

Styringen av høyspesialisert medisin har stort sett fungert tilfredsstillende de siste 15 årene. Avvikling av dette systemet øker faren for etablering av helsetjenester basert på et utilstrekkelig pasientgrunnlag

Fra orden til oppsplitting og konflikt?

I to artikler i dette nummer av Tidsskriftet redegjør Knut Rasmussen & Dag Bratlid for hvordan høyspesialisert somatisk medisin har vært organisert og styrt i Norge de siste 15 år (1, 2). Virksomheten har vært basert på en forusettning om at det er sammenheng mellom pasientvolum og kvalitet, spesielt hva gjelder små pasientgrupper og særlig krevende behandling (3). Noen pasientgrupper har vært samlet ved ett eller to sykehus, såkalt landsfunksjon og flerregional funksjon, eller ved ett sykehus i hver region, regionsfunksjon. Nasjonale kompetansesentre har vært opprettet for sykdommer der behandling fortsatt skal utføres i alle helseregioner. Konklusjonen til Rasmussen & Bratlid er at dette systemet har fungert tilfredsstillende, med få tilfeller av uønsket oppsplitting og overetablering. Funksjonsfordelingen har i stor grad vært fulgt opp, og konfliktnivået har vært lavt. Sammenliknet med mangelen på gjennomtenkt funksjonsfordeling for større pasientgrupper i samme periode, blir kontrasten slående. Likevel finnes det negative trekk, ikke minst en betydelig geografisk skjevfordeling av tilbudet for flere landsfunksjoner (2).

Konflikten mellom nærhet til behandling og hensyn til pasientvolum blir problematisk i et langstrakt land med kun 4,6 millioner innbyggere. Likevel er det en rekke faktorer som krever sentralisering av små pasientgrupper. Pasientene har ofte behov for kompliserte opplegg, der flere spesialiteter og støttfunksjoner er involvert, og der alle må være tilgjengelig til enhver tid. Mulighetene for å gi involverte personer nok trening er begrenset, samtidig som kravene til innøvde ferdigheter hos hver enkelt er store. Man trenger også en trent organisasjon som er etablert på tvers av avdelingsgrenser. Hensynet til å gi den enkelte nok trening er i strid med ønsket om å ha god kontinuitet i alle ledd. Utvikling av nye diagnostiske og terapeutiske metoder «fliser opp» små pasientgrupper, slik at det både blir flere medlemmer i et fullverdig team, og slik at hver lege får færre pasienter. Ett eksempel er tilstander der minimal invasiv kirurgi eller intervensjonsprosedyrer delvis kan erstatte tradisjonell kirurgi.

Avanserte behandlingstilbud skal fungere både «i gode og onde dager» og må derfor oppfylle grunnleggende krav til stabilitet og bærekraft. En stabil driftsmodell innebærer at man skal ha et fungerende tilbud kontinuerlig. Et tverrfaglig team må være robust nok til å fungere selv om enkelt deltakere er på ferie, kurs, hospiterer, flytter, blir syke, pensjoneres eller dør. Bare et bærekraftig fagmiljø er i stand til å opprettholde stabil drift på ubestemt tid. Hvis den daglige drift er marginal, for eksempel i forhold til hyppige vakter og stadige kriser ved vakanser, vil grunnlaget for høyt faglig nivå forvitte over år. Etter hvert vil folk gå trett og søke seg bort, og man risikerer ikke å få kvalifiserte søkere til stillingene. Det er mange sykehus som kan ha alle aktuelle spesialiteter representert og alt nødvendig utstyr, men som ikke er i stand til å oppfylle krav til trening, stabilitet og bærekraftig drift overfor en gitt pasientgruppe. Under slike forhold bør et tilbud til gruppen ikke etableres.

Både pasientutvelgelse, henvisning, forberedelser og oppfølging etter den mest avanserte del av behandlingen er avgjørende for kvaliteten. Det betyr at sentre for avansert medisin må bygge opp nettverk i hele sitt opptaksområde. Det er ikke nok å ha god behandlingskvalitet hvis mange pasienter aldri blir henvist. Slik nettverksbygging dreier seg også om å behandle andre sykehus og kolleger med respekt, som

sideordnede samarbeidspartnere, og ikke som underordnet bakke-mannskap. For et nasjonalt kompetansesenter, som gjerne legges til det sykehus som har det største fagmiljøet, er det en hovedoppgave å støtte opp under aktivitet ved *alle* involverte sykehus. Det at et kompetansesenter i stor grad er til for andre sykehus, bør ligge som en klar premiss for sykehus som fortsatt ønsker å ha en slik funksjon.

Hvilke faktorer bør de regionale helseforetak og Helse- og omsorgsdepartementet legge vekt på når de skal vurdere regionale og nasjonale funksjoner? De viktigste faktorene er disse, hvorav det første er aller viktigst:

- Finnes det et tilstrekkelig pasientgrunnlag?
- Erkjenner sykehusets ledelse at funksjonen er et sykehusansvar?
- Er det etablert et formalisert internt samarbeid som sikrer kontinuerlig dekning av alle oppgaver?
- Er miljøet stort og stabilt nok til at driften på lang sikt vil være bærekraftig?
- Hva gjøres overfor helsetjenesten utenfor sykehus for å sikre at aktuelle pasienter blir henvist, og at fasene før og etter høyspesialisert behandling blir fulgt opp godt nok?
- Er funksjonen organisert slik at den er lett å forholde seg til for pasienter, samarbeidende sykehus og primærhelsetjeneste?
- Aksepterer sykehusledelsen og involverte fagfolk at en hovedoppgave for et kompetansesenter er å understøtte aktivitet ved andre sykehus?

Siden departementet ikke lenger skal styre regionsfunksjoner og flerregionale funksjoner og har avvirket Fagrådet (1), kan man frykte at andre faktorer enn de nevnte vil avgjøre organiseringen av høyspesialiserte helsetjenester. Avansert medisin er forbundet med status. Samtidig ser man meget sjelden at ledelse og fagmiljø ved et sykehus selv kommer frem til at man ikke kan ta hånd om en pasientgruppe, nær sagt uansett hvor åpenbart dette er. Dette medfører at de regionale helseforetak får en viktig oppgave med å hindre ukontrollert etablering av funksjoner som ikke er stabile eller bærekraftige. De regionale foretak må ha ryggrad nok til å informere sin befolkning om at man ikke kan kombinere høy kvalitet og nærhet av alle typer helsetjenester for alle sykdommer og pasientgrupper. Departementet må ta sin kontrollfunksjon alvorlig. Like viktig er det at leger som vil sette i gang tilbud innen høyspesialisert medisin uten at en stabil og bærekraftig organisering er etablert, tenker nøye gjennom det ansvar de påtar seg.

Baard-Christian Schem

baard-christian.schem@helse-bergen.no

Baard-Christian Schem (f. 1956) er spesialist i onkologi og dr.med. Han er overlege ved Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus og medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren var sekretær for Fagrådet for høyspesialisert medisin i perioden 1996–99.

Litteratur

1. Bratlid D, Rasmussen K. Nasjonal styring av høyspesialiserte medisinske tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2976–9.
2. Rasmussen K, Bratlid D. Medisinske monopoler – et valg mellom kvalitet eller likhet? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2980–3.
3. Kvinnsland S, Enger E, Førde OH et al. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie 4–93. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.