

Veileder:

Deling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord

- Hvilke somatiske sykehusfunksjoner skal finnes på et sykehus?**
- og vurderingskriterier for funksjonsdeling**

Innhold

1. Formål	3
2. Begrepsavklaringer	3
2.1 Helseforetak	3
2.2 Regionssykehus	4
2.3 Lokalsykehus	4
2.4 Sykehusområde	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2.5 Universitetssykehus.....	4
2.6 Akuttsykehus	4
2.7 Stort akuttsykehus.....	4
2.8 Sykehus uten akutfunksjoner	5
2.9 Nettverk.....	5
3. Sykehusstrukturen i Helse Nord	5
3.1 Lokalsykehus	5
3.2 Somatiske spesialistfunksjoner på lokalsykehus i Helse Nord	6
3.3 Funksjoner ut over lokalsykehusfunksjoner.....	9
3.4 Nettverkssamarbeid – faste og midlertidige avtaler.....	11
4. Funksjonsdeling i Helse Nord	12
4.1 Kriterier som bør vurderes ved funksjonsdeling i regionen.....	13
4.2 Helsedirektoratets normerende funksjon.....	15
4.3 Saksgang ved vurdering av funksjonsdeling innen regionen	16
5. Anbefalinger.....	17
5.1 Lokalsykehus	17
5.2 Funksjonsdeling	17

1. Formål

Hvilke sykehusfunksjoner skal et sykehus eller et helseforetak tilby? Hvilke sykehus skal gjøre hva? Deling av funksjoner mellom sykehus er ofte tema for diskusjoner i fagmiljø og blant beslutningstakere. Disse diskusjonene er nødvendige og engasjerer mange. Det er imidlertid ikke alltid enighet om hva som må tas hensyn til når endringer skal besluttes.

Denne veilederen skal være til hjelp i slike diskusjoner og utredninger. Den bidrar til å klargjøre hvilke funksjoner som må finnes ved alle sykehus (lokalsykehusfunksjoner) og hvilke funksjoner vi kan eller bør samle på ett eller få sykehus. Veilederen beskriver også hvilke kriterier som skal vurderes før endringer i funksjonsdeling.

2. Begrepsavklaringer

Organisering av sykehus og betegnelsene som brukes på våre helseinstitusjoner har variert og utviklet seg over tid.

Betegnelsen kan si noe om hvilken befolkning sykehuset skal yte tjenester til. Dette finner vi i begrepene regionssykehus, områdesykehus og lokalsykehus.

Betegnelsen kan også si noe om hvilken rolle sykehuset har. Dette finner vi i begrep som universitetssykehus og akuttisykehus.

Helseforetak er et begrep som brukes for å si noe om organisasjonsform.

Samarbeid kan etableres mellom sykehus innen et helseforetak og mellom helseforetak. Når samarbeidet formaliseres og gjøres forutsigbart, omtales dette som nettverk eller team av sykehus.¹

Det er nødvendig å ta utgangspunkt i en felles forståelse av begrepene for å unngå misforståelser og uklarhet. I de følgende avsnittene er det derfor beskrevet hvordan begrepene er forstått i denne veilederen.

2.1 Helseforetak

Helseforetak betegner både regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF). De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen i helseregionen får dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester. De underliggende helseforetakene er en samling av flere sykehus i et organisatorisk samarbeid for å yte best mulig spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt område. Tjenestene skal være i samsvar med kravene i lovgivningen og de rammer som settes av de regionale helseforetakene.²

¹ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), Stortingsmelding 11 (2015–2016)

² <https://sml.sn.no/helseforetak>

2.2 Regionssykehus

Det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. De fire regionsykehusene er Universitetssykehuset Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Disse sykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. Regionssykehusfunksjonen omhandler aktiviteter og tjenester knyttet til pasientbehandling og diagnostikk.³

2.3 Lokalsykehus

Det sykehus som yter grunnleggende spesialisthelsetjenester til en definert befolkning lokalt. I dette dokumentet brukes lokalsykehus om de sykehus som hovedsakelig har lokalsykehusfunksjoner. Vi forsøker således å nyansere begrepsbruken ved å skille på lokalsykehusfunksjoner (som også inngår regionssykehus) og lokalsykehus.

2.4 Sykehusområde

Begrepet beskriver sykehus som innen noen tjenesteområder/spesialiteter har ansvar for et område som strekker seg ut over sykehusets helseforetaksområde, men ikke hele regionen.

Ett sykehus vil ha områdefunksjon også for pasienter i opptaksområdet til andre sykehus i helseforetaket.

2.5 Universitetssykehus

Det eller de sykehus i regionen som har en særskilt akademisk virksomhet som omfatter både forskning og utdanning. Sykehuset/helseforetaket må ha et nært samarbeid med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisiner og annet helsepersonell. Universitetssykehusfunksjonen omhandler den akademiske virksomheten i sykehuset. Det regionale helseforetaket søker til Helse- og omsorgsdepartementet om godkjenning til å kunne benyttet betegnelsen universitetssykehus.⁴

2.6 Akuttsykehus

Betegnelsen akuttsykehus⁵ brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig

2.7 Stort akuttsykehus

Betegnelsen stort akuttsykehus brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec3#KAP12-11>

⁴ <https://lovdata.no/forskrift/2010-12-17-1706>

⁵ Begrepene akuttsykehus, stort akuttsykehus og sykehus uten akuttfunksjoner er alle hentet fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019.

60 000–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.

2.8 Sykehus uten akutfunksjoner

Betegnelsen sykehus uten akutfunksjoner brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akutfunksjoner.

2.9 Nettverk

Nettverk brukes i denne sammenheng om et sterkt og forpliktende samarbeid mellom sykehus innen et helseforetak eller mellom helseforetak. Nettverkene skal sikre god oppgavefordeling. Videre skal de sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger.

3. Sykehusstrukturen i Helse Nord

3.1 Lokalsykehus

Helse Nord's elleve somatiske sykehus (tolv når vi inkluderer Svalbard), er alle lokalsykehus for befolkningen i sitt opptaksområde.

Lokalsykehusene skal gi spesialiserte helsetjenester nær der folk bor. Lokalsykehusenes antall og plasseringer har dels en historisk begrunnelse, samtidig som de bygger opp under et ønske om et desentralisert bosetningsmønster med likeverdige helsetjenester.

Grunnleggende lokalsykehusfunksjoner er å ivareta de vanligste sykdommene som trenger spesialisert behandling, pasienter som innlegges ofte, pasienter med kroniske sykdommer, eldre pasienter og pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten over lang tid. Dette gjelder både ved planlagte innleggelser og ved øyeblikkelig hjelp. Fastlegene og legevakten er for mange pasienter inngangsporten til lokalsykehusene ved behov for øyeblikkelig hjelp.

3.1.1 Lokalsykehus og akutfunksjoner

I diskusjonen om plassering av akutfunksjoner blir avveiningene mellom ulike hensyn særlig betydningsfull. På den ene siden har medisinsk utvikling skapt behov for sentralisering av visse funksjoner, mens det på den andre siden er visse funksjoner som må tilbys nært der pasientene bor. De fleste tidskritiske tilstandene finner vi innen akutt indremedisin. Et sykehus med indremedisinsk akuttberedskap støttet av anestesi, vil kunne behandle pasienter med de hyppigste forekommende akutte tilstander som for eksempel akutt pustebesvær, infeksjoner og akutt hjerneslag.

Det anslås at 60–65 % at pasienter som innlegges akutt i sykehus har en indremedisinsk tilstand. I denne pasientgruppen er de fleste eldre, og mange står på flere ulike legemidler. Blant disse pasientene er det høyere forekomst av demens og

forvirringstilstander. Mange av pasientene lider av vanlige sykdommer som KOLS, hjertesvikt og diabetes. Denne store pasientgruppen vil i stor grad kunne bli ivaretatt godt og ha ekstra nytte av å få tilbud på et lokalsykehus. Kortere reisevei, hyppigere kontakt med pårørende og nært samarbeid med den lokale primærhelsetjenesten er forhold som kan bidra positivt i pasientforløpet.

3.1.2 Fødetilbudet

De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet er nedfelt i Stortingsmelding nr. 12 (2008–2009)⁶ og definerer inndeling av fødeinstitusjoner i tre nivå: kvinneklinikk, fødeavdelinger og fødestuer. Det finnes nasjonale normative retningslinjer for seleksjon mellom disse nivåene. Kvinneklinikk og fødeavdelinger må ha tilgjengelig operasjonspersonell og anestesiteam for akutte hendelser og keisersnitt. Dette er ikke en forutsetning for jordmorstyrte fødestuer.

3.2 Somatiske spesialistfunksjoner på lokalsykehus i Helse Nord

Lokalsykehus er tidligere omtalt som et begrep som kan omhandle lokalisering eller innhold. Når grunnleggende funksjoner i lokalsykehus skal beskrives, gjøres dette ut fra helseforetakets samlede tilbud. Ethvert helseforetak må vurdere om funksjoner skal deles, basert på bosettingsmønster, opptaksområdets geografiske størrelse og lokaliseringen av det enkelte sykehus.

Finnmarkssykehuset har for eksempel etablert akuttkirurgisk beredskap både i Hammerfest og i Kirkenes på grunn av store geografiske avstander til tross for liten befolkning. Helgelandssykehuset har innen flere spesialiteter funksjonsdelt mellom sykehusene da avstandene mellom de tettbefolkede områdene på Helgeland er mindre.

Alle helseforetak skal ha funksjonen som beskrives som akuttpsykehus tilgjengelig for befolkningen. Tilgjengelighet omhandler her både faglig innhold og tidsperspektivet.

En oversikt over grunnleggende lokalsykehusfunksjoner vil imidlertid aldri bli dekkende på detaljnivå og den vil være i endring over tid. Når det for eksempel står i en oversikt at et lokalsykehus skal tilby MR-undersøkelser, sier det ingenting om hvorvidt alle forventes å beherske MR-tynntarm.

3.2.1 Akuttpsykehus

Et lokalsykehus med akuttfunksjon må som et minimum håndtere akutte indremedisinske lidelser⁷ som f.eks. akutt hjertesykdom, infeksjoner, hjerneslag (slagenhet) og lungesykdom. I tillegg skal det være anestesilege i vakt og planlagt eller

⁶ En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

⁷ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) Meld.St.11 (2015–2016)

akutt kirurgi. Alle lokalsykehus skal ha vurderings- og stabiliseringskompetanse ved traumer, selv om ikke alle skal være traumesykehus. I tillegg har flere mindre sykehus fødestue.

3.2.2 Lokalsykehusfunksjoner

Følgende spesialiteter bør være tilgjengelig for å dekke lokalsykehusfunksjoner inkludert rollen til akuttpsykehus:

Spesialitet	Beskrivelse	Merknad
Anestesiologi	Tilgjengelig anestesilege i vakt for bistand til akutte kirurgiske og indremedisinske tilstander i tillegg til anestesi ved kirurgiske inngrep. Systemansvar ved intermediær- eller intensivposter.	Ved flere akuttpsykehus er denne funksjonen kombinert med luftambulansetjeneste.
Akutt- og mottaksmedisin	Ny spesialitet. Kan ha systemansvar for klinisk ledelse og triage i akuttmottak.	Kan inngå i generell medisinsk vakt.
Hjertemedisin	Systemansvar for overvåkingsenhet. Utredning og behandling av kardiologiske lidelser med ekkokardiografi, arbeids-EKG, 24-timers-EKG, 24-timers blodtrykk samt logistikk for prehospital og intrahospital trombolyse. Pacemakerkontroll.	Poliklinikk og sengepost.
Lungesykdommer	Utredning og behandling av akutte og kroniske lungesykdommer, infeksjon og respirasjonssvikt.	Poliklinikk med basal respirasjonsfysiologisk utredning og bronkoskopi. Generell medisinsk sengepost.
Fordøyelsesykdommer (gastroenterologi)	Elektiv og akutt utredning og behandling av mage- og tarmsykdommer. Akutte og elektive endoskopiundersøkelser. Biologisk behandling.	Poliklinikk. I de fleste avdelingene er senger integrert i generell indremedisin. Infusjonsenhet ev. i samarbeid med hud og reumatologi.
Indremedisin	Utredning og behandling av akutte og kroniske indremedisinske tilstander, infeksjoner og hjerneslag (slagenhet). Logistikk for trombolysebehandling av hjerneslag.	Poliklinikk og sengepost.
Gastroenterologisk kirurgi	Akutt og elektiv behandling og utredning av akutte og kroniske gastrokirurgiske lidelser. Kreftkirurgi følger av regional funksjonsfordeling.	Poliklinikk og kirurgisk sengepost. Vaktkompetanse for akutt kirurgi.

Generell kirurgi	Akutt og elektiv utredning og behandling av generelle kirurgiske lidelser. Skadepoliklinikk.	Poliklinikk og kirurgisk sengepost.
Radiologi	Akutt og elektiv radiologisk utredning med konvensjonell røntgen, ultralyd, CT og MR. Samhandling ved slagalarm.	Radiologisk vaktberedskap kan organiseres i nettverk. Teleradiologisk vakt omfatter ikke ultralyd eller intervensjoner.
Klinisk biokjemi og mikrobiologi -funksjoner	Akutte og planlagte analyser av basale laboratorieprøver innen medisinsk biokjemi og mikrobiologi	Nettverksamarbeid i analyseoppsett, drift og kvalitetskontroll med regionale spesialavdelinger

Tabell 1 Basale tjenester ved akuttsykehus

Grunnleggende lokalsykehusfunksjoner er også å ivareta de vanligste sykdommene som trenger spesialisert behandling, pasienter som innlegges ofte, pasienter med kroniske sykdommer, eldre pasienter og pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten over lang tid. Dette gjelder både ved planlagte innleggelser og ved øyeblikkelig hjelp.

3.2.3 Andre lokalsykehusfunksjoner som bør finnes i et helseforetak

For å dekke lokalsykehusfunksjonene bør et helseforetak kunne tilby flere spesialiteter i tillegg til spesialitetene ved et akuttsykehus. Hvorvidt disse skal finnes fullt ut i eget helseforetak eller om det skal gjøres avtaler med andre (nettverkssamarbeid), vil være en vurdering som følger av behovet for tilgjengelighet til tjenesten.

Spesialitet	Beskrivelse	Merknad
Barnemedisin	Elektiv og akutt utredning og behandling av pediatrik sykdommer. Bistand til fødeavdeling og stabilisering av nyfødte i påvente av transport til nyfødttintensivavd. Bistand til Statens barnehus.	Poliklinikk og sengepost. Tromsø og Bodø har nyfødttintensivpost med områdefunksjon også for Finnmark og Helgeland med etablerte henteteam for nyfødte.
Barnehabilitering	Behandling og utredning av barn og unge med tidlig ervervede funksjonsnedsettelse med behov for tjenester fra flere sektorer.	Ikke egen spesialitet, men viktig fagområde der barns behov bør løses i nettverkssamarbeid.
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Spesialisert rehabilitering. Bistand til slagenheter.	Poliklinikk og sengepost.
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	Forløsning fra uke 32 selektert til fødeavdeling. Oppfølging og kontroll av alle fødende. Systemansvar for fødestuer og fødeavdeling. Utredning og behandling av akutte og kroniske gynekologiske lidelser unntatt IVF og onkologi.	Poliklinikk og sengepost.

	Kjemoterapi etter avtale med UNN.	
Geriatrici	Teambaserte enheter for geriatrisk utredning. Bistand til slagenhet. Kompetanse og bistand til andre avdelinger og kommuner (f.eks. orto-geriatrici).	Poliklinikk. Senger integrert i generell indremedisin. Ambulant virksomhet og rådgiving til kommunehelsetjenesten.
Hud og veneriske sykdommer	Utredning og behandling av hudlidelser. Lysbehandling. Biologisk behandling.	Poliklinikk med lysbehandling. Infusjonsenhet ev. i samarbeid med gastroenterologi og reumatologi
Kreftsykdommer	I samarbeid med kreftavdelingene oppfølging og behandling av kreftsykdommer, lindrende behandling og seinvirkninger etter behandling.	Poliklinikk, dagpost for kjemoterapi, bistand til andre avdelinger for kurativ og lindrende behandling.
Nevrologi	Utredning og behandling av akutte og kroniske nevrologiske lidelser. Bistand til slagenhetene.	Poliklinikk.
Nyresykdommer	Utredning, behandling og oppfølging av akutte og kroniske nyresykdommer. Dialyse (HD og PD) i avdelinger og ambulant.	Poliklinikk. Dialysebehandling på dagpost og ambulant. Senger integrert i generell indremedisin.
Ortopedisk kirurgi	Akutt og elektiv behandling av akutte og kroniske ortopediske lidelser. Samhandling med fysikalsk medisin og geriatrici.	Poliklinikk og sengepost.
Revmatologi	Utredning og behandling av akutte og kroniske revmatologiske lidelser. Samhandling med fysikalsk medisin. Biologisk behandling.	Poliklinikk. Infusjonsenhet ev. i samarbeid med gastroenterologi og hud.
Urologi	Utredning og behandling av akutte og kroniske urologiske lidelser. Samhandling med onkologisk avdeling i kreftpakkeforløp.	Poliklinikk og kirurgisk sengepost.
Øre-nese-halssykdommer	Utredning av akutte og kroniske tilstander i Øre-nese-halsområdet inkl. hørselstap. Samhandling med audiograf.	Poliklinikk med audiometri. Dagkirurgi ev. kirurgisk sengepost.
Øyesykdommer	Utredning og behandling av akutte og kroniske øyesykdommer.	Poliklinikk, dagkirurgi.

Tabell 2 Spesialiserte tjenester i helseforetak

3.3 Funksjoner ut over lokalsykehusfunksjoner

Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø er regionsykehuset i Helse Nord. Sykehuset skal tilby det aller meste av høyspesialisert diagnostikk og behandling som kreves av et sykehus i dag. Sykehuset betegnes altså både som universitetssykehus, regionsykehus og stort akutt sykehus.

Nordlandssykehuset Bodø har også noen funksjoner ut over lokalsykehusfunksjonene. Noen regionale behandlingstilbud er fordelt hit og sykehuset har områdefunksjoner for Helgelandssykehuset innen noen spesialiteter. Dette gjelder for eksempel noen funksjoner innen psykisk helsevern og barnemedisin.

3.3.1 Regionale funksjoner og spesialiteter

Regionsykehuset skal ha det største tilbudet av regionale og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.

Regionale funksjoner kan deles på flere lokalisasjoner dersom det regionale helseforetaket finner det hensiktsmessig. Oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid mellom sykehus.

Regionale funksjoner og spesialiteter i henhold til dagens funksjonsdeling:

Spesialitet	Beskrivelse	Merknad
Allergologi	Utredning og behandling av mer kompliserte allergiske lidelser.	Regionalt kompetansesenter etablert i Tromsø.
Blodsykdommer	Spesialisert medisin som omfatter både benigne og maligne blodsykdommer som f.eks. leukemi. Preges i økende grad av molekylærbiologi og avansert laboratoriemedisin i tillegg til tradisjonell morfologi.	Nye avanserte behandlingslinjer for spesielt myelomatose har gitt økt aktivitet både ved Nordlandssykehuset og ved UNN. Hematologer tilsatt i Bodø, Harstad og Tromsø. Økt behov for samarbeid mot de øvrige sykehusene i regionen
Endokrinologi	Spesialisert medisin som omfatter hormonforstyrrelser som diabetes mellitus, Mb Addison, veksthormonforstyrrelser og andre mer kompliserte hormonsykdommer.	Behandling av diabetes mellitus er delt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og skjer ved alle helseforetakene. Regionsykehuset har egen endokrinologisk seksjon for utredning og behandling av sjeldne eller kompliserte tilstander.
Håndkirurgi	Akutt og elektiv behandling av skade og korreksjoner i håndregionen.	Spesialavdeling i Tromsø og kompetanse i Bodø Definert som del av ortopedisk kirurgi. Mindre inngrep i håndregionen skjer på flere sykehus i et nettverkssamarbeid.
Immunologi / transfusjonsmedisin	Systemansvar for blodbank og immunologisk diagnostikk.	Det er i dag et organisatorisk og faglig samarbeid mellom UNN og Nordlandssykehuset
Infeksjonsmedisin	Utredning og behandling av akutte og kroniske infeksjoner. Bistand til sykehushygieneavdelinger.	Det er spesialister i infeksjonsmedisin i Tromsø og Bodø.

Kar- og thoraxkirurgi	Omfatter hjertekirurgi, lungekirurgi og operasjoner på sentrale og perifere kar.	Hjertekirurgi er lokalisert til UNN. Lungekirurgi og karkirurgi er delt mellom Tromsø og Bodø. Noe venekirurgi ved andre sykehus.
Klinisk nevrofysiologi	Tidligere en del av spesialiteten nevrologi, men nevrofysiologiske undersøkelser er i dag egen spesialitet	Spesialister i Tromsø og Bodø. Det kan etableres nettverksamarbeid for tolking av undersøkelser fra de andre sykehusene.
Medisinsk biokjemi	Spesialiteten knyttet til laboratorium fra medisinsk biokjemi. Faglig vurdering av analyser og prøvesvar.	Spesialister knytte til lab. i Tromsø og Bodø. Det bør lages nettverksamarbeid for tolking av undersøkelser fra de andre sykehusene.
Medisinsk mikrobiologi	Spesialiteten knyttet til laboratorium fra medisinsk biokjemi. Faglig vurdering av analyser og prøvesvar.	Spesialister knytte til lab. i Tromsø og Bodø. Det bør lages nettverksamarbeid for tolking av undersøkelser fra de andre sykehusene.
Patologi	Spesialiteten knyttet til laboratorium fra patologi. Faglig vurdering av analyser og prøvesvar.	Spesialister knyttet til lab. i Tromsø og Bodø. Det bør lages nettverksamarbeid for tolking av undersøkelser (jf. digital patologi).
Nevrokirurgi	Akutte og elektive inngrep på nervesystemet. Noe ryggkirurgi gjøres også av ortoped med spesialkompetanse på andre sykehus.	Spesialavdeling etablert i Tromsø. Ryggkirurgi på andre sykehus bør avtales i nettverkssamarbeid.
Nukleærmedisin	Spesialiteten knyttet til nukleærmedisinske avdelinger i Tromsø og Bodø.	PET-senter er lokalisert til Tromsø.
Plastikk kirurgi	Akutt og elektiv behandling av skader og korreksjoner.	Spesialavdelingen er etablert i Tromsø med ambulering til Hammerfest. Egen spesialist i Bodø, Enklere inngrep skjer også på lokalsykehus.
Radiologi	Omfatter radiologisk diagnostikk (CT, MR, ultralyd, konvensjonell røntgen) og bildeveiledet intervensjon.	Bildeveiledet intervensjon utføres hovedsakelig i Tromsø og i Bodø. Noen intervensjoner utføres bare i Tromsø (for eksempel «cerebral trombektomi»).

Tabell 3 Regionale funksjoner

3.4 Nettverkssamarbeid – faste og midlertidige avtaler

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) stiller krav om at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehusene skal styrkes og bli mer forpliktende. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavedeling samt samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings-/ambuleringsordninger for å sikre kvalitet i alle ledd.

For enkelte spesialiteter vil lokalsykehusfunksjonen dekkes av en eller få spesialister og tjenesten vil således være sårbar. Planlagt eller uforutsett fravær av noe varighet vil medføre bortfall av funksjonen. Disse situasjonene har vist seg å føre til endringer i den regionale pasientstrømmen og kan oppleves uforutsigbare. Spesielt har UNN til tider opplevd å få en uforutsett økning i henvisninger fra andre helseforetak på grunn av midlertidig bortfall av tjenester.

Forutsigbarhet er en forutsetning for et slikt samarbeid. Sykehusene må kunne planlegge aktiviteten ut fra stabile forutsetninger. Det betyr at alle enheter i nettverket bør kunne ha en planleggingshorisont der vakanser eller andre driftsmessige forhold bli gjort kjent i rimelig tid for samarbeidsparter.

Helseforetakene i regionen forventes å utgjøre en helhet som utfyller hverandre i tilbud. Innen dette nettverket av helseforetak vil det også til tider være nødvendig å be om bistand til å dekke lokalsykehusfunksjonene. Dette kan gjøres ved at spesialister for en avgrenset tidsperiode ambulerer mellom helseforetak eller ved pasientene reiser til annet helseforetak for å få nødvendig diagnostikk og behandling.

Nettverkssamarbeidet forventes å fungere best når regionen har retningslinjer for samarbeidet. Retningslinjene bør for eksempel omhandle plikt til å varsle samarbeidende foretak om bortfall av tjenester, betingelser for ambulering, muligheter til å ta imot økt pasientvolum osv.

Nettverket omfatter alle helseforetak og endring i pasientstrøm må således også kunne gå fra de store til de mindre sykehusene dersom kompetanse og kapasitet er tilgjengelig.

Det foreligger i dag ikke klare retningslinjer i regionen for nettverkssamarbeid. Helse Nord RHF skal ta initiativ til å utarbeide slike.

4. Funksjonsdeling i Helse Nord

I Helse Nord har vi mange sykehus i forhold til befolkningsgrunnlag. Antallet sykehus er delvis historisk begrunnet, men en desentralisert sykehusstruktur må opprettholdes av hensyn til vår store geografiske utbredelse og spredt bosetning.

Funksjonsdeling er når en funksjon (diagnostikk, behandling og oppfølging innen et avgrenset område) besluttes lagt til et begrenset antall sykehus, ett eller få. Endringer i funksjonsdeling kan være sentraliserende eller desentraliserende. Funksjonsdeling kan være nødvendig når visse typer behandling bør samles på et mindre antall helsepersonell, det er behov for teambasert kompetanse, introduksjon av spesielt utstyr eller spesielle prosedyrer, eller av hensyn til organisatoriske og økonomiske forhold som mer effektiv bruk av helsepersonell og færre vaktordninger. Når personell og

kompetanse er mangelvare, kan funksjonsdeling bidra til at kapasiteten blir brukt slik at det samlede tilbudet blir best mulig.

For en rekke tilstander er det dokumentert at mange behandlinger (for den enkelte lege og for det enkelte sykehus) gir bedre kvalitet på behandlingen.

Forskningsoppsummeringer er ikke uttømmende for alle tilstander, og de gir ikke tilstrekkelig grunnlag til å trekke entydige konklusjoner. Forskningen kan sjeldent vise til en grenseverdi for antall behandlinger som klart slår fast at volum over denne grensen gir bedre kvalitet enn under. I tillegg er det i studiene ofte snakk om observasjonelle data som gjør det vanskelig å være sikker på om forskjellene skyldes en volumeffekt eller andre forskjeller mellom lav- og høyvolumsykehus. Det kan det være vanskelig å overføre kunnskap og erfaringer fra helsetjenestesystemer i andre land til Norge.

Medisinsk utvikling understøtter både sentralisering og desentralisering av tjenester. Flere funksjoner som tidligere var forbeholdt få og store sykehus er senere blitt tilgjengeliggjort for mindre sykehus etter som investeringskostnader er redusert og bruk er blitt enklere og mer standardisert. Et godt eksempel på dette er dialyse ved nyresvikt som tidligere ble drevet som høyspesialisert medisin på få sykehus, og som nå tilbys på lokalsykehus og sykestuer. I disse dager er det også til vurdering i nasjonalt system for Nye metoder i spesialisthelsetjenesten et forslag om mer systematisk bruk av hemodialyse i pasientenes eget hjem. Kreftkirurgi er et eksempel på behandling som i stor utstrekning er blitt sentralisert. Dette er begrunnet i færre inngrep og innføring av kirurgiske metoder som krever spesialisert kompetanse og utstyr.

4.1 Kriterier som bør vurderes ved funksjonsdeling i regionen

Helse Nord RHF har blitt bedt om å utarbeide et sett med kriterier som skal ligge til grunn for å vurdere funksjonsdeling og å beskrive saksgangen i slike saker.

Utgangspunktet er hensynet til hva som gagnar den enkelte pasient eller grupper av pasienter.

Kriterier som bør vurderes kan være knyttet til:

1. Egenskaper ved pasientgruppen/sykdommens «egenart»
2. Egenskaper ved behandlingstilbudet
3. Samspillet mellom funksjoner og faggrupper
4. Utdanning og rekruttering
5. Nasjonale kvalitetsindikatorer
6. Grunnleggende verdier i helsetjenesten og prinsipp for prioritering.

4.1.1 Egenskaper ved pasientgruppen/sykdommens «egenart»

Det må gjøres rede for pasientgruppens størrelse (prevalens) og nye tilfeller årlig (insidens).

Dersom det dreier seg om pasienter med svært sjeldne sykdommer, vil dette tale for en sentralisering av behandlingstilbudet. I noen tilfeller vil disse pasientene få sin behandling nasjonalt ev. internasjonalt.

Pasientgruppene med de hyppig forekommende sykdommene vil være store. Dette tilsier at det kan være mulig og hensiktsmessig å etablere behandlingstilbud desentralisert. Det vil være mulig å bygge opp og vedlikeholde kompetanse. Investeringer i lokaler og utstyr begrunnes i utnyttingsgrad. Transportkostnader vil reduseres.

I tillegg til sykdommens forekomst i befolkningen, vil de ulike sykdommene være ulike i sin presentasjon og ha ulike behandlingsmuligheter.

Sykdommer som har akutt preg og hvor tid til behandling er avgjørende for utfallet, krever en særskilt vurdering av behandlingstilbudets tilgjengelighet.

4.1.2 Egenskaper ved behandlingstilbudet

Forhold knyttet til spesialistkompetanse må vurderes. Ved diagnostikk og behandling av sjeldne sykdommer vil et lite antall helsepersonell ha mulighet til å opparbeide seg og vedlikeholde kompetanse. Vurderingen er annerledes når man etablerer tilbud for de store pasientgruppene som «alle» møter. Nasjonale og internasjonale erfaringer bør innhentes.

Andre spørsmål som bør svares ut før beslutning, kan være:

- Hvor tilgjengelig bør behandlingstilbudet være sett opp mot hastegrad?
- Hvilken type utstyr (MTU) kreves for diagnostikk og behandling av pasientgruppen? (Kostbart, krever spesialkompetanse for å betjene, utnyttelsesgrad osv.)
- Hvilke andre funksjoner må man ha tilgjengelig lokalt for å gi behandlingen? (Diagnostikk, anestesi, operasjonssykepleier, fysioterapeut osv.)
- Økonomi.
- Behov for prehospitaltjenester og pasientreiser.
- I hvor stor grad er funksjonen en potensiell støttefunksjon for andre tjenester/tilbud?

4.1.3 Samspillet mellom funksjoner og faggrupper

Hensynet til helheten må tas med i vurderingen. Dersom fraværet av en funksjon (f.eks. diagnostikk eller anestesi) medfører at andre deler av tjenesten ikke kan gjennomføres eller opprettholdes på en forsvarlig måte, må dette synliggjøres. Det bør således alltid gjøres en vurdering av sammenhengen mellom den angjeldende funksjon/oppgave og andre funksjoner i sykehuset. (F.eks. får det konsekvenser for kreftkirurgi dersom en sentraliserer patologi? Får det konsekvenser for kapasitet/kompetanse i regionsykehuset dersom kurativ stråling desentraliseres? I så fall på hvilke måter.)

4.1.4 Utdanning og rekruttering

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for utdanning og spesialisering av helsepersonell. Når oppgaver/funksjoner skal (om)fordeles bør man derfor se på om oppgaven/funksjonen påvirker mulighetene for å ha utdannings-/spesialistkandidater. (Vil endringen f.eks. føre til at flere/færre læringsmål i ny LIS-utdanning kan oppnås i helseforetaket?)

Utdanningssykehuset har ofte et fortrinn når det kommer til å beholde ferdigutdannet personell. Regionen vil ha behov for helsepersonell, og lokal utdanning virker rekrutterende. Den samlede regionale utdanningskapasiteten bør opprettholdes gjennom samarbeid i forpliktende nettverk for å oppnå læringsmål.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) understreker betydningen av regionsykehusenes rolle i det faglige nettverket for å sikre kompetanse i alle deler av nettverket. Deling av funksjoner innen regionen kan gi implikasjoner for universitetsfunksjonen til UNN og bør beskrives.

4.1.5 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Det er utviklet flere nasjonale kvalitetsindikatorer som helseforetakene er forpliktet til å rapportere på. De aller fleste er knyttet til somatisk virksomhet. Utvikling og variasjon i rapporterte kvalitetsindikatorer skal tas med i vurderingen av fordeling og etablering av behandlingstilbud.

4.2 Helsedirektoratets normerende funksjon.

Helsedirektoratet har ikke mandat til å avgjøre fordeling av regionale funksjoner. Det tilligger de regionale helseforetakene på selvstendig grunnlag.

I forarbeidene til Spesialisthelsetjenesteloven §7-3 og Helse og omsorgstjenesteloven §12-5 heter det: «*Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenesteområdet*». «Basert på

sammenstilling av kunnskaps, skal direktoratet opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder.»

I journalforskriften (§8 bokstav H) heter det også: «*Dersom helsepersonell eller institusjoner velger å fravike anbefalinger i en retningslinje, skal dette dokumenteres og begrunnes.*»

- Helsedirektoratet produserer lovrundskriv og temabaserte rundskriv. Disse publikasjonene har størst normativ kraft. Lovrundskriv drøfter og gir fortolkninger og merknader til alle bestemmelser i aktuell lovgivning. Temabaserte rundskriv er en fortolkning av en gruppe lovkrav eller forskriftskrav.
- Direktoratet har et lovfestet mandat til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale veiledere. Av dette følger at anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale veiledere står i en særstilling.
- Helsedirektoratet utgir også anbefalinger og gode eksempler på områder der Helsedirektoratet vurderer at det ikke er relevant eller nødvendig med bred utredning som for eksempel tipshefter, veiviser, håndbok, og lignende. Disse produktene samles nå i stor grad til «faglige råd».
- Alle råd og anbefalinger som Helsedirektoratet gir i disse produktene, bør etterleves av tjenestene fordi de er utviklet og publisert med et formål som Helsedirektoratet som nasjonal fagmyndighet ønsker å oppnå. Retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldige samfunnsetiske normer inngår som aksepterte grunnlag for vurdering av hva som er faglig forsvarlig, se blant annet Prop. 91 L. pkt. 20.5 (2010–2011).
- Produkttypen definerer ikke grad av normering på innholdet. Det gjør imidlertid de modale hjelpeverbene *skal, bør og kan*.

4.3 Saksgang ved vurdering av funksjonsdeling innen regionen

Endringer i funksjonsdeling innen regionen kan omhandle sentralisering eller desentralisering. Dersom innspill til endring kommer fra fagmiljø/avdelinger i et helseforetak, skal disse være forankret hos administrerende direktør i eget helseforetak.

Endringsforslaget formidles til Helse Nord RHF og utredes i fagavdelingen i Helse Nord RHF. Fagavdelingen innhenter råd og anbefalinger fra fagråd og andre aktuelle instanser. Fagavdelingen vil også innlede samarbeid med andre avdelinger i Helse Nord RHF for å få bistand til for eksempel økonomiske analyser.

Fagdirektør Helse Nord RHF vurderer hvorvidt utredning og innstilling tilsier behov for en ekstern høring.

Alle utredninger som omhandler endring i funksjonsfordeling, behandles i fagsjefmøtet sammen med ROS analyse før saken legges frem for ledermøtet Helse Nord RHF.

Administrerende direktører i helseforetak får saken fremlagt i direktørmøtet.

Hvor den endelige beslutningen om endring fattes, vil være avhengig av endringens omfang og konsekvens. I saker hvor innstillingen medfører stor faglig og/eller økonomisk konsekvens, vil saken legges frem til beslutning i styret i Helse Nord RHF.

5. Anbefalinger

5.1 Lokalsykehus

I denne saken er det gitt en oversikt over hvilke lokalsykehusfunksjoner som skal være tilgjengelig for befolkningen i helseforetakets opptaksområde.

Helse Nord RHF vil ta initiativ til å utarbeide retningslinjer som skal benyttes dersom det oppstår situasjoner med midlertidig bortfall av lokalsykehusfunksjoner.

Retningslinjen vil også inneholde mal for avtaler som kan tas i bruk ved ambulering.

De økonomiske betingelsene for samarbeid i nettverk mellom helseforetak må avklares.

5.2 Funksjonsdeling

Fagdirektøren i Helse Nord RHF anbefaler at man tar en regional beslutning om kriterier for funksjonsdeling. De kriteriene som er beskrevet i denne saken tas som utgangspunkt for det videre arbeidet.

Kriteriene skal være besvart før beslutning om funksjonsdeling fattes. Kriteriene skal også være utgangspunkt for målbeskrivelse når risiko- og sårbarhetsanalyser gjennomføres.