

Regionalbaggrundsgruppe: Akutberedskabet
Bilag 3

**BAGGRUNDSPAPIR OM SPECIALEPLANLÆGNING,
VERSION 1.0**

Specialeplanlægning og specialfunktioner – proces og indhold

1. Baggrund	1
2. Formål med specialeplanlægningen	2
3. Rammer for specialeplanlægningen	5
4. Grundlæggende begreber	9
5. Indhold af krav til hovedfunktioner og specialfunktioner	17
6. Proces ved specialeplanlægning	21
7. Dokumentation / statusrapporter	27
8. Kommunikation	31

1. Baggrund

Sundhedsloven indeholder konkrete hjemmel for Sundhedsstyrelsens regulering af specialeplanlægning, for så vidt angår lands- og landsdelsfunktioner. Bestemmelserne om specialeplanlægning er trådt i kraft den 1. januar 2006, hvorimod hovedparten af sundhedslovens bestemmelser først træder i kraft pr. 1. januar 2007.

Sundhedsstyrelsen har i september 2005 iværksat et afklaringsarbejde, som skal afklare, hvordan den nationale specialeplanlægning kan ske inden for rammerne af sundhedsloven.

Jf. sundhedsloven skal alle væsentlige forhold om specialeplanlægning drøftes i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning forud for udmøntningen, og dette baggrundspapir er derfor drøftet i udvalget.

Specialeplanlægningen kan ses inden for en overordnet national ramme, som omfatter følgende tre hovedelementer:

1. **Specialeplanlægning** – fastlægger overordnede rammer og opgavefordeling for behandlingen i sygehusvæsenet.
2. **Kliniske retningslinjer** – fastlægger konkrete rammer for behandlingen af givne sygdomme.
3. **Kvalitetsmonitorering** – indsamling og ageren på kvalitetsdata.

Der er en tæt sammenhæng mellem de tre elementer, idet specialeplanlægning og kliniske retningslinjer angiver rammerne for kvalitetsmonitorerin-

30. juni 2006

J.nr. 0-203-01-50/1/MGR

Enhed for Planlægning

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

Fax 72 22 74 11

E-post info@sst.dk

www.sst.dk

Dir. tlf. 7222 7699

E-post efp@sst.dk

gen, mens resultaterne af kvalitetsmonitoreringen omvendt påvirker specialeplanlægningen og udformningen af kliniske retningslinjer.

Side 2

Sundhedsstyrelsen forudsætter, at der også regionalt arbejdes inden for en tilsvarende ramme med planlægning, retningslinjer, monitorering og ageren på baggrund af monitoreringsresultaterne. Tilsvarende er det forventningen, at der regionalt ageres på basis af resultaterne af national kvalitetsmonitorering.

Sundhedslovens bestemmelser om specialeplanlægning er karakteriserede ved, at de drejer sig om at udforme krav og anbefalinger til de forskellige funktioner ud fra de hensyn, der er beskrevet i dette notat, ligesom antallet af steder (og i en række tilfælde placeringen) fastlægges. Samtidig hermed fungerer det frie sygehusvalg, hvorefter patienterne med enkelte begrænsninger frit kan vælge mellem de sygehuse, der udfører de pågældende behandlinger. Hertil kommer det udvidede frie sygehusvalg. Der er derfor tale om, at patienternes frie valg sker inden for de rammer, specialeplanlægningen udstikker, idet der kun er frit valg til de behandlinger, det enkelte sygehus faktisk udfører.

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Udnyttelsen af en planlagt behandlingskapacitet vil derfor afhænge af, om og hvordan patienterne udnytter deres frie sygehusvalg, idet det skal bemærkes, at et sygehus kan afvise at modtage personer fra andre regioner, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat.

Når visitation omtales i det følgende, forudsættes det derfor, at det sker inden for rammerne af det frie sygehusvalg.

2. Formål med specialeplanlægningen

Sundhedsstyrelsens nugældende vejledning *Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet* fra 2001 (herefter Specialevejledningen) definerer formålet med specialeplanlægning således: ”*Det overordnede formål med specialeplanlægning er at sikre befolkningen adgang til diagnostik og behandling af god kvalitet under hensyn til den samlede mest effektive udnyttelse af de til enhver tid til rådighed værende ressourcer.*”

Den nuværende planlægning af lands- og landsdelsfunktioner tager udgangspunkt i, ”*at samling af funktioner foretages, hvor hensynet til kvaliteten, herunder effektiv ressourceudnyttelse, tilsiger dette. Beslutning om samling af funktioner træffes med udgangspunkt i følgende kriterier:*

- *om sygdommen/tilstanden på grund af sjældenhed og hensynet til erfaringsopsamling bør behandles få steder*
- *om diagnostik og/eller behandling er kompliceret og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere*
- *om diagnostik og/eller behandling medfører et stort ressourceforbrug, f.eks. i form af specialapparatur.*”

Af bemærkningerne ved fremsættelsen af forslag til sundhedsloven fremgår følgende om bestemmelserne om specialeplanlægning:

”Det fremgår af kommunalreformen, at regeringen vil styrke de centrale sundhedsmyndigheders beføjelser til at sikre en bedre kvalitet, herunder opstilling af krav og kriterier for, at de enkelte sygehuse/afdelinger kan udføre relevante, specialiserede behandlinger.

Side 3

De nuværende regler om specialeplanlægning, der fremgår af sygehusloven, og som foreslås afløst af lovforslaget, giver ikke de centrale sundhedsmyndigheder de nødvendige, klare beføjelser og forpligtelser i forhold til et ønske om mere effektiv koordinering af specialeplanlægningen.

Efter sygehuslovens nugældende regler om specialeplanlægning, påhviler det amterne at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsafdelinger på andre offentlige sygehuse samt på private sygehuse. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler herom. Derudover har ministeren en lovmæssig beføjelse til at fastsætte regler for visitation af patienter, hvis kvalitets- eller ressourcemæssige hensyn taler for, at visse behandlingsformer samles på et eller få sygehuse.

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

De nugældende regler og praksis har imidlertid en række svagheder. Den regionale specialeplanlægning sker ikke konsekvent på grundlag af eksplicite krav. Dermed er der risiko for, at de højt specialiserede funktioner i praksis ikke opfylder relevante ressourcemæssige og faglige krav. De centrale sundhedsmyndigheder modtager ikke løbende og systematisk rapportering fra de driftsansvarlige myndigheder om status for lands- og landsdelsafdelingernes opfyldelse af fastsatte krav. Dermed mangler en løbende vurdering af, om lands- og landsdelsafdelingerne opfylder relevante krav.

En effektiv landsdækkende koordinering skal sikre samling af den allermest specialiserede behandling. Det er vigtigt at sikre den rette balance mellem regionernes egen planlægning og hensynet til den overordnede koordination af sundhedsvæsenet, fx for at sikre den nødvendige samling af behandlingen af bl.a. hjerte- og kræftpatienter.

Der er således på nogle punkter brug for en stærkere landsdækkende styring af specialeplanlægningen, som også anbefalet af regeringens rådgivende sundhedsudvalg og af strukturkommissionen.”

Hertil kommer, at sundhedsloven jf. §2 ”...fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for

- 1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet,*
- 2) behandling af høj kvalitet,*
- 3) sammenhæng mellem ydelserne,*
- 4) valgfrihed,*
- 5) let adgang til information,*
- 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og*
- 7) kort ventetid på behandling.”*

Sundhedslovens §4 fastslår, at ”Regioner og kommuner skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v.”

Specialeplanlægning omfatter alle niveauer i sygehusvæsenet, idet tankgangen om planlægning, kliniske retningslinjer og kvalitetsmonitorering ikke blot gælder på lands- og landsdelsniveauet, men også på basisniveauet. Den nationale specialeplanlægning lægger dog jf. sundhedsloven mest vægt på de specialiserede funktioner, men vil også omfatte specialeplanlægning på basisniveauet, jf. nedenfor.

Side 4

Det kan konstateres, at elementer af det overordnede formål med den nugældende specialeplanlægning går igen i sundhedslovens bemærkninger, idet den lovgivningsmæssige hjemmel for specialeplanlægningen dog skærpes med sundhedsloven, med fokus på at etablere den nødvendige koordination for at sikre, at specialeplanlægningens mål kan nås.

30-06-2006

De overordnede rammer for sundhedsloven understreger også specialeplanlægningens fokus på kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Sidstnævnte må tolkes sådan, at funktioner – under forudsætning om høj faglig kvalitet – hverken skal placeres flere eller færre steder end ressourcemæssigt rationelt¹. Sundhedsvæsenets ydelser skal dermed generelt leveres på det niveau, hvor den med det rette høje kvalitetsniveau kan leveres mest omkostningseffektivt².

Formålet med specialeplanlægningen er derfor som følger:

Formålet med specialeplanlægning er at medvirke til, at forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering sker med høj faglig kvalitet, helhed i patientforløbene og under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse³. Specialeplanlægningen skal desuden fremme, at der sker den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse mhp. fortsat opretholdelse og udvikling af sundhedsvæsenets ydelser. Endelig skal specialeplanlægningen tilgodese, at sundhedsydelser af høj faglig kvalitet og med effektiv ressourceudnyttelse leveres så tæt på patienten som muligt. Specialeplanlægningen skal sikre den nødvendige planlægning, koordination og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter for at fremme dette formål.

I det omfang hensynene til høj faglig kvalitet og nærhed er indbyrdes modstridende, vægtes hensynet til høj faglig kvalitet højest.

Specialeplanlægningen bør foregå på en måde, som muliggør information af og dialog med borgere, politikere samt sundhedsfaglige og administrative aktører om disses forventninger til sundhedsvæsenet og den nødvendige sundhedsfaglige udvikling. Dialogen bør ske via medlemmerne af det rådgivende udvalg for specialeplanlægning. Der bør herunder være gennemsigtighed i specialeplanlægningen.

¹ Overvejelser om ressourceudnyttelsen kan omfatte flere forskellige niveauer, fx samfundsøkonomiske, driftsøkonomiske og/eller personalemæssige aspekter.

² LEON-princippet – laveste effektive omkostningsniveau.

³ Med behandling menes alle ydelser i behandlingsforløbet, herunder pleje.

3. Rammer for specialeplanlægningen

Side 5

I det følgende gennemgås sundhedslovens enkelte bestemmelser om specialeplanlægning med tilhørende lovbemærkninger sammen med en tolkning af bestemmelserne og forslag til den konkrete udmøntning af bestemmelserne.

Det skal bemærkes, at den terminologi, som anvendes i sundhedsloven, fortolkes i afsnit 4 om grundlæggende begreber. Således vil begrebet specialfunktion svare til det i sundhedsloven anvendte begreb lands- og landsdelsfunktion. Specialfunktioner omfatter såvel regionsfunktioner som højt specialiserede funktioner (disse defineres i afsnit 4). I det følgende benyttes derfor termen specialfunktion i stedet for lands- og landsdelsfunktioner (undtagen når der direkte refereres til sundhedslovens bestemmelser og til den hidtidige specialeplanlægning).

30-06-2006

3.1. Rådgivende udvalg for specialeplanlægning (§ 207)

Der nedsættes et rådgivende udvalg for specialeplanlægning (stk. 1) med repræsentanter for de lægevidenskabelige selskaber, de sygeplejefaglige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (stk. 2). Indenrigs- og sundhedsministeren udnævner formanden efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen og ministeriets medlem samt suppleanter herfor. Det fremgår af bemærkningerne, at medicinaldirektøren forudsættes at være formand for udvalget. Sundhedsstyrelsen udpeger de øvrige medlemmer og suppleanter (stk. 3). Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for udvalgets sammensætning, funktionsperiode samt regler for udvalgets virksomhed (stk. 4).

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Det nævnes i bemærkningerne, at udvalgets opgave er at drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægning og komme med oplæg til Sundhedsstyrelsens udmeldinger vedrørende specialeplanlægning. Det præciseres, at udvalget er rådgivende. Det fremhæves i bemærkningerne, at samarbejdsstrukturen skal understrege, at tilrettelæggelsen af opgavevaretagelsen vil være et fælles ansvar, hvor det alene er i de tilfælde, hvor der ikke kan findes en fælles løsning, at de statslige styringsbeføjelser vil være aktuelle.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udstedt *Bekendtgørelse om sammensætning og opgaver for det rådgivende udvalg for specialeplanlægning i sygehusvæsenet* (BEK nr. 1465 af 20. december 2005).

Bekendtgørelsen fastslår, at Sundhedsstyrelsen sekretariatsbetjener udvalget samt fastsætter udvalgets forretningsorden.

Det fastslås i bekendtgørelsen som i lovbemærkningerne, at udvalget skal drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægningen. Det faglige grundlag for specialeplanlægningen omfatter efter Sundhedsstyrelsens vurdering dels det sundhedsfaglige grundlag, dels det planlægningsmæssige og organisatoriske grundlag.

3.2. Lands- og landsdelsfunktioner (§ 208)

Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse efter høring af det rådgivende udvalg (stk. 1) og godkender lands- og landsdelsfunktioner på disse sygehuse (stk. 2). Styrel-

sen fastlægger nærmere krav til visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring i det rådgivende udvalg (stk. 3). Styrelsen kan inddrage godkendelsen efter en høring af det rådgivende udvalg, hvis kravene i stk. 1 trods pålæg herom ikke er opfyldt. Afgørelsen kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren (stk. 4). Regionsrådet og private sygehuse afgiver årligt en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af kravene til afdelinger med lands- og landsdelsfunktion (stk. 5).

Side 6

Det fremgår af bemærkningerne, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om, at visse behandlingsformer samles på et eller få sygehuse, hvor kvalitets- eller ressourcemæssige hensyn taler herfor. Det anføres, at den landsdækkende koordinering skal sikre samling af den allermest specialiserede behandling. Det understreges, at der fortsat skal samarbejdes på tværs af regionsgrænserne, og det angives eksplicit, at udgangspunktet på fx hjerte- og kræftområdet skal være, at der med de nye regioner vil være behov for den kapacitet og ekspertise, der i dag er veletableret og velfungerende fx på Aalborg Sygehus. Det præciseres også, at specialeplanlægning som hidtil skal foregå i dialog mellem alle parter, og at de centrale sundhedsmyndigheder forudsættes at anvende deres beføjelser efter rådgivningen fra det rådgivende udvalg. Det skønnes således kun at være ved uenighed i udvalget, og hvor hensynet til patienterne taler herfor, at Sundhedsstyrelsen får behov for at udnytte beføjelserne til selv at træffe beslutninger.

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Bemærkningerne præciserer vedr. stk. 5, at Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at vurdere, om de fastlagte krav til lands- landsdelsfunktioner er opfyldt.

Bestemmelserne angiver hovedelementerne i den nationale specialeplanlægning: Krav til lands- og landsdelsfunktioner, godkendelse af disse, krav til visitation af patienter til lands- og landsdelsfunktioner, inddragelse af godkendelse samt årlig afrapportering fra regionsråd/private sygehuse med lands- og landsdelsfunktion.

Indhold og afgrænsning af Sundhedsstyrelsens krav til specialfunktioner er ikke præciseret nærmere i lov eller lovbemærkninger, bortset fra at det fremgår af § 208, at Sundhedsstyrelsens krav også kan omfatte placeringen af lands- og landsdelsfunktioner.

Faglige og organisatoriske krav til specialfunktioner kan betegnes *normative krav*, idet de opstiller en indholdsmæssig norm, som skal opfyldes, hvis en varetagelse af en funktion skal kunne betegnes som specialiseret. Normative krav kan suppleres med *krav til placering*.

Der kan peges på tre principielle niveauer, som normative krav kan opstilles på:

1. Generelle krav til sygehuse/sygehusafdelinger, som tildeles specialfunktioner – dvs. på tværs af lægelige specialer.
Det kan dreje sig om særlig ekspertise blandt personalet, deltagelse i forskning og udvikling, uddannelse etc.

2. Specialespecifikke og generelle krav til sygehuse/sygehusafdelinger, som tildeles specialfunktioner – dvs. krav som opstilles speciale for speciale.

Side 7

Her tænkes foruden generelle krav på konkret, specialespecifik ekspertise, der skal være til rådighed, akutberedskaber i det pågældende og andre specialer, samarbejde i øvrigt med andre specialer og funktioner etc.

3. Funktionsspecifikke, specialespecifikke og generelle krav til sygehuse/sygehusafdelinger, som tildeles specialfunktioner – dvs. at der også stilles krav, som vedrører den enkelte specialfunktion.

Med funktionsspecifikke krav tænkes på konkrete krav for at kunne varetage den enkelte funktion. Det kan være konkret uddannelse og kompetencer, udstyr, samarbejde med andre funktioner etc.

30-06-2006

Uanset valg af niveau ovenfor vil det være nødvendigt at foretage en afgrænsning af, hvilke funktioner der skal betragtes som specialiserede, og dermed er omfattet af sundhedslovens § 208.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Normative krav vil blive stillet på niveau 2, dvs. som en kombination af specialespecifikke og generelle krav. Dette skal ses i lyset af, at en række forudsætninger for at kunne varetage forskellige specialfunktioner inden for et givent speciale kan forventes at være overensstemmende, hvorimod generelle krav på tværs af specialerne vil blive for upræcise. Hertil kommer, at det vil være meget omfattende at ”begynde forfra” ved at stille krav til hver enkelt specialfunktion, samtidig med at det vurderes, at det kun i mindre grad vil forbedre varetagelsen af de enkelte funktioner.

Det kan overvejes, om der for udvalgte specialfunktioner skal opstilles konkrete krav til funktionen. Det bør overvejes nøje, hvordan og for hvilke funktioner det i givet fald skal ske.

Sundhedsloven indeholder som nævnt ikke en afgrænsning af, hvornår kravene til specialfunktioner omfatter krav til placeringen af disse.

Som følge af ovenstående skal der gennemføres *speciale gennemgange* af de lægelige specialer for at opstille de konkrete specialespecifikke krav. Det skal understreges, at opdelingen i lægelige specialer skal ses som en praktisk måde at opdele specialeplanlægningen på, idet speciale gennemgangene også vil forholde sig til relevante ikke-lægelige funktioner og krav/anbefalinger.

Forud for speciale gennemgangene gennemføres en gennemgang af akutberedskabet, og anbefalingerne for dette vil indgå i de enkelte speciale gennemgange. Gennemgangen af akutberedskabet berøres ikke yderligere her, idet dette notat drejer sig om speciale gennemgangene.

Krav til regionsfunktioner vil som udgangspunkt blive stillet som rent normative krav, mens **krav til højt specialiserede funktioner** vil blive stillet som en kombination af normative krav og krav til placering. Sidstnævnte skal ses i lyset af, at samlingen af forskellige specialfunktioner på få sygehuse på en række områder dels er nødvendig (af hensyn til akutberedskaber, samarbejde etc.), dels medfører en række betydelige synergieffekter (fx forskningsmiljøer og –ledelse, erfaring med udviklingsprocesser, uddannel-

se). De sidste er af afgørende betydning for udviklingen af de enkelte områder på længere sigt, og dermed for kvaliteten.

Side 8

Uanset om der stilles krav til placering, eller der udelukkende stilles normative krav, skal der af hensyn til patientunderlag og ressourceudnyttelse stilles krav til det samlede antal behandlingssteder inden for en given funktion. Det samlede antal behandlingssteder er afgørende for den potentielle patientvolumen på den enkelte afdeling med specialfunktioner.

Sundhedsloven ligestiller **regionale og private sygehuse**, hvad angår specialfunktioner. Det betyder, at private sygehuse, som bliver godkendt til at varetage specialfunktioner, som udgangspunkt skal opfylde alle de krav, inklusive de ikke-behandlingsorienterede, som stilles til sygehuse med specialfunktioner. Dette gælder særligt, hvis det private sygehus' tilbud erstatter et offentligt tilbud, idet der ellers vil være tale om, at det samlede tilbud forringes. Der kan gøre sig særlige forhold gældende omkring kapitalinvesteringer, idet et privathospitals valg af investeringer som udgangspunkt ikke bør indgå i de ressourcemæssige overvejelser. Derimod vil forbruget af personaleressourcer på private sygehuse i de fleste tilfælde skulle indgå i den samlede vurdering, idet det ofte vil påvirke de offentlige sygehuses rekrutteringsmuligheder og dermed muligheden for at kunne varetage specialfunktioner. Det skal bemærkes, at der gør sig særlige hensyn gældende, når private sygehuse udfører behandlinger under det udvidede frie sygehusvalg.

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

I forlængelse heraf skal man også forholde sig til, hvordan det kan sikres, at forpligtelserne også opfyldes på private sygehuse, og herunder hvilke aftalemæssige rammer dette forudsætter. Hertil kommer, at der skal ske overvejelser om forsyningssikkerhed, idet der fremover skal ske en eksplicit stillingtagen til de private (og de offentlige) sygehuses forpligtelser i denne henseende.

Der må som udgangspunkt være en forpligtelse til at opretholde en specialfunktion døgnet rundt, året rundt.

Hvad angår de **årlige statusrapporter**, er det Sundhedsstyrelsens ambition, at disse etableres på en måde, hvor de også kan anvendes af den enkelte region/det enkelte sygehus i et fremadrettet arbejde med at udvikle kvalitet og andre aspekter af varetagelsen af specialfunktioner.

Det angives i bemærkningerne, at Sundhedsstyrelsen løbende skal vurdere, om kravene til lands- og landsdelsfunktioner er opfyldt. Den årlige afrapportering vil udgøre kernen i styrelsens vurdering, men der må derudover forventes en række opfølgende aktiviteter overfor regioner og sygehuse, som eventuelt har vanskeligt ved at opfylde kravene. Det må desuden være et krav, at regioner og private sygehuse er forpligtede til at informere Sundhedsstyrelsen umiddelbart, hvis man kommer i en situation, hvor man ikke længere er i stand til at opfylde de krav, som en godkendelse er givet på baggrund af.

Sundhedsstyrelsen vil som i dag agere på enkeltsager med manglende overholdelse af krav og godkendelser, som styrelsen bliver opmærksom på, ligesom det rådgivende udvalg – som minimum i principielle sager – vil blive inddraget.

Endelig bør det afklares, hvordan hensyn til **geografisk fordeling af specialfunktioner** kan tilgodeses ved opstilling af krav til og godkendelse af disse.

Side 9

3.3. Aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på regionale sygehuse (§ 209)

Det påhviler regionsrådet at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på regionale sygehuse samt på private sygehuse (stk. 1), og Sundhedsstyrelsen kan træffe afgørelse efter høring af det rådgivende udvalg, hvis parterne ikke kan nå til enighed (stk. 2). Det fremgår ligeledes, at Sundhedsstyrelsen kan beslutte, at betaling for anvendelse af lands- og landsdelsfunktioner kan afkræves en region, hvis der ikke indgås aftaler efter stk. 1 (stk. 3).

30-06-2006

Der er med mindre ændringer tale om en videreførsel af de nuværende bestemmelser efter sygehuslovens § 13, idet ministerens nuværende beføjelser dog overføres til Sundhedsstyrelsen. Det fremgår dog ikke eksplicit, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler for aftalerne, hvilket er en del af den nuværende § 13, stk. 1.

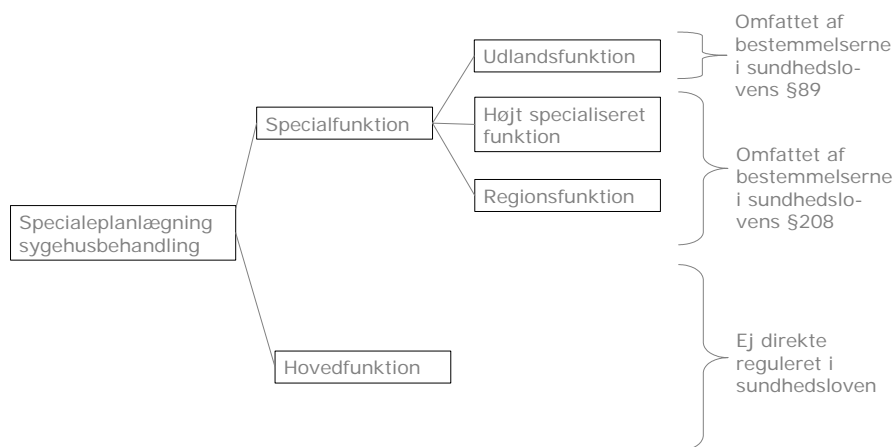
Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Det frie sygehusvalg omfatter jf. sundhedsloven bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de i loven eksplicit nævnte specialsygehuse (§ 79 og § 86). Efter Sundhedsstyrelsens umiddelbare vurdering er benyttelsesaftaler mellem regionerne og de private sygehuse derfor en forudsætning for, at regionerne er forpligtede til umiddelbart at henvise patienter til private sygehuse med specialfunktioner med offentlig betaling. Det udvidede frie sygehusvalg gælder kun, hvis regionsrådet ikke inden for to måneder kan tilbyde behandling ved egne eller et af sygehusene nævnt i § 79, som regionsrådet samarbejder med eller benytter.

4. Grundlæggende begreber

I det følgende fremlægges begrebsdefinitioner for de grundlæggende begreber/niveauer i specialeplanlægningen. Definitionerne tager som i dag udgangspunkt i hovedkriterierne sjældenhed, kompleksitet og ressourceforbrug.

Sundhedslovens bestemmelser om specialfunktioner tager udgangspunkt i det nuværende begreb lands- og landsdelsfunktion. Sundhedsstyrelsen finder, at der er behov for at benytte en justeret terminologi, som bedre beskriver de niveauer, der anvendes i specialeplanlægningen. Terminologien er illustreret nedenfor:



30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

De to grundlæggende begreber er dermed hovedfunktion og specialfunktion.

Begrebet **hovedfunktion** svarer som udgangspunkt til den nuværende basisfunktion, men er valgt at understrege, at hovedfunktioner udgør kernen i aktiviteten i sygehusvæsenet. Planlægning af hovedfunktioner er ikke direkte reguleret i sundhedsloven, men vil jf. dette notat indgå i den nationale specialeplanlægning.

Begrebet **specialfunktion** svarer som udgangspunkt til de nuværende lands- og landsdelsfunktioner samt en række af de nuværende tværamtslige basisfunktioner. Specialfunktioner kan opdeles i **regionsfunktioner**, **højt specialiserede funktioner** og **udlandsfunktioner**, jf. nedenfor. Regions- og højt specialiserede funktioner er omfattet af reguleringen i sundhedslovens § 208, mens udlandsfunktioner reguleres i § 89.

Aktiviteten hos praktiserende speciallæger, alment praktiserende læger og i det kommunale sundhedsvæsen er som udgangspunkt ikke omfattet af definitionerne ovenfor, da der fokuseres på specialeplanlægning for sygehusvæsenet. I det omfang der sker en større samordning af funktionerne kan betegnelsen primærfunktion anvendes for aktiviteten i først og fremmest kommuner og hos alment praktiserende læger. Aktiviteten hos praktiserende speciallæger kan indplaceres som enten primær- eller hovedfunktion.

Foruden begreberne ovenfor kan også nævnes satellitfunktion og udviklingsfunktion, der indgår i definitionerne nedenfor.

Planlægning af funktioner skal medvirke til, at sundhedsvæsenets forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering sker med høj faglig kvalitet, helhed i patientforløbene og under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Afgrænsningen af de forskellige niveauer i specialeplanlægningen vil ske på baggrund af begreberne forekomst, kompleksitet og ressourceforbrug.

Det vurderes, at det ikke er muligt at udforme en simpel operationalisering af afgrænsningerne af de forskellige funktioner, men at dette må ske på baggrund af et samlet skøn.

Side 11

Hvad angår **forekomst**, bør der ske en vurdering af antallet af sygdomstilfælde eller antallet af behandlinger inden for den pågældende funktion.

Under **kompleksitet** bør der indgå en vurdering af flere forhold, fx behovet for samarbejde mellem forskellige funktioner og lægelige specialer og behov for akutberedskaber.

I vurderingen af **ressourceforbruget** bør der indgå overvejelser om samfundsøkonomiske, driftsøkonomiske (fx udstyr) og personalemæssige (fx specialuddannet personale) forhold.

30-06-2006

4.1. Hovedfunktion

Den nuværende basisfunktion er indirekte defineret, idet definitionen er knyttet til "basisniveauet": "*Basisniveauet omfatter almindeligt forekommende sygehusydelse, hvor der er patientunderlag til at ydelserne kan gives på højt kvalitetsniveau på basisniveauet*". Det skønnes, at basisniveauet omfatter ca. 90 % af det samlede sengedagsforbrug.

Basisniveauet omfatter dermed en helt dominerende andel af aktiviteten på sygehusene, men det er fra flere sider fremhævet, at selve begrebet basisfunktion medvirker til, at der sker en undervurdering af betydningen af dette niveau.

Betegnelsen basisniveau afløses derfor af en anden betegnelse, som i højere grad signalerer, at der er tale om kerneaktiviteten i sygehusvæsenet, idet betegnelsen **hovedfunktion** vil blive benyttet.

Hovedfunktion defineres som følger:

"Hovedfunktion omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor såvel sygdom som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet, og hvor ressourceforbruget ikke tilsiger en samling af ydelserne."

Planlægning af hovedfunktioner skal som den øvrige specialeplanlægning medvirke til, at sundhedsvæsenets forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering sker med høj faglig kvalitet, helhed i patientforløbene og under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Afgrænsningen af hovedfunktioner vil ske på baggrund af en vurdering af de kriterier, som er gennemgået i indledningen.

Varetagelsen af hovedfunktioner er et regionalt anliggende, idet Sundhedsstyrelsen som hidtil vil komme med generelle anbefalinger til tilrettelæggelsen af disse. I modsætning til specialfunktioner vil der ikke i medfør af sundhedsloven ske en selvstændig afrapportering til Sundhedsstyrelsen om aktiviteten. Det bør overvejes, om der som supplement til afrapporteringen af specialfunktioner skal aftales en kortfattet afrapportering for regionernes varetagelse af hovedfunktioner. Det er desuden forventningen, at der regio-

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

nalt etableres en proces om varetagelsen af hovedfunktioner, fx i form af behandlingsretningslinjer og kvalitetsopfølgning. Dette vil ligge i forlængelse af Den Danske Kvalitetsmodel.

Side 12

For så vidt angår kvalitet, vil der ved eventuel national opfølgning blive anvendt overordnede indikatorer, indsamlet og bearbejdet i eksisterende og kommende landsdækkende kvalitetsinitiativer.

Hovedfunktioner kan være placeret ved et eller flere sygehuse i regionen, afhængigt af den konkrete organisering i regionen. Ved afvejningen heraf bør hensynet til nærhed vurderes i forhold til krav til ekspertise og patientunderlag, idet det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen ved valg mellem hensynet til nærhed og hensynet til ydelser af høj kvalitet generelt finder, at hensynet til ydelser af kvalitet vægter højest. Tilsvarende overvejelser gælder ved planlægning af akutfunktioner.

30-06-2006

Inden for de fleste lægelige specialer vil der være hovedfunktioner, og i enkelte specialer er der kun hovedfunktioner.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Der bør ske en afklaring af sammenhængen mellem hovedfunktioner på sygehuse og praktiserende speciallægers varetagelse af tilsvarende aktiviteter. Inden for fx dermato-venerologi varetages en stor del af hovedfunktionerne af praktiserende speciallæger.

4.2. Specialfunktioner

I det følgende gennemgås specialfunktionerne: Regionsfunktion, højt specialiseret funktion og udlandsfunktion.

4.2.1. Regionsfunktion

Begrebet regionsfunktion findes ikke i den nuværende specialeplanlægning, idet det nærmest beslægtede begreb er tværamtslig basisfunktion. Formålet med at etablere begrebet regionsfunktion er at signalere, at der findes funktioner mellem hovedfunktion og højt specialiseret funktion, som må løses samlet i den enkelte region. En regionsfunktion betragtes som specialiseret.

Regionsfunktion defineres som følger:

”Regionsfunktion omfatter diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet, og/eller hvor ressourceforbruget tilsiger en vis samling af ydelserne.”

Planlægning af regionsfunktioner skal som den øvrige specialeplanlægning medvirke til, at sundhedsvæsenets forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering sker med høj faglig kvalitet, helhed i patientforløbene og under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Afgrænsningen af regionsfunktioner vil ske på baggrund af en vurdering af de kriterier, som er gennemgået i indledningen.

Regionsfunktioner hører til specialfunktionerne og er derfor omfattet af Sundhedsstyrelsens opstilling af krav til og godkendelse af disse funktioner. Det skal bl.a. ses i lyset af, at det må forventes, at en række nuværende

lands- og landsdelsfunktioner vil blive omdefinert til regionsfunktioner, og at styrelsen finder behov for at opretholde muligheden for at stille krav til og vurdere opgavevaretagelsen.

Side 13

En regionsfunktion er som udgangspunkt placeret på ét sygehus i regionen, men kan i de befolkningstunge regioner eventuelt placeres på flere sygehuse. Hvis regionsfunktioner er placeret på flere sygehuse, forudsættes der etableret et konkret samarbejde mellem de pågældende sygehuse om varetagelse af funktionen. Dette kan fx omfatte fælles behandlingsretningslinjer, kvalitetsmonitorering og –opfølgning etc. Forskellige regionsfunktioner bør som udgangspunkt placeres på de samme regionale sygehuse for derigennem at udnytte akuteredskaber, fællesfunktioner samt synergi ved uddannelse, forskning og udvikling etc.

30-06-2006

4.2.2. Højt specialiseret funktion

Lands- og landsdelsfunktion defineres i dag som følger:

”Ved lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet forstås funktioner, der vedrører sygdomme/tilstande:

- *som på grund af sjældenhed og hensynet til erfaringsopsamling bør behandles få steder i landet*
- *hvis diagnostik og/eller behandling er kompliceret og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere*
- *hvis diagnostik og/eller behandling medfører et stort ressourceforbrug, f.eks. i form af specialapparatur.*

Der vil herudover være patienter eller sygdomstilfælde, som er af en så særlig karakter, at disse, selvom de ikke specifikt er anført som lands- og landsdelsfunktioner, alligevel bør viderevisiteres til lands- eller landsdelsafdeling.”

Fremover benyttes betegnelsen **højt specialiseret funktion**. Højt specialiseret funktion skal understrege, at der her er tale om særlige funktioner, der pga. sjældenhed, kompleksitet eller ressourceforbrug kun bør varetages få steder.

Højt specialiseret funktion defineres som følger:

”Højt specialiseret funktion omfatter diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er sjældent forekommende, og/eller hvor ydelserne er af stor kompleksitet, og/eller hvor ressourceforbruget tilsiger en betydelig samling af ydelserne. Patienter eller sygdomstilfælde af helt særlig karakter bør desuden viderevisiteres til afdeling med højt specialiseret funktion”.

Planlægning af højt specialiserede funktioner skal som den øvrige specialeplanlægning medvirke til, at sundhedsvæsenets forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering sker med høj faglig kvalitet, helhed i patientforløbene og under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Afgrænsningen af højt specialiserede funktioner vil ske på baggrund af en vurdering af de kriterier, som er gennemgået i indledningen.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Antallet af højt specialiserede funktioner inden for et givent område samt de konkrete krav til sygehuse, der varetager denne, vil indgå i opstillingen af krav til specialfunktioner.

Side 14

Højt specialiserede funktioner placeres på højt specialiserede sygehuse, hvor der er sket en samling af tværgående funktioner og andre højt specialiserede funktioner (men hvor der også (kan) varetages hoved- og regionsfunktioner). Ud over de direkte behandlingsmæssige grunde skal samlingen på bestemte sygehuse medvirke til at udnytte synergien ved at samle funktionerne. Dette gælder ikke mindst for forskning og udvikling samt uddannelse, hvor tilstedeværelsen af mange forskellige funktioner skaber et bedre grundlag for at etablere og udvikle disse områder.

30-06-2006

Der kan etableres samarbejde mellem en afdeling med højt specialiseret funktion og et regionalt sygehus om **satellitfunktion**:

Ved satellitfunktion forstås en funktion, hvor et regionalt sygehus efter konkret aftale og i konkret samarbejde med afdeling med højt specialiseret funktion varetager dele af en konkret højt specialiseret funktion, fx i visse perioder af sygdomsforløbet eller lette tilfælde af sygdommen.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Der kan tilsvarende etableres satellitfunktion om varetagelsen af en regionsfunktion. En satellitfunktion udgår altid fra et sygehus, som selvstændigt varetager den pågældende funktion.

Vurderingen af det overordnede behov for at etablere en satellitfunktion baseres på de samme kriterier, som anvendes ved afgrænsningen af de forskellige typer funktioner:

- Forekomst.
- Komplexitet / risikoprofil.
- Ressourceforbrug – fysiske rammer / apparatur / personale.

Hertil kommer, at det skal sikres, at der både er en tilstrækkelig aktivitet på det sygehus, der skal have satellitfunktionen, og på den afdeling, der har specialfunktionen på området.

En satellitfunktion forudsætter et konkret samarbejde mellem de involverede afdelinger. Dette skal som minimum omfatte definition af patientgruppe og behandling, kapacitets- og aktivitetsniveau, visitationsretningslinjer og indikationer, fælles retningslinjer for behandling, bemanning og vagtberedskab, det lægelige samarbejde samt kvalitetsmonitorering og -opfølgning. Herudover bør samarbejdet i relevante tilfælde omfatte forskning og udvikling samt uddannelse. Disse krav er i forlængelse af den nuværende udmelding om krav til satellitaftaler. Det forudsættes desuden, at varetagelse af satellitfunktioner afrapporteres på linje med øvrige specialfunktioner, da der er tale om en alternativ varetagelse af en sådan.

Aftaler om satellitfunktioner skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen.

4.2.3. Udlandsfunktion

I den nuværende specialeplanlægning omtales behandling i udlandet under definition af lands- og landsdelsfunktioner:

”I visse særlige tilfælde vil patientunderlaget i Danmark være for lille til, at indenlandsk ekspertise kan etableres på passende niveau. I sådanne tilfælde

bør patienterne via den relevante landsdelsafdeling henvises til højt specialiseret behandling i udlandet i henhold til reglerne herfor.”

Side 15

En udlandsfunktion defineres som følger:

”Udlandsfunktion omfatter diagnostik, behandling og rehabilitering ved sygdomme og tilstande, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er så sjældent forekommende, og/eller hvor ydelserne er af så stor kompleksitet, og/eller hvor ressourceforbruget er så omfattende, at behandling i Danmark ikke kan etableres på et passende niveau.”

Afgrænsningen af en udlandsfunktion sker på baggrund af en vurdering af de kriterier, som er gennemgået i afsnit 4.1. Der er dog ikke som ved de foregående funktioner tale om en selvstændig funktion, men en vurdering af, hvornår en behandling bliver for sjælden, kompleks eller ressourcekrævende til, at den bør etableres i Danmark.

30-06-2006

I de tilfælde hvor en behandling ikke tilbydes i Danmark, vil sundhedslovens § 89 om behandling i udlandet være gældende. Der skal således tilbydes en patient henvisning til behandling i udlandet, hvis nødvendig behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus, når patienten er indstillet hertil af den sygehusafdeling, som har højeste indenlandske specialkundskab, og indstillingen er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Aktuelt sker der ikke nogen systematisk opfølgning på kvaliteten af den behandling, som ydes i udlandet efter disse bestemmelser. Det vurderes, at det må påhvile den sygehusafdeling, der har indstillet patienten til behandling (dvs. den højeste indenlandske specialkundskab), at sikre den nødvendige opfølgning. Det må konkretiseres, hvad den nødvendige opfølgning består af. Tilsvarende er der behov for en systematisering af henvisningspraksis, så der er gennemsigtighed i, hvorfor patienter med givne diagnoser henvises til bestemte udenlandske sygehuse.

Det er oplyst over for Sundhedsstyrelsen, at udenlandske læger i en række tilfælde hentes til Danmark for at foretage behandlinger, som ellers ikke er etableret i Danmark, og hvor patienter i øvrigt tilbydes behandling i udlandet. I sådanne tilfælde, hvor der er tale om at (ny-)etablere en given behandling i Danmark, skal Sundhedsstyrelsen inddrages forud, idet der som udgangspunkt enten vil være tale om en specialfunktion eller om en udviklingsfunktion. I andre tilfælde er der tale om, at det pågældende sygehus specifikt får bistand til at tage en metode i brug, som allerede bruges på andre danske sygehuse, og hvis placering ikke i øvrigt er fastlagt i specialeplanlægningen. I disse tilfælde er der ikke behov for at inddrage Sundhedsstyrelsen, idet det forudsættes, at gældende autorisationsregler overholdes.

Der kan eventuelt være tale om at samarbejde om de meget sjældne funktioner, således at danske sygehuse efter konkret aftale og i samarbejde med andre lande får funktion for sygdomme/behandlinger, som ellers ikke bør etableres i Danmark på baggrund af kriterierne ovenfor.

4.3. Udviklingsfunktion

Den nugældende Specialevejledning omfatter begrebet udviklingsområde, der er defineret som følger:

”Ved udviklingsområder forstås områder, hvor anvendelsesområdet, indikationer og/eller faglige forudsætninger aktuelt er uafklarede. Det kan dreje sig om eksperimentelle/forskningsmæssige aktiviteter, der foregår i protokollerede undersøgelser eller områder/funktioner, der er under etablering i Danmark.”

Side 16

Hidtil er et udviklingsområde blevet defineret til at være lands- og landsdelsfunktion.

Sundhedsstyrelsen finder, at der fortsat er behov for at opretholde udviklingsområder som begreb, idet der dog af hensyn til den begrebsmæssige ensartethed vil blive anvendt udviklingsfunktion. Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at udviklingsfunktioner pr. definition kun kan udføres på det højt specialiserede niveau. Det vurderes, at de generelle kriterier – sjældenhed, kompleksitet og ressourceforbrug – kan anvendes på udviklingsfunktioner, og at det derigennem vurderes, om disse skal defineres som specialfunktion eller som hovedfunktion.

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

En udviklingsfunktion defineres derfor som følger:

”Diagnostik, behandling og rehabilitering på et område, hvor de anvendte metoder, anvendelsesområde og indikationer, forudsætninger etc. endnu er uafklarede, betegnes udviklingsfunktion. En udviklingsfunktion kan dels omfatte områder, hvor der ikke foreligger evidens for en given behandlings effekt, dels områder, som er under etablering i Danmark, men hvor den overordnede evidens er fastslået.”

Ved etablering af en udviklingsfunktion vurderes det derfor konkret, om funktionen skal være specialfunktion eller hovedfunktion. Der kan desuden vise sig behov for, at placeringen af udviklingsfunktioner genvurderes efter kortere tid, afhængigt af udviklingen på området.

En del udviklingsfunktioner er funktioner, der er under etablering, eller hvor der er behov for protokollerede undersøgelser. I det omfang der ikke sker en samling af sådanne aktiviteter, øges behovet for at sikre en spredning af resultater og erfaringer.

Sundhedsstyrelsen vil derfor opstille krav til afdelinger, som varetager udviklingsfunktioner, uanset om der er tale om specialfunktioner eller hovedfunktioner. Dette ligger i forlængelse af Sundhedsstyrelsens *Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet* af 2. juli 1999, for så vidt angår behandlinger, hvor der ikke foreligger evidens.

Jf. ovenfor er der tale om, at begrebet udviklingsfunktion dækker over flere typer aktiviteter. Da der imidlertid – bortset fra krav om anmeldelse til det videnskabetiske komitéssystem – er tale om, at der stilles de samme typer krav til begge kategorier af udviklingsfunktioner, ses de samlet. Hertil kommer, at grænsen mellem de to hovedtyper udviklingsfunktion ikke er skarp, hvorfor det er valgt at se dem samlet.

Kravene til en udviklingsfunktion vil således være af følgende karakter:

Hvor der ikke foreligger tilstrækkelig evidens for en given behandling, skal anvendelsen ske som led i en videnskabelig protokol, der skal anmeldes til det videnskabsetiske komitésystem.

Side 17

Ved såvel ovenstående som øvrige udviklingsfunktioner skal følgende typer krav desuden konkretiseres og udmeldes:

- Henvendelse til Sundhedsstyrelsen.
- Protokol med beskrivelse af funktionen, herunder beskrivelse af den foreliggende evidens.
- Samordning og samarbejde med andre sygehuse med tilsvarende udviklingsfunktion.
- Kvalitetsmonitorering og –opfølgning.
- Udbredelse af resultater.

30-06-2006

En udviklingsfunktion forudsætter således i praksis anmeldelse til og vurdering fra Sundhedsstyrelsens side. Hvis der vurderes at være tale om en specialfunktion, forudsættes desuden en drøftelse i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

5. Indhold af krav til hovedfunktioner og specialfunktioner

Som led i specialeplanlægningen skal der blandt andet ske en afklaring af faglige/behandlingsmæssige samt organisatoriske krav til sygehuse, der ønsker at varetage specialfunktioner. Dette omfatter såvel indhold som proces.

Tilsvarende bør der opstilles anbefalinger for afdelinger, som varetager hovedfunktioner. Dette ligger i forlængelse af den nuværende Specialevejledning, men det skal bemærkes, at anbefalinger for hovedfunktioner ikke er omfattet af sundhedslovens § 208 og dermed ikke vil indgå i en godkendelsesproces. Det vil således være en regional planlægningsopgave at udmønte og sikre overholdelse af anbefalinger for hovedfunktioner.

I dette afsnit drøftes de indholdsmæssige krav og anbefalinger, mens den mulige proces (for specialfunktioner) gennemgås i afsnit 6.

5.1. Hovedfunktioner

Den nuværende Specialevejlednings krav til basisniveauet er følgende:

- ”at tilbyde funktionen til egne borgere samt i relation til "frit valg" principielt til borgere fra andre sygehuskommuner
- at sikre kvaliteten af afdelingens ydelser
- at fastholde den nødvendige ekspertise
- at viderevisitere relevante patienter til andre sygehuse i amt, region eller til landsdelsniveau i henhold til foreliggende aftaler, vejledninger m.v.
- at varetage uddannelsesopgaver på området
- at udvikle funktionen, herunder eventuelt at indgå i forskningsopgaver på området
- at samarbejde med landsdelsafdelinger om behandling af patienter der følges lokalt

- at samarbejde med landsdelsafdelinger om udbredelse af opgaver der er blevet almindeligt kendte og ukomplicerede.

Side 18

Vægten i forpligtelserne vil være forskellig afhængig af størrelsen af sygehuset, specialiseringsgraden samt af den etablerede sygehusstruktur og opgavefordeling i amtet. Typisk omhandler de sidst anførte forpligtelser hovedsageligt opgaver, som kun bør varetages et sted i amtet, oftest på hovedsygehusniveau.”

De hidtidige krav kan med mindre justeringer anvendes fremover som anbefalinger for hovedfunktioner:

30-06-2006

- At tilbyde funktionen til egne borgere og under det frie sygehusvalg til borgere fra andre regioner (**kapacitet/aktivitet**).
- At viderevisitere relevante patienter til andre sygehuse, fx andre hovedfunktioner, regionsfunktion eller højt specialiseret funktion (**visitation**).
- At samarbejde med afdelinger med specialfunktioner om udbredelse af behandlinger, der er blevet almindeligt kendte og ukomplicerede (**samarbejde og udbredelse**).
- At fastholde og udvikle den nødvendige ekspertise (**ekspertise**).
- At udvikle funktionen og deltage i forskning i funktionen (**forskning og udvikling**).
- At varetage relevante uddannelsesopgaver (**uddannelse**).
- At sikre kvaliteten af ydelserne gennem kvalitetsudvikling (**kvalitet**).
- At dokumentere aktiviteten og kvaliteten af indsatsen (**dokumentation**).
- At foretage nødvendig vurdering/analyser af nye og særlige ydelser før generel ibrugtagning (**vurdering af nye og særlige ydelser**).
- At samarbejde med afdelinger med specialfunktioner om patienter, der kan følges lokalt i henhold til satellitaftale (**satellitsamarbejde**).

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

I forhold til den hidtidige specialeplanlægning er kun anbefalingen om dokumentation ny. Det vurderes som en grundlæggende forudsætning for at varetage en hovedfunktion, at der sker den nødvendige dokumentation af aktivitet og kvalitet.

Anbefalingerne ovenfor skal konkretiseres, hvilket først og fremmest vurderes at være en regional opgave.

5.2. Specialfunktioner

Der kan ved specialfunktioner tages udgangspunkt i de hidtidige krav til amter og afdelinger, der påtager sig en lands- og landsdelsfunktion. Der er tale om såvel faglige/behandlingsmæssige som organisatoriske forpligtelser:

- at tilbyde funktionen også til patienter fra andre sygehuskommuner
- at sikre kvaliteten af afdelingens ydelser gennem et kvalitetsudviklingsprogram
- at fastholde og udvikle funktionen og den nødvendige ekspertise
- at varetage forsknings- og udviklingsopgaver på området
- at varetage uddannelsesopgaver på området
- at foretage medicinsk teknologivurdering af nye og særlige ydelser før eventuel udbredning

- at samarbejde med basisafdelinger om patienter, der kan følges lokalt i henhold til satellitaftale
- at samarbejde med basisafdelinger om udbredning af opgaver, der er blevet almindeligt kendte og ukomplicerede
- at dokumentere aktiviteten og kvaliteten af indsatsen.

Side 19

Af disse forpligtelser vil følgende indgå i den fremtidige specialeplanlægning:

- At tilbyde funktionen til patienter i såvel egen som i andre regioner (**kapacitet/aktivitet**).
- At samarbejde med sygehuse uden specialfunktion om udbredelse af behandlinger, som er blevet almindeligt kendte og ukomplicerede (**samarbejde og udbredelse**).
- At fastholde og udvikle funktionen og den nødvendige ekspertise (**eksperitise**).
- At varetage forsknings- og udviklingsopgaver på området (**forskning og udvikling**).
- At varetage uddannelsesopgaver på området (**uddannelse**).
- At have en forsyningsforpligtelse for den givne funktion (**forsyningsforpligtelse**).
- At sikre kvaliteten af ydelserne gennem kvalitetsudvikling (**kvalitet**).
- At dokumentere aktiviteten og kvaliteten af indsatsen (**dokumentation**).
- At foretage nødvendig vurdering/analyser af nye og særlige ydelser før generel ibrugtagning (**vurdering af nye og særlige ydelser**).
- At samarbejde med afdelinger uden specialfunktion om patienter, der kan følges lokalt i henhold til satellitaftale (**satellitsamarbejde**).

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Der skal opstilles operationelle krav inden for det enkelte speciale om, at disse forpligtelser opfyldes på afdelings- eller funktionsniveau. Kravene omfatter både regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner.

Der kan peges på følgende konkretisering af kravene:

Kapacitet/aktivitet:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal have en tilstrækkelig kapacitet for funktionen, eller man kan anmode om at opgive kapacitet på det givne område, og hvis der er tale om et regionalt sygehus, hvor stor en del af kapaciteten, der ventes udnyttet af egne patienter. Der kan herudover være tale om krav til tværgående funktioner, akutberedskab i såvel funktionen som på andre områder samt tilstedeværelse af andre specialfunktioner som forudsætning for funktionen.

Samarbejde og udbredelse:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal være forpligtede til at samarbejde med afdelinger uden specialfunktioner om at udbrede funktioner, som er blevet almindeligt kendte og ukomplicerede. Det betyder imidlertid i praksis, at en specialfunktion ændres til at være en hovedfunktion, og en sådan udvikling forudsætter derfor involvering af såvel Sundhedsstyrelsen som det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Desuden bør der være en forpligtelse til et generelt samarbejde om patientforløb, fx hvor patienter efter en forudgående udredning ved en hovedfunktion henvises til en specialfunktion.

Side 20

Ekspertise:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal informere om bemanning af funktionen (læger og andet personale med specialkompetence) samt initiativer for at fastholde og udvikle funktion og ekspertise.

Der skal være tale om, at varetagelsen af en specialfunktion er ”robust”, dels i forhold til afgang af personale dels i forhold til at opretholde funktionen hele døgnet, hele året (jf. forsyningsforpligtelsen nedenfor).

30-06-2006

Forskning og udvikling:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal varetage forsknings- og udviklingsopgaver. Det må drøftes, hvordan kravene kan operationaliseres, idet der fx for forskningens vedkommende bør være mulighed for arbejdsdeling, således at visse afdelinger særligt fokuserer på forskning i visse funktioner. Tværgående samarbejde vil under alle omstændigheder være centralt, fx for at opnå tilstrækkeligt patientomfang. Det er imidlertid ikke hensigten at foretage en central ”forskningsledelse” fra Sundhedsstyrelsens side, altså at vurdere om alle områder er ”dækket ind”. Der må derfor findes en model, som kan anvendes operationelt.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

For højt specialiserede funktioner kan der stilles krav om forskningssamarbejde, internationalt og med andre sygehuse med højt specialiserede funktioner. Der kan også stilles krav om tilknytning til universiteterne.

Uddannelse:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal deltage i uddannelse, herunder den lægelige videreuddannelse. Konsekvenserne af en placering af specialfunktioner uden for højt specialiserede sygehuse må vurderes i forhold til den lægelige videreuddannelse. Udgangspunktet er, at de respektive regioner må forpligtes til (hoveduddannelses-)forløb med de nødvendige elementer, uanset placeringen af specialfunktioner. Hvis de pågældende funktioner varetages på private sygehuse, skal disse derfor også deltage i uddannelsen, og der skal ske en stillingtagen til, hvordan dette aftalemæssigt kan etableres.

Forsyningsforpligtelse:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal påtage sig en forsyningsforpligtelse for funktionen. I den nuværende specialeplanlægning er der ikke eksplicit taget stilling til spørgsmålet om forsyningsforpligtelse, men det ligger implicit, at de afdelinger, der har en lands- og landsdelsfunktion, er forpligtede til at etablere den nødvendige kapacitet og opretholde den. Med sundhedsloven er private sygehuse principielt ligestillede med regionale sygehuse, og det vil derfor være nødvendigt at opstille eksplicite krav til forsyningsforpligtelsen, fx i form af kapacitet og tidsmæssig udstrækning af forsyningsforpligtelsen.

Desuden bør forsyningsforpligtelsen indebære, at en specialfunktion skal kunne opretholdes 24 timer i døgnet, hele året rundt.

Kvalitet:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal gennemføre kvalitetsudviklingsinitiativer og –programmer samt deltage i eventuelle regionale eller nationale kvalitetsdatabaser.

Side 21

Jf. indledningsafsnittet forudsættes for såvel hovedfunktioner som specialfunktioner, at der konkret ageres på lokal og national kvalitetsmonitorering, hvilket dermed også indgår som et krav.

Der bør stilles krav om, at der eksisterer specifikke behandlingsretningslinjer for de enkelte funktioner, og det er et mål, at der etableres fælles behandlingsretningslinjer for de enkelte funktioner på tværs af de sygehuse, der udfører funktionerne. Dette kan ses som en forudsætning for at gennemføre en som udgangspunkt ensartet behandling, der kan gennemføres kvalitetsopfølgning på.

30-06-2006

Dokumentation:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal påtage sig at dokumentere funktionen. Sundhedsloven indeholder krav om afrapportering for specialfunktioner. I det omfang der er landsdækkende kliniske databaser etc., skal der opstilles krav om, at afdelingen indberetter til disse.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen**Vurdering af nye og særlige ydelser:**

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal forpligte sig til at gennemføre vurderinger/analyser af teknologier/MTV, før de tages i brug, hvis sådanne vurderes at ville være et væsentligt element i beslutningsgrundlaget. Dette gælder såvel ibrugtagning på egen afdeling som eventuel yderligere udbredelse.

Satellitsamarbejde:

Sygehuse, der ønsker specialfunktion, skal principielt forpligte sig til at etablere satellitsamarbejder, hvor det er hensigtsmæssigt. Som udgangspunkt kan det ikke konkretiseres som krav, medmindre der i det enkelte speciale på forhånd kan identificeres funktioner, hvor det bør ske. I forhold til de skitse-rede rammer vil Sundhedsstyrelsen under alle omstændigheder skulle godkende konkrete aftaler.

6. Proces ved specialeplanlægning

Her fremlægges processen ved den fremtidige nationale specialeplanlægning.

Det er en grundlæggende præmis, at den nugældende Specialevejledning, og herunder den nuværende placering af lands- og landsdelsfunktioner, er gældende, indtil der konkret meldes nye rammer ud for det enkelte speciale.

Der tages i afsnittet udgangspunkt i processen omkring specialfunktioner, men Sundhedsstyrelsen vil som hidtil udforme anbefalinger for rammerne for planlægningen af hovedfunktioner. Dette er ikke mindst af relevans i forbindelse med styrelsens faglige rådgivning om sundhedsplaner. Processen i afsnit 6.3.omfatter derfor også hovedfunktioner.

Der er blevet peget på, at det tidligt i processen bør udmeldes, hvor ofte der vil ske revision af krav- og godkendelsesprocedurer.

Side 22

6.1. Specialerækkefølge

Krav til specialfunktioner opstilles som specialespecifikke krav, dvs. at der opstilles generelle krav til, hvornår en sygehusafdeling kan betegnes som specialiseret. Der vil desuden ske en gennemgang af de nuværende lands- og landsdelsfunktioner samt af behovet for nye funktioner for at vurdere, hvor mange steder, og for højt specialiserede funktioners vedkommende hvor disse bør placeres.

30-06-2006

Der vil være tale om en relativt lang proces, hvorfor der vil ske en løbende gennemgang af de enkelte specialer, ligesom resultaterne udmeldes for de enkelte specialer, efterhånden som de foreligger (og dermed erstatter de nuværende anbefalinger).

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

I lyset heraf vil anbefalinger for hovedfunktioner blive afklaret og udmeldt i samme proces.

Der er over for Sundhedsstyrelsen peget på, i hvilke specialer der er særligt påtrængende behov for en gennemgang. Styrelsen har på den baggrund udformet en rækkefølge af speciale gennemgangene, som foruden behovsvurderingen er sammensat under hensyn til følgende kriterier:

1. Beslægtede specialer gennemgås i videst muligt omfang sammen.
2. Specialer med overlap af patientforløb gennemgås i videst muligt omfang sammen.
3. Tværgående specialer gennemgås som udgangspunkt så sent som muligt.

Der er tale om en hovedregel, idet de fleste specialer har forskellige berøringsflader. Det er også indgået i vurderingen, hvilket behov der er for at gennemgå de respektive specialer i forhold til den faglige udvikling etc.

Det er vurderet, om der forud for speciale gennemgangene er behov for en hurtig gennemgang af særligt hastende enkeltområder. Det vurderes, at dette ikke er tilfældet, da der for hovedparten af de potentielle områders vedkommende er sammenfald med de specialer, hvor der vurderes særligt behov for en hurtig gennemgang.

En ”runde” speciale gennemgang (som kan omfatte 3 – 4 specialer) vil tage 6 måneder, og speciale gennemgangene gennemføres tidsmæssigt forskudt. Det skal bemærkes, at dette inkluderer alle faser, inklusiv høring. Den samlede gennemgang af alle specialer planlægges at vare i størrelsesordenen 20 – 24 måneder.

6.2. Organisering af speciale gennemgangene

I forbindelse med speciale gennemgangene og opstillingen af krav til specialfunktioner og anbefalinger for hovedfunktioner skal det sikres, at der sker en stærk involvering af de (specialespecifikke) faglige miljøer, idet indholdet af kravene er helt afhængige heraf. Samtidig skal det sikres, at processen også

indeholder en vurdering af tværfaglige, ressourcemæssige, organisatoriske og uddannelsesmæssige konsekvenser af de foreslåede krav.

Side 23

I forbindelse med hver speciale gennemgang nedsætter Sundhedsstyrelsen derfor en **specialearbejdsgruppe** med deltagelse af det eller de relevante videnskabelige selskaber, repræsentanter med faglig indsigt fra hver region og Sundhedsstyrelsen. Der skal generelt sikres geografisk og organisatorisk bredde i specialearbejdsgrupperne. Specialearbejdsgruppen har til opgave at levere den konkrete faglige baggrund, indhold og argumentation i den enkelte speciale gennemgang.

Med det formål at sikre en vurdering af de tværfaglige, ressourcemæssige, organisatoriske og uddannelsesmæssige konsekvenser etablerer Sundhedsstyrelsen endvidere en **regional baggrundsgruppe** bestående af planlægningsmedarbejdere fra hver region, som inddrages i de enkelte speciale gennemgange. Den regionale baggrundsgruppe vil være en gennemgående gruppe, hvis sammensætning er uændret fra speciale til speciale.

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Der skal bl.a. indgå en MTV-tankegang og sundhedsøkonomiske overvejelser i speciale gennemgangene. Det må afklares nærmere, hvordan det kan ske. Specialearbejdsgrupperne og den regionale baggrundsgruppe skal endvidere inddrage henholdsvis de tværgående og de faglige aspekter i det respektive arbejde.

Sundhedsstyrelsen betjener som sekretariat de forskellige grupper og samler de forskellige bidrag til et oplæg, der kan sendes i høring og drøftes i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Den skitserede organisering er illustreret nedenfor:



6.3. Proces for speciale gennemgange

Processen ved fastlæggelsen af krav til specialfunktioner og anbefalinger for hovedfunktioner i det enkelte speciale er således:

1. Etablering af statistisk grundlag.

2. Indhentelse af dokumentation fra nuværende lands- og landsdelsafdelinger og andre.
3. Udformning af udkast til specialebeskrivelse, krav og anbefalinger.
4. Udkast sendes i høring.
5. Udkast og kommentarer hertil drøftes i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.
6. Endelige krav til specialfunktioner samt anbefalinger for hovedfunktioner udarbejdes og udsendes til relevante parter og offentliggøres i øvrigt elektronisk.

Side 24

Ad 1. Etablering af statistisk grundlag

Der må for det enkelte speciale vedkommende i muligt omfang etableres et statistisk grundlag for i første række patientgrundlaget for den enkelte potentielle specialfunktion.

30-06-2006

Det vurderes at være urealistisk at foretage en vurdering af patientgrundlaget for samtlige funktioner i de enkelte specialer, hvilket i princippet kunne være indgangsvinklen til at afgrænse specialfunktioner. Der bør derfor tages udgangspunkt i de nuværende lands- og landsdelsfunktioner samt potentielle nye (højt) specialiserede funktioner. Data om patientgrundlaget indhentes først og fremmest fra Landspatientregisteret. Der kan herudover indsamles eventuelle landsdækkende kvalitetsdata fra kliniske kvalitetsdatabaser.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Data om patientgrundlaget har først og fremmest til formål at etablere et udgangspunkt for at vurdere, hvor mange behandlingssteder der skal være for en given funktion. Foruden patientgrundlaget, som er et udtryk for en behandlings sjældenhed, vil også kompleksitet og ressourceforbrug indgå i den samlede vurdering.

Etablering af statistisk grundlag i det enkelte speciale vil ske på baggrund af dialog med den pågældende specialearbejdsgruppe om afgrænsningen af udtræk. Det må dog forventes, at det ikke for alle funktioner vil være muligt at definere et meningsfyldt udtræk, og det statistiske grundlag bør derfor under alle omstændigheder suppleres med arbejdsgruppens skøn over omfanget af de enkelte funktioner.

En arbejdsgruppe om datagrundlag ved speciale gennemgange har nærmere belyst, hvordan det statistiske grundlag kan etableres, forudsætninger for anvendelsen heraf, behov for supplerende data direkte fra regioner/sygehuse samt processen i det enkelte speciale.

Ad 2. Indhentelse af dokumentation fra nuværende lands- og landsdelsafdelinger og andre

I nødvendigt omfang kan der indhentes dokumentation fra nuværende lands- og landsdelsafdelinger. Hertil kommer, at de videnskabelige selskaber og nuværende lands- og landsdelsafdelinger kan anmodes om generel litteratur om sammenhænge mellem volumen og kvalitet i det pågældende speciale, behandlingsretningslinjer mm.

Jf. ovenfor vil det også indgå i den nedsatte arbejdsgruppes opgaver at vurdere behovet for direkte indhentelse af dokumentation.

Ad 3. Udformning af udkast til specialebeskrivelse, krav og anbefalinger

Når det statistiske materiale og eventuel anden dokumentation foreligger, udarbejder specialearbejdsgruppen udkast til generel specialebeskrivelse, krav til afdelinger med specialfunktioner og anbefalinger for hovedfunktioner drøftes. Udkastet vil blive udformet på baggrund af en på forhånd fastlagt skabelon og ud fra konkrete bidrag fra specialearbejdsgruppens medlemmer. Der indhentes ligeledes overvejelser fra den regionale baggrundsgruppe.

Side 25

Som forberedelse til arbejdet sammenfatter Sundhedsstyrelsen det statistiske grundlag, som sammen med supplerende dokumentation, videnskabelig litteratur og skabelonen for udarbejdelsen af specialebeskrivelse, krav og anbefalinger udgør grundlaget for specialearbejdsgruppens arbejde.

30-06-2006

Der vil jf. ovenfor være tale om at opstille krav til specialfunktioner på følgende hovedområder:

- Kapacitet/aktivitet.
- Samarbejde og udbredelse.
- Ekspertise.
- Forskning og udvikling.
- Uddannelse.
- Forsyningsforpligtelse.
- Kvalitet.
- Dokumentation.
- Vurdering af nye og særlige ydelser.
- Satellitsamarbejde.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Disse vil som udgangspunkt skulle stilles på afdelingsniveau – altså generelle krav til en afdeling med specialfunktioner på det pågældende område.

Der vil desuden skulle opstilles krav til/rammer for varetagelsen af den enkelte specialfunktion. Her tænkes fx på:

- Aktivitet/patienter i den pågældende funktion.
- Vurdering af antal behandlingssteder og for højt specialiserede funktioners vedkommende placeringen af disse.
- Eventuelle særlige krav til funktionen (hvor dette afviger fra de generelle krav).

For hovedniveauet må der ske en nærmere vurdering af detaljeringsniveauet for anbefalingerne.

Ad 4. Udkast sendes i høring

Udkast til specialebeskrivelse, krav og anbefalinger i det pågældende speciale sendes i høring blandt såvel de involverede parter som de parter, der ikke er indgået direkte i processen. Det sidste kan fx være visse faglige organisationer og eventuelt patientforeninger.

Afhængigt af tilbagemeldingerne kan disse efterfølgende drøftes i specialearbejdsgruppe og den regionale baggrundsgruppe.

Ad 5. Udkast og kommentarer hertil drøftes i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning

Efter høringen drøftes udkast med høringskommentarer i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Side 26

Ad 6. Endelige krav til specialfunktioner samt anbefalinger for hovedfunktioner udarbejdes og udsendes til relevante parter og offentliggøres i øvrigt elektronisk

Efter eventuelle justeringer udsendes de endelige krav til afdelinger med specialfunktioner og anbefalinger for hovedfunktioner i det pågældende speciale, og hjemmesiden opdateres med de pågældende krav.

30-06-2006

Efter behov kan der forud for udmeldingen være en anden drøftelse i det rådgivende udvalg.

6.4. Godkendelse af specialfunktioner

Ved udsendelse af krav i det enkelte speciale til regioner og private sygehuse sker der samtidig udmelding af frist for ansøgning om godkendelse af specialfunktioner.

Ved modtagelsen af ansøgninger vurderer Sundhedsstyrelsen på baggrund af de udmeldte krav, om det enkelte sygehus opfylder disse, og i givet fald i hvilken grad.

Der kan opstå den særlige situation, at et antal sygehuse opfylder alle krav til den eller de pågældende funktioner, men at der i lyset af den samlede volumen og kravet til volumen på det enkelte sygehus kun er basis for at godkende et mindre antal specialfunktioner.

Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning hører på baggrund af en konkret indstilling af godkendelser fra Sundhedsstyrelsen forud for styrelsens udmelding af godkendelser.

På baggrund af vurderingerne ovenfor og høringen af det rådgivende udvalg melder Sundhedsstyrelsen tilbage til ansøgerne, om disse er godkendt, og listen over godkendte specialfunktioner udsendes bredt og offentliggøres på styrelsens hjemmeside.

6.5. Visitation af patienter til afdelinger med specialfunktioner

Det er udgangspunktet, at de nuværende regler for visitation af patienter til afdelinger med lands- og landsdelsfunktion vil blive videreført. Det må afklares, om der af formelle årsager er behov for at revidere de eksisterende regelsæt.

6.6. Inddragelse af godkendelse

De proceduremæssige rammer for inddragelse af godkendelse af specialfunktioner er overordnet givet i sundhedsloven, idet styrelsen efter høring i det rådgivende udvalg kan inddrage en godkendelse, hvis en afdeling trods pålæg fra Sundhedsstyrelsen herom, ikke opfylder kravene.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Det er derimod ikke præciseret, om hvilke indholdsmæssige rammer, der er for hjemmelen – altså om der skal være tale om ”grove” overtrædelser, særlige krav m.v. Dette bør drøftes nærmere i det rådgivende udvalg for specialplanlægning.

Side 27

6.7. Årlig statusrapport fra regioner og private sygehuse

Se afsnit 7 nedenfor.

7. Dokumentation / statusrapporter

30-06-2006

Sundhedslovens § 208, stk. 5 fastslår, at regionsrådet og vedkommende private sygehuse afgiver en årlig statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med lands- og landsdelsfunktion. Det angives desuden i bemærkningerne, at Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at vurdere, om de fastlagte krav er opfyldt.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

I forhold til den praktiske vurdering af regionernes og de private sygehuses statusrapporter er det vigtigt at etablere en fast ramme, som afrapporteringen sker inden for. Dertil kommer, at der skal være en sammenhæng mellem de data, som kan indhentes samlet, fx fra Landspatientregisteret, Det Nationale Indikatorprojekt, landsdækkende kliniske databaser og fremtidigt Den Danske Kvalitetsmodel og den afrapportering, de enkelte regioner/sygehuse skal afgive. Der skal kun være det absolut nødvendige overlap mellem de forskellige kilder. Der skal konkret arbejdes videre med, hvordan landsdækkende data kan anvendes som dokumentationsgrundlag. Dette berøres dog ikke yderligere her.

Formålet med dokumentationen er at give Sundhedsstyrelsen et grundlag for at vurdere, om kravene til specialfunktioner er opfyldt, og det konkrete indhold vil afhænge af, hvilke emner kravene omfatter. Hertil kommer, at styrelsen i muligt omfang bør vurdere, om placeringen af specialfunktioner respekteres, hvilket omfatter en vurdering af, om der udføres specialiserede opgaver på sygehuse, der ikke har fået funktionen godkendt.

Dokumentationen bør desuden tilrettelægges sådan, at de kan anvendes af den enkelte region/det enkelte sygehus i et fremadrettet arbejde med at udvikle kvalitet og andre aspekter af varetagelsen af specialfunktioner.

Sundhedsstyrelsen melder derfor efter drøftelse med de relevante parter en ramme ud for den årlige statusrapport for specialfunktionerne. Foruden de årlige statusrapporter kan der være tale om at gennemføre andre initiativer, jf. afsnit 3.2.

Det bør vurderes, om der inden for sundhedslovens rammer er behov eller mulighed for at tematisere afrapporteringen, således at denne enten udelukkende eller supplerende fokuserer på særlige områder, som vurderes at være af særlig betydning.

7.1. Indhold af dokumentation

Der vil jf. ovenfor blive opstillet krav på følgende hovedområder:

1. Kapacitet/aktivitet

2. Samarbejde og udbredelse
3. Ekspertise
4. Forskning og udvikling
5. Uddannelse
6. Forsyningsforpligtelse
7. Kvalitet
8. Dokumentation
9. Vurdering af nye og særlige ydelser
10. Satellitsamarbejde

Side 28

Med udgangspunkt i kravene ovenfor kan dokumentationen kategoriseres under følgende overskrifter:

30-06-2006

Ad 1. Kapacitet/aktivitet

Der vil blive opstillet en række specifikke krav til afdelingerne med specialfunktioner i de enkelte specialer, og i en række tilfælde også til den enkelte specialfunktion. Der kan fx være tale om krav til akutberedskab, sammenhæng til andre specialer etc.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

En vurdering af opfyldelsen heraf bør indgå i den årlige statusrapport.

Udgangspunktet i specialeplanlægningen er fortsat de tre kriterier sjældenhed, kompleksitet og ressourceforbrug, ligesom der tages udgangspunkt i, at der skal være en vis volumen af hensyn til kvalitet, basis for opretholdelse og udvikling af funktionen samt dokumentation for kvalitet. Det er derfor vigtigt at kunne dokumentere aktiviteten på de forskellige specialfunktioner, herunder i hvilket omfang der sker behandling af udenregionale patienter.

Ideelt set bør dette ske ved hjælp af registerdata, men der er flere vanskeligheder ved at gøre dette:

- De nuværende lands- og landsdelsfunktioner er kun for en vis dels vedkommende registreringsmæssigt entydige. Det skyldes, at der for en lang række lands- og landsdelsfunktioners vedkommende er tale om "svære" eller "komplicerede" tilfælde af en given tilstand.
- Betalingsstrømmene for lands- og landsdelsfunktioner omfatter på nuværende tidspunkt kun udenamtspatienter, og det er derfor ikke muligt at identificere indenamtspatienter på lands- og landsdelsniveau via denne kilde.
- DRG-systemet er ikke uden nærmere analyse anvendeligt, idet DRG-grupperingen er møntet mod at identificere ressourcemæssigt homogene behandlinger, som dog ikke nødvendigvis er klinisk homogene.

Som følge heraf vurderes det at være nødvendigt at etablere oversigten ved en kombination af registerbaserede data og spørgeskemaer til den enkelte afdeling med specialfunktioner, ligesom der bør ske en nærmere afklaring af de registermæssige muligheder på sigt.

Det har for nyligt været drøftet, om der bør etableres en direkte registrering af, om der er tale om en lands- og landsdelsbehandling eller en basisbehandling (hovedfunktion), fx i form af en L- eller B-tillægskode (diskussionen har knyttet sig til de nuværende lands- og landsdels- og basisbegreber). Dette vil kunne anvendes til at isolere den specialiserede aktivitet fra hovedfunktionsaktiviteten på afdelinger med specialfunktioner, men vil ikke kunne an-

vendes til at vurdere, om afdelinger uden specialfunktioner udfører sådanne behandlinger. Det skyldes, at det må forventes, at alle patienter på disse afdelinger vil blive registreret med en B-tillægskode, uanset om de har modtaget en specialiseret behandling.

Side 29

I forhold til vurderingen af om den konkrete placering/godkendelse af specialfunktioner overholdes, må der derfor tages udgangspunkt i en anden løsning end ovenfor.

I forbindelse med opstillingen af krav for de enkelte specialer vil der derfor ske en vurdering, om og i givet fald hvordan der kan ske en registerbaseret vurdering af aktivitet og fordelingen af denne inden for den enkelte specialfunktion. Dette skal dels anvendes i vurderingen af placeringen af den enkelte funktion, dels i den efterfølgende vurdering af aktiviteten på de sygehuse, der har fået godkendt specialfunktioner, og eventuelt på andre sygehuse.

30-06-2006

Der kan være behov for at supplere dette med spørgsmål til den enkelte afdeling om deres vurdering af aktivitetsomfanget på den enkelte specialfunktion. Det vil kunne fungere som en validering af, om den registerbaserede afgrænsning, der er valgt, svarer til den kliniske virkelighed.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Ad 2. Samarbejde og udbredelse

Jf. punkt 10.

Ad 3. Ekspertise

Afdelinger med specialfunktioner skal fastholde og udvikle funktionen og den nødvendige ekspertise. Det har hidtil i praksis fra styrelsens side været tolket på den måde, at en lands- og landsdelsfunktion ikke bør være baseret på en enkelt person og skal kunne varetages alle døgnets timer, året rundt. Hertil kan føjes, at der bør ske aktiviteter, som er rettet mod en egentlig udvikling af funktionen.

Det vurderes, at oplysninger herom kun kan indsamles i forbindelse med statusrapporterne.

Der kan være tale om følgende typer oplysninger for den enkelte funktion:

- Antal læger/speciallæger, der deltager i varetagelsen af funktionen.
- Antal ikke-lægeligt personale med specialkompetence, der deltager i varetagelsen af funktionen.
- Vagtberedskab.
- Deltagelse i kurser, møder, kongresser eller lignende om funktionen.

Ad 4. Forskning og udvikling

Afdelinger med specialfunktioner forpligter sig til at deltage i forsknings- og udviklingsaktiviteter på området.

Dokumentation herfor bør indgå i den årlige statusrapport. Der bør være tale om en overordnet vurdering af aktiviteter, som sker efter anerkendte metoder for opgørelse af forskningsaktivitet.

Der kan være tale om følgende:

- Videnskabelige publikationer (bør defineres nærmere).
- Igangværende forskningsprojekter/protokollerede forsøg.

- Pilotprojekter.
- Forskningssamarbejder, internationalt, med andre specialfunktioner og med universiteter.
- Andre udviklingsmæssige initiativer.

Side 30

Ad 5. Uddannelse

Afdelinger med specialfunktioner er forpligtet til at deltage i uddannelse af læger og andet personale, og det vil som udgangspunkt ikke være nødvendigt at spørge særskilt til dette.

I statusrapporten kan der supplerende spørges til følgende (på afdelingsniveau):

- Deltagelse i videreuddannelse af ikke-lægeligt personale inden for specialfunktioner.
- Efteruddannelse af lægeligt og ikke-lægeligt personale inden for specialfunktioner.

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Ad 6. Forsyningsforpligtelse

Afdelinger med specialfunktioner bør oplyse om eventuelle problemer med at opfylde krav til forsyningsforpligtelse, i det omfang dette ikke er belyst under kapacitet/aktivitet eller ekspertise.

Ad 7. Kvalitet

Afdelinger med specialfunktioner bør være forpligtede til at sikre kvaliteten af funktionen gennem kvalitetsudviklingsinitiativer og -programmer og til at kunne dokumentere kvaliteten. Hertil kommer, at der skal være aktiv opfølgning på kvalitetsresultater og (fælles) behandlingsretningslinjer for funktionerne.

Der må her skelnes mellem dokumentation af kvalitetsudviklingsaktiviteter og dokumentation af den konkrete kliniske kvalitet.

Ved vurderingen af den konkrete kliniske kvalitet er der behov for at drøfte samspillet mellem de mulige kilder til landsdækkende, tværgående kvalitetsdata.

Der kan være tale om at indhente følgende typer oplysninger:

- Kvalitetsudviklingsinitiativer, herunder opfølgning på disse.
- Deltagelse i lokale/regionale/nationale kliniske databaser og kvalitetsprojektet, samt opfølgning herpå.
- Behandlingsretningslinjer, herunder samarbejde med andre sygehuse herom.

Ad 8. Dokumentation

Jf. hele afsnittet.

Ad 9. Vurdering af nye og særlige ydelser

Afdelinger med specialfunktioner bør oplyse om gennemførte medicinske teknologivurderinger og lignende.

Ad 10. Satellitsamarbejder

Afdelinger med specialfunktioner skal samarbejde med afdelinger uden sådanne, dels i form af satellitaftaler dels ved at udbrede behandlinger, der er blevet almindeligt kendte og ukomplicerede.

Side 31

Satellitsamarbejder vil som udgangspunkt være godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Der kan være tale om følgende oplysninger:

- Status for eksisterende satellitaftaler.
- Andet samarbejde med afdelinger uden specialfunktioner om patientbehandling, udbredelse etc.

30-06-2006

7.2. Proces for dokumentation

Der vil være tale om en meget omfattende dokumentation for varetagelsen af specialfunktioner, og det er derfor afgørende, at indsamling, bearbejdning og vurdering etableres så struktureret, at det i praksis er muligt at vurdere informationen.

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen

Den årlige statusrapport bør derfor afgives som svar på et struktureret elektronisk spørgeskema udsendt af Sundhedsstyrelsen. Dette kan om nødvendigt suppleres med en kvalitativ statusrapport. Der bør være tale om et internet-baseret spørgeskema, som muliggør en umiddelbar bearbejdning/opsamling af informationerne.

På baggrund af besvarelserne kan der udformes et kort statusnotat for hvert speciale med opsummering af besvarelserne på speciale- eller funktionsniveau, afhængigt af spørgsmålenes detaljering. Statusnotatet bør også indeholde en vurdering af, om visse oplysninger giver styrelsen anledning til at agere.

Statusrapporter forventes som udgangspunkt indhentet første gang i første kvartal 2008, idet det er en forudsætning, at der for et antal specialer er opstillet krav, godkendt funktioner og har været en vis funktionsperiode.

8. Kommunikation

Der vil blive etableret en løbende opstilling af krav for de enkelte specialer, ligesom det må forventes, at justering af krav vil ske løbende. Det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt at udforme en samlet version af krav til afdelinger med specialfunktioner og anbefalinger for hovedfunktioner på tværs af specialerne, men der bør etableres en internetbaseret version. Hertil kommer, at styrelsens konkrete godkendelser af specialfunktioner bør ligge på nettet. Tilsammen vil dette udgøre den fremtidige specialevejledning.

De umiddelbare krav til løsningen er:

- Det skal være muligt at tilgå krav, anbefalinger og godkendelser speciale for speciale.
- Der skal være mulighed for søgning på krav og godkendelser, såvel samlet som i det enkelte speciale.
- Der skal etableres mulighed for ”abonnementsordning”, således at interesserede får information om opdateringer af krav, anbefalinger og god-

kendelser. Dette skal kunne gøres såvel samlet som for det enkelte speciale.

Side 32

Udmelding af krav og anbefalinger i det enkelte speciale bør dog supplerende udsendes meget bredt og udover kravene indeholde en grundig introduktion til den IT-baserede version af kravene. Dette må ses som en PR-opgave, hvor formålet er at fremme kendskabet til kravene mest muligt.

30-06-2006

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen