

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 10.12.2009
Sakhandsamar: Sekretariatet for felles RHF-prosjekt nasjonale tjenester v/Gjertrud Jacobsen
Saka gjeld: **Samlet vurdering av eksisterende og nye nasjonale tjenester¹**

Arkivsak

2008/154/

Styresak 127/09 B

Styremøte 22.12. 2009

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Vest RHF tar rapporten og innstillingen om behov for nasjonale tjenester til etterretning.
2. Det legges til grunn at regionaliseringsprinsippet som grunnlag for organisering av norsk spesialisthelsetjeneste står fast. Behandlingstjenester som ikke er spesifikt omtalt i RHF-enes felles innstilling til nasjonale tjenester, er å betrakte som regionaliserte oppgaver.
3. Nasjonale behandlingstjenester innebærer kun at spesifiserte deler av et behandlingsforløp sentraliseres. Nasjonale kompetansetjenester innebærer ikke forflytting av pasienter.
4. Det er viktigere å få fram en robust finansieringsmodell for de nasjonale kompetansetjenestene og sikre en riktig finansiering framfor å få etablert nye kompetansetjenester. Det legges til grunn at nye nasjonale tjenestetilbud som etableres er fullfinansiert.
5. RHF-ene samlet må vurdere om det bør innføres et avtale- eller kontraktssystem for å sikre forståelse av det nasjonale oppdraget.

¹ Saken er på bokmål fordi det er utarbeidet felles styresak for RHF-ene.

1. Oppsummering

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har RHF-ene vurdert hvilke nasjonale tjenester, i form av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre, det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Vurderingene er basert på en gjennomgang av eksisterende tjenester og søknader om nye tjenester. Totalt er 180 tjenester vurdert. Dette omfatter 87 eksisterende tjenestene, 5 ulike oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og RHF og 88 nye søknader fra helseforetakene fremsatt via eget RHF. Følgende antall tjenester foreslås videreført/etablert: 39 behandlingstjenester, 7 flerregionale behandlingstjenester og 40 kompetansetjenester.

For kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger foreligger forslag om å videreføre et eget arbeid i tett samarbeid med brukere fordi en ser det som nødvendig med en mer omfattende prosess enn det som er gjort for de nasjonale kompetansesentrene.

Kriterier nedfelt i oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet er lagt til grunn for arbeidet med forslag til etablering og avvikling av nasjonale tjenester. Det er utarbeidet resultatmål og forslag til sammensetning av referansegrupper knyttet til tjenestene samt et mandat for disse.

Det er pekt på utfordringer knyttet til finansiering av nasjonale tjenester, særlig i forhold til ulik finansiering av nasjonale kompetansetjenester og manglende finansiering av kompetansetjenester knyttet til lands- og flerregionale funksjoner.

Innstillingen som nå foreligger inneholder ikke forslag om overnasjonale tjenester på gruppenivå. Ved vurdering av om tjenester skal organiseres som en overnasjonal tjeneste på tvers av landegrensener må det samtidig tas hensyn til hvilke konsekvenser dette kan få for nasjonale behov for kompetanse og beredskap. En prosess med sikte på arbeidsdeling mellom flere land må forankres hos myndighetene i de respektive land med forpliktende mandat til de involverte.

Et fremtidig styringssystem for de nasjonale tjenestene bør i tillegg til å forvalte en 5 års-plan også kunne sikre mer dynamikk og styring som fanger opp den medisinske og teknologiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Det bør vurderes å etablere en sekretariats- eller driverfunksjon for den løpende prosess.

2. Bakgrunn for saken og prosess

2.1. Oppdrag

I oppdragsdokumentene for 2008 og 2009 fikk RHF-ene i oppdrag å vurdere hvilke nasjonale tjenester (medisinske kompetansesentre, lands- og flerregionale funksjoner, overnasjonale funksjoner og kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger) spesialisthelsetjenesten har behov for i et femårsperspektiv og hvor disse bør lokaliseres. Oppdraget er spesifisert i brev til RHF-ene av 17.03.08 fra Helse- og omsorgsdepartementet og bygger på RHF-enes rapport fra 2006 *Fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester* til Helse- og omsorgsdepartementet. På bakgrunn av oppdragets omfang, ble endelig frist for arbeidet fastsatt til 18. desember 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet skisserte i oppdragsbrevet av 17.03.08 at det tas sikte på å etablere et system som sikrer sterkere nasjonal styring av de nasjonale tjenestene. Det ble lagt til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet fremdeles skal ta den endelige beslutningen i forhold til oppretting, videreføring, endring og avvikling av slike tjenester. Formålet er å etablere et styringssystem som sikrer:

- pasientbehandling av høy kvalitet
- kostnadseffektivitet
- dynamikk – knyttet til medisinskteknologisk utvikling, endring i pasientvolum og kompetanseoppbygging
- hensyn til nasjonal prioritering
- likeverdig tilgang til høyspesialisert behandling både i Norge og i utlandet
- rimelig geografisk fordeling av funksjoner

Helse- og omsorgsdepartementet stilte krav om at det etableres prosedyrer som sikrer medvirkning fra blant annet universitet, høyskoler, brukerorganisasjoner, Helsedirektoratet (H-dir) og Nasjonalt kunnskapssenter. Det skal også etableres resultatmål for de nasjonale tjenestene, som kan ligge til grunn for regelmessig vurdering av de ulike funksjonene ut i fra fastsatte kriterier, aktivitet og måloppnåelse. Det ble videre lagt til grunn at det skal gjennomføres en større gjennomgang og revidering av planene hvert 5. år. Dagens finansieringsordning skal videreføres og eventuelle nye tjenester skal dekkes innen gjeldende økonomiske rammer og finansieringssystem.

2.2. Status

Styringssystemet for høyspesialiserte tjenester ble etablert i 1990 og aktiviteten har vært regulert gjennom gjentatte rundskriv (gjeldende er I-19/2003). Siste gjennomgang av tjenestene ble gjort i januar 2002, men det har vært lite dynamikk spesielt knyttet til avvikling av tjenester og vurdering av nye behov.

Pr i dag finnes det 33 nasjonale behandlingstjenester, 9 flerregionale² behandlingstjenester og 45 nasjonale kompetansetjenester. RHF-ene overtok i 2006 ansvaret for kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. De 16 kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger var også inkludert i oppdraget, men foreslås håndtert i et eget arbeid. Helsedirektoratet har en særskilt rolle i forhold til oppfølging av disse sentrene, blant annet gjennom forslag til fordeling av diagnoser og de årlige budsjettprosessene.

2.3. Prosess

Helse Vest RHF fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lede arbeidet og det ble etablert en prosjektorganisasjon med en prosjektgruppe med to deltakere fra hver region og et sekretariat. De regionale fagdirektørene og en tillitsvalgt er styringsgruppe for prosjektet. De konserntillitsvalgte i RHF-ene valgte en felles representant som har vært medlem i styringsgruppen. Arbeidet er forankret i RHF-AD-møtene.

I tillegg til prosjekt- og styringsgruppens arbeid har det vært etablert 62 arbeids- og utredningsgrupper for å vurdere både eksisterende tjenester og nye søknader. I første rekke har fagmiljøene, men også brukere og universitetsrepresentanter vært involvert i dette omfattende arbeidet.

Brugerorganisasjonene har gjennom brukerutvalgene i RHF-ene blitt invitert til å delta i utredningsgruppene, men har ikke kunnet, eller ønsket å stille representanter i alle gruppene. Heller ikke universitetene har kunnet stille med representanter til alle utredningsgruppene de ble invitert til å delta i.

Det har vært avholdt møte med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. De ble forespurt om å gjøre en faglig vurdering knyttet til fire av behandlingstjenestene, men hadde kun mulighet til å vurdere to av disse.

Det har også vært avholdt møter med Helsedirektoratet som ikke ønsket å delta i arbeids- og utredningsgrupper eller delta i prosessen før levering av rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har bidratt med informasjon om kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger.

² Flerregionale funksjoner: nasjonale behandlingstjenester er høyt spesialisert klinisk virksomhet som ut fra en samlet vurdering av behov, vanskelighetsgrad og kostnader skal utøves ett (landsfunksjon) eller to (flerregional funksjon) steder i landet.

Prosjektet har utarbeidet vedlagte rapport. Det er også etablert en egen nettside for prosjektet, og rapporten med vedlegg kan også lastes ned fra: <http://nasjonale-tjenester.ihelse.net>.

Under følger en kort oppsummering av rapporten. Videre er sentrale elementer i arbeidet drøftet spesielt.

3. Oppsummering av rapport

Totalt er 180 tjenester vurdert. Dette omfatter 87 eksisterende tjenestene, 5 ulike oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og RHF og 88 nye søknader fra helseforetakene fremsatt via eget RHF.

Vurderingene er basert på en gjennomgang av eksisterende tjenester og søknader om nye tjenester, og med utgangspunkt i kriterier nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev av 17.03.09 og gjeldende rundskriv I-19/2003³. Kriteriene tar utgangspunkt i at nedslagsfeltet for nasjonale tjenester alltid vil være landet som helhet.

Videre er det utarbeidet resultatmål for tjenestene og disse er utformet på en slik måte at de kan integreres i gjeldende rapporteringssystem som allerede er etablert og som skal benyttes av alle RHF. Det er utarbeidet forslag til sammensetning av referansegrupper for tjenestene og mandat for disse.

3.1. Behandlingstjenester

Formålet med *sentraliserte, høyspesialiserte behandlingstjenester* er å bidra til:

- Sikring av tjenestens kvalitet
- En rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester
- Forsvarlige helsetjenester
- Rasjonell utnyttelse av tilgjengelige ressurser
- En rimelig geografisk spredning av høyspesialisert pasientbehandling

Landsfunksjoner og flerregionale funksjoner omfatter sjeldne lidelser der det ut fra en samlet vurdering av kvalitet, befolkningens behov, spesialiseringsgrad og kostnader kun skal gis tilbud ett eller to steder i landet. Funksjonene skal bygge på etablert behandling med et godt vitenskapelig dokumentert kunnskapsgrunnlag. Utprøvende behandling og forskningsaktivitet reguleres ikke gjennom dette styringssystemet. Det forutsettes en helsemessig gevinst i form av bedre prognose eller livskvalitet ved sentralisering av behandlingen.

- Med dette som utgangspunkt anbefales en videreføring av 23 landsfunksjoner (av 33) og 5 flerregionale funksjoner (av 9), samt etablering av 16 nye landsfunksjoner og 2 nye flerregionale funksjoner (det vises til vedlegg 1 og 2 for oversikt)

3.2. Kompetansetjenester

Formålet med *nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten* er å utvikle og heve kvaliteten på de leverte helsetjenestene, herunder å levere dem så kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse. Nasjonale kompetansesentre vil bli vurdert på aktivitet og måloppnåelse.

Nasjonale kompetansesentre bør ved behov selv kunne drive pasientbehandling tilknyttet virksomheten, men dette innebærer ikke en sentralisering av pasienter fra andre regioner. Hovedoppgavene er undervisning, informasjonsvirksomhet, veiledning, rådgivning, forskning og fagutvikling. Det forutsettes

³ Rundskriv I-19/2003: Om høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra. Rundskrivet er tilgjengelig fra nettsiden <http://www.regjeringen.no>. Vedlagt rundskrivet er en liste over godkjente landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre. Listen er oppdatert pr. september 2007.

aktivitet på alle disse områdene. Det skal dokumenteres behov for kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning.

- Med dette som utgangspunkt anbefales en videreføring av 28 nasjonale kompetansesentre (av 45), samt etablering av 12 nye (det vises til vedlegg 3 for oversikt)

4. Innspill fra helseforetakene

AD-møtet ble 9. oktober enig om at det samlede forslaget fra prosjektet skulle sendes ut til alle helseforetakene og private ideelle sykehus med avtale med RHF slik at disse fikk anledning til å gi innspill til forslaget som da forelå. Etter føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 05.10.09 vil departementet ta ansvar for en høring av andre sentrale aktører i tråd med de føringer som er gitt i brev av 17.03.08.

Det har kommet 20 innspill fra helseforetakene og private ideelle sykehus/institusjoner, og disse er vurdert i forhold til de forslag som forelå. Videre er det kommet tre innspill fra pasientforeninger og ett innspill fra faggrupper som blir videresendt til Helse- og omsorgsdepartementet for høringen som Helse- og omsorgsdepartementet selv vil gjennomføre, jf. brev av 05.10.09. Oversikt over innspillene følger i vedlegg 5.

Innspillene fra foretakene er i all hovedsak knyttet til enkelttjenester, og det er naturlig nok mest fokus på tjenester som foreslås avvirket. Noen ber om en fornyet vurdering av forslaget, men har ikke lagt fram nye momenter eller argumenter knyttet til innspillene som har medført at innstillingene er endret. Videre er det en del støtteerklæringer til opprettelse av tjenester samt at det stilles spørsmål ved opprettelse av noen kompetansetjenester. Det vises ellers til høringsuttalelsene vedlagt rapporten.

Det er og kommet innspill i forhold til finansiering av kompetansesentrene og den geografiske fordeling av tjenestene.

Finansiering

Det blir påpekt at manglende finansiering av kompetansetjenester knyttet til behandlingstjenester er en utfordring, og at en oppretting av den skjeve finansieringen av eksisterende kompetansetjenester må sikres. Videre at historiske skjevheter bør rettes opp før nye tjenester etableres. Det blir stilt spørsmål ved om det vil være nok ressurser til dette uten at rammen fra Helse- og omsorgsdepartementet økes.

Det uttrykkes ellers bekymring for hvordan videre finansiering skal sikres for tjenester som foreslås avvirket som kompetansetjenester der deler av aktiviteten bør videreføres, men ikke som kompetansetjeneste.

Geografisk spredning

Det blir påpekt at forslaget som foreligger vil forverre en i utgangspunktet skjev geografisk fordeling av behandlingstjenester og øker problemene med ikke-likeverdig tilgang til høyspesialisert behandling. Det er ikke alltid godtgjort at en sentralisering vil bedre kvaliteten i behandlingstilbudet.

Videre at velfungerende og dynamiske kompetansesentra gir en god mulighet for faglig utvikling i en nettverksbasert struktur i Norge, og at innstillingen er bedre geografisk balansert i forhold til kompetansetjenester enn behandlingstjenestene.

Ellers påpekes det at innstillingen vil styrke den nasjonale styringen av tjenestene som er nødvendig for å sikre faglig forsvarlig og effektiv ressursbruk.

5. Forslag til nasjonale tjenester i et femårsperspektiv

Med bakgrunn i forslag fra styringsgruppen til AD-møtet og en vurdering av innspill fra HF og senere behandling i styringsgruppen og i AD-møter, foreligger det nå et samlet forslag fra prosjektet der en foreslår videreføring, etablering, avvikling og avslag på søknader. Dette er illustrert i tabellen under:

Tabell 1 Resultatet av RHF-enes gjennomgang av nasjonale tjenester

	Videreføring	Etablering av nye	Avvikling	Ikke innstilt	Forslag om videreføring og etablering av nye, samlet antall
Behandlingstjenester	23	15	5	31	38
Flerregionale behandlingstjenester	5	2	4	2	7
Kompetansetjenester	28	12	19	30	40

I vedlegg 1, 2 og 3 følger oversikt over hvilke tjenester dette gjelder og hvor de er geografisk plassert.

Tabell 2 og 3 under viser en oversikt over tjenester som foreslås videreført og etablert fordelt på fagområde og region. Tabellene viser også antall tjenester som en foreslår avvikles. Etablering av nasjonale tjenester medfører sentralisering som gir utfordringer langs to dimensjoner. I forhold til pasientene er det viktig å se til at alle har lik tilgang til tjenestene. I tillegg må det geografiske aspekt vurderes i forhold til plassering av tjenesten, jf. Helse- og omsorgsdepartementet's brev av 17.03.08.

En detaljert oversikt over foreslåtte nasjonale behandlingstjenester gis i vedlegg 1 og 2. Det er ikke foretatt en innbyrdes prioritering av behandlingstjenestene.

Tabell 2 Nasjonale behandlingstjenester – fordelt på fagområde og region⁴

Nasjonale behandlingstjenester		Somatikk				Psykiatri	Rus	Hab/Rehab.	TOTALT
		Kirurgi	Medisin	Tverrfaglig	Annet				
Helse Nord	Videreførte				1			1	
	Nye							0	
	Utgår							0	
Helse Midt-Norge	Videreførte	½			2			2 ½	
	Nye	½						½	
	Utgår	1			1			2	
Helse Sør-Øst	Videreførte	11	½	6	1	1		19 ½	
	Nye	6		1	3		2	12	
	Utgår	1 ½	1 ½		3			6	
Helse Vest	Videreførte	½	½	2	2			5	
	Nye	3 ½			1			4 ½	
	Utgår	1 ½	½					2	
Totalt (videreførte/etablerte)		22	1	9	10	1	2	45	

Tabell 3 Nasjonale kompetansetjenester – fordelt på fagområde og region

Nasjonale kompetansetjenester		Somatikk				Psykiatri	Rus	Hab/rehab	TOTALT
		Kirurgi	Medisin	Tverrfaglig	Annet				
Helse Nord	Videreførte			1	2			3	
	Nye			1			1	2	
	Utgår							0	
Helse Midt-Norge	Videreførte	1	1	2				4	
	Nye		1		1			2	
	Utgår	4			1 ½			5 ½	
Helse Sør-Øst	Videreførte		5 ½	3	3		2	13 ½	
	Nye	1	1		1	2	2	7	
	Utgår		2	2	2		2	8	
Helse Vest	Videreførte	1	6 ½					7 ½	
	Nye		1					1	
	Utgår		2		3 ½			5 ½	
Totalt (videreførte/etablerte)		3	16	7	7	2	2	40	

⁴ Tabellen inkluderer de flerregionale behandlingstjenestene, og disse er talt som 1 tjeneste, dvs. ½ for hver av de to regionene som deler behandlingstjenesten.

Fire av kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger inngår i vurderingen av nasjonale kompetansetjenester fordi de finnes omtalt i vedlegg til rundskriv I-19/2003: 1) kompetansesenter for medfødte muskelsykdommer og 2) nasjonale tjenester for epilepsi (som begge er nevnt spesifikt i oppdragsbrevet av 17.03.08), 3) Norsk senter for cystisk fibrose, og 4) Nasjonalt kompetansesenter for dysmeli (som begge står oppført som nasjonale medisinske kompetansesentre i rundskriv I-19/2003).

Nasjonale kompetansetjenester - rangering

Det er utarbeidet et samlet forslag til nasjonale kompetansetjenester, jf. oversikt i vedlegg 3. Forslaget er utarbeidet med bakgrunn i kriteriene i rundskriv I-19/2003 og Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsbrev av 17.03.08. Det er spesielt lagt vekt på kunnskapssvake områder og områder med særskilte behov for nasjonal oppbygging av kompetanse.

Det gjort en samlet rangering av de kompetansetjenestene som det er enighet om bør videreføres/etableres. De samme kriterier som er brukt for samlet forslag er lagt til grunn for en rangering i gruppe A, B og C. Tjenestene i A, B og C er ikke innbyrdes rangert.

Kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger

Det antas at det i Norge finnes ca. 30 000 personer som har en sjelden sykdom (definert som mindre enn 5 tilfeller per 10 000 innbygger). Totalt er det beskrevet over 16 000 ulike typer sjeldne tilstander, men i den norske befolkning er kun ca. 650 av disse påvist.

De 16 kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger dekker ca. halvparten av de aktuelle diagnosene og har i stor grad et livsløpsperspektiv knyttet til virksomheten. Det vurderes ikke som tilstrekkelig å gjennomgå de eksisterende kompetansetjenestene knyttet til sjeldenfeltet, opprette nye eller fordele alle kjente diagnoser til en bestemt kompetansetjeneste på samme måte som en har gjort for de nasjonale kompetansesentrene. Dette er et komplekst felt med mange ulike aktører og interesser, og det er behov for en bred, mer involverende prosess for å oppnå et godt resultat. Brukerperspektiv vil være sentralt i et slikt arbeid. RHF-ene har ikke sett det som mulig å gjennomføre en slik gjennomgang innenfor rammene for dette prosjektet.

Rapporten beskriver og drøfter de spesifikke utfordringene denne pasientgruppen møter; 1) primærdiagnostikk – denne er viktig både i forhold til videre medisinsk utredning og behandling og planlegging i forhold til "leve med" den sjeldne medisinske tilstanden; 2) behandling av den medisinske grunntilstanden; 3) "leve med" perspektivet eller livsløpstilbud; 4) behandling av alminnelige sykdommer og tilstander som ikke er direkte relatert til grunntilstanden, men der kunnskap om grunntilstanden kan påvirke/ha betydning for behandlingen.

Det foreslås derfor at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer å initiere et eget arbeid knyttet til disse kompetansetjenestene i løpet av 2010. Dette vil være i tråd med et initiativ fra EU i forbindelse med utarbeiding av handlingsplaner for landene i EU-området. Til tross for at det pr i dag er mangler knyttet til oversikt og kunnskap om tilbudene i Norge, er informasjonsgrunnlaget tilstrekkelig til å kunne starte opp et slikt arbeid. RHF-ene bør kunne påta seg et slikt arbeid i samarbeid med bruker- eller pasientorganisasjonene og Helsedirektoratet.

Det er spesielt viktig å få med seg de som i dag ikke har et tilbud innen de eksisterende kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger.

6. Særskilte utfordringer

6.1. Finansiering

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsbrevet av 17.03.08 presisert at gjeldende finansieringsordning for de nasjonale tjenestene skal videreføres. Behandlingstjenestene finansieres via ISF-ordningen, og de nasjonale kompetansetjenestene finansieres via en øremerket ramme fra Helse- og omsorgsdepartementet over statsbudsjettet (Ot.prp. nr 1).

Behandlingstjenestene finansieres via ISF-systemet ved de betalingsordninger som er etablert for gjestepasientoppgjør. Ved eventuell endring må RHF-ene samlet bli enige om nye betalingsordninger.

Spørsmålet om at behandlingstjenestene ikke får dekket sine reelle kostnader via gjeldende betalingsordning ligger utenfor mandatet for dette arbeidet.

Det forutsettes fra Helse- og omsorgsdepartementet sin side at behandlingstjenestene også har en kompetansetjeneste knyttet til den sentraliserte behandlingen. Kompetansetjenesten er ikke finansiert via ISF-systemet eller gjennom egne øremerkede tilskudd. I rapporten er dette pekt på som en økonomisk belastning for RHF-ene.

Nasjonale kompetansetjenester er svært ulikt finansiert. Noen av sentrene har ingen finansiering innen den statlige finansieringsrammen fra Helse- og omsorgsdepartementet, men finansieres i sin helhet fra aktuelt RHF. Vedlegg 4 synliggjør dette.

Finansiering av kompetansetjenester bør gjennomgås for å bli mer harmonisert. Forslaget om avvikling av kompetansetjenester, av faglige grunner, innebærer at det kan fristilles midler til bruk for bedre finansiering av eksisterende tjenester og oppretting av nye tjenester der de nasjonale behovene er tydelige. Ved en avvikling må alminnelige regler i arbeidslivet følges i forhold til personell.

6.2. Utenlandsbehandling

Innstillingen som nå foreligger inneholder ikke forslag om overnasjonale tjenester på gruppenivå. Ved vurdering av om tjenester skal organiseres som en overnasjonal tjeneste på tvers av landegrensener må det samtidig tas hensyn til hvilke konsekvenser dette kan få for nasjonale behov for kompetanse og beredskap. Det må derfor gjøres nøye vurderinger før en slår fast at tjenesten ikke skal tilbys i Norge samtidig som vi vet at det er faglige kontakter og samarbeid med nordiske og internasjonale fagmiljøer og en viss henvisning av pasienter (utenom ordningen med utenlandsbehandling etter egen forskrift).

Før en starter prosesser med sikte på arbeidsdeling mellom flere land i forhold til høyspesialiserte og kostbare funksjoner må dette arbeidet forankres hos sentrale myndigheter i de respektive land med forpliktende mandat til de involverte. Utenlandsbehandling må også vurderes i forhold til andre nasjonale utredninger, spesielt utprøvende behandling/eksperimentell kreftbehandling.

Utenlandsbehandling er imidlertid ikke nødvendigvis et enten-eller opplegg med avgjørelse tatt på gruppenivå. Fordi all relevant pasientinformasjon i dag kan utveksles digitalt over hele verden er det i mange tilfeller mulig å dra nytte av utenlandsk kompetanse selv om mye av utredning og behandling fortsatt kan foregå i Norge. Ved utenlandsbehandling må en også sikre seg at en bygger nasjonal kompetanse slik at blant annet oppfølging kan skje i Norge.

6.3. Utfordringer knyttet til avvikling av kompetansetjenester

Det foreslås avvikling av noen kompetansetjenester der hovedbegrunnelsen er at tjenesten ikke fyller de kriterier og krav som er stilt til en nasjonal tjeneste, men der tjenesten likevel har en tung og anerkjent forskningsaktivitet som isolert sett bør støttes og videreføres som sådan.

Her har en både en pedagogisk utfordring i forhold til forslaget om avvikling, og en økonomisk utfordring ved at forskningsaktiviteten bør videreføres og styrkes dersom finansieringen skal endres i tråd med endret status.

6.4. Fremtidig styringssystem

De nasjonale tjenestene skal følges opp gjennom en vurdering av årsrapporter på bakgrunn av tjenestenes rapporteringsplikt. Rapportene skal behandles i tjenestens referansegruppe, og sendes via RHF-ene til Helse- og omsorgsdepartementet v/Helsedirektoratet. Helsedirektoratet gir råd til Helse- og omsorgsdepartementet om hver enkelt tjeneste ut fra tilgjengelig informasjon (årsrapportene). Oppfølging skal skje av RHF-ene ut fra rapportene fra tjenestene, men ikke minst i forhold til informasjon og forbedringspunkter som kommer fram gjennom Helsedirektoratets gjennomgang. Det kan pekes på flere forhold som ikke fungerer ved dagens system:

- Ulik rapporteringspraksis.
- Referansegruppe mangler for mange tjenester, og benyttes i liten grad ved oppfølging av tjenesten.

- Helsedirektoratets anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet er ikke tilgjengelig for RHF-ene, og de kommer heller ikke i særlig grad til syne i oppfølgende dokumenter fra departementet. Unntaket er påpekning av manglende referansegrupper, som har vært gjentatt i flere år.
- Styringssystemet for høyspesialiserte tjenester har siden etablering i 1990 vært preget av lite dynamikk spesielt knyttet til avvikling av tjenester og vurdering av nye behov.

RHF-enes gjennomgang i 2008/2009 har i hovedsak vært en "bottom up" tilnærming basert på innsendte søknader om nye tjenester og varsling av udekkede behov. Helse- og omsorgsdepartementet legger opp til totalgjennomganger hvert femte år. Ved disse revisjonene bør vurderes en "top down" tilnærming der man definerer behov for nasjonale tjenester og så finner aktuell utfører i Norge eller utenlands.

Utover disse revisjonene er det viktig å få etablert et dynamisk styringssystem som ikke bare forvalter en statisk og detaljert 5-årsplan. Et nytt system bør løpende fange opp den medisinske og teknologiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten under ett. Her må nasjonale perspektiver som kvalitet, brukerperspektiv, regionalisering av spesialisthelsetjenesten, involvering av alle helseregioner og geografisk fordeling vektlegges.

Ett alternativ for et bedre og mer dynamisk system som også innebærer et løpende samarbeid med Helsedirektoratet, Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, samt universitetene, er at det etableres en sekretariats- eller driverfunksjon for den løpende prosessen, med en permanent og kompetent stab.

Sterkere nasjonal styring av de nasjonale tjenestene kan også videreutvikles gjennom følgende:

- Det bør komme klart fram hvilke nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenester som skal inngå i det enhetlige styringssystemet. Dersom en tjeneste inngår i RHF-enes "sørge for" ansvar, bør den inngå i det enhetlige styringssystemet.
- De nasjonale tjenestene er et felles anliggende for RHF-ene, og tjenestenes referansegrupper vil spille en sentral rolle i den løpende oppfølgingen av tjenesten. RHF-ene har klargjort referansegruppens rolle gjennom å utarbeide et kjernemandat som beskriver sammensetning, oppnevning og oppgaver.
- Den årlige rapporteringen bør inneholde informasjon som gjør det enklere å vurdere om den nasjonale tjenesten oppfyller kriteriene. RHF-ene har utarbeidet forslag til klare resultatkrav for tjenestene.
- Oppfølgingen av årsrapporter bør få et mer tydelig løp, der RHF-ene har faste tidspunkt for oppfølging av utfordringer som kommer fram gjennom rapportene, og der resultatet av Helse- og omsorgsdepartementet /Helsedirektoratets gjennomgang av rapportene får en kortere sløyfe tilbake til RHF-ene og tjenestene/referansegruppene.

Dersom den årlige oppfølgingen av de nasjonale tjenestene skjer i samsvar med anbefalingene, vil de mer omfattende gjennomgangene hvert femte år, som det legges opp til fra Helse- og omsorgsdepartementet, kunne gjennomføres på en enklere måte, der den mest arbeidskrevende delen vil være knyttet til behov for nye tjenester.

På bakgrunn av anbefalingene i rapporten, foreslås endringer i eksisterende rundskriv og forskrift. Videre at det opprettes en felles portal for nasjonale tjenester med enkelt tilgjengelig og oppdatert informasjon.

6.5 Særskilte merknader

Det er ikke oppnådd full enighet om alle forslag til nasjonale tjenester, og innstillingen om nasjonal behandlingstjeneste for kirurgisk behandling av hjernesvulst hos barn er derfor delt, jft pkt 6.3 i vedlagte rapport.

Vedlegg:

1. Nasjonale behandlingstjenester
2. Flerregionale behandlingstjenester
3. Nasjonale kompetansetjenester
4. Kompetansetjenester som anbefales etablert, videreført og avviklet – dagens finansiering
5. Oppsummering av høringsuttalelser fra helseforetakene og private ideelle sjukehus/institusjoner