



## **Utredning om helseforetaksstrukturen i Trøndelag**

Målet med utredningen er å styrke tjenestetilbudet og kvaliteten på pasientbehandlingen i Trøndelag. Hvordan bedrer vi innbyggernes helsetjeneste?

Eventuelle endringer i helseforetaksstrukturen vil komme som en følge av dette.

**Prosjektgruppens rapport avgitt 13.01.21**

## Innholdsfortegnelse

<b>Utredning om helseforetaksstrukturen i Trøndelag .....</b>	<b>1</b>
<i>Mandatet for utredningen .....</i>	4
<i>Bakgrunn for utredningen.....</i>	4
<i>Utredningens mål.....</i>	4
<i>Tidsramme for prosjektet:.....</i>	5
<i>Prosjektorganisasjon.....</i>	5
<i>Prosjektstyre .....</i>	6
<i>Prosjektgruppe.....</i>	6
<i>Arbeidsform i prosjektet.....</i>	7
<i>Sammendrag av prosjektgruppens anbefaling .....</i>	8
<i>Konkrete tiltak fra prosjektgruppen for å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet:.....</i>	13
<i>Mindretallets innstilling i prosjektgruppen. Ja til fusjon mellom St. Olavs hospital HF og HNT.....</i>	15
<i>SWOT analyse.....</i>	18
<i>Om Helse Midt-Norge RHF og «Strategi 2030» .....</i>	18
<i>Om helseforetakene i regionen .....</i>	19
<i>Samfunnsmessige endringer som påvirker helseforetakene i Trøndelag.....</i>	19
<i>Pasientperspektivet.....</i>	20
<i>Arbeidskraftperspektivet.....</i>	20
<i>Forskning i Helse Midt Norge .....</i>	21
<i>Erfaringer fra sammenlignbare prosesser.....</i>	21
<i>Er det stordriftseffekter i sykehus?.....</i>	22
<i>Økonomiske besparelser på administrativ side ved sykehussammenslåinger .....</i>	23
<i>Sykehussammenslåingenes effekter på kvalitet.....</i>	24
<i>Overføringsverdi fra forskningslitteraturen til å vurdere effekter av sammenslåing mellom.....</i>	24
<i>St. Olavs og HNT.....</i>	24
<i>Vedlegg til utredningen om helseforetaksstruktur i Trøndelag: .....</i>	25
<i>Beskrivelse av St. Olavs Hospital HF.....</i>	25
<i>Dagens St. Olavs og historikk.....</i>	25
<i>Litt om historien til St. Olavs .....</i>	26
<i>St. Olavs og samarbeid med kommunehelsetjenesten.....</i>	27
<i>Beskrivelse av Helse Nord-Trøndelag HF.....</i>	27
<i>Nøkkeltall Helse Nord-Trøndelag .....</i>	28
<i>Samarbeid mellom St. Olavs og HNT.....</i>	28
<i>Samarbeid med kommuner og fastleger.....</i>	28
<i>Magnussen utvalget – og pasientstrømmene mellom HNT og St. Olavs .....</i>	29
<i>Prosjektgruppens vurderinger fra arbeidssamlingene:.....</i>	30
<i>Kvaliteten i tjenestetilbudet og pasientsikkerhet.....</i>	30

<i>Vil kvaliteten i tjenestetilbudet forbedres ved en sammenslåing eller ikke?.....</i>	<i>31</i>
<i>Pasientsikkerhet forbedres ved en sammenslåing eller ikke? .....</i>	<i>33</i>
<i>Kan kvalitet i tjenestetilbudet og pasientsikkerheten forbedres ved en sammenslåing av St. Olavs og HNT, og i så tilfelle hvordan skal disse effektene oppnås? .....</i>	<i>34</i>
<i>Redusere unødvendig venting for pasientene og uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen?.....</i>	<i>35</i>
<i>Redusere unødvendig venting ved en sammenslåing? .....</i>	<i>35</i>
<i>Redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen ved en sammenslåing?.....</i>	<i>37</i>
<i>Tilgjengelighet til helsetjenester forbedres ved en sammenslåing eller ikke? .....</i>	<i>38</i>
<i>Hva er viktige forutsetninger for å kunne styrke psykisk helsevern og TSB, og utvikle tjenestetilbudet?.....</i>	<i>40</i>
<i>Hvordan vil en eventuell sammenslåing av St. Olavs og HNT påvirke pasient- og brukermedvirkningen?.....</i>	<i>42</i>
<i>Hvordan sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp i Trøndelag? .....</i>	<i>45</i>
<i>Hva er viktige forutsetninger for å sikre bedre samhandling og helhetlige pasientforløp? .....</i>	<i>47</i>
<i>Hva skal til for å skape eksellent forskning og innovasjon fra helseforskningen i Trøndelag?.....</i>	<i>47</i>
<i>Hva kjennetegner de helseforetak og avdelinger som skaper gode arbeidsforhold, og tilstrekkelig med kvalifisert personell? .....</i>	<i>51</i>
<i>Økt kvalitet i pasienttilbudet i Trøndelag gjennom sterke fagmiljø. Hvordan skaper vi disse? Fusjon eller samarbeid? .....</i>	<i>54</i>
<i>Sterkere fagmiljø innenfor spesialisthelsetjenesten i Trøndelag gjennom fusjon, eller er det mulig å oppnå samme effekter uten endring i foretaksstruktur? .....</i>	<i>56</i>
<i>Hva sier forskningen om fusjoner av helseforetak? .....</i>	<i>59</i>
<i>Konsekvenser for prosjektet av forskningsresultat om kostnadseffektivitet og effekt på kvalitetsgevinster i pasientbehandlingen?.....</i>	<i>59</i>
<i>Tilbudet til den Sørsamiske befolkningen.....</i>	<i>62</i>
<i>Ledelse: Hva kjennetegner god ledelse i helseforetak? Har størrelse på helseforetaket noen effekt? .....</i>	<i>63</i>
<i>Vil en evt. sammenslåing i Trøndelag forenkle utøvelsen av god ledelse? .....</i>	<i>63</i>
<i>Stedlig ledelse og/eller tverrgående klinikker .....</i>	<i>65</i>
<i>Økonomiske konsekvenser for helseforetak og for foretaksgruppen ved en sammenslåing .....</i>	<i>68</i>
<i>Hvordan kan en evt sammenslåing påvirke økonomien i et nytt felles HF i Trøndelag og i foretaksgruppen? .....</i>	<i>68</i>
<i>Konsekvenser for foretaksgruppen Helse Midt-Norge inklusiv Helse Møre og Romsdal HF, og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF.....</i>	<i>71</i>

## Mandatet for utredningen

Prosjektet skal utrede fordeler og ulemper ved en eventuelt ny helseforetaksstruktur med en klar forutsetning om at både det desentraliserte tilbudet i regionen og det spesialiserte tilbudet skal videreutvikles og styrkes. Dette innebærer at både det høyspesialiserte tilbudet ved St. Olavs hospital og dagens desentraliserte spesialisthelsetilbud med akuttisykehusene i Namsos og Levanger skal bestå.

## Bakgrunn for utredningen

Helseforetaksstrukturen i Trøndelag har ikke blitt vurdert på mer enn 15 år, men det både i regionen og landet for øvrig er gjennomført flere endringer. I forbindelse med regionreformen og sammenslåingen av Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag fylkeskommune er det reist spørsmål om dette burde få konsekvenser for de to helseforetakene St Olavs HF og Helse Nord-Trøndelag HF.

Styrevedtak i Helse Midt-Norge RHF 19. desember 2019:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utrede fordeler og ulemper ved en mulig sammenslåing av Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF.
2. Utredningen vil legge til grunn gjeldende nasjonale føringer, Helse Midt-Norge RHF's Strategi 2030 og Regional utviklingsplan. Dette innebærer både at det høyspesialiserte tilbudet ved St. Olavs hospital og dagens desentraliserte spesialisthelsetilbud med akuttisykehusene i Namsos og Levanger skal bestå.
3. Styret legger til grunn at ansatte i helseforetakene, brukerrepresentanter, representanter fra kommuner og fylkeskommune og andre samarbeidspartnere blir involvert i arbeidet med utforming av mandat og utredningen.

## Utredningens mål

Virksomhetsmål:

Vurdere hvorvidt det samlede tjenestetilbudet kan styrkes ved å slå sammen Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs. hospital HF

Effektmål:

Utredningen med høringsuttalelser skal gi et kunnskapsgrunnlag for å kunne treffe en beslutning i spørsmålet om sammenslåing av Helse Nord-Trøndelag HF og St Olavs hospital HF

Resultatmål for hovedprosjekt:

A. Levere en rapport som vurderer fordeler og ulemper for:

1. Pasienttilbudet, og hvorvidt sammenslåingen kan bidra til økt kvalitet på pasientbehandlingen i helseforetakenes geografiske ansvarsområder.
2. Faglig utvikling, styrking av forskning, evne til rekruttering, evne til å beholde kompetente ansatte, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.
3. Om en sammenslåing kan bidra til å styrke St. Olav hospitals posisjon og rolle som region-og universitetssykehus.
4. Om en sammenslåing kan bidra til å styrke St. Olav hospitals posisjon og rolle som lokalsykehus.
5. Om en sammenslåing kan bidra til ytterligere styrking av akutt-og lokal-sykehusfunksjonene i Levanger og Namsos og deres samhandling med kommunene og regionsykehuset.
6. Om ansvaret for spesialisthelsetjenester for den sørsamiske befolkningen kan ivaretas bedre.

7. Organisatoriske -og ledelsesmessige konsekvenser, herunder stordriftsfordeler som redusert duplisering, og stordriftsulemper som økt lederspenn og geografisk avstand til ledere
8. Om en sammenslåing er positiv for økonomien i et sammenslått helseforetak, og konsekvenser for foretaksgruppen som helhet
9. Om en sammenslåing bidrar til økt måloppnåelse av nasjonale og regionale styringsmål som:
  - i. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
  - ii. Redusere unødvendig venting og uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
  - iii. Prioritere styrking av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, utvikling av tjenestetilbudet og samarbeidet med kommuner
  - iv. Sikre god pasient-og brukermedvirkning
  - v. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp
  - vi. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
  - vii. Styrket innsats innen forskning og innovasjon
  - viii. Sikre økonomisk bærekraft og planlagte investeringer
  - ix. Sikre innføring av Helseplattformen og digitalisering av helsetjenesten
10. Konsekvenser for foretaksgruppen Helse Midt-Norge inklusiv Helse Møre og Romsdal HF og Sykehusapotekene Midt-Norge HF

B. Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur

Med bakgrunn i utredningen komme med en anbefaling om hvor vidt sammenslåing av Helse Nord-Trøndelag HF og St Olavs. hospital HF bør gjennomføres. Som en del av utredningen skal det gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse - ROS - og en SWOT analyse av en sammenslåing av helseforetakene. I arbeidet skal det også ses på om det kan dras veksler fra erfaringer fra tilsvarende utredninger.

#### Tidsramme for prosjektet:

- Mandat fastsatt av Styret i Helse Midt-Norge RHF 12 mars 2020
- Rapport 1.0 med anbefaling overleveres fra prosjektledelse til prosjektstyret 12.01.21.
- Rapporten skal ferdigstilles av prosjektstyret for behandling i brukerutvalg, drøfting med tillitsvalgte og vernetjeneste den 20 januar 2021
- Påfølgende styrebehandling i Helse Midt-Norge RHF i februar (med forslag om å sende utredningen på høring)
- Høringsperiode fra 01.03.2021 med høringsfrist 01.06.2021 (3 måneders høringsfrist)  
Styrebehandling i berørte helseforetak
- Styrebehandling i Helse Midt-Norge RHF (etter høringsrunden) juni 2021.
- Eventuell behandling i HOD etter styrevedtak i RHF

#### Prosjektorganisasjon:

Beslutningspunkt: Styret for Helse Midt-Norge RHF

Prosjekteier: Adm. direktør Stig A. Slørdahl

Prosjektleder: Bjarte Reve, Considium Consulting Group

Koordinatorer: Eierdirektør Nils Kvernmo, Helse Midt-Norge RHF og

Eiendomssjef Lars Magnussen, Helse Midt-Norge RHF

## Prosjektstyre:

Stig A. Slørdahl, adm. direktør Helse Midt-Norge RHF –leder prosjektstyre  
Tor Åm, adm. direktør Helse Nord-Trøndelag HF  
Grethe Aasved, adm. direktør St. Olavs hospital HF  
Øyvind Bakke, adm. direktør Helse Møre og Romsdal HF  
Dag Hårstad, adm. direktør Sykehusapotekene i Midt-Norge HF  
Nils Kvernmo, eierdirektør Helse Midt-Norge RHF  
Tor Harald Haukås, kommunikasjonsdirektør Helse Midt-Norge RHF  
Anita Solberg, KTV –Unio  
Lindy Jarosch-Von Schweder, KTV –Akademikerne  
Frank Grydeland, KTV –YS  
Bjarte Jensen, Konsernverneombud  
Snorre Ness, RBU  
Bjarte Reve, Considium Consulting Group, prosjektleder

## Prosjektgruppe:

Bodil Hope, Helse Midt RHF  
Lars Magnussen, Helse Midt RHF  
Kristian Onarheim, Fagavdelingen RHF  
Ole Tronstad, Trøndelag fylkeskommune  
Ranveig Salater Rotmo, Nord Universitet  
Hege Sørli, KS/Nærøysund kommune  
Tommy Aune Rehn, KS/Levanger kommune  
Leif M. Vonen, KS/Værnes regionen  
Emil Raaen/Marit Ervik, KS/Ørland kommune  
Wenche Moe Thorstensen, NTNU  
Arnt Håvard Moe, HNT  
Øystein Sende, HNT  
Hallvard Græslie/ Knut Erik Aune HNT  
Randi Brenne Dreier, HNT  
Olav Malmo, HNT Brukerutvalget  
Svein H Karlsen, HNT  
Olaf Kleinau, HNT FTV DNLF  
Lars Petter Skaanes, HNT HTV NSF  
Tone Wanderås, HNT HVO  
Rune Wiseth, St Olavs  
Tom Christian Martinsen, St Olavs  
Birger Endreseth, St Olavs  
Elin Ulleberg, St Olavs  
Marit Kvikne, St Olavs  
Bjørn Fjærli, St Olavs Brukerutvalget  
Vivi Bakkeheim, St Olavs FTV DNLF  
Kenneth Sandmo Grip, St Olavs FTV NSF – fra samling 2 møtte:  
Gro Lillebø, St Olavs FTV NSF  
Anne Berit Lund, St Olavs HVO  
Jo-Åsmund Lund/ Mariann Hagerup Gammelsæther HMR  
  
Bjarte Reve Considium, prosjektleder  
Helge Fasseland Considium, prosjektstøtte

## Arbeidsform i prosjektet

Prosjektgruppen har hatt fire prosjektsamlinger av 2 dagers varighet høsten 2020. De tre første samlingene ble avholdt fysisk i Stjørdal eller i Trondheim. Den siste samlingen 3-4 desember ble pga COVID-19 situasjonen avholdt i digitalt format. Arbeidsformen har vært en kombinasjon av presentasjoner fra eksterne ressurspersoner og medlemmer i prosjektgruppen. Etter hver tematiske sesjon har prosjektgruppen vært inndelt i tverrfaglige arbeidsgrupper, som har behandlet problemstillingene.

Prosjektgruppen har for hvert delpunkt i mandatet arbeidet med matrisen som er presentert nedenfor. Sammenstilling er gjort av prosjektledelsen etter hver samling og skal gjenspeile den samlede vurderingen til prosjektgruppen.

Hver av de tre første samlingene behandlet ett hovedtema fordelt på flere spesifikke sesjoner. Siste samling var i hovedsak fokusert på skisse til rapport og foreløpig anbefaling. I tillegg ble ROS analyse og SWOT analyse evaluert.

### **Samling 1, 02-03 september 2020 i Stjørdal, Kvaliteten i pasienttilbudet**

1. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.  
*Innledere:* Arnt Håvard Moe, HNT og Birger Endreseth, St Olavs
2. Redusere unødig venting og uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse.
3. Prioritere styrking av psykisk helsevern og TSB.  
*Innledning* om kvalitetsregistrene ved Marianne Lægren, St. Olavs og Linda Midttun, HMN
4. Sikre god pasient og brukervedvirkning.  
*Innleder:* Olav Malmo. HNT Brukerutvalg
5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.  
*Innleder:* Leif E. M. Vonen, KS Værnesregionen

### **Samling 2, 22-23 september 2020 i Stjørdal, Fag, forskning, rekruttering/ansatte**

1. Hva skal til for å skape eksellent forskning og innovasjon fra helseforskningen i Trøndelag?  
*Innledere:* Prof. Edvard Moser og Prof. Menno Witter, NTNU, Prof. Magnar Bjørås, NTNU og Prof. Kristian Hveem, HUNT,
2. Hva kjennetegner de helseforetak og avdelinger som skaper gode arbeidsforhold og tilstrekkelig med personell?  
*Innledere:* Anne Katarina Cartfjord, HMN HR, Gro Lillebø, St. Olavs og Ole Kristian Forstrønen Thu, HNT
3. Økt kvalitet i pasienttilbudet i Trøndelag gjennom sterke fagmiljø. Hvordan skaper vi disse? Fusjon eller samarbeid?  
*Innledere:* Rune Wiseth, St. Olavs og Tommy Aune Rehn, KS Levanger
4. Hva sier forskningen om fusjoner av helseforetak?  
*Innleder:* Terje P. Hagen, professor UiO
5. Tilbudet til den sørsamiske befolkningen.  
*Innleder:* Grethe Dunfjeld, brukerutvalg HNT

### **Samling 3, 28-29 oktober 2020 i Trondheim, Økonomi og ledelse**

1. Hva kjennetegner god ledelse i helseforetak? Har størrelse på helseforetaket noen effekt?  
*Innledere:* Morten Trøøyen, klinikkssjef Bildediagnostikk og Jan Frich, viseadm. Helse Sør-Øst
2. Stedlig ledelse vs tverrgående klinikker  
*Innledere:* Tor Ingebrigtsen (tidl. Adm.dir UNN) og Anne Berit Lund, HVO St Olavs

3. Økonomi, konsekvenser for helseforetak og for foretaksgruppen ved en evt sammenslåing  
*Innledere:* Nils Kvernmo, Eierdir. RHF, og Ole Tronstad, Trøndelag fylkeskommune
4. Konsekvenser for foretaksgruppen Helse Midt-Norge inklusiv Helse Møre og Romsdal HF og Sykehusapotekene Midt-Norge HF  
*Innleder:* Birger Endreseth, St Olav
5. Sikre innføring av Helseplattformen og digitalisering av helsetjenesten.  
*Innleder:* Per Olav Skjesol, HMN RHF

### **Workshop, 13 november 2020 i Stjørdal, Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS)**

Heldags arbeidsmøte der et representativt utvalg av prosjektgruppen gjennomførte en ROS analyse av et sammenslått foretak.

### **Samling 4, 3-4 desember 2020, Skisse til rapport og foreløpig anbefaling**

Samlingen hadde følgende tema til vurdering og anbefaling:

1. Rapport fra ROS workshop
2. SWOT analyse
3. Forslag til prosjektrapport og prosjektgruppens anbefaling

### **Digital samling for å gjennomgå skisse til prosjektrapport, 7 januar 2021**

Halvdags digital samling for å gjennomgå ny skisse til prosjektrapport. Arbeidsgrupper utviklet tekstlige forbedringer og ga innspill til prosjektledelsen på prosjektrapporten. Ny versjon utviklet til den 11 januar basert på disse innspillene.

### **Sammendrag av prosjektgruppens anbefaling**

Prosjektgruppen står bak anbefalingene og hovedkonklusjonene. Enkeltformuleringer er prosjektledelsens ansvar. Men i spørsmålet om samhandling eller fusjon mellom helseforetakene er prosjektgruppen delt i et stort flertall og i et mindretall.

Prosjektgruppens flertall på 24 (av totalt 29 deltagere) anbefaler **ikke** sammenslåing/fusjon av St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF.

Prosjektgruppen anbefaler **styrket samhandling** mellom St. Olavs hospital HF og de andre helseforetakene i Helse Midt-Norge. St. Olavs hospital er hele regionens universitetssykehus og må ha de samme forpliktelser ovenfor Helse Møre og Romsdal HF som overfor Helse Nord-Trøndelag HF for å styrke kvaliteten på helsehjelpen i hele regionen.

Forslaget er gjennomførbart med lav organisatorisk risiko og begrensede transaksjonskostnader. Slik unngår man en krevende omstillingsprosess, men har fortsatt mulighet for å ta ut samhandlingsgevinster.

Forslaget til prosjektgruppen lager gode rammer for fortsatt fokus på universitets- og spissede funksjoner på St. Olavs, og vi bidrar til å bevare lokalsykehusfunksjonen og nærheten til primærhelsetjenesten. Vi skaper ro og fokus på implementering og gevinstrealisering for Helseplattformen.

Styrket samhandling gir muligheter for å gjennomføre forbedringer med lavere risiko enn en fusjon mellom helseforetakene. Samhandling vil også skape mer ro og fokus på implementering og gevinstrealisering av Helseplattformen. Samhandling gir mindre økonomisk risiko, enn en fusjonsprosess, og en unngår en energi/ressurstappende fusjon med usikkert resultat/gevinst.



Gitt utredningens mandat som innebærer at akuttfunksjoner ikke skal endres eller sykehus legges ned, vil det ikke være økonomisk gevinst ved en fusjon. For å gjennomføre en så omfattende prosess må det være utsikter til tydelige og udiskutable gevinster. Prosjektgruppen har konkludert at dette ikke er tilfelle verken i forhold til økonomi, pasientbehandling, forskning eller undervisning.

Det er en rekke tiltak som kan gjennomføres uavhengig av fusjon for å bedre tilbudet til befolkningen. Samhandling gir St. Olavs Hospital mulighetene til å lage gode rammer for fortsatt fokus på universitets- og spissede funksjoner i regionen, inkludert ledende forskningsaktivitet. Erfaring fra andre sammenlignbare sammenslåinger (ref. I Helse Nord) indikerer at en fusjon vil flytte uforholdsmessig mye fokus over på lokalsykehusfunksjonene. Dette kan svekke St. Olavs hospital som regionssykehus for hele regionene, også Helse Møre og Romsdal og kan påvirke det regionale samarbeidet mellom HFene på en uheldig måte.

### **Styrket samhandling bør gjøres regionalt, og må også involvere HMR**

Samhandling framfor fusjon gir et mer hensiktsmessig lederspen, og godt forankret stedlig ledelse. Samhandling ivaretar forholdet til nærmiljøet og primærhelsetjenesten. Det bidrar til å bevare lokalsykehus-funksjonen, gir trygghet for lokalbefolkningen, nærhet til kommuner, og kunnskap om primærhelsetjenesten. Helseforetakene beholder lokalkunnskapen i samhandlingen med kommunene.

Samhandling kan, som det er fremhevet i regional utviklingsplan, gi noen ytterligere felles klinikker, muligens innen laboriemedisin. I Trøndelag er det nå en felles klinikkleder for bildediagnostikk, selv om klinikkleder rapporterer både til HNT og til St. Olavs. Avhengig av hvilke erfaringer man får fra «Bilde Trøndelag» kan denne type samarbeid vurderes på andre tilsvarende fag- områder, for eksempel laboriemedisin; ref. regional utviklingsplan Ved eventuell utredning av andre felles klinikker mellom helseforetakene er det naturlig at også Helse Møre og Romsdal HF tas med i slike utredninger.

Helseforetakene peker i sine utviklingsplaner på at nært samarbeid og oppgavedeling mellom sykehusene i Midt-Norge er en forutsetning for å kunne gi befolkningen i hele regionen et fremragende og likeverdig helsetilbud. Ressurser og kompetanse må utnyttes på tvers, både innad i det enkelte helseforetak og på tvers av helseforetakene. Digitalisering og ny teknologi gir nye muligheter for samarbeid og oppgavedeling.

Kvaliteten på pasientbehandlingen i Trøndelag kan trolig påvirkes av bedre samarbeid mellom sykehusene, f.eks. ved sentralisering av høyrisikobehandling og standardisering av forløp for behandling av pasienter med moderat og lav risiko. I en organisasjonsmodell der helseforetakene eies av et regionalt helseforetak kan en oppnå disse effektene gjennom initiativer fra RHF-et.

St. Olavs hospital har som regions- og universitetssykehus et særlig ansvar for utvikling av spesialisthelsetjenesten i hele Helse Midt-Norge, som en faglig spydspiss. Denne rollen utøves gjennom aktivt lederskap i fagnettverkene, og god og tillitsfull dialog med de andre helseforetakene. Fagledernetverkene bør styrkes og oppgavene tydeliggjøres.

### **Hensynet til god samhandling med Helse Møre og Romsdal taler imot fusjon**

Drift av en kompleks organisasjon med flere lokasjoner kan ta oppmerksomhet bort fra spissede funksjoner ved St. Olavs. Det kan svekke universitetssykehusfunksjonen, og ta fokus vekk fra Helse Møre og Romsdal. Balansen og samhandlingen mellom fagmiljøene i regionen kan bli forrykket gjennom en fusjon, særlig at Trøndelag blir for dominerende vs. Møre og Romsdal. Samhandling bør gjøres regionalt, og må også involvere HMR.

### **Fare for økt lederspenn og stor geografisk avstand til ledere taler mot fusjon**

En fusjon med stedlig ledelse vil medføre både flere ledernivåer og økt lederspenn. Det blir større avstand fra kjernevirksomhet til ledelse og økende ressursbruk utenfor de pasientnære områdene. Det blir større geografisk område for mange ledere og geografiske lokaliseringer med ulike kulturer og / eller ulike ledelsesstrukturer. Rekruttering av ledere kan bli utfordrende. Erfaringene fra UNN viser en krevende lederoppfølging fra UNN Tromsø ovenfor UNN Harstad og UNN Narvik, selv om de tilhører samme helseforetak. Region- og universitetssykehusfunksjonene taper kampen om oppmerksomheten. UNNs kapasitet for samarbeid med de andre lokalsykehusene, særlig på Helgeland ble svekket.

Ledere og ansatte vil i en sammenslåingsprosess måtte prioritere omfattende administrative oppgaver på bekostning av drift og utvikling av pasienttilbudet. Den største risikoen er at både region- og universitetssykehusfunksjonene og lokalsykehusfunksjonene kan bli lidende. Det vil kunne svekke det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet i regionen.

Samhandling kan, som det er fremhevet i regional utviklingsplan, gi noen ytterligere felles klinikker, muligens innen laboratoriemedisin. I Trøndelag er det nå en felles klinikkleder for bildediagnostikk, selv om klinikken fortsatt rapporterer både til HNT og til St. Olavs. **Slik type samarbeid kan vurderes på flere områder, men vil ikke være relevant for alle fag. De teknologitunge fagene som bildediagnostikk og laboratoriemedisin er mest relevante.**

### **Forskningslitteraturen om sykehusfusjoner taler mot fusjon**

Fra forskningslitteraturen vet vi at hvis en vet sammenslåing mellom helseforetak skal gi vesentlige kostnadmessige innsparinger må en gjøre endringer i funksjonsfordelingen og sentralisere akutte tjenester. Mandatet for utredningen gir ikke åpning for å endre akuttfunksjonene.

Den mest omfattende britiske studien (Gaynor, Laudicella et al. 2012) analyserer sykehussammenslåinger som skjedde i perioden 1997 og 2006. Til grunn for analysen ligger vel 150 sykehus der om lag 1/3 har vært gjennom sammenslåinger. Analysen er bredt anlagt i form av at flere forhold analyseres. Konklusjonene er at aktiviteten går ned etter sykehussammenslåinger, det er også en reduksjon i sykehusenes overskudd (eller økning i underskudd), det skjer ingen produktivitetsendringer og det skjer ingen endringer i kvalitet (for noen kvalitetsmål, f.eks. overlevelse for slagpasienter er det også negative effekter). Det var bare små forskjeller i effekter mellom store og små sykehus og mellom sykehus i områder med høy og lav sykehustetthet (som i hovedsak reflekterer by-land-dimensjonen).

Analyser av sykehussammenslåinger i Norden er gjort i Norge og Danmark. Den norske studien (Kjekshus and Hagen 2007) analyserte effektivitetseffekter av sykehussammenslåinger som skjedde i perioden 1992 til 2000. I perioden ble 17 sykehus sammenslått til 7 større enheter. Resultatene viste at sammenslåingene generelt ga en negativ effekt på kostnadseffektiviteten på 2,5 prosent og ingen signifikante effekter på sykehusenes tekniske effektivitet.

Ved enkeltsykehus kunne det imidlertid observeres positive effektivitetsgevinster. Dette gjaldt særlig for Sykehuset Østfold. I Østfold ble 5 enheter slått sammen og 3 av disse nedlagt. Dette er ikke i tråd med mandatet for utredningen av helseforetaksstrukturen i Trøndelag. Spørsmålet blir da om man kan få til like store kvalitetsgevinster ved samhandling mellom helseforetakene som ved en evt fusjon?

Analysene av effekter av sykehussammenslåinger viser at de kan gi effektivitetsgevinster, men at effektivitetsgevinster forutsetter at det skjer reelle endringer i sykehusenes organisasjon og funksjonsfordeling. Skal en hente ut stordriftsfordelene må en restrukturere aktiviteten slik

eksempelet fra Østfold indikerer. Denne konklusjonen finner støtte både i norske og internasjonale studier.

### **Helseplattformen og effekter for prosjektet**

Prosjektet Helseplattformen skal innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Helseplattformen skal gi økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerheten, gi mer brukervennlige systemer og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre oppgavene på en bedre og mer effektiv måte. Helseplattformen vil være en god grunnmur i hele helseregionen.

Det er innebygget kunnskap i Helseplattformen som også skal redusere mulighetene til å gjøre feil. Koblet sammen med forutsigbare pasientforløp får vi en mer effektiv og sammenhengende helsetjeneste som øker pasientsikkerhet og kvalitet på tvers av helsetjenestenivåene i hele regionen.

Det er prosjektgruppens oppfatning at Helseplattformen, slik den er planlagt implementert, vil bidra til betydelig forenkling og harmonisering av informasjonsflyt og pasienthåndtering i helseregionen.

### **Nasjonale og regionale føringer for prosjektet**

Nasjonal sykehusplan legger til grunn at alle sykehus må samarbeide tettere enn i dag. Å opprettholde tilbud nærmest mulig pasienten er viktig, men verken økonomisk bærekraft eller tilgang på kompetanse gjør det mulig å ha parallelle tilbud ved alle enheter. Desentraliserte tilbud forutsetter at fagmiljø må organiseres i forpliktende faglige nettverk med et sterkt fagmiljø som tydelig tyngdepunkt i hvert foretak. Disse nettverkene må sørge for en hensiktsmessig oppgavefordeling. For å utnytte kompetanse og ressurser effektivt må det være et mål å ha minst mulig duplisering av vaktberedskap og oppgaver. Nettverkene må også sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Helse Midt Norge RHF må også tenke helhetlig om tilbudet i regionen.

Økt spesialisering medfører behov for å sentralisere noen oppgaver. For å frigjøre kapasitet i de større sykehusene, utnytte kapasiteten ved alle sykehus og sørge for et likeverdig tilbud i hele regionen, bør Helse Midt ha en aktiv politikk også for desentralisering. I denne sammenheng vil det være sentralt å utnytte teknologiske muligheter.

Områder som særlig peker seg ut for regional samling av ressurser er områder der vi kan samordne tilbudet uten at vi må flytte på pasientene. Helseforetakene peker i sine utviklingsplaner blant annet på områdene bildediagnostikk, laboratoriemedisin og patologi som aktuelle områder for oppgavedeling mellom helseforetakene.

### **Pasientenes valg av sykehus – konsekvenser for Helse Nord-Trøndelag**

Innenfor somatiske tjenester skjer en betydelig andel av aktiviteten for befolkningen i opptaksområdet til Helse Nord-Trøndelag i sykehus utenfor foretaket. Dette har økonomiske konsekvenser i form av et internt gjestepasientoppgjør og potensielt også gjennom lavere utnytting av kapasiteten ved egne sykehus. Til en viss grad vil dette dreie seg om regionsykehuspasienter, og reflektere funksjonsfordelingen innen Helse Midt Norge. Under ordningen med fritt behandlingsvalg står også befolkningen fritt til å velge andre sykehus enn de i Levanger og Namsos.

En stor andel av pasientene i HNT reiser ut av opptaksområdet for å få sin behandling. Befolkningen i kommunene tilhørende sykehuset i Levanger har en større andel av sin bruk av tjenester hos private og ved St Olav. For HNT samlet behandles vel 6 av 10 pasienter (justert for DRG) ved eget foretak. Private aktører står for 11,7 % av aktiviteten. (Kilde: Magnussen utvalget, 2020)

Prosjektgruppen anbefaler HMN å arbeide videre i samarbeid med HNT og St. Olavs om hvordan oppgavefordelingen mellom helseforetakene kan sikre at flest mulig av pasientene som ønsker å få sine spesialisthelsetjenester nært eget bosted, spesielt elektive funksjoner.

### **Samhandling med primærhelsetjenesten**

Pasientene i Trøndelag skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Det er en risiko for svekket lokalkunnskap om pasientene og svakere relasjoner til kommunehelsetjenesten ved en fusjon mellom helseforetakene. Koordinering av behandlingsforløp i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan bli utfordrende ved en fusjon. Det blir flere (og mer fjerntliggende) kommuner å samarbeide med.

Det er uavhengig av fusjon nødvendig å få samhandlingen innenfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten til å fungere hver for seg. Like nødvendig er det å få samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten til å fungere. For å lykkes er det nødvendig også å få fastlegene med på laget. En samhandlingsorientert helsetjeneste til en aldrende befolkning med mer sammensatte lidelser vil være preget av mange overganger, og behov for presisjon i samhandlingen både i forhold til helsefaglig kvalitet og tid/logistikk. Dette krever godt lagspill.

Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene for å bidra til at pasienter mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Det er opprettet administrative samarbeidsutvalg (ASU) for alle tre helseforetak i regionen, i tillegg til politiske samarbeidsutvalg for Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. I tillegg finnes en rekke kliniske og lokale samarbeidsutvalg som underutvalg av ASU. Samarbeidsavtalene er et viktig rammeverk for samhandling, og samarbeidsutvalgene er blitt en viktig arena for dialog og felles problemforståelse. Det er blitt betydelig bedre kvalitet på samhandlingen mellom sykehus og kommuner ved innleggelse og utskrivning, selv om det fortsatt er mer å gå på. Reduksjonen i utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus har stoppet opp. Særlig gjelder det i store kommuner og vertskommuner. (Kilde: Regional utviklingsplan for Helse Midt RHF.)

Det etableres nå helsefellesskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Fastlegene bør få en rådgivende rolle, kommunene i helseforetaksområdene bør samordne seg bedre enn i dag, og nasjonale myndigheter må være tydelige i sine forventninger til hva kommuner og sykehus bør oppnå i de nye helsefellesskapene

Ett godt eksempel i regionen på bedre samhandling på tvers av nivåene er Røros-prosjektet. Dette kan gjerne ses på i flere områder av Trøndelag/HMN.

Rørosprosjektet er et samarbeid mellom St. Olavs hospital og kommunene i Rørosområdet. Kommunene og sykehuset bruker moderne teknologi som mobil prøvetaking, videoløsninger og andre telemedisinske teknologier til å utføre avansert diagnostikk hjemme hos pasienten. På den måten spares pasientene for unødig transport til legevakt og innleggelse. Helsepersonellet yter tjenester på tvers av nivåene uavhengig av hvor de er ansatt.

Hva er det å lære? I Trøndelag kan vi styrke helsetjenesten utenfor sykehus, med økt vektlegging av egenomsorg og bedre oppfølging av kronisk syke med sikte på å forebygge sykehusinnleggelser. Videre bør man bedre overvåkingen av kvaliteten i tjenestene, og man bør etablere felles IT-systemer som gjør det mulig å bruke virksomhets- og kvalitetsdata til å forbedre tjenestene. Dette

etableres nå ved hjelp av Helseplattformen, og slik sett er veien kortere til å lykkes med helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten.

### **Pasientenes helsetjeneste- konsekvenser for brukerne**

Pasientene skal være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Både pasient og pårørende blir sett og hørt – med ord de forstår. Samvalg er det normale, innbyggerne kan kommunisere med tjenesten digitalt, og brukerne medvirker i utforming av tjenesten.

Ved en fusjon er det risiko for dårligere opplevd kvalitet på brukermedvirkning. Større avstand mellom administrasjon og brukerutvalg, og redusert innflytelse. Men det kan også medføre en profesjonalisering av brukermedvirkningen og dermed øket kvalitet.

Ett sentralisert brukerutvalg i en stor og kompleks organisasjon (hvis foretakene ble fusjonert) er utfordrende. Dette kan gå på bekostning av lokalkunnskap. Mer reiseaktivitet gir mindre deltagelse fra «ytterkantene» av fylket.

### **Konkrete tiltak fra prosjektgruppen for å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet:**

Prosjektgruppen har pekt på at det er mer sannsynlig å oppnå den ønskede styrkingen av kvaliteten i tjenestetilbudet gjennom økt samarbeid, heller enn gjennom en sammenslåing av St Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Dette innebærer en mer forpliktende samhandling mellom alle de tre foretakene i Helse Midt Norge.

Prosjektgruppen anbefaler at HMN inkluderer HMR når forelåtte tiltak i prosjektarbeidet skal iverksettes.

#### **1. Prosjektgruppen ser behovet for et tydeligere RHF i oppgavedeling**

Som eier har det regionale helseforetaket ansvaret for beslutninger knyttet til funksjonsfordeling og for å tilrettelegge for regionale utviklingsprosesser og standardisering på områder preget av stor variasjon i tilbudet.

RHFet kan ta en mer aktiv rolle i å identifisere områder hvor man bør ha en regional standard, eller hvor det er ønskelig å ha en felles utvikling. RHFet kan legge føringer og forventninger til samarbeid på tvers i regionen og spesifisere dette i mandatet til fagledernetverkene.

RHFet kan i større grad enn i dag følge opp samarbeidet mellom HFene.

RHFet bør bidra til å styrke interaksjonen mellom de ulike fagledernetverkene og fagdirektørmøtet, slik at tema hvor det er uenighet for eksempel knyttet til hensiktsmessig funksjonsfordeling eller standardisering, blir løftet til dette foraet og nødvendige beslutninger blir tatt med støtte fra RHFet.

På denne måten kan RHFet bli en tydeligere premissleverandør for økt samarbeid.

#### **2. Fagledernetverkene styrkes**

Helse Midt-Norge har bedt St. Olavs hospital om å lede fagledernetverk innenfor de ulike fagområdene. Disse nettverkene har en viktig rådgivende funksjon med hensyn til oppgavedeling og koordinering mellom sykehusene i regionen. Regionale standardiserte pasientforløp er en måte å kvalitetssikre at oppgavedelingen fungerer godt for den enkelte pasient.

Dagens mandat til fagledernetverkene er som følger (fra 01.03.19):

«Administrerende direktør godkjenner mandat for fagledernettsverk i Helse Midt-Norge og det overordnede ansvar for å følge opp arbeidet i fagledernettsverkene følger gjeldende myndighetsstruktur. Fagledernettsverkene fremmer ved behov saker til fagdirektørmøtet for beslutning. Fagledernettsverkene skal arbeide for at helsetjenestene skal være likeverdige, kunnskapsbaserte, tilgjengelige og bærekraftige i tråd med det til enhver tid gjeldende Oppdrags- og styringsdokument, og bidra til å utvikle virksomheten gjennom arbeid med:

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Reduksjon av uønsket variasjon i spesialisthelsetjenesten, herunder medisinsk praksis
- Pasientinvolvering og -opplæring, pasienttilfredshet
- Kompetansebygging og utdanning i regionen
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus
- Utvikling av forskningsnettverk
- Videreutvikling av samarbeidet med kommuner, fastleger og private aktører
- Helseplattformen

Fagledernettsverkene ledes fra St Olavs hospital dersom ikke annet er særskilt avtalt.»

Erfaringen p.t. er at det er variasjon i hvor godt fagledernettsverkene fungerer. Enkelte fagområder har utstrakt samarbeid både knyttet til forskning og pasientbehandling, og fungerer i henhold til intensjon. Andre fagområder har betydelig forbedringspotensial.

Prosjektgruppen anser det nødvendig å styrke fagledernettsverkene for å realisere ønsket om mer forpliktende samarbeid på tvers i regionen. Dette kan gjøres på ulike måter:

- Det er ønskelig at RHFet som eier tydeliggjør mandatene til fagledernettsverkene.
- Alle fagledernettsverk utfordres på å identifisere strategiske og operative samarbeidsområder og forbedringsområder.
- Fagledernettsverk hvor det er stort potensiale for økt samordning og samarbeid identifiseres og utfordres spesielt. Det må gjøres tiltak for å styrke fagledernettsverk som ikke fungerer, for eksempel gjennom tilbud om sekretariat-støtte fra RHF.
- Fagledernettsverkene må ta et tydelig ansvar for å sikre regionalt samarbeid og funksjonsfordeling.
- Fagledernettsverkene må ta ansvar for utarbeidelse av regionale fagprosedyrer og må ha en sentral rolle i utvikling av Helseplattformen.
- St Olav må i større grad ta ansvar for sin lederrolle i fagledernettsverkene, og det bør øremerkes ressurser for å prioritere og understøtte dette arbeidet. Fagledernettsverkene bør involvere relevante yrkesgrupper.
- Styrke fagledernettsverkene og videreutvikle forskningsnettverk med utgangspunkt i CAG-strukturen. Høste erfaring fra eksisterende CAG-er og eventuelt vurdere etablering av nye
- Fagdialog mellom sykehus og kommune bør beskrives. Det er krevende å vite hvordan kommunikasjonen mellom fagledernettsverkene og samhandlingsstrukturene skal være.

**Prosjektgruppen ser behovet for hospitering, erfaringsutveksling, felles avtaler om utdanning, og rotasjonsordninger.**

Dette er alle elementer som kan være mulig å gjennomføre uten et felles helseforetak i Trøndelag, men ved avtaler. Ansattrepresentanter samt Legeforeningen og andre fagforeninger må trekkes inn i en dialog her.

Det er en utfordring at universitetsklinikken St. Olavs har et større antall legespesialister som ikke får overlegestillinger, mens tilsvarende kompetanse mangler ved lokalsykehusene.

I noen fagområder er det mangel på spesialisert kompetanse i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal, mens det er lettere å rekruttere til St. Olavs hospital. Helse Midt-Norge bør iverksette en utredning i tett dialog med bl.a. Legeforeningen for å se om man gjennom stimulerings tiltak kan oppnå en mer hensiktsmessig fordeling av spesialistkompetansen i HMN. Et eksempel på dette kan være legespesialister uten overlegestilling på St. Olav, som gjennom stimulerings tiltak kunne ha tatt overlegeoppgaver i HNT eller HMR. Dette styrker også samarbeidet.

Felles opplæringstiltak knyttet til undervisning, opplæring i nye metoder, forskning og fagutvikling Fagledernetverk og faglig samarbeid må utvikles videre for alle fagområder uavhengig av foretak eller sykehusstruktur. Det er samarbeid mellom fagmiljøene som avgjør fagmiljøenes styrke og utvikling i regionen.

Ambuleringsordninger/rotasjonsordninger vil redusere behovet for innleie av eksterne ressurser der det ikke er lokal kompetanse, og dermed bidra positivt på kostnadssiden. Bedre faglig tilbud lokalt og reduserte pasientreiser kan være en effekt.

Mindretallets innstilling i prosjektgruppen. Ja til fusjon mellom St. Olavs hospital HF og HNT

### **Sammenslåing av St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF fra 2024 etter at Helseplattformen er implementert.**

Blant prosjektgruppens 29 medlemmer var det et lite mindretall - 5 som anbefaler fusjon mellom helseforetakene. Mindretallets innstilling beskrives her og står for disse medlemmene, ikke resterende prosjektgruppe.

«En fusjon svarer godt på framtidens pasienters behov og har en rekke **styrker**: Pasientflyten har endret seg med endring av befolkningsfordeling i geografi og alder. Værnes regionen vil bli bedre ivaretatt i og med at veldig mange der ønsker å benytte St. Olav som primær sykehus. Mye tallgrunnlag som underbygger dette.

Ø. Hjelpstrafikk fra Stjørdal og Meråker ønskes styrt til Sykehuset Levanger, selv om det er kortere reisevei til Trondheim, og bredden i kompetansen er større der. Pasient, fastlege og ambulanspersonell har ansvar for det akutte forløpet med transport, og vurderer risiko for komplikasjoner og forsinkelser i en uavklart medisinsk nødsituasjon. Derfor blir en god del pasienter kjørt til Trondheim i stedet for Levanger. Det gir kapasitetsproblem i Trondheim og økonomisk svikt i Levanger, som kunne vært unngått under ett styringsorgan.

En fusjon vil gi forpliktende samordning og ressursfordeling i fylket:

- Det vil gi mer tydelig styreansvar
- Vil gi mindre byråkratisk fordeling
- Vi gi en fornuftig funksjonsfordeling ut ifra at man har fagnettverkene som kan legge grunnlaget på faglig basis for hvordan «funksjonskartet» bør se ut i et Helse Trøndelag.
- En fusjon vil medføre at lokalsykehusfunksjon i St. Olav må defineres tydeligere
- Nye tjenester etableres helhetlig og tilpasses omverdenen
- Bemanning kan styres f.eks. i beredskapssituasjoner
- Vi gi ensartet avtaleverk med kommunene (eksempelvis prehospitale tjenester)

Dette er i dag et særlig problem for Værnesregionen, som må forholde seg til 2 HF, som i dag ofte betyr forskjellige avtaleverk, da de ikke snakker sammen.

- Sykehusene består
- Noe endret innhold tilpasset omverdenen og dette kommer man fram til gjennom **fagledernetverkene**.
- Ansvaret er bedre plassert ved at **fagledernetverkene** styrkes, men St. Olavs sin stemme vil alltid veie tungt.
- Det er ikke tenkt at RHF skal ha sterk innblanding i hvordan **fagledernetverkene** arbeider.
- Betydningen av fagledernetverk mellom sykehusene i ett helseforetak synes best når styring, funksjonsfordeling og prioritering foregår i helseforetaket. Å overlate flere overordnede styringsfunksjoner til RHF vil lage en ekstra avstand mellom fagledernetverk og besluttsende organ.
- Det er viktig å presisere at man skal slå sammen HF og ikke sykehus.

### Muligheter ved en fusjon:

Spisskompetansen i Trondheim får bedre muligheter hvis en del elektive, avtalespesialist- og polikliniske funksjoner flyttes til andre steder.

- Ved å flytte lokalsykehusfunksjoner ut fra St. Olav, så kan ovennevnte spissing foretas innen regionsykehusfunksjoner og forskning (NTNU).
- Pasientforløp Ø. Hjelp kan følge mer fornuftig retning
- Poliklinisk tilbud kan plasseres bedre i forløpet
- Gjelder også HMR
- Kompetanse opprettholdelse bl.a. ved rotasjon til nytte for kvaliteten i alle sykehusene
- I dag må alle som vil spesialisere seg dra stort sett til St. Olav (unntatt psykiatri). Det må være likeså stor selvfølge at de som vil jobbe på to steder må få muligheten til det. Uten fusjon er det en tydelig barriere, og en vanskelig øvelse å gjennomføre. Dette vil kunne **styrke fagmiljøer** på andre sykehus. En slik ordning kan fint gjelde HMR også, men det ville vært fint å prøve ut i et felles Helse Trøndelag i første omgang. Det er åpenbart fagpersoner, som kan tenke seg å jobbe slik og det vil være lettere i første omgang å få til det i et samlet HT.
- Frykten for at personell ikke vil flytte på seg fra Trondheim har fått nokså stor plass i prosjektdiskusjonen. Rekruttering til spesialiserte roller er over tid krevende i HNT, særlig i fagene med mindre volum, som f.eks. ØNH, Øye, Nevrologi, Revmatologi, Hud. Det har ført til et privatisert marked, og tiltak for å sikre et minimum av tilbud utenom Trondheim er mer krevende i regi av HNT alene enn hvis helseforetaket var fusjonert med St. Olavs.
- Fagledernetverk er fortsatt nødvendig

### Motivasjon / Behov:

Erfaringene i Levanger-Namsos og Værnes regionen viser at

- Økonomisk fordelingsnøkkel fortsatt problem
- Styring av pasientstrøm er et tiltak for ressursfordeling og ikke tilpasset pasientforløp
- Mer enhetlig spesialisthelsetjeneste behøves
- I dette ligger det en mer fornuftig fordeling av pasienter. Dette betyr at man f. eks. i et felles henvisningsmottak i et Helse Trøndelag kan fordele spesielt elektive pasienter på en helt annen måte. Derved vil man lettere kunne styre pasienter som i dag søker seg til St. Olav mer mot Levanger, men også Namsos. Det kunstige presset som er på St. Olav i dag, kan minskes og fagmiljø på de to andre sykehusene kan styrkes. Erfaringer rundt dette vil også kunne komme Helse Møre og Romsdal (HMR) til gode. I tillegg vil HMR få sikret tilbudet for regionale tjenester for sitt område ved St. Olav.



### **Mer forpliktende samhandling mellom helseforetakene**

Eldrebylgen og befolkningsutviklingen endrer innholdet og behovet for pasientene fra et lokalsykehus. For å skape den beste helsetjenesten for befolkningen i Trøndelag er vi avhengige av mer forpliktende samhandling mellom helseforetakene i Trøndelag og dette oppnås best ved fusjon av HNT og St. Olavs. En slik samhandling vil kunne sikre et desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud noe som er svært viktig, fordi nærhet til de vanligste tjenestene har stor betydning for å gi et tilfredsstillende tilbud for befolkningen. En bedre samhandling vil på denne måten være viktig for å styrke lokalsykehusene. På samme vis vil en god samhandling gi St. Olavs hospital større mulighet til å fokusere på sine universitets – og spissede funksjoner/regionale oppgaver. Dette vil komme også Helse Møre og Romsdal til gode, og vil være med på å styrke kvaliteten på helsehjelpen i hele regionen. Å få til en forpliktende samhandling som svarer ut behovet for befolkningen vil være mye mer ressurskrevende, og sannsynligvis ikke mulig, uten fusjon.

Inndelingen i HF-ene i dag er basert på historiske forhold

- Dette betyr at spesielt HNT må spre sine tjenester for å demme opp mot pasientflukt fra spesielt sørdelen av HNT. Det krever både økonomiske, materiellmessige og personellmessige utfordringer, som man kunne unngått ved et felles Helse Trøndelag. Vi greier mer styrt spredning av tjenester der hvor behovet er, ved en fusjon. Trusselbildet som alltid ligger over sykehus og enkelte enheter, kan reduseres betraktelig.
- Kommunene i Værnes regionen opplever en tydelig todelt tjeneste av ambulanse og AMK i regionen. Tjenestene drives av St. Olavs Hospital for to kommuner, og av HNT for de to andre. Kommunene har på sin side felles legevaktdistrikt, men bare på kveld og helg. Med så mange styringslinjer og ansvarsfordeling er den akuttmedisinske kjede vanskelig å utvikle og drifte helhetlig. Ressursbehov på tvers av «foretaksgrensen» oppstår daglig, og planleggingen er fragmentert.

Lokalsykehusfunksjon i St. Olav – definerer ikke tydelig hva som er regionsykehusfunksjon i debatten

- Å definere lokalsykehusfunksjonen bør være ulik mht. ø.hjelp og elektiv behandling. Dette er tydeligvis for krevende å fordele helhetlig i dagens foretaksstruktur.

Funksjonsfordeling internt i HNT i dag er allerede avhengig av St. Olav

- Sentraliseringsspørkelset kan håndteres bedre. Det betyr at usikre arbeidsplasser kan sikres ved b.l.a. mer «up to date» pasientfordeling gjennom en tydelig felles strategi. Her vil også på enkelte områder tydelig funksjonsfordeling være med på å roe usikkerhet.
- Ved å ha ett sammenslått helseforetak i fylket vil pasientstrømmen kunne beregnes mer etter befolkningens forventning i ø.hjelp, mens elektiv behandling kan plasseres strategisk til de ulike sykehus i et helhetlig planbilde. Fordeling av spesialistkompetanse fordeler også kompetanse på ø.hjelp, og vise versa. Det er godt utgangspunkt for at sykehusene samarbeider godt under en felles funksjonsfordeling.

Helse Møre og Romsdal kan ha fordeler ved bedre definering av regionale/lokalsykehusfunksjonene

- I dette ligger det en evt. nødvendig styrking av administrasjonen i RHF for å ivareta at det ikke skjer noe forrykning av balanse mellom dagens HNT og HMR. Dette gjelder spesielt innen utdanning, regionsykehusfunksjon til St. Olav og forskning.
- St. Olav vil bedre kunne ivareta regionsykehusfunksjonen og universitetsfunksjonen ved å redusere presset som oppstår ved stadig økende tilsig av lokalsykehusfunksjoner fra dagens HNT. Dette vil også komme HMR til gode.»

## SWOT analyse

Prosjektgruppen har utviklet følgende SWOT analyse for et evt sammenslått helseforetak i Trøndelag. Hovedpunktene er beskrevet i bildet:

<b>STYRKER</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Økt robusthet i små og sårbare fagmiljøer</li><li>• Mulighet for hensiktsmessig funksjonsfordeling</li><li>• Samarbeid om ressurser / spesialister</li><li>• Mulighet for fornuftig funksjonsfordeling</li><li>• Kvalitetsgevinster ved sentralisering av spesialiserte funksjoner og desentralisering av høyvolum funksjoner.</li><li>• Standardisering av utstyr, rutiner, prosedyrer / mindre variasjon</li></ul>	<b>SVAKHETER</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kan svekke St. Olavs spissede funksjoner / universitetssykehusfunksjonen inkl. forskning</li><li>• Kostbar og langvarig omstillingsprosess</li><li>• Kan svekke akutt- og lokalsykehusfunksjonen i HNT</li><li>• Større avstand til ledelse og beslutninger. Flere nivåer og mer kompleks ledelse</li><li>• Kan påvirke HMR negativt. St. Olavs fokus rettes nordover</li><li>• Økt kompleksitet i ansatt- og brukermedvirkningen</li></ul>
<b>MULIGHETER</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bedre og mer standardisert samhandling med kommunene</li><li>• Mer optimal utnyttelse av Helseplattformen</li><li>• St. Olavs / NTNU merkevare til rekruttering og forskning</li><li>• Enklere og mer effektiv styring av pasientstrømmen der brukernes ønsker i større grad ivaretas</li><li>• 'Entydig og bedre håndtering av private aktører</li><li>• Redusert innleie av eksterne ressurser</li></ul>	<b>TRUSLER</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mer krevende samhandling med kommunene, større avstand til primærhelsetjenesten</li><li>• HMR orienterer seg sørover, reduserer nedslagsfelt for forskning. St Olavs svekkes relativt til Oslo og Bergen</li><li>• Mindre fokus på universitets- og spissede funksjoner kan gi reduserte bevilgninger til forskning.</li><li>• Eksternt drevet omkamp om valgt løsning. Tar vekk fokus, beslaglegger ressurser og hindrer implementering</li><li>• Kutt i samlede økonomiske rammer til kjerneoppgaver – forventning om effektivisering.</li></ul>

## Om Helse Midt-Norge RHF og «Strategi 2030»

Helse Midt-Norge RHF leverer spesialiserte helsetjenester til befolkningen i Trøndelag og Møre og Romsdal innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hovedoppgavene er å sørge for pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning. Helse Midt-Norge RHF ble opprettet 1. januar 2002, med hovedkontor på Stjørdal, og overtok da ansvaret for drift av sykehus fra fylkeskommunene. HMN driver i dag diagnostikk og behandling gjennom tre sykehusforetak med et helhetlig ansvar innenfor hvert sitt geografiske område: Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs hospital HF. I tillegg driver HMN Sykehusapotekene i Midt-Norge HF som et eget foretak for hele regionen. Enkelte tjenester, deriblant IKT og forvaltning av logistikk-og økonomisystem er samlet i det regionale helseforetaket.

Helse Midt-Norge vedtok i 2016 «Strategi 2030» med en ambisjon om å «tilby fremragende helsetjenester til befolkningen i Midt-Norge». Strategi 2030 beskriver retningen spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge må ta for å møte samfunnets samlede behov for helsetjenester i årene som kommer. Strategi 2030 har fire strategiske mål:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste.
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell.
- Vi er gode lagspillere

## Om helseforetakene i regionen

St. Olavs hospital er regionens universitetssykehus og den naturlige faglige spydspissen i spesialisthelsetjenesten. Vi opplever at alle helseforetak i regionen slutter opp under denne funksjonen og ser et sterkt universitetssykehus som en viktig forutsetning for hele tilbudet. Universitetssykehuset har ansvar for å lede faglige nettverk og fungerer som kompetansesenter innenfor de fleste medisinske fagområder. Ålesund er regionens nest mest differensierte sykehus og et sterkt midtpunkt for tilbudet i Møre og Romsdal. Hovedregelen til nå har vært at det enkelte helseforetak i all hovedsak har vært selvforsynt med administrative og andre støttetjenester, med unntak av IT-området som er regionalisert i Helse Midt-Norge IT (Hemit). Det har innenfor regionen vært pågående diskusjoner om en sterkere samordning på flere områder. Så langt har disse diskusjonene i liten grad medført strukturendringer. Blant de områder der diskusjonene er mest modne er bildediagnostikk, laboratorievirksomhet, patologi og logistikk/forsyning. (Kilde: Regional utviklingsplan for HMN 2019-2022)

Når det gjelder bildediagnostikk er det fra 1.1.2020 ansatt en felles klinikkleder i Trøndelag og dette tiltaket har så langt bidratt positivt til å utvikle kvaliteten på tjenestene.

## Samfunnsmessige endringer som påvirker helseforetakene i Trøndelag

Spesialisthelsetjenesten vil ikke kunne løse utfordringene alene. Utfordringene må møtes, og mulighetene utnyttes, i et tett samspill og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og utdanningsinstitusjonene.

Per 1.1.2020 er vi 468 702 trøndere. Totalt er det 9 kommunesammenslåinger i Trøndelag i 2020 med 19 involverte kommuner. Trøndelag går fra 48 til 38 kommuner.

Siden 2010 har befolkningen i Trøndelag økt med 10,1 % eller 42 909 personer. Befolkningens alderssammensetning vil i løpet av de neste ti-årene endres kraftig, med stor vekst i folketallet og antall eldre. Dette innebærer betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester. Framskrivning viser at Helse Midt-Norge vil ha en økning på 42 pst. i antall personer over 67 år innen 2030. I løpet av 2019 har det blitt 2 928 flere innbyggere i Trondheim og per 1 januar 2020 var det 205 163 innbyggere i trønderhovedstaden. Trondheim, som har 43,8 % av innbyggerne i fylket, har dermed stått for 95,4 % av befolkningsveksten i Trøndelag det siste året.

Alder har stor betydning for utviklingen av sykkelighet. Sykdom øker med alderen, og eldre har ofte flere sammensatte lidelser enn yngre. Behovet for helhetlige og godt koordinerte tjenester vil derfor øke. 70 åringer bruker omtrent dobbelt så mye helsetjenester som en 40 åring. Økt antall eldre og en økning i levealder vil gi en økning i antall mennesker som lever med en kronisk lidelse. Samfunnet står foran store endringer i årene fremover.

I dag står 1 pst. av befolkningen for 20 pst. av bruken av spesialisthelsetjenester. Egne tall fra Helse Midt-Norge viser at 10 pst. av befolkningen står for hele 70pst. av spesialisthelsetjenestene. De fleste storforbrukerne er i aldersgruppa 65 til 79 år. Nesten alle disse har en kronisk sykdom, og mange har flere samtidige sykdommer. Det er også en høyere andel pasienter i livets slutfase blant storforbrukerne.

Hittil har helsetjenesten hatt stor oppmerksomhet på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, mens det har vært mindre oppmerksomhet på å fremme helse og forebygge helseproblemer. For å skape pasientenes helsetjeneste, må spesialisthelsetjenesten interessere seg mer for hva den kan bidra med både for å forebygge og begrense sykdomsutvikling og øke pasientenes mestring og egeninnsats. Bosettingsmønsteret er i sterk endring og er preget av en sterk sentralisering, med

befolkningsvekst i byene og markert nedgang i utkantkommuner. Det er særlig de unge og innvandrere som flytter til byene. Denne utviklingen, kombinert med at vi blir stadig flere eldre, som sjelden flytter, vil endre pasientsammensetningen i regionen. Alle kommuner vil få flere eldre, og mange kommuner vil i 2030 ha nærmere en tredjedel av sine innbyggere over 67 år.

Spesialisthelsetjenesten må legge til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nær der de bor. Her vil samhandling med kommunenes helse og omsorgstjeneste være avgjørende for at pasientene skal kunne få et samlet, godt tilbud. (Kilde: Bakgrunnsnotat til strategi 2030 for Helse Midt Norge RHF)

En slik tilnærming til demografi, sykdomsutvikling og teknologiske muligheter krever at spesialisthelsetjenesten ser ut over sitt ansvarsområde. Økning i antall pasienter med sammensatte lidelser har stor betydning for kapasitets- og samhandlingsbehov, både i og mellom sykehus og mellom sykehus og kommunale tjenester.

### Pasientperspektivet

Pasienter med mange samtidige sykdommer, med langvarige kroniske sykdommer og pasienter med psykiske lidelser og rusproblem trenger ofte tverrfaglige tjenester fra kommune og spesialisthelsetjenesten samtidig. Det er krevende å gi sammenhengende og integrerte tjenester slik at pasientene opplever tjenesten som trygg og helhetlig. Vekslingene mellom tjenesteytere både innad i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen, og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, byr fremdeles på utfordringer for pasientenes tilfredshet, sikkerhet og kvalitet på behandlingen. Hittil har en heller ikke lyktes godt nok med å involvere fastlegene for å sikre bedre samordning med de øvrige deler av tjenesteapparatet.

Helsetjenesten har blitt mer spesialisert og oppdelt. Antall helsearbeidere har økt, det har blitt flere profesjoner, og hver profesjon er blitt mer spesialisert. Flere «breddespesialiteter» er på vei ut og kunnskapsutvikling virker selvforsterkende i retning oppsplitting. Organiseringen av tjenesten har fulgt den samme utviklingen. Enheter og utstyr har blitt stadig mer spesialiserte. Oppdeling og avgrensing gir driftsmessig oversikt for helsearbeideren og lederapparatet. Mye av denne spesialiseringen er til pasientens beste. Samtidig opplever både pasienter og tjenesteapparat ulemper med oppdeling. Pasientene ønsker å bli sett og møtt med helhet, samtidig som de vil ha tilgang til den beste spesialkompetansen. Pasientene kan oppleve tjenestene som uoversiktlige og fragmenterte, og at det glipper i overgangene mellom dem. I overgangen fra den ene helsetjenesten til den andre er det risiko for at kvaliteten svikter og at pasienten blir skadelidende.

Svikt i overføringen av informasjon mellom sykehus og kommuner er ett av hovedfunnene i det landsomfattende tilsynet med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen i 2015. (Kilde: Bakgrunnsnotat til strategi 2030 for Helse Midt Norge RHF)

Utviklingen som er beskrevet ovenfor krever at helsetjenesten ytes mer helhetlig. Det er stor ubegrunnet variasjon i forbruk og medisinsk praksis, både mellom sykehus og mellom helseforetak. Med ubegrunnet variasjon menes variasjon i forbruk av helsetjenester som ikke skyldes tilsvarende forskjeller i befolkningens sykkelighet. Dette kan både være et uttrykk for at befolkningen i noen områder ikke får helsetjenester de har bruk for, eller et uttrykk for at befolkningen i andre områder får behandling de ikke har nytte av, eller i noen tilfeller medfører unødig skade. Å redusere ubegrunnet variasjon blir en sentral utfordring for å sikre befolkningen et likeverdig helsetilbud.

### Arbeidskraftperspektivet

De demografiske endringene gir et økt behov for helsetjenester, men denne utfordringen kan ikke møtes med en tilsvarende økt vekst i spesialisthelsetjenesten.

En framskrivning av behovet for personell, som følge av befolkningsendringene, viser at helseforetakene i Midt-Norge vil ha behov for 25 pst. flere årsverk fram til 2030.

Kommunene vil ha tilsvarende eller større behov. Dette vil ikke være bærekraftig. Dette betyr at vi må behandle flere pasienter med relativt sett færre ansatte. Det krever at arbeidsprosesser og pasientforløp kontinuerlig forbedres, for å sikre tjenester i tråd med beste medisinske praksis, riktig ressursbruk og riktig bruk av kompetanse og teknologi. Det betyr også at vi må ta i bruk ny teknologi og tjenesteinnovasjon for å redusere kostnader og behovet for personell.

Kommunale helsetjenester vil stå overfor tilsvarende utfordringer og det vil derfor kunne oppstå konkurranse om arbeidskraft. Det er nødvendig med et godt og kontinuerlig samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene slik at vi får utviklet den kompetansen vi samlet trenger. Samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre tilgang på riktig kompetanse i riktig antall må utvikles og samordnes bedre enn i dag for å kunne løse utfordringene framover.

Utdanningskapasiteten har de siste årene økt og det er i dag stor søknad til helseutdanningene. Den største utfordringen knyttet til dette er praksisstedenes (praksisplasser, lærlingeplasser, turnusplasser) veiledningskapasitet. Tjenesten sliter med å stille tilstrekkelig mange plasser, og sikre ressurser til veiledning.

### Forskning i Helse Midt Norge

Helseregionen har mange sterke fagområder både i og utenfor helseforetakene, og på mange områder er det behov for samarbeid med eksterne miljøer for å kunne styrke helsetjenesten på best mulig måte. Det overordnede målet for forskning i regionen er: Forskningen i Helse Midt-Norge skal være internasjonalt konkurransedyktig, og styrke klinisk praksis og pasientbehandling. For å nå dette målet må forskningsaktiviteten styrkes, gjennom rekruttering av nye forskere og økt forskningsproduksjon. Nasjonalt og internasjonalt samarbeid er nødvendig, og det er et mål å få til større kliniske studier. Følgende satsingsområder er prioritert:

- klinisk relevant og pasientnær forskning
- forskning på kvalitet og pasientsikkerhet
- helsetjenesteforskning
- translasjonsforskning
- medisinsk teknologi
- global helseforskning

St. Olavs hospital er regionens universitetssykehus med over 500 vitenskapelig artikler og om lag 40 doktorgrader årlig. Helse Nord-Trøndelag produserer over 50 artikler og tre doktorgrader årlig, noe som er høyt i forhold til foretakets størrelse.

Forskning og innovasjon, sammen med utdanning og kompetanseutvikling, er nødvendige bidrag for å nå våre ambisjoner om fremragende pasientbehandling. Utfordringen er å integrere diagnostikk og behandling med forskning, innovasjon og utdanning. Disse aktivitetene skal inkludere alle yrkesgrupper på sykehuset. På den måten vil St. Olavs hospital utvikles som desto mer integrert med NTNU, hvor forskning, innovasjon og utdanning er tett koplet på pasientbehandlingen, og ikke som separate oppdrag. En akademisk læringsinstitusjon er ikke bare en virksomhet som leverer undervisning og forskning, men er også selvstående. Gjennom en akademisk tilnærming sikres kunnskapsbaserte beslutninger på alle nivå. Målet er å støtte fagpersoner i å ta beslutninger, slik at de kan utvikle praksis og unngå uhensiktsmessig og kostbar praksis.

### Erfaringer fra sammenlignbare prosesser

Internasjonal litteratur på sykehusfusjoner gir ikke et entydig resultat på alle punkter, men noen

hovedkonklusjoner, som er relevant for denne utredningen, kan likevel trekkes. De nyeste analysene viser klare stordriftsfordeler i sykehus. Sykehussammenslåinger kan gi effektivitetsgevinster, men gevinstene forutsetter at det skjer reelle endringer i sykehusenes organisasjon, for eksempel endring i måten tjenestetilbudet organiseres eller hvordan pasientstrømmene går. For å realisere stordriftsfordelene må en restrukturere aktiviteten. Nyttene kan derfor synes særlig relatert til at det er enheter som er fysisk samlokaliserte.

Effekten av sykehussammenslåinger på kvalitetsmessige forhold er uklar. Omfanget av internasjonal litteratur vedrørende sykehus i nettverk, som samarbeider og koordinerer tjenester og behandling til en del av befolkningen, er mye mindre enn litteraturen om størrelse, sammenslåinger, effektivitet og kvalitet. Virkemidlene som benyttes er likevel de samme som er brukt i Norge: Strukturering av pasientstrømmer, funksjonsdeling mellom sykehusene og til en viss grad samarbeid om bruk av personellressurser. (Kilde Prof. Terje P. Hagen UIO)

St. Olavs og HNT har allerede et nettverkssamarbeid, gjennom sin felles tilhørighet til Helse Midt RHF. Man kan argumentere for at potensielle gevinster kan hentes ut ved nærmere samarbeid mellom foretakene innen dagens struktur.

### Er det stordriftseffekter i sykehus?

Stordriftseffekter kan ha sin bakgrunn i flere forhold. Den grunnleggende økonomiske forståelsen er at faste kostnader kan deles på flere pasienter når aktiviteten øker. Gjennomsnittskostnaden per pasient vil da falle. Den noe bredere 'managementlitteraturen' påpeker at stordriftseffekter også kan oppnås gjennom læringsprosesser – når en har mange pasienter vil en skaffe seg erfaringer som gjør at en kan arbeide raskere – og det kan oppnås ved at en utnytter kapasiteten ved en avdeling bedre. Kompleksiteten i årsaksforhold gjør at stordriftseffektene kan variere med hvilket nivå en studerer (avdeling, sykehus eller helseforetak) og med hvilken type aktivitet en studerer (f.eks. elektiv eller akutt sykehusaktivitet).

Samdriftseffekter oppstår ved at kostnadene påvirkes av at aktiviteten i sykehuset består av flere 'produkter'. Dersom et sykehus er spesialisert til å ta akutte ortopediske inngrep, kan en kanskje oppnå positive samdriftsfordeler ved å behandle elektive ortopediske pasienter. Samdriftseffekten oppstår ikke ved at en da behandler flere pasienter, men ved at en behandler andre typer pasienter. Også samdriftseffekter kan oppnås på flere måter, ved at en utnytter innsatsfaktorer (f.eks. radiologiske avdelinger) bedre og ved at en lærer fra ulike deler av sykehusets aktivitet. (Kilde Prof. Terje P. Hagen, UIO).

Det finnes flere systematiske gjennomganger av effektivitetsstudiene. Aletras, Jones et al. (1997) er en gjennomgang av et stort antall studier med formål å gi anbefalinger til det britiske NHS om ønskeligheten av sykehussammenslåinger. De fleste studiene indikerte at stordriftsfordelene var uttømt ved 200-300 senger. Resultatene var uavhengig av analysemetode. Giancotti, Guglielmo et al. (2017) er det siste systematiske revyartikkelen som dekker temaene stordriftsfordeler og effektivitet. Artikkelen oppsummerer 105 ulike analyser for perioden 1969-2014 med særlig vekt på effekter av sykehussammenslåinger. Hovedkonklusjonene er at det er stordriftsfordeler ved sammenslåing av sykehus. Målt ved senger er det stordriftsfordeler ved sammenslåinger av sykehus med færre enn 2-300 senger. Skalaulemper kan oppstå ved enheter som er større enn 600 senger. Kan så stordriftsfordelene utløses ved sykehussammenslåinger? Sammenslåing av sykehus i Norge, og i andre land med hierarkisk styring av helsevesenet er som regel begrunnet i driftsmessige forhold. Ved å slå sammen sykehus kan man unngå duplisering av beredskap, funksjoner eller avdelinger, og man kan hente ut stordrifts- og samdriftsfordeler både i administrasjon og produksjon (NOU 1996).

Det er fra litteraturen anvist stordriftsulemper som oftest er knyttet til

- Byråkratisering/koordineringsproblemer.
- Avstand til beslutningstakere – mindre fleksibilitet
- Kulturforskjeller forsterkes, Forankring av beslutninger vanskeliggjøres
- Lavere kostnadseffektivitet knyttet til mindre ansvarliggjøring lokalt
- Lavere motivasjon

Dranove and Lindrooth (2003) skiller i sin kostnadsanalyse mellom enkeltstående sykehus som får felles eier og sykehus som blir fullt integrert gjennom økonomi- og personalsystemer. For sykehusene som kun får felles eierskap, altså inngår i et nettverk, finner analysen ingen effekter. For sykehus som blir sterkere integrert, finner analysen kostnadsreduksjoner på om lag 14 prosent. I en omfattende analyse av sykehussammenslåinger i USA fra perioden 2000-2010 finner Schmitt (2017) tilsvarende, men noe svakere effekter – sykehus som har vært gjennom sammenslåinger klarer å redusere kostnadene med 4-7 prosent. Kostnadsreduksjon øker over tid. Den er også større blant sykehus som inngår i et større nettverk enn for enkeltsykehus og den finnes primært ved sykehuset/ene som kjøpes opp.

Analysen av sammenslåinger basert på britiske data er langt færre enn de amerikanske studiene. Den mest omfattende britiske studien (Gaynor, Laudicella et al. 2012) analyserer sykehussammenslåinger som skjedde i perioden 1997 og 2006. Til grunn for analysen ligger vel 150 sykehus der om lag 1/3 har vært gjennom sammenslåinger. Analysen er bredt anlagt i form av at flere forhold analyseres. Konklusjonene er at aktiviteten går ned etter sykehussammenslåinger, det er også en reduksjon i sykehusenes overskudd (eller økning i underskudd), det skjer ingen produktivitetendringer og det skjer ingen endringer i kvalitet (for noen kvalitetsmål, f.eks. overlevelse for slagpasienter er det også negative effekter). Det var bare små forskjeller i effekter mellom store og små sykehus og mellom sykehus i områder med høy og lav sykehustetthet (som i hovedsak reflekterer by-land-dimensjonen).

Analysen av sykehussammenslåinger i Norden er gjort i Norge og Danmark. Den norske studien (Kjekshus and Hagen 2007) analyserte effektivitetseffekter av sykehussammenslåinger som skjedde i perioden 1992 til 2000. I perioden ble 17 sykehus slått sammen til 7 større enheter. Effektivitetsskåre ble etablert ved hjelp av dataomhyllingsanalyse (DEA) for både slåtte og ikke-slåtte sykehus, til sammen 53 analyseenheter i en 9 årsperiode. Deretter ble effekten av sykehussammenslåinger estimert ved hjelp av paneldatanalyse. Resultatene viste at sammenslåingene generelt ga en negativ effekt på kostnadseffektiviteten på 2,5 prosent og ingen signifikante effekter på sykehusenes tekniske effektivitet.

Ved enkeltsykehus kunne det imidlertid observeres positive effektivitetsgevinster. Dette gjaldt særlig for Sykehuset Østfold. Konklusjonen var tilsvarende som i noen av de amerikanske studiene (f.eks. Dranove and Lindrooth 2003) at karakteristika ved sammenslåingen har betydning for endring i sykehusenes effektivitet. I Østfold ble 5 enheter slått sammen og 3 av disse nedlagt.

Analysene av effekter av sykehussammenslåinger viser at de kan gi effektivitetsgevinster, men at effektivitetsgevinster forutsetter at det skjer reelle endringer i sykehusenes organisasjon. Skal en hente ut stordriftsfordelene må en restrukturere aktiviteten slik eksempelet fra Østfold indikerer. Denne konklusjonen finner støtte både i norske og internasjonale studier.

### Økonomiske besparelser på administrativ side ved sykehussammenslåinger

Det finnes en rekke eksempler på økonomiske besparelser på administrativ side etter sykehussammenslåinger. (Bazzoli et al. 2002, Soki Choi, Competing logics in hospitals mergers, p.13).

Administrative funksjoner ble raskt konsolidert etter en fusjon, og dublerede funksjoner ble tatt bort.

## Sykehussammenslåingenes effekter på kvalitet

Både i management-litteraturen og i den medisinske litteraturen er kvalitetsforbedringer nært knyttet til læringsprosesser ved stort volum (Li and Rajagopalan 1998, Birkmeyer, Siewers et al. 2002, Ramdas and Darzi 2017). I Norge antar vi at dette særlig gjelder for spesialiserte prosedyrer. Konsekvensen har vært at disse stort sett utføres ved sykehus som kan oppnå stort volum også for kompliserte pasienter slik som universitetssykehusene. Det argumenteres også for at stort volum gir stimulanter til innovasjon og forbedring av rutiner (Porter and Teisberg 2006).

En nyere analyse fra USA (Ibrahim, Sheetz et al. 2019) illustrerer hvordan funksjonsfordelingen innenfor kirurgi kan organiseres. I tabellen hentet fra artikkelen skiller det mellom kirurgi med høye kostnader og risiko, kirurgi med moderate kostnader og risiko, og kirurgi med lave kostnader og risiko.

**TABLE 1.** Network Strategies to Improve the Quality and Costs of Surgical Care

Strategy	Rationale for Implementation	Cost Reduction Mechanism	Potential Limitations	Example Procedures
1. Centralize High-Resource Intensive Operations	Take advantage of known, strong volume–outcome relationships	Reduction and early intervention of complications	Further concentration of market power leading to higher prices	Whipple, Esophagectomy
2. Standard Care Pathways for Moderate- Resource Intensive Operations	Optimal care requires multidisciplinary preoperative and postoperative care management	Avoid duplicate or nonguideline concordant care	Enforcement and monitoring of standardization practices	Breast Conservation Therapy
3. Decentralize Low-Resource Intensive Operations	Improve access to common operations that can be performed safely at lower volumes	Cost-shift to lower resource intense environments	Greater utilization driving higher costs or increases in lower-value care	Herniorraphy, Cholecystectomy

Det finnes også relativt få analyser av effekter av de ulike modellene for sykehussamarbeid. Moscovice, Wellever et al. (1997) konkluderer i sin analyse med at nettverkssamarbeid særlig der distriktsykehus inngår, har potensiale til å løse mange av de utfordringene de mindre sykehusene står overfor. Dette gjelder særlig samarbeid om pasientbehandling som gir større deler av en region tilgang til en spesialisert behandling.

## Overføringsverdi fra forskningslitteraturen til å vurdere effekter av sammenslåing mellom St. Olavs og HNT

Skal sammenslåingen gi vesentlige kostnadmessige innsparinger må en gjøre endringer i funksjonsfordelingen og sentralisere akutte tjenester. Mandatet for utredningen gir ikke åpning for å endre akuttfunksjonene. Det kan imidlertid være noen gevinster å hente ved å slå sammen deler av administrasjonen ved St. Olavs og HNT.

Kvaliteten kan trolig påvirkes av bedre samarbeid mellom sykehusene f.eks. ved at sentralisering av høyrisikobehandling, standardisering av forløp for behandling av pasienter med moderat risiko og desentralisering av lavrisikobehandling slik det er beskrevet foran. I en organisasjonsmodell der helseforetakene eies av et regionalt helseforetak vil en imidlertid kunne oppnå disse effektene gjennom initiativer fra RHF-et. Langt på vei er jo funksjonsfordeling og organisering basert på disse prinsippene innført i Norge ved at universitetssykehusene har ansvaret for høyspesialisert behandling mens lokalsykehusene har ansvaret for mindre spesialiserte prosedyrer. (Kilde Prof. Terje P. Hagen, UIO)



## Vedlegg til utredningen om helseforetaksstruktur i Trøndelag:

### Beskrivelse av St. Olavs Hospital HF

St. Olavs hospitals visjon er «Fremragende behandling». Ambisjonen er å være et sykehus som ligger i front når det gjelder pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. Vi vil videreutvikle organisasjonen slik at vi fortsatt kan yte helse-tjenester med høy faglig kvalitet, god pasientflyt, høy brukertilfredshet og optimal ressursutnyttelse. (Kilde: Utviklingsplan for St. Olavs)

I dag er St. Olavs hospital et integrert universitetssykehus med lokal-, region, og universitets-sykehusfunksjoner, i kontinuerlig utvikling. Det ytes lokalsykehustjenester til befolkningen i Trøndelag på 327 574 innbyggerne. I tillegg er vi universitetssykehus for Midt-Norge med 729 452 innbyggere (per september 2020). Sykehuset har omtrent 1000 disponible senger.

St. Olavs hospital HF, Universitetssykehuset i Trondheim, eies av Helse Midt-Norge RHF. Universitetssykehus er store komplekse virksomheter. Peter Drucker er blitt sitert slik: «They are said to be perhaps the most complex organizations in human history.»

Pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell er sykehusets fire hovedoppgaver, definert i lov om spesialisthelsetjenesten. Virksomheten omfatter spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tyngden av virksomheten ligger i Trondheim. St. Olavs hospital samarbeider tett med NTNU om å videreutvikle det integrerte universitetssykehuset.

Flere nøkkeltall for St. Olavs i 2019:

- Antall senger: 1 018
- Innleggelser: 62 853
  - Somatikk: 58 210
  - Psykisk helsevern og rus og avhengighetsmedisin: 4 643
- Andel øyeblikkelig hjelp (inneliggende somatikk) : 61 %
  
- Polikliniske konsultasjoner: 727 920
  - Somatikk: 404 243
  - Psykisk helsevern og rus og avhengighetsmedisin: 202 265
- Ansatte: 10 515
- Budsjett: 10,874 milliarder kroner
- Studenter medisin: 810 (135 per kull)
- Studenter helsefag: 1026 i praksis i ett år (ekskl. medisinstudenter)

### Dagens St. Olavs og historikk

Nye St. Olavs hospital - Universitetssykehuset i Trondheim, ble offisielt åpnet av kong Harald sommeren 2010. Staten, ved NTNU og St. Olavs hospital HF, eier og driver anlegget gjennom et tingrettslig sameie. NTNUs eierandel er ca.25 %. Det er lagt stor vekt på å utvikle et tett integrert universitetssykehus, og felles strategiske mål for sykehus og fakultet ble vedtatt i 2013. Undervisnings-og forskningsarealene er integrert med arealer for klinisk drift. Sykehuset er bygget etter en sentermodell. I idegrunnet heter det at «Sykehuset skal bygges på samarbeid i en helhetlig helsetjeneste, med medisinsk faglig kompetanse, pleie, omsorg og medmenneskelighet konsentrert mot pasienten». Første byggefase besto av Nevrosenteret, Laboratoriesenteret og

Kvinne-barn-senteret-ferdigstilt i 2005-2006. I andre byggefase fra 2008 til 2013 inngikk flere nye sentra.

På Røros drives poliklinisk virksomhet innenfor flere fagområder for befolkningen i nærområdet i tillegg til elektivkirurgisk virksomhet innenfor flere fagområder der ortopedi er dominerende. Virksomheten på Orkanger skal utvikles i retning av et elektivt senter for bløtdelskirurgi i tillegg til å være et lokalsykehus med øyeblikkelighjelp-funksjoner og planlagte tilbud for befolkningen i nærområdet.

### Litt om historien til St. Olavs.

I 1804 ble Trondhjems Communale Sygehus på Kalvskinnet tatt i bruk med 70 sengeplasser. Det var mer et fattighus enn et sykehus. De hygieniske forhold var dårlige, og i 1890 startet avisen Dagposten en kampanje for å få bedret forholdene. I 1902 var et nytt sykehus, Tilfredshet sygehus, ferdig på nåværende sykehusomt. De neste tiårene ble det foretatt utvidelser og vedlikeholdsarbeider og i 1940 hadde sykehuset 350 sengeplasser. Sykehuset ble sterkt nedslitt under okkupasjonen, og de første 10 årene etter krigen gikk med til moderniseringsarbeider. I 1950 skiftet sykehuset navn til Sentralsykehuset i Trondheim og i 1959 tok man deler av sentralblokk i seks etasjer i bruk. Fylket overtok eierskap av sykehuset fra Trondheim kommune i 1964. I forbindelse med at sykehuset fikk status som regionsykehus i 1974 fikk sykehuset nytt navn: Regionsykehuset i Trondheim (RIT). Som utdanningsinstitusjon tok regionsykehuset et viktig steg i 1975. Da startet medisinerutdanningen i Trondheim. De første legene ble uteksaminert i 1978 etter at de hadde hatt sine prekliniske studier ved andre universitet. Størsteparten av tidligere bygningsmasse ble planlagt erstattet på slutten av 1990-tallet. St. Olavs hospital HF ble opprettet i 2002. Staten overtok da Regionsykehuset i Trondheim fra Sør-Trøndelag fylkeskommune.

Parallelt med oppbyggingen av sykehus i Trondheim, ble det etablert og drevet sykehus i Orkdal fra tidlig på 1900-tallet. I 2004 ble Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus fusjonert med St. Olavs hospital. Røros sykehus ble etablert i 1712. Dagens bygg er fra 1935. Røros sykehus ble en del av Regionsykehuset i Trondheim i 1982. Fra 2005 har St. Olavs hospital drevet en poliklinikk på Brekstad samlokalisert med et interkommunalt helsetilbud for Fosen kommunene, nå organisert i Fosen Helse IKS. Fra 2006 har sykehuset også samarbeidet med kommunene om ulike typer døgntilbud.

Psykiatriens historie i Trondheim kan sies å starte med at Trondhjems hospitalstiftelses asyl (Tronka) ble ferdigstilt i 1842. Institusjonen var i drift til 1919. Da ble Østmarka sinnssykeasyl åpnet (fra 1961 kalt Østmarka psykiatrisk sykehus). Rotvoll statsasyl, etablert i 1872, ble en del av Trøndelag Psykiatriske sykehus i 1962 men lagt ned i 1990. Kriminalasylet (statsasyl for kriminelle og særlig vanskelige pasienter), etablert i 1923 og erstattet av Reitgjerdet sykehus i 1963, ble i 1987 Regional sikkerhetsavdeling Brøset. Haukåsen psykiatriske sykehus var i drift mellom 1961-2007.

Desentralisering og nedleggelse av døgnplasser startet i 1970. Bo -og Behandlingsentre (BOB) ble etablert i 1992 (Leistad, Tiller, Åfjord og Haltdalen) og de psykiatriske sykehjem (Hegra, Melhus, Hemne og Ringvål) ble nedlagt. Pasientene ble overført til sine hjemkommuner via BOB som etter hvert ble distriktpsykiatriske sentra (DPS) i 2003. Psykisk Helsevern og Sosiale Tjenester ble etablert som et eget helseforetak i 2002 og fusjonert med St. Olavs hospital HF fra 2003. Divisjon Psykisk helsevern består i dag av avdelingene Østmarka (akutt, langtidsposter, spesialpoliklinikker, alderspsykiatri-Øya), Brøset (nasjonal, regional og lokal sikkerhetsavd.), DPS (Nidaros, Tiller og Orkdal) med ulike poliklinikker, FoU, LMS, traumeenhet, dagenhet og ulike teamfunksjoner og Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Det er forskning og fagutviklingsavdeling ved AFFU-Østmarka (etablert i 1977), Brøset, DPS avd. og BUP. Det har vært høyt prioritert å sikre oppgradering av bygningsmassen innen psykisk helse de siste årene. Orkdal DPS og Nidaros DPS har relativt nye bygninger. Høsten 2017 åpnet nytt akuttbygg på Østmarka. Samtidig fattet styret vedtak om å bygge

nytt sikkerhetsbygg på Østmarka. Staten overtok ansvaret for fylkeskommunenes rusbehandling i 2004.

I Midt-Norge ble den spesialiserte rusbehandlingen (TSB) organisert i et eget foretak, Rusbehandling Midt-Norge HF. I 2014 ble rusforetaket fusjonert med de 3 sykehusforetakene i regionen. St. Olavs Hospital overtok «Trondheimsklinikken» som ble etablert i 2010 i leide nybygde lokaler på Øya. Her er de offentlige rusbehandlingstiltakene i St. Olavs område samlokalisert i «Klinikk for rus-og avhengighetsmedisin».

### St. Olavs og samarbeid med kommunehelsetjenesten

St. Olavs ønsker å legge til rette for høy kvalitet på utredning og behandling av pasienter gjennom forpliktende samarbeid med andre instanser som pasientene også får tjenester fra. Samarbeid med likeverdige partnere som kommuner og andre sykehus bygges på gjensidig respekt for hverandres oppgaver og roller. Gjennom gode grenseoppganger mellom oss og våre samarbeidspartnere, kan vi optimalisere ressursbruk og sikre kvalitet på tjenester. Vi må skape Pasientenes helsetjeneste sammen med våre samarbeidspartnere og pasientene. Noen aktuelle tiltak:

- Bidra til at fastlegeordningen styrkes og videreutvikles, herunder utrede muligheten for å opprette kombinerte stillinger ved sykehuset og i kommunehelsetjenesten.
- Legge til rette for økt bruk av telemedisin med videokonferansemulighet der både spesialist, fastlege og pasient deltar
- Bidra til samarbeid mellom ambulans- og kommunehelsetjenesten om stedlig helseberedskap og andre helse- og omsorgstjenester.
- Samarbeide med kommunene om optimal bruk av KAD-senger og etterbehandlingssenger.
- Samarbeide med kommunene om å bygge opp nødvendig bufferkapasitet for å håndtere svingninger i behov gjennom året.
- Samarbeide om kompetanse og tjenester som gjør at nye pasientgrupper kan få dekket sine behov utenfor sykehuset.
- Utarbeide planer sammen med kommunene for hvordan vi kan følge opp den gjensidige veiledningsplikten.
- Styrke vår utadrettede virksomhet gjennom våre desentrale spesialisthelsetjenester (ambulante tilbud, desentrale poliklinikker, bruk av ny teknologi, virtuelle undersøkelsesrom, hjemmedialyse etc.) i dialog med kommunene og avtalespesialistene.
- Utvikle og implementere helhetlige regionale standardiserte pasientforløp med lokal tilpasning: kommune –sykehus –kommune
- Samarbeide om felles forsknings-og innovasjonsprosjekt på områder der samhandling er sentralt for å oppnå resultat innen forebygging, pasientforløp etc.
- Utvikle våre rehabiliteringstjenester i et nært samarbeid med kommunene, for å øke pasientens egenmestring.
- Utvikle habiliteringstjenesten for barn i nært samarbeid med førstelinjetjenesten, slik at barn med langvarig behov for tverrfaglig oppfølging kan få brukt sitt fulle potensiale i hjemmet, skole/barnehage og fritid.
- Iverksette tiltak for bedre pasientsikkerhet og kvalitet i vekslingsfelt mellom samarbeidende instanser.
- Følge opp samarbeidsavtalen med kommunene om at ingen av partene alene kan definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar og at endret praksis skal utvikles.

### Beskrivelse av Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF eies av Helse Midt-Norge RHF. Pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell er sykehusets fire hovedoppgaver, definert i

lov om spesialisthelsetjenesten. HNT gir sykehusstilbud til innbyggerne i Nord-Trøndelag, og har ansvaret for at 140 000 innbyggere får et godt og likeverdig helsetilbud.

HNT ble etablert i 2002 i forbindelse med Statens overtagelse av sykehusene. Før den tid var det Nord-Trøndelag fylkeskommune som hadde ansvar for sykehusdriften. Endringen førte til at fylkets to sykehus ble samlet under en felles organisasjon, og Innherred sykehus og Namdal sykehus skiftet navn til Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. I tillegg til disse endringene ble det etablert et desentralisert psykiatrisk tilbud, og DPS Stjørdal og DPS Kolvereid (distriktpsikiatrisk senter) ble innlemmet i helseforetaket. HNT har også ansvaret for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og ambulansetjenesten.

### Nøkkeltall Helse Nord-Trøndelag

Våre sykehus er til for innbyggerne i 20 kommuner. 19 kommuner i Trøndelag og Bindal i Nordland. Nedslagsfelt for sykehusene:

Sykehuset Levanger - 97 500 innbyggere, hvorav 74 500 er over 18 år.

Sykehuset Namsos - 39 000 innbygger, hvorav 33 000 er over 18 år.

Ansatte:

I 2019 hadde Helse Nord-Trøndelag cirka 3 600 ansatte (inkludert vikarer og ferievikarer). Omregnet utgjør dette cirka 2 750 årsverk. Fordelingen mellom de to sykehusene er Sykehuset Levanger 68 prosent og Sykehuset Namsos 32 prosent.

Antall senger:

Psykiatrisk klinikk - 84 senger Sykehuset Levanger (inkl. 12 senger DPS Stjørdal) og 23 senger Sykehuset Namsos.

Somatiske klinikker - 207 senger Sykehuset Levanger (inkl. 23 polikliniske senger) og 101 senger (inkl. 11 polikliniske senger) Sykehuset Namsos.

### Samarbeid mellom St. Olavs og HNT

Mange fagområder har formalisert samarbeid i form av standardiserte pasientforløp, regionale samarbeidsmøter, særskilte samarbeidsavtaler og regionale fagledernetverk. Det er tydelige nasjonale føringer på at slike formelle samarbeidsformer skal styrkes. (Kilde: Strategisk utviklingsplan 2035, Helse Nord-Trøndelag HF.)

Det er opprettet en rekke fagledernetverk i helseregionen mellom helseforetakene for å sikre god samhandling og kunnskapsdeling. Ved inngangen til planperioden ser vi behovet for tettere samarbeid og planlegging innenfor det nye storfylket Trøndelag. Utover de formelle samarbeidsarenaene, er det utstrakt dialog og samarbeid omkring pasientbehandlingen til den enkelte pasient.

### Samarbeid med kommuner og fastleger

Samhandling med fastlegene er avgjørende for forsvarligheten og kvaliteten på pasientbehandlingen på individnivå. Det er også på systemnivå etablert arenaer for samarbeid og dialog, gjennom praksiskonsulentordningen (PKO) og samarbeidsforaene for sykehusleger og fastleger som praksiskonsulentene og samhandlingsavdelingen administrerer. Disse arenaene er gode møteplasser for dialog og bedre forståelse for hverandres kliniske hverdag.

HNT har følgende ambisjon:

- God og likeverdig pasientbehandling. Kvaliteten på helsetjenesten og kompetansen hos ansatte skal være høy. Alle innbyggere i vårt opptaksområde skal ha likeverdig tilgang til behandling med samme kvalitet. Uønsket variasjon skal unngås.

- Faglig samarbeid skal foregå på tvers av sykehusene, klinikker og fagområder. Det må tilrettelegges for forpliktende samarbeid med fagnettverk og samarbeidsarenaer. Det må være en klargjøring av oppgavefordeling og samarbeid mellom sykehusene i eget helseforetak og mot andre helseforetak.
- Det må sørges for at vi har bærekraftige fagmiljø som «står seg over tid». Rekruttering av nødvendig kompetanse skal være et prioritert område.
- Vi må ha en struktur som utvikler og ivaretar gode og standardiserte pasientforløp som også muliggjør individuell tilpasning bygd på pasients behov og medvirkning.
- En kultur som preges av likeverd og jobbing mot felles mål. Vi skal holde avtaler vi har med pasientene, og vi skal vise respekt. Pasienten skal være en sentral aktør i eget pasientforløp. Pasienten skal oppleve: «Ingen beslutning om meg –uten meg».
- Det jobbes mot bedre samhandling med kommunene. Man må i fellesskap sørge for at behandling kan skje på laveste mulige nivå. Helsetjenesten må sammen med pasienten ta ansvar for helhet, sammenheng og gjennomføring av behandlingen.
- Styrket utviklingskraft. Medarbeidere i foretaket bidrar til at ny forskning og innovasjon blir del av daglig praksis. Medarbeiderne skal gis mulighet til selv å drive innovasjon og forskning og alle bidrar i kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet.

### Magnussen utvalget – og pasientstrømmene mellom HNT og St. Olavs

Professor Jon Magnussen (NTNU), fikk før jul, 2019 i oppdrag å se på ressursfordelingen mellom sykehusene i Helse Nord-Trøndelag. Oppdraget er nå ferdigstilt i november 2020. Resultatene herfra gir viktige føringer inn i utredningen om helseforetaksstruktur i Trøndelag. Det er forskjeller i befolkningsgrunnlaget for sykehusene i Namsos og på Levanger. Befolkningsgrunnlaget for sykehuset på Levanger er omlag 100 000, mens tilsvarende for sykehuset i Namsos er omlag 50 000.

Oppdraget til Jon Magnussen har vært å utarbeide en rapport som gir kvalifiserte svar på to hovedproblemstillinger;

- Gir ressursfordelingen mellom sykehusene grunnlag for lik dekning av befolkningens behov for helsetjenester?
- Og; er det forskjeller i kostnadsnivå og produktivitet mellom de to sykehusene?

Rapporten konkluderer med to hovedfunn;

- Innbyggerne i begge sykehus sine opptaksområder har et høyere forbruk av somatiske sykehustjenester enn resten av landet. Nordtrøndernes forbruk er særlig høyere i opptaksområdet til Sykehuset Namsos.
- Innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern og rus er derimot lavere enn resten av landet og spesielt lavt blant barn og ungdom. Forbruket er lavere i Sykehuset Namsos sitt opptaksområde enn i opptaksområdet til Sykehuset Levanger.

Magnussen har regnet seg fram til markante forskjeller i ressursbruk: I Levanger er behovet for sykehustjenester 6,3 prosent høyere enn landssnittet, mens utgiftene er 10,8 prosent høyere enn landssnittet. Forbruket er dermed 4,3 prosent høyere enn behovet tilsier. I Namsos er forskjellen langt høyere. Der er behovet 13,7 prosent høyere enn landssnittet, mens forbruket er 30,1 prosent høyere enn landssnittet. Utgiftene er dermed 14,5 prosent høyere enn behovet tilsier, ifølge Magnussen.

En stor andel av pasientene i HNT reiser ut av opptaksområdet for å få sin behandling. Befolkningen i kommunene tilhørende sykehuset i Levanger har en større andel av sin bruk av tjenester hos private og ved St Olav. For HNT samlet behandles vel 6 av 10 pasienter (justert for DRG) ved eget foretak. Private aktører står for 11,7 % av aktiviteten.

Innenfor somatiske tjenester skjer altså en betydelig andel av aktiviteten for befolkningen i opptaksområdet til Helse Nord-Trøndelag i sykehus utenfor foretaket. Dette har økonomiske konsekvenser i form at et internt gjestepasientoppgjør og potensielt også gjennom lavere utnyttning av kapasiteten ved egne sykehus. Til en viss grad vil dette dreie seg om regionsykehuspasienter, og reflektere funksjonsfordelingen innen Helse Midt Norge. Under ordningen med fritt behandlingsvalg står også befolkningen fritt til å velge andre sykehus enn de i Levanger og Namsos.

I forhold til anslått (relativt) behov for somatiske tjenester var det i 2016-17 en høyere bruk av tjenester i HNT enn i landet generelt. Forbruket var særlig høyere i kommunene som hører til Namsos sykehus enn i kommunene som hører til Levanger sykehus.

- I forhold til anslått (relativt) behov for tjenester innen psykisk helsevern for voksne og TSB var det i 2016-17 et betydelig lavere forbruk av tjenester i HNT enn i landet for øvrig. Det er små forskjeller mellom de to sykehusområdene.

- I forhold til anslått (relativt) behov for tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge var det i 2016-17 et betydelig mindre forbruk av tjenester i HNT. Behovsjustert forbruk er særlig lavere i Namsos sykehusområde enn i Levanger sykehusområde.

- Det er ikke klare tegn på at det høyere forbruket i Namsos sykehusområde kan forklares ved forhold knyttet til kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, heller ikke med reiseavstand til sykehus.

- Det er forskjeller mellom de to sykehusområdene i bruk av private, med et betydelig høyere forbruk hos befolkningen tilhørende Levanger sykehus.

- Helse Nord Trøndelag har et kostnadsnivå innenfor somatiske tjenester som er høyere enn det modellberegninger tilsier. Dette skal ikke nødvendigvis tolkes om lavere effektivitet.

Lønnskostnader ved pasientbehandling av sammenliknbare pasienter er høyere ved sykehuset i Namsos enn ved sykehuset på Levanger.

- Lønnsnivået for leger er høyere ved sykehuset i Namsos. Dette kan knyttes til forskjeller i tillegg for vakt og ubekvem arbeidstid.

- Det anslås å være høyere kostnader knyttet til beredskap ved sykehuset i Namsos.

- Liggetiden for sammenliknbare pasienter er jevnt over lenger ved sykehuset i Namsos, men det er store forskjeller mellom enkelte pasientgrupper. Det er også pasientgrupper hvor liggetiden er betydelig lenger på sykehuset i Levanger. Tar man hensyn til bruk av distriktsmedisinske sentra øker liggetiden på Levanger. (Kilde: Prof. Jon Magnussen, NTNU, nov 2020)

## Prosjektgruppens vurderinger fra arbeidssamlingene:

### Kvaliteten i tjenestetilbudet og pasientsikkerhet

Det er både positive og negative sider ved en evt. sammenslåing av St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag for pasientene. Når det gjelder kvaliteten i tjenestetilbudet og pasientsikkerheten trekkes et felles kvalitetssystem og like prosedyrer frem som et punkt som taler for sammenslåing. Dette vil kunne resultere i raskere tilgang og bedre tilgjengelighet til rett kompetanse for pasientene i Trøndelag.

På den negative siden for sammenslåing er spørsmålet om St. Olavs klarer å opprettholde sine spissede funksjoner, hvis det blir flere lokalsykehuspasienter som kommer til dem fra hele Trøndelag. Det stilles spørsmål til lederspennet i ett evt. sammenslått helseforetak. Det er krevende å lede over store avstander, dette gir økt kompleksitet. For medarbeidere kan ledelsen oppleves fjernere, ved at en får flere ledere over seg.

## Vil kvaliteten i tjenestetilbudet forbedres ved en sammenslåing eller ikke?

<p><b>Hvem som blir påvirket?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasienter St. Olavs / HNT / Helse Møre og Romsdal</li> <li>-Pasienter m/behov for regionale funksjoner</li> <li>-Prioriterte pasientgrupper</li> <li>-Pårørende / ledsager</li> <li>-1.linjetjenesten</li> <li>-Behandler i 1 og 2. linje</li> <li>-Ansatte ved St. Olavs og Helse Nord</li> <li>-Rekruttering</li> <li>-Primærhelsetjenesten</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke positivt?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Felles kvalitetssystem og like prosedyrer kan gi bedre kvalitet</li> <li>-Utnytte ressurser og kapasitet på tvers bedre</li> <li>-Enklere beslutningslinjer</li> <li>-Standardisering</li> <li>-Mindre variasjon</li> <li>-Øker transparensen i prosesser</li> <li>-Sentrale merkantile enheter kan forenkle utlevering av pasientjournaler</li> <li>-Lettere å jobbe med system: Færre og større system / mindre variasjon</li> <li>-Standardisering av utstyr og rutiner vil forenkle pasientflyt</li> <li>-Pasientforløp kan bli mer effektive i en stor organisasjon (men det har vi fått til for fødsende allerede) (blir lettere med felles ledelse)</li> <li>-Samkjøre henvisninger og mottak</li> <li>-Lettere tilgang til universitetsfunksjoner og spesialister for pasient</li> <li>-Forløpspasienter +</li> <li>-Raskere tilgang til rett kompetanse</li> <li>-Øke robusthet i små og sårbare fagmiljøer</li> <li>-Potensiale for utvikling av fagfolk</li> <li>-Kan bidra til å beholde spesialister</li> <li>-Bedre rekrutteringsgrunnlag</li> <li>-Større volum hos utfører</li> <li>-Gir bedre vilkår for forskning</li> <li>-Påvirke kulturutfordringer I HNT – påvirke mulighet til omkamp</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke nøytralt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Flinkere til å bruke videokonsultasjoner</li> <li>-Helseplattformen bidrar til felles prosedyrer og løsninger uansett</li> <li>-CT prosedyre i forbindelse med hjerteinfarkt – felles prosedyregjennomgang</li> <li>-Ulike forventninger til opplevelse i Vikna og i Trondheim</li> <li>-Kan være forskjell på pasientopplevd kvalitet og objektiv kvalitet</li> <li>-Volumkvalitet</li> <li>-Kommunikasjon og samhandling</li> <li>-Funksjonsfordeling kan bestemmes av HMN i dag også (kreftkirurgi)</li> </ul>

<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke negativt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vanskelig å implementere i en så stor organisasjon</li> <li>-Nærhet mellom beslutningstakere er viktig</li> <li>-Flytting av personell /turnuser. Kan være negativt for behandler å flytte på seg</li> <li>-Arbeidstaker – usikkerhet om arbeidssted og hva som er forventet.</li> <li>-Klarer St Olavs å opprettholde sine spissede funksjoner? Fokus</li> <li>-Krav om økt samarbeid på tvers kan ta (mer) tid</li> <li>-Bedre pakkeforløp hos Helse Nord-Trøndelag/St Olavs kan påvirke Helse og Møre og Romsdal negativt?</li> <li>-Samhandling / helhet i pasientforløpet</li> <li>-Arbeid mer monotont ved spesialfunksjoner</li> <li>-Reisetid til behandling</li> <li>-Avstand til pårørende</li> <li>-Redsel for at dette kun blir en forflytning av ledelse sørover. - Krevende å lede over store avstander, økt kompleksitet</li> <li>-Får flere ledere over seg?</li> <li>-Det må ikke bli en engangsbeparelse på duplisering av funksjoner og merkantil</li> <li>-Fare for omkamp</li> </ul>
<p><b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Må ha stedlig ledelse</li> <li>-Sammenslåing kan i større grad ivareta pasientenes rettigheter; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventetid</li> <li>• Behandling</li> </ul> </li> <li>-Sammenslåing kan bedre ivareta St. Olavs universitetsfunksjon? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Større nedslagsfelt forskning</li> <li>• Bedre samhandling i regionale pasientforløp</li> <li>• Negativt for Helse Møre og Romsdal?</li> </ul> </li> <li>-Kunne vi gjennomføre dette innenfor dagens struktur uansett?</li> <li>-Kan tiltakene gjennomføres enklere</li> <li>-Sluttresultat / Sideeffekter / Opplevelsen</li> <li>-Akutt / elektiv aktivitet</li> <li>-Sammenslåing kan føre til større og bedre fagfellesskap og mulighet til utarbeidelse av felles prosedyrer. Dette vil imidlertid være avhengig av hvilken prosess man legger opp til i etterkant</li> <li>-Hva forstår vi med kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rask avklaring, god kommunikasjon. Vi ønsker ikke å ha for stor variasjon i utredning og behandling.</li> <li>• Kvalitet i kunnskap i forhold til å sette riktig diagnose (utstyr, kompetanse, personell) + oppfølging av diagnose.</li> <li>• Fast track i forhold til noen tilstander.</li> <li>• Kvalitet på sluttproduktet: tilfriskning, dødelighet,</li> <li>• Objektiv vs subjektiv kvalitet</li> <li>• Lære av feil</li> </ul> </li> <li>-Hva er stordriftsfordelene vs stordriftsulempene?</li> <li>-Smådriftsfordeler/ smådriftsulempene.</li> <li>-Hvordan kan man unngå at det blir et tyngdekraft problem i sammenslåing av HF med så ulike størrelse?</li> </ul>



	<p>-Høyspesialiserte tilbud i Nord-Trøndelag – hvordan skal dette ivaretas.</p> <p>-Oppgavefordeling og volum blir viktig.</p> <p>-Man må velge en struktur som understøtter innføring av Helseplattformen. Mulig at innføring av helseplattformen gjør at det er mindre behov for organisatoriske endringer for å få til felles standarder, forløp, utveksling av informasjon.</p> <p>Hvis det blir sammenslåing av HF vil dette ha innvirkning på RHFet. Hva skjer med Helse-Midt? Hvordan vil dynamikkene i RHFet bli?</p>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	

### Pasientsikkerhet forbedres ved en sammenslåing eller ikke?

Det er både positive og negative sider ved en evt. sammenslåing av St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag for pasientene. For pasientsikkerheten er mer robuste fagmiljøer positivt. Flere spesialister som jobber sammen og større volum hos hver spesialist. Like prosedyrer og kvalitetssystem kan bidra til økt pasientsikkerhet.

Prosjektgruppen trekker også frem noen negative punkt som taler mot en sammenslåing. Lengre transportvei for enkelte pasienter, og dårligere tilgjengelighet. Vesentlig å sikre tilgang til behandling i tide.

### Pasientsikkerhet forbedres ved en sammenslåing eller ikke?

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kvalitets- og avvikssystem – kan lære av hverandre i et større nedslagsfelt</li> <li>-Like prosedyrer, kvalitetssystem, verktøy etc. kan bidra til økt pasientsikkerhet</li> <li>-Standardisering</li> <li>-Mer sammenlignbare tall mellom sykehus</li> <li>-Mer robuste fagmiljøer - redusert sårbarhet i forhold til små miljøer</li> <li>-Større fagmiljø i sum - fagnettverk</li> <li>-Gjensidig kompetanseoverføring</li> <li>-Hindre at ferdige spesialister blokkerer utdanningsstillinger</li> <li>-Vikarstafett er en nødløsning – kan det bli bedre?</li> <li>-Sikre kompetanse der det kniper mest?</li> <li>-Større volum hos utøver</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ledere må ville gjøre de andre enhetene bedre</li> <li>-Kvalitets og pasientsikkerhetsutvalg kunne vært felles, lære av hverandre</li> <li>-Nasjonale eller regionale prosjekter for å dekke fagområder som har vært svakt håndtert.</li> </ul>

<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-At pasienter flyttes rundt – flere aktører rundt samme pasient</li> <li>-Transport</li> <li>-Dårligere tilgjengelighet på spesialisert behandling som følge av funksjonsfordeling</li> <li>-Ansvarspulverisering</li> <li>-Fagmiljø kan være uforberedt på tilstander som ankommer</li> </ul>
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Faglig ledelse må forplikte seg til å sørge for ressurser ut</li> <li>-Må bli mer meritterende å være overlege i Namsos og i Levanger enn legespesialist på St. Olavs</li> <li>-LIS leger er nå ansatte</li> <li>-Legemiddelavvik</li> <li>-Feilbehandling/avvik</li> <li>-Feiltolkninger</li> <li>-Tilgang til behandling i tide</li> </ul>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	

### Kan kvalitet i tjenestetilbudet og pasientsikkerheten forbedres ved en sammenslåing av St. Olavs og HNT, og i så tilfelle hvordan skal disse effektene oppnås?

Det er både positive og negative sider ved en evt. sammenslåing av St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag for pasientene.

Standardisering av behandlingen som gis i spesialisthelsetjenesten i Trøndelag anses som positivt, ved at større fagmiljøer etableres. Større fagmiljøer kan gi forsterket fag og kompetanseutvikling. Det kan være en positiv omdømmeeffekt av navnet St. Olavs.

Det er likevel en rekke effekter som kan oppnås uavhengig av endring av foretaksstruktur. Det er mulig å få til standardisering av prosedyrer og et felles kvalitetssystem mener prosjektgruppen. Det er også mulig å få til et samarbeid om legespesialister for å sikre kapasitet og kvalitet på utsatte fagområder.

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Standardisering av behandling.</li> <li>-Standardisering av avtaleverket i samhandling.</li> <li>-Funksjonsinndeling.</li> <li>-Byttehandel mellom funksjoner på ulike steder.</li> <li>-Stimulerer til fagutvikling ved større miljøer</li> <li>-Kompetanseflyt / koblinger</li> <li>-Omdømmeeffekt av navnet St. Olavs</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Større avstand mellom personell i ulike funksjoner</li> </ul>

<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Påvirkes av lokalpolitikk og tilgang på rekruttering.</li> <li>-Praksisplasskapasiteten er begrensingsfaktor.</li> <li>-Det meste kan gjøres i eksisterende struktur, men noe blir enklere i felles struktur med en ansvarlig</li> <li>-Forankringsprosessen blir tyngre i større struktur</li> <li>-Gjennomføringstyngden blir større i stor organisasjon</li> </ul>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	
<b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-HP – standardisering og felles kvalitet-system/like prosedyrer</li> <li>-Felles MTU</li> <li>-Gjensidig kompetanseoverføring</li> <li>-Hindre at ferdige spesialister blokkerer utdanningsstillinger</li> <li>-Regionale fagleder nettverk</li> <li>-Samarbeid om legespesialister for å sikre kapasitet og kvalitet på utsatte fagområder</li> <li>-Felles prosedyrer</li> <li>-Funksjonsfordeling kan gjøres i dag også</li> <li>-Tildels får vi dette gjennom Helseplattformen</li> <li>-Mye er på stell allerede</li> <li>-Utvikler mer forpliktende samarbeidsavtaler</li> <li>-Mer styring fra RHF på funksjoner, lønnspolitikk, nettverksarbeid</li> <li>-Mye av effektene kan hentes uten sammenslåing</li> </ul>

### Redusere unødvendig venting for pasientene og uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen?

Prosjektgruppen har identifisert en rekke positive effekter ved en sammenslåing som reduserer unødig venting. Mer helhetlige pasientforløp på tvers i fylket, og bedre incentiver til å sende pasientene til rette behandlingssted med en gang. Slipper å tenke å gjestepasientkostnader. Et felles henvisningsmottak som kan styre ressursene og pasientene til riktig sted. En felles ledelse av helseforetaket kan føre til bedre ressursutnyttelse i Trøndelag.

På den negative siden trekkes det frem at bortfall av funksjoner i enkelte deler av fylket kan føre til økt reisetid for en del pasienter. En sammenslåing kan også føre til økte kostnader ved at vaktplanene blir dyrere i HNT. St. Olavs har gjennomgående noe høyere lønninger blant legene.

### Redusere unødvendig venting ved en sammenslåing?

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elektive pasienter i hele regionen</li> <li>-Pasienter m/behov for regionale funksjoner</li> <li>-Prioriterte pasientgrupper</li> <li>-Pårørende / ledsager</li> <li>-1. linjetjenesten</li> <li>-Behandler i 1 og 2. linje</li> <li>-NAV</li> <li>-Primærhelsetjenesten / fastleger</li> <li>-Spesialisthelsetjenesten</li> <li>-St Olavs / Helse Nord-Trøndelag</li> <li>-Ansatte</li> </ul>
--------------------------------	--

	<p>-Avtalespesialister -Rehabiliteringsinstitusjoner</p>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b></p>	<p>-Variasjon i prioritering og ventetid kan tenkes å utjevnes (mindre forskjeller). Spesielt for psykiatri? -Pasientforløp – mer standardisering på tvers i fylket -Kan få større effektivitet og kapasitet totalt sett (jevne trykk på HF'ene, felles mottak, styre ventelister og ressurser) -Rett behandling til rett tid -Incentiver – slipper å tenke hva det betyr økonomisk å flytte pasient/bruke andre -Litt mer senket skulder til henvisning på tvers Internhenvisninger (med ventetid) kan reduseres -Felles henvisningsadresse kan gjøre det enklere å styre pasientstrømmen. (bedre funksjonsstyring eller planlegging av forløp) -En ledelse fører til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre utnyttelse og logistikk</li> <li>• Internhenvisninger (med ventetid) kan reduseres</li> </ul> <p>-Standardisering av utredninger - unngår dobbelt gjennomføring pga. ulike preferanser, rutiner. -Bedre oversikt over ujevnheter i kapasitet. -Styre ressurser til steder som har mye venting. -Organisatorisk bør det være et potensial for å redusere unødvendig venting og uønsket variasjon ved en sammenslåing. -Fagpersonell: Raskere tilbake til arbeidslivet og reduserte kostnader av sykefravær</p>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b></p>	<p>-Kan i stor grad velge hvor du behandles allerede i dag. -Har oppnådd mye i dagens struktur innen enkelte områder. -Fastleger har i dag god oversikt over ventetid. -Kan henvise pasienter i dag dit det er kortere ventetid for å utligne ulikheter i ventetid og redusere uønsket variasjon</p>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b></p>	<p>-Bortfall av funksjoner på HF kan gi økt ventetid (reisetid, f.eks. akutt) -Kontinuitet og oppfølging (f.eks. kompetanseoverføring fra St. Olavs til HNT) -Vil øke kompleksitet for styring, logistikk og ledelse -Vil kunne medføre økt reising for pasientene. -Miljøbelastning. -Motivasjon: Desto mindre ventetid, desto mer arbeid vil en avdeling få (kø/terskel) -Hvordan sikre at vi veier hensynet til fritt behandlingsvalg for pasienten? -Mister småskala kunnskap om pasienter lokalt som kan «puttes inn» på huller i lista. -Ansatte kan oppleve styring som ulempe -Dyrere vaktplaner/forhandlinger</p>

<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Noe kan gjøres uavhengig av struktur</li> <li>-Elektive oppgaver kan fordeles mer for å støtte opp om akutt-tilbud?</li> <li>-Potensiale ved en sammenslåing avhenger av om det er stor grad av variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse dag.</li> <li>-Avtalespesialistene må også underlegges styring og prioritering.</li> <li>-Felles inntak / ventelisteenheter</li> <li>-Samlebånd/fordelte funksjoner/elektive oppgaver</li> <li>-Det er vanskelig å jobbe med full utnyttelse av senger i døgn-avdelinger når man skal kombinere elektiv virksomhet og akuttvirksomhet</li> </ul> <p>Pakkeforløp angir et mål</p>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	

### Redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen ved en sammenslåing?

Uønsket variasjon og ventetid vil bli mer synliggjort ved en sammenslåing, og kan dermed håndteres. Kan bli lettere å sammenlikne enheter med hverandre, og bruke ledig kapasitet.

På den negative siden mener prosjektgruppen at St. Olavs sin universitetssykehusfunksjon kan bli utfordret ved at det blir andelsmessig flere lokalsykehuspasienter ved St. Olavs ved en sammenslåing.

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kan sette ulike enheter opp mot hverandre (sammenlikne) – overføringsverdi i forhold til utnyttelse av kapasitet</li> <li>-Med en felles overbygning kan kvalitetsoppfatningen til pasientene bli mer lik</li> <li>-Enklere å tilpasse seg endringer i etterspørsel? Befolkningen endrer seg på sikt – må tilpasse tilbud og ressursbruk?</li> <li>-Uønsket variasjonen og ventetid vil bli mer synlig ved en sammenslåing.</li> <li>-Styre ressurser til steder som har mye venting.</li> <li>-Optimalisering av effektivitet i prosesser lettere med en ledelse.</li> <li>-Forpliktelser til å ha utstyr for akuttisykehusfunksjon innebærer geografisk overkapasitet. Kan utnyttes for andre som venter.</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hvis alle som vil til universitetssykehuset får lov til det vil det bli for mye</li> <li>-60% av fødende fra Stjørdal drar til Trondheim, mens St. Olavs henviser til Levanger pga for mye å gjøre i perioder</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kan St Olavs funksjon som universitetssykehus påvirkes negativt i betydningen færre behandlinger per behandler?</li> <li>-St. Olavs ønsker kanskje ikke generelt større lokalsykehusfunksjon, men flere regionssykehuspasienter.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enkelte klinikker er i all hovedsak lokalsykehus, mens andre er i stor grad regionfunksjoner</li> <li>-St Olavs opplever konkurranse med Helse Bergen og OUS, hvordan vil dette slå ut?</li> <li>-Ansatte kan oppleve styring som ulempe</li> </ul>
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bør diskutere hva vi skal levere – etterspørsel fra pasienter er økende, men vi bør kanskje ikke levere på alt?</li> <li>-Pasientenes helsetjeneste har mer å si. Må forholde oss til hva pasientene vil</li> <li>-Kanskje skal vi ha variasjon – selv på områder noen kan oppleve som uønsket?</li> <li>-Hva er det vi styrer gjennom foretaksstruktur?</li> <li>-Økonomiske forutsetninger for å henvise pasienter får mindre å si</li> <li>-Unngå at overkapasitet blir drivende for aktiviteten (overbehandling).</li> </ul>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	

### Tilgjengelighet til helsetjenester forbedres ved en sammenslåing eller ikke?

En positiv effekt som er identifisert ved en sammenslåing, er at St. Olavs kan sikre bedre tilgjengelighet av spesialister på mindre sykehus. Ved å få spesialistene ut til befolkningen (sykehus hjem tilbud) kan tilgjengeligheten forbedres og opplevd pasientkvalitet øke. Ved et bedre spesialisttilbud (f.eks. i Levanger og Namsos) kan befolkningen få kortere reisevei, og samtidig kan spesialistene ha kontakt digitalt med St. Olavs.

På den negative siden trekkes det frem at et felles oppdragsdokument kan føre til at funksjoner sentraliseres. Uavhengig av endringer i foretaksstruktur, kan avstandsoppfølging gjennomføres med videokonsultasjoner. Private aktører kan også brukes til å overta mer av poliklinisk oppfølging. Helseplattformen vil i seg selv bidra til forbedringer i behandlingsforløpet mener prosjektgruppen.

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hvis St Olavs sikrer at det er spesialister på mindre sykehus kan pasienter oppleve bedre tilgjengelighet</li> <li>-Kan spare pasientreiser (kostnader og pasientopplevelse) hvis spesialister reiser ut fra St Olavs</li> <li>- Økt tilgang til forsknings- og innovasjonsmiljø på St Olavs kan gi økt tilgjengelighet (digitale løsninger, osv)</li> <li>- Sårbare pasientgrupper (kronikere, barn, etc) trenger et desentralisert tilbud – kan få et bedre tilbud om det er stabilitet i behandlere der de har sin tilhørighet.</li> <li>- Slipper å reise til regionsykehuset, kan ha spesialister i Levanger og Namsos med kontakt med St Olavs digitalt – blir bedre/enklere å få til samarbeid ved sammenslåing (økte incentiver)</li> <li>- Tilbud og etterspørsel sees under ett i hele fylket</li> </ul>

<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b></p>	<p>-(Akutt)Struktur er i all hovedsak bestemt uavhengig av foretaksstruktur -Man kan i dag «låne» fagspesialister mellom foretak, men utfordrende med reisetid i lønn</p>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b></p>	<p>-Felles oppdragsdokument til felles foretak kan slå negativt ut ved at alt legges ett sted (kan ikke ha alt på alle plasser – sentraliserer enkelte funksjoner/enheter) -Sårbare grupper kan få like god/bedre behandling på et lokalsykehus -Hvis sammenslåing gir mer avtalestyring ut fra kapasitet enn geografi: Personlig oppfølging har verdi hvis ofte eller langvarig kontakt. Særlig psykisk helsevern / TSB og kronikere.</p>
<p><b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b></p>	<p>-Merkevaren St.Olavs Hospital kan være positivt for rekruttering til sykehus i Levanger og Namsos, men kan være negativt for HMR? -Tilgjengelighet lokalt er viktigere for noen tjenester enn for andre (dialyse, hyppighet på behovet, transport en terskel?).</p>
<p><b>Anbefaling/ konklusjon</b></p>	
<p><b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b></p>	<p>-Kompetanseoverføring ved hjelp av videokonsultasjoner/ avstandsoppfølging -Avtalespesialister kan utnyttes annerledes / bedre ventelistedministrasjon -Variasjon i prioritering og ventetid kan tenkes å utjevnes (mindre forskjeller) spesielt for psykiatri -Pasientforløp – mer standardisering på tvers i fylket -Kan få større effektivitet og kapasitet totalt sett (jevne trykk HF'ene, felles mottak, styre ventelister og ressurser) -Felles henvisningspraksis kan man komme lenger på -Fagledernetverk kan benyttes bedre     - Felles praksis for kontroller mv -God erfaring for felles henvisning pediatri Namsos-Levanger -Bruk fagledernetverkene mer aktivt -Gode, forpliktende avtaler er ønsket, men ikke like effektivt som en sammenslåing -Bruk av private aktører. Avtalespesialistene og private institusjoner kan overta mer fra poliklinisk oppfølging, innleggelser og/eller primærhenvisninger?     • Plassering av, eller styring av disse? -Helseplattformen vil i seg selv bidra til forbedringer av behandlingsforløp -Bedre kommunikasjon og oversikt over ventetid for pasientene vil føre til at pasienten ved sine valg vil bidra til at kapasiteten blir bedre utnyttet.</p>

## Hva er viktige forutsetninger for å kunne styrke psykisk helsevern og TSB, og utvikle tjenestetilbudet?

Sammendrag.

Prioritere styrking av psykisk helsevern og TSB, utvikling av tjenestetilbudet og samarbeidet med kommuner.

Rekruttering kan forbedres ved en sammenslåing mener prosjektgruppen, og miljøene vil bli mindre sårbare ved å være del av et større miljø. BUP og TSB er spesielt sårbare miljøer ift rekruttering. Felles foretak vil gi økt mulighet for standardisering og til å følge opp pakkeforløpene. Man kan få til en kapasitets og kompetanseheving for hele fylket. Det pekes på mulighet for å utjevne variasjon på ventelister og bedre utøvelsen av faget.

På den negative siden trekkes nærhet til behandler frem som vesentlig innen psykisk helsevern og TSB. En samling av fagmiljøer kan føre til sentralisering, og lengre reisevei for pasientene. Ledelse og tilstedeværelse av stedlig ledelse kan bli en annen utfordring ved evt. sammenslåing. Uavhengig av endringer i foretaksstruktur er det flere forbedringsområder. Kan Helseplattformen fungere som en bedre løsning for videokonsultasjoner enn i dag? Her kan foretakene samarbeide uavhengig av evt sammenslåing. Avtaler mellom foretakene som regulerer samarbeid, kan være et alternativ til sammenslåing.

Prioritere styrking av psykisk helsevern og TSB, utvikling av tjenestetilbudet og samarbeidet med kommuner

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Pasienter</li><li>-Pårørende/ ledsager</li><li>-Ansatte</li><li>-Kommuner</li><li>-Utdanning</li><li>-Førstelinjetjenesten</li><li>-Behandler i 1 og 2 linje</li><li>-NAV</li></ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Rekruttering kan bedres og miljøene kan bli mindre sårbare ved å være del av et større miljø</li><li>-Rekruttering av fagfolk er en utfordring, også innen psykiatri. - BUP (og TSB) er særlig utsatt med små fagmiljø</li><li>-Gir økt mulighet for standardisering og til å følge opp pakkeforløpene</li><li>-Gir større fagmiljø med mulighet til å prøve ut nye behandlingsløp</li><li>-Samarbeid om ressurser / spesialister.</li><li>-Felles fagledelse.</li><li>-Kan utjevne variasjon på ventelister og utøvelse av faget</li><li>-Kan få en kapasitets- og kompetanseheving for hele fylket</li><li>-Økt benyttelse av kompetanse på tvers av lokasjoner.</li><li>-Samhandling med somatikken, f.eks. ved spiseforstyrrelser kan bedres (f.eks. kan liason-psykolog ved St.Olavs bredes til HNT)</li><li>-Spesialtilbud der det kreves et høyere omsorgsnivå (langtidspasienter, sammensatte),</li><li>-Bedre utnyttelse av sengeplasser (Rusbehandling)</li><li>-Kan lettere finne akutt plass f.eks. innenfor rus</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sammenslåing kan gi lettere overføring av gode løsninger til andre deler av (nytt) foretak</li> <li>-Felles inntak kan være positivt, lettere å ujevne ventetid</li> <li>-Enklere å få til digitaliseringsløsninger felles?</li> <li>-Forskning: Regionalt samarbeid hvis samme universitet</li> <li>-Mer spesialisert tilbud til alle i regionen</li> <li>-Regional faglig enighet: lettere å forholde seg for fastleger/ Kommuner</li> <li>-Felles avtaleverk, lønnsavtaler.</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dette er et område hvor samarbeidet er godt allerede i dag</li> <li>-TSB er allerede godt funksjonsfordelt</li> <li>-Fagledernetverk</li> <li>-Oversikt over tilbud / ventelister</li> <li>-Tverrfaglig samarbeid. Ikke avhengig av sammenslåing</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nærhet til behandler er viktigere enn ved somatikk</li> <li>-Behandler må reise ut til miljøene – kan oppleves negativt for behandler</li> <li>-Kan føre til sentralisering av spesialiserte områder (spiseforstyrrelser, psykoselidelse, osv)</li> <li>-Kan bli mer logistikk med samarbeid mellom lokale og sentrale ressurser og kontakten mot primærhelsetjenesten?</li> <li>-Stort «sørge-for» ansvar</li> <li>-Mer koordinering i en større enhet?</li> <li>-Større avstand til ledelse og beslutninger</li> <li>-Flere skal ledes / vanskeligere med faglig enighet</li> <li>-Samarbeid med kommunene om tilrettelegging er spesielt viktig for denne gruppen. Kommunale botilbud mv – mange skal leve mange år med kommunale tilbud</li> <li>-Bedre NTNU samarbeid – psykologistudiet, som NTNU- LINK fungerer godt i dag</li> <li>-Rekruttering av spesialister</li> <li>-Sentralisering gir mangel på tilbud til pasienter.</li> <li>-Lengre reisevei fører til opphør av behandling.</li> <li>-Svekkelse i funksjoner som er nødvendig for opprettholdelse av spesialistutdanning. Miste kompetanse og mulighet til rekruttering.</li> <li>-Kan «støvsuge» arbeidsmarkedet i regionen</li> </ul>
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Det er mindre utveksling av pasienter og mindre daglig samhandling innenfor psykiatri og rus</li> <li>-Arbeidsavtaler viktig</li> <li>-Må ha med Legeforeningen på mulighet for styring av ressurser i forhold til geografisk lokasjon</li> <li>-Fagledelsen må styrkes</li> <li>-Sterk ledelse/styring av kapasitet og kompetanse</li> <li>-Et område hvor videokonsultasjon kan ha stor betydning – mye ungdom</li> <li>-Ikke møtt andelen redusert med videokonsultasjon</li> <li>-Hvordan få flere til å velge spesialisering i psykiatri/ BUP/TSB</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mye faglig uenighet, ulike standarder</li> <li>-Et fag som bør ha mye desentralisert tjeneste. Kontinuitet.</li> <li>-Nært samarbeid med de kommunale tjenester/NAV.</li> <li>-Bedre funksjonsfordeling innen somatikk kan frigjøre midler til styrkning av psykisk helsevern</li> </ul>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	
<b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbeide om bedre løsninger for videokonsultasjon kan skje gjennom Helseplattformen?</li> <li>- Samarbeid, for eksempel videokonsultasjoner med fagressurser fra St.Olavs kan gjøres uavhengig av sammenslåing</li> <li>- Generelt kan bruk av teknologi redusere behov for endringer i foretaksstruktur</li> <li>- Utvikling av pasientforløp</li> <li>- Felles avtaleverk, lønnsavtaler.</li> <li>- Del av et større fagmiljø</li> <li>- Sentral koordinering kan tenkes erstattet av avtaler - foretakene imellom, men det vil være økt trykk på samhandling, etc ved felles foretak</li> <li>- Være tett på utdanningsinstitusjoner og tilby praksis og økt lønn kan bidra til bedre rekruttering</li> <li>- Gir (noe) økt mulighet for standardisering og oppfølging av pakkeforløpene</li> <li>- Tverrfaglige team må fungere bedre – oppsøkende team</li> <li>Ulikt organisert i STO og HNT – stort område som kan bli for stort i ett foretak?</li> </ul>

## Hvordan vil en eventuell sammenslåing av St. Olavs og HNT påvirke pasient- og brukervedvirkningen?

Et felles helseforetak kan bidra til et standardisert grensesnitt mellom innbyggerne i kommunene og et felles HF. Dette er vesentlig ved overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Hvem gjør hva og hvordan, individuelle planer osv. Et felles HF kan også gi bedre og mer forutsigbare rammer for pasientmedvirkning, samt redusere variasjonen som finnes i dag. Økt mulighet for å utvikle felles digitale løsninger (Sykehus hjem), kan bidra til å redusere variasjon og gi lavere reiseaktivitet for pasientene. Man får brukervedvirkning på hele pakkeforløpet hvis ett HF har dette ansvaret.

Det er likevel noen negative aspekter som prosjektgruppen trekker frem ved en sammenslåing. Spesielt størrelsen ved det nye helseforetaket kan gi avstand til administrasjon/ samarbeidspartnere, spesielt for de i utkanten av fylket. Det er en rekke positive effekter for pasient og brukervedvirkningen som kan oppnås uten sammenslåing av helseforetakene. Helseplattformen trekkes frem positivt. Spesielt videre digitalisering og «sykehus hjem» kan skje uavhengig av endring i struktur mener prosjektgruppen.

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasient</li> <li>-Pårørende</li> <li>-Brukerutvalg</li> <li>-Ansatte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spesialisthelsetjenesten</li> <li>- Primærhelsetjenesten</li> </ul> </li> <li>-NAV</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mer profesjonalisert tilrettelegging</li> <li>-Mer profesjonaliserte brukerrepresentanter</li> <li>-Geografi betyr mindre?</li> <li>-Felles brukerstemmer for et helt, samlet HF</li> <li>-Behov for færre brukerrepresentanter</li> <li>-Kan gi økt pasienttilfredshet ved at sammenslått HF kjenner - bedre til pasientgruppens utfordringer i forhold til lokal støtte og behandling (f.eks. fysio)</li> <li>-Kan bidra til å få et standardisert «grensesnitt» mellom innbyggere i kommunene og sammenslått HF v/overgang mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester (hvem gjør hva og hvordan, ind. Plan, etc).</li> <li>-Kan gi bedre og mer forutsigbare rammer for pasientmedvirkning, samt redusere variasjon</li> <li>-Økt kompetanse i ledelsen på brukers opplevelser og behov</li> <li>-Større kompetansemiljø innenfor tjenstedesign (pasientforløp)</li> <li>-Økt mulighet til å utvikle felles digitale konsultasjoner og tilbakemeldinger (tilfredshet, din tilstand nå, behovet for tjenester, osv.) kan bidra til å redusere variasjon og lavere reiseaktivitet for pasient.</li> <li>-Samkjøring av digitale prosjekter (f.eks. LMS)</li> <li>-Får brukermedvirkning på hele pakkeforløpet på tvers av lokale og sentralt sykehus – hvis ett HF vil dette gi pasienten brukermedvirkning for hele forløpet</li> <li>-Kan få økt kraft på utvikling – til beste for pasienten</li> <li>-Velfungerende metoder kan breddes regionalt</li> <li>Endring i organiseringen (f.eks. klinikkvise brukerutvalg i Nord-Trøndelag som på St. Olav)</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Helseplattformen vil påvirke mer enn foretaksorganisering?</li> <li>-Krav om brukermedvirkning i forskningsprosjekt. Og erfaring med innspill, samtykkeskjema mv</li> <li>-Viktig å få ungdomsrepresentanter og deres perspektiv frem</li> <li>-Overgang barn/voksen</li> <li>-Betingelser for utførelse av jobben som brukerrepresentant.</li> <li>-Regional sammensetning av brukerutvalget – antall deltagere fra HFene</li> <li>-Pasientmedvirkning i dialog med behandler</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Brukerutvalg sentraliseres, får ett som møter – må kompensere for lang avstand mellom brukers (pasientens) bosted og der de møter i brukerutvalg</li> <li>-Mer reiseaktivitet gir mindre deltakelse for ytterkantene</li> <li>-Større geografisk avstand uheldig (ved fysiske møter)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avstand til administrasjon/samarbeidsparter kan være utfordrende for representanter.</li> <li>-En større organisasjon kan gi større avstand til lokale beslutninger</li> <li>-En felles standard vil kunne «drepe» variasjon/det som er best/koster mest (hvis billigste felles standard velges)</li> <li>-Variasjon kan være bra for innovasjon – det som fungerer best vil til slutt få gjennomslag</li> <li>-Færre deltakere fra brukersiden totalt sett? Bruke mer tid kan være vanskelig for enkelte</li> <li>-Mer uoversiktlig ved større organisasjon/større enheter</li> <li>Ansvarsområdet blir veldig stort og utfordringer med å rekruttere</li> <li>-Redusert kunnskap om lokale forhold</li> <li>-Nærhet til relevante personer og relasjoner kan bli svakere.</li> <li>-Dette gjelder også for tjenestene.</li> <li>-Reel påvirkningskraft kan reduseres</li> <li>-Kan påvirke økonomisk støtte/finansering av organisasjonene ved en sammenslåing</li> <li>-Større avstand mellom bruker og øverste ledelse, mindre innflytelse?</li> </ul>
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasientens beste vs pasientens ønske</li> <li>-Handler om samvalg til beste for pasienten – krever tid til å informere</li> <li>-Profesjonalisering av brukerutvalgets representanter og hvordan andre aktører møter/ivaretar dem inn i ulike prosesser/prosjekter (medvirkning krever god prosessledning)</li> <li>-Nyttig med tilbakemelding fra BU før styremøtene</li> <li>-Vanskelig å engasjerer ungdommen uansett</li> <li>-Det er en generell utfordring å rekruttere brukerrepresentanter</li> <li>-Involvering og reell påvirkning</li> <li>-Flere organisasjoner fortsetter med gammel organisering etter sammenslåing av fylkene</li> <li>-Lovfestede rettigheter</li> <li>-Holdningsendring innenfor helsetjenestene</li> <li>-Godt samarbeid med brukergruppene kan/vil føre til bedre kvalitet og ressursutnyttelse</li> </ul>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	
<b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Helseplattformen vil gi bedre brukermedvirkning</li> <li>-Kan gjøre mye uten å slå sammen, men større miljøer kan sette økt fokus og tempo på å få til løsninger</li> <li>-Kan gi større engasjement i hele helsekjeden fra brukerne</li> <li>-Kompetanseutvikling hos pasient/bruker (Jfr. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen)</li> <li>Helseplattformen: innsyn i journal</li> <li>-Digitalisering, f.eks. ved lærings-og mestringsaktiviteter</li> <li>-God struktur allerede</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ungdomsråd: MÅ være mulig å ha digital dialog uten fysisk oppmøte. Trenger annen arbeidsform</li> <li>-Det er allerede samisk rep i brukerutvalg HNT</li> <li>-Kan redusere påvirkning og representasjon fra HMR?</li> <li>-Konsekvensene styringsmessig for HMR og for RHF-strukturen er uklare. Balansen i HMN og mellom RHFene kan endres.</li> </ul>
--	--

## Hvordan sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp i Trøndelag?

Ved en sammenslåing av St. Olavs og HNT er det er en rekke positive effekter for samhandling og mer helhetlige pasientforløp mener prosjektgruppen. Det kan utvikles flere helhetlige pasientforløp som vil sikre mer lik behandling sentralt og lokalt. Det blir mindre variasjon i hvordan samhandlingen gjøres mellom spesialisthelsetjenesten kommunehelsetjenesten. Det kan bli færre unødvendige mellomlandinger på lokalsykehus før tilbakeføring til kommunene.

Negative effekter ved en sammenslåing kan være mindre lokal kunnskap om pasientene. Å ha tilstrekkelig kunnskap om den enkelte kommune/ samarbeidspartner vil bli mer krevende ved en sammenslåing.

### Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasienten</li> <li>-Pårørende</li> <li>-Spesialisthelsetjenesten</li> <li>-Primærhelsetjenesten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastlegen</li> <li>• Sykehjem</li> </ul> </li> <li>-Rehabiliteringsinstitusjoner</li> <li>-Brukerorganisasjoner</li> <li>-Utdanning / høgskoler og universitet</li> <li>-Foretaksledelsen</li> <li>-Kommuneledelsen</li> <li>-Prehospitale tjenester?</li> <li>-HMR?</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-En stemme fra ett foretak til samarbeidende parter</li> <li>-Kan utvikle flere helhetlige pasientforløp (vil sikre mer lik behandling sentralt og lokalt)</li> <li>-Enklere for de som benytter tjenester både i lokalsykehuset og regionsykehuset</li> <li>-Mer enhetlig grensesnitt i forhold til oppgavefordeling og forutsigbarhet</li> <li>-Felles journalsystem kommune / sykehus (Helseplattformen)</li> <li>-Mindre variasjon i samhandling, lettere å overføre kunnskap (beste praksis) innad i ett foretak</li> <li>-Kan være lettere å samhandle med avtalespesialister og andre private med ett HF</li> </ul>

	-Færre unødvendige «mellomlandinger» på lokalsykehus før tilbakeføring til kommune
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kunnskap om samarbeidspartner.</li> <li>-Kunnskap om hva den andre parten kan tilby av kompetanse, utstyr og kapasitet?</li> <li>-Likeverdighet og respekt for den andre partens oppgaver.</li> <li>-Bruk av IP (individuell plan)</li> <li>-Samarbeid mellom ledelse og fag</li> <li>-Samarbeid mellom nivåene (foretak og kommunene) vil fortsette uavhengig av sammenslåing</li> <li>-Veiledning</li> <li>-Fagutvikling</li> <li>-Helhetlige pasientforløp</li> <li>-Helseplattformen vil være en stor endring og forbedring uansett</li> <li>-Øke bruken av trekantsamtalen (felles samtale mellom partene og pasienten)</li> <li>-Evaluering</li> <li>-Kan organisere samhandling lokalt uavhengig av sammen-slåing</li> <li>-Stor forskjell mellom klinikker – mange er tilfreds med meldinger når pasient overføres, andre har stort samarbeidsbehov</li> <li>-Veiledning fra vakthavende kan hindre unødig innlegging.</li> <li>Rørosprosjektet – akuttbil sjekker pasientene og bidrar til vurdering om innlegging</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Å ha tilstrekkelig kunnskap om den enkelte kommune (part) vil bli mer krevende/komplisert</li> <li>-Flere kommuner inne vil øke utfordringen. Større spenn</li> <li>-Lokal kunnskap om pasientene vil bli forringet ved en samorganisering.</li> <li>-Helhetlig pasientforløp krever kjennskap, nærhet og kontinuitet i forhold til pasienten</li> </ul>
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Må skille mellom oppgaver som er mulig å prosedyrestyrte og hva som forutsetter kompetanse hos samarbeidspartner (og kunnskap om hverandre).</li> <li>-Samhandling oppleves som utfordrende begge veier</li> <li>-Stor variasjon på tjenester i kommunene</li> <li>-Organisering av tjenester i kommunene er forskjellig.</li> <li>-Fastlegen (trepartssamarbeid)</li> <li>-Viktige forutsetninger vil være helhetlige pasientforløp</li> <li>-Fungerer bra allerede</li> <li>-Fagråd fungerer bra</li> <li>Samhandlingsavvik i dag er oftest: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legemiddelhåndtering</li> <li>- Epikriser som mangler</li> <li>- Meldinger om for eksempel dødsfall, e-meldinger</li> <li>- Helseplattformen løser de to (tre) første</li> </ul> </li> <li>-Det hender fastlegen ringer spesialist for råd. Spesialisten ringer sjelden til fastlegen for å avklare hva som skal gjøres videre</li> </ul>

<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	

### Hva er viktige forutsetninger for å sikre bedre samhandling og helhetlige pasientforløp?

Prosjektgruppen trekker frem at Helseplattformen er viktig å innføre for alle aktører i Trøndelag. Det er mange positive effekter som kan oppnås uavhengig av endring i foretaksstruktur. Samhandling på pasientnivå kan forbedres (trekant-avtalen). Det kan gjøres bedre henvisninger, og bedre kvalitet på epikrisen. Fagnettverk i ASU på tvers av forvaltningsnivå kan styrkes.

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	-Helseplattform innføring for ALLE aktører. Nærhet og lokalkunnskap
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	-Fellesfinansiering er en utfordring -Halvøhjelp fungerer bra (akutt poliklinikk neste morgen) -Samarbeid med kommuner om røntgen, UL – flinke på tilpasninger i små kommuner?
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	-Organiseringen av fastlegene -Gode systemer for dialog, kunnskapsoverføring -Helt avhengig av elektroniske løsninger
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	
<b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b>	-Samhandling på systemnivået kan fortsette som nå. -Samhandling på pasientnivå kan forbedres (trekant-samtalen) -Bedre henvisninger og bedre kvalitet på epikrisen -Oftere samtaler om pasienten mellom fagpersoner begge veier -Fagnettverk i ASU på tvers av forvaltningsnivå kan styrkes – DMS kan gi gode løsninger, alt fra Øya helsehus til mindre enheter. Felles opplæring, kombinerte stillinger?

### Hva skal til for å skape eksellent forskning og innovasjon fra helseforskningen i Trøndelag?

Kvalitet på forskningen forbedres ved en sammenslåing eller ikke?

Hvordan vil en sammenslåing påvirke forskningen positivt? Koblingen til NTNU vil bli enklere for HNT. Tilgang til å delta i kliniske studier vil kunne forbedres for pasienter i hele fylket. Kombinasjons-

stillinger der man både arbeider som kliniker og som forsker vil bli lettere å etablere, og dette vil forsterke klinisk forskning i hele Trøndelag. Uavhengig av valg av struktur er det viktig med et godt samarbeid mellom forskning og praksisfeltledelse er viktig. Forskningstalenter må gis rom til utvikling.

Det er en risiko for at et felles helseforetak medfører at det blir bredere fokus på forskningen, og at dette kan hemme spissing som er nødvendig for eksellent forskning. Det er en bekymring for at sentralisering av forskningsressurser går ut over Nord-Trøndelag.

Uavhengig av endringer i foretaksstrukturen kan det gjøres en rekke tiltak. Det anbefales at RHF gir tydeligere oppdrag gjennom oppdragsdokumentet hva gjelder forskningsaktivitet. Det må sørges for å ivareta HUNTs framtid.

Det bør satses mer på 50-50-stillinger som er delt mellom forskning og praksis, jfr Edvard Moser i sitt foredrag til prosjekt-gruppen. Det å fange opp forskningstalenter tidlig gjennom studiet/forskerlinje vil forbedre rekrutteringen til forskningen.

Det bør legges bedre til rette for innovasjon og næringsutvikling gjennom å stimulere til økt tverrfaglighet. Vi må styrke en organisasjonskultur som gir rom for forskning og utvikling/faget i sentrum/ forsterke de verdier som gir rom for læring og innovasjon.

**Kvaliteten på forskningen forbedres ved en sammenslåing eller ikke?**

<p><b>Hvem som blir påvirket?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasienter St. Olavs / HNT / Helse Møre og Romsdal</li> <li>- Forskningsmiljøene</li> <li>- Utdanningsmiljøene</li> <li>- Ledere (med forskningskompetanse)</li> <li>- Pasienter m/behov for regionale funksjoner</li> <li>- Prioriterte pasientgrupper i forskningen</li> <li>- Pårørende / ledsager</li> <li>- 1.linjetjenesten</li> <li>- Behandler i 1 og 2. linje</li> <li>- Ansatte ved St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag</li> <li>- Primærhelsetjenesten</li> <li>- Ledere i kommunen</li> <li>- Gründere</li> <li>- samfunnet, industri</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b></p>	<p>Vi tok utgangspunkt i dagens tre innledningsforedrag Usikkert om sammenslåing ville ha hatt betydning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan kanskje være en fordel for NT – kommer nærmere et mangfoldig fagmiljø (NTNU)</li> <li>- Tilgang til fasiliteter og infrastruktur. Enklere administrasjon?</li> <li>- Tilgang til veilederkompetanse</li> <li>- Enklere å etablere kombinasjonsstillinger. Økt rekruttering i nord via kombinerte stillinger?</li> <li>- Mer enhetlig satsing</li> <li>- Etablering av nye forskningsfelt som er mer relevant opp mot minoriteter eller rurale miljøer.</li> <li>- Pasienter og fagmiljø får bedre tilgang til å delta i studier</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fange opp talenter</li> <li>- Økt forskning i primærhelsetjenesten</li> <li>- Økt forskning i NT, entusiasme</li> <li>- St. Olav/NTNU merkevare – rekruttering, også til forskning</li> <li>- Evaluering og anvendelse av praksis-utvikling bedres (kvalitativt): Pasientforløp, samhandling</li> <li>- Del av et større miljø: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Felles strategi (gir sterkere implementering)</li> <li>- Like vilkår</li> <li>- Tyngdepunkt vs. Nettverk vs. Større samlet miljø?</li> </ul> </li> <li>- Potensielt øke antall trefninger mellom fagfolk/skape nye veibaner i ny organisasjon.</li> <li>- Større forskningsgrunnlag for studier/ større mulighet til mangfold i team – større letegrunnlag på jakt etter talenter innen egen organisasjon (under felles ledelsesregime)</li> <li>- Enklere – nærhet fysisk – forskningssamarbeid med geografisk nærhet</li> <li>- Kan positive forskningskulturer i større grad distribueres ved ny struktur?</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sannsynlig ikke stor betydning – det meste er nøytralt</li> <li>- Enkeltpersoner eller startmiljøer kan skape en start <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinisk forskning driver opp faglig kvalitet der den foregår.</li> <li>- Gode forskningsmiljø tiltrekker seg flere forskere</li> </ul> </li> <li>- Så lenge faget bestemmer vil strukturene spille mindre rolle Fagnettverk kan redusere betydningen av organisatoriske skillelinjer.</li> <li>- God forskning og innovasjon er veldig løsbart uten tilleggsstrukturer – alle kan samarbeide med alle uavhengig av struktur.</li> <li>- Vi trenger hele spekteret av forskning (fra det praksisnære til grunnforskning) for å gi gode helsetjenester i 2050</li> <li>- Det er viktig med et godt samarbeid mellom forskning og praksisfeltet</li> <li>- Ledelse er viktig; talenter må gis rom til utvikling. Meningsaspektet viktig for å utløse innsats/klar problemforståelse.</li> <li>- Viktig at ledelsesspennet ikke blir for stort.</li> <li>- Toppforskning trenger dedikerte miljø og midler</li> <li>- Breddeforskning krever flere miljøer</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan være frykt i St Olavs/NTNU for at et bredere fokus kan hemme spissing som er nødvendig for excellent forskning</li> <li>- Avstander i beslutninger, større organisasjon</li> <li>- Felles strategi i stort helseforetak kan bety bortprioritering av forskningsinteresse i mindre fagmiljø</li> <li>- Sentralisering av ressurser, mindre forskning i NT</li> <li>- Mindre fokus på M&amp;R</li> <li>- Økt byråkrati, tyngre administrasjon</li> <li>- Mindre variasjon, jfr standardisering</li> <li>- Penger til forskning kun med ekstern finansiering</li> <li>- Forskning som del av driftsoppdraget</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kveldsarbeid/ivrige forskere nødvendig? –eller «romslighet i avdelingen/ delfinansiering for å rekruttere» (smådriftsfordel i HNT).</li> <li>- Mulig barriere for samarbeid ved å forholde seg til to ulike universitet.</li> </ul>
<p><b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De fleste argumenter kan skifte fortegn og mye er usikkert.</li> <li>- Forbehold: Vi vet ikke hva en sammenslåing vil bestå i/omfanget</li> <li>- Organisering / Samordning av forskningens prioriteringer <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fysisk sted</li> <li>o Forskningsorganisasjon</li> <li>o Sykehusorganisasjon</li> <li>o Nasjonal retning (Forskningsrådets kriterier mm.)</li> </ul> </li> <li>- Geografisk plassering: Kryss/synergier mer innovativ kraft hvis samlet/nært hverandre? Aktørene ser hverandre bedre?</li> <li>- Kvalitativ/kvantitativ?</li> <li>- Sentralt drevne prosjekter – satellitter?</li> <li>- Rekruttering av forskerkompetanse en forutsetning for rekruttering av PhD-kandidater. Hva styrker rekrutteringen?</li> <li>- Organisering av forskningssentre/-miljøer: Sentral styring – betyr det sentralisering av forskere (nærmere ledelse, nærmere andre miljøer)?</li> <li>- Deltidsstillinger forskning/klinikk: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Utfordringer for kontinuitet og ferdigheter i klinikken.</li> <li>o Etterspurt undervisningskapasitet</li> <li>o Veilederstillinger for PhD, jobber i klinikken, fasiliterer for forskningsaktivitet</li> </ul> </li> <li>- PhD 50%, amanuensis/prof II i 20%</li> <li>-</li> </ul>
<p><b>Anbefaling/ konklusjon</b></p>	
<p><b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satse mer på 50-50-stillinger, jfr Edvard Moser</li> <li>- Prioritere delte stillinger mellom forskning og praksis hvor praksisfeltet ikke presser bort forskeren.</li> <li>- Plukke talenter tidlig – eks gjennom studiet/forskerlinje</li> <li>- Legge bedre til rette for næringsutvikling – helsenæringen er tungt inne på den politiske arena</li> <li>- Sørgje for å ivareta HUNTs framtid</li> <li>- Bedre samarbeid, infrastruktur, administrasjon.</li> <li>- Styrende organer etterspør forskning som en parameter man måles på.</li> <li>- Anbefaler at RHF gir tydeligere oppdrag gjennom oppdragsdokumentet hva gjelder forskningsaktivitet.</li> <li>- Innovasjon; Spiss faglighet og legge til rette for tverrfaglighet</li> <li>- Velge forskningskompetente ledere</li> <li>- Risikovillig ledere som rommer prøving, feiling og læring</li> <li>- Styrke en organisasjonskultur som gir rom for forskning og utvikling/faget i sentrum/ forsterke de verdier som gir rom for læring og innovasjon</li> <li>- Styrke incentiver for forskning gjennom strukturer som fremmer forskningsbasert faglig aktivitet av dokumentert høy</li> </ul>

	kvalitet innen et gitt fagområde/tema, og et klart mål om effekt på pasientbehandling- slik som utlysninger til Klinisk akademiske forskningsgrupper
--	--

## Hva kjennetegner de helseforetak og avdelinger som skaper gode arbeidsforhold, og tilstrekkelig med kvalifisert personell?

Vil en sammenslåing bidra til gode arbeidsforhold, og tilstrekkelig med kvalifisert personell? Prosjektgruppen mener det blir enklere å sikre riktig kompetanse på rett sted, og et felles helseforetak vil gi større rekrutteringsgrunnlag for kritisk arbeidskraft.

Ved å bli en del av større miljø kan det bli enklere å korrigere tidligere eller sette inn tiltak som forbedrer arbeidsmiljøet. Vi kan unngå forskjellig arbeidsgiverpolitikk og konkurranse om samme arbeidskraft mellom sykehusene. Dette er tilfelle i dag. Overordnet, samordnet og koordinert ivaretagelse av den ansatte blir lettere i et felles helseforetak, også på tvers av arbeidssted (som under spesialisering). Sammenslåing kan gi større incentiv for ledelse ved et felles helseforetak til å ta ansvar for å bidra ved vakanser e.l. i mindre sykehus. Lederutvikling, og rekruttering av gode ledere kan bli enklere ved et større fagmiljø.

Prosjektgruppen ser en del negative aspekter ved en evt sammenslåing. Opplevelse blant medarbeiderne av at ledelsen blir mer fjern, og ikke tilstede, såkalt fjernledelse. Kan bli for stort kontrollspenn. Det kan ha en negativ effekt for St. Olavs i konkurransen med andre universitetssykehus å kreve at ansatte evt. må ta opphold andre sykehus i regionen ved ansettelse. En fusjon kan ha negativ effekt for Helse Møre og Romsdal HF mener prosjektgruppen. En kan risikere dårligere relasjoner og samarbeid mellom et stort helseforetak i Trøndelag og Møre og Romsdal.

Prosjektgruppen har en rekke forslag til forbedringer som kan gjennomføres uavhengig av en evt fusjon mellom HNT og St. Olavs. Helse Midt-Norge bør organisere vikarstafett med utgangspunkt i legespesialister i ventestilling ved St. Olavs, dette er mye bedre enn innleie for små sykehus. Spesielt når flere prosedyrer/MTU i regionen blir felles gjennom Helse-plattformen. Men dette bør gjelde ovenfor Helse Møre og Romsdal også. Hospitering, erfaringsutveksling, bedre funksjons- og oppgavefordeling, felles avtaler om utdanning, og rotasjonsordninger er alle elementer som kan være mulig å gjennomføre uten et felles helseforetak i Trøndelag, men ved avtaler.

## Vil en sammenslåing bidra til gode arbeidsforhold, og tilstrekkelig med kvalifisert personell?

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbeidspartnere (HF, universitet, høyskoler, kommuner, avdelinger mv)</li> <li>- Ansatte</li> <li>- Pasienter/innbyggere</li> <li>- Pårørende</li> <li>- Studenter</li> <li>- Primærhelsetjenesten og kommunene</li> <li>- Nærmeste leder</li> <li>- Øvrige lederlinjer, teams/avdelingsledere (3 og 4 nivå)</li> </ul>	
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	- Små miljø mer sårbare mhp riktige personer i fagmiljøene. Ved å bli en del av større miljø kan det bli enklere å korrigere tidligere eller sette inn korrektive tiltak	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterkt fokus på fag – forskjell på ledelse og administrere</li> <li>- Sette et positivt fokus på god ledelse med adekvat lederstøtte. Sekundærgevinster i form av mindre turnover og økt attraktivitet?</li> <li>- Kan unngå forskjellig arbeidsgiverpolitikk– unngå konkurranse om samme arbeidskraft</li> <li>- Overordnet, samordnet og koordinert ivaretagelse av den ansatte, også på tvers av arbeidssted (som under spesialisering).</li> <li>- Felles føringer/strategi</li> <li>- Lederutvikling</li> <li>- Større perspektiv på vurderinger mht strategi</li> <li>- Mulighet til organisatoriske endringer (ledelse, faglig tyngdepunkt, kulturelt)</li> <li>- Enhetlig rammevilkår (standardiserte lønnsbetingelser, avtaler)</li> <li>- «Godt» fagmiljø</li> <li>- Erfaringsutveksling</li> <li>- Kompetansedeling</li> <li>- Fagdager, fagutvikling bør inngå i tjenesteplan for alle, felles kompetansebygging</li> <li>- Noe lettere å få en felles lederpolicy ved felles ledelse.</li> <li>- Sammenslåing kan gi større incentiv for ledelse ved St Olavs til å ta ansvar for å bidra ved vakanser e.l. i mindre sykehus (ex jordmødre i Namsos)</li> <li>- Positivt om en kan være en del av et større miljø (både medisinske fagmiljø og støttefunksjoner)</li> <li>- Hospitering og faglig utveksling i større grad</li> <li>- Oversikt over kompetanse/samarbeid om kritisk personell</li> <li>- Funksjonsfordeling som virkemiddel til å rekruttere/opprettholde fagmiljø</li> <li>- Økte muligheter for kompetanseheving</li> <li>- Riktig kompetanse på rett sted</li> <li>- Enklere rullering ved utdanning/spesialisering LIS/psykologer</li> <li>- Større rekrutteringsgrunnlag for spesialsykepleiere</li> </ul>	
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gode incentiv for legespesialister på St Olavs som ikke får fast jobb – mer meritterende å være i overlegestilling på Namsos enn å være spesialist i assistentlegestilling på St Olavs</li> <li>- Personalsamarbeid med kommunene (kan virke både positivt/negativt)</li> <li>- Forskning</li> <li>- Fagutvikling</li> </ul>	
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vil bli større avstand til leder – vanskeligere å bli sett</li> <li>- Avstand til ledelse/beslutninger/fremmedgjøring</li> <li>- Mindre medvirkning? Mindre sett og anerkjent av leder.</li> <li>- Fjernledelse – ikke fjern ledelse – hvordan bli sett?</li> <li>- Fare for nedprioritering og “overkjøring” av små fagmiljø – bli ikke sett/hensyntatt av tunge miljøer ved St Olavs</li> <li>- Lavere geografisk lojalitet til arbeidsplassen.</li> <li>- Omorganisering/sammenslåing= kjemperisiko. Potensielt skudd for baugen hva gjelder gode arbeidsmiljø, stabilitet, rekruttering</li> <li>- Kan ha negativ effekt for M&amp;R. Risikerer dårlige relasjoner/samarbeid med M&amp;R</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilstrekkelig kvalifisert personell: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Personalflytning vil ikke oppleves som positivt</li> <li>o Økonomisk belastende for foretaket</li> <li>o Kompetanselekkasje (HNT--&gt;St Olavs)</li> <li>o Manglende kjennskap til kommuner kan skape distanse</li> <li>o «Miste» personell</li> <li>o Lønn, avtaler kan ikke brukes som virkemiddel</li> </ul> </li> <li>- Gode arbeidsforhold: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Stort lederspenn</li> <li>o Arbeid på flere plasser (om det skulle være aktuelt) – kan gå utover arbeidsmiljøet og livskvalitet</li> <li>o Uoversiktlig ansvarsforhold</li> <li>o Fravær av fleksibilitet</li> <li>o Vanskeligere å fungere som nivå 3 og 4 leder</li> </ul> </li> <li>- Mindre eierskap og ansvarsfølelse for virksomheten</li> <li>- Flere kulturer, mer komplekst å lede?</li> <li>- Vanskeligere med individuell tilpassing</li> <li>- Prosessen, usikkerhet</li> <li>- Ambulering</li> <li>- rekruttering</li> <li>- Tariffavtaler</li> <li>- Større avstand til HR</li> </ul>
<p><b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Må jobbes aktivt med å fortelle yrkesgrupper at DE er ønsket – bli sett. Er bedre ivaretatt med LIS-reformen allerede</li> <li>- Helse Midt-Norge bør organisere vikarstafett med utgangspunkt i legespesialister i ventestilling ved St Olavs – mye bedre enn innleie for små sykehus. Spesielt når flere prosedyrer/MTU i regionen blir felles gjennom HP. Men dette bør gjelde ovenfor HMR også!</li> <li>- Når minimumsbemanningen i vaktbærende fag er større enn dagaktiviteten må det løses ved <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styring av elektiv virksomhet, i den grad mulig</li> <li>• Legge til rette for forskning/utviklingstiltak</li> <li>• Bidra til å tilrettelegge for bistand fra universitetssykehuset med hensyn til spesialister som ellers går i ventestilling</li> </ul> </li> <li>- De mulige positive effekten er det lite tro på i gruppen: de virker urealistiske å oppnå, samt kostbare.</li> <li>- Fusjon forutsetter stedlig ledelse</li> <li>- Organisering av ledelse viktig</li> <li>- Kompetansedeling og samarbeidsavtaler med ambulering får man til i dag også</li> </ul>
<p><b>Anbefaling/ konklusjon</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivt med større ansvar for helheten fra ledelsen, mye felles kvalitetsarbeid mv knyttet til Helseplattformen – kanskje burde universitetssykehuset ta ansvar for HMR også på sammen måte?</li> <li>- Negativt med større avstand til ledelse</li> <li>- Usikkert på virkning mhp universitetssykehus – konkurransen med Helse Bergen og OUS?</li> <li>- Samlet litt positivt</li> </ul>

<p><b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere faste hele stillinger gir «overtallighet» i uka, dette kan delvis benyttes til etterutdanning</li> <li>- Tettere samarbeid om kompetansebygging – simulatortrening, utveksling. Må anses som verdifullt at ansatte i en avdeling bistår andre i RHF-gruppen. Styrker felles kompetansebygging og samarbeid</li> <li>- Kompetanseregnskap bør etableres og følges opp</li> <li>- Ansatte må få påvirke tjenesteplan</li> <li>- Økt fokus på ledelse og lederstøtte</li> <li>- Hospitering, erfaringsutveksling</li> <li>- Diskutere funksjons- og oppgavefordeling</li> <li>- Avtaler om utdanning, rotasjonsordninger</li> <li>- Felles lederutviklingsprogram</li> <li>- Organisasjonsstruktur</li> <li>- Tjenesteutvikling</li> </ul>
---	--

### Økt kvalitet i pasienttilbudet i Trøndelag gjennom sterke fagmiljø. Hvordan skaper vi disse? Fusjon eller samarbeid?

Sterkere fagmiljø innenfor spesialisthelsetjenesten i Trøndelag gjennom fusjon, eller er det mulig å oppnå samme effekter uten endring i foretaksstruktur?

Det er en rekke positive effekter for pasienttilbudet som trekkes frem fra prosjektgruppen ved en evt sammenslåing av St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag. Det gir muligheter for bedre funksjonsfordeling, og felles behandlingsprosedyrer uavhengig av behandlingssted. Samtidig kan det oppleves tryggere for pasientene å behandles ved universitetssykehuset avd. Levanger, når det større fagmiljøet er involvert. En sammenslåing kan gi mer stabile miljø ved lokalsykehusene og bedre rekrutteringen.

Det er imidlertid en del negative effekter ved en evt. sammenslåing mener prosjektgruppen. Balansen og samhandlingen mellom fagmiljøene i region kan bli forrykket gjennom en fusjon, særlig at Trøndelag blir for dominerende vs. Møre og Romsdal. For St. Olav kan større breddeansvar, gi mindre fokus på – og ressurser til spisskompetansen ved et universitetssykehus. Prosjektgruppen er bekymret for at en fusjon kan gi mer avstand mellom fastlege/ansatte i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektgruppen ser en rekke forbedringspunkt som kan gjennomføres uavhengig av endringer i helseforetaksstrukturen. St Olavs sin rolle som universitetssykehus og ansvaret for å bidra til at lokalsykehusene er gode kolleger og gode fagmiljø bør bli tydeligere uansett organisering. Legespesialister som går uten å få overlegestilling bør stimuleres til å ta mer meritterende oppgaver som overlege på lokalsykehus. Styrker også samarbeidet. Fagledernetverk og faglig samarbeid må utvikles videre for alle fagområder uavhengig av foretak eller sykehusstruktur. Det er samarbeid mellom fagmiljøene som avgjør fagmiljøenes styrke og utvikling i regionen.

### **Eksempel på god samhandling - ny felles klinikk/sjef/klinikk for bildediagnostikk i Trøndelag som senere ble vedtatt innført. (Kilde: prosjektrapport 24.05.19 St. Olavs og HNT)**

«Det er fra 1.1.2020 ansatt en felles klinikk/sjef for bildediagnostikk på tvers av de to helseforetakene

*Den felles klinikk sjefen leder virksomheten innen bildediagnostikk på tvers av dagens to helseforetak. Klinikk sjefen har et todelt ansettelsesforhold i både Nord-Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF, og rapporterer til de to administrerende direktørene. Helhetlig styring sikres gjennom deltagelse i en felles ledelse. Klinikk sjefen har ansvar for den daglige driften av bildediagnostikk i de to foretakene, og må følge de retningslinjer som styrene og de to administrerende direktørene gir.*

*Videre organisasjonsutvikling gjøres i regi av klinikk sjefen som har myndighet til å organisere de samlede ressursene under ett for å sikre en mest mulig effektiv utnyttelse. Klinikk sjefen har normale fullmakter som klinikk sjef for all virksomhet innen bildediagnostikk i de to helseforetakene og vedkommens myndighetsområde vil kunne sees på som en felles klinikk for bildediagnostikk. Den felles klinikken utgjør ikke en egen juridisk enhet.*

*For å sikre lik prioritering av bevilgninger, investeringer og en felles styring av tilgjengelige ressurser vil utarbeidelse av et felles budsjett for bildediagnostikk være en forutsetning for modellen. Premisser for internfakturering og fakturering mellom foretakene må utarbeides. Med en felles klinikk sjef vil det imidlertid være lagt bedre til rette for å bytte tjenester mellom de to helseforetakene og redusere behovet for fakturering.*

### **Mulige gevinster ved en felles klinikk – bildediagnostikk**

#### *Enklere å oppnå konsensus*

*Der det i dag er uenigheter mellom fagmiljøene i nord og sør, vil det med felles klinikk sjef være enklere å oppnå konsensus og harmonisere på tvers av lokalisasjoner. Dette vil øke sannsynligheten for å kunne hente ut gevinstene av prosjekt standardisering av protokoller og henvisninger og lette innføringen av Helseplattformen innenfor bildediagnostikk.*

#### *Felles koordinering*

*Felles koordinering av aktivitet innen bildediagnostikk ved Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF kan bidra til økt pasientsikkerhet ved at det etableres tydelige retningslinjer for hvilken type undersøkelse pasienten skal ha, hvor den skal utføres og hvem som har ansvaret. En felles ledelse vil understøtte tiltakene gjennom en samlet oversikt over klinikkens aktiviteter, og gi bedre innsikt i hvordan arbeidet skal påbegynnes, gjennomføres og vedlikeholdes.*

#### *Forbedret pasienttilbud*

*Uavhengig av valg av modell vil et formalisert samarbeid kunne hente ut gevinster i form av et økt tilbud til pasientene. Økt kvalitet på tjenestene sikrer likeverdige tilbud uavhengig av hva som er pasientens lokalsykehus. Oversikt over ressursene i regionen, med en bedre arbeidsfordeling kan gi kortere reisevei og redusere behovet for doble undersøkelser. Gjennom bedre vaktberedskap kan tilbudene ved de lokale sykehusene potensielt øke, og flere undersøkelser kan gjøres lokalt.*

#### *Styrket fagmiljø*

*Ny organisering vil i større grad gi et helhetlig fagmiljø med mulighet for en samlet fagutvikling, inkludert utdanning av nukleærmedisinsk personell og leger i spesialisering (LIS). Fagmiljøene ved alle lokalisasjoner skal styrkes i samarbeid med de kliniske miljøene, og dette kan bidra til å redusere uønsket variasjon. Økt samarbeid og hevet kompetanse bidrar til å sikre driften ved små sykehus. En felles klinikk vil lettere kunne legge til rette for hospitering på tvers og bidra til erfaringsutveksling.*

#### *Redusert sårbarhet ved beskrivelse av spesialiserte undersøkelser*

*For noen av grenspesialitetene er det få spesialister på hvert sykehus. Ved å se ressurser og kompetanse på tvers innen en felles klinikk vil man kunne spille på flere ressurser totalt og redusere sårbarheten ved fravær.*

#### *Rekruttering*

### *Samarbeidsstillinger for overleger*

*Ved lokalsykehusene i Helse Nord-Trøndelag HF er det i dag noen utfordringer med å rekruttere overleger, mens det ved St. Olav hospital HF ikke er overlegestillinger tilgjengelig for leger som har blitt spesialister i radiologi. I et samarbeid bør det ikke pålegges delt funksjon mellom sykehus med tilbakevirkende kraft, men dette kan være en mulighet ved nyansettelser.*

### *Felles rekruttering*

*Felles ledelse kan optimalisere rekrutteringen, da ledelsen vil ha fullstendig oversikt over det totale ressursbehovet. Der det i dag kan være direkte konkurranse mellom de to HF om samme kandidat, vil det ved alle samarbeidsmodellene være klinikkjefen som er ansvarlig for driften ved alle lokalisasjoner, og som er nødt til å sikre rett kompetanse på rett sted. Ved lokalsykehusene har det vært utfordrende å rekruttere overleger innen radiologi. Ved å legge ned innsats på å utdanne LIS lokalt, bygge relasjoner og sikre lokal tilhørighet har det blitt lagt til rette for at disse blir værende som overleger. Uavhengig av valg av modell må det sikres at denne type rekruttering opprettholdes.*

### *Økonomi*

*Gitt de økonomiske analysene som har blitt utført i 2018 anser ikke prosjektgruppa at det på kort sikt vil være store økonomiske gevinster av et formalisert samarbeid, men at felles ledelse på noe lengre sikt vil kunne gi økonomiske gevinster gjennom bedre koordinering av drift og investeringer.*

### *Felles ressursutnyttelse*

*I den grad det finnes ledig kapasitet, kan et samarbeid øke ressursutnyttelsen på tvers og redusere ventetid og reisetid for pasienter og ansatte. Optimal bruk av maskinpark og den samlede kompetansen vil kunne dempe presset på investeringer og øke produksjonskapasiteten. Elektronisk overføring av bilder gir bildediagnostikk mulighet for å gjøre undersøkelser lokalt, og tolke bildene der det er tilgjengelig kompetanse, men dette krever felles arbeidsflyt. RIS/PACS er konfigurert for to separate HF, og ved alle alternativ vil det før innføring av Helseplattformen kreve tilrettelegging i IKT.*

**Sterkere fagmiljø innenfor spesialisthelsetjenesten i Trøndelag gjennom fusjon, eller er det mulig å oppnå samme effekter uten endring i foretaksstruktur?**

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasienter, pårørende, fagpersonell, nærmiljøet</li><li>- Ansatte i HFene</li><li>- Helse Midt-Norge RHF, HNT, St Olavs, HMR,</li><li>- Klinikere, pleietjenesten, fastleger, kommunehelsetjenesten</li><li>Universitet og høyskoler</li><li>- Fagmiljøene i sykehusene,</li><li>- Brukerorganisasjonene.</li><li>- Andre helseregioner</li><li>- Private sykehus.</li></ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kan oppfattes som tryggere for pasientene å behandles ved universitetssykehuset avdeling Levanger?</li><li>- Kan gi bedre pasientforløp – enklere å kommunisere hvem som gjør hva og søke støtte</li><li>- Mer standardiserte pasientforløp og felles behandlingsprosedyrer uavhengig av behandlingssted. Prioriteringer og faglige gjennomgående føringer kan bli enklere med en fusjon. Krever en serie med forutsetninger.</li><li>- Pasientsikkerheten utsettes ikke for lokaliserings-«kamp»</li><li>- Kan gi mer stabile fagmiljø i lokalsykehusene, bedre sikring av sårbare miljø. Ukentlig fagundervisning for små miljø?</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sårbare fagmiljø vil få rekruttert bedre, sikres av en helhetlig prioritering og ressursallokering/ rotasjonsordninger. Økt samarbeid på tvers.</li> <li>- Positiv effekt på fagmiljø og fagnettverk som ikke til daglig har faglig kontakt. Hindre uønsket variasjon. Lettere å «justere inn» praksis iht best practice?</li> <li>- En sammenslåing vil tvinge fagmiljø som ikke samarbeider i dag til å måtte samarbeide på en mer strukturert måte</li> <li>- Økt volum på færre enheter – bedre kvalitet?</li> <li>- Mulighet for fornuftig funksjonsfordeling, f.eks. innen ortopedi</li> <li>- Rekruttering, eksternt og internt</li> <li>- Bedre mulighet for «akademisering» av fagmiljø</li> <li>- «Det integrerte universitetssykehuset»</li> <li>- Enklere å plassere ansvar for samarbeid i totalområdet</li> <li>- Funksjonsfordeling og standardisering</li> <li>- Mindre uønsket variasjon, overbehandling, DRG-drevet skjevhet</li> <li>- Økt volum = økt kvalitet (innen gitt tema)</li> <li>- Sykepleie- og andre fagmiljøer kan holdes sterke selv om leger roterer</li> <li>- Felles langsiktig strategi</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- St Olavs sin rolle som universitetssykehus og ansvaret for å bidra til at lokalsykehusene er gode medspillere bør bli tydeligere uansett organisering</li> <li>- Bør åpne for ukentlig/månedlig fagundervisning for små miljø – uansett organisering?</li> <li>- Fagledernetverk og samarbeid må utvikles videre for alle fagområder uavhengig av foretak eller sykehusstruktur. Det er samarbeid mellom fagmiljøene som avgjør fagmiljøenes styrke og utvikling i regionen.</li> <li>- Struktur endrer ikke behandlingskvaliteten eller utvikling av fagligheten i fagmiljøene alene, da helsetjeneste vil bli utført ved nåværende sykehus.</li> <li>- Viktig at fagmiljøene drifter kvalitetsregister og utvikler felles faglige prosedyrer og gjennomfører forskning og evaluering av egen praksis og behandlingskvalitet.</li> <li>- Strukturerte pasientforløpet gir føringer for faglig samarbeid og arbeidsdeling uavhengig av foretaksstruktur</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan svekke universitetssykehusfunksjonen – ikke minst ovenfor HMR og spesielt (søre) Sunnmøre</li> <li>- Balansen og samhandlingen mellom fagmiljøene i region kan bli forrykket gjennom en fusjon, særlig at Trøndelag blir for dominerende vs. Møre og Romsdal. Vil også kunne true RHF modellen og det regionale leddet</li> <li>- Kan gi mer avstand mellom fastlege/ansatte i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten</li> <li>- Student og studentoppfølging</li> <li>- Indre uro vil kunne ha negative konsekvenser for fagmiljøene</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miljøer som føler seg truet. Flytting, funksjonsfordeling. Vi igjen kunne svekke kompetansen i distriktene.</li> <li>- Større breddeansvar, mindre fokus på – og ressurser til spisskompetanse.</li> <li>- Likeverd mellom klinikker skiples?</li> <li>- Ansvarsmengde og ansvarsfordeling kan bli uklart (beslutningsnivå/stort lederspenn)</li> <li>- Rotasjonsordninger utfordrer personellets arbeidsmiljø</li> <li>- Lang reisevei for pasienten og pårørende – og ansatte</li> <li>- Påvirker lokalsamfunnet</li> <li>- Lokalkunnskap om fagmiljøer på tvers (sykehus-kommune)</li> <li>- Flytting av funksjoner får ringvirkning for utdanning – fraflyttet lokasjon for en funksjon etterlater huller i utdanningsløpet</li> </ul>
<p><b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frem snakking av hverandre er bra!</li> <li>- St Olavs sin rolle som universitetssykehus og ansvaret for å bidra til at lokalsykehusene er gode kolleger og gode fagmiljø bør bli tydeligere uansett organisering</li> <li>- Må, uavhengig av fusjon eller ikke, gjennomføre de samme tiltakene i, og mellom fagmiljøene.</li> <li>- Sårbare fagmiljø kan tjene på en fusjon i forhold til rekruttering, faglig utvikling og samarbeid om pasientforløp.</li> <li>- Volumtenkningen rundt oppgaver vil lettere påvirke en funksjonsfordeling internt i et fusjonert helseforetak. Vil ikke påvirke fordelingen internt i Helse Møre og Romsdal.</li> <li>- Nåværende struktur med gjestepasienter og økonomi kan hemme pasientflyt i regionen og løses ikke gjennom å fusjonere Trøndelag</li> <li>- Hva er erfaringer fra Helse Sunnmøre og HMR</li> <li>- Erfaringer fra bildediagnostikk?</li> <li>- Fagsamarbeid er mer innarbeidet enn foretakssamarbeid.</li> <li>- Samspillet mellom HF påvirkes – (Htrøndelag-HMR)?</li> </ul>
<p><b>Anbefaling/ konklusjon</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sammenslåing gir noen muligheter spesielt for å støtte opp om sårbare, små fagmiljø. Større avstand til primærhelsetjenesten og risikoen for svekket universitetssykehusfunksjon og svekket tilhørighet for HMR trekker ned.</li> <li>- For tidlig. Økt kvalitet i pasienttilbudet krever en serie med forutsetninger og faglige tiltak og har på kort sikt en base rundt Helseplattformen. Sammenslåing og fusjon gir ikke alene bedre kvalitet i pasienttilbudet. En planlegging eller gjennomføring av en fusjon under implementering av Helseplattformen kan gjøre oppfølging av en fusjon til et risiko-prosjekt som negativt påvirke arbeidet med Helseplattformen og vanskeliggjøre oppfølgingen av arbeidet av en fusjon</li> <li>- Tja, heller mot ja, men gitt en del forutsetninger (god prosess, stedlig ledelse, bevare funksjoner etc)</li> </ul>

<p><b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- St Olavs sin rolle som universitetssykehus og ansvaret for å bidra til at lokalsykehusene er gode kolleger og gode fagmiljø bør bli tydeligere uansett organisering</li> <li>- Legespesialister som går uten å få overlegestilling bør stimuleres til å ta mer meritterende oppgaver som overlege på lokalsykehus. Styrker også samarbeidet.</li> <li>- Utvikling og styrking av fagrådene bør prioriteres fra St Olavs</li> <li>- Bør åpne for ukentlig/månedlig fagundervisning for små miljø</li> <li>- Fagledernetverk og faglig samarbeid må utvikles videre for alle fagområder uavhengig av foretak eller sykehusstruktur. Det er samarbeid mellom fagmiljøene som avgjør fagmiljøenes styrke og utvikling i regionen.</li> <li>- Systematisk jobbing for bedre samarbeid.</li> <li>- RHF kan bli tydeligere i oppdragsdokument.</li> <li>- Bygge videre på regionalisering av fagprosedyrer uavhengig av endring – fagledernetverk, fagråd</li> </ul>
---	--

### Hva sier forskningen om fusjoner av helseforetak?

Prosjektgruppens vurdering av forskningsresultat om kostnadseffektivitet og effekt på kvalitetsgevinster i pasientbehandlingen.

Studiene som ble presentert av prof. Terje P Hagen UIO viste at dersom det skal oppnås økonomiske gevinster ved en fusjon må det tenkes endringer i akuttberedskap/struktur. Dette åpner ikke prosjektmandatet for. Stordriftsfordeler kan oppnås, men gir mest effekt når akuttfunksjoner inngår. Positiv effekt for kvalitet kan tenkes ved sentralisering av spesialiserte funksjoner ved en fusjon, og desentralisering av funksjoner med høyt volum. Men prosjektgruppen stiller spørsmål om dette også kan oppnås uten sammenslåing – nettverk mellom sykehusene.

Prosjektgruppen har basert på forskningen som er presentert identifisert at det er lite trolig med økonomiske gevinster av en evt sammenslåing hvis akuttberedskapen skal ivaretas som i dag. Prosjektgruppen har likevel en del forslag til videre oppfølging. Erfaringen ved felles klinikk for billeddiagnostikk i Trøndelag er positive, og man må finne organisasjonsenheter som ved en sammenslåing sannsynliggjør gevinster faglig og/eller økonomisk og viser hvordan dette skal gjøres.

Det er en rekke tiltak som kan gjennomføres uavhengig av fusjon for å bedre tilbudet til befolkningen. Samordning av driftsfunksjoner, lønn, innkjøp, lederstøtte, data- og analyse, IT-støtte, bht/arbeidsmiljøarbeid, andre støttefunksjoner. Sykehus kan samarbeide i nettverk, uten å fusjonere om eksempelvis HR – rekruttering, ambulering av spesialisert personell, opplæringstiltak. Samarbeid om servicefunksjoner og kliniske støttefunksjoner kan styrkes – ref billediagnostikk klinikk? Bedre utredninger kan gjøres prehospitalt i samarbeid med kommunene/henvisere/fastleger, ved telemedisin og veiledning.

### Konsekvenser for prosjektet av forskningsresultat om kostnadseffektivitet og effekt på kvalitetsgevinster i pasientbehandlingen?

<p><b>Hvem som blir påvirket?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle, men først og fremst foretakene</li> <li>- Pasienter og pårørende</li> </ul>
---------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunehelsetjenesten, foretakene innbyrdes, Ambulansepersonell, studenter mv.</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dersom det skal oppnås økonomiske gevinster må det tenkes endringer i akuttberedskap/struktur. Dette åpner ikke mandatet for</li> <li>- Stordriftsfordel er målbar generelt, men gir mest effekt når akuttfunksjoner inngår</li> <li>- Det kan tenkes at forskjeller i arbeidsgiverpolitikk og stabsfunksjoner kan reduseres og gi rasjonalisering</li> <li>- Effekt på kvalitetsgevinster kan tenkes på sentralisering av spesialiserte funksjoner og desentralisering av funksjoner med høyt volum: Kan også oppnås uten sammenslåing - nettverk?</li> <li>- RHFet kan bli mindre</li> <li>- Erfaringene med bildediagnostikk er gode. Området gir kanskje spesielt gode muligheter for samarbeid digitalt? Noe annet enn kliniske avdelinger med sengeposter?</li> <li>- En ledelse for Trøndelag kan se/lede/planlegge hele fagfeltet og funksjonene på 4 sykehus på kort og lang sikt.</li> <li>- Målbar kvalitet og pasientsikkerhet</li> <li>- Sammenslåing vil gi større volum og høyere kvalitet, som sikrer bedre kostnadseffektivitet</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vi har ikke evidensgrunnlag som gir holdepunkt for at sammenslåing gir økonomisk gevinst med mindre man legger ned sykehus eller sykehusfunksjoner (akuttfunksjon). Dette er ikke realistisk.</li> <li>- Ingen holdepunkt for at sammenslåing gir kvalitetseffekter, men her er det lite forskning å støtte seg til.</li> <li>- Vi har slått sammen sykehusene i NT tidligere. Hva er effekten av dette? Overføringsverdi?</li> <li>- Tanken bak nasjonale selskap er å redusere stab og profesjonalisere funksjoner (Sykehusinnkjøp, Sykehusbygg, pasienttransport, luftambulansen mv). Kan bygges videre – men utfordringer med medvirkning knyttet til eksempelvis Sykehusinnkjøp</li> <li>- Funksjoner som HEMIT, LØ-SAP, logistikk/regionalt lager kan bygges ut dersom det anses rasjonelt - uavhengig av foretaksstruktur</li> <li>- Dersom man skal ha økonomisk gevinst må man ha radikal restrukturering av tjenester/</li> <li>- Kvalitetsmessig gevinst innebærer restrukturering og ny oppgavefordeling</li> <li>- I Norge har vi ikke noen forskningsresultater i forhold til kvalitet ved fusjonering</li> <li>- Kostnadsreduksjoner ved skalafordeler dersom man er under samme tak, men ikke dersom man strukturelt består videre i et nettverk i felles eierstruktur.</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Økonomisk effekt kan bli negativ</li> <li>- Organisering etter fag eller lokal ledelse er usikker – kan ende opp med hybridmodell som gir styringsulemper</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan gi økt konfliktnivå internt</li> <li>- Kan gi fraværende ledelse</li> <li>- Akuttfunksjon må legges ned for å sikre en økonomisk gevinst ved omorganisering.</li> <li>- Ringvirkninger i samfunnet rammer enkelte steder (nedleggelse/nedskjæringer river med seg støtte- og miljøfunksjoner)</li> <li>- Opplevd kvalitet kan bli dårligere (fremmedgjøring, ventetid, reisetid,</li> <li>- Belastende for pasienter med lengre avstander</li> <li>- Mer behov for overnattinger pga reiseavstand</li> </ul>
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke konsekvenser får dette for eventuell beslutning om man skal fusjonere?</li> <li>- Man må finne organisasjonsenheter som ved en sammenslåing der man sannsynliggjør gevinster faglig og/eller økonomisk og viser hvordan dette skal gjøres.</li> <li>- Områder vi har der vi vil oppnå forbedring ved å restrukturere eller ved å oppgavefordele annerledes må identifiseres.</li> <li>- Det må være en ide om hva man skal slå sammen og hvordan man skal ta ut disse gevinstene før fusjon; Stab/ støtte/ strategisk HR/innkjøpsamarbeid/ sårbare fagstrukturer?</li> <li>- Beskrivelse av gevinstuttaket må ligge til grunn før fusjon og følge mandat for fusjon dersom man bestemmer seg for å gjennomføre.</li> <li>- Oppgavefordeling internt i helse Nord-Trøndelag og St. Olavs og de imellom kan gjøres også uavhengig av fusjon.</li> <li>- Geografiske avhengigheter er et nasjonalt politisk tema.</li> <li>- Funksjonsplassering er i noen grad gjort tidligere, så noe av gevinsten på kvalitet er allerede tatt ut.</li> </ul>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dersom en ender med en fusjon bør en rigge oppfølgingen/evalueringen av dette som et forskningsprosjekt</li> <li>- Økonomi er ikke argument for sammenslåing</li> <li>- Kvalitetseffekter er mer avhengig av nettverk</li> <li>- Økt samarbeid om HR – rekruttering, ambulering av spesialisert personell, opplæringstiltak kan gi effekt</li> <li>- Samfunnsøkonomisk gevinst: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hvis ingen nedleggelse: Nei, har ikke trua</li> <li>o Hvis ett sykehus skal nedlegges: Ja, kan være lønnsomt for sykehusdrift, men får store ringvirkninger</li> </ul> </li> <li>- Kvalitetsgevinster: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Opplevd kvalitet: Nei</li> <li>o Målbart kvalitet: usikker</li> </ul> </li> </ul>
<b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samordning av driftsfunksjoner, lønn, innkjøp, lederstøtte, data- og analyse, IT-støtte, bht/arbeidsmiljøarbeid, andre støttefunksjoner.</li> <li>- Sykehus i nettverk ble det vist til samarbeid om HR – rekruttering, ambulering av spesialisert personell, opplæringstiltak</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbeid om servicefunksjoner og kliniske støttefunksjoner kan styrkes – ref bildediagnostikk?</li> <li>- Utredninger prehospitalt kan utvikles i samarbeid med kommunene/henvisere/fastleger, ved telemedisin og veiledning.</li> <li>- Akutfunksjoner utenom helhetlig akuttmottak kan vurderes: polikliniske alternativer, observasjonsposter, oppgaveglidning, spesialister ut av sykehuset/oppgaveturnus</li> </ul>
--	--

## Tilbudet til den Sørsamiske befolkningen

Prosjektmandatet inkluderer en vurdering av om ansvaret for spesialisthelsetjenester for den sørsamiske befolkningen kan ivaretas bedre gjennom en eventuell sammenslåing mellom St Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag

Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016–2019 (St.meld. 11 2015–2016) fastslår at «*Nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning og skal sørge for at det samiske perspektivet i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier ivaretas*»

Helse Nord RHF har fått et overordnet strategisk ansvar for å følge opp de nasjonale målene knyttet til den samiske befolkning. Med bakgrunn i nasjonal helse- og sykehusplan ga HOD Helse Nord i 2017 i oppdrag å se på en videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning innenfor de rammer og prinsipper som fremgår av *Nasjonal helse og sykehusplan*.

Målet var å utarbeide en overordnet og strategisk plan som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning nasjonalt der det forutsettes at helsetjenesten tilrettelegges samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. Prosjektarbeidet ble avsluttet vinteren 2020.

Styret i Helse Midt-Norge behandlet Strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» (Sørsamisk) som sak 91/20 i styremøte 24.09.2020.

For den sørsamiske befolkningen er det viktig å ha et relevant tilbud om spesialisthelsetjenester i nærmiljøet. Hittil er det bare Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus - nå Sàmi Klinihkka, og underlagt Helse Finnmark som har en tilpasset helsetjeneste for den samiske befolkning. Det er en utfordring for sørsamene at Sàmi Klinihkka er en dagsreise unna.

Elementer som er presentert til prosjektgruppen for å gi samene i Trøndelag et godt og relevant tilbud:

- For å takle kommunikasjonsutfordringer, spesielt ved psykiske lidelser, er det viktig at tjenesteyter kjenner til brukerens nærmiljø, språk og kultur.
- Det er viktig med et nærsykehus som kan vise sine brukere at de vet hvor i landet de er- at de også kan tilnærme seg samiske brukere ved somatiske tilfeller og legge til rette utfra deres behov og ønsker.
- HMN RHF må sette samiske helsetjenester på kartet (jfr. styremøte 24.09.20)
- Som nærsykehus må sykehusene i Levanger og Namsos etablere dedikerte tilbud
- Røros sykehus (St Olavs) bør rustes opp faglig for å kunne møte samiske brukere på en best mulig måte
- Frikjøp av samiske helsearbeidere slik at de kan jobbe med samiske brukere (Røros)

- Satse på utdanning av samiske helsearbeidere
- De fire kommuner som har søkt om å bli språkforvaltningsområder for samisk språk og kultur, Snåsa, Røros, Røyrvik og Hattfjelldal (Nordland) må også ta et ansvar med hensyn til helsetjenester.
- I forhold til psykiatri og somatiske vansker der arv og miljø blant annet er av betydning, kan et tett samarbeide med Såmi Klinihkka digitalt være fruktbart uansett hvilke sykehus. Såmi Klinihkka ønsker et slikt samarbeid.
- Etablering av lokale fagmiljø inkludert veiledning.

### Ledelse: Hva kjennetegner god ledelse i helseforetak? Har størrelse på helseforetaket noen effekt?

Sykehus er svært komplekse virksomheter å lede og ledere må i tillegg til det faglige ha innsikt i ulike områder som juss, økonomi, kvalitetsmåling, brukerinvolvering, personalhåndtering osv – man må være en helhetlig leder. I store, komplekse virksomheter som St. Olavs og HNT vil målkonflikter alltid eksistere.

### Vil en evt. sammenslåing i Trøndelag forenkle utøvelsen av god ledelse?

<p><b>Hvem som blir påvirket?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledere</li> <li>• Ansatte</li> <li>• Pasientene</li> <li>• Samarbeidende parter (kommuner, universiteter og mulighet for rekruttering)</li> <li>• RHF</li> <li>• Alle</li> <li>• Oppdragsgiver (myndigheter),</li> <li>• primærhelsetjenesten,</li> <li>• styret,</li> <li>• andre HF,</li> <li>• tilsvalgte, vernetjeneste,</li> </ul> <p>Ansatte – direkte «Alle andre» - indirekte</p>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablere en ledelseslinje hvor det er mulig å trekke med riktige personer for å få til endring.</li> <li>- Mer attraktivt for ledere</li> <li>- Økt krav til ledelse vil kunne bidra til:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- å profesjonalisere lederrollen.</li> <li>- at alle klinikkjefer får tilstrekkelig stabsstøtte.</li> </ul> </li> <li>- Felles ledelse – bedre frivillig rekruttering/fordeling av personellressurser i hele Trøndelag.</li> <li>- Mulighet til å se ressurser på tvers av avdelingene - lettere å utnytte kapasitet</li> <li>- Krever / skaper profesjonaliserte stabs/støttefunksjoner</li> <li>- Raskere faglige beslutninger</li> <li>- Sterkere faglig gjennomføringskraft der det ligger til rette for det, felles faglig tenkning og bidra til å opprettholde faglig kompetanse også på mindre enheter</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan gjøre det enklere å opprettholde kompetanse i en stadig mer høyteknologisk og spisset virksomhet</li> <li>- Ny teknologisk hverdag med Skype/video gjør det enklere med ledelse og faglig samarbeid mellom ulike geografiske lokasjoner</li> <li>- Gevinster kan hentes på områder hvor man ikke er</li> <li>- Økonomisk styringslogikk</li> <li>- Felles prosedyrer og retningslinjer</li> <li>- Bedre forutsetninger for å jobbe med å redusere uønsket variasjon</li> <li>- Bedre grunnlag for spesialisering - Læring mellom enheter</li> <li>- Bedre forutsetninger for spredning av innovasjon.</li> <li>- Økt mulighet til strategiske analyser og oppfølging (kapasitet, kompetanse og brukeropplevelser + styringsverktøy)</li> <li>- Beslutningsstruktur rundt Helseplattformen kan forenkles.</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riktigere lønns- og arbeidsvilkår som bidrar til å utvikle og beholde personell.</li> <li>- St Olav anses som «et av sykehusene våre» også i Nord-Trøndelag</li> <li>- Krav om effektivisering vedvarer</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lange ledelseslinjer</li> <li>- Flere geografiske lokalisasjoner med ulike kulturer</li> <li>- Utfordrende å få til gode involveringsprosesser</li> <li>- Ledere vil initielt gi mindre tilgjengelighet for ledere (kan utvikle team omkring lederne).</li> <li>- Lokal tilknytning/lojalitet - lange lederlinjer / avstand til beslutninger, dårlig «tilgang» på leder.</li> <li>- Tilstrekkelig nærvær for reell beslutningstaker er en suksessfaktor – vanskeligere jo større og jo mer spredt org.</li> <li>- Lederspennet blir så stort at du som leder ikke greier å få alle miljø til å gå i takt. «Glavalag - effekten»</li> <li>- Større lederspenn og mer krevende lederoppgaver kan gjøre det vanskeligere å rekruttere aktive klinikere til lederposisjoner i sykehuset. Spesielt negativt for univ.sykehuset med flat struktur</li> <li>- Avstand til leder både fysisk og organisatorisk Mer krevende å bygge en felles ledelseskultur.</li> <li>- Større behov for koordinering</li> <li>- Mer topp-tunge organisasjoner</li> <li>- Harmonisering/like regler/vilkår kan samlet være fordyrende.</li> <li>- Flere ledernivåer. Mer kompleks ledelse. Økt krav til ledelser.</li> <li>- Krever mye ledelseskapasitet.</li> <li>- Krevende medvirkning ved ledelse.</li> <li>- Smådriftsfordelene med kontakt/samarbeid på tvers av klinikker og enheter lokalt kan svekkes</li> <li>- Vil engasjementet i sykehuset fra lokalmiljøet svekkes??</li> <li>- Hensiktsmessige lokale tilpasninger vil kunne komme under press.</li> </ul>
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lange ledelseslinjer gjør det utfordrende å få med nivåer 4++ uavhengig av geografisk samlokalisering.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ideell ledelsesstruktur møter mange barrierer og motstand som gjør at det må tilpasses virkeligheten</li> <li>- Som leder må du ville noe, og du må ha en tydelig visjon på hva du vil forbedre eller få til. Det gjenstår spørsmålet om hvordan tilstanden er i dag. Hvilke områder har vi et forebedringsområde?</li> <li>- Konsekvenser for RHF og HMR?</li> </ul>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lederutøvelsen vil bli mer krevende, men mulighetsrommet øker også, spesielt innen fagutvikling</li> <li>- Fells prosedyrer og felles faglig ståsted gjør at man stoler på vurderinger og undersøkelser fra andre enheter - unngår dobbeltarbeid</li> </ul>
<b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harmonisering av lønns- og arbeidsvilkår i tråd med behovene for regionen.</li> <li>- Felles ledelsesstruktur for å styrke samarbeid mellom foretak og å kunne få med seg de ansatte.</li> <li>- Utvikle kompetanse på ledelse hos de som skal lede for å håndtere større organisasjoner/lederspenn.</li> <li>- Sikre tid til å lede (konkretisering av lederspenn – hva er realistisk).</li> <li>- Forpliktende avtaler om samarbeid om personell (kostnadsdrivende?)</li> <li>- Det går an også i eksisterende struktur å samarbeide bedre om felles prosedyrer, fagutvikling mv. Viktig også med henhold på Helseplattformen. Felles beslutninger blir noe mer krevende uten felles struktur, men forankringsjobben er jo uansett den samme</li> <li>- Profesjonalisere ledelse kan gjøres. Stabsstøtte (på hensiktsmessig nivå) kan styrkes.</li> <li>- Kan flere klinikker slå seg sammen som bilde?</li> <li>- For å utnytte kompetanse mellom HFene er det viktig at man har god kunnskap til hverandre. En sammenslåing ville sannsynligvis føre til bedre kjennskap til hverandres virksomhetsområde – dette er nok forskjellig fra fagområde til fagområde.</li> </ul>

### Stedlig ledelse og/eller tverrgående klinikker

Stedlig ledelse skal være hovedregelen ved sykehus har Stortinget og helse- og omsorgsministeren slått fast.

Men kravet om stedlig ledelse «er ikke til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen sørge for at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse» påpeker helse og omsorgsminister Bent Høie i et svar til Ingvild Kjerkehol i april 2019.

En fusjon i Trøndelag vil gi en større organisasjon og kan gi flere ledernivåer

- Det kan gi mulighet til å realisere faglig potensial?

- Kan organisasjonen bli mer krevende å lede pga størrelsen?
- Kan manglende stedlig ledelseskapasitet gi mindre personlig ledelse og mer «styring»?
- Hvordan vil en evt fusjon i Trøndelag påvirke utøvelsen av ledelse?

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansatte – direkte</li> <li>- «Alle andre» - indirekte</li> <li>- Samarbeidsparter</li> <li>- Tillitsvalgte / vernetjeneste</li> <li>- Brukerorganisasjoner</li> <li>- Pasienter/pårørende/innbyggere/studenter</li> <li>- Kommuner og primærhelsetjenesten</li> <li>- Fastleger</li> <li>- Den øvrige lederlinja internt i sykehus, internt i foretaket</li> <li>- Helse Midt-Norge RHF som eier</li> <li>- Helse Møre og Romsdal</li> <li>- Utdanningsinstitusjoner</li> <li>- Forskningsinstitusjoner</li> <li>- Politiske organisier/politisk nivå</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Får fokus på organisasjonsstruktur</li> <li>- Profesjonalisering av ledelse</li> <li>- Faglig potensial kan bli mer likeverdige/bedre for lokalsykehusene</li> <li>- Sikre faglig kvalitet med roterende personell</li> <li>- Kan dempe motsetninger mellom Namsos og Levanger – storebror St Olavs som oppmann?</li> <li>- Større mulighet for oppgavedeling</li> <li>- Større mulighet til spesialisering</li> <li>- Styrket gjennomføringskraft</li> <li>- Mulighet til å styre pasientstrømmer bedre. Utnytte fag og personell på tvers</li> <li>- Felles rutiner og prosedyrer på tvers.</li> <li>- Mulighet for intern kommunikasjon - teknologisk bredere (felles informasjon)</li> <li>- Gir grunnlag for bedre styring, enhetlige prosedyrer, enhetlige prioriteringer, realisere faglig potensial, styrke faglig tilbud på lokalsykehusene. Kan realisere flere faglige forbedringer/mindre uønsket variasjon i kvalitet/tilbud</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindre stedlig ledelseskapasitet kan gi mindre personlig ledelse og mer styring. I tilfelle store tverrgående klinikker bør det være lokal avdelingsledelse som er reelle ledere med ansvar og myndighet innenfor kjente rammer.</li> <li>- Riktigere lønns- og arbeidsvilkår som bidrar til å utvikle og beholde personell.</li> <li>- Vil ha behov for stedlig ledelse fysisk «på plassen». Alle lokasjoner som ikke er en del av diskusjonen vil bli påvirket av en sammenslåing. Dette må nevnes, selv om det ikke er en del av fokus (spesielt Orkdal og Røros).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mye avhenger av hvordan linjene fungerer. Når linjene under fungerer godt, vil en ikke etterspørre klinikkensjefen og nivået over.</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompleks struktur gir kompleks ledelse. Og kanskje flere lederledd og flere ledere.</li> <li>- Vil gi flere ledernivå, behov for mer koordinering.</li> <li>- Stort lederspenn, omfatter mange lokalisasjoner. Krevende i forhold til tilsvarende like mange kulturer. Utfordrende å være overordnet leder med tanke på kontakt med avdelingene.</li> <li>- Ledere vil initialt gi mindre tilgjengelighet for ledere (kan utvikle team omkring lederne).</li> <li>- Det er ulike strukturer ved St Olavs og Helse Nord Trøndelag (som fungerer godt i dag), dette vil være utfordrende.</li> <li>- Bli mer krevende å lede. Trenger tverrgående beslutninger (prosedyrer, kvalitetssystem, faglig utvikling) men også koordinering lokalt – felles sengepost, servicefunksjoner.</li> <li>- Erfaringene fra UNN gir en indikasjon på hva som kan bli utviklingen videre etter en fusjon. Kan gi mer styring og mindre personlig ledelse.</li> <li>- Kan svekke universitetssykehusfunksjonen, både pga ansvar for lokalsykehus og større avstand til HMR</li> <li>- Samarbeid med kommuner/legevakt blir mer krevende</li> <li>- Samhandling med kommuner kan få for stort spenn.</li> <li>- Helhetlig samhandling rundt pasient kan drukne i strukturen.</li> <li>- «en kanal inn» for samarbeidsparter kan forsvinne.</li> <li>- Vanskelig å følge med for samarbeidsparter hvem som er tverrgående, og hvem som er adskilt.</li> </ul>
<p><b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realisere faglig potensial: regionalt fagledernetverk</li> <li>- Kan organisasjonen bli mer krevende å lede pga størrelse? Ja</li> <li>- Kan manglende stedlig ledelseskapasitet gi mindre personlig ledelse og mer «styring»? ja</li> <li>- Hvordan vil en evt fusjon i Trøndelag påvirke utøvelsen av ledelse?: mere krevende, spes. den første tiden – «energitappende» - tar lang tid.</li> <li>- Utøvelse av ledelse ved en sammenslåing vil endres uavhengig av organisasjonsform. Hvordan avhenger om man går i retning lokal ledelse eller tverrgående klinikker. Øverste ledelse vil uansett få større kontrollspenn og flere eksterne å forholde seg til: lokalpolitikere, stortingsrep, media mv)</li> <li>- Store forskjeller i forhold til størrelse på foretakene.</li> <li>- Modenhet til endring?</li> <li>- Ser ikke problemet med tverrgående klinikker...</li> <li>- "uforholdsmessig mye tid på små enheter..."</li> <li>- Forventningen til ledelse vil være førende for hva du ønsker deg i det neste.</li> <li>- «faglig garantist» er viktig</li> <li>- Ved fusjon/sammenslåing må en ha en stedlig leder av lokalt fagmiljø som har fullmakter og beslutningsmyndighet. En fusjon vil gi mindre frihet til prioriteringer lokalt. God stedlig ledelse er en forutsetning for å lykkes med en sammenslåing. Bli organisasjonen for stor og misnøye med tiltak lokalt gir for</li> </ul>

	<p>mye støy, så vil region og universitetsfunksjonen tape kampen om oppmerksomheten og prioriteringene.</p>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis sammenslåing, må en prioritere å sette inn betydelig flere ressurser på ledelse og stab for å lykkes. En sammenslåing vil gi en stor organisasjon som kan bli satt tilbake av lokal støy og misnøye med prioriteringer og endringer, der ledelsen blir bundet opp med å håndtere dette. Erfaringer med prosessen ved UNN gjør at en er bekymret for at en øker ressursbruken utenfor de pasientnære områdene. En sammenslåing vil kunne gå fra teoretiske stordriftsfordeler til både reelle og kostbare stordriftsulemper.</li> </ul>
<b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagledernetverk gir god erfaringsoverføring – kan styrkes uansett.</li> <li>- Felles rutiner og prosedyrer på tvers (helseplattformen)</li> <li>- Felles henvisingsmottak.</li> <li>- Myndiggjøring og forpliktelse i forhold til fagsamarbeid på tvers.</li> <li>- RHF har styringsmyndighet på en del uansett, bør styringen bli tydeligere?</li> <li>- Prehospital klinikk/akutt og mottaksmedisin det neste som bør være tverrgående?</li> <li>- Må ha en tydelig faglig innfallsvinkel bygd på faktum. Valg av løsning må ha legitimitet og tillit. Kan organisere felles driftsmodell av fagmiljøene innenfor rammen av to foretak (jfr. felles klinikk innenfor billeddiagnostikk).</li> </ul>

### Økonomiske konsekvenser for helseforetak og for foretaksgruppen ved en sammenslåing

Den grunnleggende økonomiske forståelsen er at faste kostnader kan deles på flere pasienter når aktiviteten øker. Gjennomsnittskostnaden per pasient vil da falle. Skal sammenslåingen gi vesentlige kostnadmessige innsparingen må en gjøre endringer i funksjonsfordelingen sier prof. Terje P Hagen (UIO).

### Hvordan kan en evt sammenslåing påvirke økonomien i et nytt felles HF i Trøndelag og i foretaksgruppen?

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansatte – direkte</li> <li>- «Alle andre» - indirekte</li> <li>- Pasienter</li> <li>- kommuner,</li> <li>- hele samfunnet økonomisk,</li> <li>- Andre foretak (trafikk, transport, klima/miljø ved endret lokalisering)</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unødvendig dobbeltarbeid med henhold på pasientundersøkelser med videre kan bli redusert, men dette bør også kunne oppnås gjennom Helseplattformen eller andre samarbeidsformer</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Noen FoU-kostnader knyttet til fagutvikling kan bli noe redusert ved sammenslåing. Samtidig kan det bli noe tyngre prosesser for å endre prosedyrer eller sikre medvirkning</li> <li>- Erfaringene med felles klinikk for bildediagnostikk viser at det for enkelte områder hvor teknologiutviklingen er stor og åpner for at deler av oppgavene er stedsuavhengig kan endel gevinster oppnås</li> <li>- Gevinst fellesfunksjoner – lønn/ HR/økonomi/innkjøp mm</li> <li>- Bedre samhandling, bedre fordeling/«ruting» av pasienter, kan gi økonomisk gevinst. Internt gjestepasientoppgjør elimineres.</li> <li>- Jo større strukturelle endringer innenfor mandatet jo større muligheter for økonomisk gevinst</li> <li>- Læring innad i et større HF kan lettere overføres i stedet for læring fra et HF til et annet.</li> <li>- Internt gjestepasientoppgjør kommer bort.</li> <li>- Ressursutnyttelse i form av fordeling av oppdrag. Styre pasientstrømmen. «Dette tilbudet gis her»</li> <li>- Felles «branding» gir bedre omdømme?</li> <li>- Mulighet til å rendyrke regionalfunksjoner, universitetssykehusfunksjonen på St Olavs.</li> <li>- Administrative utgifter</li> <li>- Læring på tvers, f.eks. effektivisering under innleggelse/liggetid (store forskjeller i dag)</li> <li>- Stordriftsfordel ved samordning av funksjoner (akutfunksjoner - beredskap)</li> <li>- Læring på tvers/idédeling mht drift</li> <li>- Merkevaren St. Olav vil kanskje medføre mindre pasientlekkasje fra Nord til Sør og derav bedre ressursutnyttelse</li> <li>- Mer fleksibilitet for noen kommuner (flere mulige samarbeidsprosjekt for store kommuner)</li> <li>- Faglig økt samarbeid gir bedre drift (pasientforløp, kompetansesetting)</li> <li>- Ved endret funksjonsfordeling bedre ressursutnyttelse/ utnyttelse av utstyr, f.eks. CT, MR etc.</li> <li>- Innkjøp/utstyr: stordriftsfordeler</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Noen stordriftsfordeler mhp stabs- og støttefunksjoner (evt klinikkadministrasjon) vil kunne oppnås, men størrelsen på HFene er allerede så stor at dette er begrenset.</li> <li>- Noen stabs- og støttefunksjoner kan det være mulig å slå sammen og effektivisere uavhengig av foretaksstruktur; Hemit, regional lager, SAP-adm, fakturamottak, Sykehusinnkjøp/ Sykehusbygg mv</li> <li>- Private aktører (avtalespesialister, rehabiliteringsinstitusjoner, helprivate sykehus)</li> <li>- Drift på akuttenheter</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uten funksjonsfordeling er gevinstmuligheten marginale, men risiko i form av fremmedgjøring, avstandsledelse, stordriftsulemper er store</li> <li>- Økt byråkratisering, koordinering og behov for avstandsledelse i en svært stor enhet kan øke kostnadene.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindre fellesskapsfølelse – i mindre grad vil kunne finne lokale samarbeidsløsninger og få lokale tilpasninger</li> <li>- Pukkelkostnader ved sammenslåing vil kunne oppstå</li> <li>- Kan pådra seg «stordriftsulemper»? Kompleks organisasjon.</li> <li>- Potensiell svekkelse av universitetsfunksjonen pga svekket fokus vil kunne redusere bevilgninger.</li> <li>- Omstillingsprosessen er kostbar og langvarig.</li> <li>- For liten pasientflyt til enkelte foretak vil i neste omgang gi rom for diskusjon om hvilke funksjoner en skal ha.</li> <li>- Frykt for at nødvendige midler til å drive foretaket blir redusert</li> <li>- Forskningsfinansieringen kan bli påvirket</li> <li>- Transport av personell og pasient</li> <li>- Samfunnsøkonomisk ugunstig mht lengre reisevei ved endret funksjonsfordeling</li> <li>- Reiseutgifter ansatte ved ambulering</li> <li>- Vanskeligere å gjennomføre effektivisering?</li> <li>- Ekstra ledersjikt</li> <li>- Stab: økt pasientlogistikk, mer kompleks/ressurskrevende styring</li> <li>- Negativt for andre helseforetak i regionen (HMR, Sykehusapotekene) ved økte utgifter i forbindelse med sammenslåing</li> <li>- Større utfordringer mht faglighet/drift</li> </ul>
<p><b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressursutnyttelse er viktig, men henger også sammen med pasientenes valg. Hovedstrategi må være å styrke samarbeidet med fastlegene for å sikre fornuftig ressursutnyttelse på alle sykehus</li> <li>- Markedsføring/medieomtale av gode lokale tilbud for å motvirke uønsket fravalg av sykehus</li> <li>- Betingelser strukturelle endringer</li> <li>- Hva vil en sammenslåing bety for fordeling mellom RHFene jfr Magnussen?</li> <li>- Omdømme styrer pasientstrømmen</li> <li>- Ved rendyrking av regionalfunksjoner vil en få politisk støy i forhold til at nærkommuner mot St Olavs ikke får beholde St Olavs som lokalsykehus.</li> <li>- For å få positiv effekt; kreves omfattende strukturelle endringer</li> <li>- Klart økonomisk fordel for helseforetak ved endret funksjonsfordeling, men ikke nødvendigvis samfunnsøkonomisk ved økt reising</li> </ul>
<p><b>Anbefaling/ konklusjon</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Økonomisk/styringsmessig er det sannsynlig med noe negativ effekt av sammenslåing</li> </ul>
<p><b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nedleggingen av akuttfunksjonen i Levanger er ikke ønskelig og er utenfor mandat, men vil være eneste mulighet for å oppnå vesentlige økonomiske besparelser.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Påvirkninga av pasientstrømmer mhp markedsføring og samarbeid med fastleger vil være vesentlig for å sikre god ressursutnyttelse i Levanger spesielt.</li> <li>- Bedre samhandling</li> <li>- Driftssamarbeid mht effektivitet, store forskjeller i dag</li> </ul>
--	---

### Konsekvenser for foretaksgruppen Helse Midt-Norge inklusiv Helse Møre og Romsdal HF, og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Hvordan vil St. Olavs kunne utøve sin universitetssykehusfunksjon ovenfor Helse og Møre Romsdal HF i et evt sammenslått Trøndelag?

<b>Hvem som blir påvirket?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Helse Midt-Norge</li> <li>- Sykehusapotekene</li> <li>- pasienter, brukere, pårørende</li> <li>- Samarbeidspartnere (kommuner, fastleger)</li> <li>- Universitetene</li> <li>- Alle, men mest nivå 1 og 2 ledere</li> <li>- Ansatte – direkte</li> <li>- «Alle andre» - indirekte</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan få bedre innkjøpsavtaler enn HNT har alene.</li> <li>- Enklere omfang på samarbeidsavtaler.</li> <li>- Forskning kan lettere koble på miljøet i Levanger /Namsos (lokal fordel)</li> <li>- Færre enheter å koordinere for HMN</li> <li>- Kan styrke tilliten i befolkningen til gjennomgående kvalitet på tilbudet i Namsos og Levanger (brandingeffekten St Olav)</li> <li>- To HF i stedet for tre HF kan lette faglige og organisatorisk standardisering / funksjonsfordelinger i regionen.</li> <li>- Dras mot mer standardisering og harmonisering og tyngdekraften vil også påvirke Møre og Romsdal. Hvis to samordner seg, vil det tredje på sikt følge etter.</li> <li>- En evt. styrkning av kvalitet i det nye store HF vil kunne «smitte» over på HMR.</li> <li>- På AD nivå, lettere å bli enige ved færre ADer</li> <li>- På sikt: Bra med to foretak i HMN – kan gjør det enklere på mange plan (forskning, kvalitetsstandard osv)</li> <li>- Universitetsfunksjonen vil ligge i et nytt Helse Trlag, og vil påvirke standarden.</li> <li>- Universitetssykehusfunksjonen: Blir bedre forhold for å forske og gjøre kliniske studier, og det kan komme hele regionen til gode. Dvs bedre forskning. Større mulighet for befolkningen å delta i kliniske studier. Får større studier.</li> </ul>
<b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HMR er nokså stort i seg selv og vil neppe bli en «lillebror» i innkjøp av medikamenter/apotekhandel ved samling til Helse Trøndelag.</li> <li>- Ett foretak mindre for RHF å ivareta eierskap for.</li> <li>- Sammenslåing vil gjøre det nødvendig å se på strukturen for de regionale helseforetakene nasjonalt. Behovet for HMN bør vurderes dersom det bare er 2 sykehusforetak i regionen – gir et nasjonalt spørsmål om RHFenes videre liv</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balansen i foretaksgruppen blir betydelig endret. I dag balanserer HNT og HMR St. Olavs tyngde i Helse Midt-Norge.</li> <li>- Hva skjer med HMR? Vil Ålesund (sørdelen av Møre og Romsdal) se mot Helse Vest? Vil påvirke balansen i regionen ytterligere.</li> <li>- Tror det får lite påvirkning på sykehusapotekene.</li> <li>- Pasientene vil få behandling på rett nivå uavhengig av foretaksgrenser. Tillit til at det vil skje også om det gjøres endringer i foretakssammensetning.</li> <li>- Hvis sammenslåing, betyr det at man ikke har behov for et stort RHF? Vil det bety sparte administrative kostnader? Hvilke fagområder er viktig å ha tung støtte på regionalt, hva bør ligge i de store helseforetakene? Må se på fag, økonomi, HR, for eksempel.</li> <li>- RHF-inndelingen kan påvirkes, mot Helse Nord.</li> <li>- Hva med forholdet til Nord universitet? Skal det fortsette som i dag?</li> </ul>
<p><b>Hvordan vil en sammenslåing påvirke</b> <b>Negativt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regional risiko: Kan dette føre til at HMR blir splittet mellom Vest og Midt?</li> <li>- HMR er i dag «nest størst» - kan bli «minst». Kjøttvekt i prioriteringer og Ålesunds egenverdi som Stor Midt-Norge</li> <li>- rekruttering kan bli enda vanskeligere i HMR når storebror blir større.</li> <li>- Større oppmerksomhet og oppfattet ansvar fra St Olav knyttet til drift i Levanger og Namsos kan svekke oppmerksomheten mot HMR – St Olav kan tar større ansvar for å hjelpe ved spesialistmangel i Namsos kontra SNR</li> <li>- Forskningsmiljøer i Trondheim får høyere terskel for å koble på miljøet i Ålesund/Volda/Molde/Kristiansund enn «egne rekker» i Levanger/Namsos.</li> <li>- Samarbeidet i regionen kan bli enda vanskeligere – styrkeforholdet mellom St Olav og HMR endres - vender HMR/Ålesund seg i større grad til Bergen eller OUS?</li> <li>- Blir en enda større ubalanse i regionen størrelsesmessig. Bør også Sykehusapotekene i så fall også underlegges St Olav – spesielt dersom apotekvirksomhet blir mer integrert i klinikken?</li> <li>- Lokalsykehusdimensjonen i St Olav vil bli relativt større enn i dag, UNN-effekt med svekkelse av region og universitetssykehusfunksjoner med færre publikasjoner mv</li> <li>- Oppmerksomhetsforskyving. Fusjonen blir altoppslukende og universitetssykehusfunksjonen kan bli lidende. Men den må ha minst like mye oppmerksomhet som i dag. Kanskje mer.</li> <li>- Potensiell svekkelse av fokus på universitetsfunksjonen vil kunne ramme HMR.</li> <li>- Utfordrer autonomien og selvråderetten til Helse Møre og Romsdal. Får ikke univ.sykehusfunksjonen.</li> <li>- Sentraliserte funksjoner kan bli desentraliserte om HMR blir mere selvstendige pga ønske om å bli likeverdige / selvstendige.</li> <li>- Fokus for STO blir avledet mot NT.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- LIS utdanning – tilgjengelighet for Universitetssykehus for HMR, kommer «bak» NT?</li> <li>- Hvis to foretak: Ett blir veldig stort (Trlag). Hva skjer med tyngdekraften? 13500 ansatte vs. 6500 ansatte. Hvis Trlag blir samlet, vil det lett bli situasjoner hvor Møre føler seg overkjørt.</li> <li>- Forskjellige standarder i regionen, ref Birgers innlegg.</li> <li>- Eventuelle faglige konflikter mellom St. Olav/Trlag og HMR vil kanskje eskalere? PET i Ålesund et eksempel. Kompetansemessig og kostnadmessig krevende.</li> <li>- RHF må ta mer tak i faglig uenighet. Kan bli mer aktuelt med to foretak, dersom man ikke blir faglig enig.</li> </ul>
<b>Kommentar fra arbeidsgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innkjøpsavtale med Sykehusapotekene er i dag med hvert HF. Stor størrelsesforskjell i HFene kan lage skjev konkurranse – felles innkjøp blir nødvendig?</li> <li>- Et par kommuner har allerede meldt overgang fra Møre og Romsdal til Trøndelag. Ytterligere forskyving av kommuner kan påvirke forholdet mellom ST Olav og HMR uansett.</li> <li>- NTNUs virksomhet i Ålesund bidrar til å styrke båndene i regionen</li> <li>- Rollen til RHF bør diskuteres om det blir 2 HF i stedet for 3.</li> <li>- Vil kreve tydelige føringer / avtaler for å sikre at HMR ikke nedprioriteres mtp tilgjengelighet til Universitetssykehus.</li> </ul>
<b>Anbefaling/ konklusjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balansen i regionen tilsier ikke endring</li> <li>- Risiko for HMR, det er mulig at det finnes tiltak som bøter på disse</li> <li>- Balansen i regionen blir utfordrende. Kun to foretak, HMR blir minst og har ikke universitetsfunksjon. Hva betyr det for situasjonen i HMR?</li> <li>- To helseforetak påvirker ikke bare HMR, men også RHF-funksjonen, og man må se på hvilke oppgaver som skal ligge der. Vil det være like stort behov for et regionalt helseforetak?</li> </ul>
<b>Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis sykehusapotekene blir enda mer integrert i klinikken må det vurderes om de fortsatt skal være eget HF uansett.</li> <li>- Samhandling – nettverk. Klarere mandat for forpliktende beslutninger i fagledernetverkene.</li> <li>- Sterkere faglig styring fra RHF på faglig kvalitet og standarder, hvis uenighet. Oppgavefordeling viktig.</li> </ul>