

Høyspesialiserte tjenester bør samles for å sikre best mulig pasientbehandling og kostnadseffektivitet

Høyspesialisert medisin og kvalitet

To artikler i dette nummer av Tidsskriftet omhandler høyt spesialiserte medisinske tjenester. I den ene artikkelen presenteres data om overlevelse ved akutt myelogen leukemi (1). Dataene er hentet fra Norsk register for akutte leukemier og lymfoblastiske lymfomer i perioden fra registeret ble etablert i januar 2000 og seks år fremover. I den andre artikkelen gjennomgås resultater og erfaringer etter 20 års drift av brannskadeavsnittet ved Haukeland Universitetssykehus, som har hatt landsfunksjon fra 1989 (2). Forfatterne har brukt journaldata fra alle opphold for brannskader i perioden 1984–2004. Begge artiklene er viktige. Vi trenger mer kunnskap om kvaliteten på medisinske tjenester og om hvordan behandlingsresultatene blir påvirket av ulike administrative tiltak for å sikre kvalitet.

Både for akutt myelogen leukemi og alvorlige brannskader er tjenestene sentralisert. Begrunnelsen er å sikre kvalitet i behandlingen. Mens brannskadeavsnittet ved Haukeland Universitetssykehus har hatt landsfunksjon i mange år, er behandlingen av akutt myelogen leukemi i hovedsak en regionfunksjon. De fleste registrerte pasientene er behandlet ved et av de tidligere regionsykehusene (nå Universitetssykehuset Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland Universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet).

Det er ingen ny tanke at det kan være riktig å samle enkelte helsetjenester på få sykehus. Fra sykehusloven ble vedtatt i 1969, har departementet hatt myndighet til å fordele oppgaver mellom sykehus. Ønsket om sterkere sentral styring av høyspesialiserte funksjoner ble utdypet i stortingsmeldingen *Helsevesenet mot år 2000* fra 1987–88 (3). I 1991 vedtok departementet en forskrift om lands- og regionsfunksjoner, men fra 2001 har myndighetene kun regulert landsfunksjoner og flerregionale funksjoner. Ansvaret for fordeling av funksjoner innenfor hver region ble da overlatt til helseregionene, fra 2002 de regionale helseforetakene. I 2003 bestemte Helse- og omsorgsdepartementet at de regionale helseforetakene skal samarbeide om lokalisering av flerregionale funksjoner (4). Regionale funksjoner er nå altså ikke lenger regulert sentralt.

I de senere år har sentrale helsemyndigheter igjen signalisert et ønske om å styrke den nasjonale styringen av den høyspesialiserte medisinen, bl.a. i regjeringens nasjonale helseplan fra 2007 (5). Utfordringene er i stor grad de samme som ble beskrevet i helseplanen 20 år tidligere. En av de viktigste er den raske medisinske og teknologiske utviklingen som fører til stadig nye diagnostiske og terapeutiske metoder. Disse metodene er nesten alltid dyrere enn de etablerte og stiller ofte krav til kompetanse, ferdigheter og utstyr. For å sikre at metodene innføres på riktig tidspunkt, til de riktige pasientene og på en måte som bidrar til ny kunnskap om effekt og kostnadseffektivitet, kan det være nødvendig å begrense retten til å ta i bruk nye metoder til færre sykehus. Sentralisering er også aktuelt for allerede etablerte spesialiserte funksjoner og tjenester. Begrunnelsen kan være å sikre høy faglig kvalitet i behandlingen av sjeldne og alvorlige sykdommer, å sikre kostnadseffektiv bruk av personell og utstyr samt å oppnå synergi mellom spesialiserte fagmiljøer. Det siste kan forutsette samling av flere spesialiserte tjenester samme sted.

Selv om samling av funksjoner ut fra ønsket om å sikre kostnadseffektive tjenester trolig vil bli viktigere i årene fremover, må den

viktigste begrunnelsen for sentraliseringen fortsatt være faglig kvalitet: Pasientene skal få den beste behandling. Øvelse gjør mester, heter det. Det gjelder for den enkelte behandler og ved at noen fagmiljøer får mer erfaring og kompetanse. Mye taler for at kvaliteten i norsk spesialisthelsetjeneste kan heves på flere spesialiserte områder ved å legge til rette for mer øvelse. Sammenheng mellom pasientvolum og behandlingskvalitet er imidlertid bare påvist for noen typer funksjoner. Dette kan skyldes at slik forskning er metodologisk vanskelig.

Tjenestenes kvalitet er påvirket av mange faktorer og kan påvirkes på flere måter enn ved sentralisering, slik som kompetansehevende tiltak, behandlingsprosedyrer og retningslinjer. Andre aktuelle tiltak er etablering av kompetansesentre og faglige nettverk. Innenfor helseforetaksstrukturen er det også mulig å lokalisere et overordnet ansvar ett sted, men uten fysisk samlokalisering av tjenestene. Slike tiltak vil kunne bidra til et mer samlet og robust fagmiljø på tvers av tjenestesteder. Spørsmålet er om slike tiltak vil ha samme effekt som en fysisk samling.

Sentralisering har også sin pris. En systematisk gjennomgang av alle lands- og flerregionale funksjoner i 2001 viste en betydelig geografisk skjevfordeling av tilbudet (6, 7). En sentralisering bør derfor helst bare skje der det kan dokumenteres at den er til det beste for enkeltpasienter og for kvaliteten i helsetjenesten. Dokumentasjon av resultater er også nødvendig for at brukerne skal kunne velge behandlingssted ut fra kvalitet. Det er behov for å etablere flere kvalitetsregistre, noe som bør være et ansvar for både sentrale myndigheter og for de regionale helseforetakene. Sykehus med landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og regionsfunksjoner har et særlig ansvar for å registrere og overvåke egne resultater. Det må etableres meningsfylte kvalitetsindikatorer som muliggjør sammenlikninger mellom sykehus og å følge utviklingen over tid. I tillegg må likeverdig tilgjengelighet og bruk av disse tjenestene sikres. Det innebærer at alle sykehus må følge med, kjenne til og slutte opp om sentraliseringen og henvise de pasientene det gjelder videre.

Maren Skaset
maren.skaset@helse-sorost.no

Maren Skaset (f. 1968) er statsviter, lege og dr.med. og arbeider for tiden som prosjektleder i Helse Sør-Øst RHF.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Tangen J-M, Fløisand Y, Foss-Abrahamsen J et al. Overlevelse hos voksne med akutt myelogen leukemi. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1164–7.
2. Onarheim H, Guttormsen AB, Eriksen E. Brannskadebehandling gjennom 20 år på Haukeland Universitetssykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1168–71.
3. Helsevesenet mot år 2000 – Nasjonal helseplan. Stortingsmelding nr. 41 (1987–88). Oslo: Helsedepartementet, 1987.
4. Om høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentre. Rundskriv I-19/2003. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2004/ [24.4.2008].
5. Nasjonal helseplan 2007–2010. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.
6. Rasmussen K, Bratlid D. Nasjonal styring av høyspesialiserte medisinske tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2976–9.
7. Rasmussen K, Bratlid D. Medisinske monopoler – et valg mellom kvalitet eller likhet? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2980–3.