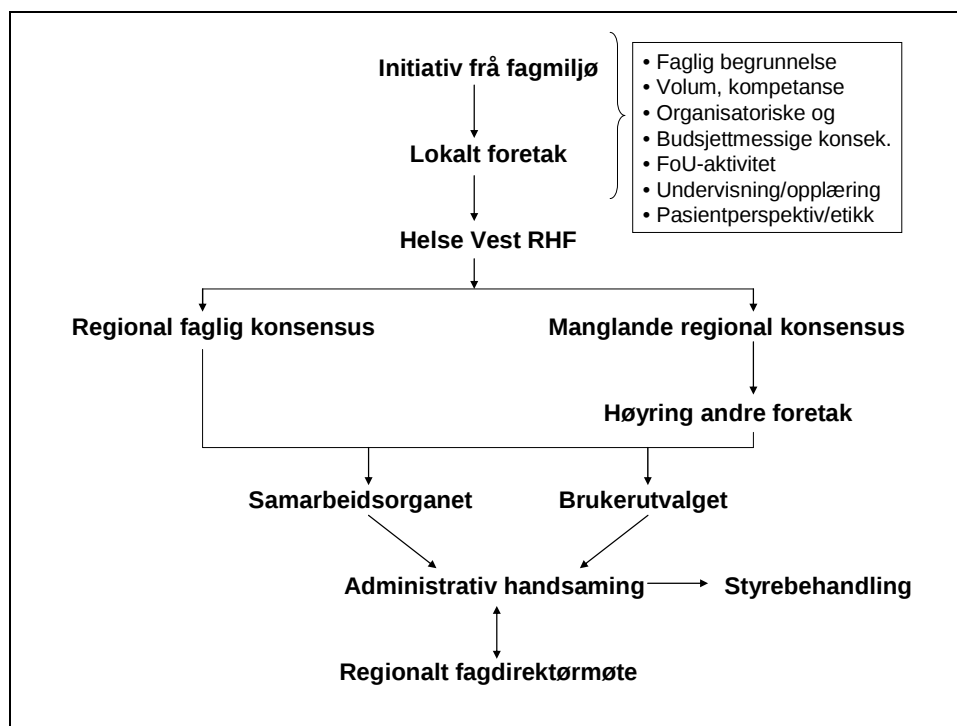
Det må etablerast klare sakshandsamingsrutinar for etablering av nye funksjonar som beskriv søke- og godkjenningsprosess.

Ein søknad om å få opprette ein høgspesialisert funksjon må bygge på dei vedtekne hovudkriterium (volum, kompetanse, ressursar). Søknaden må innehalde opplysningar om kunnskapsgrunnlaget, dvs. effekten av tiltaket/tiltaka som skal settast i verk. I tillegg må søknaden innehalde opplysningar om økonomiske forhold (driftskostnader, investeringsanalyser ved kostnadskrevjande utstyr), konsekvensar og behov for utdanning og opplæring og for undervisning. Pasientperspektivet og etikk må drøftast der det er naudsynt. Søknaden må og innehalde opplysningar om alternative kostnader (alternative måtar å handsame pasientane på), og konsekvensar dersom ein vel å sende pasienten til andre regionar eller ut av landet. Søknaden skal være eit godt grunnlag for eit vedtak.

Søknad må godkjennast av det lokale føretaket og sjåast i høve til budsjettprosessane i føretaket. Søknaden skal sendast til Helse Vest RHF som skal sørge for ein regional forankring. Både samarbeidsorganet og brukarutvalet bør involverast i behandlingsprosessen. Det er styret i Helse Vest RHF som fattar endeleg vedtak med bakgrunn i dei kriterium som er lagt til grunn for høgspesialiserte regionale funksjonar i Helse Vest.

Figur 1 gir ein oversikt over prosjektgruppas forslag til sakshandsamingsrutinar i Helse Vest.

Figur 1 – Sakshandsamingsrutinar ved oppretting av nye funksjonar



Utvalet vil legge til grunn at søknader om nye funksjonar vil vere enklare å ta stilling til dersom forslaget byggjer på konsensus i relevante fagmiljø i regionen.

6.2 Prinsipp for drift

Føretak som er tildelt regionale tenester eller som blir tildelt ei regional teneste vert også tillagt eit ansvar for å etablere og drive aktive faglege nettverk slik at ikkje berre tidlegare omtalt hovudopphald/hovudopphald vert ivarettatt, men at ein også legg til rette for den delen av pasientforløpet som skal foregå i andre helseføretak. Dette inneber og at det må jobbast aktivt med utvikling av retningslinjer der det er behov for det. Monitorering av aktivitet gjennom kliniske register og kvalitetsregister er ein viktig funksjon.

For mange av funksjonane vil pasientgrunnlaget i regionen være begrensa. Parallelt som ein handterer spørsmål om nye funksjonar må ein heile tida følgje opp aktiviteten knytt til dei eksisterande funksjonane. I tillegg til årleg rapportering bør tenestene regelmessig evaluerast i forhold til dei kriterium som ligg til grunn (sjå og pkt. 6.3 om rapportering), for eksempel kvart 3-5 år. Føretaka som har fått tildelt ei regionsfunksjon må sikre at ein har kapasitet og ressursar til dekke å behovet for funksjonen.

Helseføretaket må vidare sørge for at det blir etablert eit fagmiljø som gjer at funksjonen er robust og ikkje personavhengig.

Utvalet vil og peike på at pasientar som fell inn under omgrepet høgspesialisert funksjon vil falle i den prioriteringsgruppa som har "rett til nødvendig helsehjelp". Det må derfor vere eit særskilt ansvar for føretak som har slike funksjonar å sikre medisinsk forsvarlege ventetider. Fristbrot kan ikkje akseptrast.

6.3 *Årleg rapportering*

Utvalet vil legge til grunn at tildeling av funksjonar ikkje vil innebære at funksjonen er tildelt og at verksemda vert skjerma ein gong for alle. Det må innførast årlege rapporteringsrutinar og miljø som tydeleg ikkje oppfyller dei pliktene ein har teke på seg, må få sleppe eit slikt ansvar (sjå pkt. 6.2).

Årleg rapportering må være av eit slikt format at det er mogleg for eigar å sikre at funksjonen vert driven i tråd med intensjonane og at kapasiteten i størst mogleg grad er tilpassa behovet. Dette kan og være grunnlag for avvikling av funksjonar med bakgrunn i til dømes den medisinske utviklinga.

Utvalet vil tilrå at Helse Vest RHF utarbeider eit rapporteringsformat som kan brukast. Rapporteringsformatet som er brukt for rapportering av nasjonale oppgåver kan vere ein god modell. Utvalet vil foreslå at årleg rapportering vert styrebehandla i Helse Vest RHF.

Dei årlege rapportane bør underskrivast av medlemmene i dei fagnettverka som vert etablerte.

7 Andre vurderingar

7.1 *Vurdering av nye regionfunksjonar og heimhenting av funksjonar*

Utvalet har i mandatet fått i oppgåve å vurdere dei eksisterande regionale høgspesialiserte tenestene. Dette er det svart på ved dei forslaga som er lagt fram i pkt. 5. Som det går fram har ikkje utvalet kome med forslag til nye regionale funksjonar sjølv om den faglege klargjeringa under pkt. 5.2 kan gi inntrykk av det motsette. Utvalet vil vidare tilrå at fagmiljøa og føretaka vert gjort kjent med forslaget til sakshandsaming av nye forslag som går fram av pkt. 6.1. Helse Vest må og kunne fremje slike forslag ut frå ei heilskapleg vurdering og basert på drøftingar, til dømes i RHF-enes fagdirektørmøter og i fagdirektørmøte i Helse Vest.

Brukarutvalet i Helse Vest må og gjennom ordinær sakshandtering kunne fremje synspunkt og forslag.

Utvalet har og sett på om det er mogleg å hente attende til føretaka i regionen høgspesialiserte funksjonar som i dag vert skjøtta av andre føretak i andre regionar. Det er ikkje utført noko gjennomgripanda vurdering av dette punktet. Rapporten frå det tidligare fagrådet (Nasjonal organsering av høyspesialiserte tjenester - 2003) kan gje eit grunnlag for slike diskusjonar. Den nasjonale koordinerande rolla som erstattar fagrådet er i utforming men har ennå ikkje funne sin plass. Utvalet meiner derfor at ny forslag ikkje bør fremjast før nasjonale retningslinjer og organisering er på plass.

Utvalet er vidare av den oppfatning at forslag til å etablere fleire landsfunksjonar i regionen bør byggje på regional konsensus. Dei same mekanismene som er foreslått i høve til etablering av regionale funksjonar bør nyttast. I tillegg må ein ta omsyn til nasjonale føringar og realitetar. Gruppa har ikkje grunnlag for på eiga hand å kome med forslag til å etablere fleire landsfunksjonar. Fagmiljøa må involverast i ein slik prosess, jf. retningslinjene for etablering av nye funksjonar.

7.2 Særskilde behov

Utvalet har vurdert om det finnes fagområde som det bør rettast særleg merksemd mot ut i frå behov og prioriteringsomsyn. I tråd med dei føringar som er gitt i bestillardokumentet til Helse Vest RHF for 2005 er utvalet av den oppfatning at psykisk helsevern og tverrfagleg (helse- og sosialfagleg) spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk er to område som bør få eit spesielt fokus i tida framover også i høve til høgspesialiserte tenester.

I samband med at Helse Vest frå og med 2004 fekk ansvar for tverrfagleg behandling for rusmiddelmisbruk blei det hausten 2004 satt ned ei plangruppe med deltakarar frå helseføretaka og dei private institusjonane som skal utarbeide ein regional plan. Planen blir behandla i styret i Helse Vest juni 2005. Dette utvalet vil tilrå at eventuelle forslag til høgspesialiserte funksjonar eller kompetansesenter som kjem frå dette arbeidet blir behandla i tråd med forslag i pkt. 6.

Det er i dag to kompetansesenter i regionen innan rusfeltet som er direkte underlagt Sosial og helsedirektoratet (SH-dir). Dette gjeld kompetansesenteret ved Bergensklinikkene, og kompetansesenteret ved Rogaland A-senter. Begge desse to får direkte tilskot frå SH-dir og forhold seg direkte til SH-dir. Utvalet sluttar seg til innspel som er gitt felles frå dei regionale helseføretaka om at desse to og øvrige kompetansesenter i landet bør bli overført til RHF nivå.

Med bakgrunn i regional opptrappingsplan for psykisk helse blei det satt ned ei arbeidsgruppe for å sjå på vesentlege områder for kompetanseutvikling i regionen innan vaksenpsykiatri. Utvalet er kjent med at arbeidsgruppa vil legge fram forslag til regionale funksjonar og kompetansesenter og vil tilrå at og desse forslaga blir behandla i tråd med pkt. 6. Ettersom denne gruppa berre skal vurdere kompetanseområde vaksenpsykiatri vil utvalet peike på skiljet mellom vaksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri og oppfordre til at også dette feltet blir satt fokus på gjennom til dømes samordningsarbeid i høve til behandlingsretningslinjer.

8 Alternative finansieringsformer (avgrensa til regionale funksjonar)

8.1 Innleiande merknader

I arbeidet med ein finansieringsmodell er det viktig å skilje mellom det som vert kalla kostnadskrevjande medisin og det som vert kalla regionfunksjonar. I mange tilfeller vil regionfunksjonar vera såkalla kostnadskrevjande medisin. Det er likevel ikkje slik at all kostnadskrevjande medisin kjem inn under definisjonen for høgspesialiserte regionfunksjonar.

Det er i mange samanhengar hevda at kostnadskrevjande medisin er underfinansiert. Gruppa har ikkje tatt stilling til slike påstandar. Dersom dette er ein realitet er dette i så fall problemstillingar som heller må løysast på nasjonalt plan t.d. gjennom ISF-finansieringa.

Gjennomgangen av alternative finansieringsformer er difor i det følgjande knytt til dei funksjonane som er definert som høgspesialiserte regionfunksjonar.

Oppdraget i høve til mandatet er å vurdere alternative finansieringsformer for dei høgspesialiserte tenestene i regionen. I kapitlet blir det gitt ein oversikt over alternative finansieringsmodellar samt ei vurdering og anbefaling i høve til kva løysing utvalet vurderer som best i dette spørsmålet.

8.2 Dagens finansiering

Om lag 95 % av midlane frå Helse Vest blir fordelt til helseføretaka innanfor inntektsmodellen som er omtala under pkt. 8.3.1. Dei resterande 5 % er særskilte tilskot som blir fordelt etter andre kriterium. Av dette er det ein del tilskot som går til høgspesialiserte funksjonar.

1) Helse Vest mottar frå staten eit tilskot som skal gå til forskning, undervisning og nasjonale kompetansesentra. I 2005 var beløpet totalt på kr 232,1 mill. Fordelinga av midlar til nasjonale kompetansesentra¹ er basert på historikk og utgjorde 11,1 % av det totale tilskotet på kr 232,1 mill.

2) Det vart i 2004 sett av kr 4 mill til finansiering av nasjonale kompetansesentra som tidlegare ikkje har vore statleg finansierte. Midlane er tatt av den ordinære basisramma til Helse Vest RHF og er vidareført i 2005 med prisjustering. Dette gjeld Nasjonalt kompetansesenter for funksjonell magnetisk resonansavbilding (fMRI), Nasjonalt kompetansesenter for leddprotesar, Nasjonalt kompetansesenter for søvnsjukdommar, Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, Nasjonalt kompetansesenter for vestibulære sykdommer og Nasjonalt kompetansesenter for gastroenterologisk ultrasonografi.

3) I tillegg gir Helse Vest midlar til to regionale kompetansesentra; Regional Akuttmedisinsk Kompetansesenter og Kompetansesenter for Sykehushygiene. Til saman får desse to kompetansesentra kr 3,8 mill i tilskot. Dette er midlar som blir tatt frå basisramma til Helse Vest og som ikkje er direkte løyva i statsbudsjettet.

4) Via kreftplanmidlar blir det gitt tilskot til tre regionale kompetansesentra; Kompetansesenter for arvelig kreft, kompetansesenter for lindrande behandling og kompetansesenter for genterapi. Totalt blir det via kreftplanen løyva kr 18,8 mill i 2005 til regionale kompetansesentra.

5) Tilskotet som før heitte regionsjukehusstilskot var fram til og med 2003 øyremarka i statsbudsjettet og gjekk til regionsjukehusa. Frå og med 2004 vart midlane til regionsjukehusstilskot lagt inn i basisramma til RHF^a, og er difor ikkje lenger identifiserbare. Helse Vest har lagt desse midlane inn i inntektsmodellen (sjå punkt 8.3.1) og gitt dei merkelappen ”tilskot til høgspesialiserte funksjonar”.

6) Hovudtyngda av dei høgspesialiserte tenestene som involverer pasientbehandling (dvs. ein regional funksjon) gir rett til refusjon via ordninga med innsatsstyrd finansiering. DRG-systemet er basert på gjennomsnittskostnaden innan ulike diagnosegrupper. I tillegg blir dei såkalla kostnadsytterfalla sortert ut ved berekning av gjennomsnittskostnaden. Avskrivingskostnader ligg ikkje inne ved berekninga av gjennomsnittskostnaden.

På bakgrunn av dette er det difor ting som tyder på at enkelte av DRG’ane som fell inn under definisjonen regionfunksjonar er underfinansierte. Talgrunnlaget som har framkome i analysane til Analysesenteret Louvisenberg er likevel for spinkelt til at vi kan seie noko konkret om kor mykje dette dreier seg om. Det er likevel logisk at det er slik i og med at DRG-systemet er eit system som seier noko om gjennomsnittskostnaden innan ulike diagnosegrupper. Dei pasientane som ligg inn under gruppa regionfunksjonar vil typisk vere i den tunge delen av DRG’en og kan difor verte underfinansiert. Det kan difor vera tilfeller der det er behov for ei tilleggsfinansiering utover DRG-refusjonen.

¹ Nefropatologi, Kommunikasjonsberedskap, Tropemedisin, MS inkl. register, Porfyrissykdom, Hjemmerespirator, og Fengsel, sikkerhet, rettspsykiatri

7) For ein del av dei høgspesialiserte tenestene som fell inn under omgrepet høgkostmedisin er i tillegg ei refusjonsordning for implantater. Dette gjeld m.a. cochleaimplantat, parkinsonstimulator og ICD hjertestartar.

8.3 Ulike budsjettmodellar for finansiering av regionfunksjonar

8.3.1 Modell 1: Dagens fordelingsmodell

Den budsjettmodellen som vert nytta i Helse Vest i dag er i hovudsak bygd på objektive kriterium. Midlane som blir fordelt etter modellen utgjer 95 % av ramma som blir fordelt til HF'a. Elementa i modellen er som følgjer:

	% av ramme fordelt etter modell
ISF-finansiering (60 % av DRG-pris)	38,4%
Basistilskot somatikk (basert på objektive kriterium)	26,5 %
Basistilskot psykiatri (basert på objektive kriterium)	19 %
Høgspesialiserte funksjonar	5,9 %
Skjønnstilskot	2,7 %
Tilskot til avskriving	7,5 %
Sum	100 %
I tillegg blir 1,2 % av totalramma omfordelt mellom HF som korreksjon for pasientstraum (40 % av DRG-pris)	

Av den totale ramma som vert fordelt etter inntektsmodellen utgjer tilskot til høgspesialiserte funksjonar 5,9 %. Tilskotet byggjer i stor grad på det som før heitte regionsjukehusstilskot og som var øymerka frå staten. Frå og med 2004 var dette lagt inn i basisramma til RHF'a, og i all hovudsak gitt til Helse Bergen HF som er regionsjukehuset i Helse Vest.

I tillegg blir mykje av dagens regionfunksjonar finansiert gjennom ISF-systemet og basisfinansieringa. Dersom ISF-finansieringa dekker 60 % av DRG-prisen ligg dei resterande 40 % i basisfinansieringa. Regionfunksjonar som genererer DRG-poeng er dermed sikra finansiering gjennom fleire element i inntektsmodellen.

I tillegg er det lagt opp til ein korreksjon for interne pasientstraumar innan regionen. Mykje av straumen består av regionspasientar frå Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde til Helse Bergen. For inntektsfordelinga i 2005 er det lagt inn ein korreksjon for interne pasientstraumar som korrigerer for 40 % av DRG-prisen. Saman med den ordinære DRG-finansieringa medfører dette at pasientar som kjem frå eit anna HF sitt nedslagsfelt vert finansiert med 100 % av DRG prisen. I praksis betyr dette at regionsjukehuspasientar som kjem utanfrå HFet sitt eige nedslagsfelt er 100 % finansiert. Dersom vi ser på netttotala er det kun Helse Bergen som har ein netto straum inn medan dei tre andre HF'a har netto straum ut av sitt HF.

Ut over dette får helseføretaka betalt for dei høgspesialiserte regionale tenestene gjennom særskilt finansiering som omtala under pkt. 8.1.

Skjønnstilskotet som er med i modellen er i praksis eit justeringstilskot som er med for å sikre at det ikkje blir dramatiske omfordelingseffektar mellom helseføretaka.

8.3.2 Modell 2: Rein objektiv modell

Helse Øst oppnemnte i 2003 eit utval som i samarbeid med professor Terje P. Hagen har utarbeidd ein modell for Helse Øst som skal brukast til intern fordeling av budsjettmidlar. Arbeidet har vore inndelt i to fasar. Den første fasen har vore ein analytisk fase der ein har lagt vekt på å forklare kostnadsforskjellar mellom helseføretaka. Utvalet har i tillegg avgrensa arbeidet til å gjelde DRG-finansierte aktivitet og psykiatri.

Den delen av modellen som fordeler midlar til somatikk er bygd opp rundt tre komponentar: ein behovskomponent, ein kostnadskomponent og ein aktivitetskomponent. Sett i vår samanheng er det kostnadskomponenten som er den mest interessante. Hypotesen bak dette elementet i modellen er at sjukehusa i utgangspunktet ikkje har like føresetnader for å drive pasientbehandling sjølv etter korrigering for variasjonar i pasienttyngde. Det er ulike forhold som påverkar dette; m.a. variasjonar i undervisningsbelastning, forskingsaktivitet og ulike funksjonar. Etter ei nærare analyse står utvalet att med tre faktorar som påverkar kostnadene positivt: Liggetider utover normalen (langtidsliggedagar), forskingsproduksjon og undervisning av turnuskandidatar og assistentlegar.

Utvalet i Helse Øst har òg sett på kor stor del av den DRG-baserte aktiviteten kostnadskomponenten i modellen skal utgjere. Basert på tal frå internasjonale studiar og anslag utvalet har gjort vil den såkalla kostnadskomponenten utgjere om lag 13,2 % av utgiftene til DRG-basert aktivitet inkl. forskning og undervisning.

Pr. i dag er dette den mest oppdaterte objektive modellen som er laga her i landet for fordeling av midlar ned på helseføretaksnivå. Det pågår no eit arbeid i Helse Vest der ein tar utgangspunkt i Helse Øst sin inntektsmodell og der målet er å lage ein modell som er tilpassa Helse Vest.

8.3.3 Modell 3: Rein objektiv modell med synleggjering av regionsjukehuset

Ein tredje modell som har vore drøfta er ein objektiv modell, men med eit regionsjukehusstilskot som ligg utanfor modellen. Dette tilskotet går berre til regionsjukehuset. Dette inneber at dei andre sjukehusa vil måtte dekkja kostnadene sine gjennom ISF- og basistilskot uansett om dei utfører høgspesialiserte funksjonar/regionfunksjonar.

8.3.4 Modell 4: Objektiv fordeling med differensiert DRG pris til HF

Eit fjerde alternativ er å leggje opp til eit system der DRG-prisen er ulik frå HF til HF. Implisitt i dette ligg det at eit regionsjukehus vil måtte få ein høgare DRG-pris for produksjonen sin. Denne ordninga vert praktisert overfor sjukehusa i Stockholm. I Sverige er det ikkje nokon etablert nasjonal DRG-pris. Det er difor opp til kvart fylke korleis dei vil nytte DRG-prisen i finansieringa. I Stockholm er dei komne langt i arbeidet med KPP (kostnad pr. pasient). Arbeidet som er gjort opp mot KPP legg grunnlaget for berekninga av den føretaksspesifikke DRG-prisen.

Det første året etter reformen var òg Helse Vest sin finansieringsmodell bygd på ulik DRG-pris til dei fire helseføretaka. I tillegg kunne kvart helseføretak forhandle seg til ulik DRG-prosent på basisbestillinga. Basisramma vart ein rein salderingspost. Det låg imidlertid ikkje nokon KPP modell eller tilsvarende til grunn for berekninga av DRG-prisane. I praksis var dette fordeling etter historikk.

8.4 Drøfting og vurdering av dei ulike modellane

Før ein har eit meir eksakt bilete av kva som er kostnadene knytt til det som er regionfunksjonar, er det vanskeleg å seie noko endeleg om kva som er den beste modellen og kva modell som treff best i høve til kva som er dei reelle kostnadene. Eit svar på kva som er kostnadsnivået kan ein få gjennom konkrete kartleggingar av kostnader og inntekter ved dei funksjonane som no er peika ut som regionfunksjonar eller gjennom KPP berekningar. Dette vil vera omfattande og tidkrevjande analyser og medfører arbeid som har ein heilt annan tidshorisont (år) enn den tida utvalet har hatt til disposisjon.

I dagens modell (modell 1) er det elementet som heiter tilskot til høgspesialiserte funksjonar som er blitt mest kritisert. Dette med bakgrunn i at det er vanskeleg å forstå og at det ikkje ligg konkrete berekningar bak. Kritikken er òg retta mot at det er Helse Bergen som i all hovudsak mottar tilskotet sjølv om det også ligg regionfunksjonar ved dei andre helseføretaka.

Modell 3 som er ein modell med eit regionsjukehusstilskot der heile tilskotet går til regionsjukehuset vil på mange måtar vere eit skritt tilbake i høve til den utviklinga ein har hatt i fordelinga av midlar til helseføretaka. Val av ein slik modell ville òg vere problematisk i høve til at ein ikkje har gode nok kostnadsestimat å legge til grunn for ei eventuell berekning av eit regionsjukehusstilskot.

Modell 4 er i utgangspunktet etter utvalet sitt syn ein god modell som opnar for at helseføretaka får kompensert for ulikskapar i kostnadsstruktur. Den store ulempa som gjer at denne modellen i alle fall i denne omgang ikkje er aktuell, er mangelen på robuste og gode data. Utvalet meiner det er urealistisk å ta i bruk denne modellen nå, då det vil krevja til dels store ressursar å få på plass eit KPP system som set oss i stand til å berekne individuelle DRG-prisar. Som ein peikepinn på tidsbruken kan det nemnast at ein i Stockholm har brukt 10 år for å etablere dette.

Modell 2 (objektiv modell) er den finansieringsmodellen som står fram som den mest aktuelle løysinga på finansieringsutfordringa. Ein objektiv modell verkar mest rettferdig og vil kunna dempa mykje av kritikken som er reist mot dagens modell. Ein objektiv modell vil òg forenkle mykje av bildet i høve til finansiering ved oppretting av nye funksjonar og ved avvikling av funksjonar. Dersom midlane vert fordelt etter objektive kriterium som heng saman med kostnadsbehovet ved å drifta regionfunksjonar vil dette finansieringss spørsmålet verta løyst gjennom mekanismar i modellen.

Bruk av ein objektiv modell som den som er utarbeidd for Helse Øst vil opna for at alle helseføretaka i regionen kan få kompensert for kostnader til forskning, utdanning og langtidsliggjarar utan at dei nødvendigvis har blitt tildelt regionfunksjonar. Dette vil gjera det vanskelegare å kompensera helseføretaka direkte for regionfunksjonar. På den andre sida er det pr. i dag ikkje tilgjengeleg kostnadsinformasjon om regionsfunksjonane slik at det er mogleg å kostnadsberekna desse. I ein slik situasjon framstår difor modelltankegangen som det beste alternativet til finansieringsmodell.

Utvalet vil likevel påpeike at det må gjerast grundige konsekvensutgreiingar før ein slik modell blir tatt i bruk. Utvalet kan heller ikkje støtte ein slik modell dersom den medfører at konklusjonane ein har tatt i rapporten i høve til dei høgspesialiserte funksjonane ikkje vert understøtta.

Med atterhald om at konsekvensane ikkje er fullt utreda vurderer utvalet det som truleg at finansiering av dei pasientretta høgspesialiserte regionale funksjonane kan verta dekkja gjennom ein objektiv modell.

Når det gjeld kompetansesentra er bildet litt meir uklart. Utvalet vil difor tilrå at ein vurderer om det kan vere behov for å ha øymerka tilskot på sida av den objektive modellen slik at ein kan ha eit visst spelerom i høve til å allokere ressursar til område ein ønskjer satsing på. Det eksisterer likevel ikkje friske midlar til dette formålet og ei slik finansiering må i så fall tas frå basisramma. Øymerka tilskot til kompetansesentra vil dermed innebere ei intern omfordeling av gjevne rammer til det regionale helseføretaket.

Det er vanskeleg å sjå spørsmålet om finansiering av høgspesialiserte funksjonar isolert ifrå den totale finansieringsmodellen som skal gjelda for budsjettåret 2006. Styret i Helse Vest har bedt om ein brei gjennomgang av modellen slik han ligg i dag og det er naturleg at det i den nye (eller reviderte modellen) må bli tatt høgde for dei høgspesialiserte regionale tenestene. Prosjektet vil starta arbeidet med utgangspunkt i modellen som er laga for Helse Øst. Denne modellen må først tilpassast til Helse Vest før ein kan begynne med konsekvensberekningar. Med dei atterhald som tidlegare er nemnt støttar utvalet den retninga dette prosjektet har starta på og anbefalar at ein i modellen som skal utviklast tar inn kriterium som understøtter finansiering av dei høgspesialiserte regionale tenestene.

8.5 Mangel på etterfølging av vedtak – skal ein gripa inn?

Sett at ein hadde gjort vedtak om ei fordeling av høgspesialiserte funksjonar på dei ulike helseføretaka i vår region. Sett og at ein hadde klart å utvikla ein finansieringsmodell basert på objektive kriterium og eit rapporteringssystem i tråd med modellen.

Kva om rapporteringa viser at eit eller fleire av helseføretaka ikkje oppfører seg i samsvar med vedtak? Skal ein då gripa inn?

I styremøte den 15.03.05 behandla styret den regionale kreftplanen, Sak 30/05B. Pkt. 2 i vedtaket lyder slik:

”2. Helseføretak som måtte utføra diagnostikk, behandling eller andre aktivitetar i strid med planen vil ikkje få kostnadsdekning for dette. Styret ber administrasjonen kome attende med ein nærare gjennomgang av korleis dette kan gjennomførast.”

Så vidt utvalet kjenner til er dette fyrste gongen styret har gjort eit vedtak som så tydeleg seier at ein vil gripa inn med økonomiske sanksjonar dersom helseføretaka ikkje følgjer spelereglane.

Generelt må det vera slik at dersom ein skal gripa inn, må ein kunna dokumentera mangel på etterfølging av vedtak. På førehand må det etablerast kjende og aksepterte spelereglar og eit rapporteringssystem. Det må og vera sett grenseverdiar for kor store avvika kan vera før ein skal gripa inn og sjå nærare på tilhøva. Ressursane som skal brukast på å kontrollere dette må vurderast opp mot risiko for brot på vedtaka og konsekvensane. Sjølv om det innanfor høgspesialiserte regionfunksjonar er tale om eit lite pasientomfang, kan regionsfunksjonen vera sårbar i høve til pasientvolum. Dette er det svært viktig å ha med i vurderinga.

Dersom ein ser eit tydelig mønster i tilvisingspraksis som avvik frå det ein ynskjer, bør det koma ein form for reaksjon.

8.5.1 Ulike former for inngrep

Formålet med å gripa inn må vera å sikre at regionsfunksjonane blir ivaretatt på best mogleg måte og at dette igjen sikrar best mogleg kvalitet på pasientbehandlinga. Samstundes vil ein måtte vega dette opp mot omsynet til pasienten sin rett til fritt sjukehusval. Det er likevel viktig å understreka at retten til fritt sjukehusval er ein pasientrett og ikkje legen sin rett til å velja behandlingsstad for pasienten.

Årsaka til mangel på etterfølging av vedtak er ukjend eller utydeleg

Dersom det er behandlar som ikkje tek i mot pasientar slik det er vedteke, kan ein gripa inn ved å ta i frå behandlar denne funksjonen og dei tilhøyrande økonomiske midlane. På kort sikt er det grunn til å tru at vedkommande helseføretak vil tapa renommé. I ein seinare konkurranse om midlar og nye funksjonar kan dette spela ei viktig rolle.

Dersom det er tilvisar som ikkje sender pasientar til eigen region, men heller ut av regionen, kan ein la vedkommande helseføretak sjølv betala gjestepasientrekninga. I så fall vil det vera riktig å la dei betala nettoen mellom gjestepasientrekninga og ISF-refusjonen. Det får vera opp til helseføretaket om dei vil belasta rekninga på avdelings- eller seksjonsnivå. I dette tilfellet kan det vera vanskeleg å fanga opp om pasientane som blir behandla utanfor regionen kjem inn under ordninga med fritt sjukehusval.

Årsaka til mangel på etterfølging av vedtak er kjend

Det er mogleg å tenke seg fleire årsaker til at tilvising og behandling ikkje går som planlagt. Dette er ikkje meint som ei uttømmende liste, men eksempel på årsaker.

Ei årsak er at behandlar seier at ein ikkje har tilstrekkeleg kapasitet til å ta i mot pasientar. I det tilfellet kan ein til dømes påleggja behandlar å utvida kapasiteten, eller ein kan avgjera at funksjonen skal delast og byggjast opp ein stad til i regionen. Dersom kapasitet vert oppgitt som årsak, er det interessant å undersøkje om dette òg går utover eige opptaksområde. Sender dei sjølve pasientar ut av regionen? Når eit føretak har ein regionsfunksjon, er heile regionen opptaksområde. Ved for låg kapasitet må ein sikra seg at ikkje føretaket sitt primære opptaksområde vert favorisert. Ein har dei same utfordringane når eit føretak har ein landsfunksjon.

Den andre årsaka kan vera at tilvisande helseføretak ikkje er nøgd med det føretaket som har funksjonen. Det kan skuldast dårlege tilbakemeldingar frå pasientar eller opplevingar som helsepersonell har hatt. For å kunne gripa inn her, er det viktig at ein har god dokumentasjon.

Til slutt kan ein ha tilfelle der eit helseføretak sjølv beheld og behandlar pasientar dei skulle ha sendt til eit anna helseføretak. Det vil vera uheldig om eit helseføretak vel å byggja opp eigen kapasitet innanfor ein funksjon som det er bestemt skal liggja ein annan stad i regionen. Særleg handlar dette om at det helseføretaket som har fått eit hovudansvar for funksjonen skal få eit stort nok pasientvolum til å oppretthalda best mogleg kvalitet på behandlinga. Eigar kan i dette tilfellet velja ein økonomisk reaksjon mot det føretaket som bryt spelereglane, jfr. styret sitt vedtak i sak 30/05 B, pkt 2.

8.5.2 Mangel på oppfølging av vedtak - oppsummering

For å sikre pasientane høg kvalitet på helsetenestene og best mogleg ressursutnytting, er det viktig med gode faglige samarbeidsnettverk på tvers av helseføretaka. Ein treng og heilt klart gode styringsdata både innanfor kvalitet, aktivitet og økonomi. Dersom ein klarer å oppnå ein god kultur med faglege nettverk der samarbeid og gode styringsdata står i fokus, trur utvalet at det i

liten grad vil vera behov for at eigar må gripa inn slik det er skissert ovanfor sjølv om styret i Helse Vest har åpna for dette (jf. styresak 30/04 Regional kreftplan).

Vedlegg 1

Nasjonale kompetansesenter

Funksjon	Helseforetak	Finansiering
Helsetjenestens kommunikasjonsberedskap	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Hjemmerespiratorbehandling	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Hyperbar medisin	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Multipel sklerose	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Nefropatologi	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Porfyrisykdommer	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Tropesykdommer (sammen med Ullevål sykehus)	Helse Bergen	Finansiert via rammetilskudd
Vestibulære sykdommer	Helse Bergen	Finansiert av Helse Vest RHF (øyremerka trekt frå ramme)
Gastroenterologisk ultrasonografi	Helse Bergen	Finansiert av Helse Vest RHF (øyremerka trekt frå ramme)
Nasjonalt kompetansesenter i funksjonell magnetisk resonans avbildning (fMRI)	Helse Bergen i samarbeid med St.Olavs Hospital	Godkjent 24.09.02. Finansiert av Helse Vest RHF (øyremerka trekt frå ramme)
Nasjonalt kompetansesenter for leddproteser	Helse Bergen	Godkjent 08.11.02. Finansiert av Helse Vest RHF (øyremerka trekt frå ramme)
Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer	Helse Bergen	Godkjent 21.11.02. Finansiert av Helse Vest RHF (øyremerka trekt frå ramme)
Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser	Helse Stavanger	Godkjent 17.12.02. Finansiert av Helse Vest RHF (øyremerka trekt frå ramme)

Vedlegg 2

Rundskriv I-19/2003

Om høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra

Til: Regionale helseforetak

Vår ref.: 03/0347 HTA 2 HMR

Dato: 19.12.2003

Med bakgrunn i endringer i organisering av spesialisthelsetjenesten, jf. Ot. prp. nr 66 (2000-2001) og Innst. O. nr. 118 og forslag til endringer i finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten, jf. St. meld. nr. 5(2003-2004) *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten* og Innst. S. nr. 82 (2003-2004), ser Helsedepartementet behov for å informere om status for landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten. Rundskrivet erstatter tidligere rundskriv I-36/99 og rundskriv I-8/2000.

I det følgende defineres landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra og det gis en oppdatert status i forhold til styring, rapportering og finansiering av disse funksjonene. For ytterligere informasjon vises det til omtale i hhv kap. 6 og kap. 8 i St. meld. nr. 5 (2003-2004) (særsilt kapittel 6 og kapittel 8) og Stortingets behandling av denne, jf Innst. S. nr. 82 (2003-2004).

1. Fastsetting av funksjoner

De regionale helseforetak skal søke Helsedepartementet om oppretting eller endring av landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra. Sosial- og helsedirektoratet er faglig rådgiver for Helsedepartementet. Sosial- og helsedirektoratets rådgivende funksjon innebærer å foreta faglige vurderinger av søknader om oppretting eller forslag om avvikling av landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra, samt å vurdere behov for opprettelse av nye funksjoner. Helsedepartementet fatter vedtak om etablering (eller evt. avvikling) av landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra og ved hvilke regionale helseforetak disse skal være lokalisert, jf *Forskrift om godkjenning av sykehus og om lands- og flerregionale funksjoner ved sykehus* som trådte i kraft 01.01.2002. Forskriften er hjemlet i lov av 2. juli 1999 nr. 61 Om spesialisthelsetjenesten m.m. §2-1a og §2-3 nr. 1. Hensikten er å sikre god ressursutnyttelse, høy kvalitet på behandlingstilbudet bl.a. ved å sikre et tilstrekkelig pasientgrunnlag og en rimelig geografisk fordeling av landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra.

Departementet vil ikke lenger regulere opprettelse eller avvikling av flerregionale funksjoner. De regionale helseforetak forutsettes å inngå et samarbeid om lokalisering av funksjoner som det ikke er rasjonelt å etablere i alle regioner, samt å etablere nødvendige avtaler om kostnadsdeling eller kjøp av tjenester. Staten vil fremdeles kunne pålegge de regionale helseforetak å opprette eller avvikle flerregionale funksjoner.

2. Oversikt over funksjoner

En oppdatert oversikt over godkjente landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra, samt godkjente flerregionale funksjoner finnes på <http://www.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv>. Helsedepartementet vil kontinuerlig oppdatere rundskrivet.

3. Definisjoner og oppgaver

3.1 Landsfunksjoner

En landsfunksjon er en høyt spesialisert klinisk 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 ikke er hensiktsmessig å bygge opp tilbud for flere steder i landet
- særlig kostbare investeringer
- tilbudet krever særskilt høy faglig kompetanse

En landsfunksjon innebærer at pasientene som trenger denne behandlingen kun skal behandles ved det sykehuset som er tildelt landsfunksjon når det gjelder den spesielle behandlingen. Andre sykehus skal ikke bygge opp et behandlingstilbud som er fastsatt som landsfunksjon.

En landsfunksjon skal også ivareta kompetansesenteroppgaver innenfor sitt faglige område, som beskrevet under pkt. 3.2.

3.2 Nasjonale medisinske kompetansesentra

Nasjonale kompetansesentra for høyspesialisert medisin skal sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innenfor sitt spesifiserte fagområde. Kompetansesentre skal ikke selv drive pasientbehandling, men det vil i enkelte tilfeller være hensiktsmessig at pasientbehandling er knyttet til virksomheten.

Viktige oppgaver er:

- Bidra til samt drive forskning og fagutvikling innen fagfeltet.

Dette innebærer både å drive forskning i egen regi, samt bidra til forskning- og fagutvikling i andre fagmiljøer for å bygge opp nasjonal kompetanse. Kompetansesenteret forutsettes å følge internasjonal fagutvikling, samt ved behov bidra til etablering og kvalitetssikring av nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor fagområdet.

- Undervisning innenfor eget fagområde i grunn-, videre- og etterutdanninger
- Veiledning og rådgivning på nasjonalt nivå innenfor eget fagområde, dvs. sikre spredning av kompetanse til landet for øvrig.
- Bidra til å gjøre informasjon tilgjengelig på eget fagområde.

4. Referansegrupper

Landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra skal oppnevne en referansegruppe med representanter fra alle regionale helseforetak. Målsetningen er å sikre forankring og lik tilgang til de høyspesialiserte tjenestene. For enkelte sentra må brukermedvirkning vurderes.

5. Finansiering

Høyspesialisert medisin, herunder landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra, finansieres gjennom ulike tilskudd til de regionale helseforetak. De samlede tilskuddene skal gi grunnlag for å sikre drift av landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra.

Fra 2004 vil lands- og flerregionale funksjoner i sin helhet være finansiert gjennom ordinære finansierungsordninger for pasientbehandling. Tidligere øremerkede tilskudd til lands- og flerregionale funksjoner er fra 2004 innlemmet i basisbevilgningen til de regionale helseforetak. Helsedepartementet vil samtidig sette i gang et arbeid for å utvikle mer spesifikke DRG for høyspesialisert behandling. De statlige, normerte prisene for gjestepasientoppgjør avvikles for lands- og flerregionale funksjoner fra 2004. Det vises til omtale i styringsdokumentene til de regionale helseforetak for 2004.

Fra 2004 er det opprettet et nytt øremerket tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra. Det nye tilskuddet skal bidra til å sikre finansiering av nasjonale medisinske kompetansesentra gjennom øremerket tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra og øremerket tilskudd til forskning. Det vises til omtale i St. prp. nr. 1 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 11 (2003-2004).

6. Rapportering

De regionale helseforetak skal framlegge en årlig rapport over virksomheten knyttet til de ulike landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra de er tillagt ansvar for. Rapportene skal være behandlet av referansegruppene før innrapportering fra de regionale helseforetak. Den årlige rapporten skal sendes Helsedepartementet med kopi til Sosial- og helsedirektoratet.

Følgende informasjon skal fremgå der dette er relevant

- Antall behandlede pasienter fordelt pr. funksjon og helseregion
- Antall (i) publiserte artikler, (ii) avlagte doktorgrader, (iii) etablerte kvalitetsregistre og (iv) utarbeidede faglige retningslinjer
- Antall undervisningstimer innenfor grunn-, videre- og etterutdanninger
- Oversikt over veiledning- og informasjonssvirksomhet overfor andre deler av helsetjenesten og pasienter og pårørende (antall arrangerte kurs, utarbeidet veiledningsmateriell, etablerte tiltak mv)
- Egenevaluering av virksomheten spesielt med tanke på behov for avvikling eller endring av funksjoner
- Driftsregnskap for de ulike landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra

Frist for rapportering fra de regionale helseforetakene er satt til **15. februar** det påfølgende år.

Rapporteringen forutsettes å gi informasjon om virksomheten drives etter forutsetningene, status for de ulike funksjonene og om det er aktuelt å gjøre endringer i forhold til en aktuell funksjon.

Sosial- og helsedirektoratet er i 2003 gitt i oppdrag å evaluere de høyspesialiserte tjenestene. Helsedepartementet vil, med bakgrunn i anbefaling fra Sosial- og helsedirektoratet, vurdere behov for omgjøring eller avvikling av de ulike funksjonene. Helsedepartementet vil komme tilbake til dette i eget brev.

Med hilsen

Andreas Disen e.f.
ekspedisjonssjef

Heidi Langaas
avdelingsdirektør

Kopi:

Sosial- og helsedirektoratet
Statens helsetilsyn
Landets fylkesmenn
Universitetene

[Vedlegg: Oversikt over høyspesialiserte funksjoner](#)

Vedlegg til rundskriv I-19/2003

Oversikt over høyspesialiserte medisinske funksjoner

Landsfunksjoner (pasientbehandling)

HELSE ØST

Ullevål universitetssykehus

- Rekonstruksjoner ved medfødte misdannelser i øyeregionen (oculoplastikk)
- Medfødt glaukom
- Retinoblastombehandling (i samarbeid med Det norske radiumhospital)

HELSE SØR

Det norske radiumhospital

- Behandling med perfusjonsskjemoterapi
- Bekkeneksentrasjon ved gynekologisk kreft
- Behandling av choriocarcinom

Rikshospitalet

- Behandling av store hemangiomer og vaskulære malformasjoner
- Transseksualisme
- Organtransplantasjoner
- Reumakirurgi hos barn
- Føllings sykdom
- Avansert retransplantasjonskirurgi
- Kirurgisk arytmibehandling
- Elektiv bløderkirurgi
- Cochleimplantat hos barn
- Kraniofascial kirurgi (i samarbeid med Ullevål universitetssykehus)
- Epilepsikirurgi
- Behandling av medfødt hypoplastisk venstre hjerte syndrom
- Embolisering av celebrale A-V malformasjoner

Statens senter for epilepsi

- Utredning for epilepsikirurgi
- Utredning av pasienter med epilepsi og store funksjonshemninger
- Høyspesialisert rehabilitering/habilitering av pasienter med vanskelig kontrollerbar epilepsi

HELSE VEST

Haukeland sykehus

- Strålekniv
- Behandling av keratoprotese
- Avansert brannskadebehandling
- Elektiv hyperbarmedisinsk behandling

HELSE MIDT-NORGE

St. Olavs Hospital

- Kompliserte ryggglidelser
- Fotoferesebehandling
- Avansert invasiv fostermedisin

HELSE NORD

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Avansert trombocytimmunologi

Flerregionale funksjoner (pasientbehandling)

HELSE SØR/HELSE VEST

Rikshospitalet/Haukeland sykehus

- Elektiv åpen hjertekirurgi hos barn
- Cochleaimplantat hos voksne
- Intersex
- Leppe-kjeve-ganespalte
- Standard allogen benmargstransplantasjon

Rikshospitalet/Det norske radiumhospital og Haukeland sykehus

- Brachyterapi

HELSE SØR/HELSE MIDT-NORGE

Rikshospitalet/St. Olavs Hospital

- Avansert ortopediteknikk
- Neonatalkirurgi
- Sædbank

Kompetansesentre

HELSE ØST

Aker sykehus

- Kompetansesenter for læring og mestring

Ullevål universitetssykehus

- Aldersdemens (i samarbeid med Sykehuset Vestfold)
- Import- og tropesykdommer (i samarbeid med Haukeland sykehus)
- Nasjonalt ryggnettverk – formidling
- Cystisk fibrose
- Nasjonalt kompetansesenter for katastrofemedisin (NAKOS)
- Nasjonalt kompetansesenter for ABC-vern
- Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Diakonhjemmet sykehus

- Kompetansesenter for reumatiske lidelser

HELSE SØR

Det norske radiumhospital

- Nasjonalt kompetansesenter for sarkomer
- Gynekologisk onkologi

Rikshospitalet

- Nevroendokrine svulster
- Medfødte muskelsykdommer (i samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge)
- Barnerevmatologi
- Medfødte stoffskiftesykdommer
- Solide svulster hos barn (i samarbeid med Det norske radiumhospital)
- Dismeli (i samarbeid med Trenings- og rådgivningscenteret (TRS))
- Barnehabilitering med vekt på ernæring
- Barnehabilitering med vekt på bevegelse (celebral parese)

Statens senter for epilepsi

- Tuberøs sklerose
- Epilepsi med utviklingshemning

HELSE VEST

Haraldsplass sykehus

- Formidlingssenter i geriatri

Haukeland sykehus

- Hyperbar medisin
- Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KOKOM)
- Vestibulære sykdommer
- Hjemmerespiratorbehandling
- Gastroenterologisk ultralyd
- Tropemedisin (i samarbeid med Ullevål universitetssykehus)

- Nasjonalt kompetansesenter for porfyrisykdommer (NAPOS)
- Nefropatologi
- Multippel sklerose
- Nasjonalt ryggnettverk – forskning
- Nasjonalt kompetansesenter for funksjonell MRI (i samarbeid med St. Olavs Hospital)
- Nasjonalt kompetansesenter for leddproteser
- Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin i samarbeid med Universitetet i Bergen og KOKOM)

Sandviken sykehus

- Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Sentralsykehuset i Rogaland

- Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser

HELSE MIDT-NORGE

St. Olavs Hospital

- Fostermedisin
- NMR-spektroskopi
- Nasjonalt kompetansesenter for funksjonell MRI (i samarbeid med Haukeland sykehus)
- Avansert laparoskopisk kirurgi
- Ortopediske implantater
- Hodepine
- Kompetansesenter for pasienter med sammensatte lidelser
- 3-D ultralyd i nevrokirurgi
- 3-D ved laparoskopi
- 3-D ved vaskulære aneurismer
- Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

HELSE NORD

Universitetssykehuset i Nord-Norge

- Telemedisin
- Antibiotikaresistens
- Nevromuskulært kompetansesenter
- Kompetansesenter for muskelsykdommer (i samarbeid med Rikshospitalet)

Vedlegg 3

SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET

Departementet 5.11.93 - Nordlaga 3.1.2001

NynorskSåmegiellaNormalvisning

Lignende dokumenter

Status utgått

Vår ref 00/00529 SAO IAa
Dato 11.02.2000

Landets fylkeskommuner
Landets sykehus
Landets fylkesleger
Statens sykehus
Statens helsetilsyn
Kommunenes Sentralforbund
Rundskriv I-8/2000

Godkjente landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionsfunksjoner og medisinske kompetansesentra

1. Generelt

Det vises til lov om sykehus av 19. juni 1969 nr 57 §9a og til Forskrift om lands- og regionfunksjoner fastsatt 5. april 1991, jf Rundskriv I-20/91. Seinere er kompetansesenter definert i departementets oversikt over lands-, flerregionale og regionale funksjoner, jf. Rundskriv I-3/94, I-16/95, I-4/98. Det vises videre til Rundskriv I-36/99 Landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionfunksjoner og kompetansesentra innen helsevesenet. Retningslinjer for oppgaver, rapportering og styring. (Se <http://www.dep.no/shd/publ/publ.html>).

Landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og medisinske kompetansesentra godkjennes av departementet. Departementet kan godkjenne regionfunksjoner. Lista under pkt. 3.3 er ikke uttømmende. Regionsykehusene vil ha et ansvar for å tilby tjenester som ut fra en faglig vurdering ikke skal ivaretas på sentralsykehusnivå, selv om funksjonen ikke er oppført i dette rundskriv. Departementet kan innhente faglige råd fra Statens helsetilsyn, og råd fra Statens sykehusråd.

Dette rundskrivet erstatter Rundskriv I-4/98 av 28.01.98.

Statens helsetilsyn har foretatt en gjennomgang av de høyspesialiserte tjenester. For de fleste funksjoner er kopi av den vurdering Helsetilsynet har oversendt departementet, også sendt til regionsykehusene. Helsetilsynets vurdering i forbindelse med denne gjennomgangen er lagt til grunn for de funksjoner som fastsettes i dette rundskrivet. I det følgende gis en oversikt over godkjente funksjoner pr i dag. Endringer vil bli meddelt i årlige rundskriv.

Lands-, flerregionale og regionfunksjoner omfatter i en del tilfelle ikke en klart avgrenset pasientpopulasjon, men en del av en slik populasjon med behov for spesielt avansert utredning og behandling. Grensen mellom hvilke pasienter en skal henvise, og hvem en kan behandle ved eget sykehus vil kunne variere av sykehusets kompetanse og over tid. Fravær av formaliserte regler for sentralisering i denne sammenheng forutsetter derfor at en ved alle regionsykehus gjennomfører en kritisk evaluering av egen kompetanse for alle deler av utredning og behandling i møte med enkeltpasienter med spesielle behov. En må i denne sammenheng vurdere om den aktuelle pasient på det aktuelle tidspunkt er tjent med å få hele eller deler av behandlingen ved annet regionsykehus.

Det kan ytes bidrag fra folketrygden til behandling i utlandet når behandling i Norge ikke kan gis på grunn av manglende medisinsk kompetanse. Manglende kapasitet ved norske sykehus gir ikke grunnlag for bidrag. Det er fastsatt forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet med hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd §§ 5-22, 20-9 og 21-17. Forskriften gjelder ytelse av bidrag til behandling i sykehus i utlandet etter søknad og klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet, herunder organisering og saksbehandling. Det skal foreligge uttalelse fra norsk regionsykehus eller sykehus med regionfunksjon innen angjeldende område. For tilstander eller funksjoner der det er etablert landsfunksjon eller flerregional funksjon, skal det foreligge uttalelse fra det sykehuset som er tillagt en slik funksjon.

2. Definisjoner/oppgaver

Det vises til Rundskriv I-36/99 av 09.11.1999.

2.1 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 personellkrevende behandlingsopplegg
- behov for å ha et samlet fagmiljø for å ha et høyt faglig nivå

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

2.2 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

2.3 Regionfunksjon

Betegnelsen regionfunksjon brukes om en klinisk virksomhet som fortrinnsvis bør ivaretas i regionsykehus, og ikke spres til sentralsykehus, lokalsykehus eller andre

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

2.4 Kompetansesenter

Kompetansesentre skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av kompetanse innen et særskilt område. Slike funksjoner kan opprettes ved nasjonale, regionale eller flerregionale kompetansesentre, evt. kombinasjoner av sentre på ulike nivåer for å ivareta nasjonal kompetanseoppbygging. Sentrene har et særskilt ansvar for å drive forskning, å videreutvikle fagfeltet, å drive veiledning og undervisning både i grunnutdanningene, videreutdanninger og etterutdanninger. Kompetansesentre skal ikke drive pasientbehandling, men det vil som regel være hensiktsmessig at pasientbehandling er knyttet til virksomheten. Pasientbehandlingen kan foregå ved kliniske institusjoner som ikke er formelt tilknyttet kompetansesentrene, gjennom samarbeidsavtaler.

Delfunksjoner som det ikke er hensiktsmessig å ha mer enn ett sted i landet, som etablering og kvalitetssikring av registre, informasjonsbank eller nettverksansvar på avgrensede områder, legges til ett av sentrene som ivaretar dem for hele landet. Det samme gjelder faglige delfunksjoner som det ikke er nødvendig å ha ved alle sentrene for å dekke det nasjonale behovet.

Et regionsykehus som er tillagt en landsfunksjon, vil også måtte ivareta kompetansesenteroppgaver på feltet.

Viktige oppgaver vil være:

- følge nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet
- etablere nødvendige nasjonale faglige standarder
- bidra til og delta i forsknings- 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 evt. etterutdanning
- bidra til/faglig støtte til forskningsaktivitet ved andre sykehus eller andre kliniske institusjoner
- å være en rådgivende instans

Kompetansesenteret bør oppnevne en referansegruppe med representanter fra alle regionene. Ved regionale sentre bør det opprettes regionale referansegrupper med representanter fra alle fylkene 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 regionsykehus.

For enkelte sentre må brukermedvirkning vurderes.

3 Oversikt over funksjoner

I medhold av forskrift av 5. april 1991 om lands- og regionfunksjoner §2-1 og §2-2 har departementet bestemt at følgende er landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, regionfunksjoner og kompetansesentra.

3.1 Landsfunksjoner

Rikshospitalet

- Allogen stamcelletransplantasjon.
- Kirurgisk arytmi behandling. Omfanget er lite etter innføring av kateterbasert arytmi behandling. Landsfunksjonen opprettholdes for de pasienter som ikke kan behandles med kateterbasert teknikk.
- Barnerevmakirurgi.
- Elektiv bløderkirurgi.
Kirurgisk behandling for denne pasientgruppen gjelder både kirurgisk behandling av komplikasjoner til blødersykdommen og kirurgisk behandling av andre lidelser.
- Coclea implantat – behandling av barn. Denne behandlingsmetoden brukt på barn er kontroversiell. Det er derfor ønskelig at informasjon til foreldre og indikasjonsstilling følger samme retningslinjer som for alle pasienter. Foruten det kirurgiske inngrep omfatter funksjonen derfor ansvar for informasjon til foreldre, indikasjonsstilling og pedagogisk oppfølging etter inngrepet.
- Avansert craniofacial kirurgi – i samarbeid med Ullevål sykehus.
Denne landsfunksjonen omfatter pasienter med alvorlige misdannelser der det er behov for omfattende kirurgisk behandling og langsiktig oppfølging. Landsfunksjonen omfatter ikke traumatologi, onkologi, leppe-kjeve-ganespalte og rekonstruksjoner av medfødte misdannelser i øyeregionen. Disse tilstander er tatt hånd om i annen sammenheng.
Rikshospitalet vil i nært samarbeid med Ullevål sykehus (spesielt Kjevekirurgisk avdeling) samlet kunne gi et forsvarlig tilbud til de fleste pasienter. En vil ved landsfunksjonen også samarbeide med utenlandsk ekspertise for pasienter med spesielle behov.
Rikshospitalet forutsettes å ha nært samarbeid med Tannhelsekompetansesenteret ved Universitetet i Oslo. Denne funksjonen vil bli vurdert i forbindelse med den pågående samordning av enkelte funksjoner ved Rikshospitalet og Ullevål sykehus.
- Epilepsikirurgi. På grunn av den diagnostiske og terapeutiske utvikling er avgrensning og funksjonsfordeling for denne behandlingsformen under utredning i Statens helsetilsyn.
- Kirurgisk behandling av barn med hypoplastisk venstre hjertesyndrom.
- Nevroradiologi: Embolisering av cerebrovaskulære arteriovenøse malformasjoner med nevreradiologisk teknikk. Funksjonen omfatter ikke intervensjonsbehandling av cerebrale aneurysmer.
- Nyfødtscreening for Føllings sykdom og hypotyreose. Oppfølging av barn med Føllings sykdom.
- Organtransplantasjon. Omfatter hjerte (inkludert hjertetransplantasjon av barn), lunge, nyre, lever, pancreas.
- Avansert replantasjonskirurgi.
Replantasjonskirurgi er en akutfunksjon. Behandlingen kan gjøres ved de andre regionsykehus, forutsatt at kompetent kirurg, egnet operasjonsstue og hjelpepersonell umiddelbart er tilgjengelig. Det vises til at det er inngått avtale om felles ortopedisk enhet for Rikshospitalet og Ullevål sykehus som et prøveprosjekt i to år fra 01.01.2000.
- Avansert retinal kirurgi.
Dette gjelder inngrep ved sjeldne tilstander med helt spesielle krav til utstyr og kompetanse. (Spesielt patologiske forandringer i macula-regionen, med behandlingsindikasjon). Presis avgrensning vil kunne endres over tid ut fra pågående metodeutvikling.
- Utredning og behandling av barn med retinoblastom – sammen med Det norske Radiumhospitalet.
- Transseksualisme.

Det norske Radiumhospitalet

- Behandling av choriocarcinom.
- Eksenterasjonskirurgi ved gynekologisk kreft. Mer begrensede eksenterasjonsinngrep bør kunne utføres ved de andre regionsykehus forutsatt interesserte og kompetente gynekologer/kirurger.
- Utredning og behandling av barn med retinoblastom – sammen med Rikshospitalet.

Ullevål sykehus

- Medfødt glaukom og spesielle rekonstruksjoner ved medfødte misdannelser i øyeregionen.

Haukeland sykehus

- Avansert brannskadebehandling.
- Elektiv hyperbarmedisinsk behandling. Hyperbarmedisinsk behandling på akutt indikasjon er en regionfunksjon.
- Behandling med keratoprotease.
- Strålekniv.
Ved siden av behandling av patologiske benigne intrakranielle prosesser (f. eks. svulster og arteriovenøse malformasjoner), omfatter funksjonen også behandling av utvalgte pasientgrupper med hjernemetastase(r), ofte som et skånsomt alternativ til kirurgisk behandling, eller i situasjoner der kirurgisk behandling ikke er mulig.

Regionsykehuset i Trondheim

- Fotoferebehandling.
- Avansert prenatal behandling. Funksjonen gjelder invasive prosedyrer med høy risiko.

Regionsykehuset i Tromsø

- Avansert trombocytimmunologi.

Statens senter for epilepsi

- Utredning av pasienter med ukontrollert epilepsi og store, sammensatte funksjonshemninger. Det vil måtte vurderes i hver enkelt helseregion i hvilken grad en kan gi et tilfredsstillende tilbud innen helseregionen, eller om pasienten må henvises til Statens senter for epilepsi for utredning/behandling.
- Høyspesialisert habilitering/rehabilitering overfor pasienter med utvikling av encefalopater på bakgrunn av vanskelig kontrollerbar epilepsi, og spesielle diagnosegrupper som tuberøs sklerose og lignende tilstander.
- Utredning før, og ikke-kirurgisk oppfølging etter epilepsikirurgiske inngrep ved Rikshospitalet. På grunn av den diagnostiske og terapeutiske utvikling er avgrensning og funksjonsfordeling for denne behandlingsformen under utredning i Statens helsetilsyn.

3.2 Flerregionale funksjoner

Rikshospitalet og Haukeland sykehus

- Coclea implantat – behandling av voksne. Foruten det kirurgiske inngrep omfatter funksjonen ansvar for pedagogisk oppfølging etter inngrepet.
- Episklær brachyterapi av maligne okulære svulster unntatt retinoblastom (tidligere kalt Rhutenium plaque behandling).

- Elektiv åpen hjertekirurgi hos barn. Transplantasjon og behandling av hypoplastisk venstre hjertesyndrom er landsfunksjoner ved Rikshospitalet.
- Intersex.
- Behandling av barn med leppe-kjeve-ganespalte.
- Kirurgi for Parkinsons sykdom.
Foreløpig vil dette tilbudet være et flerregionalt tilbud. På grunn av økende behov for denne behandlingstype, og dermed et økt pasientvolum, bør implantatbehandling i løpet av de kommende år bli en regionfunksjon. Fagmiljøene bør utarbeide nasjonale retningslinjer for indikasjoner og registrering av behandlingseffekt.

Rikshospitalet og Regionsykehuset i Trondheim

- Neonatalkirurgi ved alvorlig medfødte misdannelser. Funksjonen omfatter kirurgisk behandling av medfødte misdannelser i neonatalperioden (fire første leveuker, evt. behandling t.o.m. 44 gestasjonsuke). Funksjonen omfatter ikke kirurgi ved skader eller akutt sykdom, nevrokirurgi, barnhjertekirurgi, craniofaciale misdannelser, leppe-kjeve-ganespalte eller medfødte misdannelser i øyeregionen. Disse tilstander er tatt hånd om i annen sammenheng. Det forutsettes at Regionsykehuset i Trondheim og Rikshospitalet gjennomfører en funksjonsfordeling for de sjeldneste tilstander som behandles kirurgisk i neonatalperioden.
- Avansert ortopediteknikk.
- Sædbank.

Ullevål sykehus og Haukeland sykehus

- Kateterbasert ablasjonsbehandling for hjertearytmier. På grunn av økende behov for denne behandlingstype, og dermed et økt pasientvolum, bør kateterbasert behandling av hjertearytmier i løpet av de kommende år bli en regionfunksjon. Da dette er en komplisert behandlingsform med lang læringskurve, bør regionalisering skje gradvis.

3.3 Regionfunksjoner

- Barnerevmatologi.
- Utredning og behandling av pasienter med ben- og leddtuberkulose. Denne regionfunksjonen er opprettet både for å sikre pasienter med mulig ben- og leddtuberkulose en forsvarlig utredning og behandling, og for å sikre at pasienter med skjelettforandringer av usikker natur blir sendt "urørt" til regionsykehus.
- Bløderkirurgi: Beredskap for diagnostikk og øyeblikkelig hjelp for pasienter med blødersykdom og von Willebrands sykdom. Elektiv bløderkirurgi er landsfunksjon ved Rikshospitalet.
- Intervensjonsbehandling av cerebrale aneurysmer.
- Behandling av isolerte craniosynostoser og craniofaciale misdannelser av mildere grad. (Avansert craniofacial kirurgi ved medfødte misdannelser er en landsfunksjon ved Rikshospitalet i samarbeid med Ullevål sykehus).
- Implanterbar defibrillator.
- Gynekologisk onkologi. Behandling av choriocarcinom og eksenterasjonskirurgi er en landsfunksjon ved Det norske Radiumhospital. Regionfunksjonen omfatter også ekstern stråleterapi og brachyterapi ved gynekologisk kreft, der det forutsettes tatt i bruk moderne databasert planlegging av behandlingen for å minimalisere risiko for langtidsskader.
- Laserbehandling av kappilære hemangiomer hos barn.
- Hjertekirurgi og PTCA. Angiografisk utredning som er bygget opp ved Aker sykehus, Sentralsykehuset i Rogaland og Nordland Sentralsykehus kan fortsette så lenge disse avdelingene kan dokumentere tilfredsstillende faglig kompetanse på området. Sykehus som ikke har hjertekirurgisk virksomhet må samarbeide med regionsykehuset med henblikk på kvalitetssikring. Det

- Hode-halscancer.
- Hyperbarmedisinsk behandling, akuttbehandling – Ullevål sykehus, Haukeland sykehus, Regionsykehuset i Trondheim, Regionsykehuset i Tromsø, Vest-Agder Sentralsykehus. Regionfunksjonen er noe modifisert ved at slik behandling også skal kunne bli gitt ved Vest-Agder Sentralsykehus.
- Oppfølging av barn med hypotyreose.
- Høydosecytostatikabehandling med autolog stamcellestøtte/Autolog benmargstransplantasjon.
- Avansert håndkirurgi, inkludert bruk av autotransplantasjoner.
- Spisskompetanse og isoleringskapasitet innen smittevernet. Dette gjelder særlig behandling av tuberkulose, spesielt ved multiresistens. Andre tilfeller er pasienter med svekket immunsystem som bl.a. må beskyttes mot varicella/zoster virus.
- Kreft hos barn. Diagnostikk og behandling. Denne funksjonen omfatter også solide svulster hos barn.
- Multitraumepasienter: Akutt behandling og rehabilitering (felles for Helseregion Øst og Sør ved Ullevål sykehus og Sunnaas sykehus). Ved alvorlige hode- og ryggmargskader vil behandling og rehabilitering bli utført ved Ullevål sykehus og Sunnaas sykehus for Helseregion Øst og Sør, ved Haukeland sykehus for Helseregion Vest, og ved Regionsykehuset i Trondheim for Helseregion Midt-Norge og Nord.
- Nevroendokrine svulster.
- Nevrokirurgi.
- Spesielle orbitale lidelser.
Denne funksjonen omfatter i hovedsak behandling av orbitale svulster, endokrin eksoftalmus og "pseudo tumor orbita". Denne funksjonen har vært en landsfunksjon ved Haukeland sykehus. Selv om andre regionsykehus har utført denne type behandling, vil kompetansen kunne variere mellom sykehus og over tid.
- Følgetilstander og senskader etter poliomyelitt.
- Intensivbehandling av de mest ressurskrevende premature, herunder alvorlig retinopati hos premature.
- Prenatal diagnostikk og behandling.
- Mikrobølgebehandling av prostatahypertrofi.
- Ryggmargsbrokk – kirurgisk behandling.
- Sarkomer, diagnostikk og behandling.
- Behandling av stein i urin- og galleveier med sjokkbølge lithotripsi (steinknuser).
- Medfødte stoffskiftesykdommer.
- Stråleterapi (inkl. satellittvirksomhet ved noen sentralsykehus). For å øke kapasitet og tilgjengelighet, er det under oppbygging satellittavdelinger for stråleterapi ved noen sentralsykehus (Stavanger, Kristiansand, Gjøvik, Ålesund). Utbygging må skje på grunnlag av en formalisert avtale om drift og faglig samarbeid mellom regionsykehus og sentralsykehus.
- Ordinær viteoretinal kirurgi.

3.4 Kompetansesentre

Rikshospitalet

- Barnehabilitering med særlig vekt på bevegelse, spise og ernæring.
- Barnerevmatologi.
- Dysmeli – samarbeid med Trenings- og rådgivingssenteret (TRS).
- Kompetansesenter for medfødte muskelsykdommer – i samarbeid med

- Medfødte stoffskiftesykdommer. Funksjonen gjelder laboratoriediagnostikk.
- Nevroendokrine svulster.
- Solide svulster hos barn – i samarbeid med Det norske Radiumhospital.

Det norske Radiumhospital

- Gynekologisk onkologi.
- Sarkomer.

Ullevål sykehus

- Cystisk fibrose.
- Hjemmerespiratorbehandling - i samarbeid med Haukeland sykehus.
- Tropesykdommer - i samarbeid med Haukeland sykehus.

Haukeland sykehus

- Helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.
- Hjemmerespiratorbehandling - i samarbeid med Ullevål sykehus.
- Hyperbarmedisin.
- Multippel sklerose.
- Nefropatologi. Det vil være ønskelig at senteret samarbeider tett med det kliniske nefrologiregister ved Rikshospitalet.
- Porfyrisykdommer.
- Tropesykdommer - i samarbeid med Ullevål sykehus.

Regionsykehuset i Trondheim

- Hodepine.
- In vivo MRI spektroskopi. Dette fagområdet er i rask utvikling. Ved siden av metodeutvikling er understøttelse av utvikling av denne metodikk ved de øvrige regionsykehus en sentral oppgave for kompetansesenteret. Det vil være behov for å vurdere det fortsatte behov for et slikt senter om 3-5 år.
- Avansert laparoskopisk kirurgi.
- Ortopediske implantater. Det forutsettes samarbeid med Nasjonalt Register for Leddproteser.
- Avansert prenatal diagnostikk og behandling.
- 3 D-ultral lyd.

Regionsykehuset i Tromsø

- Kompetansesenter for påvisning og karakterisering av antibiotikaresistente bakterier ved genetiske metoder.
- Kompetansesenter for medfødte muskelsykdommer - i samarbeid med Rikshospitalet.
- Nevromuskulært kompetansesenter.
- Telemedisin.

Statens senter for epilepsi

- Tuberøs sklerose og lignende tilstander, og pasienter med psykisk utviklingshemming med epilepsi.

Med vennlig hilsen

Gerd Vandeskog e.f.

Ingunn Aalvik
rådgiver

Lagt inn 14. februar 2000 av Statens forvaltningstjeneste, ODIN-redaksjonen

Vedlegg 4

Sak 28/05 B

Funksjonsfordeling nevrokirurgi

Vedtak (mot tre stemmer – Jon Lekven, Øyvind Watne, Anni Felde):

1.
 - a. Dei overordna prinsippa for funksjonsfordelinga innan nevrokirurgi som styret vedtok i sak 64/02, ligg til grunn for presiseringane i dette vedtaket. Funksjonsfordelinga innan nevrokirurgi mellom Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF skal vere i samsvar med vedlagt liste, med unntak av dei inngrepa som er omtala i pkt. 2b.
 - b. Det må i samarbeid mellom føretaka leggjast til rette for at alle barn med behov for planlagd nevrokirurgi blir viste til Helse Bergen HF.
2. Det skal utarbeidast ein eigen samarbeidsavtale mellom Helse Bergen og Helse Stavanger. Følgjende punkt skal inngå i avtalen:
 - a. Det skal vere eit nært og gjensidig forpliktande fagleg samarbeid mellom dei to nevrokirurgiske avdelingane. Dette skal m.a. skje gjennom felles faglege retningslinjer, prosedyrar, rutinar for kvalitetssikring og evaluering av behandlingsresultat. Haukeland Universitetssjukehus skal ha eit hovudansvar for dette.
 - b. Dei overordna prinsippa for funksjonsfordelinga innan nevrokirurgi som styret vedtok i sak 64/02, ligg til grunn for presiseringane i dette vedtaket. Funksjonsfordelinga innan nevrokirurgi mellom Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF skal vere i samsvar med vedlagt liste, med unntak av dei inngrepa som er omtala i pkt. 2b.
 - c. Det må i samarbeid mellom føretaka leggjast til rette for at alle barn med behov for planlagd nevrokirurgi blir viste til Helse Bergen HF.
 - d. Det kan opnast for elektive operasjonar ved Stavanger Universitetssjukehus i eit nærare avtalt omfang, og på ein slik måte at omsynet til kvaliteten på pasientbehandlinga vert teke vare på ved både Haukeland Universitetssjukehus og Stavanger Universitetssjukehus. Hovudansvaret for kvalitetssikring av behandlingstilbodet vert lagt til nevrokirurgisk avdeling ved Haukeland Universitetssjukehus.
 - e. Det skal skje utveksling av personell mellom avdelingane. Dette skal omfatte både legespesialistar og legar under spesialistutdanning.
 - f. Arbeidet med samarbeidsavtalen skal forankrast i toppleinga i helseføretaka. Helse Vest vil ta initiativ til og leie arbeidet.
 - g. Avtalen skal tre i kraft seinast 01.08.2005.
3. Den etablerte oppgåvedelinga blir vidareført til avtalen trer i kraft.
4. Når avtalen trer i kraft, vil Helse Vest godkjenne ei 3. stilling for nevrokirurg ved avdelinga i Stavanger.
5. Ordninga skal evaluerast etter eit år. Dersom resultata ikkje er i tråd med pkt 1 til 4 i vedtaket, og resultatet av evalueringa av behandlingskvaliteten ikkje er tilfredstillande, skal alle planlagde kraniotomiar utførast i Helse Bergen HF.

Jon Lekven, Øyvind Watne og Anni Felde stemte for opprinneleg forslag til vedtak i saka:

1. Styret vedtar med bakgrunn i styrevedtak i sak 64/02 *Funksjonsfordeling innen nevrokirurgi* følgjande presisering av funksjonsfordeling mellom Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF:
 - a. Alle planlagde kraniotomier skal utførast i Helse Bergen HF
 - b. Det må i samarbeid mellom føretaka leggjast til rette for at alle barn med behov for nevrokirurgi blir tilvist til Helse Bergen HF.
 - c. Funksjonsfordelinga innan nevrokirurgi mellom Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF skal være i samsvar med vedlagt liste.
 - d. Ein vaktturnus i Helse Stavanger innan nevrokirurgi skal dekkjast ved hjelp av personell frå Helse Bergen HF. Helse Bergen HF må sørge for at det er kapasitet til å dekke dette. Ordninga skal tre i kraft seinast 15. april 2005.
 - e. Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF skal samarbeide om spesialistutdanninga i regionen.
 - f. Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF skal i samarbeid leggja til rette for tiltak som kan oppretthalde kompetansen for spesialistar som arbeider i Helse Stavanger HF.
 - g. Det skal leggjast til rette for innsyn i nevrokirurgisk verksemd i begge helseføretaka.
2. Vedtaka i pkt 1 skal følgjast opp gjennom utarbeiding av ei samarbeidsavtale mellom Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF. Helse Vest RHF skal ta initiativ til å leie dette arbeidet. Samarbeidsavtalen skal evaluerast etter 2 år.

Vedlegg 5

Notat

Til
Prosjektgruppen høgspesialiserte tenester Helse Vest
v/leder odd Søreide

Fra
Sissel Moe Lichtenberg

Kopi til

Dato
20.03.05

Vår referanse

Ad styresak 28/05 B - Helse Vest

I styrevedtak i Helse Vest 05.03.05, står det i punkt 1 B:

"Det må i samarbeid med foretaka legges til rette for at alle barn med behov for planlagt nevrokirurgi blir vise til Helse Bergen HF".

I 28/05 B, er det et avsnitt om barnenevrokirurgi. På side 3 i vedlegg 1, punkt 7, listes det opp en del tilstander innen barnenevrokirurgi. Vedlegg 2 lister opp aktiviteten innen barnenevrokirurgi ved Haukeland Universitetssykehus.

Av vedleggene til styresaken fremgår det at det her dreier seg om tilstander som hydrocephalus, ryggmargsbrokk, tethered cord, craniosynostoser, andre medfødte misdannelser og tumor cerebri hos barn.

Av vedlegg 2 til styresaken fremgår det at Helse Bergen i 2003 opererte 1 barn med ryggmargsbrokk, 4 med tethered cord og 5 med craniosynostoser. I 2004 opererte de 1 barn med ryggmargsbrokk og 1 barn med craniosynostoser.

1. Sentrale bestemmelser

Av helsedepartementets rundskriv - 1-19/2003 - om høyspesialiserte tjenester - landsfunksjoner og nasjonale, medisinske kompetansesentra, fremgår det av vedlegget at neonatalkirurgi er en flerregional funksjon delt mellom Rikshospitalet og St. Olavs hospital. En stor del av de tilstander som gjelder barnenevrokirurgi gjelder nettopp neonatale/medfødte tilstander. Dette gjelder både hydrocephalus, ryggmargsbrokk, craniosynostoser og andre medfødte misdannelser.

Epilepsi og craniofaciale misdannelser skal i følge dette rundskrivet sendes til Rikshospitalet, som har en landsfunksjon.

En må derfor forholde seg til sentrale bestemmelser fra Departementet når det gjelder å fatte vedtak om regional funksjonsfordeling, dvs at disse tilstander som er nevnt ovenfor og som

hører til neonatalkirurgi, epilepsikirurgi og craniofaciale kirurgi skal henvises til Rikshospitalet .

2. Volum av aktuelle tilstander innen barnenevrokirurgi

I vedlegget til styresak 28/05 B fremgår det en del tall for aktivitet innen nevrokirurgi ved Helse Bergen og Helse Stavanger i 2003 og 2004, vedlegg 2.

Under punkt 7 - barnenevrokirurgi, fremgår det at det i Helse Bergen i 2003 er operert 1 barn med ryggmargsbrokk, 4 barn med tethered cord og 5 barn med craniosynostoser, totalt 10 operasjoner. I 2004 er det i Helse Bergen operert 1 barn med ryggmargsbrokk og 1 barn med craniosynostose, totalt 2 operasjoner.

Det er klart at volumet av de enkelte tilstander innenfor barnenevrokirurgien er svært lite i Norge.

Volumet av tilstanden er et vesentlig kriterium for om en funksjon skal være nasjonal/ flerregional eller regional. Ved alt for små volumer, (sjeldne tilstander) hvor en har for få kirurgiske inngrep pr år pr operatør, er det sterke argumenter for å sentralisere nasjonalt. Mange av de nevnte diagnoser/tilstander som fremgår av styresaken når det gjelder barnenevrokirurgi har et svært lite volum, slik at det må vurderes hvorvidt dette skal sentraliseres til ett eller maksimalt to steder i Norge.

3. Behov for planlagt nevrokirurgi for barn i Helse Vest

Mange av de tilstander som skal opereres innenfor nevrokirurgien når det gjelder barn, er akutte tilstander. En er da avhengig av tilstrekkelig stor kapasitet på den barnenevrokirurgisk virksomhet, slik at en, til alle tider, kan ta i mot barn, også i helger/høytider og døgnet rundt. På Rikshospitalet har man 4 nevrokirurgipediater, egen nevrokirurgisk overvåkningsavdeling for barn, eget anestesiteam og egen barnepost med 21 senger.

På Haukeland Universitetssykehus har man 1 nevrokirurgipediater. Barna er innlagt på Barneklubben med tilsyn av nevrokirurg. Akutte tilstander bør derfor fortsatt sendes til Rikshospitalet.

Hva som blir igjen av planlagt nevrokirurgi for barn er svært lite. Mange av disse tilstandene faller inn under det som Helsedepartementet har rubrisert som nasjonale/ flerregionale nasjonale funksjoner.

Dette fremgikk ikke av styresaken.

4. Oversikt over antall barn som trenger nevrokirurgi ved SUS:

- Barneklubben:

Barneklubben ved SUS innhenter nå driftstall fra Rikshospitalet over barn fra Helse Stavanger som er operert ved Rikshospitalet. Når denne statistikken foreligger, vil den bli gjort tilgjengelig for Helse Vest hvis det er ønskelig

- Barnehabilitering Østerlunde:

22 barn under 16 år med ryggmargsbrokk er under oppfølging ved avd. Barnehabilitering Østerlunde.

14 barn hører til i Helse Stavangers opptaksområde og følges opp nevrokirurgisk ved Rikshospitalet.

8 barn kommer fra Helse Fonna og får sin nevrokirurgi ved Haukeland Universitetssykehus.

For disse barna er det aktuelt med operasjon for hydrocephalus, tethering , syringomyeli og trange forhold i bakre skallegrop.

5. Samarbeidsforhold

Pr. i dag er det et velfungerende samarbeid mellom Barneklubben og Barnehabilitering Østerlunde ved

SUS og Nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet. Dette gir trygghet, forutsigbarhet og høy grad av fornøydhet med det faglige arbeidet og måten det er organisert på, - både for fagfolk, barnet og foreldrene.

Det foreligger planer om videre utvikling av samarbeidet ved at nevrokirurg fra Rikshospitalet kommer til SUS og foretar polikliniske vurderinger sammen med pediatere og nevrokirurg fra SUS.

I samarbeidet med Haukeland Universitetssykehus er det fortsatt behov for forbedringer når det gjelder barn med behov for nevrokirurgiske vurderinger/behandling. Dette gjelder spesielt vurderingsrutinene av det enkelte barn, kommunikasjon mellom nevrokirurg og foreldre og tilbakemelding til henvisende instans. Ofte vet ikke foreldre/barnet eller henvisende instans hvilke vedtak som er fattet og en er usikker på hvem som har ansvaret for oppfølging av barnet ved Haukeland Universitetssykehus.

Ved å sende barn med behov for nevrokirurgiske inngrep fra SUS til 2 forskjellige steder for behandling, må SUS forholde seg til 2 forskjellige fagmiljøer og behandlingskulturer. Dette vil kunne skape misnøye og vanskeligheter for foreldre, barn og fagfolk.

KONKLUSJON

Det er svært viktig at faktaopplysninger om forhold innen barnenevrokirurgi blir formidlet til Helse Vest, da det i styresaken var en del forhold som ikke fremkom.

Sentrale bestemmelser fra Helsedepartementet i rundskriv 1-19/2003 må følges.

Volumet av tilstander som har behov for nevrokirurgiske inngrep er lavt i Norge, slik at fagmiljøene må vurdere hvorvidt en sentralisering nasjonalt er hensiktsmessig.

Vedlegg: Styresak 28/05 B til styremøte 15.03.05
med 2 vedlegg

Høyspesialiserte tjenester i Helse-Vest

Vedlegg til rapport utarbeidet av
Analysesenteret AS
medisinsk direktør Einar Amlie
05.apr.05

Funksjon		Definisjon av indeksopphold	Antall individer	Antall hovedopphold	DRG poeng for hovedopphold	Beregnet DRG poeng for alle sykehuskontakter for disse pasientene	ASL's skala for vurdering av datakvalitet 1. Meget god - 10. Mangler
Regional AMK Sentral		Ingen data i NPR fil					
Hjertemedisin og hjertekirurgi							
Kateterbasert ablasjonsbehandling	Helse Bergen	NCSP FPB*	269	290	378	410	1
Kateterbasert ablasjonsbehandling	Rikshospitalet		4	4	7	12	1
Hjerteoperasjoner	Helse Bergen	ICD10 I =, NCSP F* reoperasjoner under samme opphold er ikke telt med.	602	612	2959	3432	2
Hjerteoperasjoner	Rikshospitalet	Inkluderer IABP (Stavanger)	35	37	305	466	2
Hjerteoperasjoner	Helse Stavanger		4	4	11	15	2
PCI	Helse Bergen		1008	1076	1524	2236	1
PCI	Helse Stavanger	NCSP JFG*	636	707	967	1556	1
PCI	Rikshospitalet		11	11	14	29	1
Implementerbar defibrillator	Helse Bergen	ICD10 I*, NCSP FPG10,FPG96	11	11	31	36	1
Implementerbar defibrillator	Helse Stavanger		5	5	16	21	1
Nevrologi og nevrokirurgi							
Kirurgi for Parkinson sykdom	Helse Bergen	ICD10 G2*, NCSP AAW01,AAW02,AAG10,AAG20	10	11	35	44	1
Kirurgi for Parkinson sykdom	Helse Stavanger		10	13	41	73	1
Nevroendokrine svulster	Helse Bergen	C751, D352, D443, E220, E228, E229, E236, E237, E240, operasjonsrom krevende prosedyre	39	42			3
Nevroendokrine svulster	Rikshospitalet		1	1			3
Cerebrale vasculære aneurysmer		Mangler prosedyrekoder					10
Følgetilstander etter senskader/ polio	Helse Bergen	Ikke sikkert identifisert, volumtall knyttes til spesialavdeling på Haukeland					10
Epilepsi		Må avgrenses nærmere					10
Spinalenhet		Må defineres som aktivitet på egen enhet på Haukeland					10

Funksjon	Definisjon av indeksopphold			Antall individer	Antall hovedopphold	DRG poeng for hovedopphold	
Barnemedisin (pediatri)							
Barnereumatologi	Rikshospitalet	Alder<14, innlagt M0,M1,I0, USIKKER	43	113	83	155	5
Barnereumatologi	Helse Bergen		25	37	14	26	5
Barnereumatologi	Helse Stavanger		3	3	1	3	5
Barnereumatologi	Helse Fonna		1	1	1	1	5
Kreft hos barn	Helse Bergen	Alder < 14 år med kreftdiagnose.	147	958	253	462	3
Kreft hos barn	Helse Stavanger		16	61	50	278	3
Kreft hos barn	Helse Fonna		7	8	9	42	3
Kreft hos barn	Helse Førde		3	5	4	10	3
Kreft hos barn	Rikshospitalet		14	29	53	88	3
Nyfødtintensiv	Må defineres nærmere. Kodeverket benytter fødsesvekt og ikke gestasjonsalder						10
Retionopati hos premature	Helse Bergen	ICD10 H351, usikkerhet knyttet til diagnose alene	23	55	5		3
Retionopati hos premature	Helse Stavanger		10	35	1		3
Retionopati hos premature	Helse Førde		5	10	0		3
Øyre-nase-hals sjukdomar							
ØNH kreftoperasjoner	Helse Bergen	Utvalgte prosedyrer med diagnoser C00-06, C07-C08, C09- C10, C30-C31, C32, C73	742	2590	649	1011	2
ØNH kreftoperasjoner	Helse Stavanger		50	88	127	173	2
ØNH kreftoperasjoner	Helse Førde		13	20	28	44	2
ØNH kreftoperasjoner	Helse Fonna		15	24	35	50	2
Cochleaimplantat voksne	Helse Bergen	DFE00 > 18 år	12	12	28	32	1
Cochleaimplantat voksne	Rikshospitalet		4	4	10	13	1
Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi							
Intersex	Helse Bergen	Må defineres					10
Leppe ganespalter	Helse Bergen	Q35-Q37, operasjonsromkrevende prosedyre	152	162	179	184	2
Leppe ganespalter	Rikshospitalet		10	11	14	14	2
Leppe ganespalter	Helse Stavanger		1	1	1	1	2
Replantasjon	Helse Bergen	Ulik kodepraksis, må standardiseres					
Replantasjon	Rikshospitalet						
Avansert brannskadebehandling	Helse Bergen	Faglig vurdering					10
Ryggmargsbrokk	Rikshospitalet	ICD10 Q6*, NCSP ABE*	5	12	10	36	3
Ryggmargsbrokk	Helse Bergen		10	15	10	19	3
Augesjukdomar							
Kreft i øyet	Helse Bergen	ICD10 C69* og operasjonsromkrevende prosedyre	6	6	6		3
Kreft i øyet	Rikshospitalet		2	3	2		3
Kreft i øyet	Helse Stavanger		1	1	0		3

Funksjon	Definisjon av indeksopphold		Antall individer	Antall hovedopphold	DRG poeng for hovedopphold		
Kvinnesjukdomar (gynekologi og obstetikk)							
Gynekologisk onkologi		Må defineres nærmere, histologi og stadium kan ikke avledes av gjeldende kodeverk. SNOWMED kodeverk (2007) vil gi betydelig tilleggsinformasjon					Ikke nødvendig detaljeringsgrad
Ikke tilstrekkelig informasjon i							
Prenatal diagnostikk		NPR data					10
Infertilitet	Helse Fonna		146	152	172	237	5
Infertilitet	Helse Førde	ICD10 N97*, operasjon,	46	48	51	62	5
Infertilitet	Helse Bergen	dagkirurgi eller innlagt	29	30	26	39	5
Infertilitet	Helse Stavanger		13	13	15	16	5
Kirurgi (inkl. alle subspecialiteter) og ortopedi							
Kreft i skjoldbruskkjertel	Helse Bergen		22	25	28	53	2
Kreft i skjoldbruskkjertel	Helse Stavanger	ICD10 C73*, NSCP BAA eller	6	7	9	19	2
Kreft i skjoldbruskkjertel	Helse Fonna	PJD	1	2	3	3	2
Kreft i skjoldbruskkjertel	Helse Førde		4	6	9	12	2
Operasjoner for fedme	Helse Førde	ICD10 E6*, NCSP JD*	32	32	60	70	1
Kreft i spiserør	Helse Bergen	ICD10 C15*, NCSP JCC*	9	9	73	79	1
Sarkomer, diagnostikk og behandling	Helse Bergen	Sarcomdiagnoser ekskl gynekologiske lidelser. RTV poliklinikk er inkludert som sarkomutredning på Haukeland	513	679	96	449	3
Infeksjonsmedisin / smittevern							
Utredning og behandling av pasienter med leddtuberkulose	Helse Bergen	ICD10 A180,M011,M490, M900,	3	4	0	0	8
Multiresistent tuberkulose		Mangelfullt kodeverk					10
Annet							10
Hyperbar behandling		Mangelfullt kodeverk					
Psykiatri							
Regional sikkerhetsavdeling		Data ikke tilgjengelig i NPR fil					10

Merknad

I beregning av totalt antall DRG poeng for pasientgruppen er polikliniske konsultasjoner konvertert til DRG poeng etter en faktor på 0,02 DRG poeng for enkle konsultasjoner og 0,05 DRG poeng for konsultasjoner med behandlingstakst