

Dokumentansvarlig: Geir Tollåli

Godkjent av: Cecilie Daae

Gyldig for: Helse Nord

Dokumentnummer: RL7587

Versjon: 1.1

Funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord

-veileder for vurdering og saksgang

Dato: 14. mars 2019

Innholdsfortegnelse

Innledning og bakgrunn.....	4
1. Kriterier som bør vurderes ved funksjonsdeling i regionen.....	5
1.1 Grunnleggende verdier i helsetjenesten og prinsipp for prioritering	6
1.2 Nasjonale normative føringer.....	6
1.3 Nasjonale kvalitetsindikatorer og Helseatlas	7
1.4 Egenskaper ved pasientgruppen/sykdommens «egenart».....	7
1.5 Egenskaper ved behandlingstilbudet	7
1.6 Samspillet mellom funksjoner og faggrupper	8
1.7 Utdanning og rekruttering.....	8
1.8 Mulighet for teknologiske løsninger.....	8
2.0 Nettverksamarbeid	9
3.0 Saksgang ved vurdering av funksjonsdeling innen regionen.....	9

Innledning og bakgrunn

Helse Nord RHF ønsker 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

Nord- Norge med Svalbard er den største helseregionen i geografisk utstrekning, men den minste i folketall. Det gir spesielle utfordringer med å sørge for stabile distribuerte spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Et førende prinsipp er å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må.

Finnmarkssykehuset		Universitetssykehuset Nord-Norge			Nordlandssykehuset			Helgelandssykehuset		
Hammerfest	Kirkenes	Tromsø	Harstad	Narvik	Bodø	Lofoten	Vesterålen	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
47 000	28 000	124 000	35 000	29 000	82 000	24 000	30 000	34 000	16 000	27 000
Til sammen: 75 000		Til sammen: 188 000			Til sammen: 136 000			Til sammen: 77 000		

Tabell 1. Opptaksområde pr sykehus og helseforetak

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)¹

Helseforetaksstrukturen er etablert for at Helse Nord RHF skal kunne sørge for at hele landsdelens befolkning, så langt som mulig, har mulighet for å få alle sine tjenester i nord. Våre fire helseforetak, som behandler pasienter, har alle lokalsykehusfunksjoner for sine respektive opptaksområder. Alle skal samarbeide med utdanningsinstitusjonene om utdanning av helsepersonell.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er regions- og universitetssykehus i Helse Nord. UNNs regionssykehusfunksjon innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Som regionssykehus skal UNN stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen slik at kvaliteten på tjenestetilbudet er likeverdige. UNN har også et særskilt ansvar for å drive utdanning og forskning i nært samarbeid med UiT.²

Nordlandssykehuset Bodø skal ha et bredt tilbud, yte definerte spesialiserte tjenester til befolkningen i eget og Helgelandsykehusets område og ha regionale funksjoner på noen fagfelt.²

Lokalsykehusene har en viktig funksjon ved å gi spesialiserte helsetjenester nær der folk bor. Lokalsykehusenes antall og plasseringer har dels en historisk begrunnelse, samtidig som de understøtter et ønske om et desentralisert bosetningsmønster med likeverdige helsetjenester.

¹ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) Meld.St.11 (2015-2016)

² Regional utviklingsplan for Helse Nord

Tjenester som er nære og tilgjengelige der folk bor, er høyt verdsatt. Særlig er to dimensjoner fremtredende:

- Hyppige innleggelser
 - Lang reisetid kan redusere livskvalitet
 - Kan føre til lavere etterlevelse hos pasientene.
- Tidskritiske tilstander.
 - Ved tidskritiske tilstander må helsehjelpen være nær nok.
 - Riktig kompetanse i prehospitaltjenester

Funksjonsdeling er prosesser hvor en funksjon (diagnostikk, behandling og oppfølging innen et avgrenset område) fordeles til noen sykehus og ikke til andre. Funksjonsdeling kan motiveres av flere hensyn. Det kan være;

- et ønske om å samle visse typer behandling på et mindre antall helsepersonell
- behov for teambasert kompetanse
- introduksjon av spesielt utstyr eller spesielle prosedyrer
- hensyn til organisatoriske og økonomiske forhold som mer effektiv bruk av helsepersonell med færre vaktordninger

Helse Nord RHF har gjennomført funksjonsdeling innenfor flere fagområder, bl.a. kreftbehandling og kreftkirurgi, mage-tarmkirurgi, hjertesykdommer og deler av psykiatrisk behandling.^{3 4}

Deling av funksjoner mellom sykehus og helseforetak er ofte tema for diskusjoner mellom fagmiljø i ulike helseforetak. Veilederen beskriver kriterier og saksgang ved forslag om endring i funksjonsdeling.

1. Kriterier som bør vurderes ved funksjonsdeling i regionen.

Det er flere kriterier som bør tas hensyn til ved vurdering av om funksjoner skal samles eller deles. Pasientsikkerhet og kvalitet skal være med i vurderingene som gjøres.

Kriterier som bør vurderes kan være knyttet til:

- Grunnleggende verdier i helsetjenesten og prinsipp for prioritering.
- Nasjonale normative føringer
- Nasjonale kvalitetsindikatorer og Helseatlas
- Egenskaper ved pasientgruppen/sykdommens egenart
- Egenskaper ved behandlingstilbudet

³ Funksjonsfordeling av kirurgi for kreft i tykk og endetarm. Styresak 135-2010

⁴ Styresak 147-2013 Regional kreftplan 2014-2021

- Samspillet mellom funksjoner og faggrupper
- Utdanning og rekruttering
- Mulighet for teknologiske løsninger

1.1 Grunnleggende verdier i helsetjenesten og prinsipper for prioritering

En likeverdig tilgang til helsetjenester er et grunnleggende prinsipp for den offentlige helsetjenesten⁵.

Prioriteringsmeldingen (Meld.St.34 (2015-2016))⁶ beskriver tre kriterier som skal legges til grunn for prioritering:

- nyttekriteriet
- ressurskriteriet
- alvorlighetskriteriet

Disse kriteriene er viktige for at fordeling av ressurser ikke skal skje tilfeldig. Prioriteringskriteriene skal inngå i grunnlaget for beslutninger om funksjonsdeling.

1.2 Nasjonale normative føringer

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

⁵ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

1.3 Nasjonale kvalitetsindikatorer og Helseatlas

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

1.4 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 sjeldne sykdommer, vil dette tale for en sentralisering av behandlingstilbudet. I noen tilfeller vil disse pasientene få sin behandling nasjonalt ev. internasjonalt.

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 krever en særskilt vurdering av hastegrad vurdert opp mot behandlingstilbudets tilgjengelighet.

1.5 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 erfaring og vedlikeholde kompetanse.

Pasientgruppene med hyppig forekommende sykdommer tilsier at det kan være mulig og hensiktsmessig å etablere behandlingstilbud desentralisert. Det bør være mulig å bygge opp og vedlikeholde lokal kompetanse gjennom gode systemer for kompetanseoverføring, hospitering ved større sykehus, trening i team og telemedisinene avstandsløsninger for beslutningsstøtte.

Investeringer i lokaler og utstyr bør vurderes opp mot utnyttingsgrad. Nasjonale og internasjonale erfaringer bør innhentes.

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

- Hvilken type medisinsk utstyr (MTU) kreves for diagnostikk og behandling av pasientgruppen? (Kostnad, behov for spesialkompetanse, utnyttelsesgrad)
- Hvilke andre funksjoner må man ha tilgjengelig lokalt for å gi behandlingen? (diagnostikk, anestesi, apotek tjenester, legemiddelforsyning, spesialsykepleiere, fysioterapeuter osv.)
- Driftsøkonomi og forbruksrater

- Påvirkning av pasientstrømmer og behov for prehospitaltjenester og pasientreiser.

1.6 Samspillet mellom funksjoner og faggrupper

Hensynet til helheten må tas med i vurderingen. Det bør alltid gjøres en vurdering av sammenhengen mellom den aktuelle funksjonen og andre funksjoner i sykehuset inkludert apotek-tjenester og legemiddelforsyning. I hvor stor grad er funksjonen en nødvendig forutsetning for andre tjenester/tilbud? Dersom fraværet av en funksjon medfører at andre deler av tjenesten ikke kan gjennomføres eller opprettholdes på en forsvarlig måte, må dette synliggjøres og konsekvensutredes.

1.7 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 i helsefag.

Utdanningen av leger i Nord-Norge er desentralisert med egne utdanningsløp i Nordland og Finnmark. Konsekvens for utdanning må vurderes ved endring av funksjonsdeling av spesialistfunksjoner.

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.

1.8 Mulighet for teknologiske løsninger

Helse Nord har over flere år gjennomført store løft på IKT-infrastruktur og systemsiden, gjennom blant annet etablering av regionalt datasenter og programmene FAKT, FIKS og FRESK. Felles for disse regionale investeringene er at de muliggjør teknologisk samhandling på tvers av organisatoriske og fysiske skiller.

I tillegg utvikles det kontinuerlig ny teknologi som vil kunne kompensere for store avstander og små fagmiljø. Eksempler på dette kan være bruk av simulator i utdanning og spesialisering, etablering av e-poliklinikker, supervisjon over Skype/video, tverrfaglige møter over Skype/video osv.

Felles regional teknologi gir flere muligheter i pasientbehandling og må være en del av vurderingen av funksjonsdeling

2.0 Nettverksamarbeid

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.

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.

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. En avtale mellom helseforetak i et nettverksamarbeid bør beskrive en slik situasjon og rutiner for varslings mellom samarbeidsparter.

3.0 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 med involvering av tillitsvalgte i helseforetaket. Fagavdelingen innhenter råd og anbefalinger fra fagråd og andre aktuelle instanser som f.eks berørte kommuner. Fagavdelingen vil også innlede samarbeid med andre avdelinger i Helse Nord RHF for å få bistand til for eksempel økonomiske analyser.

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

Administrerende direktør RHF kan fatte endelig beslutning om endret funksjonsdeling. I saker hvor innstillingen medfører stor faglig, samfunnsmessig eller økonomisk konsekvens, skal saken legges frem til beslutning i styret i Helse Nord RHF.

