

Helse Midt-Norge 2010

Eierstrategi for Helse Midt-Norge

Versjon 1.0

Dato: 30.05.2006

INNHOOLD

- 1. Protokoll med vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF 30.05.06**
- 2. Saksframlegg for behandling i styret for Helse Midt-Norge RHF 30.05.06**
- 3. Eierstrategi for Helse Midt-Norge – konkretisering etter høring**
- 4. Notat: Oppsummering etter høring**
- 5. Kortversjon av Eierstrategi for Helse Midt-Norge**
- 6. Høringsdokument: Eierstrategi for Helse Midt-Norge**

**Utrykte vedlegg:
Innkomne høringsuttalelser**

Stjørdal 30.06.06

**HELSE MIDT-NORGE RHF
STYRET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 30.05.06 kl. 1100 - 1730

Møtested: Rica Hell Hotell, Stjørdal

Sak 41/06 Eierstrategi Helse Midt-Norge

Adm. direktørs innstilling:

Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer den fremlagte eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt Norge som et godt grunnlag for omstilling og endring i perioden 2006-2010

Styret vedtar den fremlagte eierstrategien med følgende presiseringer:

1. Eierstrategien definerer åtte somatiske sykehus i Helse Midt-Norge, og at alle sykehus skal ha lokalsykehusoppgaver. Høringen viser at det er knyttet usikkerhet til hvilken status Orkdal sykehus har. Styret legger til grunn at Orkdal sykehus skal ha lokalsykehusoppgaver uavhengig av den organisatoriske tilknytningen som er valgt.
2. Fødetilbudet:
 - 2.1. Styret ber om en utredning av omlegging av fødeavdelingen ved Orkdal sykehus til fødestue.
Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres.
 - 2.2. Styret vedtar å opprettholde dagens fødetilbud ved de andre fødeinstitusjonene i regionen.
 - 2.3. Organiseringen skal imidlertid vurderes på nytt dersom lavt fødselstall eller vansker med rekruttering av fagpersonell skaper tvil om kvaliteten på tilbudet.
3. Akuttkirurgisk tilbud:
 - 3.1. Forslaget om delt beredskapsfunksjon innen akuttkirurgi utredes som egne prosjekt for følgende sykehus:
Namsos, Orkdal, Molde, Kristiansund og Volda.
Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres.
Brukermedvirkning og involvering av de ansatte ivaretas i det enkelte HF.
4. Forslagene om regional organisering av røntgen og laboratorietjenestene utredes.
5. Vurdering av organiseringen av det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge avventes til etter at evalueringen av rusforetaket er gjennomført.
6. Styret vedtar å organisere de ulike prosjektene med en felles regional styringsgruppe

Protokoll

Adm. dir. gjorde oppmerksom på feil i tabell s. 6 vedr. oppgavedeling i vedlegget: Ålesund skal ha ortopedi og bløtdelskirurgi, Volda skal ha ortopedi.

Adm. dir. refererte vedtak i regionalt brukerutvalg møte 29.05.06 som ga sin støtte til innstillingen.

Tone Sofie Aglen fremmet følgende tilleggsforslag:

Styret ønsker å få seg forelagt en plan for funksjonsfordeling mellom sykehusene i Helse Midt-Norge, inkludert en plan for hvilke funksjoner som skal flyttes ut av St. Olavs Hospital HF. Dette i tråd med gjeldende forutsetninger. Målet er å sikre lokalsykehusene i Helse Midt-Norge attraktive tilleggsoppgaver.

Ellen M. Wøhni fremmet følgende forslag som alt. til pkt. 2.1 og 2.2:

2.1. Styret ber om en utredning av fødetilbudet i Helse Midt-Norge.

Kolbjørn Almlid fremmet slikt forslag til alt. pkt. 4:

Røntgen og laboratorietjenester skal inngå i lokalsykehusene, men man ber om en utredning som viser mulighetene for økt bruk av regional vaktordning.

Adm. direktør ga sin tilslutning til forslaget og trakk sin innstilling.

Det ble stemt punktvis over innstillingen og forslag fremmet i møtet.

Innstillingens pkt. 1 ble enstemmig vedtatt.

Innstillingens pkt. 2.1 ble vedtatt mot 3 stemmer som ble avgitt for forslag fra Ellen M. Wøhni.

Innstillingens pkt. 2.2 ble vedtatt mot 3 stemmer som ble avgitt for forslag fra Ellen M. Wøhni.

Innstillingens pkt. 2.3 ble enstemmig vedtatt.

Innstillingens pkt. 3 ble enstemmig vedtatt.

Kolbjørn Almlids forslag til pkt. 4. ble enstemmig vedtatt.

Innstillingens pkt. 5 ble enstemmig vedtatt.

Innstillingens pkt. 6 ble enstemmig vedtatt.

Tone Sofie Aglens tilleggsforslag (pkt. 7) ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer den fremlagte eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt Norge som et godt grunnlag for omstilling og endring i perioden 2006-2010

Styret vedtar den fremlagte eierstrategien med følgende presiseringer:

1. Eierstrategien definerer åtte somatiske sykehus i Helse Midt-Norge, og at alle sykehus skal ha lokalsykehusoppgaver. Høringen viser at det er knyttet usikkerhet til hvilken status Orkdal sykehus har. Styret legger til grunn at Orkdal sykehus skal ha lokalsykehusoppgaver uavhengig av den organisatoriske tilknytningen som er valgt.
2. Fødetilbudet:

- a. Styret ber om en utredning av omlegging av fødeavdelingen ved Orkdal sykehus til fødestue.
Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres.
 - b. Styret vedtar å opprettholde dagens fødetilbud ved de andre fødeinstitusjonene i regionen.
 - c. Organiseringen skal imidlertid vurderes på nytt dersom lavt fødselstall eller vansker med rekruttering av fagpersonell skaper tvil om kvaliteten på tilbudet.
3. Akuttkirurgisk tilbud:
- 3.1 Forslaget om delt beredskapsfunksjon innen akuttkirurgi utredes som egne prosjekt for følgende sykehus:
Namsos, Orkdal, Molde, Kristiansund og Volda.
Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres.
Brukermedvirkning og involvering av de ansatte ivaretas i det enkelte HF.
4. Røntgen og laboratorietjenester skal inngå i lokalsykehusene, men man ber om en utredning som viser mulighetene for økt bruk av regional vaktordning
5. Vurdering av organiseringen av det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge avventes til etter at evalueringen av rusforetaket er gjennomført.
6. Styret vedtar å organisere de ulike prosjektene med en felles regional styringsgruppe.
7. Styret ønsker å få seg forelagt en plan for funksjonsfordeling mellom sykehusene i Helse Midt-Norge, inkludert en plan for hvilke funksjoner som skal flyttes ut av St. Olavs Hospital HF. Dette i tråd med gjeldende forutsetninger. Målet er å sikre lokalsykehusene i Helse Midt-Norge attraktive tilleggsoppgaver.

STYRET

Sak 41/06 Eierstrategi Helse Midt-Norge

Saken behandles i: Styret i Helse Midt-Norge RHF	Møtedato 30.05.2006	Møtesaksnummer 41/06
---	------------------------	-------------------------

Saksbeh: Daniel Haga

Arkivkode:

Saksmappe:

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer den fremlagte eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt Norge som et godt grunnlag for omstilling og endring i perioden 2006-2010

Styret vedtar den fremlagte eierstrategien med følgende presiseringer:

1. Eierstrategien definerer åtte somatiske sykehus i Helse Midt-Norge, og at alle sykehus skal ha lokalsykehusoppgaver. Høringen viser at det er knyttet usikkerhet til hvilken status Orkdal sykehus har. Styret legger til grunn at Orkdal sykehus skal ha lokalsykehusoppgaver uavhengig av den organisatoriske tilknytningen som er valgt.
2. Fødetilbudet:
 - 2.1. Styret ber om en utredning av omlegging av fødeavdelingen ved Orkdal sykehus til fødestue.
Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres.
 - 2.2. Styret vedtar å opprettholde dagens fødetilbud ved de andre fødeinstitusjonene i regionen.
 - 2.3. Organiseringen skal imidlertid vurderes på nytt dersom lavt fødselstall eller vansker med rekruttering av fagpersonell skaper tvil om kvaliteten på tilbudet.
3. Akuttkirurgisk tilbud:
 - 3.1. Forslaget om delt beredskapsfunksjon innen akuttkirurgi utredes som egne prosjekt for følgende sykehus:
Namsos, Orkdal, Molde, Kristiansund og Volda.
Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres.
Brukermedvirkning og involvering av de ansatte ivaretas i det enkelte HF.
4. Forslagene om regional organisering av røntgen og laboratorietjenestene utredes.

5. Vurdering av organiseringen av det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge avventes til etter at evalueringen av rusforetaket er gjennomført.
6. Styret vedtar å organisere de ulike prosjektene med en felles regional styringsgruppe

SAKSUTREDNING:

Styresak 41/06 Eierstrategi Helse Midt-Norge

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Eierstrategi for Helse Midt-Norge. Konkretisering etter høring

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Høringsutkast: Eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt-Norge. (Tidligere utsendt)
2. Eierstrategi Helse Midt-Norge. Kortversjon (Tidligere utsendt)
3. Oppsummering av øvrige innkomne høringsuttalelser (Tidligere utsendt)

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Styresak 81/05:

Helse Midt-Norge 2010. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010.

BAKGRUNN

Helse Midt-Norge RHF har i løpet av 2005 gjennomført en omfattende strategiprosess med tanke på framtidige utfordringer, og styret behandlet i desember 2005 utredningen "*Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010*".

Utredningen anbefaler en overordnet strategi for "sørge-for" ansvaret overfor befolkningen, og understøttes av tre delprosjekter:

- Strategi for helseforetakene (Eierstrategi)
- Strategi for bruk av private
- Strategi for samhandling

Styret for Helse Midt-Norge RHF fattet 19.12.05 følgende vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar den fremlagte strategi, Helse Midt Norge 2010, som grunnlag for omstilling og endring i perioden 2006-2010
2. **Styret ber om at egen strategi for Helse Midt-Norge RHF`s eierskap til egne helseforetak blir lagt fram for styret i mars 2006 etter en høringsrunde blant helseforetakene. Styret ber om at drøftingsplikten etter hovedavtalen blir ivaretatt av helseforetakene i denne prosessen**
3. Styret ber administrerende direktør legge fram et handlingsprogram for perioden 2006-2010 på styremøte i mars 2006.
4. Styret ber om at den del av de prioriterte strategiske områder som omhandler manglende helhet og sammenheng i behandlingstilbudet, vektlegges spesielt i forhold til finansiering, konkrete forpliktende avtaler og veiledningsplikt.

I tråd med pkt 3 i styrevedtaket, ble det lagt fram et forslag til handlingsprogram 21.04.2006, men saken ble vedtatt utsatt for å kunne se handlingsprogrammet sammenheng med eierstrategien.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Høringsfristen for eierstrategien ble forlenget, og helseforetakene har gjennomført høringskonferanser med kommunene opptaksområdet. En del kommuner har valgt å sende høringsuttalelser direkte til RHF.

Etter en helhetlig vurdering av høringsutkastet og de innkomne høringsuttalelsene legges nå saken på nytt fram for styret.

HELHETLIG DRØFTING

Målet med Eierstrategien har vært å sikre at foretaksgruppen har en effektiv tjenesteproduksjon, høy kvalitet på tjenestene og en fornuftig oppgavedeling, og på den måten bidra til å oppfylle Helse Midt-Norge sitt "sørge for" ansvar overfor befolkningen.

Eierstrategien omhandler derfor en rekke områder:

- Styrking av lokalsykehusfunksjonen
- Oppgavedeling i foretaksgruppen
- Sikring av helhetlig pasientbehandling, både innad i spesialisthelsetjenesten og i samhandling med kommunene
- Effektivisering av medisinske støttefunksjoner som for eksempel røntgen- og laboratorietjenester
- Effektivisering av tekniske og administrative støttefunksjoner
- Organisering av foretaksgruppen
- Økonomistyring

Høringsuttalelsene er i hovedsak konsentrert om følgende områder:

- Lokalsykehusfunksjonen, og da i særlig grad forslag til organisering av fødetilbud og akuttkirurgisk beredskap.
- Fordeling av tilleggsoppgaver (Oppgavedeling innad i foretaksgruppen)
- Organisering av medisinske støttefunksjoner

Eierstrategien skal ivareta en rekke hensyn som i noen sammenhenger er kryssende. En helhetlig pasientbehandling med god kvalitet har imidlertid vært førende for de avveininger som er gjort.

En eierstrategi skal dessuten være framtidsrettet, og vi har derfor søkt å tilrettelegge for de oppgavene spesialisthelsetjenesten vil stå overfor i 2010 og framover. Foretaksgruppen må derfor tilrettelegge for de omstillinger som blir nødvendig, både av hensyn til nye oppgaver, men også for å nyttegjøre seg av moderne teknologi.

En effektiv organisering av virksomheten vil bidra til at nye oppgaver kan løses innenfor de økonomiske rammer vi får til rådighet. Effektivitet er derfor en forutsetning for å nå de overordnede målene.

I den eierstrategien som legges fram har en på flere områder valgt å presentere en rekke alternative modeller, og pekt på styrker og svakheter ved de ulike modellene. Hensikten er å presentere reelle valgmuligheter for styret. I drøftingene er det lagt hovedvekt på de områdene som det har vært uenighet om i høringsuttalelsene.

Av samme grunn fremmes en detaljert innstilling for styret.



Eierstrategi for Helse Midt-Norge

Konkretisering
etter høring

Dato: 30.05.06

1	Bakgrunn og dokumentoversikt	3
2	Områder i eierstrategien som bør behandles særskilt	3
2.1	<i>Begrepet sykehus i eierstrategien</i>	3
2.2	<i>Lokalsykehusoppgaver</i>	4
2.3	<i>Fødetilbud i sykehusene i Helse Midt-Norge</i>	4
2.3.1	Strategiske vurderinger av forslagene:	5
2.4	<i>Akuttkirurgisk tilbud</i>	6
2.4.1	Strategisk vurdering av de ulike forslagene til akuttkirurgisk tilbud.....	8
2.5	<i>Organisatorisk samling av røntgen- og laboratoriefunksjoner</i>	10
3	Tiltaksplan fra eierstrategien	11
3.1	<i>Foreslåtte tiltak</i>	11
4	Organisering av videre arbeid	12

1 BAKGRUNN OG DOKUMENTOVERSIKT

I forbindelse med Helse Midt-Norges arbeid med ny overordnet strategi høsten 2005, ble det igangsatt et arbeid for å utforme en eierstrategi for Helse Midt-Norge.

Styret i Helse Midt-Norge fikk eierstrategien forelagt første gang i desember 2005, samtidig med at styret behandlet den overordnede strategien for Helse Midt-Norge. Styret vedtok da å sende eierstrategien ut på høring i organisasjonen, med tanke på endelig behandling av eierstrategien i mars 2006. For å gi bedre tid til høringsprosessen bestemte administrasjonen i Helse Midt-Norge å utsette behandlingen av eierstrategien til styremøtet i april 2006. Innspillene fra høringsrunden er oppsummert i notatet *Oppsummering høringsprosessen*.

Formålet med dette notatet er å sammenfatte ulike alternativer for vedtak av eierstrategien. Høringsrunden viste at både helseforetakene, de ansattes organisasjoner og brukerutvalg stiller seg bak store deler av eierstrategien slik den foreligger. Noen få områder av eierstrategien vakte imidlertid mye engasjement og motstand både i kommunene (som deltok i høringen for det enkelte helseforetak) og i de formelle høringsinstansene. Disse områdene er:

- Skal alle sykehus i Helse Midt-Norge ha akuttberedskap i kirurgi?
- Skal alle sykehus i Helse Midt-Norge ha fødetilbud i form av fødeavdeling?
- Skal vi starte utredning om regional organisering av røntgenfunksjonen i Helse Midt-Norge?
- Skal vi starte utredning om regional organisering av laboratoriefunksjonen i Helse Midt-Norge?

Videre i notatet har vi tydeliggjort hvilken handlingsplan som ligger innbakt i eierstrategien. Siden styrebehandlingen av eierstrategien er forsinket i forhold til opprinnelige planer, er de datoene som står i handlingsplanen i eierstrategien feil. I dette notatet er derfor disse datoene tatt ut.

Et av spørsmålene det ble bedt om uttalelse om i høringen av eierstrategien var hvordan gjennomføringen av eierstrategien skulle organiseres. På bakgrunn av innspillene fra høringsrunden er forslag til organisering av videre arbeid tatt inn i notatet.

2 OMRÅDER I EIERSTRATEGIEN SOM BØR BEHANDLES SÆRSKILT

2.1 Begrepet sykehus i eierstrategien

Eierstrategien definerer åtte somatiske sykehus i Helse Midt-Norge. Statusen som sykehus er knyttet til tilbudene som gis lokalbefolkningen, og er uavhengig av hvordan helseforetaket velger å organisere/strukturere tilbudet.

Høringen viser at det er knyttet usikkerhet til hvilken status Orkdal sykehus skal ha. Orkdal sykehus skal fremdeles ha lokalsykehusoppgaver.

2.2 Lokalsykehusoppgaver

Eierstrategien skisserer et sett med lokalsykehusoppgaver i sykehus. Hovedprinsippet er at alle sykehus skal tilby disse tjenestene som basis minimum. Ut fra dette finnes sykehus som kun har lokalsykehusoppgaver, mens andre sykehus vil ha ulike tilleggsoppgaver både som akutt-tilbud og som elektive tilbud.

De fleste av tilbudene som inngår i lokalsykehusoppgavene er ukontroversielle, mens det er stor uenighet om organisering av akuttberedskap i kirurgi og fødetilbud.

Årsaken er at akuttberedskap i kirurgi ikke er en del av lokalsykehusoppgaver, og at fødetilbud kan være fødestue. Flere av helseforetakene har etterlyst en klarere presisering av innholdet i akuttberedskapen både i kirurgi og fødselsomsorgen.

Som et innspill kan en tenke seg flere modeller for sykehusstruktur, avhengig av graden av akuttberedskap innen kirurgi og fødetilbud. I dette notatet er dette forsøkt framstilt som ulike modeller med ulike beredskapsnivå, og dermed også ulike tjenestetilbud.

Fødetilbudet kan i prinsippet sees uavhengig av kirurgitilbudet, selv om det i beregning av de økonomiske konsekvensene er nødvendig å se på det samlede tilbudet. Dette omtales derfor til slutt i notatet (det gjør det ikke ennå).

2.3 Fødetilbud i sykehusene i Helse Midt-Norge

Eierstrategien tar utgangspunkt i presiseringer i bestillerdokumentet og vedtak i styret for Helse Midt-Norge om at det skal være et fødetilbud ved alle sykehus. Videre er det tatt utgangspunkt i St.meld. nr 43 (1999-2000):

Departementet foreslår at Helsetilsynets inndeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) fødestuer (minst 40 fødsler per år) gjøres veiledende for planleggingen av den framtidige fødselsomsorgen. Inndelingen anbefales av akuttutvalget, og moter få innsigelser blant høringsinstansene.

Fødselstall ved sykehusene i Midt-Norge i 2005 (Kilde: Norsk pasientregister)

Institusjon	Antall fødsler
Namsos	400
Levanger	977
Trondheim	3153
Orkdal	491
Kristiansund	405
Molde	590
Ålesund	1271
Volda	402

Fødetilbudet kan i prinsippet tenkes løst ved at en eller flere av dagens fødeavdelinger blir omgjort til fødestue, eller ved å opprettholde dagens løsning med en fødeavdeling ved alle sykehusene. De to modellene er omtalt som Modell A og Modell B.

Modell A: Differensiert fødetilbud der en eller flere av dagens fødeavdelinger omgjøres til fødestue		
Innhold	Sykehus der denne modellen kan drøftes	Konsekvenser
Modellen er basert på at det skal finnes et fødetilbud ved alle lokalsykehus, og at dette tilbudet <u>kan</u> være fødestue	Namsos Orkdal Kristiansund Volda	Fødestue har ikke gynekolog i vakt, og det kan derfor ikke foretas operative inngrep (keisersnitt) på døgnbasis. Disse sykehusene vil derfor ha et tilbud til kvinner med forventet normal fødsel, mens alle andre må basere seg på å føde på sykehus med fødeavdeling eller kvinneklinikk. Konsekvensen for <i>beredskapen</i> vil bli størst i Namdalen, der reisetiden til Levanger vil bli lang, og minst i Orkdal der avstanden til St. Olavs er relativt kort. Rent økonomisk vil dette gi lavere kostnader til legeberedskap, mens evt kostnadsreduksjon for operasjonsteam vil være avhengig av en tilsvarende reduksjon i kirurgisk beredskap. Fordi flere må reise, vil transportkostnadene (drosje og ambulanse) gå opp.

Modell B: Sykehusene har ”fødeavdeling” som basis for fødetilbudet		
Innhold	Sykehus der denne modellen kan drøftes	Konsekvenser
Modellen innebærer en videreføring av dagens tilbud, dvs. fødeavdeling ved alle sykehus.	Regionen vil da ha 7 fødeavdelinger og 1 kvinneklinikk (St. Olavs hospital) hvis en legger til grunn definisjonen i St.meld. nr 43 (1999-2000).	Modellen gir et desentralisert fødetilbud. Modellen vil fortsatt gi rekrutteringsvansker for legespesialister (gynekologer), og for flere av sykehusene er antall fødsler i nedre grense av det som anbefales.

2.3.1 Strategiske vurderinger av forslagene:

Fødetilbudet ansees som en svært viktig del av lokalsykehusstilbudet. Dette understrekes i regjeringens Soria Moria-erklæring, der det heter at

Regjeringen vil opprettholde et desentralisert fødetilbud som blant annet sikrer nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud.

En omlegging av driften fra fødeavdeling til fødestue er å oppfatte som en vesentlig driftsendring, og derfor en § 30 sak i hht. Foretaksloven.

Høringssvarene fra helseforetakene er også opptatt av fødetilbudet som del lokalsykehusstilbudet, og det er ikke kommet inn uttalelser som støtter en omlegging til fødestue i noe foretak. Dette til tross for at flere av de minste fødeavdelingene har problemer med rekruttering av spesialutdannet

personell, og ligger i grensen av å ha nok fødsler per år i forhold til anbefalingene i ”Faglige retningslinjer for fødeinstitusjoner”.

Det er i dag god dokumentasjon på at fødestuene gir et faglig godt tilbud til lavrisikofødende, dvs. for ca 40-60 % av alle gravide i nedslagsfeltet. Men det forutsetter en grundig risikovurdering og ”siling” i løpet av svangerskapet, og at mellom 40 og 60 % av de gravide må føde ved annen fødeinstitusjon. (Jmfør *Nasjonalt råd for fødselsomsorgen*)

En omlegging til fødestue vil redusere beredskapskostnadene fordi det ikke er nødvendig med gynekolog i vakt.

Vurdering:

På grunn av den korte reiseavstanden mellom Orkdal sykehus og St. Olavs Hospital, vil Helse Midt-Norge anbefale at det utredes en omgjøring av fødeavdelingen til fødestue ved Orkdal sykehus

Konklusjon:

- Det anbefales å utrede en omlegging av fødetilbudet ved Orkdal sykehus fra fødeavdeling til fødestue.
Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres.
- Det anbefales å opprettholde dagens fødetilbud ved de andre fødeinstitusjonene i regionen.
- Organiseringen skal imidlertid vurderes på nytt dersom lavt fødselstall eller vansker med rekruttering av fagpersonell skaper tvil om kvaliteten på tilbudet.

2.4 Akuttkirurgisk tilbud

Eierstrategien tar utgangspunkt i kravet i bestillerdokumentet og formuleringene i Soria Moria-erklæringen om at det skal være et akutttilbud ved alle sykehus.

I bestillerdokumentet står bl.a. følgende (pkt. 2.3.5):

Alle lokalsykehus skal være i stand til å stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller. Hvordan behandlingsskjeden deretter organiseres for de ulike tilstander og sykdomsgrupper, må klargjøres i et helhetlig opplegg. Tilbudene må oppdateres og endres i tråd med utvikling av behandlingsformer som gir bedret kvalitet.

Modell A: Et eller flere av sykehusene organiseres uten akuttkirurgisk behandlingstilbud, med lokalsykehusstilbud i tråd med beskrivelsen i "Eierstrategien"		
Innhold	Sykehus der denne modellen kan drøftes	Konsekvenser
Jamfør beskrivelsen av lokalsykehus tjenester i forslag til eierstrategi. Det akuttkirurgiske tilbudet er basert på at sykehuset skal "stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller", og sikre videretransport til annet sykehus for endelig behandling.	Namsos Orkdal Kristiansund Volda	Setter store krav til kvalitet og tilgjengelighet i ambulansetjenesten (bil-, båt- og luftambulanse) Elektiv kirurgisk aktivitet på dagtid forutsetter en intern beredskap for inneliggende pasienter og anestesilege i døgnvakt. Konsekvensen for <i>beredskapen</i> vil bli størst i Namdalen, der reisetiden til Levanger vil bli lang, og minst i Orkdal der avstanden til St. Olavs er relativt kort.

Modell B: Akuttberedskap for <u>enten</u> ortopedi <u>eller</u> bløtkirurgi ved ett eller flere av sykehusene		
Innhold	Sykehus der denne modellen kan drøftes	Konsekvenser
Modellen forutsetter at sykehuset har akuttberedskap <u>enten</u> for bløtkirurgi <u>eller</u> for ortopedi.	Namsos Orkdal Kristiansund Molde Volda	Alle sykehus vil på denne måten ha et akuttkirurgisk tilbud, og en høyere faglig kompetanse for vurdering og stabilisering av tilstander og skader som ikke skal ferdigbehandles ved lokalsykehuset. Et slikt sykehus vil ha operasjonsteam og anestesilege i døgnvakt. Sjukehuset Volda har en lik beredskap i dag, men lar beredskapen være avhengig av hvilke spesialitet som har vakt. Namsos har ikke ortoped beredskapsvakt om nettene. Det er ikke rapportert om vesentlige behandlingsmessige og beredskapsmessige konsekvenser av ordningen i Volda og Namsos

Modell C: Akuttberedskap for både ortopedi og bløtkirurgi ved alle sykehusene		
Innhold	Sykehus der denne modellen kan drøftes	Konsekvenser
Modellen forutsetter at sykehuset har delt kirurgisk akuttberedskap, dvs. både for bløtkirurgi og for ortopedi.	Gjelder alle sykehusene. Ved St. Olavs Hospital har de en ytterligere seksjonering av den kirurgiske akuttberedskapen.	Modellen innebærer oppjustering av dagens nivå, jamfør modell B. Modellen gir betydelige rekrutteringsmessige og kostnadsmessige konsekvenser ut over det vi har i dag.

2.4.1 Strategisk vurdering av de ulike forslagene til akuttkirurgisk tilbud

Forslaget om en modell med lokalsykehusoppgaver uten akuttkirurgisk tilbud er begrunnet i flere forhold:

1. Volumet av akuttinnleggelser er langt lavere enn innen indremedisin
2. Volumet av akuttkirurgiske inngrep er lite ved de minste sykehusene
3. Det er ikke lenger mulig å opprettholde felles vaktordning som dekker både bløtdelskirurgi og ortopedi
4. Hastegraden for de fleste akuttkirurgiske innleggelsene er lavere enn i indremedisin, og tillater derfor noe lenger transporttid
5. Skadetilfeller med høyest hastegrad er svært krevende, og skal ut fra faglige kriterier behandles ved større sykehus.

Den akuttkirurgiske beredskapen er ressurskrevende fordi det i dag kreves delt vaktordning for ortopedi og bløtdelskirurgi, og flere personellgrupper inngår i for eksempel operasjonsteam og støttetjenester. En reduksjon av beredskapsnivået vil derfor kunne gi en betydelig innsparing for foretaket.

I eierstrategiens modell for lokalsykehusoppgaver er beredskapen ivaretatt ved et akuttmottak, som styrkes i funksjonen stabilisering og videre transport til rett nivå. Det betyr at det også må være høy kompetanse og god kapasitet i de prehospitale tjenestene.

Hovedinnvendingene mot basismodellen er at det i for stor grad svekker det akuttkirurgiske tilbudet i befolkningen, og at kirurgisk kompetanse er viktig også i de tilfellene som skal videresendes. De fleste er imidlertid enige om at det er en betydelig utfordring å rekruttere personell til stabile, delte vaktordninger ved de minste sykehusene, og at arbeidsoppgavene heller ikke står i forhold til det antall ortopeder og bløtdelskirurger en da måtte ha.

En mellomløsning kan derfor være å opprettholde akuttkirurgisk beredskap innenfor ett av de kirurgiske fagområdene, men på en slik måte at foretaket i sum dekker begge områdene innenfor sitt sykehusstilbud.

Det regionale helseforetaket bør beslutte hvilke sykehus som skal ha slik redusert beredskap, men helseforetakene bør selv ta avgjørelsen om tilbudet på det aktuelle sykehuset skal være ortopedi eller bløtdelskirurgi.

Følgende oppgavedeling kan være et utgangspunkt for utredningen:

HF	Sykehus	Ortopedi	Bløtdelskirurgi
HNT	Namsos	0	x
	Levanger	x	x
STOLAV	Trondheim	x	x
	Orkdal	x	0
HNR	Kristiansund	x	0
	Molde	0	x
HSM	Ålesund	x	x
	Volda	x	0

Et sykehus uten akuttkirurgisk tilbud innen for eksempel ortopedi kan likevel operere planlagte pasienter, og da med nødvendig beredskapsvakt for inneliggende pasienter, jamfør Rørosmodellen.

Konklusjon:

- Forslaget om delt beredskapsfunksjon innen akuttkirurgi (Modell *Akuttkirurgi B*) utredes for følgende sykehus:
 - Namsos, Orkdal, Kristiansund, Molde og Volda
- Både de faglige, økonomiske og de beredskapsmessige konsekvensene må synliggjøres.
- Brukermedvirkning og involvering av de ansatte (jamf. drøftingsplikten i hht Hovedavtalen) ivaretas i det enkelte HF.

2.5 Organisatorisk samling av røntgen- og laboratoriefunksjoner

Digitalisering og teleteknologi har gjort det mulig å tilby enkelte tjenester uten at tilbyder er på samme sted som mottaker, eksempelvis bildetolkning i radiologi. På enkelte områder kan tjenester dermed utøves fra ett sted i regionen og samtidig dekke alle sykehus, hele eller deler av døgnet.

Teknologiske endringer både i kjerneoppgaver og i støttetjenester påvirker optimal organisering, og endringer i teknologi og organisering må sees i sammenheng med hverandre.

Den helsefaglige utviklingen går i retning av større standardisering av metoder og prosedyrer. For støttetjenestene innebærer det mindre lokalt tilpassede løsninger og større mulighet til strømlinjeforming av prosessene. Dette underbygger Helse Midt-Norges målsetning om mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Og motsatt: Dersom ikke støttetjenestene tilpasser seg denne utviklingen kan støttetjenestene bremse utviklingen i retning av felles standardisering og fagutvikling.

Ut fra dette er det i kapittel 5.5 i eierstrategien beskrevet alternativer for ny organisering av røntgen- og laboratorie-funksjonen i Helse Midt-Norge.

Flere av høringssvarene er kritiske til dette punktet. I all hovedsak går kritikken av tiltaket på at røntgen- og laboratorie-funksjonen er en viktig del av den kliniske prosessen i sykehusene, og at helseforetakene derfor har behov for å styre disse funksjonene selv. En utredning av en framtidig regional organisering av disse funksjonene må derfor nøye ta opp i seg vurderinger rundt hvordan den kliniske prosessen i sykehusene vil påvirkes av en eventuell endret organisering av støttetjenestene innenfor laboratoriefag og radiologi.

Konklusjon:

- Forslagene om regional organisering av røntgen- og laboratorietjenestene utredes
Vurderingen skal inneholde:
 - Vurdering av utfordringene knyttet til systemeierskap til PACS/RIS og ROS ved dagens organisering og ved en regional samling av tjenestene
 - Vurdering av mulighetene for økt standardisering av prosedyrer og metoder ved en regional samling av tjenestene
 - Vurdering av effektene en samling vil ha for forholdet til øvrig klinisk aktivitet på det enkelte sykehus

For radiologi skal følgende områder i tillegg vurderes:

- Organisering av bildetolkning på kveld og natt (felles vaktordning)
- Organisering av røntgentjenester knyttet til særlige prosedyrer (nukleærmedisin, pet-scan, særskilte former for intervensjonsradiologi)

Denne konklusjonen innebærer en endring i forhold til eierstrategiens forslag angående laboratoriefag, der forslaget er at rapporten Med laboratoriemedisin inn i fremtiden skal evalueres for ev eventuell diskusjon om ny organisering settes i gang.

3 TILTAKSPLAN FRA EIERSTRATEGIEN

Kapittel 5 i Eierstrategi for foretaksgruppen Helse Midt-Norge beskriver hvilke tiltak som skal iverksettes for å gjennomføre Eierstrategien. De gjennomføringstidspunktene som står i kapittel 5 er imidlertid ikke lenger reelle, og må derfor ses bort fra.

3.1 Foreslåtte tiltak

Styrking av lokalsykehusoppgaver

Beskrevet i eierstrategiens kapittel 5.1 hvor også liste over lokalsykehusfunksjoner er foreslått. Akuttkirurgi og fødetilbud er drøftet i punkt 2 i dette notatet.

Fordeling av tilleggsoppgaver

Beskrevet i eierstrategiens kapittel 5.2.

Tilleggsoppgaver omfatter alle typer oppgaver som ikke er lokalsykehusoppgaver. Elektiv kirurgi er en stor andel av disse oppgavene.

Regionale og nasjonale oppgaver

Beskrevet i eierstrategiens kapittel 5.3.

Arbeidet med regionale og nasjonale oppgaver må ses i sammenheng med et pågående nasjonalt arbeid på området.

Forbedring av pasientforløp

Beskrevet i eierstrategiens kapittel 5.4.

Dette tiltaket er også ivaretatt i handlingsplanen for oppfølging av hovedstrategien.

Medisinske støttetjenester

Beskrevet i eierstrategiens kapittel 5.5.

Tiltakene her er beskrevet under i punkt 2.5 i dette notatet og avviker altså fra formuleringen i den opprinnelige Eierstrategien.

Administrative og tekniske støttetjenester

Beskrevet i eierstrategiens kapittel 5.6.

Gjennomføringen av dette tiltaket må ses i sammenheng med det nasjonale prosjektet som skal igangsettes for nasjonal samordning av stabs- og støttefunksjoner.

Organisering av foretaksgruppen

Beskrevet i eierstrategiens kapittel 5.7.

Vurdering av organiseringen av det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge avventes til etter at evalueringen av rusforetaket er gjennomført

4 ORGANISERING AV VIDERE ARBEID

Tiltakene i eierstrategien er en samling større og mindre prosjekter, der noen er mest egnet å utføre avdelingsvis, noen internt i det enkelte helseforetak, mens andre involverer mange avdelinger på tvers av helseforetaksgrensene. Mange av prosjektene er utfordrende å lykkes med, både faglig og fordi de krever organisatorisk omstilling. Flere helseforetak peker i høringsuttalelsene på betydningen av regional samordning for å komme i mål med prosjektene.

For å få en samlet oversikt over gjennomføringen og resultatene av eierstrategien, vil det derfor bli opprettet en regional styringsgruppe som har ansvar for fremdriften i gjennomføringen av tiltakene i eierstrategien.



Eierstrategi for Helse Midt-Norge

N O T A T

Oppsummering
av høring

April 2006

Notat

Resultater fra høring om Eierstrategi 2010

Til: Styret i Helse Midt-Norge RHF

Dato: 6.april 2006

1 Overordnet om prosess og innhold

1.1 Generelt om prosessen

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i desember følgende vedtak angående eierstrategien: (sak 81/05):

”Styret ber om at egen strategi for Helse Midt-Norge RHF`s eierskap til egne helseforetak blir lagt fram for styret i mars 2006 etter en høringsrunde blant helseforetakene. Styret ber om at drøftingsplikten etter hovedavtalen blir ivaretatt av helseforetakene i denne prosessen”

I brevet fra administrasjonen i Helse Midt-Norge ble helseforetakene bedt om selv å vurdere hvilke instanser utover tillitsvalgte og brukerutvalgene de ønsket å invitere til å delta i høringene. De fleste helseforetakene ønsket å involvere kommunene på en slik måte at administrasjonen i Helse Midt-Norge utsatte den opprinnelige fristen for tilbakemelding for å gi kommunene tilstrekkelig tid til å uttale seg.

Helse Midt-Norge har innen fristens utløp mottatt høringssvar fra følgende:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- HF Rusbehandling
- Regionalt brukerutvalg
- SAN (fagforening)

Alle helseforetakene har gjennomført drøftingsmøter med de tillitsvalgte, og det er skrevet drøftingsprotokoller i alle foretak unntatt for Helse Nordmøre og Romsdal.

Alle helseforetak har også mottatt høringssvar fra de lokale brukerutvalgene.

Alle helseforetak unntatt St. Olavs Hospital HF har i en eller annen form hatt kontakt med sine kommuner. St Olavs Hospital skriver i sitt høringssvar at de vil gjennomføre møter med sine kommuner i løpet av april.

1.2 Hovedinntrykk fra høringssvarene

Hovedinntrykket av høringene er at helseforetakene i stor grad slutter seg til innholdet i eierstrategien. De klareste og mest samstemmige innvendingene mot innholdet er knyttet til spørsmålet om hvorvidt kirurgisk akuttberedskap skal inngå som en lokalsykehusfunksjon eller ikke. De fleste av høringssvarene fra helseforetakene refererer også til at dette har vært en gjenganger i høringssvarene helseforetakene har fått inn, særlig fra de kommunene som har uttalt seg. Videre er alle helseforetakene opptatt av at den videre prosessen med implementering må balansere behovet for forankring og eierskap i det enkelte helseforetak, og behovet regional styring over innhold og framdrift.

Helse Midt-Norge har mottatt kopi av en rekke høringsuttalelser som har gått fra kommuner inn til det enkelte helseforetak. Disse innspillene er behandlet i det enkelte HF, og er derfor ikke tatt direkte hensyn til her. Imidlertid vil vi peke på to kommentarer som går igjen fra nesten alle kommunene:

- Uttrykt misnøye med at kommunene ikke direkte ble invitert til høringen
- Krav om at kirurgisk akuttberedskap må være en del av lokalsykehusfunksjonene

Tilsvarende gjelder for de lokale brukerutvalgene. Også disse er en del av høringssvaret fra det enkelte helseforetak, og blir derfor ikke direkte vektlagt i Helse Midt-Norge RHF's oppsummering. Følgende kommentarer går imidlertid igjen:

- Krav om at hensynet til kvalitet må gå foran hensynet til distriktpolitikk
- Krav om at brukerkompetanse må inn i det videre arbeidet med strategien

2 Oppsummering av høringsuttalelsene

Helseforetakene ble bedt om å uttale seg om følgende spørsmål:

1. Overordnet om eierstrategien:
 - Eierstrategien skal bygge opp under hovedstrategien til Helse Midt-Norge. Bidrar eierstrategien til at de seks satsningsområdene fra hovedstrategien oppfylles?
 - En del av eierstrategien omhandler etablering av lokalsykehusfunksjoner i alle sykehus i regionen. Befester strategien lokalsykehus som en trygghetsbase i befolkningen?
2. I eierstrategien er det beskrevet konkrete tiltak for gjennomføring av strategien. Er dette de viktigste tiltakene? Er den skisserte tidsplanen hensiktsmessig?
3. Gjennomføring av eierstrategien vil skje gjennom en rekke prosjekter både mellom og internt i det enkelte Helseforetak.

- Skal det være en felles regi på gjennomføring av disse prosjektene, for eksempel ved felles styringsgruppe, felles metodebruk og felles fremdriftsplan, eller skal prosjektene eies og styres av det enkelte HF?
- Dersom prosjektene skal være regionalt eid, hvem skal i tilfelle være styringsgruppe for gjennomføringen?

Svarene fra helseforetakene varierer i hvilken grad de svarer på de stilte spørsmålene. I det videre oppsummerer vi synspunkter fra hvert av de tre stilte spørsmålene. Synspunkter og drøftinger som ikke svarer på spørsmålene tas med i videre oppfølging av eierstrategien.

2.1 Om lokalsykehusfunksjoner

Eierstrategien er et langt og innholdsmettet dokument, og flere av helseforetak kommenterer både struktur og form i tillegg til selve innholdet i dokumentet.

Flere peker på uklar begrepsbruk i eierstrategien og etterspør nærmere presisering av begreper som ”akuttberedskap”, ”fødetilbud” og ”trygghetsbase”.

Samtidig legger enkelte av helseforetakene vekt på at nettopp de vide definisjonene gir det enkelte helseforetak og de videre prosjektene frihet til å utforme egnet organisasjonsstruktur uavhengig av tradisjonell avdelingsstruktur. Helse Nordmøre og Romsdal skriver:

”Vi vil støtte innholdet i lokalsykehusfunksjonen i form av funksjonsbeskrivelse og ikke knytte den så tydelig til avdelingsstrukturbeskrivelse som tidligere. Dette gir frihet til å organisere funksjonene forskjellig. (...) Pasientene er opptatt av tilbudet og det kan være hensiktsmessig å organisere tilbudene på ulike måter ved sykehusene.”

Flere peker på at lokalsykehusoppgavene beskrevet i eierstrategien definerer et minimum av tilbud for et sykehus, og at det er viktig at denne definisjonen ikke blir for omfattende. En utvidelse av definisjonen får økonomiske konsekvenser som vil true opprettholdelsen av åtte sykehus og prioriteringer i retning av satsningsområdene. Videre muliggjør en smal definisjon at det tas ulike geografiske hensyn i regionen. Helse Nordmøre og Romsdal skriver:

”I dag er det 30 minutter på fin vei mellom Orkdal sykehus og St Olavs Hospital, mens en er avhengig av ferge som ikke har beredskap om natten mellom Volda sjukehus og Ålesund sjukehus. En må vektlegge de spesielle forholdene i det enkelte foretak når en skal definere hva som er nødvendig for å ivareta trygghetsbasefunksjonen ved det enkelte sykehus”

For St Olav er det viktig å få avklart om Orkdal skal regnes som et eget sykehus:

Definisjonen av lokalsykehus må avklares. Slik begrepet ”sykehus” er definert i dokumentet, vil St Olav kunne forstås å bestå av to somatiske sykehus, ett i Trondheim og ett i Orkdal, som hver for seg skal oppfylle kravene til lokalsykehusene.”

De fleste helseforetakene mener at akuttkirurgisk beredskap må defineres inn under lokalsykehusoppgavene. Helse Sunnmøre HF og Helse Nord-Trøndelag HF vil i tillegg definere 24-timers vaktberedskap innen gynekologi og obstetrikk. Helse Sunnmøre skriver:

”For Helse Sunnmøre vil vi understreke at det vi legg i omgrepet ”trygghetsbase” for sjukehusa inkluderer eit tilbod innan akutt kirurgi og anestesi. For Helse Sunnmøre inneber dette også gynekologisk og obstetrisk vaktkompetanse”.

I liten grad kommenterer helseforetakene utfordringene og mulighetene som ligger i oppgradering av lokalsykehusfunksjonene for de prioriterte gruppene. En implementering av eierstrategien innebærer økt oppgavedeling for funksjoner som ikke omfattes av lokalsykehusfunksjonene, og dette gir mer kompliserte pasientforløp for enkelte pasienter. Flere av helseforetakene kommenterer imidlertid at arbeidet med utvikling av mer helhetlige pasientforløp er viktig og bør prioriteres ved implementeringen av eierstrategien..

Flere peker på at forhold rundt utdanning og spesialisering av leger er for lite diskutert i eierstrategien. Utdanning av legespesialister er en viktig metode for rekruttering. Helse Sunnmøre skriver:

”Ei framleis desentralisert spesialistutdanning er eit viktig verkemiddel for rekruttering av legar som framtidige spesialistar for lokalsjukehusa. Ei framleis desentralisert spesialistutdanning er eit viktig verkemiddel for rekruttering av legar som framtidige spesialistar for lokalsjukehusa.”

Under de forutsetningene som er nevnt over mener helseforetakene at strategien befester lokalsykehus som en trygghetsbase i befolkningen.

2.2 Sammenheng mellom eierstrategi og hovedstrategi

Høringssvarene fokuserer i stor grad på tiltakene i selve eierstrategien, og helseforetakene har i liten grad diskutert eierstrategien opp mot hovedstrategien. Det er gjort få vurderinger av hvordan de skisserte lokalsykehusfunksjonene faktisk kan betjene de prioriterte gruppene..

Helse Nordmøre og Romsdal understreker imidlertid at de har forventninger til at implementeringen av eierstrategien skal gi en økonomisk omfordeling i ressursbruken:

”Vi mener at det videre arbeidet med eierstrategien har et stort potensiale for bedre bruk av tilgjengelige ressurser slik at vi kan faktisk få til ressursstyrkingen som er nødvendig for å styrke pasienttilbudet til gitte pasientgrupper”.

De foretakene som har svart direkte på spørsmålet, bekrefter imidlertid at strategien underbygger de seks strategiske satsningsområdene.

Helse Nord-Trøndelag peker på at den viktigste måten eierstrategien kan bygge opp under hovedstrategien, er ved å sikre at eierstrategien gjennomføres som planlagt:

”Det mangler nå ikke på gode planer og forslag, men det vil komme til å stå på gjennomføringsevnen. Vil økonomiske rammer bli overholdt av alle foretakene? Vil kostnader til beredskap bli redusert der dette er mulig?”

Både Helse Nord-Trøndelag og Helse Sunnmøre peker på bygging av nytt sykehus i Trondheim, og at St Olavs Hospital vil bli en magnet i forhold til både fagfolk og ressurser i

regionen. Dette kan bidra til at det blir vanskelig å prioritere i retning av de overordnede strategiene.

Det er kommet flere synspunkter på at mulig organisering av psykisk helsevern som eget helseforetak vil være uheldig og ikke ønskelig. Rusbehandling Midt-Norge HF støtter tiltaket om å vurdere psykisk helsevern i eget foretak.

2.3 Tiltak og tidsplan

Forslagene til tidsplan i eierstrategien bygger på en forutsetning om at styret i Helse Midt-Norge skulle vedta eierstrategien i desember 2005. De tidspunkt som er angitt for igangsetting av ulike prosjekter er derfor feil, og må faseforskyves ca. ½ år.

Helseforetakene slutter seg i stor grad til de skisserte tiltakene i eierstrategien. Flere skriver at økonomi og kvalitet og ikke politiske hensyn skal tillegges vekt i de prosjektene som skal bidra til implementering:

Kommentarane frå Helse Sunnmøre er basert på at vi skal leggje vekt på kvalitetsfremmande tiltak i strategien mot 2010. Vi er likevel samd i at det også må vektleggjast økonomiske tilhøve i planprosessen. Både dei kvalitetsmessige og økonomiske tilhøva må til ei kvar tid sjåast i lys av dei geografiske tilhøva vi har i helseregionen vår. Vi er soleis samd med brukarutvalet sine vurderingar der dei trekk fram at helsefaglege vurderingar må gå føre politiske interesser.

Mange av helseforetakene har kommentert tiltakene eierstrategien beskriver rundt effektivisering av støttefunksjoner. På dette området spriker svarene fra helseforetakene:

”Serviceavdelingane har blitt definert frå reknskap og personaladministrasjon til biletdiagnostikk, laboratorieverksemd og operasjonsavdelingar. Det synes som om den kliniske verksemda kan isolerast frå dei viktigaste diagnostiske metodar og behandlingseiningar. Skil ein desse kan ein øydeleggje flyten i arbeidet og samanhengen som er ei føresetnad for effektivt arbeid. Å skilje ut og fjerne klinikanane sine viktigaste diagnostiske verktøy er vi totalt usamd i, og meiner dette ikkje handlar om kvalitetsfremmande tiltak – snarare tvert om.” (Helse Sunnmøre)

Det er viktig at vi får en nøye gjennomgang av alle støttefunksjoner – både medisinske og ikke-medisinske ved sykehusene. Dersom det viser seg at vi kan omdisponere midler fra støttefunksjoner til aktiv behandling, vil det lette arbeidet med å realisere hovedstrategien. Helse Midt-Norge har allerede gjennomført en del endringer. I det videre arbeidet er det viktig med en evaluering av effektene av disse endringene. (Helse Nordmøre og Romsdal)

Flere har også kommentert spesielt vurderingar av laboratoriemedisin. Nord-Trøndelag kommenterer slik:

”Prosjektet ”Med laboratoriemedisin inn i fremtiden” bør vurderes med hensyn til gjennomføring av fase 2 for å implementere tiltakene som er vedtatt i rapporten (fase 1). Videre arbeid med fase 2 ble lagt til side i påvente av Strategi 2010. Etter at tilgakene eventuelt er realisert og har fått tid til å virke, bør det gjøres en evaluering.”

St Olavs Hospital mener de beskrevne tiltakene er viktige, og savner i tiltak om prioritering/prioriteringsforskriften og tiltak i forhold til kompetanse og rekruttering av medarbeidere.

Helse Nordmøre og Romsdal mener også at de videre tiltakene er viktige. Igjen savnes tiltak for å se nærmere på utdanningssystemet, særlig for leger. Dette gjelder spesielt i forhold til utdanningsfunksjonen for spesialister ikke må svekkes som følge av fordeling av tilleggsoppgaver. De utarbeidede planene for laboratoriemedisin og patologirapport må nyttes i videre arbeid med organisering av laboratorietjenester.

Nord-Trøndelag vurderer framdriften som grei, bortsett fra at listen over tilleggsfunksjoner fra skulle være klar 1. mars 2006. St Olavs Hospital mener fristene er for korte. Helse Nordmøre og Romsdal mener tidsplan er for ambisiøs mtp at behandlingen av strategien allerede er forsinket og ber om en liten justering. Tempo i videre arbeid er viktig.

2.4 Videre organisering

Kapittel 5 i Eierstrategien inneholder en rekke forslag til tiltak for å implementere strategien. De fleste av tiltakene er beskrevet som prosjekter, og flere av tiltakene inneholder forslag til hvem (RHF eller det enkelte helseforetak) som har ansvar for gjennomføring av tiltaket.

Alle høringssvarene rundt organisering balanserer mellom å understreke behovet for at regionen styrer framdrift, metodebruk og innhold, og at helseforetakene selv må få initiere, styre og eie prosjekter. Det er stor enighet om en tydelig RHF-rolle i den videre implementeringen av eierstrategien.

Det regionale brukerutvalget mener det bør være brukerrepresentanter i styringsgrupper og prosjekter for utforming av tjenestetilbud. Brukerutvalget mener oppgavedeling må skje på regionalt nivå.

Helse Sunnmøre vil ha lokalt eide og styrte prosesser med delegert "sørge for"-rolle. I prosjekt som tar opp spørsmål mellom foretakene bør ha felles styringsgruppe ledet av RHF der alle berørte foretak og tillitsvalgte er representert.

Helse Nord-Trøndelag mener det må være felles regi for de foreslåtte tiltakene og at alle helseforetak må forpliktes til å delta og gjennomføre omforente handlinger/tiltak. Prosjekter med regionalt eierskap bør ha styringsgruppe bestående av adm.dir i Helse Midt-Norge RHF og adm.dir i HFene. Prosjektene bør være forankret i det regionale styret og i HF-styrene. Helseforetakene må også kunne iverksette egne strategiske programmer.

"De aller fleste av de strategiske prosjektene som er foreslått må det være felles regi på fra Helse Midt-Norge, og regionen bør være stram i den forstand at alle HF forpliktes til å delta og gjennomføre omforente handlinger/tiltak."

(Helse Nord-Trøndelag)

St Olavs Hospital ønsker regional overbygging innenfor et fåtall områder med direktørmøtet i Helse Midt-Norge som styringsgruppe. HF-representanter i regionale grupper må representerer hele HFet og ikke kun seg selv og oppnevning av kandidater må skje av HF-direktøren. Prosjekter bør eies og styres av det enkelte HF og rapportere til direktørmøtet. Strategien må ikke bli for detaljert og tiltak må kunne utvikles lokalt.

Helse Nordmøre og Romsdal skiller mellom regionale prosjekter og foretaksvis prosjekter. Regionale prosjekter må forankres i Helse Midt-Norge med felles styringsgruppe. Prosjektene kan like godt ledes av helseforetakene. Disse prosjektene bør bygges opp etter samme organisering og tidsramme for alle berørte helseforetak i regionen. Prosjekter som gjennomføres i det enkelte helseforetak må følges opp av helseforetaket og kommuniseres opp til det regionale nivået (rapportering til regional styringsgruppe). Det er hensiktsmessig at det regionale direktørforumet er styringsgruppe for de regionale prosjektene og at tillitsvalgte og vernetjeneste involveres gjennom deltakelse i de enkelte etablerte prosjektene og med åpen dialog i på de regionale arenaene for dette.




Helse Midt-Norge Eierstrategi - 2010

Utkast Kortversjon

HELSE  MIDT-NORGE
- På lag med deg for din helse -

Eierstrategiens innhold

- Innledning
- Bakgrunn
- Strategisk målbilde for 2010
- Strategiske modeller
- Strategier

HELSE  MIDT-NORGE
- På lag med deg for din helse -

Mandat til prosjektet (august – desember 2005)

Strategier for fremtidig oppgavedeling,

- Hvilke oppgaver kan sies å være ”basisoppgaver” i et lokalsykehus, og som derfor bør utføres ved alle våre sykehus.
- Hvilke oppgaver bør gjøres færre steder
- Hvilke oppgaver bør bare utføres ett sted.

Strategier for organisering,

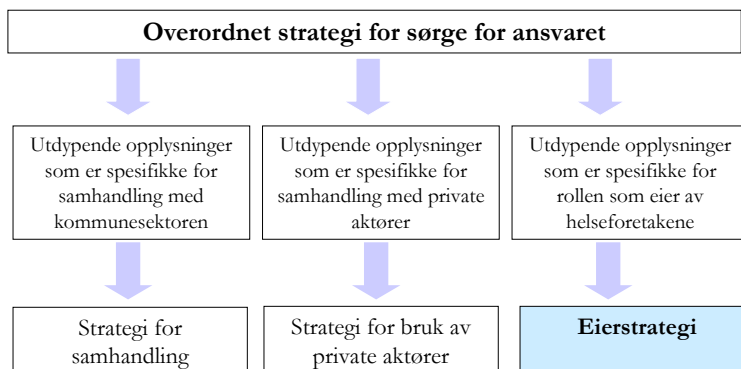
- Hva er den optimale organisering av helseforetaksgruppen (Admin./teknisk støtte/service, medisinsk service, kliniske funksjoner, HF-struktur mv.)

Strategier for lokalsykehusene

- lokalsykehusfunksjoner i små og store sykehus

Hva er eierstrategi for Helse Midt-Norge?

Strategi for hvordan helseforetakene i Helse Midt-Norge skal løse oppgavene vi er gitt og forvalte ressursene vi eier.



Helse Midt-Norges eieransvar omfatter:

Det regionale helseforetak (RHF's virksomhet)

RHF-avdelinger:

- HEMIT
- Helsebygg

Helseforetakene:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- St Olavs Hospital HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Rusbehandling Midt-Norge HF

Strategiske målbilder 2010

Beskrivelse av spesialisthelsetjenesten i 2010.

Fire hovedområder:

- Sykehusfunksjoner
- Pasientforløp
- Økonomi
- Medarbeidertrender

Målbilde: Sykehusfunksjoner

- Lokalsykehusfunksjoner: 8 sykehus
- Tilleggsfunksjoner: noen, ikke alle sykehus
- Nasjonale, regionale og universitetssykehusfunksjoner: ett sted

Målbilde: Pasientforløp

Et godt pasientopplevd forløp er

- tilgjengelig (tilgang når en trenger det)
- forutsigbart (samsvar med skapt forventning)
- koordinert (satt sammen uten unødig forflytning og tid)
- sammenhengende (uten brudd i verdikjeden)
- Tilpasset spesielle individuelle behov
- opplevd effektivt (uten unødig ventetid og unødige tiltak)
- inkluderer medvirkning og medbestemmelse (delta med egne ressurser)
- Skaper optimal helseverdi (riktig behandling)

Et godt klinisk forløp

- Gir pasienten optimal helseverdi (effekt i forhold til helsesvikt)

Gode pasientforløp for sykehus som produksjonsbedrift:

- Dekker nødvendig etterspørsel
- Utnytter den samlede ressurs kosteffektivt

Gode pasientforløp for personell under utdanning:

- Gir tilgang til nødvendige faglige problemstillinger, med kvalifisert veiledning

Målbilde: Økonomi

Eierstrategien har en særlig oppgave i å vise hvordan Helse Midt-Norge skal nå sine økonomiske målsettinger.

Utfordring: Økende gap mellom faktiske og ønskede økonomiske rammer.

- Mer rettighetsbevisst og krevende pasient
- Generell medisinsk utvikling
- Store investeringer i sykehus
- Ambisiøs og kostbar strategi

Dette fører til kutt i totalbudsjett og omprioriteringer.

Målbilde: trender medarbeidere

- Større krav til fleksibilitet og oversiktlige vaktordninger, større krav til fritid og familieliv
- Mindre arbeid kveld, natt og helg
- Motiveres av ulike faktorer avhengig av livsfaser og personlige preferanser
- Leger: lavere gjennomsnittsalder, større kvinneandel
- Høyere utdanningsnivå: større spesialisering, flere utdanninger og kompetanseutvidelse hele livet.
- Mindre lojalitet overfor arbeidsgiver, mer egen karriere.

Strategiske modeller

- Lokalsykehusoppgaver i alle sykehus, organiseres og styres fra hvert helseforetak
- Standardiserte tjenester med lavt volum: Pasienten gis tilbud på noen få sykehus.
- Tjenester med lavt volum og krav om geografisk nærhet: Pasienten gis tilbud flere steder. Faglig styring fra ett sted (tjeneste-linjematrise)
- Lavt volum og kritisk kompetanse/ressurser: Pasienten gis tilbud ett sted i regionen.
- Pasientforløp: helhetlig fra/til primærhelsetjeneste, hovedforløp med flere alternativer, beste praksis. Monitoreres
- Støttetjenester kan organiseres lokalt eller tverrgående i regionen.

Eierstrategien kap 4.1 – 4.7

Foretaksstruktur

- Virksomhet kan organiseres ut fra funksjon eller geografi
 - Funksjonsorganisering (tversgående organisering): HF Rusbehandling, Sykehusapotekene HF, Hemit
 - Geografisk organisering: De resterende helseforetakene
- Fordeler med tversgående organisering:
 - Større oppmerksomhet på og synliggjøring av faget/oppgaven
 - Samling av kompetanse
 - Ressursutnyttelse og styring
- utfordringer med tversgående organisering.
 - Beskrive pasientforløp slik at de ikke oppleves som mindre helhetlig
 - Samhandling mellom fagområder
 - Krever ryddighet i forhold til avtaler mellom foretak
 - Ta del i samordningsgevinstene fra støttetjenester

Eierstrategien kap 4.8

Økonomimodell – modell for oppgavedeling

	Lavt volum	Høyt volum
Lite ressurskrevende	Noen steder i regionen eller ett sted pr helseforetak	Alle steder for å ivareta prinsippet om geografisk nærhet. Eller: Ett sted for å utnytte muligheter for effektive produksjonslinjer
Svært ressurskrevende	Ett sted i regionen eller ett/få steder i landet	Noen steder i regionen eller ett sted pr helseforetak

Dersom forhold knyttet til kvalitet er avklart og tilfredsstillende i alle alternativer, skal valget mellom alternativer kun skje ut fra økonomiske vurderinger og i et regionalt perspektiv.

Strategier

- Styrking av lokalsykehusfunksjoner
- Fordeling av tilleggsfunksjoner
- Målretting av regionale og nasjonale funksjoner
- Forbedring av pasientforløp
- Effektivisering av medisinske støttefunksjoner
- Effektivisering av tekniske og administrative støttefunksjoner
- Organisering av foretaksgruppen
- Styring av økonomi

Strategier: styrking av lokalsykehusfunksjoner

Alle sykehus i regionen skal tilby følgende tjenester:

- Døgnåpent mottak av alle pasienter som blir akutthenvist
- Lavterskel beredskap indremedisin
- Ø-hjelp for ruspasienter (overdoser og delirtilstander).
- 24-timer beredskap for indremedisinske tilstander.
- Elektiv indremedisin
- Oppfølging av kreftpasienter.
- voksne pasienter med allmennpsykiatriske lidelser / langvarige lidelser
- Poliklinisk tilbud til barn og unge med psykiske problemer.
- Opplærings- og mestringstilbud innenfor de tilbudene sykehuset tilbyr
- (Forts....)

Strategier: styrking av lokalsykehusfunksjoner (forts)

- Billeddiagnostikk inkl tilgang på CT-us, MR-us og ultralyd. (Billedopptak kan skje i annen institusjon hvis avstander er korte. Billedtolkning kan skje andre steder enn ved det aktuelle sykehuset, hele eller deler av døgnet).
- Tilbud til pasienter med, kirurgisk/ ortopediske problemstillinger uten krav om 24-timers beredskapsvakt
- Løpende dialyse (kan også utføres i desentraliserte lokalisasjoners utenfor sykehuset)
- Tilbud til fødende med lav risiko.
- Poliklinisk tilbud til syke barn og unge.
- Poliklinisk tilbud til kvinner med gynekologiske problemstillinger
- Støttefunksjoner for å innfri punktene over

Strategier: fordeling av tilleggsfunksjoner

Tilleggsoppgaver omfatter alle typer oppgaver som ikke er lokalsykehusoppgaver. En stor andel av disse er elektiv kirurgi.

Tiltak:

- Lage liste over tilleggsfunksjoner som skal vurderes funksjonsfordelt etter definerte prinsipper
- Kvalitet og økonomi skal være avgjørende
- Noen funksjoner kan fordeles etter forenklet anbudsprinsipp.

Strategier: regionale og nasjonale funksjoner

- Vurdere om vi skal øke antallet nasjonale universitetssykehusfunksjoner
- Lage plan over hvilke regionale universitetssykehusfunksjoner vi skal ha
- Vurdere å etablere elektiv produksjonslinje innenfor ortopedi

Strategi: forbedring av pasientforløp

Helse Midt-Norge skal etablere et prosjekt som skal utvikle metoder og planer for hvordan pasientforløp i Helse Midt-Norge skal beskrives. Arbeidet skal inkludere ledelses- og styringsforhold, økonomiske og kvalitative konsekvenser. Dette arbeidet skal være påbegynt i løpet av 2006.

Strategi: effektivisering av medisinske støttetjenester

Enkelte tjenester har en teknologi som muliggjør effektivisering ved at ett sykehus betjener behovene for den kliniske virksomheten ved flere sykehus (vaksamarbeid)

Enkelte tjenester skal være lokalisert på alle sykehus men trenger ikke være lokalt styrt – altså egnet til en tversgående organisering

Følgende tiltak skal settes i gang:

- Vurdere funksjonsdeling av følgende områder:
 - Mikrobiologi
 - Billedtolkning på kveld og natt
 - Røntgentjenester knyttet til særlige prosedyrer (nukleærmedisin, pet-scan, særskilte former for intervensjonsradiologi)
- Vurdere organisatorisk samling av røntgentjenester
- Evaluere rapporten ”Med laboratoriemedisin inn i fremtiden”

Strategi: effektivisering av administrative og tekniske støttefunksjoner

Organiseringen av ikke-medisinske støttetjenester skal ta utgangspunkt i skillett strategiske og ikke-strategiske tjenester, samt en ren kost-nytte-vurdering knyttet til organisering og lokalisering av tjenesten

- Vurdere fremtidig organisering av drift, vedlikehold og utvikling av bygg og utstyr.
- Prosjektene OLFI og Administrativ effektivitet skal evalueres før en eventuelt ny organisering og/eller lokalisering vurderes.
- Det samme gjelder HEMIT.

Strategi: Organisering av foretaksgruppen

Utrede tversgående organisering av psykisk helsevern og rusbehandling.

Strategi: økonomi

- Avvikle oppgaver som ikke inngår i bestillingsdokumentene
- Gjennom samarbeid med kommunene, redusere oppgaver som tilhører og løses bedre i primærhelsetjenesten
- Etablere ulike behandlingsnivåer tilpasset ulike behov
- Redusere unødvendige gjentakelser i behandlingsforløpet
- Effektivisere pasientforløp og tilhørende støtteprosesser
- Redusere behandling som ikke har dokumentert effekt
- Avvikle behandling som dokumentert ikke har effekt
- Avvikle gammel teknologi og metoder som er erstattet med ny
- Omgjøre passiv beredskap til aktiv behandling
- Strukturelle tiltak
 - Redusere overkapasitet knyttet til utstyr, areal og kompetanse
 - Redusere slakk i produksjonslinjen
 - Utnytte tilgjengelig teknologi optimalt
- Utnytte muligheter for økonomiske gevinster knyttet til funksjonsfordeling.



Eierstrategi for Helse Midt-Norge

Høringsdokument

Desember 2005

Sammendrag

Delstrategi for eierskap har vært utarbeidet som underprosjekt av "Helse Midt-Norge 2010" i 2005. Målet har vært å utforme en overordnet eierstrategi for foretaksgruppen fram mot 2010 slik at foretaksgruppens egne foretak kan tilby spesialiserte helsetjenester med god kvalitet, god tilgjengelighet og akseptabel kostnad til befolkningen i Midt-Norge.

Kapittel 1 innleder og presenterer forankring til hovedprosjektet, prosjektmandatet, mål og prosjektets organisering.

Kapittel 2 redegjør for roller i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge; forholdet mellom Helse Midt-Norges "sørge-for"-ansvar og eieransvar, eierrollen, omfang og styringsmodell.

Kapittel 3 viser det strategiske målbildet for 2010. Her presenteres de seks satsningsområdene definert av hovedprosjektet "Helse Midt-Norge 2010". I dette kapitlet defineres og beskrives tre inndelinger av oppgaver i sykehusene: lokalsykehusoppgaver, tilleggsoppgaver og universitetssykehusoppgaver/ andre regionale oppgaver. Helse Midt-Norge skal satse på lokalsykehusoppgaver for å ivareta kvalitet, helhet og trygghet i geografisk nærhet. Lokalsykehusoppgaver skal derfor finnes i alle sykehus i regionen. Tilleggsoppgaver og regionale oppgaver skal fordeles på enkelte sykehus i regionen for å oppnå kvalitetsgevinst og økonomisk gevinst.

Videre i kapittel 3 presenteres målbildet om styrking av pasientforløp, økonomi og medarbeidertrender.

Kapittel 4 presenterer prinsipielle modeller for organisering for å nå det strategiske målbildet og underbygge de strategiske satsningsområdene. Lokalsykehusoppgaver skal utvikles og tilbys lokalt. For behandlingsoppgaver med lavt volum, skal det utvikles og tilbys tjenester av høy kvalitet på flere, men ikke alle sykehus, og pasienten kan velge blant disse stedene. Enkelte lavvolum-tjenester kan faglig styres fra ett eller flere sykehus. Dette sykehuset kan dermed tilby desentrale tjenester i geografisk nærhet til pasienten gjennom samarbeid mellom sykehusene. Enkelte tjenester på områder med lavt volum krever særskilt kompetanse eller ressurser, og skal tilbys ved kun ett sykehus i regionen.

Videre i kapitlet presenteres prinsipper for organisering av pasientforløp, prinsipper for medisinske støttetjenester, prinsipper for administrative og tekniske støttetjenester, modeller for styring av foretaksgruppen og modeller for kostnadsreduksjon.

Kapittel 5 presenterer følgende strategier.

- Styrking av lokalsykehusoppgaver
- Fordeling av tilleggsoppgaver
- Regionale og nasjonale oppgaver
- Forbedring av pasientforløp
- Medisinske støttetjenester
- Administrative og tekniske støttetjenester
- Organisering av foretaksgruppen

Hver strategi drøftes opp mot de seks satsningsområdene. Det foreslås tiltak for hver av strategiene.

SAMMENDRAG	0
1 INNLEDNING	3
1.1 FORANKRING I STRATEGI 2010	3
1.2 PROSJEKTMANDAT.....	3
1.3 OVERORDNET MÅL	4
1.4 ORGANISERING	4
2 BAKGRUNN	5
2.1 FORHOLDET MELLOM ”SØRGE FOR”-ANSVARET OG ”EIE”-ANSVARET	5
2.2 EIERROLLENS GRUNNLAG	5
2.2.1 <i>Hva er styrende for eierrollen?</i>	5
2.2.2 <i>Oppnevning og sammensetning av styrer</i>	6
2.2.3 <i>Styring av foretaksgruppen som gruppe</i>	6
2.3 EIERROLLENS OMFANG	6
3 STRATEGISK MÅLBILDE FOR 2010	7
3.1 FØRINGER FRA HOVEDPROSJEKTET	7
3.2 SYKEHUSENE	7
3.2.1 <i>Lokalsykehusoppgaver</i>	7
3.2.2 <i>Tilleggsoppgaver</i>	8
3.2.3 <i>Universitetssykehusoppgaver og andre regionale oppgaver</i>	8
3.3 PASIENTFORLØP.....	9
3.4 ØKONOMI	12
3.5 MEDARBEIDERTRENDER	12
4 STRATEGISKE MODELLER	14
4.1 LOKALSYKEHUSOPPGAVER.....	14
4.2 OPPGAVER SOM UTFØRES PÅ FLERE, MEN IKKE ALLE SYKEHUS.....	15
4.3 OPPGAVER FAGLIG STYRT FRA ETT ELLER FLERE SYKEHUS.....	16
4.4 OPPGAVER PLASSERT ETT STED I REGIONEN	17
4.5 PRINSIPPER FOR ORGANISERING AV PASIENTFORLØP	18
4.6 PRINSIPPER FOR MEDISINSKE STØTTETJENESTER.....	18
4.7 PRINSIPPER FOR ADMINISTRATIVE OG TEKNISKE STØTTETJENESTER	20
4.8 FORETAKSGRUPPEN	21
4.8.1 <i>Foretaksstruktur</i>	21
4.8.2 <i>Oppnevning av foretaksstyrene</i>	22
4.9 ØKONOMI	23
5 STRATEGIER	25
5.1 STYRKING AV LOKALSYKEHUSOPPGAVER.....	25
5.2 FORDELING AV TILLEGGSOPPGAVER.....	26
5.3 REGIONALE OG NASJONALE OPPGAVER.....	28
5.4 FORBEDRING AV PASIENTFORLØP	29
5.4.1 <i>Effektivisering av pasientforløp</i>	29
5.5 MEDISINSKE STØTTETJENESTER.....	30
5.5.1 <i>Oppgavedeling</i>	30
5.5.2 <i>Organisering og styring</i>	30
5.6 ADMINISTRATIVE OG TEKNISKE STØTTETJENESTER	31
5.7 ORGANISERING AV FORETAKSGRUPPEN	32

1 Innledning

1.1 Forankring i strategi 2010

Eierstrategi 2010 er et delprosjekt under hovedprosjektet "Helse Midt-Norge 2010".

Hovedprosjektet har som hovedoppgave å utforme overordnede strategier for det regionale ansvaret for å gi befolkningen tilgang til spesialhelsetjenester, det såkalte "sørge-for-ansvaret". I tillegg til utforming av "sørge for"-strategien har styringsgruppen for prosjektet vedtatt å utarbeide strategier for tre delområder:

1. Eierstrategier, dvs. regional strategi for samordning, organisering og oppgavefordeling av tjenester som ytes av helseforetakene.
2. Strategi for bruk av private aktører
3. Strategi for samhandling med primærhelsetjenesten.

1.2 Prosjektmandat

Gruppen har fått følgende oppdrag:

Delprosjektets mål er å utforme og foreslå en overordnet eierstrategi for foretaksgruppen frem mot 2010, slik at helseforetaksgruppen i Midt-Norge kan tilby spesialiserte helsetjenester med god kvalitet, god tilgjengelighet og akseptabel kostnad til befolkningen i Midt-Norge. Arbeidet skal bygge på de analysene og avklaringene som legges til grunn i hovedprosjektet, samt på andre vedtatte nasjonale og regionale strategier.

Arbeidet skal legge særlig vekt på de utfordringer som fremgår av hovedprosjektets strategiske satsingsområder, og foreslå strategier og tiltak for hvordan foretaksgruppen både innad og utad kan framstå som en helhetlig behandlingsskjede.

Prosjektgruppen skal foreslå tiltak som kan gjennomføres både på kort og lengre sikt.

Prosjektgruppen skal vurdere alternative strategier for å møte utfordringene, og gi anbefaling om hvilke strategier som bør velges, herunder strategier for fremtidig oppgavedeling, strategier for organisering, samt strategier for lokalsykehusene.

Det er derfor vesentlig å foreslå:

1. *Hvilke oppgaver kan sies å være "basisoppgaver" i et lokalsykehus, og som derfor bør utføres ved alle Helse Midt-Nores sykehus.*
2. *Hvilke oppgaver bør gjøres færre steder*
3. *Hvilke oppgaver bør bare utføres ett sted.*
4. *Identifisere områder med overkapasitet, jamfør bestillerdokumentet fra HOD for 2005*
5. *Hva er den optimale organisering av helseforetaksgruppen (Admin./teknisk støtte/service, medisinsk service, kliniske funksjoner, helseforetakstruktur mv.)*

For øvrig vises til komplett prosjektoppdrag for prosjektet.

1.3 Overordnet mål

Delprosjektets mål er å utforme og foreslå en overordnet eierstrategi for foretaksgruppen frem mot 2010, slik at helseforetaksgruppen i Midt-Norge kan tilby spesialiserte helsetjenester med god kvalitet, god tilgjengelighet og akseptabel kostnad til befolkningen i Midt-Norge.

1.4 Organisering

Prosjektgruppen har følgende sammensetning:

- Asbjørn Hofslie, prosjektleder
- Dag Hårstad, administrerende direktør Rusbehandling Midt-Norge HF
- Astrid Eidsvik, administrerende direktør Helse Sunnmøre HF
- Erik Heggemsnes, administrerende direktør Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Roar Arntzen, administrerende direktør St. Olavs Hospital HF
- Arne Flaata, administrerende direktør Helse Nord-Trøndelag HF
- Daniel Haga, seniorrådgiver Helse Midt-Norge RHF

Sekretærer:

- Ingerid Gunnerød, rådgiver Helse Midt-Norge RHF
- Marte Daae-Qvale Holmemo, rådgiver Helse Midt-Norge RHF
- Arild Vassenden, rådgiver Helse Midt-Norge RHF

2 Bakgrunn

2.1 Forholdet mellom "sørge for"-ansvaret og "eie"-ansvaret

Helse Midt-Norge RHF gir, med hjemmel i sørge for-ansvaret (jfr spesialisthelsetjenesteloven), oppdrag til forskjellige aktører etter en strategisk vurdering av hvordan bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet best kan omsettes. Sørge for-ansvaret er lagt til det regionale foretaket.

Det regionale helseforetaket tildeler oppgaver til:

- helseforetakene,
- private sykehus
- avtalespesialister
- andre regionale helseforetak
- utenlandske tjenesteutøvere

Eieransvaret omfatter å løse oppdragene fra sørge-for, gjennom styring av innsatsfaktorene innenfor helseforetaksgruppen.

2.2 Eierrollens grunnlag

2.2.1 Hva er styrende for eierrollen?

Eierrollen er definert i Helseforetaksloven §2 og §3. Eieransvaret er ikke beskrevet lenger enn til regionalt helseforetak (RHF), og RHF står fritt til å utforme styringsmodellen mellom RHF og helseforetakene.

Staten som øverste eier styrer RHFene gjennom regelmessige foretaksmøter. Eier kan også innkalle til foretaksmøte etter behov. Eier utformer i tillegg årlig et styringsdokument som klargjør hvilke oppgaver og prioriteringer som skal gjelde for det enkelte RHF. Gjennom Statsbudsjettet får RHFene økonomiske rammer.

Nasjonale planer og strategier er styrende for Helse Midt-Norges eierskap. Eksempler på dette er Opptrappingsplan for psykisk helse og Nasjonal IT-strategi. I tillegg til eksternt vedtatte strategier og planer, har styret i Helse Midt-Norge vedtatt strategier og planer som er å oppfatte som styrende for hvordan eierrollen utøves:

- Overordnet strategi for Helse Midt-Norge (2004 -2007)
- Masterdokument
- Samhandling med kommunene
- Kvalitetsstrategi
- Personalpolitikk i Helse Midt-Norge
- Kommunikasjonsstrategi
- Forskningsstrategi

2.2.2 Oppnevning og sammensetning av styrer

Styret i Helse Midt-Norge RHF oppnevnes av Helse- og omsorgsdepartementet. Styrene i Helseforetakene oppnevnes av RHF-styret etter krav i Foretaksloven og vedtekter. Alle helseforetakstyrene i Helse Midt-Norge har pr 2005 en representant fra ledelsen i det regionale helseforetaket i sitt styre. Administrerende direktør i RHF kan etter gjeldende krav fra Helse- og omsorgsdepartementet ikke være medlem i helseforetaksstyrene.

2.2.3 Styring av foretaksgruppen som gruppe

Det regionale helseforetaket kan disponere ressurser i foretaksgruppen på tvers av ledelseslinjene for å realisere sine målsettinger.

Virkemidlene er:

Harmonisering / standardisering, som

- Handlingsprogram psykisk helsevern
- Fysikalskmedisin, rehabilitering og habilitering
- Sykelig overvekt
- Hjertemedisin PCI
- Føde / neonatal
- Med laboratoriemedisin inn i fremtiden
- Prehospitale tjenester
- Smittevern / infeksjoner
- ”Nye St. Olavs Hospital”
- Utdanning av personell
- Forskningsstrategi
- Pasientopplæring , læring / mestring

Oppgavefordeling, som

- Kreftkirurgi i Helse Midt-Norge
- Handlingsprogram for psykisk helsevern

Organisering, som

- Nettverksbygging som personalsjefnettverk, systemeiergrupper osv
- Samorganisering på tvers av foretaksgruppen (for eksempel nye helseforetak, nye avdelinger under RHF)

2.3 Eierrollens omfang

Helse Midt-Norges eieransvar omfatter alle enheter som eies av Helse Midt-Norge RHF. Pr oktober 2005 gjelder det:

- Det regionale helseforetak (RHF's virksomhet) med RHF-avdelinger (Hemit, Helsebygg Midt-Norge) og prosjekter.
- Helseforetakene inkl Rusbehandling Midt-Norge HF og Sykehusapoteket Midt-Norge HF.

3 Strategisk målbilde for 2010

I dette kapittelet vil vi presentere det strategiske målbildet for 2010, med utgangspunkt i de føringer som er lagt av hovedprosjektet. Målbildene er delt inn i følgende områder; oppgaver i sykehusene, pasientforløp, økonomi og medarbeidertrender.

3.1 Føringer fra hovedprosjektet

Valget av strategiske områder er gjort utfra en samlet vurdering av det som til nå er kommet fram i 2010-prosessen:

- Trender og utviklingstrekk slik de er beskrevet i ”bakteppe”-notatene.
- Brukernes forventninger slik de er beskrevet i ”Den framtidige pasientrollen”.
- Analyser av endringer i pasientstrømmer, behov og behovsdekning.
- Tilbakemeldinger gjennom bred involvering fra en rekke grupper gjennom ulike prosesser.

De strategiske områdene er like sentrale for de små som for de store sykehusene, selv om utfordringene vil variere. Et eksempel er målet om trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom. For de mindre lokalsykehusene er utfordringen da å organisere en behandlingsskjede som skaper trygghet selv for tilstander som ikke skal behandles i sykehuset. St. Olavs Hospitals utfordring er motsatt å utvikle kompetanse og forløp på selv de vanligste akuttmedisinske tilstandene.

De valgte strategiske områdene er:

1. Psykisk helsevern og rusbehandling
2. Sammenheng i behandlingstilbudet
3. Kronisk syke og syke eldre
4. Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
5. Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet
6. Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

3.2 Sykehusene

3.2.1 Lokalsykehusoppgaver

Sykehusene i Namsos, Levanger, Trondheim, Orkdal, Kristiansund, Molde, Ålesund og Volda er lokalsykehus og skal inneholde et sett av lokalsykehusoppgaver. Gjennom satsningen på lokalsykehusoppgaver i alle sykehus ønsker Helse Midt-Norge å bidra til å befeste lokalsykehuset som en trygghetsbase for befolkningen.

Satsningen på lokalsykehusoppgaver skal gi tydelige kvalitetsgevinster i forhold til de store og prioriterte pasientgruppene. Dette er grupper der nærhet representerer en viktig kvalitetsdimensjon for tilbudet. Gjennom geografisk nærhet kan sykehusene praktisk utvikle faste samarbeidsstrukturer og samarbeidsprosesser med helse- og sosialtjenester i samme område. Ved å være fastlegens samarbeidspartner for de pasientene som trenger gjentatte spesialisthelsetjenester og fastlegens kompetansepool innenfor sammensatte lidelser, skal sykehuset bidra til helhet i helsetjenestene.

Alle lokalsykehus skal ha tilbud for mottak av all øyeblikkelig hjelp, enten for behandling eller for stabilisering og videre transport.

Sykehusene skal også tilby lavterskel-tilgang til spesialistvurdering for pasienter med plutselig oppståtte problemstillinger, og hvor tidlig spesialistvurdering kan redusere behov for akuttinnleggelse. Lavterskeltilgang skal tilbys poliklinisk eller i ambulante team, dag, ettermiddag og kveld, men ikke natt

Sykehusene skal ha høy kompetanse innenfor de tjenestene sykehuset tilbyr. De prioriterte oppgavene skal omfatte både pasientbehandling, undervisning av helsepersonell, forskning og pasient-/ pårørendeopplæring.

Sykehusenes opptaksområde skal tilsvare dagens sykehusområder med en justering av grenser basert på infrastruktur for kommunikasjon (ikke fylkeskommunegrenser). Pasienter skal kunne velge sykehus etter rett til fritt sykehusvalg.

3.2.2 Tilleggsoppgaver

Mens alle sykehus i regionen skal ha lokalsykehusoppgaver og slik være et lokalsykehus for befolkningen i sitt opptaksområde, kan sykehusene også ha tilleggsoppgaver. Dette er oppgaver som gir tilbud til pasienter utenfor sykehusets basis opptaksområde.

Gjennom en bevisst oppgavedeling mellom sykehusene i regionen skal Helse Midt-Norge oppnå en kvalitetsgevinst og en økonomisk gevinst på tjenester der nærhet ikke er avgjørende for kvalitet på tjenesten.

Volum kan ha positiv innvirkning på kvalitet, selv om det ikke er holdepunkter for at kvalitet øker med antall tilfeller over et minimumantall. Store volum kan også redusere kvalitet (stordriftsulemper) dersom det ikke etableres differensierte pasientforløp. I praksis vil dette si at oppgaver som er kjennetegnet ved en tydelig positiv sammenheng mellom volum og kvalitet skal vurderes i forhold til arbeidsdeling.

Kostnadseffektiviteten i et behandlingsforløp kan økes dersom mange like forløp rendyrkes i spesialiserte produksjonsprosesser. Motsatt kan kostnadseffektiviteten forringes hvis svært ulike pasientgrupper blandes i samme produksjonsprosess. Effektiviteten i ei produksjonslinje er sårbar ved innblanding av ø-hjelp, ustabile tjenesteplaner, ustabile støttetjenester og liknende.

3.2.3 Universitetssykehusoppgaver og andre regionale oppgaver

”Med universitetssykehus menes likeartede, likeverdige og høyt spesialiserte hovedsykehus. Universitetssykehuset er tett integrert med de medisinske fakultetene, samt andre forskningsmiljøer, særlig basalforskning på universitetet.”

Universitetssykehuset skal gi tilbud om:

”(...) hovedtyngden av den høyspesialiserte og mest ressurskrevende pasientbehandlingen.

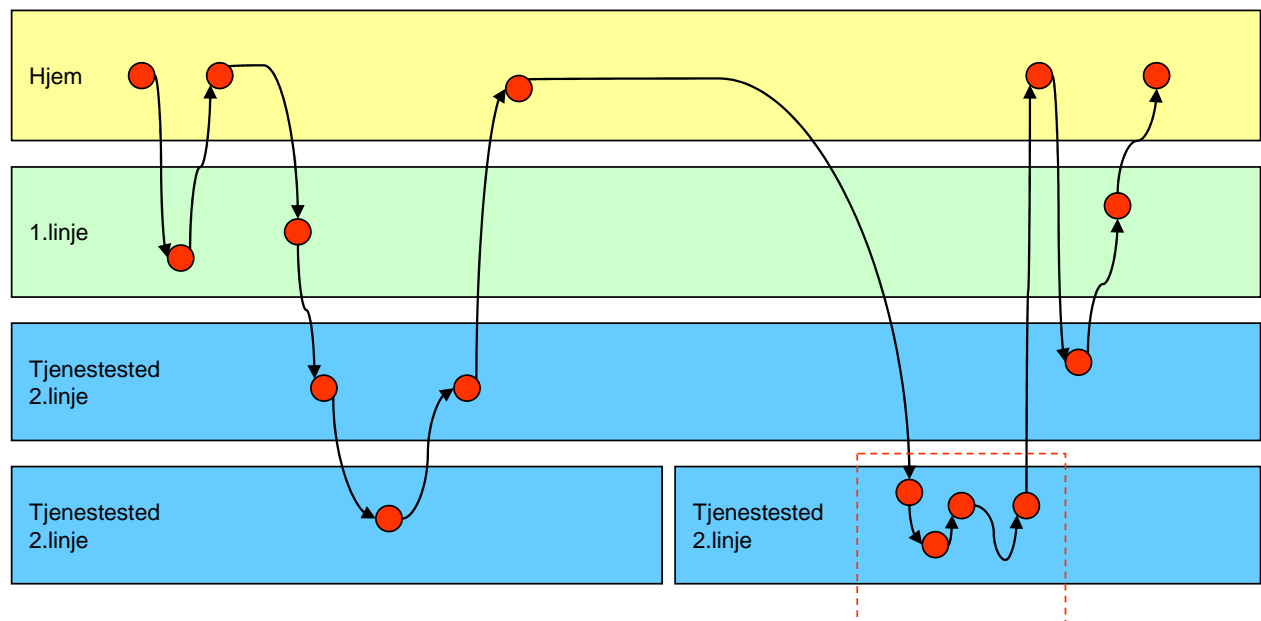
Sykehus med universitetsoppgaver sykehus som gir undervisning i et begrenset antall kliniske fag og har enkelte regionoppgaver. Sykehuset mangler en nær tilknytning til basalforskningsmiljø på universitet.

Sykehus med regionale oppgaver er sykehus som tilbyr tjenester bare ett sted i Helse Midt-Norge. Dette kan være sykehusoppgaver i helseforetak med eller uten universitetsoppgaver.

Helse Midt-Norge skal etablere regionale oppgaver i universitetssykehuset for pasienter med behov for universitetssykehusets spesielle miljøer med klinikk og akademi, spesialisert utstyr, avanserte støttetjenester mm. Regionale oppgaver med særskilt behov for kompetanse på lavvolumproblemstillinger skal også kunne tilbys i andre sykehus med særlig kompetanse på den aktuelle oppgaven. Regionoppgaver basert på spesialiserte produksjonslinjer skal kunne tilbys i alle sykehus.

3.3 Pasientforløp

Pasientforløp kan enkelt beskrives som et forløp, bestående av ulike hendelser; fra den første kontakten til en eventuell behandling er avsluttet.



Illustrasjonen viser pasientens løp gjennom flere tjenestested

Pasientforløpene er en funksjon av

- Tid med aktivitet og tid i påvente av aktivitet
- Bosted og tjenestested, samt forflytning mellom tjenestested og hjem
- Medisinske og ikke-medisinske tiltak og prosedyrer
- Informasjon

De kliniske tiltakene er de aktivitetene som gir pasienten helseverdi. De enkelte tiltakene og sammenstilling av disse skal bygge på pålitelig helsefaglig kunnskap (områdene kvalifisert klinisk vurdering, prioritering, diagnostikk, behandling, pleie, omsorg etc).

Settet av kliniske prosedyrer og ikke-kliniske prosedyrer, tid og forflytning inngår i pasientens totale pasientforløp. Disse skal være tilpasset pasientenes behov og være kostnadseffektive.

Et godt **pasientopplevd** forløp

- Er tilgjengelig (tilgang når en trenger det)
- Er forutsigbart (samsvar med skapt forventning)
- Er koordinert (satt sammen uten unødig forflytning og tid)
- Er sammenhengende (uten brudd i verdikjeden)
- Benytter pasientens kompetanse i behandlingen
- Opplevs som effektivt (uten unødig ventetid og unødige tiltak)
- Er tilpasset spesielle individuelle behov
- Har god, forståelig informasjon om undersøkelser og behandling
- Skaper optimal helseverdi (riktig behandling)

Et godt **klinisk** forløp

- Gir pasienten optimal helseverdi

Gode pasientforløp for sykehus som **produksjonsbedrift**:

- Dekker nødvendig etterspørsel
- Utnytter den samlede ressurs kostnadseffektivt

Gode pasientforløp for undervisning av personell:

- Gir tilgang til nødvendige faglige problemstillinger, med kvalifisert veiledning

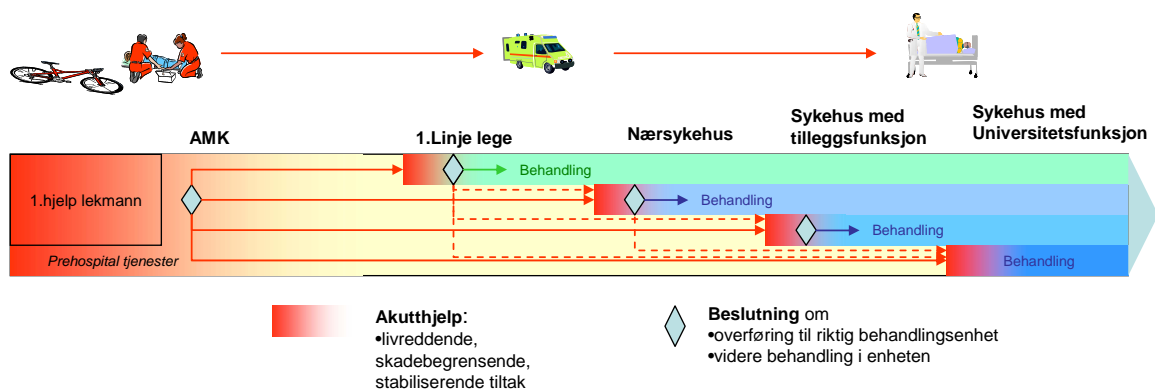
Særlig om pasientforløp for pasienter med behov for akutt hjelp

For pasienter med akutte behov for helsehjelp er tidsfaktoren fra hendelse til kvalifisert helsehjelp viktig for å redde liv, unngå forverring og øke muligheter for å gjenvinne egenmestring.

Pasienter skal tilbys et effektivt forløp fram til riktig behandlingstilbud. Det skal gis supplerende akutt hjelp i alle trinn på vei til riktig behandlingstilbud når den medisinske situasjonen krever det, eller der valg av riktig behandlingssted ikke kan avklares tidlig.

De **prehospitale tjenestene** skal tilby kvalifisert primærdiagnostikk og behandling fra hjelpebehov er meldt (veiledning til pasient og pårørende fra AMK) til ansvaret for pasienten er overført til endelig behandlingssted.

Målet er at medisinsk risiko og ubehag med forlenget transport skal være minimal.



Illustrasjonen viser et pasientforløp med tjenestested og beslutningspunkter.

Særlig om pasientforløp for pasienter med behov for rask avklaring

For noen pasienter, hvor helsesvikt oppstår relativt raskt, men uten at det er sikker øyeblikkelig-hjelpsbehov, vil hurtig avklaring være viktig for å komme inn i riktig forløp og for å redusere unødig innleggelse i et akuttforløp. Lavterskeltilgang skal tilbys poliklinisk eller i ambulante team, dag, ettermiddag og kveld, men ikke natt. Ved lang reiseavstand vil lavterskeltilbud kunne kombineres med opphold i pasienthotell eller observasjonsenheter.

Målet er at pasienter skal tilbys spesialistvurdering tidlig for å avklare videre behov for tjenester

Særlig om pasientforløp for pasienter med behov for elektive tjenester

For enkelte pasienter kan nytten av å få et mer tilpasset tilbud forsvare lengre reisevei. For pasienter med ettervirkning av daginngrep (smerter, kvalme etc) er tid og avstand etter inngrepet av betydning. For pasienter med innleggelse i døgnpost eller hotell er ikke dette et forløpsproblem.

Målet er at pasientforløpene skal være tilpasset pasienter med lang reiseavstand.

Særlig om pasientforløp for pasienter med behov for langvarige og eller sammensatte tjenester

For pasienter med langvarig lidelser, pasienter med hyppige kontaktbehov og pasienter med behov for sammensatte tjenester er det viktig at forløpet henger sammen og at det er koordinert. De kliniske tilbudene skal faglig sett henge sammen og forløpet skal koordineres slik at belastningen for pasienten reduseres og hensynet til en effektiv ressursbruk ivaretas.

For pasienter med behov for samtidige tjenester i kommune og 2.linje vil geografisk nærhet være viktig for sammenheng i tilbudet. For pasienter med langvarige opphold er geografisk nærhet i tillegg viktig for å kunne holde kontakt med pårørende.

Pasientforløpet til disse gruppene kan også inkludere behov for akutt hjelp eller spesielle elektive tjenester som gis andre steder.

Målet er at pasienter med sammensatte og langvarige lidelser skal motta tjenester som er koordinert og sammenhengende

3.4 Økonomi

Økonomi setter begrensninger for hvor stor aktivitet helseforetakene kan ha. For å få mest mulig helse ut av de midlene som er til disposisjon er det derfor viktig å arbeide for en mest mulig ressurseffektiv styring av tilbudet. Helse Midt-Norge har derfor som målsetning å være i økonomisk balanse fra 2006, og ha økonomisk overskudd fra 2007. Det er foretaksgruppen under ett som skal være i balanse fra 2006 og gå med overskudd fra 2007.

Eierstrategien viser foretaksgruppen sine mål og planer for eierorganisasjonen frem mot 2010, og har dermed en særlig oppgave i å vise hvordan Helse Midt-Norge skal nå sine økonomiske målsetninger.

En underliggende problemstilling er at det er et økende gap mellom faktiske og ønskede økonomiske rammer for foretaksgruppen. Den nye pasientrollen innebærer tilpasning til en mer rettighetsbevisst og krevende pasient, samt en pasient som er godt orientert om stadig nye og kostbare behandlingstilbud. Etterspørsel etter tjenestene vil påvirkes av den generelle medisinske utviklingen. Videre er Helse Midt-Norge i ferd med å gjennomføre og har under planlegging flere store investeringer i sykehus. Disse investeringene fører med seg store kapitalkostnader i mange år framover. Økningen i kapitalkostnader legger beslag på deler av driftsbudsjettet, og må føre med seg en reduksjon i driftskostnader i øvrige deler av driften.

Gjennom forslaget til "sørge-for"-strategi, har Helse Midt-Norge pekt ut seks strategiske satsningsområder. En realisering av disse strategiene vil isolert sett medføre økte kostnader.

I en situasjon der vi ikke kan forvente betydelig økning i helsebudsjettene, innebærer dette et behov for å kutte i totalbudsjettet samtidig som det må skapes rom for omprioritering av betydelige midler. Gjennom eierstrategien må foretaksgruppen dermed vise tydelig både hvor det skal satses og hvor det skal spares.

Fra 2001 til 2005 hadde Helse Midt-Norge som et av sine mest prioriterte mål å redusere ventelister. Dette førte til økt produksjon og oppbygging av produksjonskapasitet på alle sykehus. Når ventelistene nå er redusert, er det viktig at denne ekstra kapasiteten benyttes på prioriterte områder, eventuelt at kapasiteten reduseres i forhold til endringen i etterspørsel.

3.5 Medarbeidertrender

Spesialisthelsetjenesten er en kompetanseintensiv virksomhet. Anskaffelse og vedlikehold av kompetansen er avgjørende for at Helse Midt-Norge skal nå sine strategiske mål. Personalkostnader er den største kostnadsposten for foretaksgruppen og utgjør om lag 70%. Dette innebærer at styring av personalressursene er vårt viktigste redskap for å nå målene om økonomisk balanse.

Helse Midt-Norge skal være en attraktiv arbeidsgiver slik at vi er konkurransedyktige i forhold til rekruttering, også når kravene til arbeidsforholdene endres. "Den nye medarbeideren" er ikke en ensartet gruppe. Vi ser følgende utviklingstrekk vi må møte:

- Medarbeidere stiller større krav til fleksibilitet i forhold til arbeidstid, samtidig etterspørres oversiktlige vaktordninger.
- Grupper av medarbeidere ønsker mindre arbeid kveldstid, natt og helg/helligdager.

- Arbeidsinnsatsen motiveres av ulike faktorer avhengig av livsfaser og personlige preferanser.
- Sammensetningen av legegruppen er under endring, og det blir flere kvinner og synkende gjennomsnittsalder. Både menn og kvinner stiller krav til større fleksibilitet i forhold til fritid og familieliv enn tidligere.
- Medarbeidere i alle deler av organisasjonen er mer spesialiserte, samtidig er det flere som skifter arbeidsoppgaver og utvikler ny kompetanse.
- Medarbeidere er mindre lojale overfor arbeidssted og arbeidsgiver enn overfor egne karriereløp og interesser.

4 Strategiske modeller

I dette kapittelet presenterer vi prinsipielle modeller for organisering for å nå det strategiske målbildet og underbygge de strategiske satsningsområdene.

4.1 Lokalsykehusoppgaver

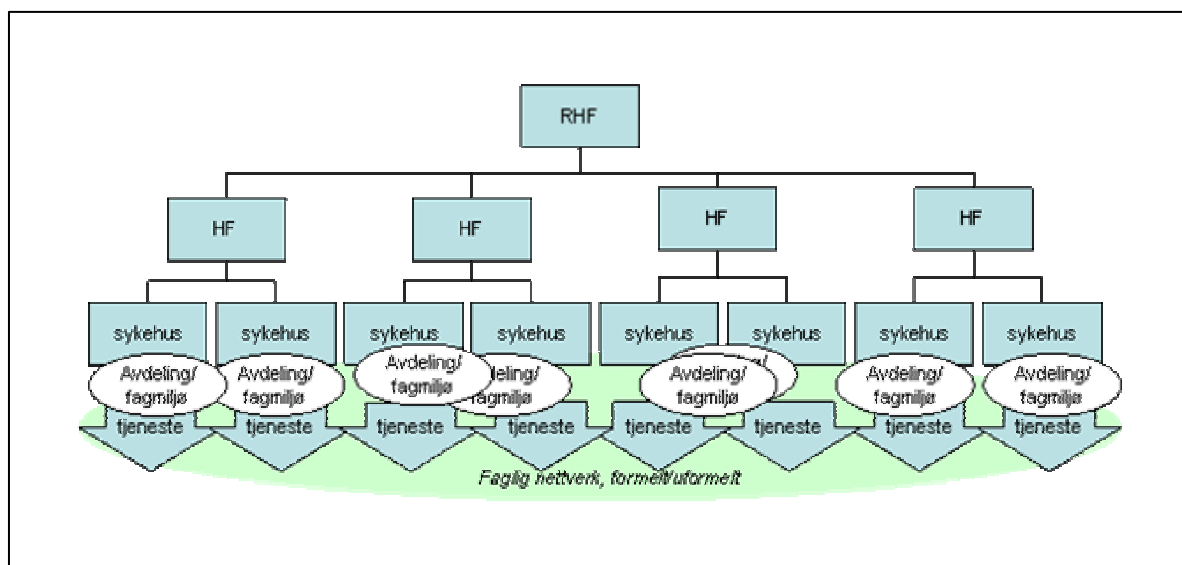
Modellen søker å tilby pasienten en faglig god tjeneste ved at fagområder tilbys og utvikles lokalt.

Lokalsykehusoppgaver skal finnes i alle sykehus i regionen.

Lokalsykehusoppgavene organiseres og styres ut fra den modellen som gir det mest hensiktsmessige tilbudet sett fra hvert helseforetak:

- Som del av en større avdeling gjennomgående i hele foretaket.
- Som egen avdeling ved sykehus.

Selv om lokalsykehusoppgavene styres og tilbys lokalt, vil det være betydelige fordeler å benytte regionale, formelle og uformelle faglige nettverk for å opprettholde og utvikle profesjonell og organisatorisk kvalitet på tjenestene som skal tilbys ved alle sykehusene.



Styrker:

- Befolkningen har tilgang på tjenester i geografisk nærhet.
- Lokalt baserte samhandlingsnettverk, nærhet til kommunehelsetjenesten og fastleger.
- Styrker lokalsamfunn gjennom arbeidsplasser i sykehus.

Utfordringer:

- Å få til optimal utnyttelse av kompetanse, eiendom og utstyr.
- Hindre overbelastning på ansatte der disse har mange funksjoner (breddespesialisering) eller tung vaktberedskap.

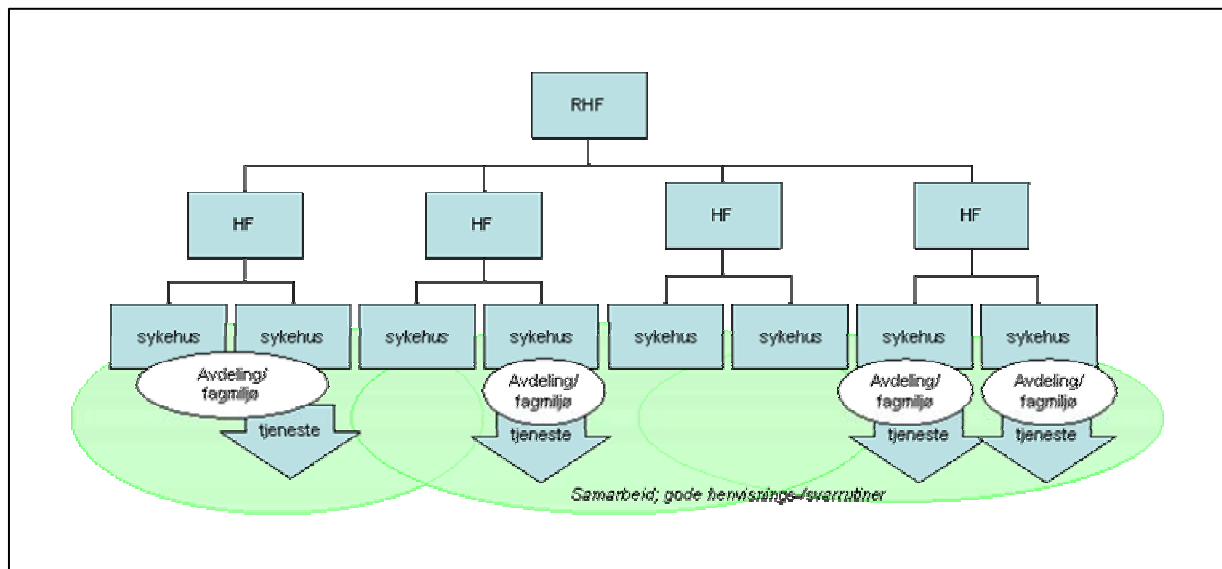
- Rekruttering innenfor flere fagfelt der kompetansetilgangen er knapp. Arbeidsplassene må gjøres attraktive på strategiske områder. Samtidig må dette skje innenfor begrensede økonomiske rammer og uten at dette forringer fokus på tjenestetilbudet som helhet.
- Vedlikehold av nødvendig kompetanse for å ivareta kvalitetsutvikling når fagmiljøene er flere og mindre. Dette kan imøtekommes ved tverrgående løsninger på foretaksnivå, regionale/nasjonale og faglige nettverk.
- Å ha tilstrekkelig økonomi til å opprettholde tilbud på alle steder.

4.2 Oppgaver som utføres på flere, men ikke alle sykehus

Modellen søker å tilby pasienten et faglig godt tilbud på områder der pasientvolumet er lavt ved at pasienten reiser til det sted i regionen der tjenesten gis.

På områder der pasientvolumet er for lavt til å oppnå tilstrekkelig kvalitet, og der tilbudet ikke inngår i de viktigste strategiske satsningsområdene, legges tjenesten på noen men ikke alle sykehus i regionen.

Modellen krever at man utvikler felles rutiner for samarbeid, henvisning og svar i hele regionen. Faglig, regionalt samarbeid vil kunne bidra til å opprettholde, utvikle og standardisere kvalitetskrav.



Styrker:

- Opprettholder nok volum til å sikre god kvalitet på tjenesten.
- Bedre samling og ressursutnyttelse av kompetanse eller utstyr.
- Større fagmiljøer som er fordelaktig i rekruttering av viktig kompetanse.

Utfordringer:

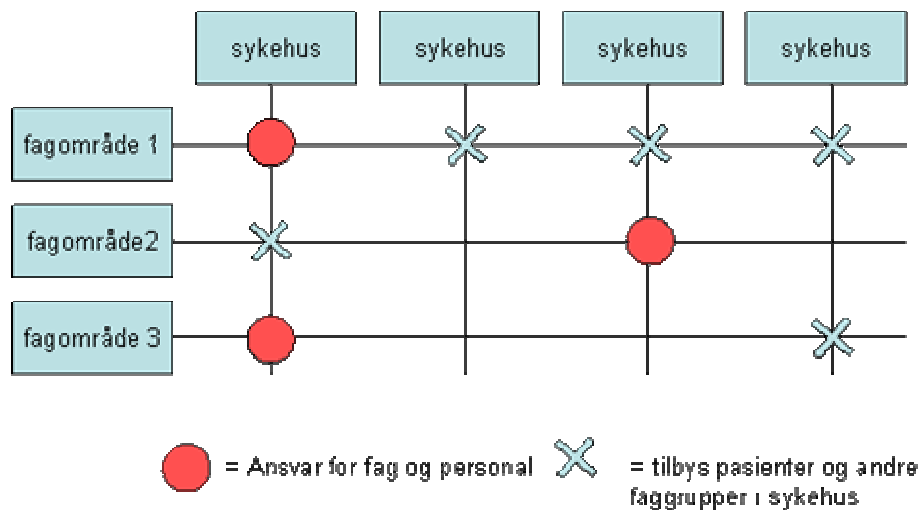
- Å etablere gode samarbeids og henvisnings-/svarrutiner med andre sykehus og primærhelsetjenesten slik at tjenesten er reelt tilgjengelig for personer i et større opptaksområde.

- Sikre at pasienten opplever en god og effektiv behandlingkjede, også der dette innebærer reising for pasienten eller samarbeid med andre fagområder/andre sykehus enn det aktuelle som tilbyr tjenesten.
- Den samfunnsøkonomiske og personlige belastningen kan øke ved at pasienter og pårørende må reise lengre i forbindelse med oppholdet.

4.3 Oppgaver faglig styrt fra ett eller flere sykehus

Modellen søker å tilby pasienten en faglig god tjeneste på områder der pasientvolumet er lavt, men der geografisk nærhet til tilbudet er avgjørende for å oppnå kvaliteten.

For enkelte tilleggsoppgaver kan det være hensiktsmessig å organisere oppgavene etter en tjeneste-/linjematrisemodell.



Oppgaven organiseres i ett (ev. flere, men et fåtall) sykehus og dette sykehuset har faglig ansvar for tjenesten i de sykehusene som skal gi dette tilbudet. Pasienten gis behandlingstilbud i desentralisert avdeling, poliklinisk avdeling, satellittavdeling, DPS, teleteknologiske tjenester, ambulerende tjeneste. Den sentrale avdelingen har ansvar for forskning innen fagfeltet, samt opplærings- og utviklingstiltak. Der tjenesten er desentralisert, benyttes ulike rotasjonsordninger og spesialiseringsforløp slik at man sikrer at tjenesten har høy kvalitet. I de tilfeller der undersøkelse eller behandling av pasienten krever ytterligere utstyr eller kompetanse som kun finnes sentralisert, blir pasienten henvist på en kvalifisert måte og ivaretatt innenfor samme kompetansemiljø.

Et eksempel hvor dette fungerer i dag er kreftavdelingen ved Ålesund sjukehus. Denne avdelinga er faglig styrt fra St. Olavs Hospital, men det økonomiske og administrative ansvaret er lagt til Helse Sunnmøre.

Styrker:

- Organiseringen bidrar til en tjeneste med høy faglig kvalitet i geografisk nærområde, og integrert med lokalsykehusoppgaver der dette er nødvendig i behandlingsforløpet. Dette bidrar til at pasientforløpet blir mer helhetlig i de periodene eller tilfellene der pasienten trenger undersøkelser eller behandling på et annet sykehus i regionen.

- Organiseringen bidrar til mer samlede og dermed større kompetansemiljø. Dette bedrer dokumentasjon og utvikling av den helsefaglige kvaliteten.
- Organiseringen er fleksibel ved at tilbudet i et geografisk område til enhver tid kan tilpasses behovet i området. Dette gir en kompetanseeffektiv organisering.

Utfordringer:

- Matriseorganisering har vist seg å være svært krevende ledelsesmessig, **og** spesielt der organisering skjer på tvers av foretaksgrenser. Suksess ved slik organisering er ofte personavhengig. Det kreves ryddighet i forhold til avtaler mellom den faglig sentraliserte ledelsen og ledelse på sykehuset tjenesten skal tilbys. Utfordringene øker jo mer integrert den desentraliserte tjenesten er med den øvrige virksomheten på sykehuset.
- Sørge for at sentral avdeling reelt sørger for at de desentraliserte tilbudene holder like høy kvalitet som på sykehuset der sentral avdeling er tilknyttet. Det bør lages gode systemer og bygges gode kulturer for å få til dette.
- I de tilfeller der tjenesten organiseres på tvers av helseforetakene oppstår utfordringer knyttet til økonomiske oppgjørsordninger. Systemer og avtaler må utvikles i hvert enkelt tilfelle matriseorganisering tas i bruk.

4.4 Oppgaver plassert ett sted i regionen

Modellen søker å tilby pasienten en faglig god tjeneste på områder med lavt volum og som krever kompetanse eller resurser vi har lite av ved at pasienten må reise dit tilbudet gis.

For oppgaver der det kreves særskilt kompetanse, kostbar teknologi eller at tjenestene er sammensatte, vil det være hensiktsmessig å tilby oppgaven kun ett sted i regionen. Det er naturlig at flere av disse tilbudene legges til universitetssykehuset på grunn av behov for tett samarbeid med NTNU og forskningsmiljøene.

I noen tilfeller kan det være mer gunstig (for eksempel der utstyr eller areal er kostbart) å legge tjenestene og fagmiljøene til mindre sykehus. Dette vil også kunne gi gunstige effekter på rekruttering og styrking av andre oppgaver og tilbud ved det aktuelle sykehuset.

Enkelte behandlingsforløp kan legges til ett sted i regionen for å rendyrke en effektiv produksjonslinje.

For at en oppgave skal kunne samles ett sted i regionen er det en forutsetning med stabilitet og langsiktig tilgang til kompetanse.

Styrker:

- Pasienten får tilgang til spisset kompetanse når dette er riktig.
- Små fagmiljø samlet på ett sted bidrar til kontinuitet i rekruttering og kompetanseutvikling.
- Kostnadseffektivt ved at man i mindre grad lar utstyr og kompetanse stå ubrukt.

Utfordringer:

- For å opprettholde et godt pasientforløp stilles det store krav om samhandling mellom aktørene i behandlingsskjeden. Samtidig må man også samhandle tett med akademiske miljøer for å utvikle den faglige kvaliteten i tjenesten. Teknologitunge tjenester har et særlig ansvar for å ivareta enkeltindividets behov i behandlingen.
- For å nå Helse Midt-Norges målsetning om mer koordinerte og sammenhengende pasientforløp, er det vesentlig at universitetssykehuset har systemrelasjoner til alle samarbeidsparter i regionen, også henvisere utenfor helseforetakene.
- overgangene i behandlingsforløp må nødvendigvis gi komplekse økonomiske oppgjørsordninger.
- Den samfunnsøkonomiske og personlige belastningen kan øke ved at pasienter og pårørende må reise lengre i forbindelse med oppholdet.

4.5 Prinsipper for organisering av pasientforløp

Organiseringen av pasientforløp må ta utgangspunkt i kunnskapsbasert beste praksis. Pasientforløp skal beskrives fra førstelinjetjenesten tilbake til førstelinjetjenesten. Det skal defineres ett hovedløp med faglig forankrede tiltak. Det skal videre beskrives alternative forløp med kriterier for beslutning. Forløpene skal beskrives av en tverrfaglig og tverretattlig sammensatt ressursgruppe. Faglige krav til kompatibilitet skal være beskrevet, likeledes krav til vekslingsprosessene. For hovedprosessene skal det defineres et faglig prosesseierskap

Med utgangspunkt i den faglige forløpsbeskrivelsen skal forløpet utvikles med tanke på pasientdeltakelse, informasjon, service og kostnadseffektivitet. Alle forløp skal kunne monitoreres. For noen forløp skal det etableres medisinske kvalitetsregistre. For andre kan det være indikatorsett som gjør det mulig å evaluere forløp.

..

4.6 Prinsipper for medisinske støttetjenester

Organiseringen av medisinske støttetjenester må ta utgangspunkt i hvordan de kliniske prosessene skal få den støtten de har behov for. I tillegg må organiseringen være ressurseffektiv i den betydning at det innenfor samme ressursramme ikke er mulig å øke produksjonen ved å endre måten man arbeider på.

Digitalisering og teleteknologi har gjort det mulig å tilby enkelte tjenester uten at tilbyder er på samme sted som mottaker, eksempelvis bildetolkning i radiologi. På enkelte områder kan tjenester dermed utøves fra ett sted i regionen og samtidig dekke alle sykehus, hele eller deler av døgnet.

Teknologiske endringer både i kjerneoppgaver og i støttetjenester påvirker optimal organisering, og endringer i teknologi og organisering må sees i sammenheng med hverandre.

Den helsefaglige utviklingen går i retning av større standardisering av metoder og prosedyrer. For støttetjenestene innebærer det mindre lokalt tilpassede løsninger og større mulighet til strømlinjeforming av prosessene. Dette underbygger Helse Midt-Norges målsetning om mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Og motsatt: Dersom ikke støttetjenestene

tilpasser seg denne utviklingen kan støttetjenestene bremse utviklingen i retning av felles standardisering og fagutvikling.

Det er to hovedmodeller for hvordan de medisinske støttetjenestene kan organiseres:

- Støttetjenester organisert i hvert helseforetak, der de inngår som egne avdelinger i hvert enkelt sykehus, evt. på tvers av sykehus innenfor ett og samme helseforetak.
- Tversgående modell der støttetjenestene organiseres i egne enheter på tvers av foretaksgrensene (divisjonisering). Disse enhetene kan være fysisk lokalisert på de ulike sykehusene der støttetjenesten skal tilbys.

En tilsvarende oppdeling gjelder også internt i hvert helseforetak eller sykehus, dvs. om tjenesten skal være sentralt organisert i egen avdeling/klinikk, eller distribuert på hver avdeling (sentermodell). Dette inngår i helseforetakenes egne strategier og diskuteres ikke videre her.

De to modellene har hver sine styrker og svakheter. Disse er summert opp i forhold til en del strategiske viktige områder i tabellen under.

	I hvert sykehus/helseforetak	Felles regional enhet (kan ha flere lokalisasjoner)
styrker	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenesten (og dermed de ansatte) inngår tydelig i en klinisk prosess • Støttetjenesten er nært knyttet til kjerneprosessen fysisk og organisatorisk. • Enkle grensesnitt mellom støttefunksjon og kliniske oppgaver (for eksempel ikke systemer for internfakturering med mer) 	<ul style="list-style-type: none"> • Større miljø innenfor aktuelle spesialiteter • Regionalt fokus muliggjør bedre utnyttelse av ressurser som kompetanse, utstyr osv • Større muligheter til strategisk ledelse og konkurransedyktighet opp mot private aktører • Muligheter for fleksible arbeidstidsløsninger for den enkelte ansatte gjennom flere medarbeidere å fordele vakter på.
utfordringer	<ul style="list-style-type: none"> • Å klare å opprettholde tilbud som er kostnadseffektiv nok til å konkurrere med private aktører. • Rekruttering av kompetanse der det er mangel på spesialister 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppnå felles og effektiv kultur på tvers av geografiske skiller • Nærhet og fleksibilitet til bestiller/kunde • Finne god modell for å underbygge økonomiske konsekvenser for regional enhet.

4.7 Prinsipper for administrative og tekniske støttetjenester

Administrative og tekniske støttetjenester er tjenester som skal støtte linjeorganisasjonen i utøvelsen av kjernevirksomheten.

Til tross for flere effektiviseringstiltak som investering av nye systemer for bedre arbeidsflyt og omorganiseringer i flere av helseforetakene, har Helse Midt-Norge totalt økning i antall stillinger innenfor merkantile og administrative oppgaver de siste årene. De administrative og tekniske støttetjenestene er i dag i stor grad organisert innenfor hvert helseforetak.

Mellom de ulike helseforetakene er det variasjoner i hvordan disse er organisert:

- Støttetjenester ansatt på avdelingsnivå
- Støttetjenester i en sentral enhet i helseforetaket
- Støttetjenester automatisert og (i noen grad) utført av kjernepersonell

For å finne optimal organisering av ikke-medisinske støttetjenester kreves det en gjennomgang av tjenestene. En slik vurdering kan gjøres gjennom et beslutningstre vist i figuren under. Utgangspunktet er å skille mellom hvilke type støttetjenester som er strategisk viktige å eie for hovedvirksomheten i Helse Midt-Norge og hvilke som er rene støttetjenester.

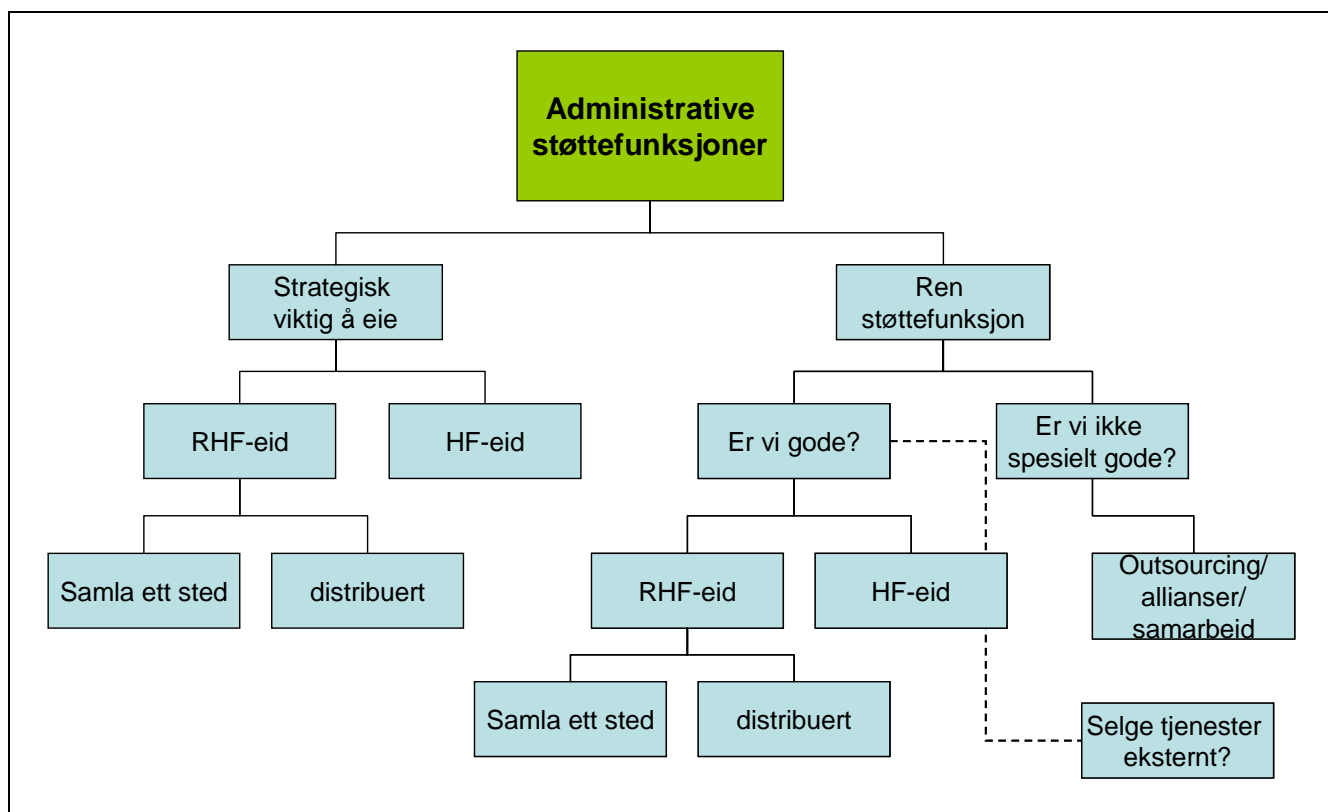
For de støttetjenestene som kan klassifiseres som rene støttetjenester uten strategisk betydning, må framtidig organisering i stor grad vurderes ut fra kostnadseffektivitet. Det innebærer en vurdering av om tjenesten kan kjøpes bedre og billigere utenfor foretaksgruppa enn vi klarer å produsere den selv:

- Dersom det viser seg at vi ikke er spesielt dyktige på levering av en støttefunksjon må alternative måter å skaffe tjenesten på vurderes. Det kan innebære at tjenesten kjøpes fra eksterne, eller at vi inngår en form for samarbeid/allianse for å skaffe til veie bedre eller billigere tjenester.
- Dersom det viser seg at vi er spesielt dyktige på levering av en støttefunksjon, må det tilsvarende vurderes om vi kan styrke tilbudet ytterligere ved at vi også selger tjenesten utenfor Helse Midt-Norge.

For de støttetjenestene som framstår som strategisk viktig å eie innenfor foretaksgruppa blir det viktig å se på hvilket nivå i foretaksgruppa tjenesten bør organiseres – altså om tjenesten skal eies av hvert helseforetak eller i en felles organisasjon på regionalt nivå.

Uavhengig av eierskapet kan tjenesten lokaliseres ett sted i regionen, ett sted i hvert helseforetak, eller på alle sykehus.

Dagens inndeling av støttetjenester skiller i liten grad mellom strategiske støttetjenester og rene støttetjenester. Eksempler på det er økonomifunksjonen som i de fleste helseforetak både inneholder rene støttetjenester som lønn og strategiske funksjoner som controller- og analysevirksomhet.



4.8 Foretaksgruppen

4.8.1 Foretaksstruktur

Helse Midt-Norge er i dag inndelt i seks helseforetak, der to er organisert ut fra et funksjonsperspektiv (tversgående organisering), mens de øvrige er organisert ut fra geografi. Helse Midt-Norge skal vurdere strukturell organisering som virkemiddel når dette kan gi betydelige gevinster for styring av virksomheten.

En mulighet er å øke antallet foretak som er organisert ut fra et funksjonsperspektivet. Dette kan være kjernevirksomhet, medisinske og ikke-medisinske støttetjenester. Av kjernevirksomhet er det pr 2005 kun rusbehandling som er tversgående organisert. For medisinske støttetjenester er det kun apotekvirksomhet som er organisert på tvers. HEMIT er et eksempel på tversgående organisering uten at det er opprettet eget foretak for virksomheten.

Tversgående organisering innebærer en utflating av den regionale styringsmodellen som er valgt i Helse Midt-Norge, og utfordrer den geografiske forankringen av Helse Midt-Norges tjenester.

Fordeler med tversgående organisering:

- Større oppmerksomhet på og synliggjøring av utviklingen av faget/oppgaven

- Samling av kompetanse
- Ressursutnyttelse og styring
- Muliggjør organisering spesielt tilpasset oppgaven (eks. sykehusapotekene)

Utfordringer:

- Beskrive pasientforløp slik at det ikke oppleves som mindre helhetlig.
- Samhandling mellom fagområdene.
- Krever ryddighet i forhold til avtaler mellom foretak. Utfordringene øker jo mer integrert tjenesten er med tilbud fra andre helseforetaker.
- Kan skape eller forsterke oppfatning av særomsorg for enkeltgrupper.
- Ta del i samordningsgevinstene på støttetjenester.

4.8.2 Oppnevning av foretaksstyrene

Gjennom Helseforetaksloven reguleres RHFenes mulighetsrom i forhold til formell styring av sine helseforetak.

Det er to hovedalternativer i forhold til hvordan styret i et helseforetak kan oppnevnes. Enten kan oppnevningen skje med utgangspunkt i prinsippet om gjennomgående styrerepresentasjon, eller man kan velge en modell for oppnevning der de som utpekes som styremedlemmer ikke har noen formelle roller i foretaksgruppen for øvrig.

Alternativet med gjennomgående styrerepresentasjon innebærer at enten styremedlemmer i RHF eller direktører i RHF er styremedlemmer i helseforetaket. Det fins ulike grader av gjennomgående styring; RHF, enten representert ved styremedlemmer eller direktører, kan ha alt fra en styreplass til flertall og/eller styrelederposisjon i helseforetakene.

De ulike måtene å oppnevne styret i helseforetakene på, gjenspeiler ulik rolleforståelse mellom RHF og helseforetakene. Hovedskillet går her mellom en forståelse av foretaksorganiseringen som en konsernmodell, eller som en bestiller – leverandør-modell. Altså vil en foretaksgruppe som vektlegger samordning og synergier mellom helseforetakene være best tjent med helseforetakstyret med sterk gjennomgående styring. Motsatt vil en foretaksgruppe som vektlegger et tydelig skille mellom RHF som bestiller (sørge-for) og helseforetakene som frittstående, lite koordinerte leverandører med store frihetsgrader, velge en modell med lite gjennomgående styring.

Tilsvarende vil valget mellom de to alternativene for styreoppnevning også ha betydning for rollen til adm.dir i RHFet. Helsereformen bygger på at adm.dir i RHF skal ha en dobbeltrolle som både sørge-for-direktør og eier-direktør. Jo mindre grad av gjennomgående styring en foretaksgruppe velger, jo mindre direkte makt har adm.dir over helseforetakene og eierorganisasjonen. Konsekvensen er at adm.dir i et system med lite gjennomgående styring blir en tydeligere sørge-for-direktør på bekostning av rollen som eier-direktør.

Alle RHF har noen grad av gjennomgående styring av sine helseforetak. Helse Sør har hatt en modell med sterk gjennomgående styring: Der har posisjonen som styreleder i helseforetakene vært besatt av direktører i RHFet. Helse Midt-Norge har valgt en modell i andre enden av skalaen: Her har RHF representert ved en direktør hatt en styreplass i helseforetakene, mens posisjonen som styreleder har vært besatt av en person uten andre formelle roller i foretaksgruppen for øvrig.

4.9 Økonomi

Helse Midt-Norge skal ha en sunn økonomi og være i budsjettbalanse fra 2006. For å kunne møte økonomiske konsekvenser av de strategiske satsningsområdene må vi redusere kostnader på flere områder. Følgende modeller må vurderes:

- Avvikle oppgaver som ikke inngår i bestillingsdokumentene
- Gjennom samarbeid med kommunene, redusere oppgaver som tilhører og løses bedre i primærhelsetjenesten
- Etablere ulike behandlingsnivåer tilpasset ulike behov
- Redusere unødvendige gjentakelser i behandlingsforløpet
- Effektivisere pasientforløp og tilhørende støtteprosesser
- Redusere behandling som ikke har dokumentert effekt
- Avvikle behandling som dokumentert ikke har effekt
- Avvikle gammel teknologi og metoder som er erstattet med ny
- Omgjøre passiv beredskap til aktiv behandling
- Strukturelle tiltak
 - Redusere overkapasitet knyttet til utstyr, areal og kompetanse
 - Redusere slakk i produksjonslinjen
 - Utnytte tilgjengelig teknologi optimalt
- Utnytte muligheter for økonomiske gevinster knyttet til oppgavedeling.

Det er ingen automatikk i at oppgavedeling av en tjeneste gir reduserte kostnader. Matrisen under viser sammenhengen mellom en tjenestes volum og ressursintensitet, og hvor egnet tjenesten er å samle på færre steder.

	Lavt volum	Høyt volum
Lite ressurskrevende	Noen steder i regionen eller ett sted per helseforetak	Alle steder for å ivareta prinsippet om geografisk nærhet. Eller: Ett sted for å utnytte muligheter for effektive produksjonslinjer.
Svært ressurskrevende	Ett sted i regionen eller ett/få steder i landet	Noen steder i regionen eller ett sted per helseforetak.

En økonomisk modell for vurdering av oppgavedeling

Utgangspunktet er at det foreligger klare alternativer for hvor mange og hvilke steder en tjeneste skal utføres. Videre antar vi at forhold knyttet til kvalitet på tjenesten er avklart og

tilfredsstillende i alle alternativer. Valget mellom alternativene skal dermed kun skje ut fra økonomiske vurderinger.

Vurdering av oppgavedeling må skje i et regionalt perspektiv. Det innebærer at vi kun vurderer forskjeller mellom alternativene. Så lenge antall leger tilknyttet utføring av et behandlingstilbud er det samme i alle alternativer, altså at legekostnad pr pasient er konstant, påvirkes ikke kostnadene knyttet til legeårverk valget mellom alternativene. Tilsvarende gjelder alle kostnader som er konstante pr pasient. Dette er kostnader knyttet til en rekke støttetjenester.

Innenfor dagens inntektsmodell påvirkes inntektene knyttet til en behandling av hvordan behandlingsforløpet utformes, og ikke-optimale behandlingsforløp kan gi høyere inntekt enn mer optimale behandlingsforløp. Helse Midt-Norge skal ikke utforme behandlingsforløp utfra inntektshensyn. Så lenge etterspørselen etter en tjeneste er konstant på regionnivå, påvirkes derfor ikke inntektene på regionnivå mellom de ulike alternativene.

Ut fra disse forutsetningene får vi følgende modell for økonomisk sammenligning av alternativer:

Endring i kapitalkostnad	Hvilke nye investeringer må foretas i de ulike alternativene?
Endring i personalkostnad	Hvor mye endres personalkostnadene ved å velge ett alternativ framfor et annet?
Endring i transportkostnader	Hvor mye endres transportkostnadene ved å velge ett alternativ framfor et annet?

Ang. personalkostnader: En stor andel av personalkostnadene vil være konstante pr pasient uavhengig av hvor mange steder et tilbud utføres. Dersom en samling medfører mer effektive produksjonslinjer, vil imidlertid en del personalkostnader pr pasient reduseres. Årsaken til dette er i hovedsak bedre utnyttelse av kapasiteten til kostbar kjernekompetanse. Dessuten vil rendyrkede produksjonslinjer føre til mindre stryk og mindre slakk underveis i prosessen.

Ang. transportkostnader: Oppgavedeling og samling av tjenester på færre steder øker transportkostnadene. Jo færre sykehus tjenesten fordeles på jo mer øker transportkostnadene. Jo lenger unna befolkningstygndepunktet i regionen, jo mer øker transportkostnadene. Som eksempel: Dersom det opprettes et elektivt tilbud for hele regionen og dette er plassert i Volda, vil gjennomsnittlig merkostnad pr pasient til transport bli 2500 kroner sammenlignet med plassering på St. Olavs Hospital. Eksempelet inkluderer overnatting før og etter konsultasjon og drosjetransport begge veier.

5 Strategier

5.1 Styrking av lokalsykehusoppgaver

Alle sykehus i regionen skal ha lokalsykehusoppgaver og disse sykehusene skal tilby følgende tjenester.

- Døgnåpent mottak av alle pasienter som blir akutthenvist til sykehuset (traumer, uavklarte tilstander). Tjenesten skal tilby kvalifisert vurdering, livreddende akutthjelp, stabilisering og videre henvisning og transport til nærmeste tjenestetilbyder (samme sykehus eller nærmeste sykehus med aktuelt behandlingstilbud).
- Lavterskel-beredskap for pasienter med symptomer hvor rask avklaring vil sikre riktig behandling uten at pasienten må legges inn i et akutt-forløp. Tilbudet kan ytes i poliklinikk med utvidet åpningstid, mobile team, observasjonsposter ol.. Dette gjelder også lavterskel akutt-hjelp for pasienter med psykiske lidelser (DPS).
- Indremedisinsk øyeblikkelig-hjelp for ruspasienter. Tjenesten skal tilby avrusning ved forgiftning, overdoser og delirtilstander.
- 24-timer beredskap for indremedisinske tilstander.
- Elektiv indremedisin (for eksempel poliklinikk) tilpasset behovene til store og prioriterte pasientgrupper. Tjenesten skal tilby diagnostikk, behandling, forebygging av nedsatt funksjon av sykdom i risikogrupper, forebygging av gjentatte sykehusinnleggelses, lærings- og mestringstilbud til pasienter og pårørende.
- Oppfølging av kreftpasienter. Tjenesten skal gi palliativt tilbud i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten.
- Tilbud til voksne pasienter med allmennpsykiatriske lidelser og pasienter med langvarige lidelser som har behov for løpende oppfølging
- Poliklinisk tilbud til barn og unge med psykiske problemer.
- Opplærings- og mestringstilbud innenfor de tilbudene sykehuset tilbyr, samt en koordinerende rolle for opplærings- og mestringstilbud som gis ved andre sykehus.
- Billediagnostikk, tilgang på CT-undersøkelse MR-undersøkelse og ultralyd. (Billedoptak kan skje i annen institusjon hvis avstander er korte. Billedtolkning kan skje andre steder enn ved det aktuelle sykehuset, hele eller deler av døgnet).
- Tilbud til pasienter med, kirurgisk/ ortopediske problemstillinger. Tilbudet skal omfatte planlagt behandlinger hvor behandlingstiltakene ikke krever 24-timers beredskapsvakt i kirurgi.
- Tilbud til pasienter som er under løpende dialyse (kan også utføres desentralisert utenfor sykehuset)
- Fødetilbud
- Poliklinisk tilbud til syke barn og unge.
- Poliklinisk tilbud til kvinner med gynekologiske problemstillinger

Det er en forutsetning at det er etablert støttetjenester som gjør at tjenesten er forsvarlig.

Alle sykehus skal drive med klinisk forskning og utdanning av helsepersonell.

De fleste sykehus vil ha ytterligere tilbud gjennom tilleggsoppgaver og eventuelle regionale oppgaver. Tilbudene tilpasses til enhver tid det som gir optimal kvalitet (pasientopplevd, faglig og organisatorisk).

Ut fra dette foreslås følgende tiltak:

- Alle helseforetak skal lage handlingsplaner for hvordan sykehusene skal ivareta de lokalsykehusoppgavene som er beskrevet over. Planene skal inkludere datoer for milepæler. Dette skal skje innen 1.10.2006
- RHF skal utvikle en kommunikasjonsstrategi for markedsføring av lokalsykehusoppgaver. Dette skal skje innen 1.1.2007

Strategisk forankring: Hvordan stemmer forslaget med de strategiske satsingsområdene? Område: Lokalsykehusoppgaver	
Psykisk helsevern og rusbehandling	Egnet for dette
Sammenheng i behandlingstilbudet	Egnet for dette
Kronisk syke og syke eldre	Egnet for dette
Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	Ivaretar behovet
Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	Påvirker ikke
Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	Ikke optimal
Kommentar Modellen er laget for å ivareta behovene til de prioriterte gruppene. Det innebærer at forslaget til lokalsykehusstrategi isolert sett gir en stor kostnadsvekst i sykehusene.	

5.2 Fordeling av tilleggsoppgaver

Tilleggsoppgaver omfatter alle typer oppgaver som ikke er lokalsykehusoppgaver. En stor andel av disse er elektiv behandling, i hovedsak kirurgi.

Akuttberedskap innenfor kirurgi betinger elektiv kirurgisk virksomhet på dagtid for å opprettholde den faglige kvaliteten, og for å utnytte personalressursen. Når den planlagte aktiviteten reduseres på grunn av lavere etterspørsel, vil det også være behov for å vurdere den kirurgiske akuttberedskapen.

Fordeling av oppgaver i det regionale tjenestetilbudet og handlingsplaner på regionalt nivå og helseforetaksnivå skal utarbeides i løpet av 2006. Dette arbeidet skal skje etter følgende framgangsmetode:

1. For de oppgavene der det er innlysende at alle helseforetak skal tilby tjenesten blir det helseforetakenes eget ansvar å avklare intern arbeidsdeling. Som en del av denne prosessen kan ledelsen i helseforetaket inngå avtale med nærmeste helseforetak om ytterligere oppgavedeling dersom løsningen vil gi bedre kostnadseffektivitet uten at kvalitet forringes. Helseforetakene skal også vurdere å opprette samarbeid med tilgrensende helseforetak i andre regioner.

2. For de områder der det er innlysende at man bør foreta endringer i forhold til dagens organisering, bør det settes i gang en regional utredningsprosess.

Uavhengig om fordeling skjer på regionalt eller foretaksnivå skal man ta utgangspunkt i følgende prinsipper:

- Det totale tilbudet i regionen skal være i samsvar med den totale etterspørselen i regionen.
- Oppgavedelingen må ta hensyn til at det skal være forsvarlige pasientløp for akutte tilfeller
- Befolkningsgrunnlag for en tjeneste kan sees uavhengig av dagens sykehus/helseforetaksgrenser.
- Tilbudet skal ikke gis på flere steder enn at det er stort nok til å oppnå tilstrekkelig kvalitet.
- Tjenester som tilbys er primært konsekvens av etterspørsel og strategiske vurderinger sett i et regionalt perspektiv, sekundært konsekvens av tilgjengelig kompetanse.
- Avhengigheter mellom ulike oppgaver og behov for støttetjenester må sees i sammenheng. Det skal gjøres konsekvensutredninger før tilbud etableres eller flyttes.
- Hvem som har det mest kostnadseffektive alternativet skal tillegges vesentlig vekt ved tildeling av oppgaven.

For oppgaver som skal fordeles gjennom et RHF-ansvar, vil følgende to prinsipper bli benyttet:

- **Planbasert tildeling.** Dette krever et regionalt utredningsarbeid med analyse av behov, kapasitet og kvalitetskrav, og en regionalt styrt beslutningsprosess. Alle hovedoppgavene (pasientbehandling, undervisning av helsepersonell, forskning, og opplæring av pasienter og pårørende) skal inngå i planarbeidet. Prinsipper angående vurdering av økonomi er beskrevet i kapittel 4.9.
- **Internkonkurransen** (anbudsprinsippet) i helseforetaksgruppen: Dette krever en analyse av hvilke områder som kan være aktuelle for internt konkurranse og rammene for konkurranse-innbydelse. Gjennom prosessen vil tilbyder måtte dokumentere behov, kapasitet (bla rekruttering) og kvalitet. Internkonkurransen skal omfatte løsninger for alle hovedoppgavene.

Ut fra dette foreslås følgende tiltak:

Helse Midt-Norge har ansvaret for å opprette ei gruppe med mandat å legge fram ei liste over de tilleggsoppgaver som skal vurderes fordelt. Listen skal foreligge innen 1. mars 2006. På bakgrunn av denne lista skal det opprettes konkrete utvalg for å vurdere oppgavedeling etter de prinsipper som er beskrevet her. Som en del av utredningen skal det beskrives pasientforløp tilpasset forslaget til oppgavedeling. Det skal gjøres en særskilt vurdering av ytterligere oppgavedeling knyttet til vaktberedskap.

Strategisk forankring: Hvordan stemmer forslaget med de strategiske satsningsområdene? Område: Fordeling av tilleggsoppgaver	
Psykisk helsevern og rusbehandling	Reduksjon av kostnader frigjør midler til satsningsområdene.
Sammenheng i behandlingstilbudet	Betingelser arbeid med bedre behandlingsforløp (se kap 2.2.)
Kronisk syke og syke eldre	Reduksjon av kostnader frigjør midler til satsningsområdene.
Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	Kan oppleves som dårligere tilgjengelighet for enkelte grupper (geografisk). Det er en lokalsykehusoppgave å ha beskrevne pasientforløp for alle typer akuttbehandling.
Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	Mulighetene bedres
Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	Formålet med oppgavedeling er nettopp bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet

5.3 Regionale og nasjonale oppgaver

Nasjonale oppgaver tildeles etter egen prosess i Helse- og omsorgsdepartementet. I samarbeid med NTNU skal Helse Midt-Norge årlig vurdere om vi skal søke om å få tildelt flere nasjonale universitetssykehusoppgaver.

Regionale universitetssykehusoppgaver skal være tilknyttet NTNU og ligge ved St. Olavs Hospital. Enkelte av oppgavene kan også gis som tilbud ved andre sykehus gjennom faglig styring fra St. Olavs Hospital.

Enkelte oppgaver bør av kvalitetshensyn være samlet ett sted uten å ha universitetssykehusoppgaver. Disse tjenestene trenger ikke legges til St Olavs Hospital, og må sees i sammenheng med hvilke tilgrensende tjenester som være tilknyttet geografisk.

Enkelte oppgaver, spesielt innenfor elektiv kirurgi, har stor homogenitet, enkelt behandlingsforløp og stort volum på regionalt nivå. Disse tjenestene kan fordeles slik at hver tjeneste kun utføres på ett sykehus i regionen. Oppgavedeling av elektiv kirurgi skjer etter samme prinsipper som øvrige tilleggsoppgaver, og må sees i sammenheng med denne fordelingen. Pr 2005 eksisterer ingen slike produksjonslinjer i Helse Midt-Norge.

Ut fra dette foreslås følgende tiltak:

- I samarbeid med NTNU skal Helse Midt-Norge årlig vurdere om vi skal søke om å få tildelt flere nasjonale universitetssykehusoppgaver.
- Helse Midt-Norge skal utarbeide en plan over hvilke over regionale universitetssykehusoppgaver vi skal ha. Denne planen skal inneholde frister for gjennomføring av eventuelle endringstiltak, samt beskrivelse av pasientforløp for hele behandlingsskjeden. Planen utarbeides innen 1.6.2006.
- Helse Midt-Norge skal vurdere etablering av elektiv produksjonslinje for et utvalgt tilbud i ortopedi basert på internkonkurrans-prinsippet (jfr kapittel 5.2).

Strategisk forankring: Hvordan stemmer forslaget med de strategiske satsningsområdene? Område: Regionale oppgaver	
Psykisk helsevern og rusbehandling	Det foreligger forslag om regional tjeneste innenfor området
Sammenheng i behandlingstilbudet	Ivaretas gjennom bedre behandlingsforløp.
Kronisk syke og syke eldre	Ikke relevant
Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	Ikke relevant
Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	Muligheter gjennom standardisering.
Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	Stort potensial innenfor de få tjenestene det gjelder

5.4 Forbedring av pasientforløp

5.4.1 Effektivisering av pasientforløp

Effektivisering av pasientforløp omfatter både institusjons-interne forløp og forløp mellom tjenestested i regionen. Begrepet effektivisering skal omfatte effektivisering av ressursbruk for pasient, samarbeidsparter og helseforetak. Ikke-verdiskapende tiltak, dobbeltarbeid, unødig tidsbruk mm skal fjernes. Både aktivitet i kjerneprosesser, støtteprosesser, informasjonsflyt og tilrettelegging av infrastruktur omfattes av forløpene

Det er den enkelte institusjon og helseforetak som skal realisere potensialet som ligger i interne pasientforløp. Dette vil kreve metoder som er innrettet mot analyse, forbedring og styring av pasientforløp. Effektivisering av pasientforløp som inkluderer flere tjenestesteder utfordrer helhetsplanlegging, -drift og -evaluering, og utfordrer spesielt grensesnittene mellom aktørenes i forløpene

Ut fra dette foreslås følgende tiltak:

Helse Midt-Norge etablerer et prosjekt som skal utvikle metoder og planer for hvordan pasientforløp i Helse Midt-Norge skal beskrives. Arbeidet skal inkludere ledelses- og styringsforhold, økonomiske og kvalitative konsekvenser. Dette arbeidet skal være påbegynt i løpet 2006.

Strategisk forankring: Hvordan stemmer forslaget med de strategiske satsningsområdene? Område: Bedring av pasientforløp	
Psykisk helsevern og rusbehandling	Målretter ressursbruken
Sammenheng i behandlingstilbudet	Tiltaket er egnet for dette
Kronisk syke og syke eldre	Målretter ressursbruken
Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	Gjensidig positiv påvirkning
Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	Stort potensiale
Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	Stort potensiale
Kommentarer for øvrig: Bedring av pasientforløp er det viktigste strategiske tiltaket i eierstrategien fordi det berører all pasientbehandling, og har direkte konsekvenser for kvalitet og økonomi i sykehusene	

5.5 Medisinske støttetjenester

5.5.1 Oppgavedeling

De fleste medisinske støttetjenester er av en slik art at de må være samlokalisert med kjernevirksomheten i sykehusene. Enkelte tjenester har en teknologi som muliggjør effektivisering ved at ett sykehus betjener behovene for den kliniske virksomheten ved flere sykehus. Dette gjelder særskilt for røntgentjenester og laboratorietjenester.

Ut fra dette foreslås følgende tiltak:

- I forbindelse med arbeidet med oppgavedeling skal følgende områder vurderes: :
 - Billedtolkning på kveld og natt
 - Røntgentjenester knyttet til særlige prosedyrer (nukleærmedisin, pet-scan, særskilte former for intervensjonsradiologi)
- I januar 2004 leverte en regional arbeidsgruppe rapporten: Med laboratoriemedisin inn i fremtiden. Denne rapporten skal evalueres i løpet av 2007 med tanke på oppgavedeling av laboratorietjenester

5.5.2 Organisering og styring

Selv om de aller fleste medisinske støttetjenester skal være lokalisert på det enkelte sykehus, trenger ikke tjenesten være lokalt styrt. Som vist i kapittel 4 vil en organisering på tvers av foretakene særlig være egnet for støttetjenester som deler felles regionale systemer, og der standardisering av metoder og prosedyrer er ønskelig.

Røntgen og laboratorietjenester er i dag de tjenestene i Helse Midt-Norge som har den tydeligste konkurransen fra private aktører. Av økonomiske og strategiske årsaker ønsker vi å opprettholde markedsandelen på disse tjenestene på dagens nivå. Dette innebærer at Helse Midt-Norge må være konkurransedyktige i forhold til pris og service overfor kundene.

Røntgen er i dag organisert som egen avdeling i hvert helseforetak eller i hvert sykehus. Billeddiagnostikk deler et felles PACS/RIS-system, og alle røntgenavdelingene er i fellesskap ansvarlig for utviklingen av PACS/RIS-systemet.

Laboratorietjenester er i dag organisert i egne avdelinger i hvert helseforetak eller sykehus. Laboratorietjenestene deler et felles ROS-system (rekvisisjon og svar) i regionen. Alle laboratorieavdelingene er i fellesskap ansvarlig for utviklingen av dette systemet.

For begge tjenestene vil det kreves lederkapasitet og tydelig regional forankring for at systemene skal bli optimalt utnyttet.

Dersom Helse Midt-Norge skal nå målene om mer sammenhengende pasientforløp, må både røntgen- og laboratorietjenestene utvikles i retning av mer standardisering og mer felles prosedyrebeskrivelser. I dag brukes både tid og ressurser til å gjenta undersøkelser som allerede er utført når en pasient skifter sykehus. Dette gjelder også når en pasient får utført tjenester i private institutter/laboratorier.

Ut fra dette foreslås følgende tiltak:

- Helse Midt-Norge skal nedsette et utvalg for å vurdere organisering av røntgentjenester. Dette skal skje i løpet av 2006. Vurderingen skal inneholde:

- Vurdering av utfordringene knyttet til systemeierskap til PACS/RIS ved dagens organisering og ved en regional samling av tjenestene
- Vurdering av mulighetene for økt standardisering av prosedyrer og metoder ved en regional samling av tjenestene
- Vurdering av effektene en samling vil ha for forholdet til øvrig klinisk aktivitet på det enkelte sykehus
- I januar 2004 ble det levert en regional arbeidsgruppe rapporten: Med laboratoriemedisin inn i fremtiden. Denne rapporten skal evalueres i løpet av 2007 med tanke på organisering av laboratorietjenester.

Strategisk forankring: Hvordan stemmer forslaget med de strategiske satsningsområdene? Område: Medisinske støttetjenester	
Psykisk helsevern og rusbehandling	Ikke relevant
Sammenheng i behandlingstilbudet	Indirekte påvirkning gjennom standardisering av metoder og prosedyrer
Kronisk syke og syke eldre	Ikke relevant
Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	Ikke relevant
Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	Indirekte påvirkning gjennom standardisering av metoder og prosedyrer
Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	Stor betydning

5.6 Administrative og tekniske støttetjenester

Som vist i kapittel 4, skal organiseringen av ikke-medisinske støttetjenester ta utgangspunkt i skillete strategiske og ikke-strategiske tjenester, samt en ren kost-nytte-vurdering knyttet til organisering og lokalisering av tjenesten.

Ut fra dette har Helse Midt-Norge de senere årene gjennomført flere vurderinger og tiltak for å øke kvalitet og ressursutnyttelse knyttet til ikke-medisinske støttetjenester:

- Opprettelsen av HEMIT (samling av all IT-utfører-virksomhet)
- Prosjektet administrativ effektivitet (innføring av felles lønns- og fakturasystem, samt vurdering av bemanning tilknyttet fakturahåndtering)
- OLFI-prosjektet (lager, logistikk og innkjøpsprosjektet)

Eiendomsforvaltning er en både strategisk og økonomisk viktige støttfunksjon som hittil ikke har vært vurdert i forhold til organisering/lokalisering. Helse Midt-Norge har eiendeler tilsvarende 11 mrd kroner i bokført verdi, mesteparten av dette er verdier knyttet til bygninger. Dette medfører betydelige årlige driftskostnader for foretaksgruppen.

Ut fra dette foreslås følgende tiltak:

- Helse Midt-Norge skal vurdere fremtidig organisering av forvaltningen av eiendeler vedrørende forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygg og utstyr. Dette arbeidet skal påbegynnes før 1.6.2006.
- Prosjektene OLFI og Administrativ effektivitet skal evalueres før en eventuelt ny vurdering av organisering og/eller lokalisering av tjenestene vurderes. Det samme gjelder for HEMIT.

Oppsummering:	
Hvordan stemmer forslaget med de strategiske satsningsområdene?	
Område: Administrative og tekniske støttefunksjoner	
Psykisk helsevern og rusbehandling	Frigjøring av ressurser til satsningsområder
Sammenheng i behandlingstilbudet	Ikke relevant
Kronisk syke og syke eldre	Frigjøring av ressurser til satsningsområder
Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	Ikke relevant
Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	Ikke relevant
Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	Stort potensiale

5.7 Organisering av foretaksgruppen

Endret organisering som virkemiddel for forbedring og effektivisering av medisinske og ikke-medisinske støttetjenester er beskrevet i kapitlene 5.5 og 5.6.

Den kliniske virksomheten i sykehusene er tett sammenvevd og har mange gjensidige avhengighetspunkter. Endret organisering, for eksempel i form av tversgående organisering innenfor kjernevirksomheten, innebærer at det skapes mange og avanserte grensesnitt. Tversgående organisering er derfor mest aktuelt innenfor områder der pasientgruppene er atskilte og tjenestetilbudet har liten overlapping mellom fagfeltene.

Det har pågått en diskusjon om hvorvidt målsettingene om økte ressurser til psykisk helsevern og rusbehandling er lettere å nå gjennom å organisere tjenestene i egne helseforetak, evt. i ett felles foretak for rusbehandling- og psykisk helsevern. Andre alternativ kan være å styrke fagfeltet innenfor dagens modell. Dette kan for eksempel skje ved at det ansettes en egen tidsavgrenset direktør for psykisk helsevern, med mandat å gjennomføre opptrappingsplanen innenfor psykiatri, samt fremme samarbeid og integrasjon mellom psykisk helsevern og somatikk i helseforetakene.

Ut fra dette foreslås følgende tiltak:

- Helse Midt-Norge forslår at fremtidig organisering av psykisk helsevern i regionen utredes. Et alternativ kan være en tversgående organisering sammen med rusforetaket. Dette alternativet må ses i sammenheng med evalueringen av Rusbehandling Midt-Norge HF som skal skje i løpet av 2006.

Oppsummering: Hvordan stemmer forslaget med de strategiske satsningsområdene? Område: organisering av foretaksgruppen	
Psykisk helsevern og rusbehandling	Bedre oversikt og styring over ressursbruken.
Sammenheng i behandlingstilbudet	Risiko for svekkelse
Kronisk syke og syke eldre	Risiko for svekkelse for pasienter med sammensatte lidelser (rus-psykiatri-somatikk)
Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom	Ikke relevant
Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet	Egnet for dette
Bedre bruk av tilgjengelige ressurser	Egnet for dette.