

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Saksbehandler: CAWAL
Vår ref.: 10/6072
Dato: 01.11.2010

Høringsuttalelse - forslag til endringer i forskrift 18. desember 2001 nr. 1539 om godkjenning av sykehus m.m. og om forslag til endringer i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Helsedirektoratet viser til høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende ovennevnte, med frist for uttalelse 1. november 2010.

Godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet støtter departementets forslag til et enhetlig system for godkjenning og styring av de nasjonale tjenestene og mener det vil ivareta flere av behovene direktoratet har påpekt på en god måte.

Direktoratet mener det er positivt at også nasjonale kompetansetjenester rettet mot personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger får en tydelig forankring i spesialisthelsetjenesten, med en tydeliggjøring av hvilke krav som skal stilles til enhetene. Vi ser imidlertid behov for å sikre at sjeldensentre som ikke ligger i HF (og ikke er godkjent som sykehus) også er dekket av forskriften. Dette gjelder Frambu og Døvblinde-enhetene (5 av 6 stk). Kunne overskriften i forskriften signalisere dette, f.eks ved å si at forskriften gjelder for helseforetak, sykehus og andre som har avtale med et regionalt helseforetak? Om det som sies i § 1-1: "...og nasjonale tjenester" dekker dette, er vi usikre på. Dette kan eventuelt også ivaretas gjennom en presisering i merknadene.

Forskriftsutkastet kapittel 4 er gitt en generell utforming, og det er mange viktige momenter som fremgår av høringsnotatet som ikke er tatt inn i selve forskriften eller merknadene. Etter direktoratets mening vil det derfor være nødvendig med et rundskriv eller en veileder knyttet til forskriften.

Helsedirektoratet støtter den organiseringen av søknadsbehandlingen som beskrives i merknaden til § 4-2. Vi ønsker imidlertid å fokusere på at initiativet til å få kompetansetjeneste fra en Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger fortsatt også bør kunne komme fra brukerorganisasjoner og enkeltpersoner med sjeldne tilstander. Innen sjeldenfeltet har det til nå vært brukerne som har vært sentrale som søkere om opprettelse av slike tjenester. Det er derfor viktig at denne muligheten videreføres (jf. direktoratets høringssvar til HOD vedr. Helse Vest-rapporten av 15.03.2010, side 7). Dette kan enten tas inn i forskriften, eller det kan presiseres i merknaden til bestemmelsen at

Helsedirektoratet • Divisjon spesialisthelsetjenester

Avd. bioteknologi og helserett
Camilla Closs Walmann, tlf.: 24 16 39 24

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

disse gruppene kan ta initiativ overfor departementet til at det opprettes en nasjonal kompetansetjeneste, og at departementet deretter initierer en søknadsprosess hos et RHF.

Direktoratet mener det vil være en fordel dersom det også presiseres i forskriften at en nasjonal kompetansetjeneste kun kan etableres ved ett helseforetak, på samme måte som for nasjonale behandlingstjenester i utkastet til § 4-3. På noen fagområder er det i dag etablert nasjonale kompetansetjenester med sentra i flere helseregioner. En "opprydding" synes derfor helt nødvendig. Høringsnotatet sier imidlertid ikke noe om at alle dagens nasjonale tjenester må søke om ny vurdering ut i fra de kriterier som skisseres i forslag til ny forskrift. Ny søknad omtales bare når det er snakk om å få status som universitetssykehus.

Det er presisert i utkastet til § 4-5 at nasjonale behandlingstjenester skal drive pasientbehandling. Dette i motsetning til nasjonale kompetansetjenester som kan drive pasientbehandling i tilknytning til sin virksomhet, men som ikke behandler alle pasienter i landet med behov for den aktuelle behandlingen jf. merknaden til § 4-7. For sjeldne tilstander vil det være aktuelt å gi sentraliserte tilbud. Særlig der det er få pasienter og der utredning, diagnostikk og medisinsk behandling er kompleks og krever spesiell kompetanse, vil det være naturlig å gi status som nasjonal behandlingstjeneste. Det må da tas stilling til om diagnosegruppen likevel skal få sitt kompetansetjenestetilbud fra Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, eller om det RHF som yter nasjonal behandlingstjeneste for slike sjeldne tilstander også skal dekke utgifter til kompetansetjenestetilbudet gjennom sine rammebevilgninger.

Godkjenning av universitetssykehus

Helsedirektoratet støtter forslaget om at det etableres kriterier for bruk av betegnelsen universitetssykehus. Kriteriene må vurderes nøye, og det må sikres at ikke begrepet universitetssykehus kan brukes av alle helseforetak som har en relasjon til et universitet. Det må følgelig knyttes et klart krav til at det **både** skal foreligge:

- omfang av samarbeid med universitet(er) som har medisinerutdanning og annen helsefaglig utdanning **og**
- omfang, bredde og kvalitet i medisinsk og helsefaglig forskning **og**
- omfang, bredde og kvalitet i utdanning av leger og annet helsepersonell

Det vil si at alle disse tre kriteriene må være oppfylt. Dette bør komme klart frem av forskriften.

Helsedirektoratets framtidige rolle i spesialistutdanning av ulike grupper helsepersonell, vil resultere i at det vil bli etablert en ny struktur på utdanningene der disse vil bli mer formalisert. Dette innebærer også en ny struktur på universitetenes og høgskolenes relasjon til helseforetakene, hvorav noen vil få en mer sentral rolle enn andre for å sikre den mer akademiske delen av en spesialistutdanning. Det vil ikke være unaturlig å knytte slike funksjoner til universitetssykehusene. Av den grunn er det naturlig å tenke at det må foreligge kriterier for hvilke sykehus som skal få en slik status.

Dersom det etableres en godkjenningsordning av universitetssykehus, anbefaler Helsedirektoratet at en slik godkjenning gis for en tidsbegrenset periode, f.eks. for 5 år. Deretter må det søkes om en ny godkjenning, og det må etableres et system for

vurderinger av slike søknader og godkjenningsordning. Det er viktig at det arbeides med å detaljere ut og bredde ut de tre foreslåtte kategoriene av kriterier.

Når Helsedirektoratet kom til en annen vurdering enn ovennevnte ved forrige høring, skyldtes det at man på det tidspunktet mente at det ville være problematisk å etablere robuste nok kriteriesett. Situasjonen er imidlertid senere noe endret. Som et ledd i debatten rundt Samhandlingsreformen er det naturlig å gjøre en vurdering av sykehusstrukturen. En del av dagens pasientbehandling vil bli mer spesialisert slik at pasienter som i dag blir behandlet på lokalsykehus vil bli behandlet på områdesykehus (slik Helse Sør-Øst RHF har benevnt sine større helseforetak) eller regionsykehus (som alle er universitetssykehus). Et par av de større helseforetakene (Stavanger universitetssykehus og Akershus universitetssykehus) har også status som universitetssykehus, selv om tradisjonen som universitetssykehus er kort. Disse sykehusene tar imidlertid imot pasientgrupper som ofte hører hjemme på regionsykehusnivå, og i et volum som tilsier at de har et behandlingsspekter på nivå med regionsykehusene og derved universitetssykehusene. Pasientbehandlingen vil i økende grad bli sentralisert til disse omtalte sykehusene. Samtidig vil en del av dagens pasientbehandling på lokalsykehusene bli overført til kommunehelsetjenesten. Følgelig får man en naturlig debatt om funksjonen til de ulike helseforetakene.

Når man i tillegg hensyntar utviklingen av høgskolene som stadig oftere blir godkjent som universitet, er det ytterligere argumentasjon for at det må foreligge et system for å regulere hvilke helseforetak som kan kalles universitetssykehus kombinert med relasjonen til høgskole/universitet basert på definerte kriterier i en kombinasjon av kompleksiteten på pasientgruppene, den akademiske profilen og produksjonen til institusjonen og utdanningen av helsepersonell. Helseforetakets ansvar for hele eller deler av spesialistutdanning må også være en del av vurderingsgrunlaget for tildelingen av retten til å bruke betegnelsen universitetssykehus.

Enkelte kommentarer til utformingen av forskriften

Uavhengig av våre innspill over har vi enkelte kommentarer til utformingen av selve forskriftsteksten.

Utkastet § 1-1 beskriver ikke egentlig forskriftens virkeområde, men den lister opp hvilke typer institusjoner godkjenningene kan gjelde. Det ville gjøre bestemmelsen mer dekkende om man utdyper noe, for eksempel ved å ta inn kapitteloverskriftene: "Forskriften gjelder godkjenning av sykehus, godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus og godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten".

Utkastet § 3-1 har overskrift "krav om godkjenning", mens bestemmelsen bare sier at det må søkes om godkjenning. Det kan virke klargjørende med en omformulering som "Bare sykehus som har søkt om og fått godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet til dette, kan bruke betegnelsen universitetssykehus."

Ut fra kommentarene på side 27 handler utkastet § 3-3 om hvilken prosedyre Helse- og omsorgsdepartementet skal følge når søknader vurderes. Dette fremgår imidlertid ikke så klart av bestemmelsen. Bestemmelsen kunne bli klarere hvis det presiseres at HOD skal innhente en vurdering fra samarbeidsorganet, at samarbeidsorganet skal gi sin vurdering på bakgrunn av kriteriene i § 3-2, og at HOD deretter oversender søknaden og samarbeidsorganets vurdering til Kunnskapsdepartementet.

Bestemmelsen bør også omformuleres slik at det fremgår at organet ikke skal gi sin anbefaling av søknaden, men en anbefaling av om søknaden bør innvilges eller ikke.

Utkastet § 4-4 (og § 4-6) er en vilkårsbestemmelse. På side 40 i høringsnotatet uttaler departementet at dokumentasjon av visse forhold er et vilkår. I merknaden til § 4-4 står det at dokumentasjon skal vektlegges, og at dokumentasjon av visse forhold skal følge søknaden. Det står imidlertid ikke noe om dokumentasjon i selve forskriften. Blant annet for å synliggjøre dokumentasjonskravet kunne man vurdere å utforme bestemmelsen slik:

"Departementet kan godkjenne nasjonale og flerregionale behandlingstjenester dersom det på bakgrunn av fremlagt dokumentasjon finner at sentralisering av behandlingen vil gi

-helsemessige...

-
-

Ved vurderingen skal det legges vekt på tilgang til kompetanse og nødvendig infrastruktur."

Vennlig hilsen

Hans Petter Aarseth e.f.
divisjonsdirektør


Kristin Cordt-Hansen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk