

Nr. 13 2000

Den højt specialiserede enhed i det danske sygehusvæsen

*Rapport fra
Dansk Medicinsk Selskabs udvalg*

© Den Almindelige Danske Lægeforening

ISSN: 1398-1560

Løssalg af Klaringsrapporter

kr. 40,00 + porto

Lægeforeningens forlag

Esplanaden 8A

1263 København K

Telefon 35 44 83 01

E-post forlaget@dadl.dk

Produktion

Lægeforeningens forlag, København

Tryk

Scanprint a/s, Viby J.

Klaringsrapport nr. 13, 2000

**Den højt specialiserede enhed
i det danske sygehusvæsen**

*Rapport fra
Dansk Medicinsk Selskabs udvalg*

Indholdsfortegnelse

Baggrund, kommissorium samt udvalgets sammensætning	2
Resumé af udvalgets anbefalinger	3
Rekvirenter og definitioner	3
Generelt om den højt specialiserede enhed	3
Opgaver	4
Samarbejde med funktionsbærende enheder og mellem højt specialiserede enheder indbyrdes, generelt	4
Den højt specialiserede enheds samarbejdsrelationer	4
Opbygning, stab	5
Placering, antal/optageområder	6
De højt specialiserede tværgående funktioner	6
Evaluerings	7

Baggrunden for udvalgsarbejdet

Udvalgets kommissorium, sammensætning og arbejdsform

Begrebet den funktionsbærende enhed blev defineret i en publikation udgivet af Dansk Medicinsk Selskab i 1998: »Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur. Kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed«.

Den funktionsbærende enhed blev defineret som »En faglig organisatorisk enhed som med høj professionel standard kan varetage hovedparten af et grenspeciales opgaver vedr. diagnostik, behandling, pleje, lægelig videre- og efteruddannelse samt den til disse opgaver hørende forskning, faglige udvikling, kvalitetsudvikling og -sikring, idet der ses bort fra opgaver, der kun bør varetages få steder i landet«.

Den funktionsbærende enhed (FBE) er nu af alle sundhedsmyndigheder tiltrådt som den fremtidige model for basisenheden i det danske sygehusvæsen.

Ud over FBE defineres i ovennævnte betænkning også begrebet den højt specialiserede enhed (HSE), som blev defineret således: »Den højt specialiserede enhed defineres ved opgavevaretagelsen: En fagligt, organisatorisk enhed, som med høj professionel standard varetager de opgaver, som bør samles et eller få steder i landet, under hensyn til opgavernes sjældenhed, kompleksitet og/eller særlige ressourcerekrav vedr. diagnostik, behandling pleje og den dertil hørende uddannelse, forskning, udvikling, kvalitetsudvikling og kvalitetssikring«.

Om HSE anføres endvidere:

»Den højt specialiserede enhed bør, for at kunne tilgodese sine opgaver inden for diagnostik og behandling, og ikke mindst inden for udvikling, forskning og uddannelse af speciallæger og andre sundhedsprofessioner have et optageområde svarende til den funktionsbærende enhed for patienter inden for gren- og subspecialiserede områder. Kun derved sikres det, at gren- eller subspecialers sygdomspanorama – fra det hyppige til det sjældne – vil være til rådighed for den højt specialiserede enheds kompleksitet og opgaver«.

I den nævnte publikation blev begrebet HSE ikke nøjere analyseret. I en skrivelse af 14. juli 1999 anmodede Sundhedsstyrelsen Dansk Medicinsk Selskab om at udarbejde en nærmere analyse af HSE, og på denne baggrund nedsatte

Dansk Medicinsk Selskab en arbejdsgruppe vedr. den højt specialiserede enhed i det danske sundhedsvæsen med følgende *kommissorium*:

Der ønskes en analyse af HSE's opgaver og funktion i sygehusvæsenet, efter at FBE er defineret som sygehusvæsenets basisenhed. Der ønskes en analyse af:

1. HSE's opgaver/funktion inden for patientbehandling, forskning og undervisning
2. En beskrivelse af samarbejds mønstret med FBE, herunder en beskrivelse af patientstrømme.
3. En generel beskrivelse af HSE's størrelse, opbygning og placering i sygehusvæsenet, herunder dens relation til universiteterne. Udgangspunktet herfor er udmeldingerne fra de videnskabelige selskaber givet i forbindelse med udvalgsarbejdet forud for nævnte publikation fra DMS, idet der ikke forudsættes en yderligere analyse for de enkelte specialers/grenspecialers vedkommende.

Arbejdsgruppen fik følgende *sammensætning*:

Udpeget af Dansk Medicinsk Selskab

Overlæge, dr.med. *Niels Ebbe Hansen*, medicinsk hæmatologisk afdeling, Amtssygehuset i Herlev (formand).

Cheflæge, dr.med. *Thomas Mandrup-Poulsen*, Steno Diabetes Center (de medicinske specialer)

Overlæge, dr.med. *Ole Hart Hansen*, kirurgisk afdeling, Hillerød Sygehus (de kirurgiske specialer)

Overlæge, dr.med. *Steen Levin Nielsen*, klinisk fysiologisk nuklearmedicinsk afdeling, Amtssygehuset i Herlev (tværgående specialer)

Repræsentanter for Københavns Universitetshospital

Sundhedsfaglig direktør *Lone de Neergaard*, H:S Direktionen.

Sundhedsfaglig vicedirektør *Jens Kr. Gøtrik*, Københavns Amts sygehusvæsen.

Centerdirektør, dr.med. *Henrik Hertz*, H:S Rigshospitalet.

Repræsentanter fra Odense Universitetshospital

Professor, overlæge, dr.med. *Steen Walter*.

Adm. overlæge, dr.med. *Arne Høst*.

Repræsentanter fra Århus Universitetshospital

Professor, overlæge, dr.med. *Søren Laurberg*, kirurgisk afdeling L, Århus Amtssygehus.

Professor, dr.med. *Hendrik Vilstrup*, medicinsk afdeling V, Århus Kommunehospital.

Til brug for arbejdsgruppens analyse har der foreligget:

1. DMS' betænkning »Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur. Kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed. 1998«.
2. Kvalitet i sygehusvæsenet. Debatoplæg om funktionsbærende enheder. Sundhedsstyrelsen, 1998.

3. Materiale fra de videnskabelige selskaber i forbindelse med Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. kvalitet i patientbehandlingen og deraf følgende problemstillinger. Sundhedsstyrelsen, 1998.
4. Sundhedsstyrelsens publikation »Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenets«. Sundhedsstyrelsen, 1996.

Resumé af udvalgets anbefalinger

- Højtspecialiserede enheder (HSE) i det danske sygehusvæsen er universitetsafdelinger som varetager højtspecialiserede opgaver i forbindelse med patientbehandling, forskning/udvikling og uddannelse for de funktionsbærende enheder, universiteterne og i relation til speciallægeuddannelsen. Højtspecialiserede enheder kan således ikke blot defineres ved opgavernes sjældenhed.
- HSE bør findes inden for alle kliniske og tværgående specialer, visse tværgående områder samt visse ekspertområder.
- HSE bør placeres sammen med HSE fra andre specialer og være universitetstilknyttede.
- Der bør højst etableres fem HSE inden for hvert lægefagligt område i Danmark.
- Der etableres detaljerede samarbejdsaftaler mellem funktionsbærende enheder og højtspecialiserede enheder og indbyrdes mellem HSE inden for samme område med henblik på varetagelse af specielle patientgrupper. Meget specielle patientgrupper bør i nogle tilfælde varetages på transnational basis. Opgavefordelingen mellem FBE og HSE er en dynamisk proces, som løbende bør revideres.
- HSE's akademisk uddannede stabe bør være relativt store med overvægt af speciallæger. I stabene bør der desuden være mulighed for ansættelse af personer med ikke-specialerelaterede uddannelser, herunder post doc-forskere. Oprettelse af delestillinger (klinik/forskning) må prioriteres højt.
- HSE skal stille den højeste ekspertise på området til rådighed 24 timer i døgnet alle dage i året.
- HSE bør løbende evalueres med mulige konsekvenser ved manglende målopfyldelse. Evalueringsinstrumenterne må styrkes og koordineres.

Højtspecialiserede enheder

- rekvirenter og definitioner

Højtspecialiserede enheder efterspørges af en række forskellige »rekvirenter« med noget forskellig indfaldsvinkel og definitioner:

1. Funktionsbærende enheder/sygehusejerne

Jf. Dansk Medicinsk Selskabs ovenstående definition af funktionsbærende enheder (DMS 1998) og højtspecialiserede enheder efterspørges HSE til løsning af de opgaver, der ikke varetages af FBE. Hovedkriterierne er sygdommenes sjældenhed og opgavernes kompleksitet.

2. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen opererer med begrebet lands-landsdelsfunktioner defineret på følgende måde:

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

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

Hovedkriterierne er således nogenlunde sammenfaldende med punkt 1.

3. Speciallægeuddannelsen

I Speciallægekommissionens betænkning 2000 kræves det, at en del af specialuddannelsen skal foregå ved højtspecialiseret enhed (nuværende undervisningsafdelinger). Hovedkriteriet er uddannelse på et højt akademisk niveau inden for et speciale/grenspeciale, således at de uddannelsessøgende præsenteres for specialet i sin helhed, inkl. forskning og samspillet med andre HSE.

4. Universiteterne

Universiteterne har behov for universitetsafdelinger, der varetager prægraduat uddannelse på højt forskningsbaseret niveau, og desuden varetager forskning og udvikling inden for de forskellige specialer på niveau svarende til ph.d., post doc-, disputats- og seniorforsknerniveau. Hovedkriteriet er således undervisning og forskning på højeste niveau.

Det er udvalgets opfattelse, at de opgaver der ovenfor er rekvireret med forskellige indfaldsvinkler under betegnelserne lands-landsdelsafdeling, undervisningsafdeling og universitetsafdeling fremtidig samlet bør løses af en type enhed, som i det følgende betegnes den højt specialiserede enhed.

Generelt om den højt specialiserede enhed

Med dannelsen af FBE var det forudsætningen, at flere opgaver fremtidig skulle varetages der. Samtidig var det implicit, at HSE skulle styrkes således, at få enheder i Danmark skulle varetage højtspecialiserede områder. Man havde anslået, at forholdet mellem FBE/HSE i gennemsnit skulle være 90-10 vedr. de rent patientrelaterede opgaver.

Det var således tanken, at der fremtidig skulle skabes færre HSE med større ressourcer i den enkelte enhed.

Jf. ovenstående afsnit om rekvirenter er HSE en afdeling på et universitetshospital, som skal varetage højt specialiserede opgaver inden for patientbehandling, forskning og udvikling samt undervisning på højt niveau, jf. at tjenesterne rekvireres af FBE, universiteterne samt speciallægeuddannelsen.

HSE kan således ikke blot defineres som en enhed, der varetager sjældne patientgrupper og meget komplicerede behandlinger. Ud over disse opgaver har HSE vigtige funktioner inden for højt kvalificeret forskning og undervisning på højt niveau.

I udtalelserne fra de enkelte videnskabelige selskaber til

Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udvalgsarbejdet om FBE (side 2, pkt. 3) vurderede specialselskaberne behovet for HSE hovedsageligt på basis af, at HSE skulle varetage opgaver over for sjældne patientgrupper samt vedr. komplicerede behandlingsformer. På dette grundlag meldte nogle specialselskaber ud, at der ikke var behov for egentlig højt-specialiserede afdelinger (fx geriatri, obstetrik, psykiatri bortset fra meget specielle områder). Visse områder var så specielle, at de burde varetages af en HSE, uden at disse meget specielle opgaver i sig selv kunne være definerende for en HSE (fx døvepsykiatri, seksuelle minoriteter).

Med den definition af HSE, der gives i denne rapport, vil alle specialer imidlertid have behov for HSE, idet der ud over varetagelse af sjældne og komplicerede patientgrupper skal varetages vigtige opgaver inden for højt-specialiseret forskning, udvikling og uddannelse.

Højt-specialiserede enheder kan beskrives temmelig ensartet for de forskellige *kliniske specialer*. Hvad angår de *tværgående specialer*, er der også på dette område behov for HSE, men de tværgående specialer frembyder specielle problemer som diskuteres nærmere i et senere afsnit (se side 6).

Ud over de formelt anerkendte specialer vil der være behov for oprettelse af HSE vedr. specielle tværgående kliniske områder (fx traumecentre) og visse specialområder (fx hepatologi, allergologi og børnekirurgi).

Den højt-specialiserede enhed.

Opgaver. Karakteristik

HSE kan defineres som en enhed på et universitetshospital inden for et sundhedsfagligt område. HSE skal med høj professionel standard varetage de opgaver i sygehusvæsenet og ved universiteterne, som bør findes få steder i landet under hensyn til opgavernes sjældenhed, kompleksitet og særlige ressourcekrav, og som tildeles de nødvendige midler til uddannelse, forskning, udvikling og kvalitetsudvikling. HSE har opgaver inden for:

1. Diagnostik, behandling og pleje
2. Uddannelse
3. Forskning, udvikling og kvalitetsudvikling/-sikring

HSE varetager de sygdomme, som enten ikke varetages i FBE (fx neurokirurgi, thoraxkirurgi) eller patientgrupper, som på grund af sjældenhed eller kompleksitet ikke varetages i FBE. »Sjældenhedskriteriet« kan dog som nævnt på grund af HSE's øvrige opgaver ikke anvendes alene som en eksklusiv og udtømmende definition af HSE. Fx kan en vigtig funktion for en HSE være at indføre nye komplicerede diagnostiske og terapeutiske tiltag ved almindelige sygdomme.

For at sikre tilstrækkeligt grundlag for varetagelse af speciallets helhed skal HSE desuden dække speciallets basisfunktioner svarende til et passende optageområde. En nærmere afgrænsning af dette må finde sted på basis af overvejelser inden for de enkelte specialer/sundhedsfaglige områder.

HSE skal varetage uddannelsesforpligtelser, såvel på det prægraduate som det postgraduate niveau og på efteruddannelsesområdet.

HSE har væsentlige forpligtelser vedrørende forskning på ph.d.-, disputats-, post doc- og seniorforsknerniveau.

Løsning af de nævnte opgaver har væsentlige implikationer for rekruttering til og fastholdelse i specialiet.

Samarbejde med FBE, generelt

FBE og HSE udgør på mange områder en enhed med fælles beslutninger vedr. visitation, behandlingsforskrifter (clinical guidelines), patientforløb, forskning, udvikling og kvalitetsudvikling/-sikring samt uddannelse.

Der indgås skriftlige bindende aftaler om disse opgaver på sundhedsfaglig basis.

Samarbejdet mellem FBE og HSE er som hovedregel regionalt, men i respekt for det frie sygehusvalg kan samarbejde aftales mellem FBE og andre HSE end den regionale. Dette fremmer også muligheden for en gavnlig konkurrence mellem de enkelte HSE indbyrdes.

Samarbejdet mellem FBE og HSE er nærmere beskrevet på side 37 og 38 i »Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur«, hvortil henvises. Udvalget kan tilslutte sig denne beskrivelse.

Samarbejde mellem HSE indbyrdes, generelt

HSE inden for et lægefagligt område kan ikke forventes at have samme profil. Der findes således sygdomme, som på grund af sjældenhed eller kompleksitet i diagnostik og behandling kun bør varetages et eller to steder i landet, ligesom nogle tilstande er så sjældne, at de bør varetages på transnational basis.

Det vil desuden være naturligt og rationelt, at HSE inden for samme område har forskellige forskningsprofiler. Bortset fra visse meget specielle højt-specialiserede funktioner bør uddannelses tilbuddene af hensyn til den formaliserede videreuddannelse være ensartede. Fordelingen af højt-specialiserede funktioner mellem FBE og HSE og indbyrdes mellem HSE aftales løbende mellem parterne.

Den højt specialiserede enheds samarbejdsrelationer

Status som højt specialiseret enhed forudsætter, at enheden påtager sig forpligtelsen til at tilbyde funktionen til patienter fra funktionsbærende enheder og andre højt specialiserede enheder. Komplexiteten vedr. funktionerne i den højt specialiserede enhed forudsætter mange tværgående funktioner og samarbejdspartnere. I forhold til de fire ovenfor skitserede rekvirenter (de funktionsbærende enheder og sygehusejerne, Sundhedsstyrelsen, speciallægeuddannelsen og universiteterne) er der udgangspunkt for indgåelse af aftaler for følgende funktionsområder:

- Kliniske funktioner
- Videre- og efteruddannelse
- Forskning og udvikling
- Systematisk evaluering af kvantitet og kvalitet af disse ydelser (se særligt afsnit nedenfor).

I det følgende omtales den højt specialiserede enheds samarbejdsrelationer i relation til hvert af disse fire funktionsområder.

Kliniske funktioner

Samarbejdsrelationerne vedr. de kliniske funktioner kan dels relatere sig til strukturelle og dels til funktionelle forhold.

Strukturelle samarbejdsrelationer:

1. Regionale og ikke-regionale funktionsbærende enheder
2. Andre højt specialiserede enheder i samme geografiske struktur
3. Andre højt specialiserede enheder med forskellig geografisk lokalisering
4. Højt specialiserede enheder i udlandet.

Funktionelle samarbejdsrelationer

Med hver enkelt af disse strukturelle samarbejdspartnere kan indgås gensidige, skriftlige, bindende samarbejdsaftaler på sundhedsfaglig basis under ansvar over for sygehusadministrationerne på følgende funktionelle områder:

- Visitationsretningslinier.
- Patientforløbsbeskrivelser.
- Principper for udflytning af opgaver fra den højt specialiserede enhed til den funktionsbærende enhed.
- Principper for centralisering af visse opgaver til højt specialiserede enheder begrundet i såvel undersøgelses-, behandlingsmæssige såvel som forskningsmæssige forhold.
- Fælles kliniske guidelines og referenceprogrammer.
- Etablering af team-funktioner, satellitfunktioner og udetjenester.
- Fordeling af opgaver og faglig profilering.

Udvalget anbefaler således, at patientstrømmene mellem de ovenfor anførte strukturelle samarbejdspartnere bestemmes af de funktionelle samarbejdsaftaler, der indgås, fx i form af rammeaftaler omfattende ydelsesantal med dertil hørende økonomiaftale. Kautionsystemet burde herved kunne overflødiggøres. De regionale specialeråd og samarbejdet mellem disse specialeråd bliver herved af afgørende betydning og bør yderligere styrkes. Af hensyn til en gavnlig konkurrence og i respekt for det frie sygehusvalg, bør der være mulighed for samarbejde mellem FBE og HSE på tværs af regionale aftaler.

For at sikre en vis ensartethed i visitationspraksis vil det være hensigtsmæssigt, at de videnskabelige selskaber i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udformer overordnede retningslinjer vedr. visitation for de enkelte sundhedsfaglige områder. På dette grundlag udformes aftalerne mellem de enkelte FBE og HSE.

Videre- og efteruddannelse

Det anbefales i Speciallægekommissionens rapport, at der etableres et nationalt råd, der fremover regulerer specialistuddannelsen. Det er væsentligt, at der i Det Nationale Råd er medlemmer som kommer fra HSE, således at størst mulig koordination sikres og nødvendige aftaler kan indgås.

De højt specialiserede enheder bør spille en væsentlig rolle vedr. kontinuerlig medicinsk efteruddannelse (CME). Det bør være muligt for den højt specialiserede enhed at indgå aftaler med universiteter, læreanstalter, videnskabelige selskaber og lægeforening vedrørende indhold og struktur

af den kontinuerte medicinske efteruddannelse og økonomiske aftaler vedr. finansiering med sygehusejere og industrien.

Forskning og udvikling

Den højt specialiserede enhed vil have følgende strukturelle samarbejdspartnere vedr. forskning og udvikling:

- Regionale og ikke-regionale funktionsbærende enheder.
- Højt specialiserede enheder i samme geografiske ramme samt højt specialiserede enheder i andre geografiske områder.
- Højt specialiserede enheder i udlandet.
- Danske og udenlandske universiteter.
- Regionale forskningsenheder.
- De tre regionale forskningsfora.

Den højt specialiserede enhed vil kunne indgå aftaler vedr. følgende funktionsområder vedr. forskning og udvikling:

- Fælles kliniske forskningsprotokoller.
- Etablering af fælles kliniske databaser.
- Etablering af fælles biobankere for serum, DNA og relevante væv.
- Core-faciliteter (kernefunktioner) vedr. særligt ressourcerekrævende metoder, fx via bioteknologiske centerkonstruktioner, biostatistik og epidemiologi, fælles ph.d.-stipendier og kandidatstipender og dertil hørende aftaler vedr. forskeruddannelsen (kurser, træningsophold m.m.).

Af hensyn til forskningens forudsætninger og vilkår bør det sikres, at dette aftalesystem faciliterer og ikke forhindrer indgåelse af forskningsaftaler og ikke krænker forskningens basale forudsætning om frihed, flerartethed, elitærisme og kompetitivitet. Aftaler vedr. beskyttelse af immaterielle rettigheder og kommerciel udnyttelse heraf bør i videst muligt omfang udformes således, at disse aftaler ikke begrænser forskningens frihed.

Udvalget indstiller, at de regionale forskningsfora styrkes med henblik på at kunne fremme nationalt og internationalt forsknings- og udviklings samarbejde.

Samarbejdsrelationer vedr. de højt specialiserede enheder og det frie sygehusvalg

Udvalget forudsætter, at evaluering af de højt specialiserede enheder offentliggøres efter en passende bearbejdning, således at de egner sig til at danne grundlag for patienternes frie sygehusvalg. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis rammeaftalerne udformes som flerårige, og at forhandlinger vedr. disse rammeaftaler falder sammen med tilvejebringelsen af evalueringsrapporterne vedr. afdelingens ydelser. Rammeaftalerne bør udformes tilstrækkeligt fleksibelt til at kunne tage højde for det frie sygehusvalg.

Opbygning/stab

HSE bør have en relativ stor stab, som matcher kravene til højt specialiseret viden, forskning og undervisning på højt niveau. Den akademisk uddannede stab skal have en overvægt af spe-

ciallæger (topheavy), og der bør være mulighed for, at staben kan omfatte andre personalegrupper fx læger med specielt interesseområde uden for de definerede speciallægeområder (subspecialister) samt akademikere med andre uddannelser fx molekylærbiologer, ingeniører og psykologer.

Den øvrige del af staben består af uddannelsessøgende inden for såvel speciallægeuddannelsen som efteruddannelsen. Hvad angår sidstnævnte bør der reserveres stillinger til temporær ansættelse af speciallæger, som i øvrigt har ansættelse ved decentrale enheder.

For at fremme rekrutteringen og fastholdelse i specialet bør der i staben indgå ikke-klassificerede lægestillinger, herunder heltidsforskerstillinger, delestillinger (klinik/forskning) og særlige stillinger.

Det har længe været et stort problem for dansk klinisk forskning, at mange læger, efter et mangeårigt forskningsengagement (fx ph.d., disputats) efterfølgende bliver helt optaget af klinisk arbejde uden større muligheder for at fortsætte deres forskning. Dette repræsenterer ressourcespild og risiko for manglende kontinuitet i forskningen. Det foreslås derfor, at der såvel oprettes post doc-fuldtidsstillinger, som -delestillinger (fx 50% klinik, 50% forskning).

HSE bør tilbyde den højeste lægefaglige ekspertise døgnet rundt, hele året.

Staben skal også bestå af andre personalegrupper med højt specialiseret uddannelse, med engagement i forskning og i et højt specialiseret uddannelsesforløb (fx sygeplejersker/bioanalytikere).

Placering

HSE bør placeres på universitetshospital sammen med HSE fra andre kliniske og tværgående specialer blandt andet for at sikre et fagligt stimulerende niveau. HSE bør desuden have universitetstilknudning for at sikre tættest mulig tilknytning til et tværvideenskabeligt miljø vedrørende forskning og uddannelse. Ved placeringen af HSE bør der således tages hensyn til opgaver i videreuddannelsen, universitetstilknudning, miljø sammen med HSE fra andre specialer samt geografisk fordeling. Endelig bør der ved placeringen tages hensyn til, at der skal være en reel mulighed for konkurrence mellem HSE indbyrdes i respekt for det frie sygehusvalg.

Antal/optageområde

På basis af udmeldinger fra specialselskaberne samt krav om universitetstilknudning og HSE's rolle i speciallægeuddannelsen bør der højst findes fem HSE for hvert lægefagligt område i Danmark. Inden for denne ramme kan antallet af HSE variere inden for de forskellige sundhedsfaglige områder (se nedenfor vedr. varetagelse af visse højt specialiserede funktioner og samarbejdet mellem HSE). HSE skal samtidig varetage en passende basisfunktion inden for specialet.

Sjældenhedskriteriet alene kunne i mange tilfælde tale for et mindre antal HSE, mens HSE's rolle i videreuddannelsen, en rimelig geografisk fordeling og muligheder for en reel konkurrence vil trække i modsat retning. Imidlertid finder udvalget, at fem HSE i Danmark inden for et lægefagligt område er det absolutte maksimum, hvis HSE skal leve op til internationale kvalitetskrav for en højt specialiseret funktion.

Jf. udvalgets kommissorium har vi ikke foretaget en vurdering af hvert enkelt speciales behov.

HSE og tværgående diagnostiske funktioner

Det ovenfor anførte vedr. HSE gælder for alle specialer/områder. Imidlertid frembyder de tværgående specialer særlige problemer, som diskuteres nedenfor.

Traditionelt betjener tværgående diagnostiske funktioner de kliniske afdelinger på amtsniveau, og denne organisation kan fastholdes ved etablering af FBE, som det er beskrevet i DMS's betænkning. Her skelnes mellem billeddiagnostiske specialer og laboratoriemedicinske specialer karakteriseret ved at foretage undersøgelser på henholdsvis patienter og prøvemateriale. I den analyse Speciallægekommisionen foretog af tværgående funktioner er specialeopdelingen fastholdt. Det betyder, at der skal være diagnostisk HSE i alle traditionelle områder, og ved tilknytning til klinisk HSE må det planlægges, hvilke opgaver en diagnostisk HSE skal varetage, og hvordan den skal organiseres og udvikles.

Opgaver

En diagnostisk HSE skal:

- betjene en eller oftest flere kliniske HSE på højt specialiseret niveau
- samarbejde med klinisk HSE om interventionel teknik
- samarbejde telemetrisk med FBE i kompliceret diagnostisk udredning
- udføre medicinsk teknologisk udvikling
- foretage eksperimentel og klinisk afprøvning (fase I og II)
- foretage MTV før spredning af ny teknologi
- initiere klinisk afprøvning af applikation af ny teknologi (fase III) og revurdering af eksisterende medicinsk teknologi
- medvirke til at ny teknologi indføres i FBE med bedste ressourceudnyttelse i forhold til opgavevaretagelse
- varetage forskning på højt niveau
- varetage uddannelse på højt specialiseret niveau.

Organisation

Diagnostisk HSE må knyttes til veldefinerede kliniske HSE, og det skal sikres at højteknologisk apparatur og specialviden på højt niveau til betjening er til stede i nødvendigt omfang, også i forhold til vagten. Dette bør aftales ud fra langtidsplanlægning af opgavevaretagelse i den kliniske HSE. Etablering af en diagnostisk HSE med højteknologisk apparatur og specialuddannet personale er bekostelig og vil ofte tage flere år.

For de billeddiagnostiske fag skal placering være i geografisk nærhed af klinisk HSE begrundet med undersøgelse på patienter og fælles anvendelse af eksperimentelle laboratorier. For de laboratoriemedicinske fag bør der ske en tilsvarende centralisering til universitetssygehusenes forskningsaktive miljøer – en udvikling der allerede er i gang på de fleste områder. Den kliniske biokemi har anvendt en decentral struktur af højtspecialiseret diagnostik med tilknyttet lægefaglig rådgivning, der ikke er i overensstemmelse med en struktur med få HSE.

Struktur

Et særligt problem for diagnostisk HSE er, at deres opgaver er rettet både mod avanceret medicinsk teknologi og mod klinisk anvendelse på højt niveau. Der skal derfor været ansat personale med tekniske uddannelser af forskellig type (ingeniør, fysiker, datalog osv.), der i betydeligt omfang skal varetage apparaturservice, men også skal vejlede og støtte et teknisk uddannet personale i apparaturanvendelse, udvikling og forskning. Dette kan understøttes ved etablering af medicinsk teknologiske forskningsmiljøer med samarbejde til tekniske universiteter. Betjening af den kliniske HSE skal ske med speciallæger i tværgående fag i tæt samarbejde med speciallæger fra klinisk HSE, og også her kan udviklingen støttes ved universitær tilknytning i form af professorater med tilknyttet forskningsstab. En diagnostisk HSE får således en matrixlignende struktur med teknologiske og kliniske bjælker, der kræver overordnet administrativ ledelse.

En diagnostisk HSE skal desuden have en basisfunktion og alle enheder har døgndækning.

For at udvikle og fastholde viden på højt specialiseret niveau i diagnostiske HSE skal der søges oprettet professorale enheder inden for de traditionelle områder eller en subspecialisering med forskningsprofessorater, hvor der er behov eller særlige udviklingsmuligheder. En tendens til at oprette mindre specialenheder i relation til enkelte HSE uden overordnet administrativ styring er ressourcemæssigt mindre hensigtsmæssig, medmindre det findes nødvendigt for intensiteten af indsatsen.

Evaluerings

Patienter og pårørende, befolkningen, centrale og decentrale myndigheder stiller ligesom politikerne i stigende grad krav om at sundhedsvæsenet generelt kan dokumentere indsatsen og kvaliteten af denne. Som basis for behandling af høj kvalitet på højt specialiseret niveau samt udvikling, forskning og uddannelse har HSE en særlig forpligtelse til denne dokumentation. Fremover skal HSE vedvarende kunne dokumentere, at den lever op til de fastsatte krav for at kunne opretholde status som HSE.

I princippet gælder kravet om dokumentation alle aktiviteter i HSE. I betragtning af vanskelighederne med at dokumentere kvalitet er det imidlertid hensigtsmæssigt og nødvendigt at foretage en udvælgelse af væsentlige og målbare områder, både generelt og i den enkelte enhed.

Konsekvenser af en mangelfuld opfyldelse af kravet om dokumentation eller utilstrækkelig kvalitetsniveau vil – afhængig af omfang og karakter af manglerne – i første omgang betyde en markering fra Sundhedsstyrelsen med aftale om, hvornår manglerne skal være korrigeret. Er der efter denne frist fortsat problemer med kvaliteten, vil status som HSE kunne bortfalde.

Hvornår: I den gældende Vejledning om Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner fra Sundhedsstyrelsen fra 1996 er der et krav om, at afdelinger med lands- og landsdelsfunktion gennem et kvalitetsudviklingsprogram skal sikre kvaliteten af afdelingens ydelser. Nedenstående krav er mere omfattende, og det vil være nødvendigt med en periode, på fx to år inden HSE kan levere den nødvendige dokumentation. Derefter kan evalueringen foregå fx i forbindelse

med revision af Sundhedsstyrelsens Vejledning, på basis af årsberetninger som beskrevet nedenfor. Status som HSE er således i realiteten begrænset til en periode på ca. 5 år.

Hvordan. Anvendelsen af forskellige metoder er nødvendig for at måle kvaliteten af indsatsen. Eksempler er interne og/eller eksterne audits, videnskabelig peer-review, inspektorbesøg mht. uddannelsen, rapportering af udvalgte indikatorer og kvalitetsudviklingsprogrammer.

HSE udarbejder en årsberetning med beskrivelse af opgaver og aktivitet og en sammenfatning af dokumentationen af kvaliteten. Årsberetningen bygges op efter en fast skabelon/disposition hvor nogle elementer er obligatoriske, mens andre er valgfri.

Årsberetningens indhold. Overskrifter og elementer herunder vil skulle bearbejdes og detaljeres ud fra bl.a. metode-mæssige hensyn. En udvælgelse af væsentlige og målbare elementer er vigtig, evt. kan der periodevis vælges forskelligt fokus.

- Beskrivelse af HSE, opbygning og aktivitetstal.
- Målsætning og opgaver inden for behandling, forskning og udvikling, uddannelse.
- Samarbejde med andre HSE (inden for andre specialer) på eget sygehus/i eget sygehusvæsen.
- Samarbejde med andre HSE (inden for eget og andre specialer) i andre sygehusvæsen.
- Kvalitet af behandling og pleje: Kvalitetsudviklingsprogram
 - Kliniske retningslinier
 - Indikatorer
 - Kliniske databaser
 - Dokumentation.

Forskning og udvikling

- Politik og strategi, mål og indsatsområder
- Organisation og ledelse
- Forskningsmiljø
- Formidling
- Økonomi – forskningsbudgettering, herunder omfang af ansøgte og bevilgede midler
- Evaluering af kvantitet og kvalitet, herunder publikationsliste, peer review og bibliometri.

Grund- og videreuddannelse

- Politik og strategi, mål og indsatsområder
- Uddannelsesprogrammer, uddannelsesplaner
- Uddannelsesansvarlige overlæger og kliniske vejledere: funktionsbeskrivelse, uddannelse
- Evalueringssamtaler og opfølgning heraf
- Inspektorbesøg
- Dokumentation.

Efteruddannelse og kompetenceudvikling

- Politik, program
- Medarbejderudviklingssamtaler.

Eventuelt kan vælges en model hvor nogle elementer er obligatoriske og fælles for alle, mens den enkelte HSE kan vælge bl.a. andre (valgfri).

Udvalget er opmærksom på, at der med disse forslag stilles store, ressourcetunge krav til HSE. Mange afdelinger føler et stigende pres vedrørende registreringer og andre administrative opgaver, et pres, som ofte føles at gå ud over afdelingens kerneydelser vedrørende varetagelse af patienter, forskning og uddannelse. Da det imidlertid må betragtes som nødvendigt for HSE at kunne dokumentere et højt niveau, må sådanne ressourcer stilles til rådighed. Da der i forvejen fra flere forskellige sider stilles krav om registrering og rapportering (fx fra amter, universiteter og ministerier) bør det tilstræbes, at én rapporteringsform er tilstrækkelig for alle rekvirenter.

HSE udarbejder årsberetningen og indsender den til Sundhedsstyrelsen via hospitalsledelsen og den amtslige forvaltning. Rapporterne indgår ydermere i vurderingen af, hvorvidt den højt specialiserede enhed kan opretholde sin status som højt specialiseret enhed og bør publiceres.

Sundhedsstyrelsen er ikke med sin nuværende opbygning og normering rustet til at varetage evalueringsopgaven alene. På *det kliniske område* er der behov for en afklaring af opgavefordeling og kompetencer mellem Sundhedsstyrelsen, EvalueringsCenter for Sygehuse og Lægeforeningens forslag om kollegial klinisk audit, og fordele og ulemper vedr. nationale evalueringsinitiativer og internationale akkrediteringsprincipper bør belyses og dokumenteres. På *det uddannelsesmæssige område* er inspektorordningen under evaluering og forudsættes fortsat. På *det forsknings- og udviklingsmæssige område* anbefaler udvalget etablering af internationale peer review-grupper tilknyttet den enkelte højt specialiserede enhed, idet det danske område er for lille til at kunne tilbyde kvalificeret ekspertvurdering af samtlige forskningsområder. Forskningsrådene og de videnskabelige selskaber kan her fungere som rådgivende organer.