

Dialog om Eierstrategi 2010

Helse Midt-Norge inviterer nå til dialog om utredningene fra fem prosjekter knyttet til eierstrategien for foretaksgruppen. Det gis innsyn i prosjektarbeidet allerede før sluttrapportene foreligger. Det er meningen at styret for Helse Midt-Norge RHF skal ta stilling i løpet av februar 2007.

Åpenhet,
innsyn
og
dialog

I dette nyhetsbrevet finner du kortfattet informasjon om disse fem prosjektene:

- Utredning av framtidig organisering av fødetilbud i Orkdal
- Utredning av framtidig organisering av tilbud til ekstremt tidlig fødte i Helse Midt-Norge
- Utredning av framtidig organisering av akuttkirurgisk/-ortopedisk tilbud i Helse Midt-Norge
- Evaluering av PCI-tilbudet i Helse Midt-Norge
- Utredning av framtidig organisering av bildediagnostisk tilbud i Helse Midt-Norge

De **foreløpige** rapportene er tilgjengelig i fulltekst og kan lastes ned fra internett.

De **endelige** rapportene kommer midt i desember og gjøres tilgjengelige så snart de er klare.

Bakgrunnen for prosjektene er Helse Midt-Norge 2010 der eierstrategien ble utformet og forankret.

Utredningene skal gi grunnlag for behandling og vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF. I den grad strategi og tiltak vil ha

betydning for det enkelt helseforetak, vil det deretter være aktuelt med styrebehandling og gjennomføring i helseforetaket.

Dialogen som det inviteres til, skal bidra til å gi et best mulig beslutningsgrunnlag for styret i det regionale helseforetaket. Helseforetakene er derfor bedt om å iverksette tiltak for å drøfte prosjektene med ansatte, brukerrepresentanter, lokalsamfunn, kommuner og andre relevante grupper, før helseforetakenes styrer avgir sin uttalelse.

Uttalelser og resultatet fra drøftinger som foregår lokalt, skal være oversendt Helse Midt-Norge RHF innen 1. februar 2007. De innkomne merknader og kommentarer vil bli en del av beslutningsgrunnlaget for administrerende direktør og styret i det regionale helseforetaket.

Gjennom konsernutvalg vil de ansattes tillitsvalgte få anledning til å samordne

sine synspunktet og Regionalt brukerutvalg er referansegruppe for prosjektene på regionalt nivå. I tillegg skal Helse Midt-Norge RHF drøfte de aktuelle prosjektene innen Eierstrategi 2010 med fylkeskommuner og andre regionale instanser.

Selv om prosjektene ikke har avlevert sine sluttrapporter, legges utkastene allerede nå åpent fram for å gi helseforetakene og andre mulighet til å drøfte innholdet og komme med innspill. Gjennom de foreløpige prosjektrapportene er det meningen å gi de berørte parter mulighet til å sette seg inn i problemstillingene som tas opp og gjøre seg kjent med dokumentasjon og avveininger som er gjort.

- Helse Midt-Norge RHF ønsker åpenhet rundt gjennomføringen og vil gjøre bruk av tilgjengelige informasjonskanaler for å gi flest mulig anledning til å få innsyn i arbeidet før det konkluderes og anbefaling legges fram for styret i det regionale helseforetaket, sier viseadm.dir. og fagdir. Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge RHF.

Eierstrategi 2010 dialog o

Det gjøres oppmerksom på at omtalen av prosjektene i dette nyhetsbrevet baserer seg på foreløpige prosjektrapporter.

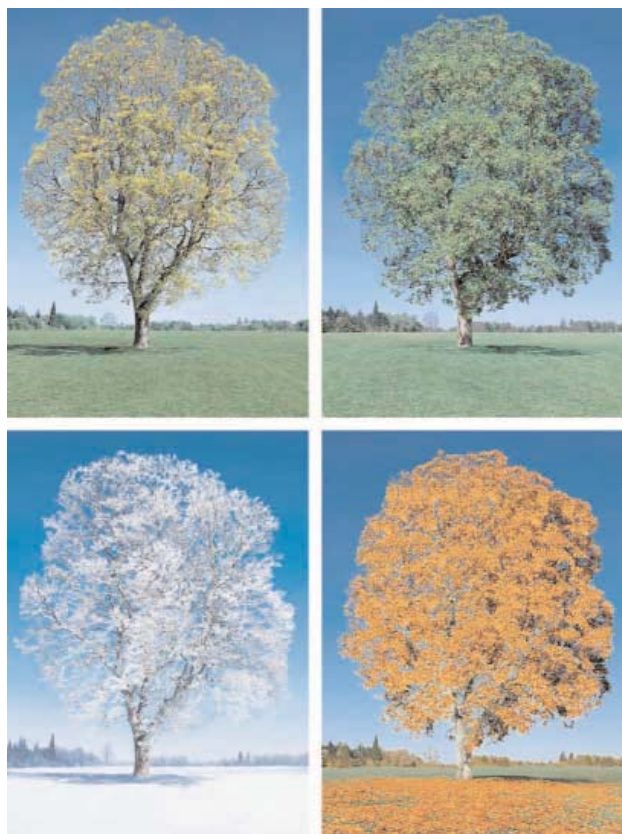
Eierstrategien bygger på Helse Midt-Norge 2010 der følgende satsingsområder er pekt ut:

- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Sammenheng i behandlingstilbudet
- Kronisk syke og syke eldre
- Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
- Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet
- Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

Eierstrategien for Helse Midt-Norge ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF i mai 2006. Her heter det at lokalsykehusene skal videreutvikles og fortsatt være en trygghetsbase for befolkningen.

Styret ønsker å sikre lokalsykehusene attraktive tilleggsoppgaver, og har derfor bedt administrasjonen utarbeide en plan for funksjonsfordeling i regionen. Planen skal også omhandle hvilke funksjoner som skal flyttes fra St. Olavs Hospital til de andre helseforetakene.

**Sentralisere
det vi må,
desentralisere
det vi kan**



Utredning av tilbudet til ekstremt tidlig født

Prosjektet har vurdert tre alternativer:

- Sentralisering av barn født før uke 26 til St. Olavs Hospital
- Sentralisering av barn født før uke 28 til St. Olavs Hospital
- Opprettholde tilbud til alle tidlig fødte på både St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus

Pasientgruppen som omfattes av prosjektet er svært liten. Ålesund har årlig 7-10 premature under 28 uker, hvorav 2-4 under 26 uker. Trondheim har årlig 20 premature under 28 uker, hvorav 8-10 under 26 uker. I tillegg har Trondheim regional funksjon for nyfødtkirurgi med ca 40 pasienter årlig. Begge avdelingene er små i internasjonal sammenheng, og middels store i

nasjonal sammenheng.

Med et så lite pasientgrunnlag er det vanskelig å si noe om forskjeller i kvalitet. En gjennomgang av systemkvaliteten viser at det er ingen forskjell i type behandling som tilbys ekstremt tidlig fødte.

Økonomiske vurderinger:

- En sentralisering av tilbudet til St. Olavs Hospital gir økte kostnader rundt 2-3 mill. kroner. Hovedårsak er økte personalkostnader som følge av at St. Olavs må bemanne opp med 4 - 6 stillinger, mens Ålesund ikke kan redusere med mer enn 1-2 stillinger. Ålesund må dessuten fremdeles opprettholde en form for vaktberedskap for å ta seg av

1-2 ekstremt tidlig fødte barn som vil fødes akutt i Ålesund, og som ikke kan transporteres til Trondheim. Kostnadsøkningen skyldes også at en sentralisering medfører økte transportkostnader i størrelsesorden 1 - 1,5 mill kroner. En stor del av dette er transport av 40 - 60 truende fødsler pr år.

Gruppen er enige om at barn født mellom uke 26 og 28 skal ha et tilbud både ved Ålesund sjukehus og på St. Olavs Hospital. For barn født før uke 26 er gruppen delt i sin konklusjon. Gruppen er imidlertid enige om at dersom Helse Sunnmøre opplever rekrutteringsproblemer for neonatologer skal tilbudet sentraliseres på St. Olavs Hospital.



Utredning av fødetilbud i Orkdal

Prosjektet har vurdert tre alternativer for videre drift av fødetilbudet ved Orkdal sykehus:

- Videreføre dagens fødetilbud ved Orkdal sjukehus
- Dagens fødetilbud ved Orkdal sjukehus drevet til en lavere kostnad
- Omgjøring til fødestue ved Orkdal sjukehus

En intern utredning fra St. Olavs Hospital har vært en del av grunnlaget for utredningen. Etter at denne interne rapporten var laget, har innsparinger ført til endringer i bemanningen ved Fødeklubben ved St. Olavs Hospital. Det har endret grunnlaget for de økonomiske beregningene og dette er lagt til grunn for utredningen.

Prosjektgruppen konkluderer med at alle de tre alternativene vil gi et faglig forsvarlig fødetilbud for befolkningen i opptaksområdet.

Økonomiske vurderinger:

- Ved å redusere bemanningen og bruke legeressursene i et samarbeid med St Olav, oppnås en innsparing på 2,4 mill. kroner innenfor dagens fødeavdeling
- Omlegging til fødestue i Orkdal vil gi reduserte kostnader ved Orkdal sykehus, men økte kostnader ved St. Olavs Hospital. Totalt gir dette en innsparing på 1,5 mill. Økte transportkostnader for de 250 som da må føde på St. Olavs i stedet for Orkdal vil ut fra prosjektgruppens beregninger gi en kostnad på ca 1 mill. Samlet innsparing er derfor

beregnet til kr 0,5 mill. per år.

Hovedkonklusjonen er derfor at det er lite å spare på en slik omlegging, fordi bemanningen ved St. Olavs Hospital må økes for å ta hand om et økt antall fødsler.

Ut fra tilgjengelige prognoser, vil fødestallet for Sør-Trøndelag øke de neste 5-10 år. Det er reist tvil om fødeklubben ved St. Olavs Hospital er dimensjonert for å håndtere et så stort antall fødsler alene.

Prosjektgruppen anbefaler videreføring av dagens fødetilbud drevet til en lavere kostnad (alternativ 2), forutsatt at antallet fødsler ikke er lavere enn 400 fødsler pr år.

Utredning av framtidig organisering av akuttkirurgisk/ortopedisk tilbud

Prosjektet har utredet mulighetene for delt akuttberedskap i bløtdelskirurgi og ortopedi ved sykehusene i Namsos, Orkdal, Kristiansund, Molde og Volda.

Prosjektgruppens generelle anbefaling:

- Det videreføres generellkirurgisk akuttberedskap ved alle sykehus.
- Det vil faglig sett være mulig å redusere akuttberedskapen i ortopedi på kveld/natt ved ett av sykehusene i hvert foretak. Det enkelte helseforetak bør selv avgjøre når på kvelden beredskapen skal opphøre. (For eksempel fra kl 20 til 07, eller fra kl 24 til 07).

Prosjektgruppen erkjenner at spesialiteten ortopedi og generell kirurgi har skilt lag, og at ortopedier som er utdannet i den senere tid ikke har formell kompetanse til å gå generellkirurgiske bakvakter. Prosjektgruppen peker derfor på et behov for å oppbemanne ved de minste sykehusene dersom disse skal ha full

ortopedisk beredskap, fordi det vil bli nødvendig med separat vaktordning.

Prosjektgruppen legger i sin vurdering vekt på Legeforeningens utredning om lokalsykehus, som konkluderer med at også de minste sykehusene med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anestesilogi, samt tilgang på laboratorietjenester og radiologi. Den samme utredningen sier at lokalsykehus som har "ortopedi av betydelig volum" må ha akuttberedskap i ortopedi.

Det er dissens i gruppa knyttet til vaktberedskap innenfor kirurgi i Helse Nordmøre og Romsdal HF. Mindretallet mener at døgnerberedskapen for både bløtdelskirurgi og ortopedi bør deles mellom sykehusene i Molde og Kristiansund. For å sikre framtidig rekruttering mener mindretallet at vaktbelastningen bør baseres på 5- eller 6-

delte vakter, mens flertallet i gruppa legger til grunn en 4-delning av vaktbelastning.

Økonomiske vurderinger

- Prosjektgruppens beregninger viser at seksjonering av kirurgisk vaktberedskap gir til dels store økte kostnader sammenlignet med dagens beredskap.
- Økonomivurderingene tar for seg kostnadsreduksjoner på grunn av redusert beredskapsvakt, kostnadsøkning på grunn av transport av de som må henvende seg til et annet sykehus i perioden der det ikke er beredskapsvakt, og evt. konsekvenser for kapasitet og bemanning ved det sykehuset som skal motta flere pasienter på kveld/natt.
- Ansettelse av nye legestillinger er forutsatt finansiert av økt produksjon.

Gruppa har konkludert om hovedprinsipper, men er ikke enstemmig.

Eierstrategi 2010 (forts.)

Det gjøres oppmerksom på at omtalen av prosjektene i dette nyhetsbrevet baserer seg på foreløpige prosjektrapporter.

Utredning av organisering av bildediagnostisk tilbud

Prosjektet har utredet

- hvordan redusere omfanget av billed-diagnostiske undersøkelser henvist fra leger utenfor sykehuset
- hvordan bedre samhandlingen med private røntgeninstitutt
- hvordan redusere samlede kostnader knyttet til radiologivakt

Innenfor de to første områdene arbeider gruppa med konkrete tiltak for å nå målene om færre og mer riktige henvisninger og bedre rutiner for overlevering av undersøkelser fra private røntgeninstitutt. Gruppa arbeider også med gevinstanslag knyttet til dette.

Prosjektet har vurdert fire alternativer for vakt samarbeid:

- Som i dag - vakt ved alle avdelinger
- Lokal samordning innen hvert helseforetak
- Vakt ved St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus
- Vakt kun ved St. Olavs Hospital

Gruppa er enige om at det er fullt mulig med vakt samordning på en måte som gir forsvarlig kvalitet og pasientsikkerhet, men det vil i deler av døgnet gi redusert tilbud og økt avstand til nødvendig tjeneste. Dette vil i hovedsak gjelde ø-hjelpspasienter med behov for ultralydundersøkelser. Videre kan vakt samarbeid ha en negativ effekt på rekruttering.

Gruppa er ikke ferdige med økonomiberegningen ennå. Foreløpige tall viser at alternativ 3, og der vakttid defineres til all tid på helg og mellom klokka 1530 - 08, har følgende foreløpige effekter:

- sparte vaktkostnader i størrelsesorden 5-6 mill kroner
- økte transportkostnader i størrelsesorden 0,5 mill kroner.
- økte kostnader til tilbakekjøp av f.eks 70% av tapt uta-tid på 2,5 mill kroner

Dersom gruppa flytter tidspunktet for vakttid til senere på kvelden, vil det endre regnestykket.

Gruppa har ikke konkludert ennå.

Evaluering av PCI-tilbudet

Prosjektet har vurdert to alternativer:

- Delt aktivitet mellom Stolav og satellitt i Ålesund som dekker Møre og Romsdal med unntak av nokre kommuner på Nordmøre.
- Framleis samling av all aktiviteten ved St. Olavs Hospital.

PCI-behandling ved akutt hjerteinfarkt tok til Trondheim i 1989. På 2000-talet er volumet kome opp på eit nivå som hever sjukehuset fra å vere eit lav-volumsenter til eit mellomstort senter i nasjonal samanheng. Dei siste åra har volumauken stagnert, estimatet for 2006 viser at det for første gang sidan PCI-behandling starta i Trondheim går antalet ned.

Nokre sentrale moment i rapporten:

- Dagens behandling av akutt infarkt er i tråd med internasjonale retningslinjer for heile regionen, men det er ulikheiter i behandlinga i dei 3 fylka på grunn av ulik transporttid.
- Problemstillingen "underforbruk" må arbeidast vidare med av kardiologane uavhengig av evt. satellitt i Ålesund.
- Tilgangen til prehospital EKG i ambulansetenesta i heile Midt-Noreg og systematisk tilgang til prehospital trombolyse frå 2006, er eit stort framsteg.
- Små endringar over tid i talet på infarkt i regionen, men endringar i alderssamansetjinga slår inn etter 2010 med aukande tal eldre.
- Truleg er talet på PCI stabilisert i

2005. Talet i Helse Midt-Noreg ligg godt under nasjonale snitt, og særleg er forbruket lågt i Møre og Romsdal.

- Gruppa har vurdert problemstillinger knytta til volum-kvalitet, og kome fram til praktiske ordningar som gjev fagleg forsvarlege tilbod begge stader.
- Investering for etablering av satellitt i Ålesund er rekna til 14 mill. kroner. Transportkostnader ved sentralisering til St. Olavs Hospital vil vere 5,8 mill. kroner. Når ein tar omsyn til auka tilsetjing i Ålesund, vil netto kostnad av ein satellitt auke med 4,2 til 6,0 mill. kroner samanlikna med dagens sentraliserte tilbod.

Prosjektet kjem med delt innstilling.

Flere prosjekter i 2007

To nye prosjekter innen Eierstrategi er startet på tampen av 2006. Det tar for seg framtidige laboratorietjenester og eienomsforvaltning i Helse Midt-Norge. De sluttføres i løpet av februar 2007. Også her legges åpenhet, innsyn og dialog til grunn for prosjektarbeidet og beslutningsprosessen..

Styringsgruppa for Eierstrategi 2010 vurderer nå hvilke andre felles prosjekter som skal starte på nyåret.

Ansvarlig redaktør : Kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad