

Helse og samfunn

Samarbeidet mellom region- og sentralsykehus – hvordan kan det bli best mulig?

Sykehusloven og dens forskrifter gir Sosialdepartementet styringsmulighet over regionhelsetjenesten. I disse dager har Helsedirektoratet utgitt en utredning om regionhelsetjenesten hvor det foreslås at departementet skal fastsette et fåtall oppgaver som ikke skal spres utenom regionsykehusene, og at helse-regionene selv bestemmer fordelingen av de øvrige oppgaver mellom region-, sentral- og lokalsykehus. Utredningen anbefaler at de regionale helseutvalg og spesielt de regionale fagutvalg opprustes til dette arbeid. Den går inn for en regionalt og fylkeskommunalt tilasset sentral styring, ved hjelp av faglig konsensus, økonomi og lovverk.

Helsedirektoratet har nylig publisert en utredning om organiseringen av den høyspesialiserte medisin (1). I en tidligere artikkel har vi beskrevet styring av lands- og flerregionale funksjoner (2). I denne artikkel tar vi opp regionhelsetjenesten: Hvilke oppgaver bør kun utføres ved regionsykehus, hvordan bør samarbeidet mellom region- og sentralsykehus organiseres, og hvilken rolle bør staten ha i styringen av disse oppgavene? Utfordringen er å finne et styringssystem som er sterkt faglig basert, men samtidig politisk og økonomisk akseptabelt. Artikkelforfatterne har arbeidet med disse spørsmål i Helsedirektoratets fagråd. Synspunktene er forfatterne egne, men tar utgangspunkt i direktoratets trykte utredning (1).

Knut Gjesdal*
Haakon Melsom
Jørgen Jonsbu*
Aud Nordal
Helsedirektoratet
Calmeyers gate 1
0183 Oslo

Peter F. Hjort
Statens Institutt for Folkehelse
0462 Oslo

* Nåværende adresser:
K. Gjesdal, Hjerteavdelingen
Medisinsk klinikk
Ullevål sykehus
0407 Oslo

J. Jonsbu, Medisinsk avdeling
Sentralsykehuset i Akershus
1474 Nordbyhagen

Bakgrunn

Lov om sykehus m.m. av 19. juni 1969 pålegger fylkene å sørge for planlegging, oppføring og drift av de helseinstitusjoner loven omfatter, og hver fylkeskommune skal utarbeide en plan for løsningen av disse oppgavene. Ved endring av § 9a i Lov om sykehus m.m. av 19. juni 1969 fikk departementet 16. juni 1989 fullmakt til ved enkeltvedtak og forskrifter å gi bestemmelser om oppgaver for og oppgavefordelingen mellom sykehus (regionsykehus så vel som sentral- og lokal-

Gjesdal K, Melsom H, Jonsbu J, Nordal A.

Cooperation between regional and central hospitals – how to achieve the best result

Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3456–9

The authors reviews a recent governmental analysis of cooperation between third-line university clinics and local and central hospitals.

The hospitals are owned by the government (mainly by the counties), and the various Acts and regulation permit the central authorities to make decisions on all aspects of highly specialized medicine. The analysis concludes that a limited number of problems should be solved by decision of the central government, but only those where national concerns are involved. The counties within a health region should cooperate within a Regional Health Policy Board, to create plans for flow of patients through the health care system, specified for each field of medicine. When such plans have been approved by the Regional Health Policy Board, each county should be willing to accept them. In the event of local disagreement, the central government should decide.

sykehus), anskaffelser og bruk av medisinsk teknisk utstyr og bruk av metoder for undersøkelse og behandling ved sykehus.

I medhold av denne bestemmelsen har departementet vedtatt Forskrift om lands- og regionsfunksjoner (somatiske sykehus og deres poliklinikker) av 5. april 1991. I forskriften innføres en statlig godkjenningssordning av lands- og flerregionale funksjoner. Departementet bestemmer hva som til enhver tid er å anse som slike funksjoner.

Regionhelsetjenesten

Hovedprinsippene i den regionaliserte helsetjenesten er trukket opp i Stortingsmelding nr. 9 (1974–75). (3). «Den sterke økning i ressursforbruket innen helsetjenesten nødvendiggjør en bedre koordinering av de enkelte ledd for å oppnå en bedre utnyttelse av ressursene. Dette tenkes oppnådd ved en gjennomføring av et regionaliseringsprinsipp.»

Landet ble delt i fem helseregioner, hver med sitt regionsykehus. Det som kjennetegner regionhelsetjenesten ifølge stortingsmeldingen, er at den omfatter «typer av service som må planlegges ut fra flere fylkers (eventuelt landsdelers) behov, fordi det ikke er rasjonelt eller faglig forsvarlig å ta sikte på etablering av slik service i hvert fylke.»

I 1990 nedsatte Helsedirektoratet et fagråd for høyspesialiserte tjenester. Fagrådet skulle bistå Helsedirektoratet med å kartlegge dagens situasjon og gi råd om fremtidig utvikling av de høyspesialiserte medisinske tjenester. Fagrådet spurte regionsykehusene hva de anså for å være sine oppgaver i forhold til sentralsykehusenes. Det kom innomfattende og detaljerte lister over tilstander som regionsykehusene mente de alene burde behandle. Svarene var svært forskjellige for hver region. Det henger til dels sammen med at faglig sterkt utbygde sentralsykehus kan ta på seg oppgaver som andre steder løses på regionsykehusnivå. Med unntak av Rikshospitalet har alle regionsykehusene omfattende sentral- og lokalsykehusoppgaver for sine eierfylker. Dette er gunstig av hensyn til undervisning og forskning, men gjør det vanskelig å trekke skarpe grenser mellom funksjonene. Endelig skjer det raskt forandringer i arbeidsfordelingen mellom nivåene i helsetjenesten. Ofte tar regionsykehusene opp nye behandlingsformer, som deretter spres til de øvrige sykehus. Alle disse forhold tilsier at det er umulig å gi en allmenn og varig grense mellom oppgavene til region- og sentralsykehus. Dessuten bremser detaljerte regler lett den naturlige utviklingen.

Hvilke virksomheter bør departementet styre?

En omfattende sentral detaljstyring er etter vårt skjønn lite ønskelig, men det er en del oppgaver som ikke bør spres utenom regionsykehusene. Dels kreves erfaring (mengde) for å behandle sjeldne eller vanskelige tilfeller, og dels er det et spørsmål om økonomi, utstyr og personell.

Nasjonale hensyn kan tilsa sentral styring

Stråleterapi omtales nærmere for å illustrere hvilke problemstillinger fagrådet møtte. Slik behandling gis ved alle regionsykehus. Utstyret er meget kostbart, og maskinene må stå i stråleisolerte bygg. For å mestre driftstans på én maskin, bør det være minst to på hvert sted. Et større anlegg kreves også fordi de høyspesialiserte tekniske funksjoner må

Tabell 1 Regionfunksjoner som på det nåværende tidspunkt ikke bør spres til sentralsykehusene

- Kjernemagnetisk resonans (MT)
- Stråleterapi
- Avansert håndkirurgi, mikrovaskulær kirurgi og replantasjon av ekstremiteter
- Avansert høyteknologisk behandling av stein i urin- og galleveier
- Gynekologisk kreftbehandling
- Neuro-urologi
- Behandling av sjeldne sarkomer
- Behandling av kreft hos barn
- Rehabilitering av pasienter med hodeskader, spinalskader og komplekse multitraumer
- Neurokirurgi
- Implanterbar defibrillator
- Laserkirurgi i kar
- Mikrobølgebehandling av prostatahypertrofi
- Intensivbehandling av de mest ressurskrevende premature

kunne ivaretas av minst to personer av hensyn til ferie, sykdom etc. Faglig sett kunne det være forsvarlig å bygge satellittanlegg, eventuelt ledet av regionsykehusenes fagmiljø, men dette bør for tiden ikke gjøres fordi det nasjonalt er mangel på fagpersonale, og fordi det neppe er økonomisk forsvarlig. Her tilsier nasjonale interesser en sentral styring.

De sentrale helsemyndigheters oppgave bør være å utarbeide en liste over funksjoner som både av ressursmessige og faglige grunner ikke bør spres til sentralsykehusene. Denne listen bør holdes kort. Helsedirektoratets forslag finnes som tabell 1. Denne listen må revideres ofte. Mens det i dag ikke er ønskelig å spre stråleterapi utenom regionsykehusene, kan dette raskt endre seg, blant annet om utviklingen skulle gi enklere og billigere utstyr. Utviklingen innen nyrestebehandling og magnettomografi illustrerer dette.

Dersom det er uenighet innen regionen om hvordan oppgaver skal fordeles mellom sykehusene, kan departementet bruke sin myndighet i henhold til sykehuslovens § 9a.

Spesielt kostbare regionfunksjoner

Dagens finansieringsordninger løser ikke problemene for de særlig ressurskrevende behandlingsmetodene. Høykostnadsmedisin er vanskelig å innpasse i vanlige budsjetter uten at den fortrenger annen virksomhet. Eksempler på slik kostbar virksomhet er behandling av de minste premature og implantasjon av automatisk defibrillator (hjertestarter).

De særlig ressurskrevende behandlingene krever egne budsjettposter selv om de gjelder få pasienter. Dette er en forutsetning for at høykostnadsmedisinen skal kunne styres slik

at det ikke blir for store forskjeller i behandlingstilbudet i de enkelte regioner. Det bør tildeles midler til slike prioriterte prosedyrer, gjerne innenfor budsjettposten funksjonstilskudd. Hvis et regionsykehus ønsker å utvide sitt tilbud utover det som er nasjonalt budsjettert, bør dette skje innenfor sykehusets ordinære budsjettammer, i konkurranse med andre regionsoppgaver.

Økonomistyring

Det såkalte basistilskuddet bør påvirke hoveddriften av regionsykehusene sammen med gjestepreisordningen. Funksjonstilskuddet bør regulere de høyspesialiserte funksjonene når disse er kostbare. Den økonomiske støtten må bare gis når årsrapportene bekrefter at virksomheten er både faglig og økonomisk forsvarlig. Gjennom budsjettene har departementet en sterk styringsmulighet.

Økonomistyring kan også brukes for å støtte opp om regionaliseringen, ved at gjestepasientprisen justeres slik at det blir litt billigere å bruke eget regionsykehus. Det er viktig å utvikle økonomistyring av pasientstrømmen gjennom forsøk og evaluering.

Hva bør bestemmes innen helseregionene?

De regionale forskjeller tilsier at oppgavefordelingen mellom regionsykehus og sentralsykehus i store trekk må fastlegges innen hver enkelt helseregion. Det finnes faglig spisskompetanse også utenom regionsykehusene. Unntaksvis kan en regionfunksjon legges til andre institusjoner når dette er faglig og økonomisk forsvarlig, så sant det ikke ødelegger for regionsykehusets forskning eller undervisning, eller helheten i behandlingssoppleggene.

Det er viktig at et slikt system sikrer at lokal- og sentralsykehus ikke påtar seg oppgaver som de ikke er kvalifisert til å utføre. Selv om en enkelt lege er godt kvalifisert gjennom sine erfaringer ved et større sykehus, kan de andre leddene i behandlingsmiljøet mangle tilstrekkelige kvalifikasjoner. Dessuten vil lokal utfoldelse kunne stjele nødvendig erfaringsgrunnlag for behandling, forskning og undervisning fra regionsykehuset. Endelig kan satsing på spesialoppgaver ved lokal- og sentralsykehusene ta ressursene fra alminnelige og helt nødvendige oppgaver. På den annen side må høy kompetanse ved mindre sykehus utnyttes fornuftig, selv om det koster regionsykehuset prestisje.

Hvordan bør fylkeskommunene samarbeide om regionhelsetjenesten?

I dag har ingen regional instans besluttende eller bevilgende myndighet. Fylkeskommunene innen hver region bør i fellesskap planlegge regionhelsetjenesten slik at fordelingen av oppgaver mellom de ulike sykehusene blir hensiktsmessig og befolkningens tilbud sikres. Når alle instanser deltar i arbeidet med å fordele oppgavene, vil fagfolkene være mer forpliktet til lojalitet mot avtalen. Vi mener derfor at det må utarbeides detal-

jerte planer for funksjonsdelingen innen hver helseregion.

Det er naturlig at de regionale helseutvalgtar ansvaret for å utarbeide regionale helseplaner. De regionale helseutvalg bør bestå av representanter for politikerne i de ulike fylker, fylkesadministratorene og direktøren ved regionsykehuset. Helsedirektoratets utredning foreslår at sekretariatet for de regionale helseutvalg legges til fylkeshelsejefen i regionsykehusets eierfylke.

Basis for helseutvalgenes vedtak bør ligge i faglige analyser som bør gis av helseregionens egne fagfolk, gjennom regionale fagutvalg. Fagutvalgene bør bestå av sjeflegene ved regionens sykehus og ha regionsykehusets administrasjon som sekretariat. Fagutvalget vil ofte ha behov for å opprette underutvalg, f.eks. for kirurgi, barnesykdommer osv. Kanskje er det hensiktsmessig at fylkeskommunene har egne fagutvalg for sine formål.

– For de enkelte spesialiteter bør det utarbeides regionale planer om samarbeid og oppgavefordeling. Utvalget bør benytte ekspertgrupper for de enkelte områder.

– For mange sykdommer/helseproblemer bør det utarbeides en plan for hva som skal gjøres på hvert nivå innen helseregionen (vertikale analyser). I Sverige går fylkeskommunene sammen om denne typen utredningsarbeid. En naturlig mulighet er at Helsedirektoratets fagråd initierer slikt arbeid.

Eierstrukturen kompliserer styringen

Med unntak av regionsykehuset for helseregion 2 (Rikshospitalet, som eies av staten), er én enkelt fylkeskommune eier av hvert regionsykehus. All utbygging må derfor planlegges av denne fylkeskommunen. I praksis har ofte større endringer av regionsykehuset skjedd ved lokalt initiativ uten godkjenning fra sentrale myndigheter (f.eks. hjertetransplantasjon, spredning av beinmargstransplantasjon, nyresteinknusing og MT). Slik systemet til nå har fungert, sikrer det ikke mot overetablering av de høyspesialiserte tjenester. Tilsvarende forhold gjør seg gjeldende mellom regionsykehus og sentralsykehus.

Regionsykehuset skal dekke eierfylkets behov for sentral- og lokalsykehusfunksjoner ved siden av regionfunksjonene. Det blir lett interessemotsetninger her. Regionale helseutvalg mangler i dag økonomisk og administrativ myndighet. Separate avtaler inngås mellom de ulike fylker og regionsykehuset. Et kjøperfylke kan derfor ensidig endre bruksmønsteret for regionsykehuset.

Fylkeskommuner med store og ambisiøse sentralsykehus kan bygge disse opp mot regionsykehusnivå og selv ta hånd om de fleste pasientene. Også økonomiske forhold (gjestetapientordningen) kan motivere en slik utvikling.

Eksemplet nyresteinknuser illustrerer problemet. Et regionsykehus trenger en kostbar knuser som også benyttes for spesialproble-

mer. Den økonomiske drift av en slik maskin avhenger av at alle helseregionens pasienter blir henvist dit. Det finnes nå enkle steinknuser som er så billige at et sentralsykehus økonomisk sett kan forsvare selv å gi behandlingen. Men på sikt vil dette kunne ødelegge det faglige og økonomiske grunnlaget for de spesielle oppgaver som regionsykehusets kostbare maskin i tillegg skal dekke.

Det er eksempler på lokale innsamlingsaksjoner for å skaffe utstyr til et sykehus, på områder hvor det er uenighet om det er faglig eller økonomisk forsvarlig å spre behandlingstilbudet. Et ferskt eksempel har vi fra MT-saken i Drammen. Det kan bli liknende problemer med steinknusermaskin og strålebehandling.

På den annen side vil det også være slik at fylkeskommuner som ikke bygger opp nødvendige sentralsykehusfunksjoner, på denne måten belaster regionsykehusene i for høy grad.

I dag bringes spørsmål om oppgavefordeling og utstyr ofte inn for de sentrale helsemyndigheter før det har vært en bred og formell faglig håndtering innen regionen. Regionale fagutvalg trekkes sjelden inn i denne typen beslutninger. Sosialdepartementet har hjemmel i lov og forskrifter til å styre funksjonsfordelingen. Det er likevel naturlig og ønskelig at slike spørsmål løses lokalt. Man kan innvende at det da blir en rekke parallelt arbeidende fagutvalg i hver helseregion. Dette er imidlertid en konsekvens av det regionaliserte helsevesen, og en forutsetning for å finne regionalt hensiktsmessige løsninger. Hvis fylkeskommunene finner det tjenlig å samarbeide nasjonalt om felles fagutvalg, må de gjerne det.

Driften av den enkelte regionfunksjon er underlagt regionsykehusets faglige og administrative ledelse. Dersom det i de øvrige ledd i helsetjenesten er misnøye med kvalitet eller omfang av tilbudet, er det lite man kan gjøre utover å bringe saken inn for det regionale fagutvalg.

Fylkeskommuner som ikke selv eier regionsykehus, velger i en del tilfeller å sende pasienter til statlige spesialiserte sykehus snarere enn til eget regionsykehus.

Dagens system er derfor lite enhetlig. Bildet kompliseres ytterligere ved at det ikke er samme forvaltningsnivå ved alle regionsykehus. Oppgavefordelingen blir lett uklar, og det kan være vanskelig å planlegge forsvarlig drift og tilfredsstillende medisinsk innhold ved regionsykehuset. Dagens helsetjeneste er regionalisert uten at det finnes noe regionalt styringsorgan med politisk og økonomisk beslutningsevne. Fylkeskommunene har ansvaret for helsetilbudet til befolkningen, og i vekslende grad trer staten inn med direktiver og økonomistyring.

«Vanlig tjenestevei» følges ikke alltid

Problemer oppstår hvis enten pasient, primærhelsetjeneste eller lokalsykehus mener at problemet bør løses ved regionsykehuset,

mens legene ved sentralsykehuset mener at de kan klare oppgavene. Bør lokalsykehuset kunne henvise «forbi» sentralsykehuset? Bør regionsykehuset fritt ta imot de pasientene fra regionen som det etter egen mening bør motta? Vi mener at det regionale helseutvalg bør gi råd på grunnlag av uttalelser fra det regionale fagutvalg i slike spørsmål. I dag har dette ikke myndighet i forhold til den enkelte institusjon eller fylkeskommune.

Spesielle problemer knytter seg til de statlige spesialinstitusjoner. Disse ble etablert for å tilby høyspesialiserte tjenester på lands- og flerregionalt nivå. Disse oppgavene blir imidlertid i økende grad tatt hånd om ved regionsykehusene. Spesialsykehusene får i mange tilfeller derfor ikke nok pasienter til at de kan drive rasjonelt, med mindre de også behandler en del pasienter som kunne få hjelp i egen region.

Alternative styringsmodeller

I det følgende drøftes de faglige konsekvenser av tre styringsmodeller. Dagens praksis og regelverk gir muligheter for ulike styringsmodeller. Spissformulert er de aktuelle modellene:

- Ren fylkeskommunal styring
- Regional styring («stavnstbunden styring»)
- Statlig styring («regelstyring») med lokal tilpasning.

Modell 1: ren fylkeskommunal styring

I denne modellen legges alle økonomiske beslutninger til fylkeskommunen, som er den øverste ansvarlige instans økonomisk og politisk. Den enkelte fylkeskommune er forpliktet til å skaffe sine innbyggere regionale tjenester på den faglig og økonomisk beste måte. I dette systemet tilbyr regionsykehuset tjenester som den enkelte fylkeskommune kan velge å kjøpe der eller et annet sted. For å få en rasjonell drift, er det likevel en forutsetning at det forhandles om de enkelte pasientgruppene slik at virksomheten dimensjoneres fornuftig og belastningen ikke blir for ujevn.

I denne modellen kan et regionsykehus øke aktiviteten der det er økonomisk lønnsomt og nedlegge mindre lønnsomme tilbud. Dette kan ha uheldige sider. Pasienter som har behov for regiontjenester som koster mer enn sykehuset får refundert, kan risikere at deres sykehus av økonomiske grunner ikke gir dem behandling. I verste fall kan det være behandlingsoppgaver som ingen finner det lønnsomt å ta på seg. Dette kan motvirkes ved at den økonomiske stimulans (funksjonstilskuddet) blir høynet så oppgavene blir attraktive.

Hvis regionsykehusene får en altfor ulik profil, kan utdanningsmiljøet for helsepersonell bli skjevt eller ufullstendig.

Denne modellen krever sterkere tilpassingsevne enn våre sykehus i dag har. Strukturen med offentlig eier og politisk styring gir små muligheter for rask omstilling. Det er også et spørsmål om det er ønskelig med så

stor fleksibilitet. I et offentlig helsevesen bør oppgavene for den enkelte institusjon kunne forutsis mer langsiktig.

Det kan også tenkes at en fylkeskommune vil velge et faglig dårligere, men økonomisk rimeligere tilbud på regionale tjenester. Sikringsmekanismen mot dette vil være en faglig og politisk debatt som vil komme etter en tid. Videre bør de sentrale myndigheter føre tilsyn med tjenestenes kvalitet.

Full fylkeskommunal frihet innebærer fare for overetablering på visse områder og geografiske skjevheter i befolkningens helsetilbud. Ønsker om faglig eller fylkeskommunal prestisje kan gjøre at et sykehus tar på seg funksjoner som andre har bedre kompetanse til å utøve. En slik ekspansjon vil kunne ta bort driftsgrunnlaget for regionsykehuset.

Til tross for enkelte positive trekk ved den fylkeskommunale styringsmodellen, synes vi ulempene med den er for store, og modellen anbefales ikke.

Modell 2: Regional modell «stavnstbunden styring»

Stortingsmelding nr. 9 (1974–75) heter det (3): «Ved regionalisering av helsevesenet forstås et system hvor hver organisatorisk enhets plass i det totale bilde er entydig bestemt, både funksjonelt og administrativt.» Og videre: «Bostedet bestemmer ved hvilke enheter hver enkelt innbygger skal få dekket sitt behov for de forskjellige typer helsetjenester.»

Konsekvenser av en slik ordning er klare ansvarsforhold. Systemet er enhetlig og letter kommunikasjonen mellom de ulike nivåer i omsorgen. Der hvor det ikke finnes tilstrekkelig tilbud innen regionen, vil regionsykehuset be fylkeskommunen om å garantere for dekning av utgiftene til behandling ved et sykehus med lands- eller flerregionale funksjoner. Det blir lett å drive plan- og budsjettarbeid fordi pasientstrømmen er forutsigbar. Hvis systemet skal gjennomføres strengt, må de sentrale myndigheter ta i bruk økonomiske sanksjoner ved avvik, f.eks. gjennom trekk i rammetil-

skuddet til den henvisende fylkeskommunen, eller trekk i funksjonstilskuddet hos det mottakende regionsykehus. Dette kan gjøres med hjemmel i sykehuslovens § 11.

På den annen side vil et rigid system som er lett å overvåke, trolig utløse misnøye både fra pasientene og fra leger oppover i behandlingsskjeden når deres ønskemål blir avvist.

Denne modellen kan neppe gjennomføres fordi det ikke finnes noe besluttsende organ på regionsnivå. Det blir derfor vanskelig å påtvinge noen en faglig eller økonomisk løsning de nødige vil akseptere.

Modell 3: Regional, fylkeskommunalt tilpasset sentral styringsmodell

Gjennom definisjon og oppstilling av hvilke funksjoner regionsykehusene skal ha, kan staten styre utbyggingen og utviklingen av regionhelsetjenesten. En sterk statlig styring er nødvendig for denne modellen fordi man ikke har noen regional beslutningsstruktur. En sterk sentral detaljstyring vil sikkert utløse fylkeskommunal frustrasjon over at man må betale regningen for andres vedtak. Modellen rommer derfor betydelige konfliktmuligheter. Det kan være fare for fremmedgjøring, for at regler benyttes i for høy grad, og for at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til lokale faglige synspunkter eller pasientenes ønsker. Den lokale tilpasning av den sentrale styringsmodell forutsetter et opprustet regionalt helseutvalg og en fungerende sikkerhetsventil for pasientenes klage-mål.

På den annen side er det denne modell som lettest kan gi rimelig likhet i tilbudet til befolkningen i alle regioner og som lettest kan hindre lokal, uøkonomisk planlegging.

Hvilken modell anbefales?

Modellene som er beskrevet foran, er fremstilt svært forskjellige. Men hvis regionale helseutvalg og regionale fagutvalg fungerer godt i alle helseregioner og pasientene har en god klageordning, er det mulig at modellene kan fungere noenlunde likt.

Vi mener det bør skje en videre utvikling av dagens modell, skissert som modell 3: Det bør være en overordnet statlig styring av regionhelsetjenesten, men den må tilpasses den enkelte fylkeskommunes behov og ønsker. Dette vil kreve en opprusting av de regionale helseutvalg og fagutvalg.

Ansvar for regionhelsetjenesten, med planlegging, budsjett og drift, ligger hos fylkeskommunene. Det regionale samarbeid bør forankres i regionale helseutvalg, som bruker regionale fagutvalg som utredningsorgan. De sentrale myndigheter bør styre gjennom lover og forskrifter, og gripe inn hvis problemer ikke løses eller hvis klart uhensiktsmessige løsninger velges. Sikring av kvalitet må skje på alle nivåer. De sentrale helsemyndigheter må spesielt overvåke virksomheten ved regionsykehusene for å sikre nasjonalt riktige prioriteringer av de høyspesialiserte og kostbare funksjoner.

Departementet utarbeider lister over lands- og flerregionale funksjoner, samt over regionfunksjoner som ikke bør spres. Disse listene krever løpende revisjon. For at det skal kunne fattes rasjonelle beslutninger om hvorvidt en høyspesialisert sykehustjeneste fortsatt skal være sentralisert eller spres, må virksomheten også vurderes av et organ utenfor institusjonen som driver den. Et statlig permanent faglig organ bør organisere denne spesielle evalueringen, i tillegg til å foreslå revisjoner av listene.

Litteratur

1. Styring av høyspesialiserte somatiske funksjoner i helsetjenesten. Del I Lands- og flerregionale oppgaver. Del II Regionale oppgaver. Helsedirektoratets utredningsserie 1992. Oslo: Helsedirektoratet, 1992.
2. Gjesdal K, Melsom H, Jonsbu J, Nordal A, Hjort PF. Høyspesialisert medisin – hvordan bør oppgavene fordeles? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2985–8.
3. St.meld. nr. 9 (1974–88). Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Oslo: Sosialdepartementet, 1988.

○