

Utredning om helseforetaksstruktur i Trøndelag

Samling 2, 22-23 september 2020

Oppsummering fra Bjarte Reve og Helge Fasseland, Considium.

Sesjon 1, Hva skal til for å skape eksellent forskning og innovasjon fra helseforskningen i Trøndelag?

Sammendrag 1.1 Kvalitet på forskningen 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. Prosjektgruppen vil først konkludere på siste samling hva innstillingen vil være.

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. Kombinasjonsstillinger 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.

1.1 Kvaliteten på forskningen forbedres ved en sammenslåing eller ikke?

Hvem som blir påvirket?	- Pasienter St. Olavs / HNT / Helse Møre og Romsdal - Forskningsmiljøene - Utdanningsmiljøene - Ledere (med forskningskompetanse) - Pasienter m/behov for regionale funksjoner - Prioriterte pasientgrupper i forskningen - Pårørende / ledsager - 1.linjetjenesten - Behandler i 1 og 2. linje - Ansatte ved St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag - Primærhelsetjenesten - Ledere i kommunen - Gründere - samfunnet, industri
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?	Vi tok utgangspunkt i dagens tre innledningsforedrag Usikkert om sammenslåing ville ha hatt betydning - Kan kanskje være en fordel for NT – kommer nærmere et mangfoldig fagmiljø (NTNU) - Tilgang til fasiliteter og infrastruktur. Enklere administrasjon? - Tilgang til veilederkompetanse - Enklere å etablere kombinasjonsstillinger. Økt rekruttering i nord via kombinerte stillinger? - Mer enhetlig satsing - Etablering av nye forskningsfelt som er mer relevant opp mot minoriteter eller rurale miljøer. - Pasienter og fagmiljø får bedre tilgang til å delta i studier - Fange opp talenter - Økt forskning i primærhelsetjenesten - Økt forskning i NT, entusiasme - St. Olav/NTNU merkevare – rekruttering, også til forskning - Evaluering og anvendelse av praksis-utvikling bedres (kvalitativt): Pasientforløp, samhandling - Del av et større miljø: - Felles strategi (gir sterkere implementering) - Like vilkår - Tyngdepunkt vs. Nettverk vs. Større samlet miljø?

	- Potensielt øke antall treffninger mellom fagfolk/skape nye veibaner i ny organisasjon. - Større forskningsgrunnlag for studier/ større mulighet til mangfold i team – større letegrunnlag på jakt etter talenter innen egen organisasjon (under felles ledelsesregime) - Enklere – nærhet fysisk – forskningssamarbeid med geografisk nærhet - Kan positive forskningskulturer i større grad distribueres ved ny struktur?
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt	- Sannsynlig ikke stor betydning – det meste er nøytralt - Enkeltpersoner eller startmiljøer kan skape en start - Klinisk forskning driver opp faglig kvalitet der den foregår. - Gode forskningsmiljø tiltrekker seg flere forskere - Så lenge faget bestemmer vil strukturene spille mindre rolle Fagnettverk kan redusere betydningen av organisatoriske skillelinjer. - God forskning og innovasjon er veldig løsbart uten tilleggsstrukturer – alle kan samarbeide med alle uavhengig av struktur. - Vi trenger hele spekteret av forskning (fra det praksisnære til grunnforskning) for å gi gode helsetjenester i 2050 - Det er viktig med et godt samarbeid mellom forskning og praksisfeltet - Ledelse er viktig; talenter må gis rom til utvikling. Meningsaspektet viktig for å utløse innsats/klar problemforståelse. - Viktig at ledelsesspenningen ikke blir for stort. - Toppforskning trenger dedikerte miljø og midler - Breddeforskning krever flere miljøer
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt	- Kan være frykt i STOH/NTNU for at et bredere fokus kan hemme spissing som er nødvendig for excellent forskning - Avstander i beslutninger, større organisasjon - Felles strategi i stort helseforetak kan bety bortprioritering av forskningsinteresse i mindre fagmiljø - Sentralisering av ressurser, mindre forskning i NT - Mindre fokus på M&R - Økt byråkrati, tyngre administrasjon - Mindre variasjon, jfr standardisering - Penger til forskning kun med ekstern finansiering - Forskning som del av driftsoppdraget - Kveldsarbeid/ivrige forskere nødvendig?

	– eller «romslighet i avdelingen/ delfinansiering for å rekruttere» (smådriftsfordel i HNT). - Mulig barriere for samarbeid ved å forholde seg til to ulike universitet.
Kommentar fra arbeidsgruppen	- De fleste argumenter kan skifte fortegn og mye er usikkert. - Forbehold: Vi vet ikke hva en sammenslåing vil bestå i/omfanget - Organisering / Samordning av forskningens prioriteringer - o Fysisk sted - o Forskningsorganisasjon - o Sykehusorganisasjon - o Nasjonal retning (Forskningsrådets kriterier mm.) - Geografisk plassering: Kryss/synergier mer innovativ kraft hvis samlet/nært hverandre? Aktørene ser hverandre bedre? - Kvalitativ/kvantitativ? - Sentralt drevne prosjekter – satellitter? - Rekruttering av forskerkompetanse en forutsetning for rekruttering av PhD-kandidater. Hva styrker rekrutteringen? - Organisering av forskningssentre/-miljøer: Sentral styring – betyr det sentralisering av forskere (nærmere ledelse, nærmere andre miljøer)? - Deltidsstillinger forskning/klinikk: - o Utfordringer for kontinuitet og ferdigheter i klinikken. - o Etterspurt undervisningskapasitet - o Veilederstillinger for PhD, jobber i klinikken, fasiliteter for forskningsaktivitet - PhD 50%, amanuensis/prof II i 20% -
Anbefaling/ konklusjon	- Nøytral til nei - Ikke enig. Ulike perspektiver gir ulike svar
Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur	- Satse mer på 50-50-stillinger, jfr Edvard Moser - Prioritere delte stillinger mellom forskning og praksis hvor praksisfeltet ikke presser bort forskeren. - Plukke talenter tidlig – eks gjennom studiet/forskerlinje - Legge bedre til rette for næringsutvikling – helsenæringen er tungt inne på den politiske arena - Sørge for å ivareta HUNTs framtid - Bedre samarbeid, infrastruktur, administrasjon. - Styrende organer etterspør forskning som en parameter man måles på.

	- Anbefaler at RHF gir tydeligere oppdrag gjennom oppdragsdokumentet hva gjelder forskningsaktivitet. - Innovasjon; Spiss faglighet og legge til rette for tverrfaglighet - Velge forskningskompetente ledere - Risikovillig ledere som rommer prøving, feiling og læring - Styrke en organisasjonskultur som gir rom for forskning og utvikling/faget i sentrum/ forsterke de verdier som gir rom for læring og innovasjon - Styrke incentiver for forskning gjennom strukturer som fremmer forskningsbasert faglig aktivitet av dokumentert høy kvalitet innen et gitt fagområde/tema, og et klart mål om effekt på pasientbehandling- slik som utlysninger til Klinisk akademiske forskningsgrupper
--	---

Sesjon 2, Hva kjennetegner de helseforetak og avdelinger som skaper gode arbeidsforhold, og tilstrekkelig med kvalifisert personell?

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

Det er både positive og negative sider ved en evt. sammenslåing av St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag for pasientene. Prosjektgruppen vil først konkludere på siste samling hva innstillingen vil være. 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.

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

Hvem som blir påvirket?	- Samarbeidspartnere (HF, universitet, høyskoler, kommuner, avdelinger mv) - Ansatte - Pasienter/innbyggere - Pårørende - Studenter - Primærhelsetjenesten og kommunene - Nærmeste leder - Øvrige lederlinjer, teams/avdelingsledere (3 og 4 nivå)	
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?	- 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 - Sterkt fokus på fag – forskjell på ledelse og administrere - Sette et positivt fokus på god ledelse med adekvat lederstøtte. Sekundærgevinster i form av mindre turnover og økt attraktivitet? - Kan unngå forskjellig arbeidsgiverpolitikk– unngå konkurranse om samme arbeidskraft - Overordnet, samordnet og koordinert ivaretagelse av den ansatte, også på tvers av arbeidssted (som under spesialisering). - Felles føringer/strategi - Lederutvikling - Større perspektiv på vurderinger mht strategi	

	- Mulighet til organisatoriske endringer (ledelse, faglig tyngdepunkt, kulturelt) - Enhetlig rammevilkår (standardiserte lønnsbetingelser, avtaler) - «Godt» fagmiljø - Erfaringsutveksling - Kompetansedeling - Fagdager, fagutvikling bør inngå i tjenesteplan for alle, felles kompetansebygging - Noe lettere å få en felles lederpolicy ved felles ledelse. - Sammenslåing kan gi større incentiv for ledelse ved STOH til å ta ansvar for å bidra ved vakanser e.l. i mindre sykehus (ex jordmødre i Namsos) - Positivt om en kan være en del av et større miljø (både medisinske fagmiljø og støttefunksjoner) - Hospitering og faglig utveksling i større grad - Oversikt over kompetanse/samarbeid om kritisk personell - Funksjonsfordeling som virkemiddel til å rekruttere/opprettholde fagmiljø - Økte muligheter for kompetanseheving - Riktig kompetanse på rett sted - Enklere rullering ved utdanning/spesialisering LIS/psykologer - Større rekrutteringsgrunnlag for spesialsykepleiere	
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt	- Gode incentiv for legespesialister på STOH som ikke får fast jobb – mer meritterende å være i overlegestilling på Namsos enn å være spesialist i assistentlegestilling på STOH - Personalsamarbeid med kommunene (kan virke både positivt/negativt) - Forskning - Fagutvikling	
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt	- Vil bli større avstand til leder – vanskeligere å bli sett - Avstand til ledelse/beslutninger/fremmedgjøring - Mindre medvirkning? Mindre sett og anerkjent av leder. - Fjernledelse – ikke fjern ledelse – hvordan bli sett? - Fare for nedprioritering og “overkjøring” av små fagmiljø – bli ikke sett/hensyntatt av tunge miljøer ved STOH - Lavere geografisk lojalitet til arbeidsplassen. - Omorganisering/sammenslåing= kjemperisiko. Potensielt skudd for baugen hva gjelder gode arbeidsmiljø, stabilitet, rekruttering	

	- Kan ha negativ effekt for M&R. Risikerer dårlige relasjoner/samarbeid med M&R - Tilstrekkelig kvalifisert personell: ○ Personalflytning vil ikke oppleves som positivt ○ Økonomisk belastende for foretaket ○ Kompetanselekkasje (HNT-->St Olavs) ○ Manglende kjennskap til kommuner kan skape distanse ○ «Miste» personell ○ Lønn, avtaler kan ikke brukes som virkemiddel - Gode arbeidsforhold: ○ Stort lederspenn ○ Arbeid på flere plasser (om det skulle være aktuelt) – kan gå utover arbeidsmiljøet og livskvalitet ○ Uoversiktlig ansvarsforhold ○ Fravær av fleksibilitet ○ Vanskeligere å fungere som nivå 3 og 4 leder - Mindre eierskap og ansvarsfølelse for virksomheten - Flere kulturer, mer komplekst å lede? - Vanskeligere med individuell tilpassing - Prosessen, usikkerhet - Ambulering - rekruttering - Tariffavtaler - Større avstand til HR	
Kommentar fra arbeidsgruppen	- Må jobbes aktivt med å fortelle yrkesgrupper at DE er ønsket – bli sett. Er bedre ivaretatt med LIS-reformen allerede - Helse Midt-Norge bør organisere vikarstafett med utgangspunkt i legespesialister i ventestilling ved STOH – 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! - Når minimumsbemanningen i vaktbærende fag er større enn dagaktiviteten må det løses ved • Styring av elektiv virksomhet, i den grad mulig • Legge til rette for forskning/utviklingstiltak • Bidra til å tilrettelegge for bistand fra universitets-sykehuset med hensyn til spesialister som ellers går i ventestilling - De mulige positive effekten er det lite tro på i gruppen: de virker urealistiske å oppnå, samt kostbare. - Fusjon forutsetter stedlig ledelse	

	- Organisering av ledelse viktig - Kompetansedeling og samarbeidsavtaler med ambulerer får man til i dag også	
Anbefaling/ konklusjon	- Positivt med større ansvar for helheten fra ledelsen, mye felles kvalitetsarbeid mv knyttet til Helseplattformen – kanskje burde universitetssykehuset ta ansvar for HMR også på samme måte? - Negativt med større avstand til ledelse - Usikkert på virkning mhp universitetssykehus – konkurransen med Helse Bergen og OUS? - Samlet litt positivt - For tidlig - Nei - For tidlig å si	
Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur	- Flere faste hele stillinger gir «overtallighet» i uka, dette kan delvis benyttes til etterutdanning - Tettere samarbeid om kompetansebygging – simulatoretrening, utveksling. Må anses som verdifullt at ansatte i en avdeling bistår andre i RHF-gruppen. Styrker felles kompetansebygging og samarbeid - Kompetanseregnskap bør etableres og følges opp - Ansatte må få påvirke tjenesteplan - Økt fokus på ledelse og lederstøtte - Hospitering, erfaringsutveksling - Diskutere funksjons- og oppgavefordeling - Avtaler om utdanning, rotasjonsordninger - Felles lederutviklingsprogram - Organisasjonsstruktur - Tjenesteutvikling	

Sesjon 3, Økt kvalitet i pasienttilbudet i Trøndelag gjennom sterke fagmiljø. Hvordan skaper vi disse? Fusjon eller samarbeid?

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

Det er både positive og negative sider ved en evt. sammenslåing av St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag for pasientene. Prosjektgruppen vil først konkludere på siste samling hva innstillingen vil være. 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. Fagleder-nettverk 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.

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

Hvem som blir påvirket?	- Pasienter, pårørende, fagpersonell, nærmiljøet - Ansatte i HFene - Helse Midt-Norge RHF, HNT, STOH, HMR, - Klinikere, pleietjenesten, fastleger, kommunehelsetjenesten - Universitet og høyskoler - Fagmiljøene i sykehusene, - Brukerorganisasjonene. - Andre helseregioner - Private sykehus.
--------------------------------	---

Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?	- Kan oppfattes som tryggere for pasientene å behandles ved universitetssykehuset avdeling Levanger? - Kan gi bedre pasientforløp – enklere å kommunisere hvem som gjør hva og søke støtte - 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. - Pasientsikkerheten utsettes ikke for lokaliserings-«kamp» - Kan gi mer stabile fagmiljø i lokalsykehusene, bedre sikring av sårbare miljø. Ukentlig fagundervisning for små miljø? - Sårbare fagmiljø vil få rekruttert bedre, sikres av en helhetlig prioritering og ressursallokering/ rotasjonsordninger. Økt samarbeid på tvers. - Positiv effekt på fagmiljø og fagnettverk som ikke til daglig har faglig kontakt. Hindre uønsket variasjon. Lettere å «justere inn» praksis iht best practice? - En sammenslåing vil tvinge fagmiljø som ikke samarbeider i dag til å måtte samarbeide på en mer strukturert måte - Økt volum på færre enheter – bedre kvalitet? - Mulighet for fornuftig funksjonsfordeling, feks innen ortopedi - Rekruttering, eksternt og internt - Bedre mulighet for «akademisering» av fagmiljø - «Det integrerte universitetssykehuset» - Enklere å plassere ansvar for samarbeid i totalområdet - Funksjonsfordeling og standardisering - Mindre uønsket variasjon, overbehandling, DRG-drevet skjevhet - Økt volum = økt kvalitet (innen gitt tema) - Sykepleie- og andre fagmiljøer kan holdes sterke selv om leger roterer - Felles langsiktig strategi
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt	- St Olavs sin rolle som universitetssykehus og ansvaret for å bidra til at lokalsykehusene er gode medspillere bør bli tydeligere uansett organisering - Bør åpne for ukentlig/månedlig fagundervisning for små miljø – uansett organisering? KAG kan bidra - 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.

	- Struktur endrer ikke behandlingskvaliteten eller utvikling av fagligheten i fagmiljøene alene, da helsetjeneste vil bli utført ved nåværende sykehus. - Viktig at fagmiljøene drifter kvalitetsregister og utvikler felles faglige prosedyrer og gjennomfører forskning og evaluering av egen praksis og behandlingskvalitet. - Strukturerte pasientforløpet gir føringer for faglig samarbeid og arbeidsdeling uavhengig av foretaksstruktur
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt	- Kan svekke universitetssykehusfunksjonen – ikke minst ovenfor HMR og spesielt (søre) Sunnmøre - 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 - Kan gi mer avstand mellom fastlege/ansatte i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - Student og studentoppfølging - Indre uro vil kunne ha negative konsekvenser for fagmiljøene - Miljøer som føler seg truet. Flytting, funksjonsfordeling. Vi igjen kunne svekke kompetansen i distriktene. - Større breddeansvar, mindre fokus på – og ressurser til spisskompetanse. - Likeverd mellom klinikker skiples? - Ansvarsmengde og ansvarsfordeling kan bli uklart (beslutningsnivå/stort lederspenn) - Rotasjonsordninger utfordrer personellets arbeidsmiljø - Lang reisevei for pasienten og pårørende – og ansatte - Påvirker lokalsamfunnet - Lokalkunnskap om fagmiljøer på tvers (sykehus-kommune) - Flytting av funksjoner får ringvirkning for utdanning – fraflyttet lokasjon for en funksjon etterlater huller i utdanningsløpet
Kommentar fra arbeidsgruppen	- Frem snakking av hverandre er bra! - 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 - Må, uavhengig av fusjon eller ikke, gjennomføre de samme tiltakene i, og mellom fagmiljøene. - Sårbare fagmiljø kan tjene på en fusjon i forhold til rekruttering, faglig utvikling og samarbeid om pasientforløp.

	- Volumtenkningen rundt oppgaver vil lettere påvirke en funksjonsfordeling internt i et fusjonert helseforetak. Vil ikke påvirke fordelingen internt i Helse Møre og Romsdal. - Nåværende struktur med gjestepasienter og økonomi kan hemme pasientflyt i regionen og løses ikke gjennom å fusjonere Trøndelag - Hva er erfaringer fra Helse Sunnmøre og HMR - Erfaringer fra bildediagnostikk? - Fagsamarbeid er mer innarbeidet enn foretakssamarbeid. - Samspillet mellom HF påvirkes – (Htrøndelag-HMR)?
Anbefaling/ konklusjon	- 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. Samlet negativt - 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 - Tja, heller mot ja, men gitt en del forutsetninger (god prosess, stedlig ledelse, bevare funksjoner etc) - For tidlig
Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur	- 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. - Utvikling og styrking av fagrådene bør prioriteres fra STOH - Bør åpne for ukentlig/månedlig fagundervisning for små miljø – uansett organisering? KAG kan bidra - 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. - Systematisk jobbing for bedre samarbeid. - RHF kan bli tydeligere i oppdragsdokument. - Bygge videre på regionalisering av fagprosedyrer uavhengig av endring – fagledernetverk, fagråd
--	---

Sesjon 4, Hva sier forskningen om fusjoner av helseforetak?

Sammendrag – prosjektgruppens vurdering av forskningsresultat om kostnadseffektivitet og effekt på kvalitetsgevinster i pasientbehandlingen

Det er både positive og negative sider ved en evt. sammenslåing av St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag for pasientene. Prosjektgruppen vil først konkludere på siste samling hva innstillingen vil være. 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. Stordriftsfordel er målbar generelt, men gir mest effekt når akuttfunksjoner inngår. Positiv effekt for kvalitet kan tenkes på 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 billediagnostikk 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.

4.1 Konsekvenser for vårt prosjektarbeid av forskningsresultat om kostnadseffektivitet og effekt på kvalitetsgevinster i pasientbehandlingen som ble presentert?

Hvem som blir påvirket?	- Alle, men først og fremst foretakene - Pasienter og pårørende - Kommunehelsetjenesten, foretakene innbyrdes, Ambulansepersonell, studenter mv.
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?	- Dersom det skal oppnås økonomiske gevinster må det tenkes endringer i akuttberedskap/struktur. Dette åpner ikke mandatet for - Stordriftsfordel er målbar generelt, men gir mest effekt når akutfunksjoner inngår - Det kan tenkes at forskjeller i arbeidsgiverpolitikk og stabsfunksjoner kan reduseres og gi rasjonalisering - Effekt på kvalitetsgevinster kan tenkes på sentralisering av spesialiserte funksjoner og desentralisering av funksjoner med høyt volum: Kan også oppnås uten sammenslåing - nettverk? - RHFet kan bli mindre - Erfaringene med bildediagnostikk er gode. Området gir kanskje spesielt gode muligheter for samarbeid digitalt? Noe annet enn kliniske avdelinger med sengeposter? - En ledelse for Trøndelag kan se/lede/planlegge hele fagfeltet og funksjonene på 4 sykehus på kort og lang sikt. - Målbar kvalitet og pasientsikkerhet - Sammenslåing vil gi større volum og høyere kvalitet, som sikrer bedre kostnadseffektivitet
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt	- Vi har ikke evidensgrunnlag som gir holdepunkt for at sammenslåing gir økonomisk gevinst med mindre man legger ned sykehus eller sykehusfunksjoner (akutfunksjon). Dette er ikke realistisk. - Ingen holdepunkt for at sammenslåing gir kvalitetseffekter, men her er det lite forskning å støtte seg til. - Vi har slått sammen sykehusene i NT tidligere. Hva er effekten av dette? Overføringsverdi? - 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

	- Funksjoner som HEMIT, LØ-SAP, logistikk/regionalt lager kan bygges ut dersom det anses rasjonelt - uavhengig av foretaksstruktur - Dersom man skal ha økonomisk gevinst må man ha radikal restrukturering av tjenester/ - Kvalitetsmessig gevinst innebærer restrukturering og ny oppgavefordeling - I Norge har vi ikke noen forskningsresultater i forhold til kvalitet ved fusjonering - Kostnadsreduksjoner ved skalafordeler dersom man er under samme tak, men ikke dersom man strukturelt består videre i et nettverk i felles eierstruktur.
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt	- Økonomisk effekt kan bli negativ - Organisering etter fag eller lokal ledelse er usikker – kan ende opp med hybridmodell som gir styringsulemp - Kan gi økt konfliktnivå internt - Kan gi fraværende ledelse - Akuttfunksjon må legges ned for å sikre en økonomisk gevinst ved omorganisering. - Ringvirkninger i samfunnet rammer enkelte steder (nedleggelser/nedskjæringer river med seg støtte- og miljøfunksjoner) - Opplevd kvalitet kan bli dårligere (fremmedgjøring, ventetid, reisetid, - Belastende for pasienter med lengre avstander - Mer behov for overnattinger pga reiseavstand
Kommentar fra arbeidsgruppen	- Vanskelig å svare på. Vi kan kun komme med antagelser. - Man bør fremsnakke hverandre - Hvilke konsekvenser får dette for eventuell beslutning om man skal fusjonere? - Man må finne organisasjonsenheter som ved en sammenslåing der man sannsynliggjør gevinster faglig og/eller økonomisk og viser hvordan dette skal gjøres. - Områder vi har der vi vil oppnå forbedring ved å restrukturere eller ved å oppgavefordele annerledes må identifiseres. - 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/innkjøpssamarbeid/ sårbare fagstrukturer?

	- Beskrivelse av gevinstuttaket må ligge til grunn før fusjon og følge mandat for fusjon dersom man bestemmer seg for å gjennomføre. - Oppgavefordeling internt i helse Nord-Trøndelag og St. Olavs og de imellom kan gjøres også uavhengig av fusjon. - Geografiske avhengigheter er et nasjonalt politisk tema. - Funksjonsplassering er i noen grad gjort tidligere, så noe av gevinsten på kvalitet er allerede tatt ut.
Anbefaling/ konklusjon	- Dersom en ender med en fusjon bør en rigge oppfølgingen/evalueringen av dette som et forskningsprosjekt - Økonomi er ikke argument for sammenslåing - Kvalitetseffekter er mer avhengig av nettverk - Økt samarbeid om HR – rekruttering, ambulering av spesialisert personell, opplæringstiltak kan gi effekt - Samfunnsøkonomisk gevinst: ○ Hvis ingen nedleggelser: Nei, har ikke trua ○ Hvis ett sykehus skal nedlegges: Ja, kan være lønnsomt for sykehusdrift, men får store ringvirkninger - Kvalitetsgevinster: ○ Opplevd kvalitet: Nei ○ Målbar kvalitet: usikker
Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur	- Samordning av driftsfunksjoner, lønn, innkjøp, lederstøtte, data- og analyse, IT-støtte, bht/arbeidsmiljøarbeid, andre støttefunksjoner. - Sykehus i nettverk ble det vist til samarbeid om HR – rekruttering, ambulering av spesialisert personell, opplæringstiltak - Samarbeid om servicefunksjoner og kliniske støttefunksjoner kan styrkes – ref bildediagnostikk? - Utredninger prehospitalt kan utvikles i samarbeid med kommunene/henvisere/fastleger, ved telemedisin og veiledning. - Akuttfunksjoner utenom helhetlig akuttmottak kan vurderes: polikliniske alternativer, observasjonsposter, oppgaveglidning, spesialister ut av sykehuset/oppgaveturnus

Sesjon 5, Til budet 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