

HELSE ●●● MIDT-NORGE

HELSE ●●● NORD

HELSE ●●● SØR-ØST

HELSE ●●● VEST

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 avviklet.

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 avviklet.

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 Lerfald	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, søvn sykdommer)
 - 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, søvn sykdommer)
- 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 utvikling og etablering av nye tjenester. Man vil unngå at midler må flyttes mellom regionene dersom tjenester utvikles 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 utviklet. 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. Styringssystem 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.