

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 121/07 Eierstrategi 2010. Sluttrapport Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF.

Saken behandles i: Styret i Helse Midt-Norge RHF	Møtedato 19. desember 2007	Møtesaksnummer 121/07
Saksbeh: Reidar Tessem		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2007/570		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Prosjektrapporten "Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF" sendes på høring til de ulike helseforetak, aktuelle kommuner og fastleger, det regionale brukerutvalget, tillitsvalgte og andre aktuelle interessenter
2. Saken legges, etter høringsrunden, på nytt fram for styret, da senest i møtet mars 2008.

SAKSUTREDNING:

Eierstrategi 2010. Sluttrapport Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF.

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

- 1 Prosjektrapport: "Eierstrategi 2010. Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF", versjon 1.5., datert 10.12.2007

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. [LOV-1999-07-02-63](#) Pasientrettighetsloven - pasrl. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (1999-07-02)
2. http://www.frittsykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2024.aspx
3. [Lov om spesialisthelsetjenesten, § 4-2, legefordeling](#)
4. Avtale mellom St. Olavs Hospital HF og Det medisinske fakultet, NTNU om Undervisnings- og forskningsplikt for leger samt fordeling av arbeidsplikt i kombinerte stillinger (24.06.2003)
5. Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, sluttrapport fra arbeidsgruppe, 19. mars 2007
6. <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2006/Eierstrategi%20Helse%20Midt-Norge.pdf>
7. Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 17, 2005: "Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse?" Forfattere er Gunvor Eikeland, Helge Garåsen og Geir Jacobsen.

BAKGRUNN

Helse Midt-Norges eierstrategi ble vedtatt med presiseringer av Styret 30.mai 2006 (sak 41/06). Som oppfølging av vedtaket har Helse Midt-Norges ledelse besluttet å opprette et program for gjennomføring av eierstrategien. I dette programmet opprettes en rekke prosjekter. Dette prosjektet er utledet av følgende del-vedtak i saken:

"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 fra St Olavs Hospital HF. Dette i tråd med gjeldende forutsetninger. Målet er å sikre lokalsykehusene i Helse Midt-Norge attraktive tilleggsoppgaver."

I henhold til den vedtatte eierstrategien skal alle sykehus ha lokalsykehusoppgaver, også St Olavs Hospital HF. I tillegg kan sykehusene ha tilleggsoppgaver (-funksjoner) fordelt etter regionens behov og prioriteringer. Vedtaket søker å sikre at tilleggsoppgaver legges til de mindre sykehusene i regionen slik at man sikrer gode fagmiljøer, interessante arbeidsoppgaver og tilhørende god rekruttering av kritisk kompetanse til disse sykehusene. En konsekvens av dette vil bli å kunne sikre befolkningen i opptaksområdet trygghet og gode lokalsykehustjenester. St Olavs Hospital HF har også en rekke definerte universitetssykehusoppgaver som ikke inngår i dette oppdraget.

Styret for St Olavs Hospital har i brev til Helse Midt-Norge RHF pekt på at St Olavs Hospital HF i dag utfører lokalsykehusoppgaver for pasienter fra Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF sine opptaksområder. Dette er ikke bare pasienter fra "grensetraktene" til St. Olav Hospital HF. Styret har pekt på at det bør være et prioritert område å sikre at disse pasientene blir handtert i eget foretak, og gjennom det både redusere presset på St. Olav Hospital HF og styrke grunnlaget for lokalsykehusene.

Oppdrag

- 1 Prosjektgruppen skal innen prosjektperioden legge fram forslag til oppgaver som kan flyttes fra St Olavs Hospital HF til andre sykehus i regionen.
- 2 Prosjektet skal utarbeide en tiltaksplan for hvordan foretakene kan legge til rette for at pasienter (og deres primærleger) i større grad velger å benytte seg av lokalsykehusfunksjonen i eget foretak.

Det ble nedsatt en egen prosjektgruppe som skulle belyse samt prøve å svare på oppdragets to punkter. Gruppen har vært ledet av fagdirektør Odd Veddeng i Helse Sunnmøre HF.

Rapporten fra prosjektgruppen følger vedlagt.

SAMMENDRAG

Prosjektgruppens viktigste resultater fra analyse/kartlegging

- Prosjektgruppen har prøvd å vise en metode for hvordan en kan nærme seg spørsmål om oppgavedeling mellom helseforetak
- Prosjektgruppen mener de har levert forslag til tiltak for endring av pasientstrømmen mellom St. Olav Hospital HF og naboforetakene
- Prosjektgruppen leverer også en liste over oppgaver som kan flyttes ut av St. Olav Hospital HF/være i nettverk med andre helseforetak, men gruppen vil ikke foreslå ren strukturtenkning, flytting av oppgaver, uten at de viktigste forutsetninger er til stede, så som fagråd og faglige nettverk. Spørsmålet om flytting av oppgaver må ikke ”gravlegges”, men bør først bringes på bane når forutsetningen om fagråd/faglige nettverk er innfridd
- Listen over disse oppgavene er innspill fra helseforetakene Helse Sunnmøre HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF:
 - Lokalsykehusoppgaver
 - Ortopedi
 - Generell kirurgi
 - Føde-, gynekologi
 - Urologi
 - Øye/ØNH
 - Tilleggsoppgaver
 - Revmakirurgi
 - Neurologi
 - Gynekologisk Kirurgi
 - ”Metastase kirurgi” i skjelett
 - Barnemedisin
 - Karkirurgi/Thoraxkirurgi/Gastrokirurgi
 - Bryst- og endokrinkirurgi
- Helse Midt-Norge RHF har besluttet å innføre en ny finansieringsmodell fra 2008. Modellen bygger opp om regionens ”sørge for” ansvar. Modellen gir helseregionen anledning til å benytte økonomiske virkemidler for å realisere tiltak både angående punkt 1 og 2 i oppdraget

- Etablering av ulike tilbud i de ulike helseforetak krever tildeling av legespesialisthjemler. Fordeling av medisinske spesialisthjemler mellom de ulike helseforetak i Midt-Norge har blant annet historiske forklaringer. Prosessen med fordeling av hjemler vil i fremtiden kunne brukes aktivt til å styre oppgaveplassering. Det regionale helseforetaket er ”eier” av spesialisthjemlene, og kan således både dele ut og dra inn hjemler (Lov om spesialisthelsetjeneste, § 4-2, legefordeling)
- Analyser viser at det er øyeblikkelig hjelp opphold fra naboforetakene som øker ved St. Olav Hospital HF. Det bringer spørsmålet om hvordan en kan påvirke den ”akutte medisinske kjede” til å bringe lokalsykehuspasienter til egne sykehus, i stedet for at de blir brakt til regionsykehuset. Kommunal legevaktsentral er den ”styrende” instans ifølge prosjektgruppen
- På den andre siden sier gruppen, har det skjedd beslutninger (kreftkirurgi) i styret for Helse Midt-Norge RHF, en faglig utvikling innenfor hjertemedisin (Perkutan koronar intervensjon/PCI), som har en sentraliserende effekt. Det tilsier også en økning av øyeblikkelig hjelp innleggelser ved regionsykehuset
- Oversikt over hvordan de medisinske spesialiteter er fordelt mellom helseforetakene i regionen, viser at Helse Sunnmøre HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF har like store muligheter til å gi tilbud på lokalsykehusnivå. Når pasienter drar til St. Olav Hospital HF for å få lokalsykehusstilbudet sitt her, framfor i eget helseforetak, er det ikke av medisinske grunner
- Samtidig ser vi at sykehuset i Ålesund er noe mer avansert tilbudsmessig enn sykehusene i Levanger og Molde, fordi de både har kreftavdeling og avdeling for nyfødtemedisin.

Prosjektgruppens vurdering og anbefaling

- Det viktigste tiltaket for å legge til rette for at pasienter (og deres fastleger) i Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF, benytter lokalsykehusfunksjonen i eget foretak, er etter prosjektgruppens mening, tiltak hvor en bruker økonomiske virkemidler
- Helseregionens nye finansieringsmodell gir muligheter for å justere betaling etter endringer i pasientstrømmen
- Hovedansvaret for endring av pasientstrømmen må ligge hos Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF (pasientens bostedsområde). Helseregionen må bidra med å gjøre dem i stand til å ta dette ansvaret, for eksempel ved tildeling av legehjemler
- Bruk av dette virkemidlet vil kreve at de lokale helseforetak legger fram troverdige planer med klare mål og klare ansvarsforhold
- St. Olav Hospital HF må på alle nivå støtte denne planen og bidra til at de ønskede resultater blir nådd. Slike planer er også avhengig av fagnettverk.
- Den nye finansieringsmodellen gir også Helse Midt-Norge RHF mulighet til å flytte oppgaver ut/inn av de ulike helseforetak
- Bruk av finansieringsmodellen i slike sammenhenger vil kreve etablering av fagråd/faglige nettverk. Disse må få sitt mandat fra linjeorganisasjonen
- Regionale fagråd/faglige nettverk, er et nødvendig virkemiddel for å skape de forutsetninger som må være tilstede for et godt samarbeid, utvikling av kvalitet og kompetanse. På denne måten kan en knytte gode faglige miljø sammen, som både gjensidig vil styrke hverandre og dra nye miljø med seg
- Fordelingen av spesialisthjemler kan aktivt bli brukt som et virkemiddel for å styre oppgavedelingen i regionen (gjelder i ”sørge for” rommet)
- Gjennom møter med de ulike helseforetak er det kartlagt mulige oppgaver, se ovenfor, som kan fordeles mellom St. Olav og de andre helseforetak på en annen måte enn i dag. Dette vil kreve egne faglige prosesser.

Prosjektgruppens forslag til tiltak

Vi vil her nevne kort de tiltak som prosjektgruppen har foreslått i rapporten.

- Økonomiske virkemidler
 - Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF har hovedansvaret for pasienter med bostedsområde i egne helseforetak, også når disse velger behandlingssteder utenfor helseforetaket. Det innebærer at de har hovedansvaret for pasientstrømmene både innad og ut av helseforetaket
 - Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF må gjennom troverdige planer vise hvordan de kan få redusert pasientstrømmen til St. Olaf Hospital HF. Slike planer vil, i alle ledd, kreve oppslutning fra St. Olav Hospital HF samt kreve egnede fagnettverk. Samtidig må helseforetakene innlede dialog med aktuelle kommuner, legevaktsentraler og andre berørte interessenter, slik at disse får forståelse for utfordringen og mulighet til aktivt å gi sin støtte til aktuelle planer
 - Helseregionen vil kunne benytte økonomiske virkemidler hvis helseforetakene lykkes med slike planer
- Fagråd/fagnettverk/satellitter
 - For å bygge kompetanse, øke kvaliteten og knytte fagmiljøer sammen er fagråd/fagnettverk/satellitter nødvendige tiltak. Helse Midt-Norge RHF må aktivt ta dette virkemiddelet i bruk. Alle råd og/eller nettverk må ha sitt mandat fra linjeorganisasjonen. De vil ikke være egnede tiltak om de blir autonome. De må videre ha en sammensetning som er tilpasset oppgaven. Prosjektgruppen har lagt fram forslag til formål og retningslinjer for slike grupper/nettverk
- Pasientforløp
 - Ved siden av fagråd/fagnettverk/satellitter er beskrivelse av pasientforløp, på tvers av helseforetakene, nødvendig fordi tradisjonell strukturtenkning er utilstrekkelig for å gi befolkningen det beste tilbudet
- Styring av legehjemler
 - Styring av legehjemler kan aktivt bli brukt for å plassere ulike oppgaver ved de ulike helseforetak. Styret bør årlig bli orientert om resultatet av denne fordelingen
- Oppgaver som enten kan flyttes ut av St. Olav Hospital HF og/ eller være i nettverk med andre helseforetak
 - Ovennevnte liste av oppgaver må gjennom faglige prosesser bli arbeidet videre med.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Denne utredningen er en av flere utredninger i forbindelse med helseregionens gjennomgang av sin eierstrategi, del av "2010-strategien".

Følgende delprosjekter innenfor 2010 har vært gjennomført (denne utredning er den siste):

1. Framtidig organisering av akuttkirurgisk/
-ortopedisk tilbud
 - Vedtak i styret i RHF i februar 07: Saken utsettes
2. Utredning av framtidig organisering
av tilbud til ekstremt tidlig fødte
 - Vedtak i styret i RHF i februar 07: Ingen sentralisering over 28 uker.
3. Utredning av framtidig organisering av bildediagnostisk tilbud

- Vedtak i styret i RHF i februar 07: Opprettelse av vaksamarbeid innenfor hver region fra 1.7.07. Opprettelse av prosjekter for å bedre rekvirentadferd og for å standardisere prosedyrer i regionen
- 4. Evaluering av PCI-tilbudet
 - Vedtak i styret i RHF i februar 07: PCI-aktiviteten i HMN samles fortsatt ved St. Olavs hospital
- 5. Utredning av framtidig organisering av fødetilbud i Orkdal
 - Vedtak i styret i RHF i februar 07: Tilbudet med fødeavdeling på OSS opprettholdes
- 6. Utredning av organisering av eiendomsforvaltning
 - Vedtak i styret den 29.08.07, sak 83/07.
- 7. Prosjekt: Utredning av organisering av laboratoriefunksjonen
 - Vedtak i styret den 27.06.07, sak 69/07

HELHETLIG DRØFTING

Hovedpoenget i oppdraget som prosjektgruppen har fått, er på den ene side å foreslå tiltak som kan redusere ”trykket” av pasienter på St. Olav Hospital HF, på den andre siden å la slike tiltak bli bidrag for å utvikle lokalsykehusene.

For å redusere ”trykket” mot St. Olav Hospital HF sier oppdraget at prosjektgruppen skal foreslå tiltak slik at pasienter som kan få sine behov dekket lokalt, velger det framfor å dra til regionsykehuset. ”Trykket” kan likeså bli redusert med å føre medisinske oppgaver ut av St. Olav Hospital HF.

Prosjektgruppen er tydeligvis bevisst på å bruke begrepet ”oppgavedeling” framfor begrep som ”funksjonsfordeling” og/eller ”oppgavefordeling”.

Videre har prosjektgruppen løst oppdraget ved å legge fram en liste over hovedfagområder, som kan ha del områder/prosedyrer, som enten kan flyttes ut av St. Olav Hospital HF eller være i et faglig nettverk på en annen måte enn tilfellet er i dag.

Denne oversikt er innspill fra de ulike helseforetak, utenom regionsykehuset. Listen vil kreve faglige prosesser, fagråd/fagnettverk, om den skal få det presisjonsnivå som er nødvendig for å kunne gi grunnlag for beslutninger i styret. Dette må det derfor jobbes videre med.

Et slikt arbeid vil kreve fagråd/fagnettverk. Skal slike virkemiddel fungere etter hensikten må de ha sitt mandat fra linjeorganisasjonen og ikke fungere autonome.

Prosjektgruppen leverer også styring av legehjemler som forslag for plassering av oppgaver. En legehjemmel vil fungere som en ”1- beveger” når det gjelder å gi tilbud til befolkningen. Et tilbud vil ikke kunne bli etablert og fungere etter hensikten, uten at en har den riktige kompetanse, den riktige legespesialist.

Fordeling av legehjemler er blant annet forankret i lov om spesialisthelsetjeneste, og etablering av et legeårsverk har en annen prosedyre enn opprettelse av andre type stillinger i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for dette er behovet for en riktig nasjonal fordeling samt sørge for den nødvendige utdanning av spesialister.

Prosjektgruppen foreslår at egen fordeling av de legehjemler regionen får seg tildelt fra nasjonalt nivå, blir sterkere knyttet til egne strategier samt at styret blir orientert om det årlige resultat.

Hvem har ansvaret for strømmen av de pasienter som velger utredning/behandling/rehabilitering, uten at det er medisinsk nødvendig, utenfor eget helseforetak? Prosjektgruppen sier det er det lokale helseforetaket som har hovedansvaret for alle pasienter som har bosted i foretakets opptaksområde, selv om de velger andre behandlingssteder. Det er ikke helseregionen og /eller det helseforetak som mottar pasienten som har ansvaret for dette valget.

Pasientens rett til å velge behandlingssted er sterkt forankret i vårt lovverk. Lokalsamfunnet engasjerer seg også i slike spørsmål.

Denne saken viser at når pasientene velger et annet sykehus, og det skjer ofte, vil det kunne overbelaste det valgte sykehuset og etterlate overkapasitet ved det bortvalgte sykehuset. Det vil kunne "true" begge parter slik at det totale pasienttilbudet og beredskapen blir dårligere enn den ellers ville blitt.

Prosjektgruppen sier at det er helseforetaket som har hovedansvar for pasientstrømmen, de må inngå allianser, skape relasjoner, med de aktuelle lokalsamfunn, om de skal lykkes å påvirke pasientstrømmen i ønsket retning. Før Lov om pasientrettigheter fikk den form den har i dag, kunne sykehuseiere mer ensidig bestemme hvor pasientene skulle få sin behandling. Slik er ikke situasjonen i dag. Derfor er helseforetakene nødt til å være mer tilbuds- og relasjonsorientert, enn styringsorientert, i sin tilnærming til dette spørsmålet.

Adm. Direktør ønsker at prosjektrapporten blir sendt ut på høring før videre behandling i styret. På denne måten vil en kunne forankre det videre arbeid bedre. Det er viktig også aktuelle kommuner og fastleger får si sin mening, foruten helseforetakene og representanter for brukerne.

Samtidig som høringsrunden må få den nødvendige tid, bør ikke saken strekke seg for lenge ut tidsmessig.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Om arbeidet med å redusere pasientstrømmen fra naboforetakene til St. Olav Hospital HF lykkes, vil det bety økning av inntekter for de lokale helseforetak, og reduksjon av inntektene til St. Olav Hospital HF.

Etablering av fagråd/fagnettverk vil medføre utgifter for helseregionen. Det er rimelig at regionen bidrar til finansiering av disse. Prosjektgruppen har ikke gjort noen anslag over dette.

I premissene fra oppdragsgiver, helseregionen, til prosjektgruppen, er det presisert at flytting av oppgaver ikke skal medføre netto kostnader. Om en vil kunne klare slike prosesser og innfri dette kravet, har prosjektgruppen ingen formening om.