

Utredning om foretaksstruktur i Trøndelag

Samling 3, 28-29 oktober 2020

Sesjon 1, Ledelse: Hva kjennetegner god ledelse i helseforetak? Har størrelse på helseforetaket noen effekt?

Spørsmål som skal besvares:

Sykehus er svært komplekse virksomheter å lede og ledere må i tillegg til det faglige ha innsikt i ulike områder som juss, økonomi, kvalitetsmåling, brukerinvolvering, personalhåndtering osv – man må være en helhetlig leder. I store, komplekse virksomheter som St. Olavs og HNT vil målkonflikter alltid eksistere.

- Vil en evt. sammenslåing i Trøndelag forenkle utøvelsen av god ledelse?

Generelle betraktninger fra en av gruppene:

- God ledelse for hvem? Det er mange oppdragsgivere. Myndighetene, ansatte, brukere,
- Man må ha legitimitet som leder. Hvordan får man det? Uten aksept for ledelse kommer man ikke noen vei.
- Ledelse å få en organisasjon til å nå sine mål. Må være en balanse mellom drift, utvikling, innovasjon, økonomi, gjennomføring.
- Kunnskapsledelse
- Faget må være i sentrum. Økonomi som utgangspunkt skaper sjelden entusiasme.
- God beslutningstaker vs en god lytter
- God lagspiller, teamarbeid, god på intern kommunikasjon,
- Må jobbe sammen med ansatte

Hvem som blir påvirket?	• Ledere • Ansatte • Pasientene • Samarbeidende parter (kommuner, universiteter og mulighet for rekruttering) • RHF • Alle • Oppdragsgiver (myndigheter), • primærhelsetjenesten,
-------------------------	--

	• styret, • andre HF, • tilsvalsvalgte, vernetjeneste, Ansatte – direkte «Alle andre» - indirekte
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?	- Etablere en ledelseslinje hvor det er mulig å trekke med riktige personer for å få til endring. - Mer attraktiv for ledere - Økt krav til ledelse vil kunne bidra til: - å profesjonalisere lederrollen. - at alle klinikkjefer får tilstrekkelig stabsstøtte. - Felles ledelse – bedre frivillig rekruttering/fordeling av personellressurser i hele Trøndelag. - Mulighet til å se ressurser på tvers av avdelingene - lettere å utnytte kapasitet - Krever / skaper profesjonaliserte stabs/støttefunksjoner - Raskere faglige beslutninger - Sterkere faglig gjennomføringskraft der det ligger til rette for det, felles faglig tenkning og bidra til å opprettholde faglig kompetanse også på mindre enheter - Kan gjøre det enklere å opprettholde kompetanse i en stadig mer høyteknologisk og spisset virksomhet - Ny teknologisk hverdag med Skype/video gjør det enklere med ledelse og faglig samarbeid mellom ulike geografiske lokasjoner - Gevinster kan hentes på områder hvor man ikke er - Økonomisk styringslogikk - Felles prosedyrer og retningslinjer - Bedre forutsetninger for å jobbe med å redusere uønsket variasjon - Bedre grunnlag for spesialisering - Læring mellom enheter - Bedre forutsetninger for spredning av innovasjon. - Økt mulighet til strategiske analyser og oppfølging (kapasitet, kompetanse og brukeropplevelser + styringsverktøy) - Beslutningsstruktur rundt Helseplattformen kan forenkles.
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt	- Riktigere lønns- og arbeidsvilkår som bidrar til å utvikle og beholde personell. - St Olav anses som «et av sykehusene våre» også i Nord-Trøndelag - Krav om effektivisering vedvarer
Hvordan vil en sammenslåing påvirke	- Lange ledelseslinjer - Flere geografiske lokalisasjoner med ulike kulturer

Negativt	- Utfordrende å få til gode involveringsprosesser - Ledere vil initielt gi mindre tilgjengelighet for ledere (kan utvikle team omkring lederne). - Lokal tilknytning/lojalitet - lange lederlinjer / avstand til beslutninger, dårlig «tilgang» på leder. - Tilstrekkelig nærvær for reell beslutningstaker er en suksessfaktor – vanskeligere jo større og jo mer spredt org. - Lederspennet blir så stort at du som leder ikke greier å få alle miljø til å gå i takt. «Glavalag - effekten» - Større lederspenn og mer krevende lederoppgaver kan gjøre det vanskeligere å rekruttere aktive klinikere til lederposisjoner i sykehuset. Spesielt negativt for univ.sykehuset med flat struktur - Avstand til leder både fysisk og organisatorisk Mer krevende å bygge en felles ledelseskultur. - Større behov for koordinering - Mer topp-tunge organisasjoner - Harmonisering/like regler/vilkår kan samlet være fordyrende. - Flere ledernivåer. Mer kompleks ledelse. Økt krav til ledelser. - Krever mye ledelseskapasitet. - Krevende medvirkning ved ledelse. - Smådriftsfordelene med kontakt/samarbeid på tvers av klinkker og enheter lokalt kan svekkes - Vil engasjementet i sykehuset fra lokalmiljøet svekkes?? - Hensiktsmessige lokale tilpasninger vil kunne komme under press.
Kommentar fra arbeidsgruppen	- Lange ledelseslinjer gjør det utfordrende å få med nivåer 4++ uavhengig av geografisk samlokalisering. - En ideell ledelsesstruktur møter mange barrierer og motstand som gjør at det må tilpasses virkeligheten - Som leder må du ville noe, og du må ha en tydelig visjon på hva du vil forbedre eller få til. Det gjenstår spørsmålet om hvordan tilstanden er i dag. Hvilke områder har vi et forbedringsområde? - Konsekvenser for RHF og HMR?
Anbefaling/ konklusjon	- Lederutøvelsen vil bli mer krevende, men mulighetsrommet øker også, spesielt innen fagutvikling - Fells prosedyrer og felles faglig ståsted gjør at man stoler på vurderinger og undersøkelser fra andre enheter - unngår dobbeltarbeid - Tja

Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur	- Harmonisering av lønns- og arbeidsvilkår i tråd med behovene for regionen. - Felles ledelsesstruktur for å styrke samarbeid mellom foretak og å kunne få med seg de ansatte. - Utvikle kompetanse på ledelse hos de som skal lede for å håndtere større organisasjoner/lederspenn. - Sikre tid til å lede (konkretisering av lederspenn – hva er realistisk). - Forpliktende avtaler om samarbeid om personell (kostnadsdrivende?) - Det går an også i eksisterende struktur å samarbeide bedre om felles prosedyrer, fagutvikling mv. Viktig også mhp Helseplattformen. Felles beslutninger blir noe mer krevende uten felles struktur, men forankringsjobben er jo uansett den samme - Profesjonalisere ledelse kan gjøres. Stabsstøtte (på hensiktsmessig nivå) kan styrkes. - Kan flere klinikker slå seg sammen som bilde? - For å utnytte kompetanse mellom HFene er det viktig at man har god kunnskap til hverandre. En sammenslåing ville sannsynligvis føre til bedre kjennskap til hverandres virksomhetsområde – dette er nok forskjellig fra fagområde til fagområde.
---	--

Sesjon 2, Stedlig ledelse og/eller tverrgående klinikker

Spørsmål som skal besvares:

2.1 Stedlig ledelse skal være hovedregelen ved sykehus har Stortinget og helse- og omsorgsministeren slått fast. Men kravet om stedlig ledelse *«er ikke til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen sørge for at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse»* påpeker Bent Høie i et svar til Ingvild Kjerkholt i april 2019.

En fusjon i Trøndelag vil gi en større organisasjon og kan gi flere ledernivåer

- Det kan gi mulighet til å realisere faglig potensial?
- Kan organisasjonen bli mer krevende å lede pga størrelsen?
- Kan manglende stedlig ledelseskapasitet kan gi mindre personlig ledelse og mer «styring»?
- Hvordan vil en evt fusjon i Trøndelag påvirke utøvelsen av ledelse?

Hvem som blir påvirket?	- Ansatte – direkte - «Alle andre» - indirekte - Samarbeidsparter - Tillitsvalgte / vernetjeneste - Brukerorganisasjoner - Pasienter/pårørende/innbyggere/studenter - Kommuner og primærhelsetjenesten - Fastleger - Den øvrige lederlinja internt i sykehus, internt i foretaket - Helse Midt-Norge RHF som eier - Helse Møre og Romsdal - Utdanningsinstitusjoner - Forskningsinstitusjoner - Politiske organisasjoner/politisk nivå
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?	- Får fokus på organisasjonsstruktur. - Profesjonalisering av ledelse. - Faglig potensial kan bli mer likeverdig/bedre for lokalsykehusene - Sikre faglig kvalitet med roterende personell - Kan dempe motsetninger mellom Namsos og Levanger – storebror STOH som oppmann?

	- Større mulighet for oppgavedeling. - Større mulighet til spesialisering - Styrket gjennomføringskraft - Mulighet til å styre pasientstrømmer bedre. Utnytte fag og personell på tvers. - Felles rutiner og prosedyrer på tvers. - Mulighet for intern kommunikasjon - teknologisk bredere (felles informasjon) - Gir grunnlag for bedre styring, enhetlige prosedyrer, enhetlige prioriteringer, realisere faglig potensial, styrke faglig tilbud på lokalsykehusene. Kan realisere flere faglige forbedringer/mindre uønsket variasjon i kvalitet/tilbud
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt	- Mindre stedlig ledelseskapasitet kan gi mindre personlig ledelse og mer styring. I tilfelle store tverrgående klinikker bør det være lokal avdelingsledelse som er reelle ledere med ansvar og myndighet innenfor kjente rammer - Riktigere lønns- og arbeidsvilkår som bidrar til å utvikle og beholde personell. - Vil ha behov for stedlig ledelse fysisk «på plassen». Alle lokasjoner som ikke er en del av diskusjonen vil bli påvirket av en sammenslåing. Dette må nevnes, selv om det ikke er en del av fokus (spesielt Orkdal og Røros). - Mye avhenger av hvordan linjene fungerer. Når linjene under fungerer godt, vil en ikke etterspørre klinikkjefen og nivået over.
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt	- Kompleks struktur gir kompleks ledelse. Og kanskje flere lederledd og flere ledere. - Vil gi flere ledernivå, behov for mer koordinering. - Stort lederspenn, omfatter mange lokalisasjoner. Krevende i forhold til tilsvarende like mange kulturer. Utfordrende å være overordnet leder mtp kontakt med avdelingene. - Ledere vil initialt gi mindre tilgjengelighet for ledere (kan utvikle team omkring lederne). - Det er ulike strukturer ved STO og HNT (som fungere godt i dag), dette vil være utfordrende. - Blir mer krevende å lede. Trenger tverrgående beslutninger (prosedyrer, kvalitetssystem, faglig utvikling) men også koordinering lokalt – felles sengepost, servicefunksjoner. - Erfaringene fra UNN gir en indikasjon på hva som kan bli utviklingen videre etter en fusjon. Kan gi mer styring og mindre personlig ledelse. - Kan svekke universitetssykehusfunksjonen, både pga ansvar for lokalsykehus og større avstand til HMR - Samarbeid med kommuner/legevakt blir mer krevende - Samhandling med kommuner kan få for stort spenn.

	- Helhetlig samhandling rundt pasient kan drukne i strukturen. - «en kanal inn» for samarbeidsparter kan forsvinne. - Vanskelig å følge med for samarbeidsparter hvem som er tverrgående, og hvem som er adskilt.
Kommentar fra arbeidsgruppen	- Realisere faglig potensial: regionalt fagledernettsverk - Kan organisasjonen bli mer krevende å lede pga størrelse? Ja - Kan manglende stedlig ledelseskapasitet gi mindre personlig ledelse og mer «styring»? ja - Hvordan vil en evt fusjon i Trøndelag påvirke utøvelsen av ledelse?: mere krevende, spes. den første tiden – «energitappende» - tar lang tid. - Utøvelse av ledelse ved en sammenslåing vil endres uavhengig av organisasjonsform. Hvordan avhenger om man går i retning lokal ledelse eller tverrgående klinikker. Øverste ledelse vil uansett få større kontrollspenn og flere eksterne å forholde seg til: lokalpolitikere, stortingsrep, media mv) - Store forskjeller i forhold til størrelse på foretakene. - Modenhet til endring? - Ser ikke problemet med tverrgående klinikker... - "uforholdsmessig mye tid på små enheter..." - Forventningen til ledelse vil være førende for hva du ønsker deg i det neste. - «faglig garantist» er viktig - Ved fusjon/sammenslåing må en ha en stedlig leder av lokalt fagmiljø som har fullmakter og beslutningsmyndighet. En fusjon vil gi mindre frihet til prioriteringer lokalt. God stedlig ledelse er en forutsetning for å lykkes med en sammenslåing. Blir organisasjonen for stor og misnøye med tiltak lokalt gir for mye støy, så vil region og universitetsfunksjonen tape kampen om oppmerksomheten og prioriteringene.
Anbefaling/ konklusjon	- Nei - Ledelsesmessig blir det mer krevende med sammenslåing. - For tidlig / Nei - Flertallet i gruppen anbefaler nei til sammenslåing i forhold til ledelse, størrelse og kompleksitet. Mindretallet anbefaler ja. Viss sammenslåing må en prioritere å sette inn betydelig flere ressurser på ledelse og stab for å lykkes. En sammenslåing vil gi en stor organisasjon som kan bli satt tilbake av lokal støy og misnøye med prioriteringer og endringer, der ledelsen blir bundet opp med å håndtere

	dette. Erfaringer med prosessen ved UNN gjør at en er bekymret for at en øker ressursbruken utenfor de pasientnære områdene. En sammenslåing vil kunne gå fra teoretiske stordriftsfordeler til både relle og kostbare stordriftsulemper.
Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur	- Fagledernetverk gir god erfaringsoverføring – kan styrkes uansett. - Felles rutiner og prosedyrer på tvers (helseplattformen) - Felles henvisingsmottak. - Myndiggjøring og forpliktelse i forhold til fagsamarbeid på tvers. - RHF har styringsmyndighet på en del uansett, bør styringen bli tydeligere? - Prehospital klinikk/akutt og mottaksmedisin det neste som bør være tverrgående? - Må ha en tydelig faglig innfallsvinkel bygd på faktum. Valg av løsning må ha legitimitet og tillit. Kan organisere felles driftsmodell av fagmiljøene innenfor rammen av to foretak (jfr. felles klinikk innenfor billeddiagnostikk).

Sesjon 3, Økonomiske konsekvenser for helseforetak og for foretaksgruppen ved en evt sammenslåing.

- 3.1 Den grunnleggende økonomiske forståelsen er at faste kostnader kan deles på flere pasienter når aktiviteten øker. Gjennomsnittskostnaden per pasient vil da falle. Skal sammenslåingen gi vesentlige kostnadmessige innsparingen må en gjøre endringer i funksjonsfordelingen sier prof. Terje P Hagen (UIO).
- Hvordan kan en evt sammenslåing påvirke økonomien i et nytt felles HF i Trøndelag og i foretaksgruppen?

Hvem som blir påvirket?	- Ansatte – direkte - «Alle andre» - indirekte - Pasienter - kommuner, - hele samfunnet økonomisk, - Andre foretak (trafikk, transport, klima/miljø ved endret lokalisering)
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?	- Unødvendig dobbeltarbeid mhp pasientundersøkelser mv kan bli redusert, men dette bør også kunne oppnås gjennom Helseplattformen eller andre samarbeidsformer - Noen FoU-kostnader knyttet til fagutvikling kan bli noe redusert ved sammenslåing. Samtidig kan det bli noe tyngre prosesser for å endre prosedyrer eller sikre medvirkning - Erfaringene med felles klinikk for bildediagnostikk viser at det for enkelte områder hvor teknologiutviklingen er stor og åpner for at deler av oppgavene er stedsuavhengig kan endel gevinster oppnås - Gevinst fellesfunksjoner – lønn/ HR/økonomi/innkjøp mm - Bedre samhandling, bedre fordeling/«ruting» av pasienter, kan gi økonomisk gevinst. Internt gjestepas. oppgjør elimineres. - Jo større strukturelle endringer innenfor mandatet jo større muligheter for økonomisk gevinst - Læring innad i et større HF kan lettere overføres i stedet for læring fra et HF til et annet. - Internt gjestepasientoppgjør kommer bort. - Ressursutnyttelse i form av fordeling av oppdrag. Styre pasientstrømmen. «Dette tilbudet gis her» - Felles «branding» gir bedre omdømme? - Mulighet til å rendyrke regionalfunksjoner, universitetssykehusfunksjonen på St Olavs.

	- Administrative utgifter - Læring på tvers, f.eks. effektivisering under innleggelse/liggetid (store forskjeller i dag) - Stordriftsfordel ved samordning av funksjoner (akuttfunksjoner - beredskap) - Læring på tvers/idédeling mht drift - Merkevaren St. Olav vil kanskje medføre mindre pasientlekkasje fra Nord til Sør og derav bedre ressursutnyttelse - Mer fleksibilitet for noen kommuner (flere mulige samarbeidsprosjekt for store kommuner) - Faglig økt samarbeid gir bedre drift (pasientforløp, kompetansesetting) - Ved endret funksjonsfordeling bedre ressursutnyttelse/utnyttelse av utstyr, f.eks. CT, MR etc. - Innkjøp/utstyr: stordriftsfordeler
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt	- Noen stordriftsfordeler mhp stabs- og støttefunksjoner (evt klinikkadministrasjon) vil kunne oppnås, men størrelsen på Hfene er allerede så stor at dette er begrenset. - Noen stabs- og støttefunksjoner kan det være mulig å slå sammen og effektivisere uavhengig av foretaksstruktur; Hemit, regional lager, SAP-adm, fakturamottak, Sykehusinnkjøp/ Sykehusbygg mv - Private aktører (avtalespesialister, rehabiliteringsinstitusjoner, helprivate sykehus) - Drift på akutenheter
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt	- Uten funksjonsfordeling er gevinstmuligheten marginale, men risiko i form av fremmedgjøring, avstandsledelse, stordriftulempes er store - Økt byråkratisering, koordinering og behov for avstandsledelse i en svært stor enhet kan øke kostnadene. - Mindre fellesskapsfølelse – i mindre grad vil kunne finne lokale samarbeidsløniger og få lokale tilpasninger - Pukkelkostnader ved sammenslåing vil kunne oppstå - Kan pådra seg «stordriftsulempes»? Kompleks organisasjon. - Potensiell svekkelse av universitetsfunksjonen pga svekket fokus vil kunne redusere bevilgninger. - Omstillingsprosessen er kostbar og langvarig. - For liten pasientflyt til enkelte foretak vil i neste omgang gi rom for diskusjon om hvilke funksjoner en skal ha. - Frykt for at nødvendige midler til å drive foretaket blir redusert - Forskningsfinansieringen kan bli påvirket - Transport av personell og pasient

	- Samfunnsøkonomisk ugunstig mht lengre reisevei ved endret funksjonsfordeling - Reiseutgifter ansatte ved ambulerings - Vanskeligere å gjennomføre effektivisering? - Ekstra ledersjikt - Stab: økt pasientlogistikk, mer kompleks/ressurskrevende styring - Negativt for andre helseforetak i regionen (HMR, Sykehusapotekene) ved økte utgifter i forbindelse med sammenslåing - Større utfordringer mht faglighet/drift
Kommentar fra arbeidsgruppen	- Ressursutnyttelse er viktig, men henger også sammen med pasientenes valg. Hovedstrategi må være å styrke samarbeidet med fastlegene for å sikre fornuftig ressursutnyttelse på alle sykehus - Markedsføring/medieomtale av gode lokale tilbud for å motvirke uønsket fravalg av sykehus - Betingelser strukturelle endringer - Hva vil en sammenslåing bety for fordeling mellom RHFene jfr Magnussen? - Omdømme styrer pasientstrømmen - Ved rendyrking av regionalfunksjoner vil en få politisk støtte i forhold til at nærkommuner mot St Olavs ikke får beholde St Olavs som lokalsykehus. - For å få positiv effekt; kreves omfattende strukturelle endringer - Klart økonomisk fordel for helseforetak ved endret funksjonsfordeling, men ikke nødvendigvis samfunnsøkonomisk ved økt reising
Anbefaling/ konklusjon	- Økonomisk/styringsmessig er det sannsynlig med noe negativ effekt av sammenslåing - Nøytral?
Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur	- Nedleggingen av akuttfunksjonen i Levanger er ikke ønskelig og er utenfor mandat, men vil være eneste mulighet for å oppnå vesentlige økonomiske besparelser. - Påvirkninga av pasientstrømmer mhp markedsføring og samarbeid med fastleger vil være vesentlig for å sikre god ressursutnyttelse i Levanger spesielt. - Bedre samhandling - Driftssamarbeid mht effektivitet, store forskjeller i dag

Sesjon 4, Konsekvenser for foretaksgruppen Helse Midt-Norge inklusiv Helse Møre og Romsdal HF, og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

4.1

Hva blir konsekvensene for balansen i foretaksgruppen Helse Midt-Norge RHF, Helse Møre og Romsdal HF og Sykehusapotekene ved et evt felles HF i Trøndelag?

Hvordan vil St. Olavs kunne utøve sin universitetssykehusfunksjon ovenfor Helse og Møre Romsdal HF i et evt sammenslått Trøndelag?

Hvem som blir påvirket?	- Helse Midt-Norge - Sykehusapotekene - pasienter, brukere, pårørende - Samarbeidspartnere (kommuner, fastleger) - Universitetene - Alle, men mest nivå 1 og 2 ledere - Ansatte – direkte - «Alle andre» - indirekte
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Positivt?	- Kan få bedre innkjøpsavtaler enn HNT har alene. - Enklere omfang på samarbeidsavtaler. - Forskning kan lettere koble på miljøet i Levanger /Namsos (lokal fordel) - Færre enheter å koordinere for HMN - Kan styrke tilliten i befolkningen til gjennomgående kvalitet på tilbudet i Namsos og Levanger (brandingeffekten St Olav) - To HF i stedet for tre HF kan lette faglige og organisatorisk standardisering / funksjonsfordelinger i regionen. - Dras mot mer standardisering og harmonisering og tyngdekraften vil også påvirke Møre og Romsdal. Hvis to samordner seg, vil det tredje på sikt følge etter. - En evt. styrkning av kvalitet i det nye store HF vil kunne «smitte» over på HMR. - På AD nivå, lettere å bli enige ved færre ADer - På sikt: Bra med to foretak i HMN – kan gjør det enklere på mange plan (forskning, kvalitetsstandard osv) - Universitetsfunksjonen vil ligge i et nytt Helse Trlag, og vil påvirke standarden. - Universitetssykehusfunksjonen: Blir bedre forhold for å forske og gjøre kliniske studier, og det kan komme hele

	regionen til gode. Dvs bedre forskning. Større mulighet for befolkningen å delta i kliniske studier. Får større studier.
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Nøytralt	- HMR er nokså stort i seg selv og vil neppe bli en «lillebror» i innkjøp av medikamenter/apotekhandel ved samling til Helse Trøndelag. - Ett foretak mindre for RHF å ivareta eierskap for. - Sammenslåing vil gjøre det nødvendig å se på strukturen for de regionale helseforetakene nasjonalt. Behovet for HMN bør vurderes dersom det bare er 2 sykehusforetak i regionen – gir et nasjonalt spørsmål om RHFenes videre liv - Balansen i foretakessgruppen blir betydelig endret. I dag balanserer HNT og HMR St. Olavs tyngde i Helse Midt-Norge. - Hva skjer med HMR? Vil Ålesund (sørdelen av Møre og Romdal) se mot Helse Vest? Vil påvirke balansen i regionen ytterligere. - Tror det får lite påvirkning på sykehusapotekene. - Pasientene vil få behandling på rett nivå uavhengig av foretaksgrenser. Tillit til at det vil skje også om det gjøres endringer i foretakssammensetning. - Hvis sammenslåing, betyr det at man ikke har behov for et stort RHF? Vil det bety sparte administrative kostnader? Hvilke fagområder er viktig å ha tung støtte på regionalt, hva bør ligge i de store helseforetakene? Må se på fag, økonomi, HR, for eksempel. - RHF-inndelingen kan påvirkes, mot Helse Nord. - Hva med forholdet til Nord universitet? Skal det fortsette som i dag?
Hvordan vil en sammenslåing påvirke Negativt	- Regional risiko: Kan dette føre til at HMR blir splittet mellom Vest og Midt? - HMR er i dag «nest størst» - kan bli «minst». Kjøttvekt i prioriteringer og Ålesunds egenverdi som Stor Midt-Norge - rekruttering kan bli enda vanskeligere i HMR når storebror blir større. - Større oppmerksomhet og oppfattet ansvar fra St Olav knyttet til drift i Levanger og Namsos kan svekke oppmerksomheten mot HMR – St Olav kan tar større ansvar for å hjelpe ved spesialistmangel i Namsos kontra SNR - Forskningsmiljøer i Trondheim får høyere terskel for å koble på miljøet i Ålesund/Volda/Molde/Kristiansund enn «egne rekke» i Levanger/Namsos. - Samarbeidet i regionen kan bli enda vanskeligere – styrkeforholdet mellom St Olav og HMR endres - vender HMR/Ålesund seg i større grad til Bergen eller OUS? - Blir en enda større ubalanse i regionen størrelsesmessig. Bør også Sykehusapotekene i så fall også underlegges St

	Olav – spesielt dersom apotekvirksomhet blir mer integrert i klinikken? - Lokalsykehusdimensjonen i St Olav vil bli relativt større enn i dag, UNN-effekt med svekkelse av region og universitetssykehusfunksjoner med færre publikasjoner mv - Oppmerksomhetsforskyving. Fusjonen blir altoppslukende og universitetssykehusfunksjonen kan bli lidende. Men den må ha minst like mye oppmerksomhet som i dag. Kanskje mer. - Potensiell svekkelse av fokus på universitetsfunksjonen vil kunne ramme HMR. - Utfordrer autonomien og selvråderetten til Helse Møre og Romdal. Får ikke univ.sykehusfunksjonen. - Sentraliserte funksjoner kan bli desentraliserte om HMR blir mere selvstendige pga ønske om å bli likeverdige / selvstendige. - Fokus for STO blir avledet mot NT. - LIS utdanning – tilgjengelighet for Universitetssykehus for HMR, kommer «bak» NT? - Hvis to foretak: Ett blir veldig stort (Trlag). Hva skjer med tyngdekraften? 13500 ansatte vs. 6500 ansatte. Hvis Trlag blir samlet, vil det lett bli situasjoner hvor Møre føler seg overkjørt. - Forskjellige standarder i regionen, ref Birgers innlegg. - Eventuelle faglige konflikter mellom St. Olav/Trlag og HMR vil kanskje eskalere? PET i Ålesund et eksempel. Kompetansemessig og kostnadmessig krevende. - RHF må ta mer tak i faglig uenighet. Kan bli mer aktuelt med to foretak, dersom man ikke blir faglig enig.
Kommentar fra arbeidsgruppen	- Innkjøpsavtale med Sykehusapotekene er i dag med hvert HF. Stor størrelsesforskjell i HFene kan lage skjev konkurranse – felles innkjøp blir nødvendig? - Et par kommuner har allerede meldt overgang fra Møre og Romsdal til Trøndelag. Ytterligere forskyving av kommuner kan påvirke forholdet mellom ST Olav og HMR uansett. - NTNUs virksomhet i Ålesund bidrar til å styrke båndene i regionen - Rollen til RHF bør diskuteres om det blir 2 HF i stedet for 3. - Vil kreve tydelige føringer / avtaler for å sikre at HMR ikke nedprioriteres mtp tilgjengelighet til Universitetssykehus.
Anbefaling/ konklusjon	- Nei – men vi savner representasjon fra HMR til stede i dag - Balansen i regionen tilsier ikke endring

	- Risiko for HMR, det er mulig at det finnes tiltak som bøter på disse - Balansen i regionen blir utfordrende. Kun to foretak, HMR blir minst og har ikke universitetsfunksjon. Hva betyr det for situasjonen i HMR? - To helseforetak påvirker ikke bare HMR, men også RHF-funksjonen, og man må se på hvilke oppgaver som skal ligge der. Vil det være like stort behov for et regionalt helseforetak?
Anbefale endringer som kan gjøres uavhengig av endring i foretaksstruktur	- Hvis sykehusapotekene blir enda mer integrert i klinikken må det vurderes om de fortsatt skal være eget HF uansett. - Samhandling – nettverk. Klarere mandat for forpliktende beslutninger i fagledernetverkene. - Sterkere faglig styring fra RHF på faglig kvalitet og standarder, hvis uenighet. Oppgavefordeling viktig eksempel (eks: ca. mammae)

Sesjon 4, Sikre innføring av Helseplattformen og digitalisering av helsetjenesten.

Helseplattformen AS ble opprettet 1. mars 2019, og har ansvaret for innføring av felles elektronisk pasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge, det vil si helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører. Målet er en mer sammenhengende helsetjeneste for pasienter og ansatte i hele regionen.

Når løsningen tas i bruk ved St. Olavs hospital, i Trondheim kommune og ved to fastlegekontor høsten 2021 som første brukere, er den også ferdig til bruk ved de andre helseforetakene og kommunene. Det er planlagt innfasing i Helse Nord-Trøndelag HF 6 mnd. etter St. Olavs HF, og deretter i Helse Møre og Romsdal ytterligere 6 mnd. senere.

Effektmål for Helseplattformen:

- Høyere behandlingskvalitet – færre pasientskader
- Mindre dobbeltarbeid – data legges inn én gang
- Beslutningsstøtte – redusere variasjoner
- Bedre datagrunnlag for forskning og innovasjon
- Styringsverktøy for bedre ressursbruk
- Bedre samhandling kommune – sykehus - fastlege
- Se hele pasienten – helhetlig vurdering
- Lettere innsyn i egen journal
- Myndiggjøre pasienten – bo lengre i eget hjem

Det er felles oppfatning om at Helseplattformen, slik den er planlagt implementert, vil bidra til betydelig forenkling og harmonisering av informasjonsflyt og pasienthåndtering i helseregionen.

Det ble uttrykt bekymring for at nytten på tvers kommer senere enn ønsket gitt implementeringsplan som forutsetter 12 måneder mellom første og siste HF.

Helseplattformen vil fjerne bindinger til organisasjonsstruktur på litt sikt og er slikt sett uavhengig av en eventuell sammenslåing mellom St. Olavs HF og HNT HF.

Fastlegene

Hvordan få med fastlegene? De har egne systemer i dag, og er stort sett fornøyd med disse. De kan ikke tvinges med, men er involvert i prosjektarbeidet for å sørge for at funksjonalitet i systemet tilfredsstiller fastlegenes ønsker og behov