

Møtedato: 24. august 2022

Vår ref.:
2021/1690-2Saksbehandler:
Klæboe Nilsen/SkårDato:
12.8.2022

Styresak 104–2022 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten - endringer i styring og oppfølging

Formål

Formålet med saken er å gjøre styret kjent med vedtatte endringer i styringssystemet for nasjonale tjenester og konsekvenser i form av omorganisering av tjenester, prinsipper for omorganisering og finansiering samt arbeidet med nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre. Det legges med dette fram felles styresak i alle RHF.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

Saken er et resultat av nasjonale føringer fra vår eier Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og interregionalt samarbeid og *lagspill* mellom RHF-ene. Det er lagt vekt på *kvalitet* i prosesser og vurderinger, og *trygghet og respekt* ved ivaretagelse av involverte grupper som ansatte, tillitsvalgte og brukere.

Beslutningsgrunnlag

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten omfatter nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester. Disse er regulert i forskrift¹ og styringssystemet er nedfelt i egen veileder². Se vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av nasjonale tjenester og styringssystemet for disse, og tabell 1 for oversikt over antall tjenester pr region.

Region	Kompetanse-tjenester	Behandlings-tjenester	Flerregionale behandlingstjenester	Kommentar
Helse Sør-Øst	30	33	7	Fem flerregionale tjenester med Helse Vest, to med Helse Midt-Norge
Helse Vest	10	11	5	Fem flerregionale tjenester med Helse Sør-Øst
Helse Midt-Norge	8	1	2	To flerregionale tjenester med Helse Sør-Øst
Helse Nord	5	1	0	
Totalt	53	46	7	

Tabell 1 Oversikt over nasjonale tjenester, fordelt på regioner

De nasjonale behandlingstjenestene skal tilby høyspesialisert diagnostisering og behandling til klart definerte pasientgrupper fra hele landet, og er lokalisert ved ett eller to sykehus. Alle nasjonale tjenester skal spre kompetanse innenfor definerte fagområder for å bidra til å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten.

¹ [Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus - Lovdata](#)

² [01-12-21-veileder-nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten.pdf \(regjeringen.no\)](#)

RHF-ene gis et øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester gjennom post 78 i Statsbudsjettet. Tidligere har etablering av nye nasjonale kompetansetjenester ført til en økning i denne posten. Fra og med 2020 tilføres det ikke nye midler ved etablering av nye kompetansetjenester og det har derfor oppstått et behov for å utrede finansiering av slike nasjonale funksjoner.

Etter gjennomgangen av de nasjonale tjenestene i 2017 og 2018 har HOD sett behov for å gjøre endringer i styringssystemet og styrke RHF-enes rolle. De fire regionale helseforetakene samarbeider om oppfølgingen og endringene i systemet for nasjonale tjenester og i det følgende gjøres det rede for to hoveddeler av dette arbeidet.

Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester

Denne delen omhandler omorganisering av nasjonale kompetansetjenester. Se vedlegg 2 for oversikt over alle nasjonale kompetansetjenester fordelt pr region.

HOD har besluttet å gjennomføre endringer i organisering og videreføring av dagens nasjonale kompetansetjenester. Et viktig mål med omleggingen er å skape mer dynamikk slik at nye tjenester kan prioriteres etablert når gamle tjenester avvikles. Nye tjenester blir etablert med varighet på enten fem eller ti år. Som følge av endringene blir en rekke nasjonale kompetansetjenester som har hatt varighet over ti år nå avviklet og videreført i andre organisasjonsformer, men fortsatt med en nasjonal rolle.

Nasjonale kompetansetjenester som har vært i drift i mer enn ti år skal avvikles. For mange av tjenestene har det vært en betydelig kompetanseoppbygging i alle regioner siden de ble etablert. Ved avvikling skal det vurderes om kompetansetjenestene skal videreføres som f.eks. et nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk. Nettverkene skal bidra til å videreføre og samordne fagmiljø som allerede er bygget opp i alle fire regioner. Disse blir ikke del av styringssystemet for nasjonale tjenester, men er lagt til RHF-ene for styring og oppfølging.

RHF-ene har på oppdrag fra HOD utarbeidet rammeverk for de nye nettverkene (vedlegg 3). Oppdraget ble senere utvidet til å omfatte prinsipper for organisering av tjenester og finansieringsmodell for nasjonale kompetansetjenester, nasjonale nettverk og nasjonale sentre. Ved overgang fra kompetansetjeneste til nettverk vil økonomisk tilskudd reduseres. Det legges opp til en overgangsordning over to år for å bevare kompetanse og ivareta personell som berøres av endringene. I tillegg vil oppgaver som skal videreføres utover nettverksfunksjonen, som f.eks. drift av kvalitetsregistre, bli finansiert ut over tilskuddet til nettverkene.

RHF-ene har utarbeidet felles prinsipper for omorganisering av kompetansetjenester og felles finansieringsmodell for kompetansetjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre, jf. vedlagte rapport *Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester* (vedlegg 4). RHF-ene ønsker å foreslå overfor HOD at det øremerkede tilskuddet blir lagt inn i rammen til regionene (se vedlegg 4, kapittel 4.6).

Brukere og tillitsvalgte har blitt orientert og involvert i arbeidet med omorganisering av kompetansetjenestene i alle regioner. Selve omorganiseringen av den enkelte tjeneste håndteres av de respektive HF-ene og skal følge vanlige spilleregler i arbeidslivet.

Servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre

HOD har i revidert oppdragsdokument for 2020 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre som etableres. Nettverk og sentre reguleres ikke gjennom forskrift og veileder, men underlegges RHF-enes styring.

Arbeidet (vedlegg 5) har tatt utgangspunkt i dagens organisering. Det er lagt betydelig vekt på tjenestenes behov og hvordan RHF-ene best kan følge dem opp. Som følge av oppdragets utforming er det også gjort en sammenligning med organisering av servicemiljøet tilknyttet kvalitetsregisterfeltet og ulike løsninger er diskutert.

De nasjonale tjenestene er kliniske enheter med betydelig behov for oppfølging i regionene både med hensyn til pasientbehandling og spredning av kompetanse. For å bedre dekke disse behovene er det avgjørende at den regionale oppfølgingen av tjenestene styrkes. Det vil også inkludere tjenestenes referansegrupper samt fremtidige nasjonale nettverk og sentre. Samtidig er det behov for å formalisere det nasjonale samarbeidet om felles oppgaver.

Det anbefales at det nasjonale servicemiljøet organiseres som et nettverk bestående av fire regionale serviceenheter med nasjonale og regionale oppgaver. Det nasjonale samarbeidet formaliseres bl.a. gjennom å opprette en interregional arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen består av ledere ved de regionale serviceenhetene. Ledelse av interregional arbeidsgruppe og koordinering av arbeidet går på omgang mellom regionene. Leder for interregional arbeidsgruppe rapporterer minimum årlig til det interregionale fagdirektørmøtet.

I tillegg til å styrke regional og nasjonal oppfølging, foreslås det å overføre nye oppgaver til RHF-ene i forbindelse med de nasjonale tjenestene:

- beslutning om opprettelse, endring og avvikling av nasjonale tjenester
- felles vurdering av årsrapporter. Vurderingen som i dag gjøres i regi av Helsedirektoratet kan da avvikles.

Styrking av regionale miljøer, videreføring og formalisering av nasjonalt samarbeid om nasjonale tjenester samt nye oppgaver som foreslås overført til RHF-ene vil i sum bidra til bedre oppfølging og ivaretagelse av tjenester, nettverk og sentre. Samtidig blir fellesoppgavene ivaretatt på en bedre og mer systematisk måte.

Medbestemmelse

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF ble orientert om prosessen og arbeidet i dialogmøte i juni 2021.

Brukermedvirkning

Det regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF ble orientert om prosessen og arbeidet i møte i juni 2021. Følgende vedtak ble fattet i RBU-sak 68-2021 Nasjonale kompetansetjenester – prosess og endringer:

1. *Regionalt brukerutvalg tar informasjon om nasjonale kompetansetjenester – prosess og endringer, til orientering.*
2. *Regionalt brukerutvalg ber om at brukermedvirkningen i endringsprosessene hensyntar at tilbudene som skal gjennomgås gjelder pasientgrupper med ulike forutsetninger for samhandling og brukermedvirkning. Dette har betydning for hvilke organisasjoner som involveres i dette arbeidet.*

Administrerende direktørs vurdering

Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester, etablering av nasjonale nettverk og sentre samt utredning av et nasjonalt servicemiljø er resultat av langvarige prosesser, hvor både HOD og Helsedirektoratet har vært tungt inne i arbeidet. Mange av de eksisterende tjenestene har vært i funksjon i lang tid, og er svært heterogene virksomheter i størrelse, oppgaver, finansiering og målgrupper.

Arbeidet med å utvikle kompetansetjenester og etablere nettverk og sentre er i gang i de respektive regionene. Endringene fører til engasjement innad i kompetansetjenestene og helseforetakene, i media og i offentligheten. Både HOD og RHF-ene har fått henvendelser fra ulike interessegrupper, fra media og fra Folkehelseinstituttet. Siden fagmiljø og kompetanse som er bygget opp vil videreføres i alle regioner vil en ny organisering trolig ikke få negative konsekvenser for omdømme.

Regionene har allerede i dag et tett samarbeid knyttet til oppfølging av nasjonale tjenester og de oppdragene som er gitt, ikke minst i forbindelse med omorganisering av kompetansetjenestene. Etablering av et nasjonalt servicemiljø vil styrke og formalisere samarbeidet slik at også de regionene som ikke selv drifter tjenestene bedre kan bidra i oppfølgingen av dem. Alle regioner er avhengig av de nasjonale tjenestene gjennom sitt sørge-for-ansvar og bør ha en aktiv rolle i oppfølgingen.

Etablering av et nasjonalt servicemiljø må avvete tilbakemelding fra HOD med hensyn til eventuell overføring av oppgaver fra Helsedirektoratet. Det er også behov for at RHF-ene avklarer og konkretiserer de regionale serviceenhetene i form av ressurser, funksjoner og organisering før det nasjonale servicemiljøet kan etableres.

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar fremlagte endringer i styring og oppfølging av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten til orientering. Dette inkluderer prinsipper for omorganisering av nasjonale kompetansetjenester, prinsipper for finansiering samt anbefalt modell for etablering av nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og sentre.

Bodø, 12. august 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og nasjonalt styringssystem
2. Oversikt over nasjonale kompetansetjenester
3. Rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk
4. Rapport: Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten
5. Rapport: Utredning av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre

Om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og styringssystemet

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten er en fellesbetegnelse for nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale medisinske kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. De nasjonale tjenestene skal være likeverdig tilgjengelig i hele landet.

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester tilbyr høyspesialisert diagnostisering og behandling. Behandlingen er sentralisert til ett eller to steder i landet; en nasjonal behandlingstjeneste etableres kun ved ett helseforetak, mens en flerregional behandlingstjeneste etableres ved et helseforetak i to ulike regioner. Sentralisering av pasientbehandling skal bidra til

- helsemessig tilleggsgevinst i form av bedre prognose eller livskvalitet for pasienten
- bedre kvalitet på pasientbehandling gjennom samling og nasjonal oppbygging av kompetanse
- mer likeverdig tilgang til behandlingstilbud av høy kvalitet
- bedre kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng

Nasjonale kompetansetjenester skal sikre nasjonal kompetansespredning og kompetanseoppbygging innenfor sitt spesifiserte fagområde til en definert målgruppe i helsetjenesten. Formålet er å sikre likeverdig tilgang til kompetanseoppbyggingen og at kompetansen tas i bruk i hele landet. Tjenester skal leveres trygt og kostnadseffektivt gjennom oppbygging og spredning av kompetanse i egen helseregion og til andre helseregioner. Kompetansen skal desentraliseres og spres i hele helsetjenesten, inkludert primærhelsetjenesten og andre tjenesteytere, brukerne og befolkningen. De nasjonale kompetansetjenestene er inndelt i to kategorier; enten funksjon *opplæring* med en virketid på 5 år eller funksjon *kompetanseoppbygging* med en virketid på 10 år. Nasjonale kompetansetjenester skal ikke drive pasientbehandling.

Nasjonalt styringssystem

Det ble i 2011 etablert et styringssystem for de nasjonale tjenestene som er regulert i Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010, kapittel 4. Forskriften¹ beskriver hvordan godkjenning og avvikling av de nasjonale tjenestene skal foregå, vilkår for godkjenning, og hvilke oppgaver tjenestene skal ivareta. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har utarbeidet en veileder som omhandler bestemmelsene i kap. 4 ([Nasjonale tjenester - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)). I følge forskriften er det de regionale helseforetakene som skal søke departementet om godkjenning, endring eller avvikling av nasjonale tjenester. Fra 1. januar 2019 ble denne myndigheten delegert til Helsedirektoratet.

Styringssystemet for de nasjonale tjenestene skal sikre nasjonale prioriteringshensyn, god ressursutnyttelse og likeverdig tilgang til kompetanse og høyspesialisert behandling. Det er de regionale helseforetakene (RHF-ene) som har ansvaret for tjenestene og som skal søke om godkjenning, oppretting, endring eller avvikling av de nasjonale tjenestene. Brukerorganisasjoner, fagmiljøer og Helsedirektoratet m.fl. kan anmode regionale helseforetak om å søke opprettelse eller endring av nasjonale tjenester.

¹ [Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus - Lovdata](#)

Rollefordelingen i styringssystemet:

- Helse- og omsorgsdepartementet gir overordnede føringer for styringssystemet
- De regionale helseforetakene har ansvar for drift av de nasjonale tjenestene og skal sørge for at godkjente tjenester oppfyller krav og intensjoner i forskriften
- Helsedirektoratet har ansvar for å gjennomføre årlig evaluering av de nasjonale tjenestene, og gi råd om etablering, endring og nedlegging av slike tjenester
- Helsedirektoratet godkjenner opprettelse av nye tjenester og tar stilling til endring eller avvikling av etablerte tjenester

Historikk

Det kan vises til en rekke tidligere oppdrag og gjennomgang av de nasjonale tjenestene. Det ble gjort en helhetlig gjennomgang i 2009 som ligger til grunn for den gjeldende forskriften. Det ble også gjennomført helhetlig gjennomgang av nasjonale og flerregionale behandlingstjenester i 2017 og helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i 2018.

Helse- og omsorgsdepartementet har delegert myndighet til godkjenning, endring eller avvikling av nasjonale tjenester til Helsedirektoratet fra 1.1.2019.

Departementet besluttet i 2020 å gjennomføre endringer i styringssystemet som særlig treffer de nasjonale kompetansetjenestene, i form av en tydeliggjøring av krav om tidsbegrenset funksjon for de nasjonale kompetansetjenestene og en inndeling av tjenestene i to kategorier:

1. Nasjonale kompetansetjenester med funksjon opplæring med en virketid på 5 år
2. Nasjonale kompetansetjenester med funksjon kompetanseoppbygging med en virketid på 10 år.

De nasjonale kompetansetjenestene som har oppfylt sitt formål skal deretter avvikles som nasjonale kompetansetjenester. De fleste kompetansetjenestene vil videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk eller nasjonale sentre. De nasjonale nettverkene og sentrene som etableres vil gå ut av det nasjonale styringssystemet og underlegges regional styring.

I 2020 ble det også gitt i oppdrag å etablere et nasjonalt servicemiljø med regionale noder som skal omfatte nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester, nasjonale kompetansetjenester samt nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre.

Vedlegg 2 styresak - oversikt nasjonale kompetansetjenester

Nasjonale kompetansetjenester	Status pr mars 22
Helse Sør-Øst	
Nasjonal kompetansetjeneste for albuekirurgi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse	Nasjonalt senter HSØ
Nasjonal kompetansetjeneste for amming	Innlemmet i FHI
Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for barne- og ungdomsrevmatologi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for blodtypeserologi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME	til 2024/25
Nasjonal kompetansetjeneste for dekontaminering	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for familiær hyperkolesterolemi	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk onkologi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgi ved fot og ankeldeformiteter	Etablert 2019
Nasjonal kompetansetjeneste for komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og ungdom	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for medfødte stoffskiftesykdommer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for nevrologisk smerte	til 2026
Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS)	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP)	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for sarkomer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførte infeksjoner	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for senefekter etter kreftbehandling	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser	Egen prosess
Nasjonal kompetansetjeneste for solide svulster hos barn	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring	til 2025
Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse	Etablert 2019
Helse Vest	
Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser (NKB)	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsykdommer	til 2025
Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for Multippel sklerose	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno)	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for tropiske infeksjonssykdommer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste i gastroenterologisk ultralyd	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste i vestibulære sykdommer	Omorgansieres
Helse Midt-Norge	
Nasjonal kompetansetjeneste for ultralyd- og bildeveiledet behandling	Nasjonalt senter
Nasjonal kompetansetjeneste for avansert laparoskopisk kirurgi	
Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonell MRI	
Nasjonal kompetansetjeneste for hodepine	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgisk behandling av rygg- og nakkesykdommer	til 2025
Nasjonal kompetansetjeneste for pasienter med sammensatte lidelser	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for trening som medisin	til 2026
Helse Nord	
Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde	Egen prosess
Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdommer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens	Omorgansieres
Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (SANKS)	Egen prosess

RAMMEVERK FOR KVALITETS- OG KOMPETANSENETTVERK

UTGANGSPUNKT OG FORANKRING

I forbindelse med revisjon av nasjonale tjenester har Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 satt tidsrammen for nasjonale kompetansetjenester til å være fem eller 10 år. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som ifølge veilederen for nasjonale tjenester vedtar avvikling av nasjonale tjenester. Fra 1. januar 2019 er denne myndigheten delegert til Helsedirektoratet.

Etter avvikling som nasjonal tjeneste, kan kompetansetjenester videreføres som et kvalitets- og kompetansenettverk utenom regelverket for nasjonale tjenester. Kvalitets- og kompetansenettverk skal bidra til å videreføre fagmiljø som er bygget opp. Nettverkene skal forankres i de regionale helseforetakene (RHF-ene), som i fellesskap har ansvar for oppretting og avvikling av nettverkene.

NETTVERK

Et nettverk er i denne sammenheng definert som et faglig, interregionalt samarbeid der aktørene har et felles ansvar for kompetansespredning, og der ett fagmiljø koordinerer aktiviteten.

FORMÅL

Kvalitets- og kompetansenettverk skal bidra til likeverdige helsetjenester med god kvalitet, og med mål om å redusere variasjon i praksis.

ORGANISERING, OPPGAVER OG RAMMER

Nettverkene skal koordineres fra det helseforetaket som hadde ansvar for den nasjonale kompetansetjenesten.

Oppgaver

Hovedoppgavene for nettverket skal være:

- Kompetansespredning gjennom nettverket ved å bistå til at eksisterende og ny kunnskap fra forskning og kvalitetsregistre blir tatt i bruk i alle regioner
- Bistå eiere og nasjonale helsemyndigheter til å avklare faglige spørsmål

En representant fra fagmiljø i alle regioner skal delta i nettverket, og representantene har et felles ansvar for oppgavene som ligger til nettverket. Brukere skal være representert. Ut fra behov, kan aktører fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre relevante sektorer være med i nettverket.

Finansiering

Rammen for den koordinerende enheten er en million kroner som skal dekke ledelse og sekretariatsfunksjoner, samt driftsmidler til bl.a. drift av nettsider og nettverkssamlinger.

Dersom det er behov for en tettere forankring av nettverket, f.eks. gjennom etablering av mindre stillinger (10-20 %) i alle regioner, vil rammen pr. år være to millioner kroner.

Nettverket finansieres av de regionale helseforetakene. Ved oppstart av nettverket avgjøres rammen for finansieringen, jf. alternativene over. Ved etablering av stillinger i andre regioner, må innholdet i stillingene avklares. Personer med slike delstillinger skal fortsatt være ansatt i eget helseforetak.

Omfang av finansiering avgjøres av RHF-ene, i samråd med aktuelt helseforetak og fagmiljø.

Forskning, drift av registre og andre underbyggende aktiviteter, forutsettes finansiert av andre kilder.

Varighet

Kvalitets- og kompetansenettverk har en varighet på fem år med øremerket tilskudd. Etter fem år (i år seks etter etablering) gjør RHF-ene i fellesskap en vurdering av om tilskudd skal videreføres for en ny periode. Dette vil blant annet bli sett i sammenheng med ressursbehov for andre nettverk. Etter hvert som nye kompetansetjenester skal avvikles og videreføres som nettverk, vil det være behov for å frigjøre midler for å kunne finansiere disse.

Rapportering

Nettverkene skal levere en kortfattet, årlig rapport til RHF-ene med fokus på oppgavene som ligger til nettverket. De regionale helseforetakenes felles rapporteringssystem, eRapport, skal benyttes. Lenker til rapporteringsskjema vil bli sendt ut til den koordinerende enheten som har ansvar for å forankre årsrapporten i nettverket.

Lenker:

- <https://nettsteder.regjeringen.no/nasjonaletjenester/oppfolging-av-nasjonale-kompetansetjenester/>
- <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tjenester/id614574/>

Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten

25. april 2022

1. Innhold

FORORD	3
1. MANDAT	4
2. INNLEDNING	5
3. SAMORDNING AV INTERREGIONALT FAGLIG SAMARBEID	5
3.1 AVVIKLING AV NASJONALE KOMPETANSETJENESTER	5
3.2 PRINSIPPER FOR VURDERING AV KOMPETANSETJENESTERS VED AVVIKLING	6
3.3 PROSESS FOR BESLUTNING AV NY ORGANISASJONSFORM FOR TJENESTER	6
4. FINANSIERING	7
4.1 DAGENS FINANSIERING AV NASJONALE KOMPETANSETJENESTER	7
4.2 EKSEMPLER PÅ FAGLIG SAMARBEID	8
4.3 FINANSIERING AV KOMPETANSETJENESTER OG UTVIKLING AV DISSE	9
4.4 FINANSIERINGSMODELLER	9
4.5 FORSLAG TIL FINANSIERINGSMODELL.....	9
4.6 VEDRØRENDE ØREMERKEDE MIDLER TIL NASJONALE KOMPETANSETJENESTER.....	11
5. STYRINGSSYSTEM FOR OPPFØLGING AV TJENESTENE	13

Forord

De regionale helseforetakene samarbeider om omorganisering av nasjonale kompetansetjenester som er besluttet avvirket.

I interregionalt fagdirektørmøte 15.10.21 sluttet fagdirektørene seg til forslag til mandat, organisering og tidsramme for arbeidet med avvikling av kompetansetjenester som ikke skal bli kvalitets- og kompetansenettverk. Helse Vest fikk i oppdrag å lede prosjektet og etablere en prosjektgruppe i tråd med mandatet. Styringsgruppen har bestått av fagdirektørene og to tillitsvalgte representanter.

Mandat for arbeidet, jf. kapittel 1, var i første omgang å utarbeide prinsipper som RHF-ene skal legge til grunn ved vurdering av videre drift av kompetansetjenester som er besluttet avvirket.

Styringsgruppen har i tillegg bedt om at forslag til finansieringsmodell som omfatter framtidige kompetansetjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og andre organisasjonsformer, legges fram i samme rapport. Finansieringsmodeller har vært drøftet med økonomidirektørene i RHF-ene.

Styringsgruppen har også bedt om at det legges fram forslag til innspill til HOD vedrørende innretning på de øremerkede midlene som RHF-ene nå får til nasjonale kompetansetjenester. Her er midlene til sjeldensentrene utelatt.

Prosjektgruppen har bestått av følgende medlemmer:

Gjertrud Jacobsen	Helse Vest - leder
Sølvi Lurfald	Helse Vest
Kirsti Tørbakken	Helse Sør-Øst
Torhild Torjussen Hovdal	Helse Sør-Øst
May Britt Kjelsaas	Helse Midt-Norge
Siv Mørkved	Helse Midt-Norge
Tove Klæboe Nilsen	Helse Nord
Siw Gøril Skår	Helse Nord

AD-møtet for de regionale helseforetakene sluttet seg til rapporten 25. april 2022.

1. Mandat

Bakgrunn

Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten er regulert i eget styringssystem som forvaltes av Helsedirektoratet. I prosessen med omorganisering av nasjonale kompetansetjenester har det oppstått et behov for å vurdere videreføring av noen nasjonale oppgaver som ikke lenger skal være regulert i det ordinære styringssystemet for nasjonale tjenester. RHF-ene har behov for å samordne disse oppgavene.

Foreløpig samordner RHF-ene prosessen for tjenester som skal bli kvalitets- og kompetansenettverk. I tillegg er det behov for å samordne arbeidet med omorganisering av 18 kompetansetjenester som ikke skal videreføres som kvalitets- og kompetansenettverk. Se vedlagte tabell 1 for oversikt over disse.

Det vises videre til sak 198/21 i interregionalt fagdirektørmøte (vedlegg til mandat).

Mål

Det skal utarbeides prinsipper for interregional samordning som skal legges til grunn ved vurdering av videre drift av kompetansetjenester. Disse prinsippene skal legges til grunn for fremtidig vurdering når kompetansetjenester avvikles.

Oppgaver

Kompetansetjenester som avvikles har i mange år hatt en nasjonal rolle. Det må vurderes om de fortsatt skal ha det, eller om de skal inngå i andre tjenester og avvikles som en nasjonal funksjon.

Følgende moment/problemstillinger skal beskrives og vurderes:

- Hvordan avgjøres videreføring eller avvikling av nasjonale oppgaver når en nasjonal kompetansetjeneste avvikles?
- Dersom nasjonal funksjon videreføres, beskriv et system for oppfølging av nasjonale funksjoner i regi av RHF-ene, herunder:
 - Mulige organisasjonsformer med tidshorisont
 - Finansiering
 - Evaluering

2. Innledning

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten er regulert i eget styringssystem som forvaltes av Helsedirektoratet. Nasjonale kompetansetjenester er kategorisert i to kategorier, funksjon opplæring med virketid på 5 år, og funksjon kompetansebygging med en virketid på 10 år. Dette kravet om tidsbegrensning medfører at kompetansetjenesten deretter skal avvikles. Kompetansetjenester som avvikles går ut av det nasjonale styringssystemet. Det er opp til RHF-ene å vurdere videre drift/avvikling for disse, og å finne hensiktsmessige organisasjonsformer.

For mange kompetansetjenester som avvikles er det aktuelt å bli videreført som kvalitets- og kompetansenettverk. I prosessen med omorganisering av nasjonale kompetansetjenester har helseregionene sett at det også kan være andre nasjonale oppgaver som ikke er regulert i det ordinære styringssystemet for nasjonale tjenester, som det er behov for å videreføre.

De regionale helseforetakene har utarbeidet et felles rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk. I tillegg er det behov for felles prinsipper for videreføring av nasjonale tjenester som ikke videreføres som kvalitets- og kompetansenettverk, gitt at de skal ha nasjonale oppgaver.

Rapporten beskriver hvordan de regionale helseforetakene i fellesskap skal:

- vurdere videre drift for nasjonale kompetansetjenester som avvikles
- følge opp tjenester som videreføres i annen form.

3. Samordning av interregionalt faglig samarbeid

Ved utvikling av faglige behov samordner RHF-ene oppfølging og organisering av tjenester og enheter som skal ha nasjonale oppgaver, men som ikke inngår i styringssystemet for nasjonale tjenester. Her inngår prioriteringer, oppgaver, organisasjonsform og finansiering. Det må være tilslutning i alle regioner for ny organisasjonsform, både mht. finansiering, nasjonale oppgaver og organisatorisk tilknytning.

3.1 Avvikling av nasjonale kompetansetjenester

Kompetansetjenester som avvikles har i mange år hatt en nasjonal rolle. Det må vurderes om de fortsatt skal ha det, eller om de skal inngå i andre tjenester og avvikles som en nasjonal funksjon. Nasjonale oppgaver må i så fall ivaretas gjennom en annen organisasjonsform.

Ved avvikling av en kompetansetjeneste er det derfor behov for å vurdere følgende:

1. videreføring som kvalitets- og kompetansenettverk (fortsatt nasjonal funksjon)
2. videreføring av en funksjon eller oppgave i annen organisasjonsform (fortsatt nasjonal funksjon)
3. nasjonal rolle eller funksjon avvikles

3.2 Prinsipper for vurdering av kompetansetjenesters ved avvikling

1. Den viktigste vurderingen ved avvikling av en nasjonal kompetansetjeneste er å kartlegge oppgaver som skal videreføres i vanlig drift. Disse må tydeliggjøres og skilles ut, som for eksempel undervisning og registerfunksjoner. Dersom det etter en slik vurdering gjenstår oppgaver som må ivaretas nasjonalt skal annen organisasjonsform vurderes.
2. Kompetansetjenester som blir innlemmet i behandlingstjeneste inngår i ordinært styringssystem for behandlingstjenester. Ved en innlemmelse må finansiering, oppgaver og omfang avklares slik at dette samsvarer med styrings- og finansieringssystem for nasjonale/flerregionale behandlingstjenester. Det må søkes om endring av innhold i behandlingstjenesten.
3. Videre kompetansebygging skal ikke være et avgjørende argument for videreføring av nasjonal funksjon. Dersom det likevel vurderes som ønskelig å videreføre kompetansetjenesten for å ivareta etablerte faglige nettverk, skal dette skje innenfor rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk (jf. vedlegg).
4. Andre grunner til å videreføre nasjonale funksjoner kan være:
 - kompetansetjenester som i stor grad er rettet mot, og er en viktig ressurs for primærhelsetjenesten (amming, søvnsykdommer)
 - kompetansetjenester som grenser mellom kompetansetjeneste og rådgivningstjeneste knyttet til behandling av enkeltpasienter (flåttbårne sykdommer, tropemedisin)
5. Dersom det ikke er aktuelt å videreføre kompetansetjenesten som kvalitets- og kompetansenettverk, og det ikke finnes andre funksjoner det er behov for å videreføre nasjonalt, avvikles den nasjonale funksjonen.

3.3 Prosess for beslutning av ny organisasjonsform for tjenester

Interregionalt fagdirektørmøte (IRF) blir enige om hvilke funksjoner og oppgaver som eventuelt skal videreføres i interregional regi ved avvikling av en

kompetansetjeneste. Avgjørelsen skal basere seg på en innstilling fra den regionen som har hatt ansvar for kompetansetjenesten. Innstillingen må inneholde en vurdering av et faglig behov basert på prinsippene i pkt. 3.2, en overordnet strategisk prioritering mellom faglige behov og finansiering.

Innstillingen legges fram i IRF som vurderer om de:

- støtter innstillingen
- avviser innstillingen
- ønsker faglig vurdering fra egen region før endelig innstilling. Dette kan gjøres gjennom regionalt fagdirektørmøte og med medvirkning fra brukerutvalg.

4. Finansiering

4.1 Dagens finansiering av nasjonale kompetansetjenester

RHF-ene får i dag et øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester. Tilskuddet har vært uforandret siden 2018, og det blir ikke økt når nye kompetansetjenester blir etablert. HOD har i 2020 vedtatt omlegging og avvikling av en rekke kompetansetjenester og ønsker større dynamikk i ordningen slik at nye fagområder kan prioriteres.

Tabell 1 Fordeling av øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester:

	Øremerket tilskudd 2022	Hvorav til sjeldne diagnoser	Til øvrige tjenester	Antall tjenester pr 2021	Andel øvrige
Helse Sør-Øst	354,2	232,7	121,5	29	56,0 %
Helse Vest	36,9		36,9	10	17,0 %
Helse Midt-Norge	41		41	8	18,9 %
Helse Nord	76,3	58,6	17,7	5	8,2 %
Totalt	508,4	291,3	217,1	52	

Kilde: Prop. 1 S, Helse- og omsorgsdepartementet 2021-2022, s. 189, tabell 4.6. Om nasjonale tjenester i prop. 1 S s. 188-189.

Når kompetansetjenester avvikles kan det øremerkede tilskuddet pr nå dekke tilskudd til kvalitets- og kompetansenettverk samt andre funksjoner. Tilskuddet blir foreløpig liggende i post 78. Dette gir RHF-ene mulighet for en fleksibilitet i forbindelse med omorganiseringen av kompetansetjenestene med for eksempel

gradvis nedtrapping av tilskudd over to år. Det er imidlertid ikke avklart hva som vil skje med tilskuddet i framtiden, men det vil uansett bli tildelt RHF-ene. HOD er åpen for innspill fra RHF-ene til hvordan tilskuddet i framtiden skal fordeles mellom regionene.

4.2 Eksempler på faglig samarbeid

Faglig samordning mellom regionene organiseres på ulike måter og ivaretas til dels av HOD/H-dir og dels i regi av RHF-ene selv. Historisk ser vi en utvikling mot at RHF-ene i større og større grad får ansvar for å avklare faglig samordning og økonomiske konsekvenser av dette selv.

Et eksempel på dette er etablering og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Disse har nasjonale oppgaver, men finansieres av den enkelte region uten at det er etablert en felles modell for finansieringen jf. sak 139-2021 i AD-møtet 13.12.21. Pr i dag fordeles registrene som følger:

	Antall registre (pr juni 2021)
Helse Sør-Øst	19
Helse Vest	18
Helse Midt-Norge	6
Helse Nord	8
Totalt	51

Et annet eksempel på faglig samarbeid er innføringen av ParkinsonNet der rammene for samarbeidet ble lagt i interregional fagdirektørmøte. Tilsvarende gjelder for interregionalt nettverk for simulering i spesialisthelsetjenesten som finansier i fellesskap, men der en region har valgt å gå inn med ekstra midler.

4.3 Finansiering av kompetansetjenester og utvikling av disse

RHF-ene drifter i dag nasjonale kompetansetjenester med øremerket tilskudd. Rammeverket for kvalitets- og kompetansenettverkene som er vedtatt, gir oss et godt grunnlag for å sikre en samordnet og lik utvikling i regionene. Finansieringen av nettverkene og andre faglige funksjoner som må løses i fellesskap, vil ha stor betydning for videreutvikling av tjenestene. Dette gjelder:

- Kvalitets- og kompetansenettverk som er en videreføring av nasjonale kompetansetjenester som avvikles.
- Andre funksjoner som det er behov for å videreføre i regi av RHF-ene etter avvikling av nasjonale kompetansetjenester, f.eks. nasjonale senter
- Nye nasjonale kompetansetjenester som etableres

4.4 Finansieringsmodeller

Uavhengig av hva som skjer med det øremerkede tilskuddet, må RHF-ene finansiere tjenestene, og det må vurderes hvilken finansieringsmodell som vil være hensiktsmessig. Det må tilstrebes å få til en løsning som er lett å håndtere, og som ikke vil kreve mye administrasjon og oppfølging.

Følgende alternativer kan være aktuelle:

- Samfinansiering av tjenester:
 - a) fordeling i tråd med inntektsfordelingsmodell
 - b) fordeling på fire – ulike alternativer
- Alternative modeller for fordeling
 - c) regional finansiering av drift av tjenester i egen region, men med like rammer for tilskudd avhengig av modell for kompetansetjenesten (jf. vedtatt rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk)
 - d) hver region bestemmer selv tilskudd jf. modell for nasjonale kvalitetsregistre

4.5 Forslag til finansieringsmodell

De ulike modellene ivaretar ulike forhold, men gitt at løsningen ikke skal være for ressurskrevende å håndtere, bør en løsning med minst mulig krav til administrasjon velges. Samtidig skal modellen ivareta behovet for å stimulere til interregional faglig samordning og kvalitetsutvikling. Dette gjelder nettverk og oppgaver i regi av regionene. Nasjonale kompetansetjenester, som er regulert i eget styringssystem forvaltet av Helsedirektoratet, bør omfattes av samme modell ettersom RHF-ene også må finansiere disse.

En løsning der regionene sørger for finansiering av tjenester i egen region, er enkel å administrere.

Like rammer for tilskudd til de ulike typer tjenester, vil ivareta en samordnet utvikling på tvers av regionene. En felles finansieringsmodell vil på denne måten forsterke styringssystemet skissert i rapporten.

Finansieringsmodell:

- regionene finansierer tjenester i egen region
 - det settes av like rammer for tilskudd avhengig av type tjeneste (nasjonal kompetansetjeneste eller kvalitets- og kompetansenettverk)
 - tilskudd til tjenester som får annen organisasjonsform må vurderes i hvert tilfelle

Modellen omfatter følgende tjenester:

Nye nasjonale kompetansetjenester

Nye kompetansetjenester er underlagt et nasjonalt styringssystem, men finansieres av RHF-enes ramme. Tidligere bevilget HOD 2,5 millioner kroner pr år ved etablering av nye nasjonale kompetansetjenester. Tjenestene har i dag svært ulik størrelse på tilskuddene, men tjenestenes karakter er også ulike. Basert på tilskuddene som ytes til tjenestene totalt sett er det beregnet at de får et gjennomsnittlig tilskudd på ca. 4 millioner kroner, og en rekke tjenester har et tilskudd i denne størrelsesorden. Framtidige tjenester vil bli etablert i tråd med HOD's nye modeller for kompetansetjenester med en varighet på 5 eller 10 år. Dette innebærer at framtidige kompetansetjenester vil få klarere mandat, og ikke så ulik karakter som har vært tilfelle nå. Det er derfor naturlig med lik størrelsesorden på tilskuddet til disse tjenestene. Basert på at mange tjenester som har samme type funksjoner i dag har hatt et årlig tilskudd i størrelsesorden 3 – 4 millioner, kan man se for seg et tilskudd på inntil 4 millioner kroner i årlig tilskudd til kompetansetjenestene.

Kvalitets- og kompetansenettverk – overgangsordning og finansiering av eventuelle andre oppgaver utover rammen for nettverk

Nasjonale kompetansetjenester som skal bli kvalitets- og kompetansenettverk har allerede fått felles ressursramme, og skal underlegges regional styring. Rammeverket som er godkjent i AD-møtet 30.08.21 legger en ramme på inntil 2 millioner i årlig tilskudd til nettverkene. Dette er gjort kjent blant tjenestene som har startet arbeidet med omlegging i tråd med dette.

Når kompetansetjenester avvikles i tråd med nytt regelverk etter 10 eller 5 år må det gjøres grundig vurdering av innholdet i tjenesten jf. punkt 3.2 over. I den

sammenheng må behov for en overgangsordning for finansiering vurderes i inntil 2 år. Oppgaver som skal videreføres i annen form skal også sikres finansiering regionalt. Det vil være opp til det enkelte RHF å vurdere dette og sikre finansieringen. Dette vil blant annet omfatte nasjonale kvalitetsregistre som har vært driftet sammen med en kompetansetjeneste og som skal videreføres med egen finansiering i tråd med egne regler for finansiering av nasjonale kvalitetsregistre.

Andre organisasjonsformer

Kompetansetjenester som avvikles har i mange år hatt en nasjonal rolle. Det må vurderes om de fortsatt skal ha det, eller om de skal inngå i andre tjenester og avvikles som en nasjonal funksjon. Nasjonale oppgaver må i så fall ivaretas gjennom en annen organisasjonsform. Dette kan gjelde for eksempel:

- kompetansetjenester som i stor grad er rettet mot, og er en viktig ressurs for primærhelsetjenesten (amming¹, søvnsykdommer)
- kompetansetjenester som grenser mellom kompetansetjeneste og rådgivningstjeneste knyttet til behandling av enkeltpasienter (flåttbårne sykdommer, tropemedisin)

Tilskuddet til kompetansetjenester som omorganiseres til en annen funksjon må vurderes spesielt i hvert enkelt tilfelle. 18 tjenester vurderes nå for annen organisasjonsform (se vedlegg 1). I en framtidig modell vil de fleste kompetansetjenester som avvikles mest sannsynlig videreføres som kvalitets- og kompetansenettverk.

4.6 Vedrørende øremerkede midler til nasjonale kompetansetjenester

Øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester justeres ikke lengre ved etablering av nye tjenester. Tilskuddet er gitt som en ramme til de respektive regionene. Regionene bestemmer selv hvor stort tilskudd den enkelte tjeneste skal få. Etter omorganisering og endringer i styringssystemet som HOD har gjort, er det nå usikkerhet knyttet til innretningen på det øremerkede tilskuddet. Alternativet er at det legges i rammen til RHF-ene og fordeles i tråd med Magnussen-modellen. Tilskuddet vil uansett tilfalle regionene i en eller annen form.

Overgangsordningen som nå gjelder innebærer at også nye kvalitets- og kompetansenettverk kan finansieres gjennom det øremerkede tilskuddet. I tillegg kan det benyttes ved eventuelle behov for nedtrappingsordninger.

HOD har bedt om innspill fra regionene på innretning av tilskuddet. I dag er fordeling mellom regionene synliggjort i statsbudsjettet jf. tabell 1 på side 7.

¹ Nasjonale kompetansetjeneste for amming ble avviklet som kompetansetjeneste og videreført i FHI i 2022.

Kompetansetjenester for sjeldne diagnoser holdes utenfor omorganiseringsprosessen som nå foregår for de andre kompetansetjenestene. Tilskuddet til sjeldentjenestene skal derfor holdes utenfor vår vurdering.

Fordeling av tilskuddet slik det foreligger nå, er nært opp til fordelingen i Magnussen-modellen jf. tabell 1.

Dersom tilskuddet legges over i rammen til RHF-ene vil det gi regionene mer fleksibilitet ved avvikling og etablering av nye tjenester. Man vil unngå at midler må flyttes mellom regionene dersom tjenester avvikles i en region og andre etableres i annen region. I og med at tilskuddet er fast og ikke økes ved etablering av nye tjenester, må RHF-ene uansett selv prioritere midler til nye tjenester.

Øremerking av midler er en sterk form for prioritering som kan være nødvendig. Dette kan være nyttig for både HOD og RHF-ene for å sikre at det blir satt av midler til tjenestene, men det er også mulig å sørge for prioritering gjennom andre styringsredskaper enn øremerking. Nasjonale tjenester vil fremdeles være prioritert gjennom en egen forskrift. RHF-ene vurderer i fellesskap behov for nye tjenester og prioriterer disse før søknad sendes til Helsedirektoratet. RHF-enes forsterkede samarbeid om rammer og retningslinjer for administrering av nasjonale tjenester, og arbeidet med etablering av et servicemiljø for disse tjenestene, vil også bidra til en samordnet prioritering av utvikling av nye tjenester.

Noen tjenester har hatt øremerket tilskudd i over 20 år, og det har vært vanskelig å skape den dynamikken man ønsker seg for å kunne etablere nye tjenester. Nye tjenester er etablert, men gamle tjenester er ikke avviklet. Styringsmodellen er nå revidert og legger i større grad til rette for mer dynamikk ved at nye tjenester blir etablert med en tidsavgrensning. Dette gir en større økonomisk mulighet til å etablere nye tjenester, gjerne gjennom en strategisk tilnærming for å prioritere fagområder ut i fra et helhetlig perspektiv, og ikke bare basert på søknader fra sterke fagmiljøer i den enkelte region. En kombinasjon av disse tilnærmingene kan være nyttig, og i den sammenheng synes det lite hensiktsmessig med øremerkede midler som fordeles til enkelttjenester når så mye av ansvaret for utvikling av tjenestene er lagt til RHF-ene.

Basert på dette vil prosjektgruppen tilrå at RHF-ene gir signal til HOD om at det er ønskelig at midlene som i dag er øremerket nasjonale kompetansetjenester blir overført til rammen og fordelt i tråd med Magnussen-modellen.

5. Styringsystem for oppfølging av tjenestene

- Regionen som har ansvar for tjenesten utarbeider mandat for tjenesten i samarbeid med aktuelt HF (bør legges fram med innstilling til etablering).
- Mandatet legges fram i interregional fagdirektørmøte (mal må utarbeides)
- Det kan etableres et nettverk med deltakelse fra alle regioner for å sikre forankring
- Tjenesten skal avgi kortfattet rapport årlig gjennom eRapport (mal må lages)
- Årsrapport med plan for kommende år legges fram for interregionalt fagdirektørmøte (ev oppsummering av flere rapporter)
- Det skal jevnlig gjennomføres en faglig evaluering av tjenesten basert på begrunnelsen for å oppretting. Evaluering skal sikre en forankring i alle regioner før tilråding blir lagt fram i interregionalt fagdirektørmøte

RHF-ene samordner oppfølging av disse tjenestene med oppfølging av andre nasjonale tjenester. Alle regioner bør utpeke ansvarlig i hver region.

Utredning av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre

13. mai 2022

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
1. INNLEDNING	5
1.1 OPPDRAG (OPPDRAGSDOKUMENT 2020 OG 2021)	5
1.2 ORGANISERING AV ARBEIDET	5
1.3. AVKLARINGER FRA HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET	6
1.4. KOMMENTAR TIL SJELDENFELTET	6
1.5. GRENSEFLATER I ARBEIDET	7
2. ANBEFALT MODELL OG BESKRIVELSE AV NASJONALT SERVICEMILJØ FOR NASJONALE TJENESTER, NETTVERK OG SENTRE	8
2.1. FORSLAG TIL ORGANISERING AV NASJONALT SERVICEMILJØ	8
2.2. INNHOLDET I DET NASJONALE SERVICEMILJØET	9
2.2.1. Styrking av regional oppfølging og bedre nasjonal samordning av nasjonale tjenester, nettverk og sentre	9
2.2.2. Nye oppgaver for RHF-ene og delegasjon	10
2.3. ORGANISASJONSMODELL.....	11
2.4. BESKRIVELSE AV FRAMTIDIG RAPPORTERING OG VURDERING	12
2.5. ØKONOMISKE RAMMER FOR NY ORGANISERING	12
2.6. VURDERING AV SAMORDNING MED KVALITETSREGISTRE	13
2.7. DISSENS I PROSJEKTGRUPPEN	14
3. GRUNNLAG FOR ANBEFALING OG BESKRIVELSE AV MODELL FOR NASJONALT SERVICEMILJØ	15
3.1. OM NASJONALE TJENESTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	15
3.2. OM NASJONALE MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE	16
3.3. KARTLEGGING AV BEHOV	16
3.3.1. Gjennomgang av tilbakemeldinger fra 2019	16
3.3.2. Ny kartlegging desember 2021	17
3.3.3. Møter med oppnevnt referansegruppe.....	17
3.3.4. Oppsummering av tjenestenes referansegrupperapporter	18
OVERSIKT OVER VEDLEGG MED UTDYPENDE INFORMASJON	18

Forord

Helsetjenesten skal bidra til god folkehelse gjennom forebygging av sykdom og skade og ved å gi befolkningen hjelp til diagnostikk, behandling, rehabilitering og omsorg når sykdom og skade oppstår. Helsehjelpen skal ha god kvalitet og tjenestetilbudet skal være likeverdig tilgjengelig for alle.

De nasjonale tjenestene skal tilby høyspesialisert diagnostisering og behandling og sikre nasjonal kompetansespredning innenfor definerte fagområder for å bidra til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende er formålet med de medisinske kvalitetsregistrene å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og redusere uberettiget variasjon i behandlingskvalitet.

De regionale helseforetakene har ansvar for at de nasjonale tjenestene driftes i tråd med regelverket og samarbeider om drift og oppfølging av de nasjonale tjenestene. De regionale helseforetakene har også ansvar for kvalitetsregisterfeltet og har etablert Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale enheter for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre etter modell fra kvalitetsregisterfeltet.

I denne rapporten beskrives anbefalt fremtidig organisering av et servicemiljø for nasjonale tjenester og hvordan både nasjonale tjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre kan ivaretas i en slik modell.

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i 2020 et oppdrag til de regionale helseforetakene (RHF-ene) om å utrede et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitetsnettverk. Oppdraget ble videreført i 2021 og ble organisert som et interregionalt prosjekt. Arbeidet i prosjektgruppen ble i hovedsak gjennomført fra høsten 2021 til våren 2022.

Arbeidet har tatt utgangspunkt i hvordan de nasjonale tjenestene er organisert i dag. Det er lagt betydelig vekt på tjenestenes behov og hvordan RHF-ene best kan følge dem opp. Som følge av oppdragets utforming er det også gjort en sammenligning med organisering rundt de nasjonale medisinske kvalitetsregistre og ulike løsninger er diskutert.

De nasjonale tjenestene er kliniske enheter med betydelig behov for oppfølging i regionene. I tillegg til tjenestene gjelder dette også fremtidige nettverk og sentre, samt referansegrupper. For å dekke behovene bedre er det avgjørende at den regionale oppfølgingen styrkes. Samtidig er det behov for å formalisere det nasjonale samarbeidet om felles oppgaver.

Det foreslås at det nasjonale servicemiljøet organiseres som en nettverksmodell bestående av fire regionale enheter med nasjonale og regionale oppgaver. De regionale miljøene som i dag arbeider med nasjonale tjenester må styrkes, og det nasjonale samarbeidet må formaliseres. Det nasjonale servicemiljøet driftes av en interregional arbeidsgruppe som består av ledere ved de regionale serviceenhetene. Ledelse av interregional arbeidsgruppe og koordinering av arbeidet går på omgang mellom regionene. Leder for interregional arbeidsgruppe rapporterer til det interregionale fagdirektørmøtet.

I tillegg til å styrke regional og nasjonal oppfølging, foreslås det å overføre nye oppgaver til RHF-ene i forbindelse med de nasjonale tjenestene. Den ene oppgaven som foreslås overført til RHF-ene er myndighet til beslutning om opprettelse, endring og avvikling av nasjonale tjenester. Den andre oppgaven er felles vurdering av årsrapporter. I dag gjøres det en egen vurdering i regi av Helsedirektoratet som da kan avvikles.

Styrking av regionale miljøer, videreføring og formalisering av nasjonalt samarbeid om nasjonale tjenester og de nye oppgavene som foreslås overført til RHF-ene vil i sum bidra til bedre oppfølging og ivaretagelse av tjenester, nettverk og sentre. Samtidig blir fellesoppgavene ivaretatt på en bedre og mer systematisk måte.

Den anbefalte modellen for det nasjonale servicemiljøet beskrevet i kapittel 2, og grunnlaget for modellen er beskrevet i kapittel 3.

1. Innledning

Oppdraget som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i 2020 var resultatet av en forutgående prosess, blant annet helhetlig gjennomgang av nasjonale tjenester i 2017/2018 og dialog med påfølgende innspill om tjenestenes behov i 2019. I dette kapitlet beskrives oppdraget fra 2020 og hvordan det ble videreført i 2021. Her beskrives organisering av arbeidet, sammenheng med tilgrensende oppgaver og avklaringer fra HOD.

1.1 Oppdrag (Oppdragsdokument 2020 og 2021)

I revidert oppdragsdokumentet 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene (RHF-ene) av 10.6.2020 ble følgende oppdrag gitt:

«De regionale helseforetakene skal i samarbeid utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk etter modell fra kvalitetsregistre, med mål om etablering i løpet av 2021. Servicemiljøet bør på egnet måte være samordnet med nasjonale og regionale støttefunksjoner for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.»

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/juster-toppdragsdokument-2020---10-juni-2020.pdf>

I AD-møtet¹ 22. juni 2020 ble det bestemt at oppdraget skal ledes av Helse Midt-Norge RHF.

Oppdraget ble videreført i 2021 med følgende formulering:

«Helse XX RHF skal følge opp endringene i system for nasjonale tjenester, jf. omtale (s.141) i Prop. 1 S (2020-2021), herunder legge rammene for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og etablere nasjonalt servicemiljø med regionale noder.»

Det nasjonale servicemiljøet som skal utredes og etableres omfatter nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester, nasjonale kompetansetjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk. Departementet har i ettertid presisert at servicemiljøet også skal omfatte tjenester som videreføres som nasjonale sentre.

1.2 Organisering av arbeidet

Oppdraget er organisert som et interregionalt oppdrag i RHF-ene. Møtet mellom de administrerende direktørene i RHF-ene (AD-møtet) er overordnet beslutningstaker. Etter godkjenning i AD-møtet skal saken styrebehandles i RHF-ene. Styringsgruppen består av det interregionale fagdirektørmøtet sammen med oppnevnte konserntillitsvalgte og representanter fra regionale brukerutvalg (RBU).

¹ AD-møtet: Regelmessige møter mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene

Det er etablert en referansegruppe bestående av representanter fra nasjonale tjenester i alle regioner og med brukerrepresentantene som observatører. Prosjektgruppen har bestått av deltakere fra hvert av RHF-ene, fra HF (helseforetak), fra Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i SKDE og fra en nasjonal tjeneste.

På grunn av den pågående covid-19-pandemien ble oppstart av prosjektet utsatt. Mandat for prosjektet ble godkjent av det interregionale fagdirektørmøtet og AD-møtet våren 2021. Prosjektarbeidet startet med første møte 1.11.2021. Det er avholdt totalt 10 møter i prosjektgruppen fra starten og til mai 2022. De fleste møter har vært digitale. Det har i tillegg vært utstrakt dialog og utveksling av informasjon og innspill pr e-post. Det er avholdt seks møter i styringsgruppen og to møter med referansegruppen. En oversikt over deltakere i arbeidet gis i vedlegg 1. Prosjektgruppens arbeid beskrives i kapittel 2, 3 og i vedlegg.

1.3. Avklaringer fra Helse og omsorgsdepartementet

Følgende avklaringer er gjort med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

- Sjeldenfeltet og sjeldenstrategien følges opp i en egen prosess. Den nasjonale kompetansetjenesten for sjeldne diagnoser omtales likevel kortfattet nedenfor og i vedlegg.
- Tjenester som ikke skal videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk, men som videreføres som nasjonale sentre skal inngå i servicemiljøets ansvarsområder, under RHF-enes styring.

HOD har presisert at oppdraget er gitt på bakgrunn av tilbakemeldinger fra tjenestene i innspillrunden fra 2019, Helsedirektoratets erfaringer, og oppdatert veileder hvor etablering og drift av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester og nettverk er omtalt. HOD ønsket i utgangspunktet leveranse av rapport innen 15.03.2022. Fristen ble senere utvidet til 1.06.2022.

Begrunnelse for utsettelse var at det ble krevende å utarbeide en god og gjennomarbeidet rapport, med forankring i alle regioner, innen fristen. Det har også vært avhengigheter mellom dette arbeidet og andre oppdrag som er utført av en delvis overlappende prosjektgruppe og styringsgruppe og framdriften ble påvirket av dette.

1.4. Kommentar til sjeldenfeltet

Sjeldenfeltet følges opp i en egen prosess og gjennom en egen strategi, men det er likevel behov for å se feltet i sammenheng med de andre nasjonale tjenestene. Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD) og nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKDB) er to kompetansetjenester for sjeldne tilstander.

NKSD er viktig for flere av de nasjonale tjenestene da også mange av de andre nasjonale tjenestene har ansvar for diagnostikk og behandling av sjeldne tilstander. I den nasjonale strategien for sjeldne diagnoser vises det i kapittel 4 og 5 til likeverdig tilbud, som det også vises til i veilederen for nasjonale tjenester som ligger på regjeringen.no.

Videre er det i Norge satt et krav fra myndighetene om at en søknad til European Reference Networks (ERN) må ha utgangspunkt i en nasjonal behandlingstjeneste, eller en nasjonal kompetansetjeneste knyttet til et behandlingsmiljø i et helseforetak, jf. Veilederen for [Nasjonale tjenester - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no), samt at det i nasjonal strategi for sjeldne diagnoser² i kapittel 5 vises det til viktigheten av internasjonalt samarbeid knyttet opp mot ERN.

Det nasjonale servicemiljøet vil derfor bistå også NKSD og NKDB som nasjonale tjenester på lik linje med de andre nasjonale tjenestene.

1.5. Grenseflater i arbeidet

Utredningsoppdraget har grenseflater mot annet arbeid med endringer i systemet for nasjonale tjenester som har foregått i samme tidsperiode og som også er utført i regi av RHF-ene. HOD har i møter og i et oppsummerende notat i 2021 gitt uttrykk for at noen av endringene som er besluttet iverksatt skal følges opp i statsbudsjettet for 2022, noe som har gitt dette arbeidet prioritet.

Det tilgrensende arbeidet omhandler:

- utarbeidelse av rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk (gjelder videreføring av flertallet av de nasjonale kompetansetjenestene). Vedtatt i AD-møtet 30.8 2021. Rammeverket finnes i vedlegg 2.
- samordning av prinsipper for omorganisering av nasjonale tjenester (for tjenester som ikke skal videreføres som nettverk). Behandlet i AD-møtet 21.3.2022 og 25.4.2022.
- finansiering av nasjonale funksjoner (nasjonale tjenester, nettverk og sentre), herunder forslag om at øremerket tilskudd på sikt foreslås endret til rammefinansiering. Behandlet i AD-møtet 21.3.2022 og 25.4.2022.

² [Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

2. Anbefalt modell og beskrivelse av nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre

I dette kapittelet beskrives forslag til fremtidig organisering av et servicemiljø for nasjonale og flerregionale behandlingstjenester, nasjonale kompetansetjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk samt nasjonale sentre.

HOD har vist til organiseringen av nasjonale medisinske kvalitetsregistre som aktuell modell. Modellen for kvalitetsregistrene er vurdert, men det anbefales en annen modell for de nasjonale tjenestene. De nasjonale tjenestene og de nasjonale kvalitetsregistrene er ulike konstruksjoner og har ulike behov for oppfølging. De nasjonale tjenestene er kliniske enheter hvor oppfølging er et felles ansvar for RHF-ene som skal skje i styringslinjen. Grunnlaget for et nasjonalt samarbeid er at alle regioner bidrar til oppfølgingen av alle nasjonale tjenester. I tillegg er det vurdert hvilket innhold de regionale serviceenhetene bør ha, hvilke oppgaver som bør løses i fellesskap mellom regionene og hvordan det nasjonale samarbeidet kan organiseres.

Det er behov for å styrke den enkelte regions oppfølging av de nasjonale tjenestene, og det interregionale samarbeidet om tjenestene må forsterkes og formaliseres. Tjenestene bør følges tettere opp fra RHF og HF, blant annet i forbindelse med oppfølging av utfordringer som kommer fram i årsrapportene. Årsrapportene inngår i RHF-enes årlige meldinger til HOD, samtidig som de i dag sendes direkte til Helsedirektoratet for en ekstra vurdering. Tjenestene ønsker mer dialog med RHF og HF både om årlige vurderinger og andre relevante problemstillinger.

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester er en del av spesialisthelsetjenestetilbudet og driftes gjennom vanlig styringslinje. Disse kliniske tjenestene finnes bare ett eller to steder i landet. Samtidig har alle regioner ansvar for å sørge for tjenestene og det må legges til rette for at alle kan følge opp tjenestene på en hensiktsmessig måte. Tilsvarende har kompetansetjenestene ansvar for å spre kompetanse til alle regioner. Dette understreker behovet for at RHF og HF må bruke mer ressurser på oppfølging av tjenestene i egen styringslinje.

Det er viktig at det nasjonale servicemiljøet fører til bedre oppfølging av tjenestene. Hver region må avsette tilstrekkelige ressurser til å håndtere aktuelle problemstillinger på en strukturert måte. Føringer for drift av tjenestene finnes allerede, både gjennom det nasjonale styringssystemet og gjennom rutiner som er utarbeidet av RHF-ene i fellesskap. For eksempel er et rapporteringssystem og rutiner for rapportering på plass.

2.1. Forslag til organisering av nasjonalt servicemiljø

Det anbefales at det nasjonale servicemiljøet organiseres som en nettverksmodell bestående av fire regionale serviceenheter med både nasjonale og regionale oppgaver. De regionale miljøene som arbeider med nasjonale tjenester i dag må styrkes, og det nasjonale samarbeidet må formaliseres og samordnes.

Det nasjonale servicemiljøet driftes av en interregional arbeidsgruppe som består av ledere av de regionale serviceenhetene. Det foreslås at ledelse av interregional arbeidsgruppe og koordinering av arbeidet går på omgang mellom regionene. Den regionen som leder arbeidsgruppen rapporterer til det interregionale fagdirektørmøtet. Hver region må avsette tilstrekkelige ressurser til å håndtere oppgavene.

Det foreslås i tillegg å overføre nye oppgaver til RHF-ene. Den ene oppgaven er myndighet til beslutning om opprettelse, endring og avvikling av nasjonale tjenester. Den andre oppgaven er felles vurdering av årsrapportene etter fastsatte kriterier. Begge oppgaver ivaretas i dag av Helsedirektoratet, jf. nasjonal veileder, og overføring av disse oppgavene til RHF-systemet vil kreve delegasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet.

En slik organisering av et nasjonalt servicemiljø vil styrke de regionale miljøene. Videreføring og formalisering av nasjonalt samarbeid og foreslåtte nye oppgaver vil bidra til bedre oppfølging og ivaretagelse av tjenester, nettverk og sentre. Samtidig vil fellesoppgavene bli ivaretatt på en mer systematisk måte.

Det er foreslått økonomiske rammer for fordeling av ressurser til nasjonalt servicemiljø (kap. 2.5.). De foreslåtte rammene vil gi regionene betydelig mer ressurser til oppfølging enn i dag, og vil gi forbedret evne til å følge opp nasjonale utfordringer i fellesskap. RHF-ene har selvstendig ansvar for å avsette ressurser til servicemiljøet og for å beslutte hvor de regionale enhetene plasseres organisatorisk.

Det bør utarbeides et mandat som formaliserer det nasjonale servicemiljøet med utgangspunkt i de beskrevne oppgavene. Servicemiljøet bør evalueres etter at det har vært i funksjon en tid, for å undersøke om det fungerer etter intensjonen eller om det bør gjøres endringer.

2.2. Innholdet i det nasjonale servicemiljøet

For å definere arbeidsoppgavene for det nasjonale servicemiljøet, er det foretatt en gjennomgang av informasjon fra forskrift, veileder, internt notat fra Helsedirektoratet, tilbakemeldinger fra tjenestene fra 2019, og tilbakemeldinger fra tjenestene i desember 2021. Dette har dannet grunnlag for beskrivelsen av innhold og oppgaver i servicemiljøet som finnes nedenfor. De nasjonale fellesoppgavene vil bli koordinert i den interregionale arbeidsgruppen og utfordringer i regionene kan tas opp til felles diskusjon i det nasjonale samarbeidet.

2.2.1. Styrking av regional oppfølging og bedre nasjonal samordning av nasjonale tjenester, nettverk og sentre

Regionene har selvstendig ansvar for drift av tjenester i egen region. Styring, oppfølging og veiledning av nasjonale tjenester skal gjøres i tråd med forskrift og veileder i det nasjonale styringssystemet. De nye nettverkene og sentrene som etableres vil ha behov for lignende oppfølging som nasjonale tjenester, men i RHF-enes styringslinje. De regionale enhetene skal bistå HF og tjenester med å oppfylle sitt oppdrag gjennom administrativ støtte og samordning av virksomheten i styringslinja.

Eksempler på regionale oppgaver er informasjon til søkermiljøer, tilgjengeliggjøring av relevant informasjon og maler, organisering og bistand ved rapportering mv. Dette er i stor grad oppgaver som RHF-ene har ansvar for i dag.

Samtidig er oppfølgingen av tjenestene et felles ansvar for RHF-ene, da de er kliniske enheter som yter tjenester for alle regioner. Regionene må delta aktivt i det nasjonale servicemiljøet og følge opp nasjonale føringer, beslutninger og felles utfordringer i egen region. Behovet for nasjonal samordnet oppfølging vil derfor være tilstede i alle regioner.

Følgende oppgaver bør inngå i det nasjonale servicemiljøet:

- Felles nettsted: Samle og vedlikeholde en oversikt over styrende dokumenter og verktøy gjennom etablering av en felles nasjonal nettside. Informasjonen bør differensieres slik at det kommer fram hva som er relevant for ulike tjenester, for nettverk, og for sentre.
- Resultatmål: Utarbeide og samordne system for resultatmål
- Kompetansespredningsplan: Vedlikeholde malen for kompetansespredning
- Samarbeids- og dialogarena: Utvikle nye og mer skreddersydde arenaer for samarbeid og dialog som f.eks. workshops, konferanser om utvalgte tema mv., for bedre kompetanseoverføring og informasjons- og erfaringsutveksling.
- Referansegrupper: Vedlikeholde og forbedre kjernemandat for referansegrupper, vurdere organisering og rutiner for oppnevning av referansegruppemedlemmer.
- Søknader: Utforme og vedlike søknadsinformasjon og felles søknadsskjema med vedlegg, vurdere prosess for innsending og beslutning av søknader og endringer (må avklares med sentrale myndigheter).
- Årlig rapportering: Vedlikeholde rapportskjema og veiledningstekster for nasjonale tjenester, utvikle nye rapportskjema for nettverk og sentre.
- Vurdering av årsrapporter: Ansvar for vurdering av årsrapporter overføres fra Helsedirektoratet til RHF-ene
- Bidra til likeverdig tilgang til behandling/kompetanse

2.2.2. Nye oppgaver for RHF-ene og delegasjon

Det foreslås at to nye oppgaver overføres til RHF-ene.

Det foreslås for det første at myndighet til beslutning om etablering, endring og avviking av tjenester overføres fra Helsedirektoratet til RHF-ene. En slik endring i beslutningsmyndighet vil etter forskriften kreve delegasjon fra HOD.

For det andre foreslås det at RHF-ene gjør en felles vurdering av årsrapporter etter fastsatte kriterier og at Helsedirektoratets vurdering utgår. Direktoratet har i et notat fra 2019 selv foreslått en slik endring. Det forutsettes at utfordringer som fremkommer i gjennomgangen av rapportene diskuteres mellom RHF-ene og søkes løst i fellesskap.

Detaljene i hvordan disse oppgavene skal organiseres er ikke avklart, men prosesser for beslutning og rapportering fra den enkelte region vil følge RHF-enes styringslinje.

2.3. Organisasjonsmodell

Servicemiljøet skal inngå i den ordinære styringslinja i regionale og lokale helseforetak. Modellen beskrives nærmere her og illustreres nedenfor.

Det interregionale AD-møtet er beslutningstaker og fatter beslutninger i saker som fremsendes fra de interregionale fagdirektørmøtet. AD-møtet kan delegere beslutninger til fagdirektørmøtet.

Det interregionale fagdirektørmøtet behandler saker om nasjonale tjenester, evt. beslutter saker på delegasjon. Fagdirektørene avgjør i hvert enkelt tilfelle hvem som bør involveres i vurdering og beslutninger. Aktuelle saker kan omhandle anbefaling om opprettelse, endring eller avvikling av nasjonale tjenester, nettverk og sentre, samt tilhørende strategiske vurderinger og eventuelle beslutninger.

Det nasjonale servicemiljøet v/leder for interregional arbeidsgruppe rapporterer til interregionalt fagdirektørmøte og legger fram saker. Slike saker kan være vurderinger av hvilke funksjoner og oppgaver som skal videreføres interregionalt ved avvikling av en kompetansetjeneste, på grunnlag av blant annet faglig behov og en overordnet strategisk prioritering.



Figur 1. Prosjektgruppens forslag til modell for organisering og styring. Det nasjonale servicemiljøet består av regionale enheter som samordnes gjennom en interregional arbeidsgruppe.

2.4. Beskrivelse av framtidig rapportering og vurdering

De nasjonale tjenestene har siden 2009 rapportert årlig i eRapport, på et digitalt, strukturert rapportskjema. Tjenestene rapporterer på aktivitet i tråd med oppgavene og sitt nasjonale oppdrag. Rapporten fra hver enkelt tjeneste suppleres med en uttalelse fra tjenestens referansegruppe. Innleverte rapporter blir publisert i en felles portal ([Index - Forskningsprosjekter \(ihelse.net\)](#)). En årsrapport er typisk 10-15 sider lang. En utfyllende beskrivelse finnes i vedlegg 4.

Det er gjort en sammenligning med rapportering for de medisinske kvalitetsregistrene. Registrene rapporterer årlig i en egen mal (word-skjema) med bestemte krav til innhold. Rapportene brukes ved vurdering av kvalitet, funksjon og nasjonal status. Rapportene er svært omfattende, gjerne over 100 sider, da hoveddelen er tilbakemelding av resultater til fagmiljøer. Utfyllende informasjon finnes på [Forsiden | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#). Denne løsningen vurderes ikke som aktuell for nasjonale tjenester, nettverk og sentre.

I tillegg til årlige rapporter fra de nasjonale tjenestene vil det, etterhvert som kompetansetjenestene omorganiseres, bli behov for å innhente rapporter også for de nasjonale kvalitets- og kompetansenettverkene og for de nasjonale sentrene som etableres.

Den årlige rapporteringen for nasjonale tjenester bygger på et godt og etablert nasjonalt samarbeid, og tjenestene er godt kjent med hvordan dagens rapportering skjer. Det vil derfor være hensiktsmessig å bygge videre på eksisterende rapporteringsrutiner samt videreutvikle dagens rapportskjema for å sikre kontinuitet og forståelse for rapporteringen også for nettverk og sentre. Rapporteringen kan gjøres innenfor tilsvarende rammer som for de nasjonale tjenestene.

2.5. Økonomiske rammer for ny organisering

Økonomiske forhold er drøftet i prosjektgruppen og i styringsgruppen. Et nasjonalt servicemiljø bestående av regionale enheter som skal ivareta felles oppgaver, vil medføre økonomiske forpliktelser for RHF-ene. HOD gir i dag et øremerket tilskudd til kompetansetjenestene.

Det varierer mellom regionene hvordan tilskuddet fordeles og hvor mye midler som eventuelt gis til tjenestene ut over tilskuddet. RHF-ene er i statsbudsjettet bedt om at 2-4 % av det øremerkede tilskuddet skal holdes tilbake for å finansiere et nasjonalt servicemiljø.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over hva 4 % av øremerket tilskudd utgjør for hver region. Grunnlaget er hentet fra Prop. 1 S fra HOD 2021-2022, s. 189.

Region	Antall komp. tj. pr. 2021	Øremerket tilskudd 2022	Hvorav til sjeldne diagnoser	Til øvrige tjenester	Andel øvrige	Støttefunksjoner 4%, til øvrige tjenester i mill. kr.
Helse Sør-Øst	29	354,2	232,7	121,5	56 %	4,9
Helse Vest	10	36,9		36,9	17 %	1,5
Helse Midt-Norge	8	41		41	19 %	1,6
Helse Nord	5	76,3	58,6	17,7	8 %	0,7
Totalt	52	508,4	291,3	217,1		8,7

Tabell 1. Oversikt over øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester

Selv om HOD med dette har anslått rammer for et nasjonalt servicemiljø, må hver region ivareta sine forpliktelser gjennom å konkretisere og beslutte hvor mye ressurser i form av stillinger og funksjoner som er nødvendig for å ivareta oppgavene i det nasjonale servicemiljøet.

2.6. Vurdering av samordning med kvalitetsregistre

Mange tjenester har meldt behov for hjelp, støtte og midler til etablering og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Videre er det meldt behov for bistand til å få inn nye variabler i eksisterende registre, nye endepunkter, bistand til analyser av data fra kvalitetsregistre, og lignende.

Det kan bunne i at det ligger en forventning til tjenestene om at de skal levere data som sier noe om effekten på helsetjenesten. Flere tjenester har utfordringer med å måle effekt av sin virksomhet. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre og registre med nasjonalt nedslagsfelt er en svært viktig kilde til slike data, og noen tjenester har etablert registre. Mange tjenester har imidlertid ikke fått etablere registre, og tilbakemeldingene både i 2019 og i 2021 viser at slike registre er avgjørende for måling av effekt. Dette er bakgrunnen for at tjenestene etterspør hjelp på dette området.

Det er etablert et eget system for nasjonale registre, NSM i SKDE³. Prosjektet mener at spørsmål og veiledning om kvalitetsregistre ivaretas best i dette systemet og det er naturlig at nasjonale tjenester som har medisinske kvalitetsregistre samarbeider med registerenheten i egen region og retter henvendelser om kvalitetsregistre dit.

Det er likevel viktig at de nasjonale servicemiljøene kjenner hverandres oppgaver og kompetanse. En tettere kobling og mer samarbeid mellom miljøene for tjenester og for registre vil være nyttig og det nasjonale servicemiljøet som etableres bør initiere et samarbeid. Samtidig løser ikke dette utfordringene med å måle effekt av tjenesten for de registrene som ikke har eller ikke vil få etablert kvalitetsregistre. Dette er en utfordring det må arbeides videre med.

³ [Forsiden | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)

2.7. Dissens i prosjektgruppen

Ett medlem i prosjektgruppen har et annet syn på hvordan tjenestene bør organiseres. Eva Stensland fra NSM i SKDE tar dissens i dette arbeidet. Representantens vurdering er oppsummert nedenfor.

Stensland mener at den foreslåtte modellen ikke svarer ut oppdraget fra HOD slik dette er formulert. Erfaringene fra NSM i SKDE tilsier at det er behov for en nasjonal overbyggende enhet i tillegg til de regionale miljøene for å redusere sårbarhet i de regionale enhetene og for å sikre kompetanse og kontinuitet i servicemiljøet som helhet. Det vil ikke være tilstrekkelig kun å styrke den regionale oppfølgingen og koordinere den bedre enn i dag.

Videre påpeker hun at det er mange og til dels komplekse oppgaver som tenkes gjennomført i regi av det nasjonale servicemiljøet som foreslås og det er usikkert om det er gjort tilstrekkelig vurdering av mengden arbeidsoppgaver opp mot de ressursene som er foreslått, i lys av at det vil bli gjennomført endringer for mange kompetansetjenester i tiden som kommer.

Hun kommenterer også at det ikke er tydelig hvem i RHF-ene som skal gjennomføre vurderingen av tjenestenes årsrapporter og anbefaler at disse oppgavene legges utenfor servicemiljøet, slik at man unngår å ha både en rådgivende og evaluerende rolle for de samme tjenestene. Dessuten burde punktet om samordning mellom de nasjonale servicemiljøene vært belyst i større grad.

3. Grunnlag for anbefaling og beskrivelse av modell for nasjonalt servicemiljø

Dette kapittelet beskriver prosjektgruppens arbeid som begrunnelse for anbefalingene om modell og organisering av nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre. Det er gjort en vurdering av organisering av nasjonale tjenester og medisinske kvalitetsregistre, og tjenestenes behov er kartlagt på flere måter. Dette utgjør i sum grunnlaget for beskrivelsen av ny organisering og tilhørende oppgaver i det nasjonale servicemiljøet som skal etableres.

Oppdraget om utredning av et nasjonalt servicemiljø tar utgangspunkt i behov som er meldt fra de nasjonale tjenestene som RHF-ene har lang erfaring med. I tillegg skal servicemiljøet dekke nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre som opprettes som en erstatning for og videreføring av kompetansetjenester som avvikles og som går ut av det nasjonale styringssystemet. I mandatet for arbeidet er det lagt til grunn at arbeidet tar utgangspunkt i eksisterende styringssystem både for de nasjonale tjenestene og for de nasjonale kvalitetsregistrene.

3.1. Om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

De nasjonale tjenestene omfatter nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale medisinske kompetansetjenester. Behandlingstjenestene sentraliserer høyspesialisert behandling til ett eller to steder i landet mens kompetansetjenestene skal utvikle og heve kvaliteten i hele utrednings- og behandlingsforløpet. Kompetansetjenestene finnes i kategorien opplæring med en virketid på 5 år og i kategorien kompetanseoppbygging med en virketid på 10 år.

Det ble i 2011 etablert et styringssystem for de nasjonale tjenestene som er regulert i forskrift ([Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010](#)) og med en tilhørende veileder utarbeidet av HOD ([Veileder](#)). Styringssystemet skal sikre nasjonale prioriteringshensyn, god utnyttelse av ressurser og likeverdig tilgang til kompetanse og høyspesialisert behandling. HOD har lagt til grunn at de eksisterende kompetansetjenestene vil fungere innenfor dette etablerte styringssystemet sammen med behandlingstjenestene, mens kompetansetjenester som avvikles skal videreføres utenfor dette regelverket og underlegges RHF-enes styring.

De fleste kompetansetjenestene vil videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk mens noen vil videreføres som nasjonale sentre. Dette er nye funksjoner som RHF-ene ikke har vesentlig erfaring med foreløpig. Noen kompetansetjenester kan også bli avviklet uten videreføring av nasjonale funksjoner. Arbeidet med slik omorganisering må gjennomføres i hver region. Se vedlegg 2 og 4 for utfyllende informasjon.

3.2. Om nasjonale medisinske kvalitetsregistre

De medisinske kvalitetsregistrene samler strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innen definerte sykdomsgrupper. Informasjonen sammenstilles for å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandling og for å redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. En oversikt over de godkjente registrene finnes på [Forsiden | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#). Nasjonal status gis av Helsedirektoratet etter angitte kriterier beskrevet i veilederen [Oppretting og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#).

RHF-enes ansvar for opprettelse av servicemiljø for de medisinske kvalitetsregistrene ble gitt av HOD i 2008 og presisert i statsbudsjettet for 2009. Dagens styringsmodell for kvalitetsregisterfeltet ble vedtatt i AD-møtet i 2019. Det interregionale fagdirektørmøtet er formell styringsgruppe for det nasjonale kvalitetsregisterarbeidet, mens det interregionale AD-møtet har beslutningsmyndighet. Dette sikrer linjestyrt forankring av feltet i alle regioner, inkludert ansvar for opprettelse og avvikling av kvalitetsregistre. Styringssystemet inkluderer også en interregional arbeidsgruppe og en ekspertgruppe for medisinske kvalitetsregistre.

Det er etablert et nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i form av en egen enhet som er tilknyttet SKDE i Helse Nord (NSM-SKDE) og med enheter i de fire helseregionene. Den nasjonale serviceenheten skal sikre drift og god utnyttelse av registrene, mens de regionale enhetene i hovedsak har ansvar for oppfølging av kvalitetsregistre i egen region. Arbeidsoppgavene til den nasjonale serviceenheten og oppgavene i de regionale enhetene er ulike.

Prosjektgruppen har fått presentert organisering, oppgaver, rapportering og styringsmodell for kvalitetsregistre som del av sitt arbeid.

3.3. Kartlegging av behov

I tillegg til å sammenligne hvordan nasjonale tjenester og medisinske kvalitetsregistre er organisert, har prosjektgruppen kartlagt tjenestenes behov på ulike måter. En fullstendig oversikt over kartleggingen finnes i vedlegg 6.

3.3.1. Gjennomgang av tilbakemeldinger fra 2019

Tilbakemeldingene som ble gitt til HOD i 2019 er gjennomgått og oppsummert. Tjenestene har gitt både generelle innspill om det ansvaret og de oppgavene de har, og mer spesifikke innspill. Disse omfattet blant annet utfordringer med nettverk i alle regioner, utfordringer med referansegruppens funksjon, ønske om tettere kontakt og mer samarbeid med RHF, andre regioner og Helsedirektoratet.

Praktiske utfordringer som ble nevnt var knyttet til verktøy som f.eks. IT-verktøy, digitale plattformer, kompetansespredningsplan, måloppnåelse og kvalitetsverktøy. Tjenestene meldte ønske om faglige tilbakemeldinger fremfor systemrevisjon og foreslo nye parametere de kunne vurderes på og nye aktiviteter for bedre samarbeid. I tillegg ble det foreslått enklere rapportering med kriterier som er bedre tilpasset tjenestene.

3.3.2. Ny kartlegging desember 2021

En ny kartlegging av tjenestenes behov ble gjennomført for å få tilleggsinformasjon og en mer oppdatert oversikt over behovene. En questback-undersøkelse med utgangspunkt i forskriftsfestede oppgaver ble sendt til alle tjenester i desember 2021. Tilbakemeldingene viste at tjenestene har få utfordringer med forskning, undervisning og det å yte helsehjelp. Det ble heller ikke rapportert mange utfordringer med årlig rapportering eller drift av referansegrupper, men RHF-ene har erfart at noen har utfordringer med disse oppgavene. Det ble rapportert utfordringer med oppbygging og formidling av kompetanse, med veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning, overvåkning og formidling av behandlingsresultater og implementering av nasjonale retningslinjer.

De tekstlige tilbakemeldingene i denne undersøkelsen er sammenfattet og gjennomgått i fellesskap. Noen sentrale tilbakemeldinger var ønske om felles nettsted, nasjonale kontaktpersoner, bedre systemer og bistand til kompetansespredning, resultatmål og dokumentasjon av resultater, støtte til samarbeid med andre miljøer, mer kommunikasjon med RHF-ene og Helsedirektoratet, og mer opplæring, mandat for og støtte til nettverksbygging. Overgang fra kompetansetjeneste til nettverk synes uklart for tjenestene. Det ble også meldt ønsker om mer ressurser i form av bedre rammebetingelser, midler, personer, ulike digitale løsninger og databaser, kvalitetssystemer og kvalitetsregistre.

3.3.3. Møter med oppnevnt referansegruppe

Det er gjennomført to møter med den oppnevnte referansegruppen. I møtene er det gitt flere tilbakemeldinger om tjenestenes behov og det ble positivt mottatt at regional oppfølging og regionale miljøer skal styrkes. Fra brukernes ståsted er det viktig at tilbudene er landsdekkende og at det gis likeverdig tilgang til den behandling og kompetanse som tjenesten representerer.

Referansegruppen ønsket mer kontakt og bedre oppfølging fra RHF-ene blant annet for likeverdig tilgang. Det ble meldt ønske om tettere oppfølging av rapportering og mer faglige tilbakemeldinger. Behandlingstjenester og kompetansetjenester har ulike behov og utfordringer. Behandlingstjenestene har langt større behov for faglige diskusjoner i forbindelse med pasientbehandling og har gjerne kontakt med internasjonale fagmiljøer. De var også opptatt av hvordan faglige uenigheter håndteres.

Det ble vist til at det er stor forskjell mellom tjenestene i størrelse og antall fagpersoner. Alle tjenester har gode erfaringer med å ha brukerrepresentant i sine referansegrupper og enklere oppnevning av brukerrepresentanter ble drøftet. Tjenestene har erfart utfordringer med å få oppnevnt brukerrepresentanter, og løsningen kan være å konkretisere (navngi) forslag til representant.

Referansegruppen fikk også presentert utkast til rapport og ga tilbakemelding på denne. Gruppen var opptatt av at dagens rapportering bør forbedres. Det er behov for dialog og samarbeid om rapportering og det ble meldt sterkt ønske om en plattform for dialog med eget RHF og andre RHF for diskusjon om drift og utvikling av tjenestene.

Det ble uttrykt støtte til arbeidet og ønske om involvering også i senere prosesser. Referansegruppen ba om å få tilsendt ferdig rapport med vedlegg.

3.3.4. Oppsummering av tjenestenes referansegrupperapporter

Et utvalg referansegrupperapporter er gjennomgått som del av prosjektarbeidet. Gjennomgangen viser at de fleste referansegruppene har godkjent tjenestenes årsrapporter og det gis uttrykk for godt samarbeid med tjenesten. De fleste referansegruppene har hatt minst ett møte i løpet av året, mens enkelte ikke har hatt møter i det hele tatt. Brukerrepresentanter er stort sett på plass i referansegruppene og noen av brukerrepresentantene deltar også i kompetansespredning.

Behandlingstjenestenes referansegrupper diskuterer i stor grad faglige og medisinske problemstillinger. Kompetansetjenestenes referansegrupper diskuterer gjerne kompetansespredning, retningslinjer og samarbeid. Flere referansegrupper har diskutert kommende endringer i organisering av tjenesten.

Mange ønsker mer samarbeid i og mellom regioner, også om forskning, spesialistutdanning og rekruttering. Arbeid med og behov for kvalitetsregister diskuteres. Det meldes også ønske om møter, konferanser og lignende, samt hjelp til nettsider, digitale verktøy og web-baserte løsninger som er tilgjengelig også for brukere.

Gjennomgangen viser også at enkelte referansegrupper ikke har levert rapporter de senere år. Det tyder på at det er stort behov for tettere oppfølging av referansegrupper, både ved rapportering og ved å bistå med informasjon om referansegruppens funksjon. Det er også behov for å følge opp oppnevning av representanter til gruppene og vedlikehold av referansegruppens kjernemandat.

Oversikt over vedlegg med utdypende informasjon

Vedlegg 1: Oversikt over deltakere i arbeidet

Vedlegg 2: Rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk (vedtatt i AD-møtet 30.8 2021).

Vedlegg 3: Kartlegging av tjenestenes behov

Vedlegg 4: Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten