



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

Utredning om helseforetaksstrukturen i Trøndelag	1
<i>Mandatet for utredningen</i>	3
<i>Bakgrunn for utredningen.....</i>	3
<i>Utredningens mål.....</i>	3
<i>Tidsramme for prosjektet:.....</i>	4
<i>Prosjektorganisasjon.....</i>	4
<i>Prosjektstyre</i>	5
<i>Prosjektgruppe.....</i>	5
<i>Arbeidsform i prosjektet.....</i>	6
<i>Sammendrag av prosjektgruppens anbefaling</i>	7
<i>Konkrete tiltak fra prosjektgruppen for å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet:.....</i>	12
<i>Mindretallets innstilling i prosjektgruppen. Ja til fusjon mellom St. Olavs hospital HF og HNT.....</i>	14
<i>SWOT analyse.....</i>	17
<i>Om Helse Midt-Norge RHF og «Strategi 2030»</i>	17
<i>Om helseforetakene i regionen</i>	18
<i>Samfunnsmessige endringer som påvirker helseforetakene i Trøndelag.....</i>	18
<i>Pasientperspektivet.....</i>	19
<i>Arbeidskraftperspektivet.....</i>	19
<i>Forskning i Helse Midt Norge</i>	20
<i>Erfaringer fra sammenlignbare prosesser.....</i>	20
<i>Er det stordriftseffekter i sykehus?.....</i>	21
<i>Økonomiske besparelser på administrativ side ved sykehussammenslåinger</i>	22
<i>Sykehussammenslåingenes effekter på kvalitet.....</i>	23
<i>Overføringsverdi fra forskningslitteraturen til å vurdere effekter av sammenslåing mellom.....</i>	23
<i>St. Olavs og HNT.....</i>	23

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 akutt sykehusene 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 akutt sykehusene 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

Effekt mål:

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 lederspenn, 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 laboratoriemedisin. 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 laboratoriemedisin; 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 ved sammenslåing mellom helseforetak skal gi vesentlige kostnadsmessige 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 sykehusinnleggelse. 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 fagledernetverk i Helse Midt-Norge og det overordnede ansvar for å følge opp arbeidet i fagledernetverkene følger gjeldende myndighetsstruktur. Fagledernetverkene fremmer ved behov saker til fagdirektørmøtet for beslutning. Fagledernetverkene 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

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

Erfaringen p.t. er at det er variasjon i hvor godt fagledernetverkene 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 fagledernetverkene 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 fagledernetverkene.
- Alle fagledernetverk utfordres på å identifisere strategiske og operative samarbeidsområder og forbedringsområder.
- Fagledernetverk hvor det er stort potensiale for økt samordning og samarbeid identifiseres og utfordres spesielt. Det må gjøres tiltak for å styrke fagledernetverk som ikke fungerer, for eksempel gjennom tilbud om sekretariat-støtte fra RHF.
- Fagledernetverkene må ta et tydelig ansvar for å sikre regionalt samarbeid og funksjonsfordeling.
- Fagledernetverkene 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 fagledernetverkene, og det bør øremerkes ressurser for å prioritere og understøtte dette arbeidet. Fagledernetverkene bør involvere relevante yrkesgrupper.
- Styrke fagledernetverkene 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 fagledernetverkene 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. Ansatte representanter 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:

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

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 tjenesteapparatet 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. Giacotti, 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)