

Søknadsprosess for nasjonale behandlingstjenester

Underskrevet, skannet søknad skal sendes elektronisk til eget helseforetak. Frist for dette er XXX.

Helseforetaket vil deretter oversende innkomne søknader til det regionale helseforetaket (RHF). Det forutsettes at RHF-ene i felleskap samordner og prioriterer søknadene ut fra nasjonale behov, før oversending til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for videre behandling, (frist 1. juni).

Bakgrunnsdokumentene gir et godt utgangspunkt for korrekt utfylling av søknadsskjemaet, noe som igjen vil sørge for at saksbehandlingen ikke forsinkes:

- Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten
- HODs veileder til forskriftens kapittel 4
- Mandat og sammensetning av referansegruppene (vedlagt)

I tillegg er det utarbeidet en *Innledning og veiledning for søknader om nye nasjonale behandlingstjenester*, (vedlagt).

Søknadsskjema

Helseforetak	HMN, St.Olavs Hospital	RHF	HMN
Ansvarlig avdeling	Øyeavdelingen	Ansvarlig person	Karin Aasly/Marit Fagerli
Navn på tjenesten ¹	Keratoprotoser, implantasjon og kontroll		
Hva søkes det om?	☒ Nasjonal behandlingstjeneste I så fall: ☐ Er dette et nytt tilbud, eller ☐ Er dette sentralisering av aktivitet som allerede foregår andre steder, eller ☒ Fungerer det de facto som behandlingstjeneste allerede i dag?		
	☐ Flerregional behandlingstjeneste I så fall: ☐ Er dette en eksisterende behandlingstjeneste som ønskes delt, eller ☐ Eksisterende behandling/diagnostikk som ønskes sentralisert til to steder, eller ☐ Et nytt tilbud som ønskes etablert to steder i landet ² . Hvilke regionale helseforetak er involvert:		
	Er det tidligere søkt om nasjonal status for samme eller tilsvarende tjeneste? ☐ Ja ☒ Nei Hvis ja, når var dette (årstall)?		

Beskrivelse av tjenesten – innhold og avgrensning

1. Hvilken eller hvilke pasientgrupper eller diagnoser skal tjenesten omfatte?	Pasienter med uklar hornhinne, som ikke kan behandles på tradisjonell måte. Diagnoser som aniridi, macula cornea, dystrofier, samt pasienter som gjentatte ganger har fått behandling med tradisjonell corneatransplantasjon uten at dette har lyktes.
2. Hvilken type helsehjelp dreier det seg om?	☐ Diagnostikk alene ☒ Diagnostikk og behandling ☒ Behandling eller behandlingskombinasjoner, inkludert rehabilitering Hvis søknaden gjelder et behandlingstilbud, er det da diagnostikk for utredning og behandlingsplanlegging eller behandlingsgjennomføring som også bør inngå i den nasjonale behandlingstjenesten? Behandlingsgjennomføring må også inngå
3. Gi en beskrivelse av innholdet i tjenesten³. Hvilken type behandlingstjeneste er det snakk om?	Bruk av artifiell hornhinne som protese, denne implanteres inn i pasientens uklare hornhinne. Type behandling: Avansert transplantasjon.
4. Begrunnelse for å sentralisere behandlingen.	Det dreier seg om et lite antall pasienter per år og avansert kirurgi. Det er derfor viktig at kompetansen opprettholdes og utvikles der den allerede finnes.

5. Hva omfattes ikke av tjenesten? Gi en beskrivelse av grenseoppgang mot annen virksomhet og evt. gråsoner.	Pasienter som er tilgjengelige for et tradisjonelt hornhinnetransplantat. Pasienter som har fått transplantat som fungerer, men som er misfornøyd med synsstyrken, er ikke kandidater for keratoprotese.
6. Gi en beskrivelse av tjenestens kunnskapsgrunnlag. (Jf. HODs veileder § 4.3.) a. Hvorfor skal dette være et offentlig helsetilbud? b. Hvilke helsemessige tilleggsgevinster i form av bedre prognose eller livskvalitet vil etablering av en nasjonal behandlings-tjeneste føre til for målgruppen? c. På hvilken måte vil tjenesten gi økt kvalitet og kompetanse på området, og på denne måten føre til bedre nasjonal kostnads-effektivitet?	a. Det må være et offentlig helsetilbud, fordi man behandler pasienter som ellers vil bli blind av sin hornhinnesykdom. Dette er et tilbud for å forbedre synet for pasienter som ellers ikke ville greie seg i hjemmet eller på arbeidsplassen. b. Tilleggsgevinsten ved å kunne se, er åpenbare. Mindre hjelpebehov. I tillegg bedret livskvalitet. Det å kunne greie seg selv, kunne utføre arbeid, ta hånd om sin egen hverdag, er av største viktighet for de fleste mennesker. c. Denne typen diagnostikk og behandling, bør være på få hender, fordi man da blir flinkere til å selektene de pasientene som vil profitere på tjenesten. Her vil behandlende lege bruke både teoretisk kunnskap, kirurgiske ferdigheter og erfaring.

7. Hvilke resultatmål skal etableres for tjenesten? Jf. HODs veileder § 4.4, som skisserer oppgavene som tjenesten skal ivareta, samt behov for resultatmål.	Mål: At alle pasienter som opereres skal være selvhjulpne seks måneder etter operasjonen.
8. På bakgrunn av skjemaet pkt 1, 2 og 4: Hva er forventet pasientvolum i form av antall nyhenviste pasienter pr. år som vil bli behandlet ved behandlings-tjenesten? Oppgi gjerne supplerende tall ved behov. F. eks. forventet antall pr. år av de inngrep/prosedyrer/kompliserte vurderinger som er viktige i forhold til å etablere behandlings-tjenesten	Det er per i dag operert ca 1-2 pasienter i året. (Samtlige i landet er hittil operert av samme kirurg, dr Karin Aasly.) Dersom tilbudet sentraliseres, kan vi hjelpe betydelig flere. Etter hvert som dette tilbudet blir lansert som nasjonal tjeneste, regner vi med at det vil komme mange kompliserte pasienter som blir henvist til oss for vurdering. Som her skisseres, dreier det seg om et lite antall pasienter, men det er pasienter som ellers blir blinde. Det er veldig viktig at de får den riktige behandlingen. Det må også nevnes at behandlingstjenesten allerede er etablert for vår region.
9. Hvilke deler av pasientforløpet skal dekkes/ikke dekkes gjennom den nasjonale tjenesten? Hvordan er samarbeidet tenkt rundt resten av pasientforløpet?	Vurdering, behandling og rehabilitering bør dekkes av tjenesten. Deretter langtidskontroller i samarbeid med egen øyelege. Samarbeid rundt pasientforløpet: For de øyeleger som får denne typen pasienter i sin praksis, vil vi gi en grundig opplæring i hva og hvordan det skal undersøkes, samt hvordan funn skal tolkes og behandles. Vi vil også gi klare retningslinjer for når vi skal kontaktes. dersom det er usikkerhet rundt noe vedrørende pasienten, vil pasientens egen øyelege alltid være velkommen til å ta kontakt med oss.

10. Vil behandlingstjenesten gjøre bruk av eller samarbeide med utenlandske institusjoner?	Behandlingstjenesten har kontakt og samarbeid via internasjonale fora som Skandinavisk corneaforening, EEBA samt Cornea Society i USA, vi har også kontakt direkte til Øyeavdelingen ved Boston Eye and Ear Infirmary, Harvard University.
---	---

Beskrivelse av fagmiljø og ressurstilgang

11. Gi en beskrivelse av miljøets kompetanse, inkl. hvilke typer nøkkelpersonell tjenesten er avhengig av. Gjør spesifikt rede for hvordan kompetansen er tenkt vedlikeholdt i årene framover.	Pasienter vil bli vurdert av lege på corneaseksjonen, Øyeavdelingen, St.Olavs Hospital. De vil bli operert , for tiden av den mest rutinerte kirurgen der, dr Karin Aasly. Hun har gjort til sammen ca 20 slike operasjoner, og er den i landet med lengst erfaring og flest slike operasjoner av samtlige hornhinne-kirurger. (Det implanteres rundt 400 slike proteser per år på verdensbasis.) Alle pasientene blir fulgt opp ved cornea-seksjonen. Kompetansen er tenkt vedlikeholdt ved at man har en tett kontakt med kirurger som gjør samme type inngrep verden over. Innad i avdelingen vil kompetansen videreføres gradvis mot en yngre kirurg som er veletablert i seksjonen.
12. Nasjonale tjenester skal opprette referansegruppe med blant annet representanter fra alle regionale helseforetak, se dokumentet <i>Mandat og sammensetning av referansegruppene</i>. Er det spesielle momenter som må vektlegges ved sammensetning av gruppen? ⁴	Det er kun 1-2 personer på hver øyeavdeling på universitetsklinikk som utfører corneatransplantasjoner. Det er naturlig at en representant fra hver av disse deltar i referansegruppen.

13. Gjør rede for behovet for og tilgangen på nødvendig infrastruktur	Infrastrukturen ved corneaseksjonen er tilstede med sykepleier og leger med spesialkompetanse. Det er under bygging en Corneabank som kommer til å kunne serve enheten med nødvendig materiale og foreta bestillinger av proteser. Når det gjelder dokumentasjon, er den allerede regulert av det regelverk som vi er underlagt av Helseilsynet i forbindelse med oppretting av corneabank, og de prosedyrer som gjelder for dokumentasjon.
14. Redegjør for hvordan kompetanse-tjeneste-oppgavene er tenkt i varetatt.	Vi har allerede holdt flere foredrag nasjonalt og internasjonalt om vår aktivitet og de resultater vi har oppnådd. Vi vil fortsette denne informasjonen framfor alt nasjonalt, og regner med at med opplysning av landets øyeleger vil pasientene bli henvist til oss for vurdering og behandling. Vi vil da også tilby opplæring av den henvisende lege slik at pasienten i mellomkontrollene hos oss kan være trygg på kompetent oppfølging og ny hurtig henvisning hvis uforutsatte hendelser skulle oppstå.
15. Hvilke ressurser øremerkes for den nasjonale behandlings-tjenesten.⁵ Gjør rede for utfordringer knyttet til ressurstilgang.⁶ Hvordan er utfordringene tenkt løst?⁷	Øremerkete ressurser: To leger er fast ansatt på corneaseksjonen. En tekniker på Corneabanken er under etablering i forbindelse med nyoppretting av corneabank. Slik er vi til en viss grad rustet til å ta imot denne pasientgruppen. Med øking i aktiviteten, vil vi på sikt bli nødt til å øke kapasiteten på corneagruppen for også å kunne opprettholde den øvrige aktivitet.
16. Er det andre momenter som bør trekkes fram, som det ikke er spurt om ellers i skjemaet?	Det er ikke bare pasienter som skal vurderes og behandles. Informasjon til pasientene er meget viktig, men også informasjon til pårørende. Dette for at alle skal ha realistiske forventninger til inngrepet og dets muligheter, problemer og begrensninger. Vi har operasjonspersonale og øyesykepleiere i teamet, som kan være til støtte i de forskjellige fasene. Vi ønsker å koble ytterligere hjelpepersonale til denne jobben, da først og fremst øyesykepleiere.

17. Oppgi inntil 10 vitenskapelige publikasjoner de siste 5 år som har utgått fra personer i det fagmiljøet som søker, og som er relevante i forhold til den tjeneste som søkes. Listen skal inkludere publikasjonens PubMed-nummer.	Det har vært holdt en rekke presentasjoner på nasjonale og internasjonale møter i emnet, ved Karin Aasly . Høstmøte Norsk oftalmologisk forening 3 ganger. ESCRS i London. Og America Academy of Ophthalmology AAO i Chicago og i New Orleans. Vi er medlemmer av arbeidsgruppen for corneaprotoser KPRO som utgår fra Boston og nære tilknyttet til Massach Eye and ear infemery og Harvard via Prof. Dohlman som har utviklet konseptet. Vi har ikke egen forskning på området. Vi regner med økning i forskningsaktiviteten når vi har fått en etablert corneabank.
--	--

¹ Bruk et mest mulig dekkende og beskrivende navn på den helsehjelp man ønsker å etablere nasjonal behandlingstjeneste for.

² Søknader om flerregionale behandlingstjenester skal sendes fra hvert av de involverte RHFene. Det forutsettes at søknadene samordnes i forhold til beskrivelse av hvordan behandlingstjenesten er tenkt organisering.

³ Gi en vurdering av totalt omfang knyttet til primærdiagnostikk, primærbehandling, komplikasjonsoppfølging og langsiktig oppfølging.

⁴ Eksempelvis i forhold til type spesialiteter som bør være representert, behov for brukerrepresentasjon o.a.

⁵ Antall og type stilling pr avdeling/enhet som er eller vil bli involvert i tjenesten. Driftsmidler.

⁶ Dette kan for eksempel være utfordringer knyttet til DRG/ISF-finansiering av pasientgruppen(e), eller forhold knyttet til å ivareta kompetansetjenesteoppgavene som ligger inne som del av det å påta seg en nasjonal behandlingstjeneste.

⁷ Det må komme klart fram om det ligger ressursmessige forutsetninger fra HFet for å påta seg oppgaven. Dette er ett av punktene som RHFet må ta konkret stilling til før (eventuell) videresending av søknaden for videre behandling.