

SAKSFREMLEGG

Sak 39/11 Framtidig virksomhet ved Orkdal sjukehus

Utvalg: Styret for St. Olavs Hospital HF

Dato: 16.12.2011

Saksbehandler: Gudmund Marhaug

Arkivsak: 10/994

Arkiv:

Innstilling

1. Styret for St. Olavs Hospital vedtar å flytte fødetilbudet fra Orkdal Sjukehus til St. Olavs Hospital i Trondheim.
2. Orkdal Sjukehus skal fortsatt ha døgnkontinuerlig øyeblikkelig hjelp tilbud innenfor kirurgi og ortopedi.
3. Pasienter som trenger operativ behandling på natt og helg unntatt lørdag formiddag får dette tilbudet i Trondheim.
4. Styret ber administrerende direktør arbeide videre med etablering av tilbudet ved Orkdal Sjukehus innen onkologi og palliativ behandling, øre – nese – hals sykdommer, lysbehandling, og avtalehjemmel for øyesykdommer.
5. Styret støtter at det iverksettes forhandlinger med SiO om lokalisering av senger for kommunale intermedier og øyeblikkelig hjelp senger i lokalene til Orkdal Sjukehus.

VEDLEGG

- 1 Utredning og konsekvensanalyse av en endring i fødetilbudet, en samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted og en samlet framtidig bruk av Orkdal Sjukehus. Hovedrapport med vedlegg.
- 2 Risiko og sårbarhetsanalyse for Fødeavdelingen, Øya ved nedlegging av fødetilbudet ved Orkdal sjukehus.
- 3 Konsekvensutredning av forslag om å flytte pasienter som skal opereres på ubekvem tid.
- 4 Oppsummering av høringsuttalelser
Høringsuttalelsene er tilgjengelig [under dokumenter på Styreadministrasjon St. Olavs Hospital HF](#)

SAMMENDRAG

Administrerende direktør legger med dette fram sak om endring av tilbudet ved Orkdal Sjukehus. Endringen innebærer at fødetilbudet foreslås flyttet fra Orkdal Sjukehus til St. Olavs Hospital i Trondheim. Flyttingen er faglig begrunnet. Øyeblikkelig hjelp beredskapen i indremedisin, kirurgi og ortopedi opprettholdes. Pasienter som trenger operativ behandling på natt og helg unntatt lørdag formiddag får dette tilbudet i Trondheim. Det er få pasienter som av den grunn må overføres til Trondheim. Vaktressursene bør i større grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Det foreslås også å opprette tilbud i kreftbehandling, øre – nese – halssykdommer, øyesykdommer og lysbehandling av hudsykdommer ved Orkdal Sjukehus. Dette er sykdomsgrupper med stort pasientvolum og/ eller lange ventelister. Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO) har som intensjon å bruke Orkdal Sjukehus til en øyeblikkelig hjelp og intermedieavdeling. Administrerende direktør ønsker å legge til rette for at intensjonene i Samhandlingsreformen skal oppfylles. Dette vil muliggjøres med desentralisering av tilbud innen kreftbehandling, lysbehandling, øre – nese – hals, øye og tilrettelegging av arealer i Orkdal Sjukehus for Sia. Høringsuttalelser fra kommuner og Brukerutvalget er innarbeidet i saken.

BAKGRUNN

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok 25.6.2010 en strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge i tiden fram til 2020. Som en oppfølging av dette vedtaket fikk administrerende direktør ved St. Olavs Hospital i styresak 39/10 Strategi 2020 - Oppfølging for St. Olavs Hospital HF, i oppdrag å legge fram en utredning om samlet bruk av Orkdal Sjukehus. Utredningen har vært organisert som et prosjekt. Sentralt i prosjektet har vært en utredningsgruppe bestående av representanter fra kommunene i Orkdal Sjukehus sitt opptaksområde, klinikksjefer i berørte klinikker, Orkdal Sjukehus, tillitsvalgte, brukerrepresentant og verneombud. Rapporten er utarbeidet på grunnlag av innspill fra berørte klinikker og bearbeidet i utredningsgruppen i 5 møter.

Det har ikke vært tilstrebet konsensus i gruppen. Et viktig anliggende har vært å svare ut intensjonene i Strategi 2020. Forslaget om å flytte operativ aktivitet på ubekvem tid har vært drøftet i utredningsgruppen. Konklusjonene om å redusere akuttberedskap i kirurgi og ortopedi er trukket av fagdirektør. Tillitsvalgte og en representant fra Orkdal kommune har gitt uttrykk for at de ikke uten videre kan støtte forslaget om redusert akuttilbud i ortopedi og kirurgi.

Saken er lagt fram til orientering og drøfting med tillitsvalgte.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styret for St. Olavs Hospital vedtok i sak 27/11 å sende saken på høring til kommunene i Orkdal Sjukehus sitt opptaksområde inkludert de kommunene som har sluttet seg til Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO), Trondheim kommune og Brukerutvalget.

Det ble vedtatt at saken skal sluttbehandles i Styret for St. Olavs Hospital 16.12.2011.

Spørsmålet om endring i fødetilbudet vil bli oversendt Styret for Helse Midt-Norge RHF til endelig behandling.

DRØFTING

Fødetilbudet

St. Olavs Hospital HF har som mål å gi befolkningen spesialisthelsetjeneste med høy og lik kvalitet uavhengig av bosted. Tilbudet som gis pasientene ved fødeavdelingen ved Orkdal sykehus holder tilfredsstillende standard og drives i henhold til gjeldende forsvarlighetskrav. Nærheten til fødeavdelingen i Trondheim gir imidlertid St. Olavs Hospital HF en mulighet for ytterlig kvalitetsheving og ikke minst å øke sikkerheten for mor og barn. En rapport fra Fødselsregisteret viser at seleksjonskriteriene for fødsler praktiseres svært ulikt i Norge som tegn på at de ikke er lette å etterleve. Dette gir en økt risiko som minimaliseres dersom man samler alle fødende til en større og mer kompetent enhet. Uansett hvor godt seleksjonskriteriene etterleves oppstår det av og til uventede alvorlige livstruende komplikasjoner for mor og/ eller barn etter en tilsynelatende normal graviditet. St. Olavs Hospital HF kan ved fødeavdelingen på Øya i slike situasjoner tilby øyeblikkelig og kompetent hjelp fordi man har et fullt operasjonsteam med gynekologer, anestesiloger og alt støttepersonell på plass i løpet av minutter. Kvinne-barn senteret har også kompetente nyfødteleger og intensivsykepleiere som er spesialister på kritisk syke nyfødte på plass til enhver tid og som i slike situasjoner er på plass på føde eller operasjonsstue.

Noen foretak i Norge kan ikke gå grunn av geografi tilby sine fødende denne type sikkerhet. St. Olavs Hospital HF kan det på grunn av den geografiske nærheten mellom en stor og en liten fødeenhet. Større enheter gir økt sikkerhet. Dette bekreftes av en rapport fra helsetilsynet publisert den 29.11.2011 som konkluderer med at fødeavdelinger med færre enn 1000 fødsler pr. år har flere komplikasjoner og dødsfall hos barnet enn større fødeavdelinger. Det er vanskelig å rekruttere fødselsleger til Orkdal. Dette skyldes blant annet hyppige vakter og stor personlig påkjenning med å stå alene ved eventuelle komplikasjoner. Deler av vaktene dekkes av vikarer. Fødeavdelingen ved Orkdal Sjukehus har ikke et fødselstall som muliggjør et kompetansenivå som tilfredsstillende optimal spesialistbemanning.

Å samle alle fødsler i Sør-Trøndelag gir økt sikkerhet for mor og barn.

Akutt kirurgi og ortopedi

Orkdal Sjukehus har en stor elektiv aktivitet. Både innenfor kirurgi og ortopedi overføres pasienter fra Trondheim slik at den samlede aktiviteten ved Orkdal Sjukehus er større enn det befolkningsgrunnlaget tilsier. Ressursene i sykehuset skal i størst mulig grad utnyttes til aktiv behandling på dagtid. Det foreslås derfor å redusere vaktberedskapen i ortopedi og kirurgi på natt og helg. Kirurgvakt opprettholdes, blant annet for å ivareta indremedisinske

pasienter. I vurderingen er det forutsatt at pasientene som opereres i denne perioden overføres til St. Olavs Hospital i Trondheim uten å øke kostnadene der.

I Nord-Trøndelag er en tilsvarende modell gjennomført med bakvakt i ortopedi lokalisert i Levanger.

Akuttoperasjonene på Orkdal foregår slik det framgår av tallmaterialet i utredningen (side 23) i det alt overveiende på dagtid hvor pasienter behandles innimellom uten at det går ut over planlagte operasjoner eller at akuttpasientene må vente uakseptabelt lenge.

Nye aktiviteter ved Orkdal Sjukehus

Onkologi og palliativ behandling

Dersom en legger til grunn nasjonale tall for kreftinsidens og -prevalens, vil anslagsvis 500 personer med tilhørighet til Orkdal Sjukehus få diagnosen kreft årlig de nærmeste årene. Samtidig vil ca. 4500 personer i samme geografiske område leve med en kreftdiagnose. Moderne kreftbehandling er så vidt kompleks at de fleste pasienter vil ha nytte av kontakt med nivå III-tjeneste en eller flere ganger i løpet av sin sykdomsperiode. Det 'kompetente team' på St. Olavs Hospital – universitetsklinikken – bestående av kirurg, onkolog, billeddiagnostiker og patolog, bør danne stammen i all kreftbehandling. Dette teamet – for hver diagnosegruppe – bør være tilgjengelig for alle pasienter. Dette spisskompetente teamet må ha samarbeid med å være en del av en desentralisert kreftomsorg. Samhandlingsreformen innebærer at pasientene skal utredes, behandles og følges opp så nært hjemmet som mulig. Man mener også at utredning og deler av behandlingen – som cytostatikakurer - samt oppfølging etter endt behandling bør gjøres ved et lokalsykehus med onkologisk kompetanse. Den palliative kreftpasienten bør i stor grad ivaretas gjennom et godt organisert og faglig kompetent tilbud, både på lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten.

Det forventes en årlig vekst innenfor kreftbehandling på 3 %. For 2012 innebærer det en økning i aktivitetsbaserte inntekter på ca. 1 million kroner årlig. Kostnadene ved å etablere et nytt tilbud ved Orkdal Sjukehus beregnes til ca. 3 millioner kroner for 2012 forutsatt helårsvirkning. Den samlede virkningen av tiltaket forutsettes å balansere mellom utgifter og inntekter i løpet av 3 – 4 år.

Øre – nese – hals, hudsykdommer, øyesykdommer og SiO

Det foreslås å opprette tilbud innen øre – nes – hals, hudsykdommer og øyesykdommer ved Orkdal Sjukehus. Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO) foreslår å legge intermediær og øyeblikkelig hjelp senger til Orkdal Sjukehus og å kjøpe personaltjenester av sykehuset. Etablering av et onkologitilbud og et tilbud til pasienter med øre – nes – hals, hudsykdommer og øyesykdommer vil gjøre det mulig å imøtekomme Samhandlingsreformens intensjoner om å utvikle desentraliserte tilbud og økt kompetanse i kommunene.

En etablering av en intermediær og øyeblikkelig hjelp avdeling sammen med LiO i Orkdal Sjukehus sine lokaler antas å medføre en betydelig styrking av helsetilbudet i Orkdalsregionen. Det betyr også at det blir behov for flere stillinger innen de kommunale tjenestene og at bygningsmassen ved Orkdal Sjukehus utnyttes bedre. Realisering av disse planene vil avklares gjennom forestående forhandlinger mellom St. Olavs Hospital og SiO.

Høringsuttalelser:

Administrerende direktør har i denne saken lagt til grunn følgende forutsetninger:

- Kvaliteten på fødetilbudet skal være likeverdig i hele sykehusområdet
- Tilbudet som kan desentraliseres skal innenfor faglige akseptable rammer i størst mulig grad desentraliseres
- Ressursene i sykehuset skal i størst mulig grad utnyttes til aktiv behandling på dagtid
- Det skal legges til rette for at Samhandlingsreformens intensjoner kan oppfylles i Orkdalsregionen.

Utredning og konsekvensanalyse av framtidig bruk av Orkdal Sjukehus ble sendt høringsinstansene som ble anmodet om å svare på følgende problemstillinger:

1. Er det enighet om de fire hovedutfordringene som til grunn for utredningen?
2. Er det andre utfordringer som vurderes som like viktige?
3. Er det enighet om de foreslåtte endringer i tjenestetilbud?
4. Har kommunene konkrete forslag til oppgavedeling/tjenesteorganisering som kan bidra til å løse de målene som ligger i nevnte forutsetninger?
5. Andre tilbakemeldinger

Det har kommet inn høringsuttalelser fra kommuner og Brukerutvalget ved sykehuset. Noen kommuner i Orkdalsregionen har avgitt høringsuttalelse som en del av Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO) sitt høringssvar. I tillegg har noen kommuner sendt egne høringssvar. Fosen DMS IKS har avgitt høringssvar på vegne av sine eierkommuner.

En oppsummering av høringsuttalelsene er vedlagt. Den enkelte høringsuttalelse finnes i sin helhet [under dokumenter på Styreadministrasjon St. Olavs Hospital HF](#).

Fødetilbudet

Høringsuttalelsene gir ulik tilbakemelding på konsekvensene av flytting av fødetilbudet. Flere av høringsinstansene påpeker at følgetilbudet må rustes opp hvis fødetilbudet flyttes.

SiO har på vegne av kommunene svart følgende: *”Regionen er en vekstregion med store avstander og vi trenger et fødetilbud. Vi ønsker at fødetilbudet skal bestå. Hvis fødetilbudet tæs bort krever regionen et kvalitativt faglig robust følgesystem finansiert av helseforetaket.”*

Noen kommuner har svart at flytting av fødetilbudet vil ha liten betydning.

I høringsuttalelsen fra Fosenkommunene uttrykkes det bekymring for tidlig utskriving og at oppfølging av mor og barn etter fødsel blir overført til kommunene.

Administrerende direktør mener at følgetilbudet vil bli godt ivaretatt ved at det inngås avtaler om beredskap for følgetjeneste fra 1.1 2012 etter en to års overgangsperiode. Det økonomiske ansvaret for denne beredskapen er tillagt HF'ene. Det skal inngås avtaler mellom kommuner og sykehus der reisetid til sykehus er mer enn 1 ½ time. Ved en eventuell stenging av Orkdal, vil 5 flere kommuner i Sør-Trøndelag få behov for slik beredskap.

Kompetanseoppbygging for jordmødre og helsesøster i kommunene er et satsningsområde når Samhandlingsreformen trer i kraft. "Rett behandling på rett sted", vil først og fremst være i kvinnenes nærmiljø, da ammeveiledning vil være et minst like stort behov etter utskrivning fra barsel. St. Olavs Hospital har i dag en etablert ammepoliklinikk med stort erfaringsgrunnlag og fagkunnskap. Barselkvinner kan ta direkte kontakt for å få hjelp herfra, eventuelt at helsepersonell i kommunene konsulteres. Det legges opp til kursvirksomhet og annen undervisning for helsesøstre og kommunejordmødre.

Akutt kirurgi og ortopedi

Flere høringsinstanser er negativ til forslaget om å redusere åpningstiden for akutt kirurgi og ortopedi. Kommunene i SiO påpeker at akutttilbudet ikke bør reduseres fordi det etter deres mening vil svekke det faglige grunnlaget for Legevaktsamarbeidet i Orkdalsregionen, (LiO).

Orkdal kommune sier i sitt hørings svar at

"Forutsetningen om at det skal legges til rette for at Samhandlingsreformens intensjoner kan oppfylles i Orkdalsregionen er vi enige i. LiO (legevaktordningen i Orkdalsregionen og SiO (Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen) forutsetter imidlertid et robust og et faglig sterkt sykehus som kan støtte kommunene i gjennomføringen av samhandlingsreformen. Det forutsettes videre at Helseforetaket er med i et spleiselag på finansiering av LiO- og SiOs aktiviteter."

Etablering av nye tilbud

Høringsinstansene enige i at det er positivt å etablere nye tilbud innen medisinsk kreftbehandling, lysbehandling, øre – nese – hals – sykdommer og øyesykdommer. Noen kommuner er skeptisk til at St. Olavs Hospital vil realisere de foreslåtte nyetableringene. SiO sier i sin høringsuttalelse:

"Tilbudet ønskes velkommen. Vi vil ha garantier for at etableringen skjer, når samt innsikt i omfang og økonomisk omfang. Regionen forutsetter at helseforetaket finansierer tilbudet."

Intermediær og øyeblikkelig hjelp senger lokalisert til Orkdal Sjukehus i regi av SiO.

De fleste høringsinstansene gir sin tilslutning til etablering av intermediær og øyeblikkelig hjelp senger lokalisert ved Orkdal Sjukehus. SiO forutsetter at sykehusstilbudet er faglig sterkt og kan støtte kommunene i gjennomføring av Samhandlingsreformen. Det forutsettes også at helseforetaket er med på spleiselag for å finansiere tilbudet.

Andre innspill:

Melhus og Oppdal kommuner er enig i konklusjonene om å flytte fødefunksjoner og redusert åpningstid for ortopedi og kirurgi. Formannskapet i Oppdal kommune mener at disse tjenestene også kunne ha vært organisert som et samarbeid med kommunehelsetjenestene i flere kommuner, f.eks. Oppdal.

Melhus vil at St. Olavs Hospital HF på Øya skal ivareta alle lokalsykehusfunksjonene til innbyggerne i Melhus.

RISIKOVURDERING

Fødetilbudet

Som en del av utredningen utarbeidet Kvinneklubben en risiko og sårbarhetsanalyse for flytting av fødetilbudet fra Orkdal til Trondheim.

Risiko- og sårbarhetsanalyser viser at en flytting av fødested ikke vil medføre alvorlig risiko.

Etter styrebehandling av sak 27/11 har Kvinneklubben utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til kapasiteten ved Fødeavdelingen ved St. Olavs Hospital. Hendelser vurdert til å ha høyt risikoscore er relatert til plassmangel. Ved en reåpning av barseltun vil risikoen reduseres og situasjonen bli akseptabel. Problemstillingen med økt personellbehov på grunn av økt pasientmengde vil i alt vesentlig løse seg ved en overføring av 10 stillinger (jordmor og barnepleier). Det blir nødvendig med en kontinuerlig vurdering om økt personellbehov ut fra fødselstallet. For legene vil overføring av legeressurs være udelt positiv. For barneklubben vurderes effekten av en stenging som faglig positiv, og pasientmengden vil være den samme. Den økte arbeidsbelastningen ved tilstedeværelse på noen flere fødsler i året vil bli en mindre belastning enn å dekke barselundersøkelser ved Orkdal sjukehus.

Konsekvensvurdering av reduksjon av åpningstid for ortopedi og kirurgi.

En overføring av akuttfunksjonen fra Orkdal til Trondheim vurderes som fullt mulig å gjennomføre, både praktisk og faglig.

Det er utarbeidet en konsekvensutredning i henhold til vedtak i styret for Helse Midt – Norge, sak 86/11. Konsekvensutredningen bygger på hovedrapport for utredning og konsekvensanalyse av en endring i fødetilbudet, en samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted og en samlet framtidig bruk av Orkdal Sjukehus. Konsekvensutredningen gir ikke grunn til å vurdere nye sider ved saken.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Tiltak	Driftskostnader i millioner kroner (negative tall = redusert kostnader / økte inntekter)	Investeringskostnader i millioner kroner
Flytting av fødetilbud fra Orkdal til Trondheim	- 8,5	
Endring driftskostnader ved redusert akuttberedskap	- 1,8	
Opprettelse av kreftpoliklinikk ved Orkdal Sjukehus	3 (Gjelder for 2012, se note 1)	
Opprettelse av lysbehandling ved Orkdal Sjukehus	0,5	
Opprettelse av tilbud innen øre – nese - hals	0	
Opprettelse av avtalehjemmel i Øyesykdommer	0	
Etablering av SiO (anslag inntekt husleie)	- 1	
Transportkostnader	0,5	
Ombygning for SiO, lysbehandling og kreftpoliklinikk		2 -3
Sum redusert kostnad / økte inntekter	-7,3	2 -3

--	--	--

1) Den samlede helårsvirkningen av tiltaket forutsettes å balansere mellom utgifter og inntekter i løpet av 3 – 4 år

Endring i personalressurser ved omlegging av drift ved Orkdal Sjukehus.

- Ved flytting av fødefunksjoner fra Orkdal Sjukehus vil 6 jordmorstillinger, 4 barnepleiere 2,5 legestillinger flyttes til St. Olavs Hospital i Trondheim. 7 jordmorstillinger og 3 stillinger for barnepleiere vil bli overtallige.
- Ved avvikling av akutt kirurgi og ortopedi mellom kl 21.00 og 08.00 på hverdager og helg unntatt lørdag formiddager vil 1,3 sykepleierårsverk bli overtallig. Det vil bli frigjort vaktressurser for spesialist i ortopedi.
- Ved opprettelse av tilbud innen medisinsk kreftbehandling vil 2 legeårsverk og 1,5 sykepleieårsverk opprettes.
- Ved etablering av lysbehandling vil 0,5 sykepleieårsverk opprettes.
- Ved etablering av avtalehjemmel i ØNH og øyespesialitet vil det bli behov for sykepleiere. Det forutsettes at spesialisten som innehar hjemmelen vil ansette personell.
- SiO foreslår å kjøpe tjenester fra St. Olavs Hospital i Orkdal ved opprettelse av intermediær og ø.hjelp plasser. Det er anslått 18 stillinger til formålet. Det forventes at dette hovedsakelig er sykepleiere.

Plan for gjennomføring

- Fødetilbudet flyttes fra Orkdal til Trondheim 1.6.2012.
- Akuttberedskapen ved Orkdal Sjukehus reduseres fra 1.3.2012 i henhold til de forutsetningene som framkommer i saksutredning og utredningsrapport.
- Det startes en gradvis oppbygging av et onkologitilbud ved Orkdal Sjukehus i 2012.
- Arbeidet med å etablere øre – nese – halstilbud, lysbehandling og tilbud for øyesykdommer igangsettes primo 2012.

KONKLUSJON

Høringssvarene er ikke entydige i spørsmålet om fødetilbudet bør flyttes fra Orkdal til Trondheim. Flere kommuner, blant dem vertskommunen Orkdal er i mot flyttingen. Administrerende direktør mener at høringsuttalelsene ikke har kommet med faglige innspill som veier tyngre enn det som framkommer i rapporten fra utredningsgruppen, rapporten *Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner* utgitt av Helsedirektoratet og *Helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barselomsorg i Helse Midt – Norge 2012 – 2014*.

Risiko og sårbarhetsanalysen som har vurdert kapasiteten ved fødeavdelingen i Trondheim har konkludert med at det er kapasitet nok ved St. Olavs Hospital i Trondheim til å motta fødende fra Orkdal Sjukehus.

Det skal inngås avtaler mellom kommuner og sykehus om følgetjeneste for fødende der reisetid til sykehus er mer enn 1 ½ time.

Konsekvensvurdering av reduksjon av åpningstid for ortopedi og kirurgi gir ikke grunn til å vurdere nye sider ved saken. Forslaget innebærer å flytte den akutte operative virksomheten på ubekvem tid fra Orkdal til Trondheim. Konsultasjonen med ortopedisk bakvakt vil foregå

med ortopeder i Trondheim. Kompetansen på Orkdal Sjukehus opprettholdes. Innbyggerne i Orkdal Sjukehus sitt opptaksområde vil fortsatt ha et godt og faglig forsvarlig akutttilbud.

I utredningen av den framtidige virksomheten ved Orkdal Sjukehus ble det trukket følgende konklusjoner:

- Det er faglig og økonomisk tilrådelig å flytte fødefunksjoner fra Orkdal Sjukehus (OS) til St. Olavs Hospital i Trondheim.
- Det er mulig å avvikle akutt kirurgi og ortopedi ved Orkdal Sjukehus. Faglige og økonomiske konsekvenser gjør at det ikke anbefales å gjennomføre dette fullt ut. Det er få akutte ortopediske og kirurgiske pasienter som opereres på ubekvem tid, det vil si mellom kl 21.00 og 08.00 på hverdager og helg unntatt lørdag formiddag. Det anbefales derfor å flytte pasienter som skal opereres i den tidsperioden til St. Olavs Hospital i Trondheim.
- Det etableres tilbud innen medisinsk kreftbehandling og palliativ behandling av kreftpasienter.
- Tilbudet innen øre – nese – hals etableres forutsatt at lokaler kan frigjøres og opprustes og at det inngås avtale med privatpraktiserende spesialister.
- Lysbehandling iverksettes. Det må søkes intern finansiering i påvente av avklaring fra Norsk Psoriasisforening.
- Det foreslås at Helse Midt-Norge RHF oppretter en avtalehjemmel for øyesykdommer knyttet til Orkdal.
- SiO ønsker at intermediaær og øyeblikkelig hjelp senger lokaliseres til Orkdal Sjukehus. Dette tas inn i forhandlingene mellom SiO og sykehuset i forbindelse med Samhandlingsreformen. I en eventuell avtale om dette må også faglig og driftsmessig ansvar avklares.

Utredning og konsekvensanalyse av en endring i fødetilbudet, en samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted og en samlet framtidig bruk av Orkdal Sjukehus

Hovedrapport

Dato: 18. 10. 2011

Utkast 8

Innholdsfortegnelse:	
Bakgrunn	4
1.1Sammendrag.....	4
1.2Om Orkdal Sjukehus - aktivitetstall og organisering	9
2 Samling av fødetilbudet på ett sted.....	10
2.1 Utviklingen av fødeinstitusjoner	10
2.2Beskrivelse av dagens drift	11
2.3Vaktberedskap.....	11
2.3Fødeavdeling versus kvinneklinikk.....	11
2.4Faglige konsekvenser	12
2.5Følgetjeneste	13
2.6Fødselsprognoser og fødested	14
2.7Kapasitet	17
2.8Fremtidig bruk	18
2.9Økonomiske konsekvenser	19
2.10Sammendrag.....	20
3.1Beskrivelse av dagens drift av kirurgi og ortopedi.....	21
3.2 Kun elektiv virksomhet innenfor kirurgi og ortopedi.....	24
3.2.1 Faglige konsekvenser for ortopedi.....	24
3.2.2 Faglige konsekvenser for kirurgi.....	25
3.3 Beredskapsmessige konsekvenser	25
3.3.1 Beredskapsmessige konsekvenser for ortopedi ved St.Olavs Hospital i Trondheim	26
3.3.2 Beredskapsmessige konsekvenser for kirurgi	26
3.3.3 Beredskapsmessige konsekvenser for anestesi	27
3.3.4 Beredskapsmessige konsekvenser for indremedisin	27
3.3.5 Beredskapsmessige konsekvenser for ambulanse	27
3.3.6 Beredskapsmessige konsekvenser for legesamarbeidet i Orkdalsregionen	28
3.4Økonomiske konsekvenser	29
3.4.1 Økonomiske konsekvenser for ortopedi	29
3.4.2 Økonomiske konsekvenser for kirurgi	30
3.4.6 Oppsummering av økonomiske konsekvenser	31
3.4.7 Samhandlingsreformen.....	32
3.5 Bruken av aktiv og passiv vakt og beredskap	32
Økonomiske konsekvenser av ordningen:.....	33
3.6 Oppsummering og konklusjon:.....	33
4.1Onkologi og palliativ behandling	34
Det forutsettes at aktivitetsøkning innenfor kreftbehandling som dekker de økte kostnadene med å etablere et nytt tilbud i Orkdal. Denne økningen vil ikke komme i sin helhet i 2012.....Feil! Bokmerke er ikke definert.	
Det forutsettes at aktiviteten ved Kreftavdelingen i Trondheim opprettholdes på samme nivå som i dag. Denne økningen vil ikke komme i sin helhet i 2012. I begynnelsen av 2012 kan påregnes noe lavere aktivitet og derav lavere inntekter.....Feil! Bokmerke er ikke definert.	
4.2Øre – nese – hals tilbud.....	39
4.3Lysbehandling.....	39
4.4Intermediær og øyeblikkelig hjelp senger i regi av SiO.....	42
4.6Arealoversikt – frigjøring av rom til mulige nye aktiviteter	43
4.6.1 Med dagens virksomhet.....	43
4.6.2 Med flytting av Føden til Trondheim	43
5 Rekruttering.....	44
7 Økonomiske konsekvenser.....	44
8 Konklusjoner og anbefalinger	46
Vedlegg 1 – Organisasjonskart	48
Vedlegg 2 – Antall ansatte Orkdal Sjukehus pr. september. 2011.....	49

Vedlegg 3 – Oversikt over vaktssystemet ved Orkdal Sjukehus.....	52
Vedlegg 4 - Oversikt samhandlingsarenaer med kommuner	54
Vedlegg 5 – Aktivitetstall for Orkdal Sjukehus.....	55
Vedlegg 6 - Risiko og sårbarhetsanalyse ved nedlegging av fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus:	57
Vedlegg 7 - Kvalitet – og sikkerhetsanalyse ved nedlegging av fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus:	61

1 Bakgrunn

Styret for St. Olavs Hospital ba i sak 39/10, administrerende direktør om å legge fram en utredning og en konsekvensanalyse av en endring i fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus og en samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted. Det ble også bedt om å utrede samlet framtidig bruk av Orkdal Sjukehus. Saken er en oppfølging av styresak 62/10 i Helse Midt-Norge RHF, Strategi 2020.

Utredningen har vært organisert som et prosjekt. Sentralt i prosjektet var en utredningsgruppe bestående av representanter fra kommunen i Orkdal Sjukehus sitt opptaksområde, klinikksjefer i berørte klinikker, tillitsvalgte og verneombud. Gruppen har hatt 5 møter.

Utredningsgruppens sammensetning:

Gunnar Lysholm	Orkdal kommune
John Ole Aspli	Rindal kommune
Svein Jarle Midtøy	Orkdalsregionen (SiO)
Runa Heimstad	St.Olavs Hospital
Vigleik Jessen	St.Olavs Hospital
Ola Dalsegg Sæther	St.Olavs Hospital
Stein Kaasa	St.Olavs Hospital
Eiliv Brenna	St.Olavs Hospital
Ida Lise Salberg	St.Olavs Hospital
Bjørn P. Bratvik	Brukerutvalget
Gunnar Ludvigsen	Fagforbundet
Geir Tranø	Vernombud
Tore Jyssum	Den Norske Legeforening
Gunnar Konradsen	Norsk Sykepleierforbund
Gudmund Marhaug	St.Olavs Hospital
Tore Jo Nilsen	St.Olavs Hospital

Organisering av akuttkirurgisk beredskap ved Orkdal Sjukehus ble utredet i 2006. Klinikkene har også gjennomgått de samme problemstillingene høsten 2010. Denne utredningen bygger delvis på arbeidet som ble gjort i 2006 og 2010. Oppdatering av tall, innflytting i nytt sykehus og andre endringer er tatt hensyn til og er lagt inn i denne rapporten.

1.1 Sammendrag

Som en del av Strategi 2020 har Helse Midt Norge RHF bedt St.Olavs Hospital om å utrede ett fødetilbud, en samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted og bruken av Orkdal Sjukehus.

Utredningen har vært organisert som et prosjekt. Sentralt i prosjektet var en utredningsgruppe bestående av representanter fra kommunen i Orkdal Sjukehus sitt opptaksområde, klinikksjefer i berørte klinikker, tillitsvalgte og verneombud.

Orkdal Sjukehus er et relativt stort lokalsykehus organisert som den del av St.Olavs Hospital. Befolkningsgrunnlaget for den indremedisinske virksomheten er vel 80.000. Elektive pasienter overføres fra Trondheim til Orkdal. Av den grunn har Orkdal Sjukehus sykehuset en relativt større aktivitet innen ortopedi og kirurgi enn befolkningsgrunnlaget tilsier.

Fødetilbudet

Fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus er faglig forsvarlig. De ansatte ved fødeavdelingen har god kompetanse. Når det anbefales å flytte fødetilbudet fra Orkdal til St.Olavs Hospital i Trondheim er det allikevel først og fremst av faglige årsaker. Risiko og sårbarhetsanalyser i rapporten viser at en flytting av fødested ikke vil medføre alvorlig risiko. Kvalitet og sikkerhetsanalyser viser at en flytting medfører økt sikkerhet og bedre kvalitet for mor og barn ved uventede komplikasjoner og alvorlige hendelser. Selv om seleksjonskriteriene for fødsel i Orkdal følges helt ut vil det på ett eller annet tidspunkt oppstå livstruende komplikasjoner for mor eller barn. Den samlede kompetansen ved St.Olavs Hospital i Trondheim, med blant annet gynekolog og barnelege betyr at beredskapen i kritiske situasjoner er betydelig bedre. Med den relativt korte avstanden mellom Trondheim og Orkdal vil en flytting av fødeavdelingen gi et likeverdig fødetilbud i regionen.

Det er urasjonell bruk av personalressurser å ha en lege på vakt for ca. en fødsel i døgnet. Det er også vanskelig å rekruttere legespesialister til Orkdal. Dette skyldes blant annet hyppige vakter og stor personlig påkjenning med å stå alene ved eventuelle komplikasjoner. Halvparten av vaktene dekkes av vikarer. Dette er uheldig i forhold til kontinuitet. I tillegg utgjør det en betydelig ekstra kostnad.

Nedleggelse av fødetilbudet i Orkdal er i tråd med anbefalingen fra Fagnettverket i gynekologi og fødselshjelp i Helse Midt-Norge. Det imøtekommer også intensjonene i Strategi 2020.

Akutt kirurgi og ortopedi

En overføring av akuttfunksjonen i Orkdal til Trondheim vurderes som fullt mulig å gjennomføre, både praktisk og faglig. Konklusjonen er imidlertid at det ikke er økonomisk forsvarlig å flytte all akutt kirurgi og ortopedi da veksten i ressurser som antas at dette krever, er større enn reduksjonen i ressurser ved Orkdal Sjukehus. Orkdal drives på en kosteffektiv måte ved at driften der er samkjørt for flere fagdisipliner og ledig kapasitet utnyttes effektivt.

Det er få pasienter innenfor akutt kirurgi og ortopedi som opereres på kveld og natt, det vil si mellom kl 21.00 og 08.00 på hverdager og i helg, bortsett fra lørdag formiddag. Det foreslås derfor å redusere vaktberedskapen i disse periodene. Bakvaktfunksjonen i ortopedi i nevnte tidsrom foreslås ivaretatt fra Trondheim. Bakvakt i kirurgi (spesialist) opprettholdes i Orkdal, blant annet for å ivareta indremedisinske pasienter. Pasienter mottas fortsatt for vurdering ved Orkdal Sjukehus. De som vurderes til å trenge operativ behandling før neste arbeidsdag sendes videre til St.Olavs Hospital i Trondheim. Som det framgår av tabellen på side 18 vil dette gjelde svært få pasienter.

Temaet har vært drøftet i utredningsgruppen. Konklusjonene om å redusere akuttberedskap i kirurgi og ortopedi er trukket av fagdirektør. Etter at rapporten er fredigskrevet har det kommet innspill fra utredningsgruppen som viser at forslaget om å stenge operasjonsavdelingen fra kl 21 - 08.00 på hverdager og fra lørdag kl 15 til mandag kl 08.00 kan medføre at den operative aktiviteten vil avsluttes tidligere enn den gjør i dag, noe som vil medføre at noen flere pasienter enn beregnet må overføres til Trondheim. I størrelsesorden 10 pasienter vil bli sendt til ø.hj. gastroscopi i Trondheim med pågående blødning fra mage/tarm og i ustabil forfatning.

I mangel på behandlingsmulighet store deler av døgn/helg vil pasienter med mulig mage/tarmblødning ikke legges inn ved Orkdal Sjukehus i disse periodene, men transporteres videre til St.Olavs Hospital i Trondheim.

I størrelsesorden 5 pasienter vil ha behov for ø.hjelp thorax-dren på vakttid.

For de mest akutte vil Orkdal Sjukehus måtte mobilisere assistent til kirurgen når operasjonssykepleier ikke er på vakt.

Pasienter med emfysem/KOLS må vurderes for innleggelse ved St.Olavs Hospital i Trondheim direkte, når det er kjent fare for pneumothorax. Det anslås at dette vil gjelde ca 10 pasienter i året.

Klinikk for Ortopedi revmatologi og hudsykdommer har gitt tilbakemelding om at innsparing på legesiden ved å redusere akuttberedskap i Orkdal oppveies av tilsvarende økning i legeressurser i Trondheim.

Tillitsvalgte har gitt uttrykk for at de ikke uten videre kan støtte forslaget om redusert akutttilbud i ortopedi og kirurgi på grunn av at det ikke ble konkludert på dette temaet i utredningsgruppen.

Etablering av nye tilbud ved Orkdal Sjukehus

Det foreslås å opprette tilbud innen onkologi, øre – nes – hals, hud og øye ved Orkdal Sjukehus. Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO) foreslår å legge intermedieær og øyeblikkelig hjelp senger til Orkdal Sjukehus. Samhandlingsreformen tillegger kommunene nye oppgaver.

Onkologi og palliativ behandling

Ifølge beregninger fra Kreftregisteret vil antallet krefttilfeller øke med omtrent 30 % frem mot 2020. Nesten 31 000 nordmenn, over 4200 av disse fra Midt- Norge, vil få en kreftdiagnose dette året. Etablering av et tilbud for kreftbehandling vil øke kapasiteten for kreftbehandling ved St.Olavs Hospital. Organisatorisk ser man for seg at to legestillinger og 1,5 kreftsykepleier årsverk legges til Orkdal Sjukehus. Det faglige hovedansvaret for tilbudet ved Orkdal Sjukehus innehas av Kreftklinikken.

Samhandlingsreformen innebærer at pasientene skal utredes, behandles og følges opp så nært hjemmet som mulig. Man mener også at utredning og deler av behandlingen – som cytostatikakurer - samt oppfølging etter endt behandling bør gjøres ved et lokalsykehus med onkologisk kompetanse. Den palliative kreftpasienten bør i stor grad ivaretas gjennom et godt organisert og faglig kompetent tilbud, både på lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten. Etablering av et onkologitilbud vil gjøre det mulig å imøtekomme Samhandlingsreformens intensjoner om å utvikle desentraliserte tilbud og økt kompetanse i kommunene.

Øre – nese – hals tilbud

I Sør-Trøndelag er det behov for å kunne utføre flere operative inngrep innenfor ØNH-området og da spesielt tonsillektomioperasjoner. Det foreslås å leie ut lokaler ved Orkdal Sjukehus til avtalespesialister i øre – nese – hals spesialiteten.

Lysbehandling

Målet er å gi et lokalt behandlingstilbud til mennesker med hudsykdommer. Erfaring gjennom 30 år har vist at UV-lys er en effektiv og enkel behandlingsform for mennesker med psoriasis, atopisk eksem og andre hudsykdommer.

St. Olavs Hospital, ved Hudavdelingen, vil stå for drift av den nye lysbehandlingsenheten ved Orkdal. Egnede lokaler vil bli tilrettelagt ved Orkdal Sjukehus. Pasienter vurderes av lege i forkant av behandling, fortrinnsvis hudlege fra St. Olavs Hospital i Trondheim som er ansvarlig for lysbehandling.

Etablering av avtalehjemmel for øyesykdommer

Det foreslås at Regionalt Helseforetak oppretter en avtalehjemmel for øyesykdommer knyttet til Orkdal. Det er viktig at en eventuell avtalehjemmel for øyesykdommer ved Orkdal Sjukehus utnyttes optimalt i forhold til hva det er størst behov for av øyelegetjenester. Aldersrelatert makuladegenerasjon, AMD, er den hyppigste årsaken til svaksynthet hos eldre. Forutsetningen for å opprette en øyelegehjemmel for avtalespesialist ved Orkdal Sjukehus er at den profileres i retning av pasienter med AMD.

Intermediær og øyeblikkelig hjelp senger i regi av SiO

Samhandlingsreformen tillegger kommunene nye oppgaver. En etablering av en intermediær og øyeblikkelig hjelp avdeling sammen med LiO i Orkdal Sjukehus sine lokaler antas å medføre en betydelig styrking av helsetilbudet i Orkdalsregionen. Det betyr også at det blir behov for flere stillinger innen de kommunale tjenestene og at bygningsmassen ved Orkdal Sjukehus utnyttes bedre. Forslag til endring av tilbud ved Orkdal sjukehus med flytting av fødetilbudet til Trondheim og frigjøring av lokaler og ressurser muliggjør etablering av nye tilbud i Orkdal. Det er ønskelig å sentralisere spesialiserte funksjoner og desentralisere funksjoner som kan og bør desentraliseres. Etablering av et onkologitilbud og et tilbud til pasienter med hudsykdommer vil gjøre det mulig å imøtekomme Samhandlingsreformens intensjoner om å utvikle desentraliserte tilbud og økt kompetanse i kommunene. En etablering av en intermediær og øyeblikkelig hjelpenhet avdeling sammen med LIO i Orkdal Sjukehus sine lokaler vil bety en betydelig styrking av helsetilbudet i Orkdalsregionen. Det betyr også at det blir behov for flere stillinger og at bygningsmassen ved Orkdal Sjukehus utnyttes bedre.

Konklusjoner:

- Det er faglig og økonomisk tilrådelig å flytte fødefunksjoner fra Orkdal Sjukehus til St. Olavs Hospital i Trondheim.
- Det er mulig å utvikle akutt kirurgi og ortopedi ved OS. Faglig og økonomiske konsekvenser gjør at det ikke anbefales å gjennomføre dette fullt ut. Det er få akutte ortopediske og kirurgiske pasienter på ubekvem tid det vil si mellom kl 21.00 og 08.00 på hverdager og helg unntatt lørdag formiddager. Det anbefales derfor å flytte pasienter som skal opereres i den tidsperioden til St.Olavs Hospital i Trondheim.
- Det etableres tilbudet innen onkologi og palliativ behandling.
- Tilbudet innen øre – nese – hals etableres forutsatt at lokaler kan frigjøres og opprustes og at det inngås avtale med privatpraktiserende avtalespesialister.
- Lysbehandling iverksettes. Det må søkes intern finansiering i påvente av avklaring fra Norsk Psoriasisforening.
- SiO ønsker at intermediær og øyeblikkelig hjelp senger lokaliseres til Orkdal Sjukehus. Dette tas inn i forhandlingene mellom SiO og sykehuset i forbindelse med

Samhandlingsreformen. I en eventuell avtale om dette må også faglig og driftsmessige ansvar avklares.

- Det foreslås at Regionalt Helseforetak oppretter en avtalehjemmel for øyesykdommer knyttet til Orkdal.

1.2 Om Orkdal Sjukehus - aktivitetstall og organisering

Orkdal Sjukehus har en stor elektiv aktivitet. Både innenfor kirurgi og ortopedi overføres pasienter fra Trondheim slik at den samlede aktiviteten er større enn det som tilsvarer Orkdal Sjukehus sitt ”opprinnelige” befolkningsgrunnlag.

For indremedisin har Orkdal Sjukehus et opptaksområde på ca. 90 000 mennesker og det representerer ca. 50 – 60 % av den totale driften ved sykehuset. Dette er større enn for eksempel Namsos og Kristiansund.

Orkdal Sjukehus fusjonerte med St. Olavs Hospital i 2004 og har siden den gang hatt felles ledelse med klinikkene i Trondheim. Sykehuset har per i dag ca. 500 ansatte (ca. 400 årsverk) og 96 senger. Organisasjonskart, oversikt over antall ansatte og vaktssystem ligger med som vedlegg 1, 2 og 3.

Sykehuset har mange samhandlingsarenaer med kommunene, drifter LV-sentral, samarbeid om stasjonær legevakt (LiO) og er aktivt med i arbeidet rundt SiO. Se eget vedlegg som viser både nedslagsfelt og samhandlingen med kommunene, vedlegg 4.

Tabell 1: Samlet aktivitet ved Orkdal Sjukehus

	2009	2010	2011 jan – juni
Antall operasjoner	3428	3701	2050
Antall innlagte¹	7819	7471	3720
Antall polikliniske konsultasjoner² (Hvorav Gyn.+ Kir.+ Ort.+ Med.)	146954 19644	137524 20624	75621 10706
(Hvorav Rtg. + Lab. + Fys.)	127310	116900	64915
Antall fødte³	514	428	199

Med dagens aktivitet er operasjonskapasiteten fullt utnyttet og det er små muligheter for økning uten betydelig effektivisering i operasjonsstuelogistikken eller utbygging av ytterligere aktivitet. Se vedlegg 5 for totalaktiviteten ved Orkdal Sjukehus.

2 Samling av fødetilbudet på ett sted

2.1 Utviklingen av fødeinstitusjoner

De første fødeinstitusjonene i Norge ble opprettet tidlig på 1800 tallet, men det var først på 1900 tallet at det ble vanlig å føde på helseinstitusjoner/sykehus. E. C. Dahls stiftelse i Trondheim ble opprettet i 1908 som ledd i den første bølgen av fødeinstitusjoner. Fortsatt foregikk de fleste fødsler hjemme. På 1950 tallet ble det opprettet mange fødestuer på steder med lang reisevei til fødeavdeling, ofte etter initiativ fra kommunene eller frivillige organisasjoner som Sanitetsforeningene og Røde Kors. Orkdal Sjukehus NKS etablerte fødestue i 1936. Tidlig på 60-tallet gjennomgikk fødselsomsorgen en stor endring, godt hjulpet av økonomisk vekst og medisinske fremskritt. Helsemyndighetene ønsket å opprette fødeavdelinger. Fram til 1970 økte antall fødeinstitusjoner til nærmere 200. Egen gyn./fødeavdeling ble etablert i Orkdal i 1978 med 40 sengeplasser.

De siste 40 årene det vært en betydelig sentralisering, og antall fødeinstitusjoner blir færre og færre.

1974	131
1980	97
1990	71
2009	53

1 Viser antall sykehusopphold. Kilde: PAS

2 Kilde: PAS for tallene for Kir, Ort, Gyn, og Med. Tallene inkluderer dagkirurgi. Innliggende pasienter er ikke inkludert.

Kilde: Røntgen. Inkluderer alle polikliniske pasienter.

Kilde: NSL (NonStopLab) for tallene for Lab_ ratoriet. Inkluderer alle polikliniske prøver som er tatt, dvs en pasient kan ha flere prøver.

Kilde: Fysikalsk. Inkluderer alle polikliniske prøver som er tatt, dvs en pasient kan ha flere prøver.

3 Kilde: Fødeprotokoll på Fødeavdelingen. Fødeavdelinge_n var stengt i hhv. 4 og 5 uker sommeren 2010 og 2011.

Skadepoliklinikk: 2009 er 4054 for Kir, Ort og Med samlet og for 2010 er det 3796. Av disse utgjør Ort ca 2500 årlig.

Det er mange årsaker til de siste tiårenes sentralisering. Transport og kommunikasjon blir stadig bedre, med godt utbygde veinett og dermed raskere transporttid til større fødeenheter. I tillegg har det vært en enorm utbygging av prehospitale tjenester. Ambulansetjenesten er godt utbygd, og luftambulanse er en mulighet ved lange avstander eller når det virkelig haster. Rekruttering av helsepersonell er en annen viktig faktor, da det har vist seg å være vanskelig å rekruttere spesialister til små avdelinger med hyppige vakter og lite pasientvolum. En undersøkelse fra Norsk Gynekologisk forening i 2008 tyder på at det blir et betydelig underskudd på spesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp frem mot 2020. Dette skyldes lav utdanningskapasitet, høy avgang av leger som når pensjonsalder, og at yngre sykehusleger ikke er villige til arbeidssituasjoner med hyppige vakter og lange arbeidsuker.

2.2 Beskrivelse av dagens drift

Føde/gyn. avdeling Orkdal har i dag 7 barselplasser, og 2 senger for gynekologiske pasienter. I tillegg er det to tekniske senger (fødestuer). I 2010 var det 428 fødsler, 381 gynekologiske og obstetriske operasjoner, 3992 polikliniske konsultasjoner og 1098 sykehusopphold for gyn. og føde samlet.

Føde/gyn. ved Orkdal bemannes i dag av ca 13 jordmorstillinger og ca 7 hjelpepleier/barnepleierstillinger. Det er 4 legehjemler, men det har ikke vært mulig å få noen leger til å gå 4-delt vakt. Legene går i dag i 6-delt vakt. To av disse arbeider 100 % stilling ved Orkdal, samt en lege i 50 % stilling på dagtid. En lege går vakter på Orkdal og arbeider resterende stilling ved St. Olavs Hospital, Trondheim. Halvparten av vaktene dekkes av vikarer. Det er en utfordring å skaffe vikarer som innehar god faglig kompetanse. Vi har pr. i dag vikarer fra Trondheim, Oslo, Sverige og Island.

2.3 Vaktberedskap

Føde/gyn. er i dag bemannet med tre jordmødre og to barnepleiere på dagvakt. På kveld, natt og helg er bemanningen to jordmødre og en barnepleier. Gynekolog kan egentlig ha hjemmevakt, men ingen av spesialistene bor på Orkanger. De har tilstedevakt til kl. 22 alle dager, og oppholder seg deretter i vaktleilighet på sykehusområdet.

2.3 Fødeavdeling versus kvinneklinikk

I Helsetilsynets utredning nr. 1/97 Faglige krav til fødeinstitusjoner ble en tredeling av fødeinstitusjonene foreslått ut fra kompetansenivå:

Kvinneklinikker:	> 1500 fødsler Tilstedevakt av fødsels- og anestesilege Vaktberedskap av barnelege Nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning Barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte
Fødeavdeling:	>400-500 fødsler Vaktberedskap av fødsels- og anestesilege Nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning Barnelege tilknyttet avdelingen

Fødestuer: > 40 fødsler pr. år

Vaktberedskap av jordmor - ikke gynekolog

Det har vært diskutert om antall fødsler er tilstrekkelig mål på kvalitet i de ulike kompetansenivåene. I 2010 kom Helsedirektoratet med rapporten ”Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner”. I rapporten er antall fødsler utelatt som kriterium for de ulike nivåer. Det er anført en rekke seleksjonskriterier for de ulike nivåer, tilpasset avdelingens kompetanse. Seleksjon og krav til fødeavdeling vil blant annet avhenge av om det er barneavdeling eller ikke.

Orkdal tilfredsstillt kravet til å være en fødeavdeling både ut fra gamle og nye kriterier. Imidlertid er antall fødsler nå så lavt at det nærmer seg grensen for å kunne være en fødeavdeling og ikke en fødestue ut fra tidligere kriterier. Det har tidligere vært utredet eventuell omgjøring av fødeavdelingen i Orkdal til fødestue (2006 og 2008), og man har konkludert med at dette ikke er noe alternativ. Dette er derfor ikke utredet på nytt nå.

Uten barneavdeling vil det alltid være en avveining om hvor kvinnen skal føde ut fra geografi og sikkerhet. Uansett seleksjonskriterier og kompetanse hos jordmødre og spesialister ved Orkdal, vil man ikke unngå at det av og til fødes et sykt barn tiltrengende gjenoppliving og barnelegeekspertise. For et uventet sykt barn vil de første minuttene etter fødsel kunne være avgjørende. Det er en unødig risiko å føde et sted uten barnelegeekspertise når denne finnes 45 minutter unna.

2.4 Faglige konsekvenser

En bredt sammensatt gruppe gjorde RoS-analyse (Risiko og Sårbarhetsanalyse) og KoS-analyse (Kvalitets- og sikkerhetsanalyse) av en eventuell flytting av fødetilbudet fra Orkdal til Trondheim. Analysene er lagt ved som vedlegg 6 og 7.

Arbeidsgruppen besto av:

Jorunn Mediås	personlrådgiver
Runa Heimstad	klinikkisjef
Bjørn Backe	seksjonsoverlege, fødeavdelingen
Gunvor Eikeland	overlege Orkdal
Anne Lise Beversmark	seksjonsleder føden, Trondheim
Marit Granmo	seksjonsleder føden, Orkdal
Hilde Prestmo	jordmor, Orkdal
Eli Kvakland	jordmor, Orkdal & Orkdal (?) kommune
Laila Løfshus	barnepleier, Orkdal
Wenche Berg	kommunejordmor

Analyse vedrørende konsekvens for nyfødt barn er utført i samarbeid med seksjonsoverlege på Nyfødt Intensiv, St. Olavs Hospital, Ragnhild Støen.

Det ble analysert ulike problemstillinger som kan tenkes å få pasient og personellmessige konsekvenser.

Analysene og problemstillingene som ble analysert er vedlagt i sin helhet (vedlegg 6 og 7). De fleste pasientrelaterte problemstillinger som fikk høy risikoscore var relatert til økt pasientmengde i Trondheim, vurdert ut fra dagens bemanning og organisering. Risikoreduserende tiltak vil være å gjenåpne barseltun og oppbemanne grunnbemanning i Trondheim (se avsnitt om kapasitet). For personellgruppen var risiko for negativ effekt relatert til overtallighet for barnepleierne og bortfall av arbeidsoppgaver for jordmødre. For legene var det en stor gevinst i å flytte alle fødsler til Trondheim.

2.5 Følgetjeneste

Fra 1.januar 2010 ble ansvaret for følgetjenesten for gravide overført de regionale helseforetakene. Dette innebærer at kvinner fra kommuner som har lengre reisevei enn 1 ½ time til fødeavdelingen har krav på en vurdering i forhold til behov for følge til sykehus.

I dag har følgende kommuner > 1,5 times reisevei til St. Olavs Hospital, Trondheim:

Oppdal

Frøya

Tydal

Røros

Holtålen

Fosenkommunene(Ørland, Bjugn, Rissa, Åfjord og Roan)

Konsekvensen ved flytting av fødetilbudet fra Orkdal til Trondheim vil bli ytterligere 5 kommuner med reisevei > 1,5 time:

Hemne

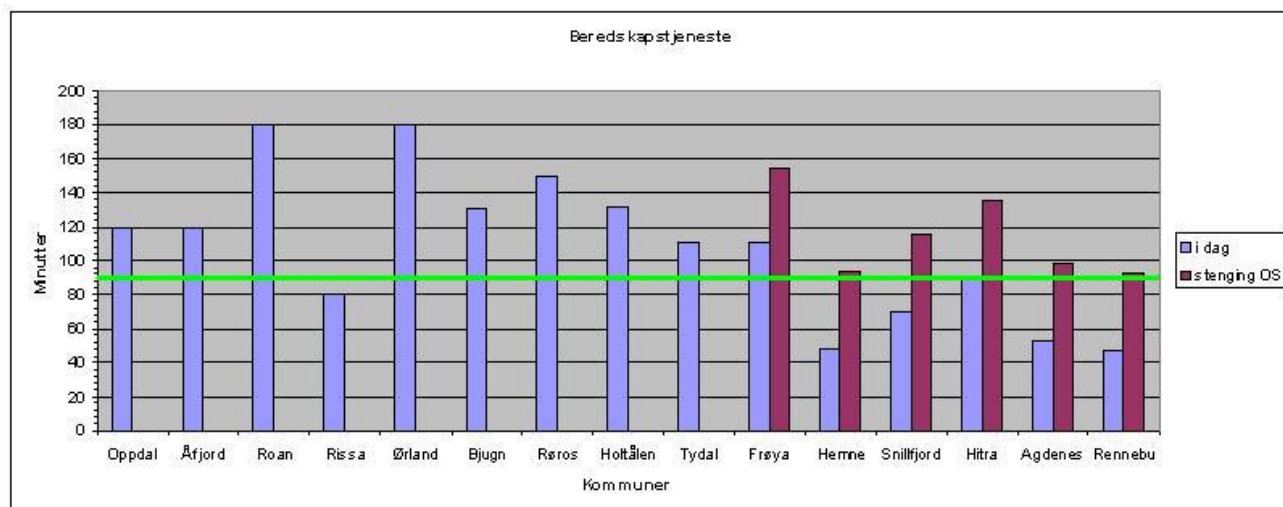
Snillfjord

Agdenes

Hitra

Rennebu

Diagram nedenfor viser oversikt over kommuner med reisevei på mer enn 1,5 time, med og uten stenging av Orkdal:



Det blir i alt vesentlig Hitra og Frøya som vil få betydelig lengre reisevei ved stenging av Orkdal.

Antall fødsler 2010 for kommuner med reisevei > 1,5 time ved stenging av Orkdal:

Snillfjord	11
Hitra	31
Frøya	55
Agdenes	17
Rennebu	24
Meldal	45

2.6 Fødselsprognoser og fødested

Det har de siste to-tre årene vært en trend at pasienter som er hjemmehørende i nedslagsfeltet til Helse Nord-Trøndelag har valgt å føde ved St. Olavs Hospital. Dette gjelder spesielt kvinner fra Værnesregionen, hvor ca. 100 kvinner i 2010 valgte St. Olavs Hospital. Det er i Foretaksprotokoll fra St. Olavs Hospital fra juni i år forutsatt at en aktivt går inn for å styre pasientstrømmen til Helse Nord-Trøndelag, HF. Det har i høst vært arrangert møte mellom ledelsen ved de to HF-ene for å imøtegå dette. Det var også et felles møte nylig med fastleger/jordmødre i Værnesregionen og de to HF-ene som et ledd i dette arbeidet.

Rett til fritt sykehusvalg gjelder også for fødende. Retten gjelder så langt sykehuset har kapasitet. Det er ingen kapasitetsproblemer på St. Olavs Hospital, Trondheim pr. i dag.

Ifølge Statistisk sentralbyrå blir bosettingsmønsteret i Norge stadig mer sentralisert. Denne trenden har blitt sterkere de siste årene og ser ut til å fortsette fremover.

Fødselstall St. Olavs Hospital, Trondheim og St. Olavs Hospital, Orkdal 2003-2010

	St.Olav Øya	Orkdal
2003	2963	572
2004	3033	556
2005	3240	492
2006	3431	456
2007	3393	511
2008	3568	519
2009	3600	514
2010	3818	428

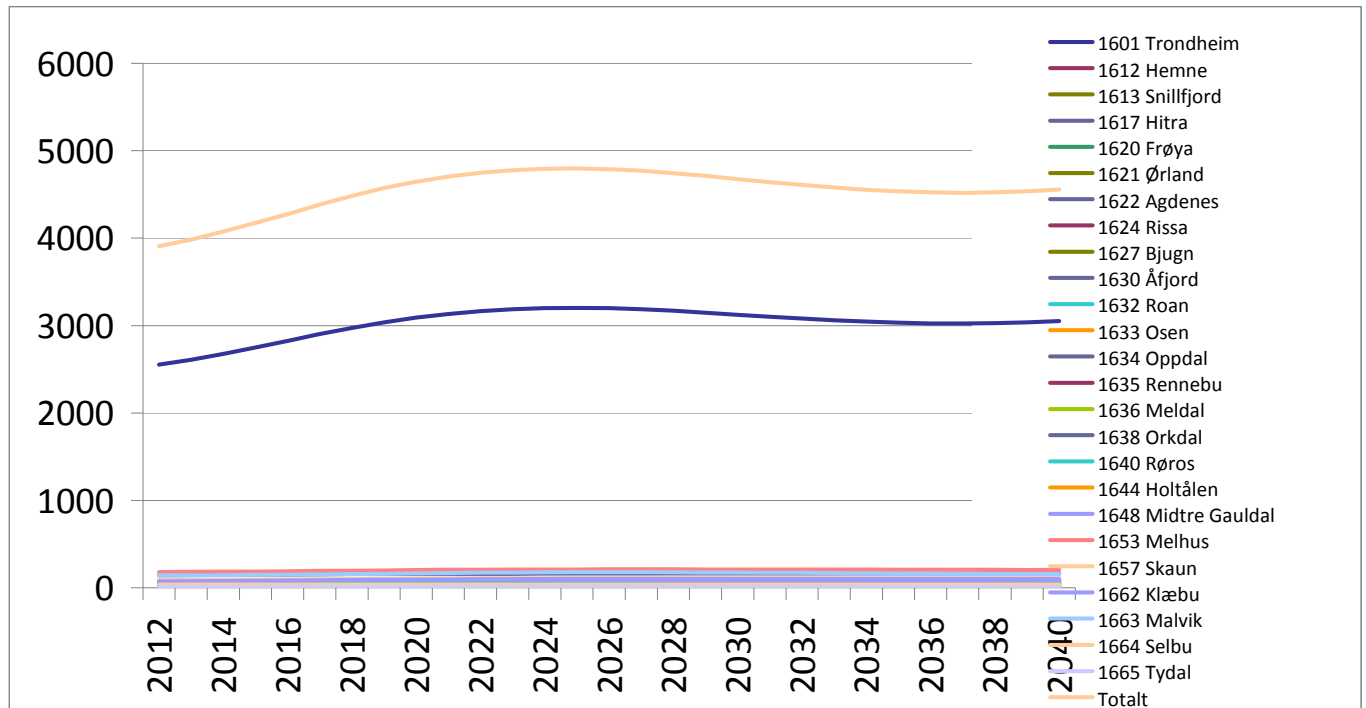
Hovedtrenden er flere fødsler i Trondheim og færre i Orkdal. Det har i aktuelle periode vært 855 flere fødsler i Trondheim, og 144 færre ved Orkdal. I 2007-2009 ble planlagte keisersnitt som tilhørte nedslagsfeltet for Trondheim, hvor det ikke var forventet komplikasjoner, utført ved Orkdal. Dette forklarer hvorfor det i disse tre årene var en forbigående økning i antall fødsler. I 2010 var det sommerstengt i 4 uker ved Orkdal for å kunne avvikle sommerferie, noe som bidrar til reduksjonen i fødselstall.

Prognose fødselstall Sør-Trøndelag, alle kommuner:

År	1601 Tron dhei m	1612 Hem ne	1613 Snillf ord	1617 Hitra	1620 Frøy a	1621 Ørla nd	1622 Agde nes	1624 Rissa	1627 Bjug n	1630 Åfjor d	1632 Roan	1633 Osen	1634 Opp dal	1635 Renn ebu	1636 Meld al	1638 Orkd al	1640 Rørø s	1644 Holtå len	1648 Midt re Gaul dal	1653 Melh us	1657 Skau n	1662 Klæb u	1663 Malv ik	1664 Selb u	1665 Tydal	Total
2012	2555	50	8	47	54	56	18	70	47	27	8	10	75	23	33	142	60	18	76	179	90	74	142	38	8 3908	
2013	2609	50	8	48	55	56	18	72	47	27	8	10	76	24	34	145	62	19	79	182	91	76	142	37	8 3983	
2014	2676	51	8	49	56	57	18	72	48	27	8	9	79	24	35	149	64	19	82	185	93	78	144	37	8 4076	
2015	2748	52	9	51	58	58	18	74	49	27	8	8	81	24	35	151	64	21	85	187	95	80	147	37	8 4175	
2016	2823	53	9	52	59	58	18	76	50	28	8	8	82	24	37	152	65	21	87	190	97	83	150	37	8 4275	
2017	2902	54	9	54	61	59	19	76	50	29	8	8	83	24	38	154	67	21	90	194	99	86	155	37	8 4385	
2018	2973	55	10	56	63	59	19	78	49	29	9	8	84	25	39	156	67	21	92	196	102	89	158	37	9 4483	
2019	3037	55	10	57	64	59	19	80	51	29	9	8	85	24	41	158	67	22	92	199	105	92	161	39	9 4572	
2020	3091	57	10	59	64	59	19	80	50	30	9	8	85	24	41	159	68	22	93	202	107	94	166	39	9 4645	
2021	3133	58	10	59	65	59	20	82	50	31	9	8	85	24	41	160	68	22	93	205	108	96	169	39	9 4703	
2022	3165	58	10	60	65	59	20	82	50	31	9	8	85	24	43	161	69	22	93	207	109	98	173	39	9 4749	
2023	3187	58	10	60	65	59	20	82	49	31	9	8	86	23	43	161	69	22	92	208	111	100	175	39	9 4776	
2024	3200	58	10	60	65	59	20	83	49	31	9	8	86	23	43	162	70	21	91	210	111	101	177	39	9 4795	

I 2025 vil vi ut fra SSB sine estimater ha cirka 4800 fødsler i Sør-Trøndelag, mot 3900 i 2012. Vi må altså forberede oss på en økning på 800 i løpet av knapt 15 år. Den økningen skjer i alt vesentlig i Trondheim, ikke i omkringliggende kommuner.

Prognose fødselstall Sør-Trøndelag, alle kommuner fremstilt grafisk:



2.7 Kapasitet

De siste to år har det i måneder med fødselstopp vært i underkant av 400 fødsler i måneden. Dette tilsvarer et fødselstall på 4800 i året, som er toppestimater til Statistisk Sentralbyrå. Dette har man håndtert med dagens bemanning og sengetall. Det har tidvis vært problematisk med barselplasser, slik at de nyforløste kvinnene har blitt liggende lenger på fødestue før overflytting til barsel enn det som er ønskelig. I forbindelse med nedbemanning har man i Trondheim stengt et barseltun med 7 barselsenger. Det er en forutsetning at dette reåpnes ved flytting av fødetilbud fra Orkdal til Trondheim.

Fødeavdelingen på St. Olavs Hospital er organisert slik at kvinnen kommer direkte til fødestue hvor hun oppholder seg til hun skal flyttes til barselavdelingen. Det er 14 fødestuer i Trondheim, ingen ventestuer.

Oversikten nedenfor viser antall fødestuer og ventestuer (før aktiv fødsel) for de andre kvinneklinikkene i Norge:

Sykehus	Ant fødsler	Ventesenger	Ant fødestuer	Fødsler pr seng
UNN	1500	4	5	167
Haukeland	5000	4-5 (+ OBS)	11	<294-313
A-hus	4200	4	7 (8)	382-350
SUS	4500	(OBS)	10	<450
RH	2000	3	3	333
Ullevål	6500	10	13	283
St Olav	3800	0	14	271

Med et estimert fødselstall på 4800 vil St. Olavs Hospital ha 343 fødsler pr. teknisk seng.

En seng på fødestuen er definert som en teknisk seng. Fordelen med et relativt stort antall tekniske senger (fødesenger), er at de kan brukes til fødesenger eller barselsenger alt etter behov. Dette gir en større fleksibilitet i perioder med mange fødsler.

Behovet for barselplasser er avhengig av fødselstall og liggetid. De senere år har gjennomsnittlig liggetid blitt redusert. Denne utviklingen ser man ved alle store fødeavdelinger i landet. Denne reduksjonen har skjedd uten tiltak i primærhelsetjenesten og uavhengig av reduksjonen i sengekapasitet i forbindelse med flytting til nytt hus på St. Olavs Hospital, Trondheim i 2005. Som tabellen nedenfor viser, var det var like mye reduksjon før 2005 som etter. Liggetida etter normale fødsler er redusert med 45 % i løpet av de siste 13 år. Redusert liggetid etter normale fødsler er altså ikke et uttrykk for dårlig sengekapasitet, men gjenspeiler hvorledes moderne fødselshjelp utvikler seg. Eksempelvis er liggetiden ved Haukeland Universitetssykehus nå 2-0.

Gjennomsnittlig liggetid på St. Olavs Hospital fra 1998-2010:

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
4.5	4.4	4.1	3.8	3.7	3.7	3.5	3.7	3.5	3.3	3.2	3.2	3.1

Mange fødeavdelinger i inn og utland har etablert tilbud om tidlig hjemreise. Dette innebærer at kvinnene reiser hjem 6-36 timer etter fødsel, med avtale om hjemmebesøk av jordmor, barnepleier eller helsesøster de første dagene i barseltiden. Et slikt tilbud er helt i tråd med Samhandlingsreformen. Vi har hittil ikke et slikt tilbud ved St. Olavs Hospital, men er i dialog med Oppdal Kommune og SiO (Samhandlingsreformen i Orkdal) om eventuelt forskningsprosjekter relatert til dette. Tidlig hjemreise krever kompetanse og tilbud om barselomsorg i hjemkommunen, som de fleste kommuner enda ikke har. Ved innføring av et slikt tilbud vil liggetiden kunne reduseres i fremtiden.

2.8 Fremtidig bruk

Det vil være behov for å fortsette med elektiv gynekologisk kirurgi ved Orkdal, selv om fødetilbudet legges ned. De operasjoner som utføres i dag er: TVT, laparascopi, adnex-inngrep, uterusexterpasjoner (abdominelt og vaginalt) samt kolporaphi. Det vil være rasjonelt å fortsette

med disse operasjonene ved Orkdal også i fremtiden. Ved en flytting av fødetilbudet og øyeblikkelig hjelp funksjon for gynekologi, vil det frigjøres operasjonsstuekapasitet.

Mulighet for robotkirurgi er drøftet. Dette er ønskelig, men krever en investering på ca. 20 mill for å kjøpe inn Da Vinci robot. Kapasiteten for roboten på St. Olavs Hospital er begrenset. Den brukes i dag til uterusextirpasjoner ved livmor- og livmorhalskreft i tidlig stadium samt benigne tilstander og ved omfattende endometriose.

Man estimerer et behov for 4 senger i en 5-dagers post for gynekologiske pasienter. I tillegg vil man anta et fremtidig behov for gynekologisk poliklinikk to dager i uken. Det gjøres i dag ca. 900 ultralydundersøkelser av gravide ved jordmor. Det vil være mulig å tilby rutineultral lyd til gravide også i fremtiden.

Kirurgisk aktivitet og tilgang på operasjonsstue må samordnes med kirurgi og ortopedi for å tilpasse aktivitet mot ressurser. Det vil kreves noe pleieressurser til overvåking av dagkirurgiske pasienter. Det forutsettes at gynekologisk kirurgisk aktivitet ikke utløser tilstedevakt av gynekolog.

2.9 Økonomiske konsekvenser

En reåpning av et barseltun med 7 senger vil medføre en overføring av 10 stillinger (6 jordmorstillinger og 4 barnepleierstillinger)

Bemanningsplan vil bli lik hele uken:

Dagtid:	En jordmor og en barnepleier
Kveld:	En jordmor og en barnepleier
Natt:	En jordmor

I tidligere utredninger om Orkdal har man lagt til grunn at det ikke har vært nødvendig å styrke grunnbemanningen på Fødeavdelingen. De siste 4 årene har antall fødsler økt ved St. Olavs Hospital, Trondheim svarende til antall fødende man vil få overført fra Orkdal uten at bemanningen har økt. Tvert imot har man redusert bemanningen på grunn av innsparinger, slik at det i 2005 var 0,59 mnd.verk pr. fødsel og i 2010 0,47 mnd.verk. En anser det derfor nødvendig på sikt å styrke grunnbemanningen på fødeavdelingen med en jordmor på dagtid, kveld og natt. Dette utgjør 5,2 årsverk. Denne bemanningsøkningen er ikke en konsekvens av flytting av fødetilbudet fra Orkdal til Trondheim. Den må håndteres av St.Olavs Hospital uansett.

2,5 legestillinger overføres til Trondheim. 1,5 av disse vil inngå i rotasjon til Orkdal for å betjene gynekologiske operasjoner og poliklinikk. En stilling vil overføres til fødeavdelingen, for å betjene det økte antall fødsler, evt. ha svangerskapspoliklinikk en dag i uken ved Orkdal med en rotasjonsordning. Den største økonomiske gevinsten vil være innsparing av legevikarer.

Helsesekretær og urosykepleier antas å kunne fortsette som i dag.

Det vil ikke kreve noen bygningsmessige investeringer å flytte fødeenheten på Orkdal til Trondheim.

Økonomisk besparelse pr. år:

I dag, antall Jordmor/barnepleier	13/7
- <u>Overføres Trondheim jordmor/barnepleier</u>	<u>6/4</u>
Besparelse	7/3

Legevikarer/vakanser tilsvarende ca. 2 mill

Nettoeffekt: ca. 8,5 mill

I tidligere utredninger om Orkdal har man lagt til grunn at det ikke har vært nødvendig å styrke grunnbemanningen på Fødeavdelingen. De siste 4 årene har antall fødsler økt ved St. Olavs Hospital i Trondheim svarende til antall fødende man vil få overført fra Orkdal uten at bemanningen har økt. Tvert imot har man redusert bemanningen på grunn av innsparinger, slik at det i 2005 var 0,59 mnd.verk pr. fødsel og i 2010 0,47 mnd.verk. En anser det nødvendig å styrke grunnbemanningen på fødeavdelingen i løpet av de nærmeste årene med en jordmor på dagtid, kveld og natt. Dette utgjør 5,2 årsverk og med en estimert kostnad på ca 4,5 millioner kroner.

I beregningen er det ikke tatt inn besparinger på vaktberedskap for operasjons- og anestesipersonell. Dette vil komme i tillegg.

2.10 Sammendrag

Det anbefales å flytte fødetilbudet fra Orkdal til St.Olavs Hospital i Trondheim. Dette er først og fremst av faglige årsaker. De gravide i Orkdalsregionen bør få det samme tilbud om fødselshjelp som kvinner i nedslagsfeltet til St. Olavs Hospital i Trondheim. Risiko og sårbarhetsanalyser har vist at flytting ikke vil medføre alvorlig risiko. Kvalitet og sikkerhetsanalyser viser at en flytting medfører økt sikkerhet og bedre kvalitet for mor og barn ved uventede komplikasjoner og alvorlige hendelser.

Det er urasjonell bruk av personalressurser å ha en lege på vakt for en fødsel i døgnet. Det er vanskelig å rekruttere legespesialister til Orkdal. Dette skyldes blant annet hyppige vakter og stor personlig påkjenning med å stå alene ved eventuelle komplikasjoner. Halvparten av vaktene dekkes av vikarer. Dette er uheldig i forhold til kontinuitet, og er dyrt.

I rapporten "Et trygt fødetilbud" er det påpekt at arbeidsbelastningen er størst ved de største kvinneklinikkene og universitetsklinikkene, og at bemanning både på lege og jordmorsiden her må styrkes. Rekruttering av tilstrekkelig antall spesialister innen fødselshjelp og gynekologi og spesielt subspecialisering av fødselsleger er bekymringsfull i Norge i dag. Vi er forpliktet til å bruke våre spesialistressurser på best mulig måte. Flytting av fødetilbudet fra Orkdal til Trondheim er i tråd med anbefalingen fra Fagnettverket i gynekologi og fødselshjelp i Helse Midt-Norge. Det imøtekommer også intensjonene i Strategi 2020.

En flytting av fødetilbudet fra Orkdal til Trondheim vil medføre en årlig besparelse på ca 8,5 mill.

3 Samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted

3.1 Beskrivelse av dagens drift av kirurgi og ortopedi

Orkdal Sjukehus har i dag 24-timers beredskap for akutte tilstander innenfor fagfeltene kirurgi, ortopedi, anesthesiologi, gynekologi, generell indremedisin og radiologi. Innenfor fagfeltene kirurgi, ortopedi og anesthesiologi har Orkdal Sjukehus en stabil legegruppe. Likeledes er alle spesialsykepleierstillinger innenfor operasjon og anestesi besatt. Sykehuset er en nødvendig del av Gruppe 1 tjenesten for spesialistutdanningen i generell kirurgi ved St. Olavs Hospital.

Det legges til grunn for den videre utredning at det fortsatt er indremedisinsk akuttvirksomhet som vil kreve døgnkontinuerlig anestesiberedskap (lege og sykepleier). Videre at det må være et døgnkontinuerlig primærvaktsystem for å ivareta innlagte pasienter og Skadepoliklinikken.

En eventuell flytting av akutt kirurgi og ortopedi fra Orkdal Sjukehus til Trondheim forutsetter at det ikke er fødetilbud ved sykehuset.

Generelt:

Kombinert kirurgisk / ortopedisk primærvakt (turnuslege eller lege i spesialisering) har ansvar for å motta både ortopediske og kirurgiske pasienter, samt håndtere polikliniske konsultasjoner (syng / gipsing etc) hele vaktperioden. Primærvakten er avhengig av støtte fra bakvakt innefor kirurgi og ortopedi.

På dag- og kveldstid på hverdager utføres vel 500 akuttoperasjoner pr år. Til sammenlikning nevnes at det totalt utføres knapt 6 000 kirurgiske og ortopediske akuttoperasjoner i Trondheim, pr år.

På dagtid i helger utføres årlig ca.100 operasjoner på Orkdal.

Operasjonsavdelingen ved Orkdal Sjukehus har på dagtid ikke ledige stuer eller ortopedier/kirurger, heller ikke ledige operasjonssykepleiere eller anestesisykepleiere. En avkortet beredskapsvakt for operasjonssykepleiere fra kveld til neste morgen vil for én operasjonssykepleier pr. døgn kunne frigjøre 2-3 timer for arbeid på dagtid. Skal ikke elektivt program utgå i Orkdal må de 80 ventende pasientene opereres på ettermiddag/kveld av et team som utnytter stuekapasitet som da er ledig. Dette teamet vil bare delvis kunne bemannes av frigjort tid fra bortfall av beredskapsvakt. Anestesisykepleiere må inngå, og to operasjonssykepleiere må være tilstede.

Ortopedi:

Akutt ortopedi opereres i stor grad om ettermiddagen og kveld når planlagt operasjonsprogram er avvirket. Aktiviteter ved Skadepoliklinikken kommer i tillegg. Ortopedisk vakt opererer i snitt én operasjon på sin aktive vakttid. Ortopedisk vakt utnytter operasjonsavdelingen til akuttoperasjoner på kveld noe mer enn allmennkirurger. Vakhavende ortoped har ansvar for opererte ortopediske pasienter og konsulteres av kirurgisk / ortopedisk primærvakt angående mindre ortopedi på skadepoliklinikk.

Ortopedisk vakt utnyttes således operativt av sykehuset. Allmennkirurgi innbefatter ikke ortopedi, og de underordnede leger i primærvakt (turnusleger og leger i spesialisering) er avhengig av ortopedvakten for å kunne motta innleggelser samt konsultasjoner og skade på poliklinikken.

Ved Orkdal Sjukehus har 10 kommuner plassert sin stasjonære legevakt for Orkdalsregionen (LiO). Legene der håndterer også skadepoliklinikk så langt det er mulig for dem (eks. ikke gipsing, etc.).

Kirurgi:

Kirurgisk klinikk har siden fusjoneringen med Orkdal Sjukehus i 2004, jobbet aktivt med å integrere Orkdal i driften. I 2008, 2009 og 2010 ble henholdsvis 938, 771 og 886 pasienter oversendt til Orkdal Sjukehus.

All elektiv laparoskopisk gallekirurgi og benign prostatakirurgi med laser ved Kirurgisk klinikk utføres i dag kun ved Orkdal. Det opereres i dag en del pasienter med tykktarmskreft og blærekreft ved Orkdal Sjukehus, dette på grunn av kapasitetsproblemer i Trondheim. Majoriteten av brokkoperasjoner og åreknuteoperasjoner utføres også ved Orkdal Sjukehus.

En gjennomgang av resterende pasientgrunnlag ble foretatt i november 2010. Den viser at det ikke er grunnlag for å overføre flere elektive pasienter, dette pga av at det ikke finnes flere store grupper pasienter å overføre som vil gjøre et stort utslag på frigjøring av heldøgnsenger i Trondheim.

I henhold til styringsdokument 2010, har Kirurgisk klinikk startet med fedmekirurgi ved Orkdal Sjukehus. I dag utføres 70 slike operasjoner i Trondheim, behovet er anslått å være ca. 200 pr. år. Fedmekirurgi er godt i gang ved Orkdal Sjukehus og ca. 30 operasjoner er gjennomført per 30. juni 2011. På sikt planlegger man at all nødvendig opptrapping av antall operasjoner vil skje ved Orkdal Sjukehus.

Tabell 2: Antall innlagte fordelt avdeling og andel ø.hjelp pasienter

		2009	2010	2011 jan - juni
Kir.	Innlagte	1317	1386	720
	% ø.hj. (antall)	76 % (1001)	71 % (984)	69 % (497)
	Opr. (innlagt og dagkir)	1248	1244	699
	% ø.hj. (antall)	17 % (212)	17 % (212)	14 % (98)
Ort.	Innlagte	1031	982	526
	% ø.hj. (antall)	70 % (722)	72% (707)	75 % (395)
	Opr. (innlagt og dagkir)	1696	1731	963
	% ø.hj. (antall)	27,5 % (466)	27,1 % (469)	28,5 % (274)
Kir. + Ort. totalt	Innlagte	2348	2368	1246
	% ø.hj. (antall)	73 % (1264)	71 % (1208)	72 % (639)
	Opr. (innlagt og dagkir)	2944	2975	1662
	% ø.hj. (antall)	19,6 % (578)	22,9 % (681)	22,4 % (372)

Kilde: PAS, ISF rapport og OpPlan.

Akutte operasjoner

Operasjon ved Orkdal (ortopedi og kirurgi)

sortert etter operasjonstid ferdig											
2010					2009						
		Tidspunkt						Tidspunkt			
		07.30 - 16	16 - 22	22 - 07.30	Sum			07.30 - 16	16 - 22	22 - 07.30	Sum
Mandag	Kirurgi	19	19	6	44	Mandag	Kirurgi	11	18	5	34
	Ortopedi	34	37	5	76		Ortopedi	28	38	5	71
	Samlet	53	56	11	120		Samlet	39	56	10	105
Tirsdag	Kirurgi	16	7	0	23	Tirsdag	Kirurgi	13	15	4	32
	Ortopedi	40	37	3	80		Ortopedi	29	46	6	81
	Samlet	56	44	3	103		Samlet	42	61	10	113
Onsdag	Kirurgi	17	10	3	30	Onsdag	Kirurgi	16	15	4	35
	Ortopedi	30	30	3	63		Ortopedi	23	45	6	74
	Samlet	47	40	6	93		Samlet	39	60	10	109
Torsdag	Kirurgi	19	12	8	39	Torsdag	Kirurgi	18	11	1	30
	Ortopedi	43	37	2	82		Ortopedi	39	35	1	75
	Samlet	62	49	10	121		Samlet	57	46	2	105
Fredag	Kirurgi	30	12	3	45	Fredag	Kirurgi	20	15	1	36
	Ortopedi	45	34	4	83		Ortopedi	34	28	1	63
	Samlet	75	46	7	128		Samlet	54	43	2	99
Samlet	Kirurgi	101	60	20	181	Samlet	Kirurgi	78	74	15	167
	Ortopedi	192	175	17	384		Ortopedi	153	192	19	364
	Samlet	293	235	37	565		Samlet	231	266	34	531
2010					2009						
		Tidspunkt						Tidspunkt			
		07.30 - 16	16 - 22	22 - 07.30	Sum			07.30 - 16	16 - 22	22 - 07.30	Sum
Lørdag	Kirurgi	13	4	3	20	Lørdag	Kirurgi	12	10	4	26
	Ortopedi	50	14	0	64		Ortopedi	25	16	8	49
	Samlet	63	18	3	84		Samlet	37	26	12	75
Søndag	Kirurgi	11	2	3	16	Søndag	Kirurgi	10	6	3	19
	Ortopedi	46	15	1	62		Ortopedi	33	21	5	59
	Samlet	57	17	4	78		Samlet	43	27	8	78
Samlet	Kirurgi	24	6	6	36	Samlet	Kirurgi	22	16	7	45
	Ortopedi	96	29	1	126		Ortopedi	58	37	13	108
	Samlet	120	35	7	162		Samlet	80	53	20	153

Aktiviteten på natt hverdager og kveld og natt i helgene må betegnes som svært lav, mindre enn 1 operasjon pr. uke.

3.2 Kun elektiv virksomhet innenfor kirurgi og ortopedi

3.2.1 Faglige konsekvenser for ortopedi

Problemstillingen omkring akuttfunksjon og funksjonsfordeling mellom Orkdal og Trondheim har vært behandlet i en utredning fra 2006 og i et notat utarbeidet høsten 2010.

Med referanse til prosesser som foregår i andre helseforetak og faktiske ordninger som eksisterer (for eksempel ordningen for akutt ortopedi i Helse Nord-Trøndelag) kan man ikke si at det på faglig grunnlag er umulig å gjennomføre en samling av all akutt ortopedi i Trondheim. Det er ingen vesentlig avstandsproblematikk og forutsatt at det er en døgnkontinuerlig kirurgisk forvaktfunksjon (turnuslege / LIS lege) vil man kunne yte nødvendig bistand til legevakten i Orkdal og ivareta innlagte pasienter med støtte i ortopedisk bakvakt i Trondheim. Det er imidlertid en rekke øvrige forhold som vanskeliggjør eller taler sterkt mot en slik endring.

Sengekapasitet i Bevegelsessenteret

Overføring av alle akuttinnleggelse vil kreve 8 flere senger i drift i Bevegelsessenteret, og denne sengerressursen er ikke disponibel i dag eller i overskuelig framtid. Dette må løses gjennom innredning av et nytt sengetun (areal er tilgjengelig i "skallet" i 6 etg.).

Traumatologisk kompetanse

En overføring av all akuttortopedi fra Orkdal vil kreve styrking av Traumeseksjonen med en overlege.

Akuttstuekapasitet i Trondheim

Overgang til å drive akuttkirurgien i et akuttsenter har medført en betydelig utvikling i prinsippene for hvordan denne virksomheten ivaretas, blant annet med innføring av "Trafikklys" som prioriteringssystem. Det gjenstår fortsatt betydelige utfordringer knyttet til samhandling og kapasitet ved akuttstuene. Spesielt har man for ortopediske akuttoperasjoner en måloppnåelse i forhold til normert ventetid som er uakseptabelt lav.

På nåværende tidspunkt er det all grunn til sterkt å advare mot å øke belastningen i dette systemet ved å tilføre ca 500 nye operasjoner. Om så skulle skje vil det kreve at man utvider med 1 akuttoperasjonsstue til 4 i alt. En slik utvidelse er ikke fysisk mulig i Akuttsenteret, og heller ikke i Bevegelsessenteret uten betydelig effektivisering i eksisterende drift.

Akutt ortopedi ved Orkdal Sjukehus

Akuttoperasjonene på Orkdal foregår slik det framgår av tallmaterialet i denne rapporten i det alt overveiende på dagtid hvor det tas innimellom uten at det går ut over planlagte operasjoner eller at akutt pasientene må vente uakseptabelt lenge (for eksempel opereres 97,7 % av alle lårhalsbrudd innen 24 timer, og ellers på tidlig vakttid). Akuttoperasjonene på Orkdal bidrar således til at man har en svært effektiv operasjonsstuedrift, at man får en tilfredsstillende faglig

”mix” for ortopedene og øvrig personale samt at befolkningen får sine behov dekket nært sitt lokalmiljø.

Elektiv kirurgi og faglig samhandling mellom Trondheim og Orkdal

Orkdal Sjukehus har i dag en elektiv virksomhet som er større enn lokalgrunnlaget tilsier, det foregår altså allerede en betydelig overføring av elektive pasienter fra Trondheim, spesielt skal nevnes at Orkdal nå har regionens nest største protesevirksomhet etter Trondheim. Det er også en betydelig virksomhet innen dagkirurgi, spesielt skulder og fotkirurgi. Denne virksomheten ivaretas av de faste legene på Orkdal.

Siden fusjonen i 2004 har den faglige integrasjonen i ortopedi mellom Trondheim og Orkdal gått svært langsomt. De siste par år har dette vært i framgang ved at man har fått presisert oppgavefordelingen mellom avdelingene, og til en viss grad fått til bedre kontakt og utveksling av leger. En økt elektiv virksomhet på Orkdal vil medføre at legetjenesten må styrkes, enten gjennom oppbemanning på Orkdal eller ved at legene ”følger” pasientene som overføres fra Trondheim. Slik bemanningssituasjonen er ved de aktuelle seksjoner i Trondheim ansees det siste potensialet som svært lite. Det er også velkjent at man siden fusjonen ikke har kunnet skape et avtalegrunnlag med Legeforeningen for frivillig utveksling av leger mellom Trondheim og Orkdal, senest i forhandlinger våren 2011.

3.2.2 Faglige konsekvenser for kirurgi

Det er sannsynlig at øyeblikkelig hjelp pasienter innlagt ved kirurgisk avdeling i Orkdal i all hovedsak er pasienter med gastrokirurgiske problemstillinger. Som anført ovenfor vil overføring av kirurgiske pasienter tiltrengende øyeblikkelig hjelp i et omfang på ca 1.000 pasienter årlig generere et behov på minst 12 - 15 senger ved Kirurgisk klinikk. Omfanget på ca 1.000 pasienter representerer en økning av antallet øyeblikkelig hjelp på ca 33 % og totaløkning av pasienttilfanget på ca 23 % i hovedsak ved Avdeling for gastroenterologisk kirurgi. Disse pasientene vil også generere en betydelig økning på poliklinikk og gastrolab i form av etterkontroll.

Avdeling for gastroenterologisk kirurgi er i utgangspunktet svært presset på legebemanning hvilket kan dokumenteres. Vår vurdering er at en slik komplett overføring av øyeblikkelig hjelp kirurgisk pasienter nøkternt beregnet medfører behov for ca. 4 nye legestillinger.

Tallmaterialet viser at en komplett overføring av kirurgiske ø-hjelpspasienter utløser behov for ca 220 akuttoperasjoner pr år.

3.3 Beredskapsmessige konsekvenser

Dagens akuttberedskap gir et godt og forsvarlig tilbud til de pasienter som behandles ved sykehuset. Nivået på støttfunksjoner er godt tilpasset driftsnivået, men dagens radiologivaktordning bedømmes lokalt i Orkdal som mangelfull.

3.3.1 Beredskapsmessige konsekvenser for ortopedi ved St.Olavs Hospital i Trondheim

Vaktbemanning

Det er i dag en lege i forvakt (tilstede) om natten, dette ville måtte økes til 2 ved overføring av akuttpasienter fra Orkdal.

Skadepoliklinikken har ikke egen vaktbemanning om natten, men forsørges av ortopedisk forvakt. Selv ved en beskjeden økning av pågang av pasienter om natten vil denne ordningen måtte vurderes, spesielt behovet for sykepleierbemanning om natten.

Det er i dag 2 akuttstuer i drift om kvelden, ved overføring av akuttpatientene fra Orkdal vil det kunne innebære at 3 stuer må holdes åpne. Det vil kunne medføre at man i ortopedisk bakvakt må øke fra nå 2, til 3 overleger.

3.3.2 Beredskapsmessige konsekvenser for kirurgi

Øyeblikkelig hjelp pasienter som legges inn i Kirurgisk Klinikk i Trondheim håndteres pr i dag av et vaktteam bestående av 2 leger i spesialisering hele døgnet og 1 turnuslege på hverdager til kl 21.00. Det har spesielt de to-tre siste årene vært et betydelig problem med periodevis lang ventetid i akuttmottak. Årsaken til dette er blant annet logistikkproblemer og øket krav til pasientdokumentasjon.

Overføring av øyeblikkelig hjelp pasienter på ca 1.000 pasienter medfører mer enn 25 % økning. Det er åpenbart at dette må medføre økning av legeressurser til vaktteamet (f.eks turnuslege på døgnbasis og en lege i spesialisering til på ettermiddag og kveld).

Forutsetninger:

Ved etablering av kun elektiv kirurgisk virksomhet ved Orkdal Sjukehus, gjennom å foreta overføring av all øyeblikkelig hjelp pasienter til Trondheim, er det meget viktig å være bevisst på at alle elektive pasienter forutsetter operasjonskapasitet, mens kun ca. 20 % av våre ø-hjelpspasientene blir operert.

- Ved nedlagt akuttfunksjon innen kirurgi ved Orkdal Sjukehus må Kirurgisk klinikk utvide sengekapasiteten med 12 – 15 senger i Trondheim. Lege- og operasjonssykepleierbemanning må også vurderes i tillegg til bemanning av nødvendige senger.
- Kirurgisk klinikk ser ingen muligheter for å overføre flere elektive pasienter til Orkdal Sjukehus i den størrelsesorden at det vil frigjøre noen heldøgnsenger i Trondheim.
- Ved etablering av kun elektiv virksomhet innenfor kirurgi, ortopedi og gynekologi ved Orkdal Sjukehus må operasjonskapasiteten ved kirurgisk operasjonsavdeling vurderes særskilt.

3.3.3 Beredskapsmessige konsekvenser for anestesi

Anestesiolog:

Med døgnåpent sykehus for elektive og akutte indremedisinske pasienter trengs samme anestesilegedekning som tidligere. Anestesilege i vakt må ha mulighet til å få kvalifisert hjelp til å håndtere vanskelige luftveier, noe som blir like aktuelt som tidligere i akuttmottaket og ved KOVA/intensivavdelingen. Mange indremedisinske pasienter behandles med respirasjonsstøtte via maske eller endotracheal intubasjon. Dette i tillegg til beredskap for akutt behandlingsstøtte ved sirkulasjonssvikt og alvorlige infeksjoner.

Anestesisykepleier:

Det er bare anestesisykepleier som kjenner prosedyrer og hjelpemidler for kompliserte luftveier og kan assistere anestesilegen. Dette er nødvendig hele døgnet i overensstemmelse med Norsk standard for anestesi. Anestesisykepleier tilkalles videre hele døgnet til legging av intravenøse tilganger.

Øvrige personale:

Et spesielt problem blir indremedisinske pasienter med luftveisproblematikk som astma, emfysem og KOLS, som under innleggelse eller behandling får påvist pneumothorax. Dette skjer ca.10 ganger pr. år, men krever ofte umiddelbar intervensjon. De må kunne få innlagt thoraxdren i Akuttmottak eller på Operasjonsavdelingen. Det er derfor nødvendig med kirurgisk kompetanse på døgnbasis til dette, og kirurgen må ha én operasjonssykepleier som assistent.

3.3.4 Beredskapsmessige konsekvenser for indremedisin

Den indremedisinske aktiviteten ved Orkdal Sjukehus er stor. Med ca. 7500 innleggelser totalt ved sykehuset i 2010, er ca. 4 300 (57 %) av disse indremedisinske pasienter.

Medisinsk klinikk forutsetter at det må være følgende funksjoner tilgjengelig ved sykehuset på døgnbasis for å drive akutt indremedisinsk virksomhet ved Orkdal Sjukehus:

- 1 Kirurgi ("bløtkirurgi", ikke ortopedi)
- 2 Radiologisk service
- 3 Anestesiologisk service
- 4 Laboratiemedisinsk service

Medisinsk klinikk mener at det ut fra aspektene kvalitet og pasientsikkerhet ikke er adekvat å drive akutt indremedisinsk behandling uten å ha kirurgisk spesialistkompetanse tilgjengelig på sykehuset. Selv om dramatiske situasjoner er sjeldne, vil det kunne oppstå kliniske problemstillinger der rask inngripen fra kirurg er helt nødvendig for å drive forsvarlig medisin.

Rekruttering av indremedisinske overleger vil bli meget vanskelig dersom sykehuset ikke har andre akuttfunksjoner.

3.3.5 Beredskapsmessige konsekvenser for ambulanse

Tjenesten i Orkdal har kapasitet til å utføre flere oppdrag enn i dag.

Fra 2013 er det planlagt å øke antallet 2-bårebiler i Trondheim noe som vil styrke kapasiteten. Tiltaket krever godkjenning fra HMN.

Ved stor aktivitet på natt må turnus vurderes fra døgnet til 3 skift, men det er fortsatt god margin med bare 0,5 oppdrag i snitt pr. natt pr. bil i Orkdal.

Pasienttransport

Omlagging av elektiv virksomhet fra Orkdal til Trondheim vil utløse økt behov for pasienttransport (egentransport, offentlige transportmidler og drosje). Kapasiteten vil neppe være et problem, men vil medføre endringer i tidsbruk for pasienter/pårørende og utgiftsnivået til tjenestene. Beregninger kan vanskelig gjennomføres før det er besluttet hvilke behandlingstilbud som eventuelt berøres, ref. hud og kreft.

Akuttmottak

Akuttmottaket ved St. Olavs Hospital i Trondheim har ikke ressurser på nåværende tidspunkt til å ivareta en overtakelse av øyeblikkelig hjelp funksjonen fra Orkdal Sjukehus. I Trondheim har man i dag lange oppholdstider for pasientene på grunn av begrenset tilgang av legeressurser og beleggsituasjonen i sykehuset. I 2010 var det ved Orkdal Sjukehus ca. 6300 øyeblikkelig hjelp innleggelser og ca. 3800 konsultasjoner ved skadepoliklinikken (derav 2500 ortopediske). Skadepoliklinikken er beskrevet under ortopedisk klinikk.

3.3.6 Beredskapsmessige konsekvenser for legesamarbeidet i Orkdalsregionen (LIO)

SiO har gitt følgende tilbakemelding på flytting av akutt ortopedi og kirurgi til Trondheim:

Når det gjelder ortopedi er det svært ofte skader som LiO-legene ikke kan håndtere og må sende videre til vurdering, eventuelt diskutere med vakthavende lege som ofte er mer oppdatert i faget. Røntgenbilder er noe leger i allmennpraksis ikke vurderer og derfor må disse ses sammen med bakvakt.

Ved nedleggelse av akuttfunksjonen vil vel i første omgang neppe turnustjenesten bli godkjent for halvåret i kirurgi/ortopedi ved Orkdal Sjukehus lengre.

Det må tas røntgenbilder som skal vurderes i Trondheim, noe som for LiO vil ta uforholdsmessig lang tid og sannsynligvis føre til at pasientene må sendes til Trondheim.

Når det gjelder akutt bløtkirurgi vil det nok også føre til at mange "unødvendige" pasienter sendes til St. Olavs Hospital i Trondheim.

Med vår førstevurdering og kirurgisk oppsyn kan for eksempel blindtarm og stenpasienter bare observeres over natten, men dette er ikke alltid enkelt og det er en stor fordel med kirurg på stedet som bakvakt.

Akutte alvorlige kirurgiske tilstander kan også stabiliseres på stedet ved kirurg/ortoped tilstede, før eventuell videresending til St. Olavs Hospital i Trondheim.

En av fordelene med LiO er det tette samarbeidet med legespesialistene ved Orkdal Sjukehus. Dette samarbeidet var en av forutsetningene for etableringen av LiO ved Orkdal Sjukehus.

3.4 Økonomiske konsekvenser

De økonomiske kalkylene tar utgangspunkt i aktiviteten for 2010 og fram til og med juni 2011. ISF-inntekt er ikke medregnet som verken negativt eller positivt tall. Det forutsettes uendret inntektsnivå ved flytting av akuttfunksjoner fra Orkdal til Trondheim.

Høsten 2010 ble det utredet konsekvenser for driften i Trondheim ved flytting av all akuttvirksomhet fra Orkdal til Trondheim. Oppsummert viser disse utredningene at man i kirurgi ville ha behov for 12 senger og i ortopedi ville ha behov for 8 -10 senger for å ivareta volumet av akutt pasienter. Sett bort fra begrensninger i forhold til operasjonskapasitet på Orkdal ville man neppe finne nok egnede innlagte elektive pasienter som kunne flyttes til Orkdal for å frigjøre senger. Sengebehovet ville utløse innredning av skall og betydelige investeringer.

3.4.1 Økonomiske konsekvenser for ortopedi

Økning i driftskostnader

I tidligere utredninger er det antydnet en innsparing på 200 000 i reduserte vaktkostnader ved bortfall av bakvakt på Orkdal. I den store sammenhengen er dette et beskjedent beløp, men den lokale effekten i forhold til å beholde og rekruttere leger tilsier at et slikt bortfall av vaktlønn vil måtte kompenseres.

Andre innsparingseffekter er vanskelig å se.

Kostnadsbildet ved en overføring av akuttpasientene fra Orkdal til Trondheim skisseres i følgende tabell:

Overlege Traumatologi	1,2 mill kr
Styrket forvakt om natten	1,0 mill kr
Drift av 8 senger i Trondheim, med tilsvarende reduksjon på Orkdal Sjukehus, økning i pleiefaktor når senger flyttes over til St.Olavs Hospital, Trondheim.	1,5 mill kr
Bemanningsstue 1 akuttoperasjonsstue*	4,1 mill kr
Økt årlig driftskostnad	7, 8 mill kr

**Samme økning er oppført under kirurgi- Eventuelle synergier kan foreligge gjennom at akuttstuen drives som en fellesressurs i Trondheim, men i og med at økningen antagelig må ivaretas i hhv Gastroenteret og Bevegelsessenteret er dette vanskelig å anslå og krever analyser som går utover rammene for denne utredningen.*

Oppstillingen er et estimat som ikke tar hensyn til følgeeffekter knyttet til støttefunksjoner så som anestesi, lab., sterilsentral etc.

Investeringsbehov

Dersom en ikke frigjør sengekapasitet i Bevegelsessenteret og må innrede 1 sengetun i "skall" i Bevegelsessenteret, er investeringskostnaden ved dette anslått til 15 millioner kroner.

3.4.2 Økonomiske konsekvenser for kirurgi

Kirurgisk klinikk har foretatt en vurdering av hvilke endringer en overflytting av alle øyeblikkelig hjelp pasienter til Trondheim vil medføre:

• Drift av 12 – 15 senger i Trondheim, med tilsvarende reduksjon på Orkdal Sjukehus, økning i pleiefaktor når senger flyttes over til St. Olavs Hospital i Trondheim	2,4 mill kr
• Økning med 1 stk operasjonsteam på ettermiddag ved akuttstuene	4,1 mill kr
• Økt legebemannning	5,5 mill kr
Samlet kostnadsøkning	12,1 mill kr

Her er det forutsatt ingen endring knyttet til driften av vår operasjonsavdeling på Orkdal.

Oppstillingen er et estimat som ikke tar hensyn til følgeefferter knyttet til støttefunksjoner som anestesi, bildediagnostikk, laboratoriet, sterilsentral, poliklinikk etc.

Isolert sett for Kirurgisk klinikk medfører dette en kostnadsøkning på 12,1 mill kr knyttet til endrede premisser for drift av senger og en nødvendig økning av lege- og operasjonssykepleiebemannning i Trondheim.

Ved nedlagt akuttfunksjon innen kirurgi ved Orkdal Sjukehus må Kirurgisk klinikk utvide sengekapasiteten med minimum 12 senger i Trondheim.

3.4.3 Økonomiske konsekvenser anestesi og akuttmottak:

En økning på 1700 ø.hjelps pasienter til pasientmottak i Trondheim vil kreve økning i personellinnsatsen som er større enn det en kan forvente å redusere i Orkdal. Det forventes en netto kostnadsøkning på pasientmottak på 2,5 millioner. Antall operasjoner som flyttes er ca 800. Det innebærer i gjennomsnitt en økning på 2 operasjoner pr døgn. For å kunne håndtere dette kreves en 1 ekstra legestilling på dag/kveld, og 2 anestesisykepleiere til styrket akuttberedskap på kveld. I Orkdal forventer en å kunne redusere på aktiv tid vakt. Netto kostnadsøkning anslås til ca. 3 millioner. For postoperativ og recovery forventes økning i Trondheim å tilsvare reduksjon ved Orkdal.

3.4.4 Økonomiske konsekvenser pasienttransport:

Pasienttransport til elektiv virksomhet forutsettes uendret.

For ambulansetransport blir det ingen endring i antall turer som følge av flyttingen av ø-hjelp fra Orkanger til Trondheim. Turene vil imidlertid bli gjennomsnittlig lengre da ø.hjelpspasientene som i dag ankommer Orkdal med ambulanse vil i ny modell bli kjørt til Trondheim i stedet. Det foreligger ikke tall på hvor stor andel av ø.hjelps pasientene som ankommer med ambulanse, men ca 25 % av ambulanseoppdragene (7400 av totalt 29500) klassifiseres som akutt. De 7400 pasientene utgjør ca 20 % av totalt antall ø-hjelpspasienter ved St. Olavs Hospital. Dersom en forutsetter at 20 % av de 2300 ø.hjelpspasientene (1700 ort./kir. og 600 føde/gyn.) ankommer i ambulanse blir økningen i antall kjørte kilometer kun 18000. Stenging av en fremtidig elektiv sengepost for ortopedi og kirurgi i helgene vil kunne utløse noen flere pasienttransporter fra

Orkanger til Trondheim. En anslår derfor en samlet økning i kostnader til pasienttransport på ca. 0,5 mill.

3.4.5 Økonomiske konsekvenser laboratoriemedisin og bildediagnostikk og andre støttetjenester:

Det forutsettes ingen vesenlige endringer i kostnader til disse støttetjenestene. Det forventes at ressursene flyttes fra Orkdal Sjukehus til Trondheim.

3.4.6 Oppsummering av økonomiske konsekvenser

Det forutsettes ingen endringer i samlet inntekter ved St. Olavs Hospital ved flytting av akuttfunksjon innen kirurgi og ortopedi ved Orkdal Sjukehus til Trondheim. Reduserte aktivitetsbaserte inntekter ved Orkdal erstattes av tilsvarende økning i aktivitetsbaserte inntektene ved Trondheim.

Økte driftskostnader Trondheim:

I Trondheim må en øke legekostnadene innenfor kirurgi og ortopedi med til sammen 7,8 millioner. I tillegg må en øke med bemanning tilsvarende 1 akuttoperasjonsstue til 4,1 mill. Merkostnader pleie for flytting av 20 heldøgnsenger til Trondheim utgjør til sammen 3,9 millioner.

Reduserte driftskostnader ved Orkdal Sjukehus:

Ved Orkdal Sjukehus er det kun forutsatt reduksjon i drift av 20 senger ved overføring av all akutt-kirurgi og ortopedi til Trondheim. Det forutsettes ingen reduksjoner i kostnader knyttet til vakt leger eller annen bemanning ved operasjonstuene.

For anestesi og akuttmottak vil flytting av akutt kirurgi og ortopedi fra Orkdal til Trondheim gi en netto kostnadsøkning på ca. 3 millioner. Kostnader til pasienttransport er forventet å øke med ca. 0,5 mill.

Endring driftskostnader ved overføring av akutt kirurgi og ortopedi fra Orkdal:

Overlege Traumatologi, (ortopedi)	1,2 mill kr
Styrket forvakt om natten, (ortopedi)	1,0 mill kr
Økt legebemanning kirurgisk klinikk Trondheim, 4 stillinger	5,5 mill kr
Drift av 20 senger i Trondheim, med tilsvarende reduksjon på Orkdal Sjukehus, økning i pleiefaktor når senger flyttes over til St.Olavs Hospital, Trondheim.	3,9 mill kr
Bemanning 1 akuttoperasjonsstue*	4,1 mill kr
Kostnadsøkning akuttmottak	2,5 mill kr
Kostnadsøkning pasienttransport	0,5 mill kr
Økt årlig driftskostnad	18,7 mill kr

**Begge klinikker har oppført bemanning av hver sin akuttstue. Det er her forutsatt en felles økning på bemanning en akuttstue som drives som en fellesressurs i Trondheim.*

Investeringskostnader:

Overføring av akuttfunksjon innen kirurgi og ortopedi ved Orkdal Sjukehus innebærer isolert sett en flytting av 20 sengeplasser fra Orkdal til Trondheim. Investeringskostnader ved etablering av disse sengene i Trondheim er ikke tatt med i tabellen over. Eventuell investeringskostnad i Trondheim vil avhenge av om en kan frigjøre sengearealer til kirurgisk og ortopedisk klinikk ved å flytte på andre enheter innenfor gastro- og bevegelsessenteret. Muligheter for omdisponering av sengearealer er ikke utredet nærmere. Dersom en legger til grunn at en må investere i nye sengearealer er investeringskostnad for 3 nye sengetun estimert til ca. 27 millioner.

3.4.7 Samhandlingsreformen

Innføring av Samhandlingsreformen fra 1.1.2012 betyr at kommunene må betale 4000 kroner pr dag for inneliggende pasienter som er ferdigbehandlet. Det forventes derfor at antallet ferdigbehandlede pasienter reduseres. Beregnet effekt er en frigjøring av inntil 20 senger ved St. Olavs Hospital i Trondheim. På nåværende tidspunkt er det vanskelig å si om dette lar seg realisere. Et sannsynlig senario er at samhandlingsreformen gjør kommunene i stand til å ta i mot flere ferdigbehandlede pasienter og gjennom forebygging bidra til at pasienter som i dag legges inn i sykehus unngår dette. Den demografiske utviklingen tilsier imidlertid at tilgangen på pasienter fortsatt vil være økende og at frigjort sengekapasitet vil komme til å bli benyttet.

3.5 Bruken av aktiv og passiv vakt og beredskap

Redusert beredskap

Med utgangspunkt i den faktiske aktiviteten kan man sannsynligvis nokså uproblematisk ta bort operasjonsberedskapen om natten på hverdager og kveld og natt i helgene. Hvorvidt man stenger operasjonskapasiteten helt i helgene vil kreve ytterligere vurdering.

Dette vil gi noe økt belastning i Trondheim og medføre noen flere ambulanse og / eller pasienttransporter, men sannsynligvis ikke mer enn at det kan absorberes i eksisterende ressurs.

Forutsetninger for kirurgisk akuttberedskap på ubekvem tid:

For kirurgi må bakvakten være lokalisert på Orkdal hovedsakelig på grunn av vurdering av akutte medisinske pasienter, samt de kirurgiske ø.hjelpspasientene og allerede inneliggende kirurgiske pasienter?

- Kirurgisk akuttberedskap blir i likehet med dagens ordning ivaretatt med overlege i vakt.
- Det skal ikke foretas operasjoner på natt og deler av helg, kun på lørdag ml. kl. 0800-1500.
- Øyeblikkelig hjelp pasienter kan komme til sykehuset hele døgnet alle dager
- Dersom det er behov for operasjon på natt eller deler av helgen der beredskap ikke er tilstede, må pasientene sendes til Trondheim
- Kirurgisk overlege vil være tilgjengelig for vurdering av medisinske pasienter

Forutsetninger for ortopedisk akuttberedskap på ubekvem tid:

I ortopedi er man kjent med at man i Nord-Trøndelag kun har bakvakten lokalisert i Levanger. En liknende modell kan tenkes for Orkdal. Det foreslås derfor at ortopedisk akuttberedskap (overlege i vakt) reduseres og at følgende beredskap etableres:

- Ingen ortoped i vakt ved sykehuset på natt ml. kl. 20 – 08 (følger dagens aktiv og passiv ordning)
- Ingen ortoped i vakt ved sykehuset på helg etter kl. 16 på lørdag (følger dagens vaktordning)
- Øyeblikkelig hjelp pasienter tas imot hele døgnet. Disse må vurderes av turnuslege/ lege i spesialisering på de tider av døgnet der ortoped ikke er tilstede i Orkdal. Vurderinger må gjøres i samråd med ortopedisk overlege i Trondheim. Pasienter som vurderes for operasjon må sendes til Trondheim.
- Turnuslege/ lege i spesialisering vil ha ansvar for de ortopediske pasientene som ligger inne på sykehuset – ortopedisk overlege i Trondheim konsulteres ved behov
- Det er gjort en manuell telling for de 6 første månedene i 2010 på antall pasienter fordelt på dag kveld og natt på skadepoliklinikk.
 - Ut fra disse tellingene utgjør dette:
 - Ca. 2 pasienter på dagvakt lørdag og på søndag
 - Ca. 4 pasienter på aftenvakt lørdag og på søndag
 - Ca. 1 pas. pr. natt i snitt (hverdag eller helg)

Disse pasientene må enten sendes til Trondheim eller vente på behandling. Utgifter til pasientreiser er ikke beregnet. (spørsmål sendt)

For operasjonssykepleiere blir det følgende beredskap:

- Ingen operasjonssykepleiere i vakt ved sykehuset på natt ml. kl. 22 – 08
- Ingen operasjonssykepleiere i vakt ved sykehuset på helg etter kl. 15 på lørdag
- Operasjonssykepleier har ansvar for renhold og sterilisering av utstyr på kveld, natt og helg.
 - Operasjoner må avsluttes 1-2 t før avslutning av dagen for klargjøring av operasjonsstuer og utstyr til neste dag.
 - Kan føre til reduksjon i operasjonsstuekapasitet, blir mindre fleksibel
- Resten av operasjonsteamet (anestesilegen og anestesisykepleier) blir dårlig utnyttet

Økonomiske konsekvenser av ordningen:

Samlet årlig besparelse for legefunksjoner er ca 1 million kroner. For sykepleiefunksjoner den årlige besparelsen ca 800 000 kr.

3.6 Oppsummering og konklusjon:

En overføring av akuttfunksjonen i Orkdal til Trondheim vurderes som fullt mulig å gjennomføre, både praktisk og faglig. Konklusjonen er imidlertid at det ikke er økonomi i å flytte all akutt kirurgi og ortopedi da veksten i ressurser som antas at dette krever, er større enn reduksjonen i ressurser ved Orkdal Sjukehus. Orkdal drives på en kosteffektiv måte ved at driften

der er samkjørt for flere fagdisipliner og ledig kapasitet utnyttes effektivt. Det er få pasienter innenfor akutt kirurgi og ortopedi på kveld og natt, (mellom kl 21.00 og 08.00) og i helg, bortsett fra lørdag formiddag. Det foreslås derfor å redusere vaktberedskapen i disse periodene. Ortopedvakt i nevnte tidsrom avvikles. Operasjonssykepleierberedskapen avvikles også i denne perioden. Kirurgvakt opprettholdes, blant annet for å ivareta indremedisinske pasienter og egne kirurgiske pasienter. I vurderingen er det forutsatt at pasientene dette gjelder kan overføres til St.Olavs Hospital i Trondheim uten å øke kostnadene. Dette dreier seg om ca 130 pasienter og 500 liggedøgn pr år.

Den økonomiske konsekvensen av tiltaket er en besparelse på ca 1,8 millioner kroner.

4 Framtidig bruk av Orkdal Sjukehus

4.1 Onkologi og palliativ behandling

Bakgrunn:

Det lever over 190 000 mennesker i Norge som har, eller har hatt, kreft. Antallet nye årlige tilfeller er om lag 25 000.⁴ Ifølge beregninger fra kreftregisteret vil dette øke med omtrent 30 % frem mot 2020. Nesten 31 000 nordmenn, over 4200 av disse fra Midt- Norge, vil få en kreftdiagnose dette året.⁵

Kreftklinikken St. Olavs Hospital har et ansvar for den onkologiske kreftomsorgen i hele Helse Midt-Norge. Kreftklinikken har vært sentral i etableringen av Kreftavdelinga Helse Sunnmøre HF og ved etableringen av et onkologisk tilbud ved Sykehuset Levanger HF. Sistnevnte ble etablert høsten 2010 gjennom en tidsbegrenset avtale som dekket minimumsbehovet med en spesialist i onkologi to dager per uke og med en spesialist i palliativ medisin en dag per uke. Ordningen er overtatt av Sykehuset Levanger gjennom opprettelsen av to overlegestillinger, en i onkologi og en i palliasjon, i Levanger i siste halvdel av 2011.

St. Olavs Hospital HF, Orkdal Sjukehus har lokalsykehusfunksjon for ca. 90 000 personer. Dersom en legger til grunn nasjonale tall for kreftinsidens og -prevalens, vil anslagsvis 500 personer med tilhørighet til Orkdal Sjukehus få diagnosen kreft årlig de nærmeste årene, med en gradvis økning som skissert ovenfor. Samtidig vil ca. 4500 personer i samme geografiske område leve med en kreftdiagnose.

Det er etablert et interkommunalt prosjekt i Orkdalsregionen med kreftsykepleier samt enkelte palliative sengeplasser ved sykehjem. Dessuten har flere kommuner tilbud om kreftsykepleier. Dette bør kunne kombineres med tverrfaglige onkologiske og palliative team fra spesialisthelstjenesten. Hvordan dette best bør organiseres bør utredes nærmere.

⁴ Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2008 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2009.

⁵ Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2005 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2005.

Sykehuset Levanger er lokalsykehus for en befolkningsgruppe på ca 120 000, det vil si omtrent samme befolkningsgrunnlag som Orkdal Sjukehus. En del av kommunene som sokner til Levanger har et hjemmebasert tilbud/sykehjemstilbud som er svært likt det man finner i Orkdal Sjukehus sitt nedslagsfelt. Pasienttall for poliklinikken i Levanger i en periode på to måneder før opprettelsen av et onkologtilbud, og tilsvarende periode etter etableringen av onkologtilbud, er som følger:

	Februar og mars 2010	Oktober og november 2010
Sykepleierkonsultasjoner	534	514
Legekonsultasjoner	151	223
Cytostatikakurer	220	180

Kreft er et prioritert område både i styringsdokumentet fra HOD (3) og i Helse Midt-Norges strategi (4). Moderne kreftbehandling er så vidt kompleks at de fleste pasienter vil ha nytte av kontakt med nivå III-tjeneste en eller flere ganger i løpet av sin karriere. Det 'kompetente team' på St. Olavs Hospital – universitetsklinikken – bestående av kirurg, onkolog, billediagnostiker og patolog, bør danne stammen i all kreftbehandling. Dette teamet – for hver diagnosegruppe – bør være tilgjengelig for alle pasienter. Dette spisskompetente teamet må ha samarbeid med å være en del av en desentralisert kreftomsorg.

Samhandlingsreformen innebærer at pasientene skal utredes, behandles og følges opp så nært hjemmet som mulig. Man mener også at utredning og deler av behandlingen – som cytostatikakurer - samt oppfølging etter endt behandling bør gjøres ved et lokalsykehus med onkologisk kompetanse. Den palliative kreftpasienten bør i stor grad ivaretas gjennom et godt organisert og faglig kompetent tilbud, både på lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten.

Mye av behandlingsvolumet ved en kreftklinik er livsforlengende eller palliativ behandling. Denne pasientgruppen bør være hjemme så mye og så lenge som overhodet mulig. Dette betyr at Orkdal Sjukehus bør utvikle et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten og Universitetssykehuset i Trondheim/Kreftklinikken for alle kreftpasienter. Man er kjent med at det er etablert et interkommunalt samarbeid i Orkdalsregionen. Dette samarbeidet bør integreres inn i det totale nye tilbudet, slik at man får en klar lenke mellom kommunehelsetjenesten, lokalsykehuset (Orkdal Sjukehus) og Universitetssykehuset (Kreftklinikken). Her vil også det regionale kompetansesenteret i lindrende behandling kunne bidra. Man ser for seg at en slik organisering i oppstartsfasen bør settes opp som et prosjekt. Dette betyr at det bør evalueres etter en gitt tid slik at dette kan bli en modell for fremtidig organisering andre steder i landet og internasjonalt. I så henseende kan det nevnes at det er en stor diskusjon internasjonalt om i hvilken grad lindrende behandling (palliasjon) bør integreres inn i den totale onkologiske virksomheten.

Dersom det organiseres som et prosjekt, kan European Palliative Care Research Centre (PRC), som er etablert ved St. Olavs Hospital/Det medisinske fakultet, NTNU, kunne bidra

med prosjektdesign, evaluering og oppfølging. Dette må selvfølgelig skje i tett samarbeid med ansatte ved Orkdal Sjukehus. En slik evaluering vil også kunne være med på å etablere og kvalitetssikre flere elementer i samhandlingsreformen, som i løpet av kort tid vil bli satt ut i livet (sannsynligvis i budsjettåret 2012).

Onkologi er et av de medisinske fagfeltene i Norge som har kommet lengst i å realisere nasjonale retningslinjer for diagnostikk og behandling. Gjennom HOD og Helsedirektoratets kreftstrategi har totalt ni nasjonale handlingsprogram for de mest sentrale kreftdiagnosene blitt publisert. Implementeringen av disse medfører at en i større grad enn tidligere kan utrede, behandle og kontrollere kreftpasienter med lik metodikk, uavhengig av hvilket sykehus pasienten håndteres ved. Forutsetningen er et nært samarbeid mellom universitetssykehus og lokalsykehus. Dette betyr at det er blitt enklere å opprette spesialiserte enheter med faglig godt tilbud ved mindre sykehus.

Det er med bakgrunn i dette naturlig å se for seg at kreftpasienter med lokalsykehus Orkdal Sjukehus kan få god onkologisk og palliativ diagnostikk, behandling og oppfølging ved lokalsykehuset – forutsatt en oppbygging av den onkologiske kompetansen ved Orkdal Sjukehus og at de rette pasientene behandles på rett sted til rett tid.

Kreftpasientene får ved en slik satsning et tilbud nærmere sitt nærmiljø. En onkologisk satsning ved Orkdal Sjukehus vil kunne bidra til å øke kompetansen og utvide det kommunebaserte eksisterende tilbudet i regionen. Etableringen vil bidra til en mer optimal oppgavefordeling mellom kommunehelsetjeneste, lokalsykehus og universitetssykehus. Dette vil kunne skape et rom for bedre kvalitet på tjenesten på alle nivåer, samt at det vil initiere et samarbeid, ikke bare klinisk, men også akademisk, mellom de to institusjonene.

Løsninger:

Orkdal Sjukehus er lokalsykehus for ca. 95 000 personer, Levanger sykehus for ca. 120 000. Dette betyr at en ved en eventuell etablering av et onkologisk tilbud i stor grad bør kunne benytte samme modelltenkning i etableringsfasen. En vil foreslå en gradvis opptrapping for å få dette til på følgende måte:

En kreftpoliklinikk etableres. Fase 1 sammen med et gitt antall senger (2-4) i oppstartsfasen. Man vurderer ut fra erfaringen i Levanger at man har behov for to årsverk på legesiden, én som er spesialist i onkologi og én som er spesialist i onkologi og har påbyggingsspesialitet i palliativ medisin. Til å begynne med bør man vurdere om Kreftklinikken bør starte med en ambulerende virksomhet for å kunne komme i gang tidlig i 2012. En slik ordning har fungert godt opp mot Sykehuset Levanger. Denne ordningen bør raskt videreføres med etableringen av to nye onkologistillinger, hvorav én bør ha spesialkompetanse i palliativ medisin.

Organisatorisk ser man for seg at de to legestillingene legges til Kreftklinikken med hovedarbeidssted ved Orkdal Sjukehus. Det må vurderes en mulighet for rotasjon, hvilket betyr at øvrige leger ved Kreftklinikken må forplikte seg til å være ved Orkdal Sjukehus når legene med hovedarbeidsplass ved Orkdal Sjukehus hospiterer ved Kreftklinikken. Det faglige hovedansvaret for tilbudet ved Orkdal Sjukehus innehas av Kreftklinikken.

En Kreftpoliklinikk er tenkt aktivisert som følger:

Kreftpoliklinikken, Orkdal Sjukehus, vil hovedsakelig tilby kreftbehandling innenfor livsforlengende palliativ behandling og palliativ symptomlindrende behandling. Kreftbehandling med kurativ intensjon kan tilbys etter forordning fra Kreftklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim, men dette er antatt å utgjøre en begrenset del av den totale virksomheten ved kreft poliklinikk, Orkdal Sjukehus. Virksomheten må foregå i nært samarbeid med tilhørende avdelinger ved Orkdal Sjukehus der de viktigste avdelingene er medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling, avdeling for medisinsk biokjemi og avdeling for billediagnostikk. Aktiviteten vil utløse aktivitet også ved Avdeling for medisinsk biokjemi, Billediagnostikk og Fysioterapi. Dette er ikke beregnet, men vurdert som en konsekvens av generell utvikling av kreftsykdommer som må dekkes uavhengig av omorganisering av utflytting av tilbud til Orkdal Sjukehus. Virksomheten må også utvikle systemer for samarbeid med primærhelsetjenesten etter de føringer som ligger i Samhandlingsreformen.

Virksomheten ved kreft poliklinikk, Orkdal Sjukehus, vil omfatte følgende aktiviteter:

- Elektive lege – og sykepleierkonsultasjoner, herunder:
 - Intravenøs og peroral cytostatikabehandling
 - Transfusjoner og intravenøs væskebehandling
 - Øyeblikkelig hjelp- konsultasjoner
 - Tilsyn av inneliggende kreftpasienter ved Orkdal Sjukehus
 - Hjemmebesøk dersom dette er praktisk mulig
 - Telefonisk råd og veiledning til primærhelsetjenesten i regionen

Kreftpoliklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim, har i 2010 behandlet pasienter tilhørende Orkdal Sjukehus sitt nedslagsfelt på følgende måte:

- Cytostatikabehandling: 1000 cytostatika kurer
- Polikliniske konsultasjoner: 2000 konsultasjoner

I tillegg ble det gjennomført 780 polikliniske konsultasjoner med kreftdiagnose som hoveddiagnose ved Orkdal Sjukehus i 2010. Hvilke typer konsultasjoner dette representerer er foreløpig ukjent da Orkdal Sjukehus ikke har hatt elektiv onkologisk aktivitet i 2010, men det må tas hensyn til dette i den videre utredningen av kreft poliklinikk ved Orkdal Sjukehus.

I tillegg gis det cytostatikabehandling ved lungeavdelingen, gynekologisk avdeling og hematologisk seksjon ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Det er naturlig at også disse pasientene får cytostatikabehandling ved Orkdal Sjukehus dersom de tilhører sykehuset sitt nedslagsfelt. Omfanget av denne aktiviteten må kartlegges nærmere.

Man estimerer at 1 kreftspesialist kan utføre følgende kliniske tjenester i løpet av ett år (48 uker):

- 1400 legekonsultasjoner inklusive øyeblikkelig hjelpkonsultasjoner
- 240 tilsyn av inneliggende pasienter

Man estimerer at 1 kreftsykepleier kan utføre følgende kliniske tjenester i løpet av ett år (48 uker):

- 700 cytostatika kurer

- 200 sykepleierkonsultasjoner
- 200 intravenøse infusjoner

Kreftpoliklinikken vil driftes av kreftspesialister, inklusive kreftspesialister med spesialkompetanse innenfor palliativ medisin, og kreftsykepleiere. I første omgang vil én kreftspesialist fra Kreftklinikken kunne drifte legevirkosomheten ved kreftpoliklinikken ved Orkdal Sjukehus, dette må i videre forløp opptrappes for å imøtekomme behovet for regionen. Det forutsettes at kreftsykepleiere som nå er ansatt ved Orkdal Sjukehus kan drifte sykepleiervirkosomheten ved kreft poliklinikk.

Den polikliniske aktiviteten vil kreve en bemanning som følger:

- 2 overlegeårsverk, hvorav 1 legeårsverk med spesialkompetanse innenfor palliativ medisin.
- 1,5 kreftsykepleier årsverk

Sengeenhet

Et fåtall av pasientene behøver innleggelse. Imidlertid vil det være behov for innleggelse/overvåking av pasienter som får interkurente sykdommer, slik som infeksjoner, blødninger etc. Det er også behov for å legge inn pasienter i en palliativ fase til symptomlindring og monitorering av behandling.

Økonomi

Det forutsettes en økning på 2 overlegeårsverk og 1,5 sykepleierårsverk ved opprettelse av kreftpoliklinikken ved Orkdal Sjukehus. Det innebærer til sammen en økning i lønnskostnader på 4,1 million. Det er ikke forutsatt noen økning i behovet for døgnenger ved Orkdal Sjukehus.

Det forutsettes ingen reduksjoner i bemanning ved kreft Øya som følge av flyttingen av aktiviteten (3000 konsultasjoner) til Orkdal Sjukehus, men det gjør at en kan håndtere fremtidig forventet vekst i pasientbehandlingen.

Det forventes en årlig vekst innenfor kreftbehandling på 3 %. For 2012 innebærer det en økning i aktivitetsbaserte inntekter på 1 million kroner årlig. Kostnadene som må dekkes opp for 2012 beregnes derfor til ca. 3 millioner kroner forutsatt helårsvirkning. Den samlede virkningen av tiltaket forutsettes å balansere mellom utgifter og inntekter i løpet av 3 – 4 år.

Opprettelse av kreftbehandlingen ved Orkdal Sjukehus forventes å redusere kostnader til pasienttransport med ca 0,6 millioner.

Samhandling

Det planlegges etablering av et tilbud ved Orkdal Sjukehus i regi av Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SIO). Dette vil bestå av øyeblikkelig hjelp senger og oppfølgingsenhet etter innleggelse på sykehus.

I Samhandlingsreformen er det beskrevet at det bør vurderes ”sambruk” av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Innen fagfeltet palliativ medisin (onkologi med påbyggingsspesialitet i palliasjon) har man lang erfaring med å arbeide i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det palliative teamet ved Avdeling palliasjon, Seksjon lindrende behandling ved Kreftklinikken St. Olavs Hospital har i mange år arbeidet på denne måten opp mot Trondheim kommune og de andre nærliggende kommunene. Modellen er godt beskrevet vitenskapelig, blant annet i et doktorgradsarbeid og i en rekke artikler publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrifter.

Et tett faglig (forskning og fagutvikling) samarbeid om pasienter innen kreftomsorgen vil gi det beste tilbudet til befolkningen. Dette gjelder både pasienter i en kurativ, livsforlengende og palliativ fase, inklusive pasienter som er kurert og som har stor risiko for seneffekter.

For å møte disse utfordringene og få til et optimalt kompetansetilbud på høyeste nivå, er det nødvendig med spesialistkompetanse, onkolog med påbyggingsspesialitet i palliasjon, både på kreftpoliklinikken, den palliative poliklinikken og sengeavsnittet ved Orkdal Sjukehus, samt inn i kommunehelsetjenesten. Med bakgrunn i dette foreslås det at en del av en av legestillingene i onkologi/palliativ medisin finansieres av SIO, og vil arbeide i kommunehelsetjenesten. Forslaget må drøftes med kommunene eventuelt forhandles fram som en del av samhandlingsreformen.

4.2 Øre – nese – hals tilbud

I Sør-Trøndelag er det behov for å kunne utføre flere operative inngrep innenfor ØNH-området og da spesielt tonsillektomioperasjoner. ØNH-spesialistene som har avtale med HMN har tidligere hatt avtale med Aleris rundt operativ aktivitet. Denne avtalen er nå sagt opp og de ser etter andre muligheter. Orkdal Sjukehus har vært i kontakt med en av avtalespesialistene og fått beskrevet deres behov. De estimerer et behov for å kunne operere en dag pr. uke – stort sett tonsillektomier, kun dagkirurgiske inngrep hos både barn og voksne. Dette vil i tilfelle være drift som er helt uavhengig av klinikken i St. Olavs Hospital.

Avtalespesialistene vil leie lokaler, personell og utstyr fra sykehuset.

En beregning ut fra 8 operasjoner pr. dag pr. uke i 47 uker (376 pr. år) gir en kostnad på ca. kr. 4.500 – 4.700 pr. inngrep. Avtalespesialistene får kr. 6.400 pr. inngrep.

Det er gjort en vurdering av henvendelsen og vi ser at slik driften er i dag har vi ingen ledig operasjonsstuekapasitet. Dersom det skjer endring i aktiviteten ved operasjonsavdelingen i Orkdal eller at operasjonsstuekapasiteten økes, vil det være mulig å utføre disse inngrepene. ØNH avtalespesialisten er informert om status i saken og vil bli kontaktet etter at utredningen rundt Orkdal Sjukehus er styrebehandlet.

4.3 Lysbehandling

Bakgrunn

Psoriasis og atopisk eksem er kroniske hudsykdommer med ulike sykdomsbilder og sykdomsforløp. Omtrent 3 % av befolkningen har psoriasis, 2 % av den voksne befolkningen har atopisk eksem mens 15 % av barn er atopikere. Felles for sykdommene er at det ikke finnes

kurativ behandling, og at lysbehandling er en effektiv behandlingsform for begge. Dersom behandlingen avsluttes, kommer utslettet tilbake. Det betyr at de fleste psoriatikere og atopikere trenger en eller annen form for behandling hele livet. Behandlingen skal også fungere i hverdagen.

Erfaring gjennom 30 år har vist at UV-lys er en effektiv og enkel behandlingsform for mennesker med psoriasis, atopisk eksem og andre hudsykdommer. Tradisjonell lysbehandling er en foretrukket behandlingsform, som er dårlig utbygd i distriktene. I dag er det tre tilbud om lysbehandling i Sør-Trøndelag: Trondheim, Oppdal og Fosen. For pasienter bosatt langt unna disse stedene er alternativene enten daglig pendling eller innleggelse ved St. Olavs Hospital. Begge alternativ er krevende for pasienten og dyrt for samfunnet. Et lysbehandlingstilbud på Orkdal vil gjøre hverdagen veldig mye lysere for veldig mange.

Målsetting

Målet med er å gi et lokalt behandlingstilbud til mennesker med hudsykdommer. Et lett tilgjengelig lysbehandlingstilbud bidrar til at psoriatikere og personer med annen hudsykdom kan holde sin sykdom under kontroll, og dermed få bedre livskvalitet og en lettere hverdag. Pasienter med hudsykdommer kan behandles poliklinisk, og unngå å reise vekk fra skole, arbeid, venner og familie. For gruppen barn og unge er det spesielt viktig at behandling av hudsykdommen ikke går ut over skole og daglige aktiviteter som er viktige for sosiale nettverk. God tilgang til behandling holder sykdommen i sjakk og gir økt livskvalitet. Med dette prosjektet planlegger vi å opprette en lysbehandlingssenhet lokalisert på Orkdal Sjukehus.

Målgruppe

Målgruppen er personer med psoriasis, atopisk eksem eller annen hudlidelse i Orkdal kommune og omegn. Lysbehandling er en veldig god måte for å få kontroll over disse og enkelte andre typer hudlidelser. For personer med hudlidelser bosatt i Orkdalsområdet vil et tilbud om lokal lysbehandling bety betydelig redusert reisetid for lysbehandling. Pasienter i omkringliggende kommuner vil også få redusert reisetid sammenlignet med dagens tilbud i Trondheim. For mange pasienter vil det medføre at poliklinisk behandling erstatter inneliggende behandling.

Beskrivelse av gjennomføring

St. Olavs Hospital, ved Hudavdelingen, vil stå for drift av den nye lysbehandlingssenheten ved Orkdal. Egnede lokaler vil bli allokert ved Orkdal Sjukehus. Pasienter vurderes av lege i forkant av behandling, fortrinnsvis hudlege fra St. Olavs Hospital i Trondheim som er ansvarlig for lysbehandling, og foreskrives lysbehandling. Dette vil også medføre økt tjenesteplan for hudlege, anslått til 4 timer per uke.

Betydning

Et lokalt lysbehandlingstilbud vil ha stor betydning på flere områder. Behandling med UVlys er veldig virkningsfull for mange med psoriasis og atopisk eksem, og høyner derfor levestandarden og gir bedre livskvalitet for disse menneskene. Pasienten slipper å reise vekk fra familien i lange perioder for å få behandling. Eldre mennesker og barn trenger i tillegg ledsager som må ta seg fri fra jobb og skole. Mennesker med hudsykdommer kan behandles i sitt nærområde, som betyr redusert fravær og sykemelding. Dette vil igjen si at livskvaliteten øker hos den enkelte og gir samfunnet mye tilbake. Sykehusinnleggelse kan derfor i stor grad unngås. Sykehusinnleggelse er kostbart for samfunnet, og den som er innlagt må sykemeldes fra skole og arbeid. Den

samfunnsøkonomiske effekten ved etableringen av en slik lokal lysbehandlingsenhet er svært positiv.

Økonomisk kalkyle lysbehandling ved Orkdal Sjukehus

Etablering av lysbehandling i Orkdal	
Lyskabinett, Waldmann UV7002B-TL01	275 000
Lyskabinett, Waldmann UV7002K	258 000
Lokalapparat, Waldmann TP-4 x 3 (hender og føtter)	68 000
Tilpasning lokaler	50 000
Inventar og kontorrekvisita	20 000
Totale etableringskostnader	671 000
Driftsutgifter	
Lønn og sosiale kost. sykepleier, lønnstrinn 43, 50 % stilling	252000
Lønn og sosiale kostn. Hudlege, lønnstrinn, 4 timer per uke	80 000
Generelle driftsutgifter, strøm, vedlikehold, kontorrekvisita	100000
Totale driftsutgifter	432 000
Inntekter	
Egenfinansiering	
Sør - Trøndelag NPF	160 000
Orkdal Sanitetsforening	100 000
Kostnader generell drift, Helse MN	100 000
Sum egenfinansiering	360 000
Søknadsbeløp NPF sentralt	743 000

Framdriftsplan

Innhenting av anbud for lyskabinett	november 2011
Kontraktinngåelse lysutstyr	desember 2011
Tilpasning av lokaler	desember 2011
Ansettelse personell (sykepleier 50 %)	januar 2012
Opplæring av personell	februar 2012
Åpning lysbehandling Orkdal	mars 2012
Normal drift	januar 2013

Orkdal Sjukehus har fasiliteter til å etablere lysbehandling uavhengig av om føden overføres til Trondheim eller ikke. Det vil være behov for å gjøre tilpasninger av lokaler i et større format (økonomisk) enn det som er beskrevet i oppstillingen over, dette er beskrevet under pkt. 4.6. Søknaden til NPF behandles på slutten av november, så en vil ikke vite sikkert ifht økonomien i prosjektet før den avgjørelsen er klar.

4.4 Intermediær og øyeblikkelig hjelp senger i regi av SiO

SiO har lagt inn følgende forutsetninger i videre arbeide med å utvikle et intermediær og øyeblikkelig hjelp tilbud. Tilbudet er ikke ferdig utredet og tallene nedenfor må anses som anslag.

- Tilbudet forutsettes lokalisert i tilknytning til LiO, Orkdal Sjukehus og fagmiljøet ved St. Olavs Hospital
- Kriterier/prosedyre for innleggelse må avklares
- Behov for etterbehandlingsplasser må kartlegges
- Senger til øyeblikkelig hjelp og intermediærpasienter forutsettes leid av Orkdal Sjukehus. Det antas at det kan bli aktuelt å leie ca 10 senger
- Det leies inntil 18 fagpersoner i fra Orkdal Sjukehus for å betjene observasjonspost 24/7
- Faglig ansvarlig lege i SiO samhandlingsenhet har også ansvar for SiO observasjons-/ø.hjelppost
- St. Olavs Hospital Orkdal Sjukehus er innforstått med at SiO kan ha behov for flere senger i denne enheten. På sikt eventuelt også etterbehandlingssenger med tilhørende personell
- Investeringsbehov må avklares
- Finansiering med et spleiselag med St. Olavs Hospital må avklares

Etablering av tilbudet forutsetter bruk av lokaler ved Orkdal Sjukehus. Forutsetning for at SiO etableres ved sykehuset er at sykehuset er faglig robust.

Husleie estimeres til ca 1 million kroner. SiO har ikke detaljplanlagt intermediær og øyeblikkelig hjelp senger.

4.5 Etablering av avtalehjemmel for øyesykdommer

Det foreslås at Helseforetaket oppretter en avtalehjemmel for øyesykdommer knyttet til Orkdal Sjukehus.

Det er viktig at en eventuell avtalehjemmel for øyesykdommer ved Orkdal Sjukehus utnyttes optimalt i forhold til hva det er størst behov for av øyelegetjenester.

Aldersrelatert makuladegenerasjon, AMD, er den hyppigste årsaken til svaksynthet hos eldre. Vi har i løpet av de siste årene fått et godt behandlingstilbud, injeksjonsbehandling, når det gjelder den våte varianten av AMD. Injeksjonsbehandling innebærer at virkestoffet injiseres/sprøytes inn i glasslegemet/øyet. Behandlingen er livslang, må gjentas 2-4 ganger årlig og pasienten må kontrolleres av øyenspesialist mellom behandlingene. Pasientene bevarer brukbart syn, mens de tidligere ble svaksynte/blinde. Dette betyr en betydelig økning av livskvalitet, samtidig som det gir store samfunnsøkonomiske gevinster.

Injeksjonsbehandling er dessuten stadig viktigere for pasienter med sukkersyke og øyekomplikasjoner og for pasienter med blodpropp i øyet.

Behandlingen omfatter mange pasienter, samtidig som den er relativt ressurskrevende. Øyenavdelingen startet med injeksjonsbehandling for AMD i 2006, og er nå oppe i ca. 2000 injeksjoner i året. Dertil kommer forundersøkelser og oppfølging. På sikt er det ikke mulig for Øyeavdelingen å gi denne pasientgruppen et tilfredsstillende tilbud. Det er ikke ønskelig å fortrenge annen virksomhet med denne økende pasientgruppen. Universitetsavdelingen skal ha nok pasienter til opplæring, vedlikehold av kunnskap, forskning og effektiv drift. Å styre store pasientstrømmer ut av sykehuset vil være i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Det foreslås derfor å opprette en øyelegehjemmel for avtalespesialist ved Orkdal Sjukehus forutsatt at den profileres i retning av pasienter med AMD. Dette innebærer investeringer på rundt 2 mill. kroner i form av utstyr, som OCT og bildebehandlingssystem. Det betinger også at aktuelle avtalespesialist innehar kompetanse på AMD, eventuelt er innstilt på å lære det. Øyenavdelingen vil forestå opplæring. Det forutsettes tett faglig samarbeid mellom øyenavdelingen og avtalespesialisten.

En målrettet avtalehjemmel i Orkanger der øyelegen forplikter seg til også å håndtere pasienter med AMD, vil gjøre det mulig for spesialisttjenesten i Midt-Norge å ta seg av denne store og økende pasientgruppen som vi behandler med stort hell.

Ved etablering av avtalehjemler inngår det en grunnfinansiering og en stykkprisfinansiering. Det forutsettes at kostnadene ved opprettelse av en hjemmel for avtalespesialist i øyesykdommer dekkes av spesialisten.

4.6 Arealoversikt – frigjøring av rom til mulige nye aktiviteter

4.6.1 Med dagens virksomhet

Orkdal Sjukehus har lokaler til lysbehandling og kreftpoliklinikk, dersom virksomheten forblir uendret. Det presiseres at lokalene for kreftpoliklinikk kan være mindre egnet enn alternativt to (se under). For å løse dette må noe av den eksisterende aktivitet flyttes til andre lokaler og det må påregnes noen kostnader i forbindelse med flytting og oppussing av lokalene.

Hjertesviktpoliklinikk kan etableres sammen med eksisterende hjertepoliklinikk. Øyeblikkelig hjelp / intermediearenhet i regi av Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO) kan lokaliseres i lokalene til tidligere sengepost A2, samt at utleie av kontorlokaler til den administrative enheten i SiO kan lokaliseres i administrasjonsbygget.

Det er ikke ledig operasjonsstuekapasitet i dagens drift til å ta inn operasjoner innen ØNH. Et grovt kostnadsanslag for oppussing og tilpasning av lokaler anslås til ca 2 – 3 mill kr.

4.6.2 Med flytting av Føden til Trondheim

Dersom Fødeavdelingen flyttes fra Orkdal Sjukehus til Trondheim bør dagkirurgisk enhet flyttes fra poliklinikkområdet til fødeavdelingen for å utbedre dagens lokaliteter for dagkirurgi, samt å øke kapasiteten. Det er ønskelig å få etablert to dagkirurgiske operasjonsstuer for å effektivisere driften innen kirurgi, ortopedi og gynekologi.

Det er også lokaler til å etablere en meget funksjonell kreftpoliklinikk på fødeavdelingen, i nær tilknytning til sengepost B4 der mesteparten av dagens kreftpasienter ligger. Det må utredes nærmere hvor de palliative sengene skal lokaliseres. Kostnader til ombygging av disse lokalene avhenger av de behov og krav klinikkene setter til lokalene. Dette vil trolig dreie seg om 5-10 mill kr.

Også under dette alternativet er det lokaler til lysbehandling og i tillegg rom til øyebehandling. Noe eksisterende aktivitet må flyttes til andre lokaler og det må påregnes noen kostnader i forbindelse med flytting og oppussing av lokalene. Hjertesviktpoliklinikk etableres sammen med eksisterende hjertepoliklinikk. Øyeblikkelig hjelp- / intermediearenhet i regi av Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO) kan lokaliseres i lokalene til tidligere sengepost A2, samt at utleie av kontorlokaler til den administrative enheten i SiO kan lokaliseres i administrasjonsbygget.

5 Rekruttering

Det er vanskelig å rekruttere enkelte legespesialister til Orkdal. Dette skyldes blant annet hyppige vakter og stor personlig påkjenning med å stå alene ved evt. komplikasjoner. Store deler av vaktene dekkes av vikarer. Dette er uheldig i forhold til kontinuitet. I tillegg utgjør det en betydelig ekstra kostnad. Det er utlyst stilling som gynekolog sist i januar i år. Det må vurderes om rekrutteringen og oppfølgingen av legespesialister i større grad må utføres lokalt.

Rekruttering av annen kompetanse, for eksempel spesialsykepleiere og sykepleiere er god.

6 Forskning og utvikling

Beskrivelse av forskning og utvikling vil foreligge til saken sendes til høring.

7 Økonomiske konsekvenser

Flytting av fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus til Øya vil gi en besparelse på 6,5 jordmorstillinger, 3 barnepleierstillinger og legevikarer/vakanser på ca. 2 mill. Til sammen utgjør dette en reduksjon i driftskostnader på 8,5 millioner kroner.

Flytting av akutt- kirurgi og ortopedi fra Orkdal til Trondheim forventes å gi en samlet økning av driftskostnader på ca 19 millioner. Økningen innenfor kirurgi og ortopedi består av merkostnader leger 8 millioner, merkostnader pleietjenesten 4 millioner, og bemanning tilsvarende 1 akuttoperasjonsstue til 4 mill. I tillegg kommer en kostnadsøkning på 2,5 millioner ved akuttmottaket i Trondheim og økte kostnader til pasienttransport på 0,5 millioner. Det forutsettes ingen vesenlige endringer i kostnader til andre støttetjenester som bilde og lab.

Opprettelse av kreftpoliklinikken ved Orkdal Sjukehus gir netto en økning i årlige driftskostnader for St. Olavs Hospital på 3 million for 2012. Økningen består av to overlegeårsverk, 1,5 sykepleieårsverk og en forventet reduksjon i kostnader til pasienttransport på 0,6 millioner. I kostnadsanslaget er det også lagt inn økning i aktivitetsrelaterte inntekter.

Investeringskostnader:

Den foreslåtte overføring av fødefunksjon og akuttfunksjon innen kirurgi og ortopedi innebærer ingen investeringskostnader.

SiO, kreftpoliklinikk og lysbehandling kan etableres innenfor eksisterende lokaler. Det må forventes kostnader ved oppgradering av lokaler for disse funksjonene. Dette er anslått til 2 – 3 millioner kroner.

Etablering av øre – nese – hals tilbud forutsetter at fødeavdelingen flytter ut. Etablering av operasjonsstue til dette formålet kan medføre investeringskostnader.

I punkt 4.2.6 er det beskrevet en rasjonell utnyttelse av eksisterende fødeavdeling som vil kreve investeringer. Ved en flytting av fødeavdelingen må disse forslagene gjennomgå og kostnadsberegnes. Med unntak av kostnader for etablering av ØNH tilbud er investeringene ikke en nødvendig forutsetning for gjennomføring av foreslåtte endringer.

Økonomiske konsekvenser av foreslåtte endringer i driften ved Orkdal Sjukehus:

Tiltak	Driftskostnader i millioner kroner (negative tall = redusert kostnader / økte inntekter)	Investeringskostnader i millioner kroner
Flytting av fødetilbud fra Orkdal til Trondheim	-8,5	
Endring driftskostnader ved redusert akuttbereidskap	- 1,8	
Opprettelse av kreftpoliklinikk ved Orkdal Sjukehus. (Gjelder for 2012 forutsatt helårsvirkning, se note 1)	3	
Opprettelse av lysbehandling ved Orkdal Sjukehus	0,5	
Opprettelse av tilbud innen øre – nese - hals	0	
Opprettelse av avtalehjemmel i Øyesykdommer	0	
Etablering av SiO (anslag inntekt husleie)	- 1	
Transportkostnader	0,5	
Ombygning for SiO, lysbehandling og kreftpoliklinikk		2 -3
Sum redusert kostnad / økte inntekter	-7,3	2 -3

1) Den samlede virkningen av tiltaket forutsettes å balansere mellom utgifter og inntekter i løpet av 3 år.

Endring i personalressurser ved omlegging av drift ved Orkdal Sjukehus.

- Ved flytting av fødefunksjoner fra Orkdal Sjukehus vil 6 jordmotstillinger 4 barnepleiere 2,5 legestillinger flyttes til St.Olavs Hospital i Trondheim. 7 jordmorstillinger og 3 stillinger for barnepleiere vil bli overtallige.
- Ved avvikling av akutt kirurgi og ortopedi mellom kl 21.00 og 08.00 på hverdager og helg unntatt lørdag formiddager vil 1,3 sykepleierårsverk bli overtallig. Det vil bli frigjort vaktressurser for spesialist i ortopedi.

- Ved opprettelse av tilbud innen medisinsk kreftbehandling vil 2 legeårsverk og 1,5 sykepleieårsverk opprettes.
- Ved etablering av lysbehandling vil 0,5 sykepleieårsverk opprettes.
- Etablering av avtalehjemmel i ØNH og øyespesialitet vil det bli behov for sykepleiere. Det forutsettes at dette er ressurser som vedkommende spesialist vil kjøpe.
- SiO foreslår å kjøpe tjenester fra St.Olavs Hospital i Orkdal ved opprettelse av intermediær og ø.hjelp plasser. Det er anslått 18 stillinger til formålet. Det forventes at dette hovedsakelig er sykepleiere.

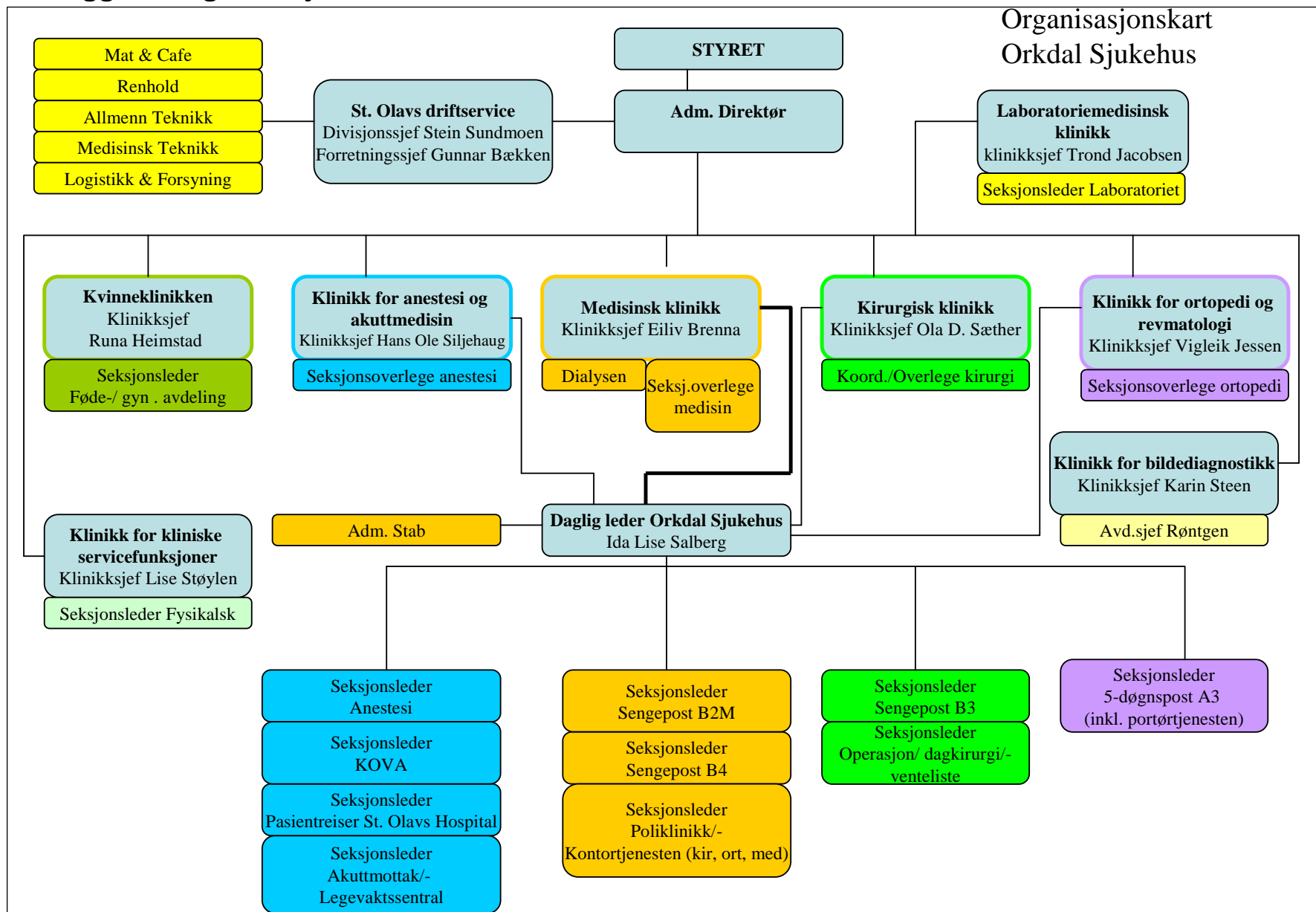
8 Konklusjoner og anbefalinger

Forslag til endring av tilbud ved Orkdal Sjukehus med flytting av fødetilbudet til Trondheim og frigjøring av lokaler og ressurser muliggjør etablering av nye tilbud i Orkdal. Det er ønskelig å sentralisere spesialiserte funksjoner og desentralisere funksjoner som kan og bør desentraliseres. I rapporten argumenteres det faglig og økonomisk for flytting av fødetilbudet til Trondheim. Samhandlingsreformen tillegger kommunene nye oppgaver. Etablering av et onkologitilbud og et tilbud til pasienter med hudsykdommer vil gjøre det mulig å imøtekomme Samhandlingsreformens intensjoner om å utvikle desentraliserte tilbud og økt kompetanse i kommunene. En etablering av en intermediær og øyeblikkelig hjelpenhet avdeling sammen med LIO i Orkdal Sjukehus sine lokaler vil bety en betydelig styrking av helsetilbudet i Orkdalsregionen. Det betyr også at det blir behov for flere stillinger og at bygningsmassen ved Orkdal Sjukehus utnyttes bedre.

Konklusjoner:

- Det er faglig og økonomisk tilrådelig å flytte fødefunksjoner fra Orkdal Sjukehus til St. Olavs Hospital i Trondheim.
- Det er mulig å utvikle akutt kirurgi og ortopedi ved Orkdal Sjukehus. Faglig og økonomiske konsekvenser gjør at det ikke anbefales å gjennomføre dette fullt ut. Det er få akutte ortopediske og kirurgiske pasienter på ubekvem tid det vil si mellom kl 21.00 og 08.00 på hverdager og helg unntatt lørdag formiddager. Det anbefales derfor å flytte pasienter som skal opereres i den tidsperioden til St.Olavs Hospital i Trondheim.
- Det etableres tilbudet innen onkologi og palliativ behandling.
- Tilbudet innen øre – nese – hals etableres forutsatt at lokaler kan frigjøres og opprustes og at det inngås avtale med privatpraktiserende avtalespesialister.
- Lysbehandling iverksettes. Det må søkes intern finansiering i påvente av avklaring fra Norsk Psoriasisforening.
- SiO ønsker at intermediær og øyeblikkelig hjelp senger lokaliseres til Orkdal Sjukehus. Dette tas inn i forhandlingene mellom SiO og sykehuset i forbindelse med Samhandlingsreformen. I en eventuell avtale om dette må også faglig og driftsmessige ansvar avklares.
- Det foreslås at Helseforetaket oppretter en avtalehjemmel for øyesykdommer knyttet til Orkdal.

Vedlegg 1 – Organisasjonskart



Vedlegg 2 – Antall ansatte Orkdal Sjukehus pr. september. 2011

Totalt antall personell som jobber ved Orkdal Sjukehus: 396,68 årsverk
493 personer

St. Olav Driftsservice:

Alm.tekn.	6	(6 personer)
Kjøkken	8,24	(11 personer)
Med.tekn.	1,6	(2 personer)
Renhold	9,3	(11 personer)
Log./forsyn.	2,0	(2 personer)
Totalt	27,14	32 personer

HEMIT	0,4	(1 person)
--------------	-----	------------

Klinikk for kliniske servicefunksjoner:

Fysikalsk	10,9	(12 personer)
-----------	------	---------------

Kvinneklubben:

Føde/gyn. (inkl. leder)	26,35	(35 personer)
Jordmødre	13,2	(17 personer)
Sykepleier	0,8	(1 person)
Barnepleiere	7,75	(12 personer)
Helsesekretærer	2	(2 personer)
Gynekologer	2,6	(3 personer)

Laboratoriemedisinsk klinikk:

Laboratoriet (inkl. leder)	16,5	(18 personer)
Bioingeniører	16,0	(17 personer)
Helsesekretær	0,5	(1 person)

Avd. for bildediagnostikk:

Røntgen (leder inkl.)	15,6	(17 personer)
Radiografer	11,6	(13 personer – derav 0,5 Fosen)
Radiologer	2	(2 personer)
Helsesekretærer	2	(2 personer)

Kirurgisk avdeling:

Operasjon (leder inkl.)	26,84	(32 personer)
Opr.spl.	16,62	(19 personer)
Spl.	1,5	(2 personer)
Renholdere	5,72	(8 personer)
Portør	1	(1 person)
Venteliste	2	(2 personer)

B3K (leder inkl.)	32,0	(49 personer)
Spes.spl.	1,84	(2 personer)
Spl.	25,03	(35 personer)
Hjelpepl.	5,13	(12 personer)
Legetjenesten	11	(11 personer)
Overleger (gastro + uro)	4	(4 personer)
Ass.leger	2,0	(2 personer)
Turnusleger	5,0	(5 personer)
Totalt	69,84	(92 personer)

Klinikk for anestesi og akuttmedisin:

Anestesispl.	9	(10 hoder)
KOVA (inkl. leder)	27,5	(34 personer)
Spesialspl.	10,45	(11 personer)
Sykepleiere	17,05	(23 personer)
Akuttmottak/LV-sentral (inkl.leder)	26,75	(37 personer)
Sykepleiere	24,75	(35 personer)
Spesialsykepleiere	2	(2 personer)
LIO	2,05	(6 personer)
Sykepleier	0,75	(2 personer)
Helsesekretær	00,9	(3 personer)
Hjelpepleier	0,40	(1 person)
Pasientreiser (inkl. leder)	22	(25 personer)
Overleger (anestesi)	4,0	(4 personer)
Totalt	91,3	(116 personer)

Klinikk for ortopedi og reumatologi:

A3O (inkl. leder)	12,85	(15 personer)
Spl.	9,5	(11 personer)
Hjelpepl.	1,35	(2 personer)
Portører		
Ass.lege	1	(1person)
Turnusleger	4	(4 personer)
Overleger	4	(4 personer)
Totalt	21,85	(24 personer)

Medisinsk avd.:

Adm. stab	6,5	(7 personer)
Felles poliklinikk (inkl. leder) – spl.	6,87	(7 personer)
Kontor/sentralbord	12,98	(15 personer)
B2M (inkl. leder)	32,25	(44 personer)
Spesialspl.	1	(1 person)
Spl.	26,66	(37 personer)
Hjelpepl.	4,5	(6 personer)

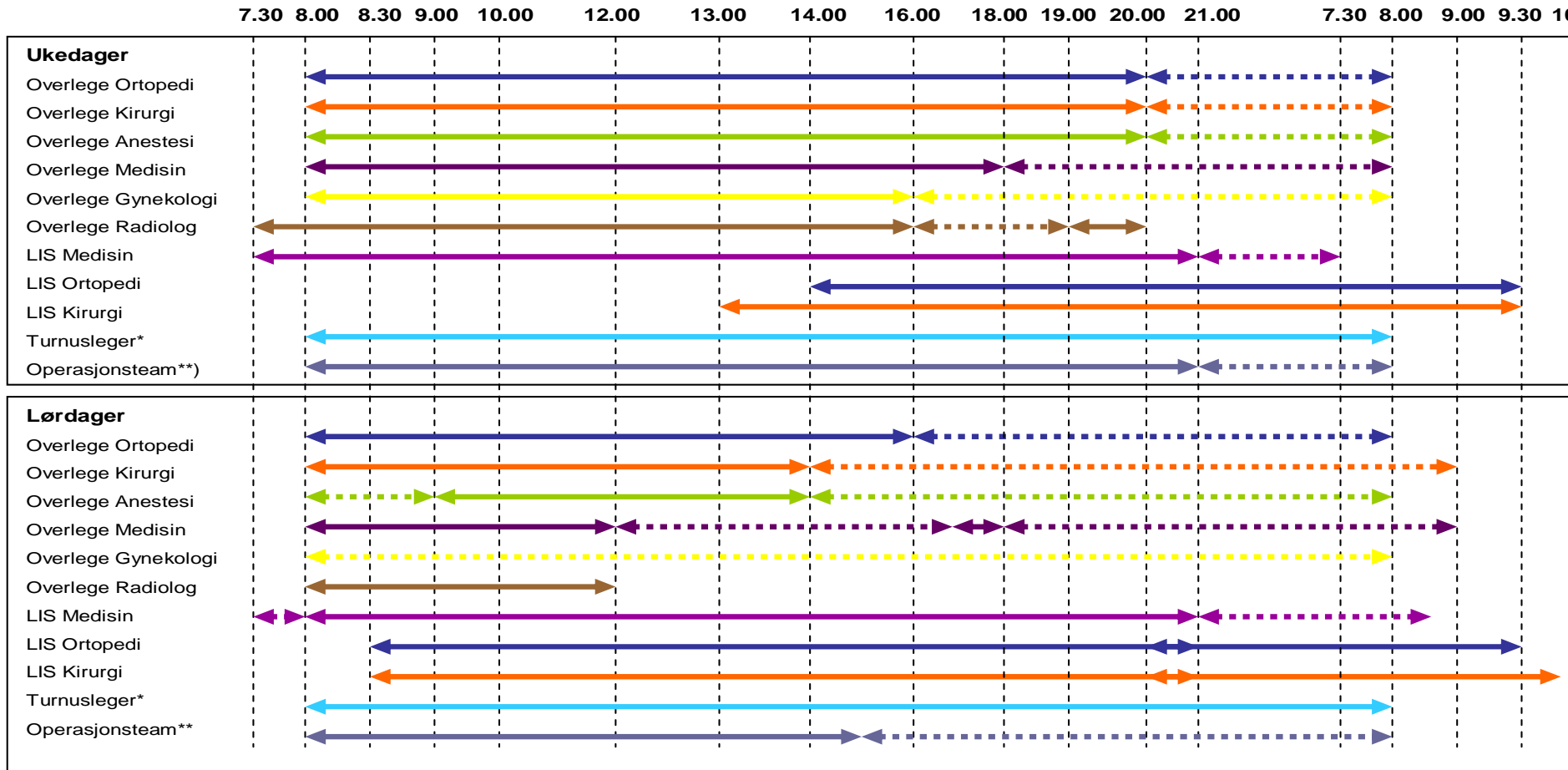
<u>B4 (inkl. leder)</u>	31	(43 personer)
Spesialspl.	2,75	(3 personer)
Spl.	22,75	(33 personer)
Hjelpepl.	5,5	(7 personer)
<u>Dialyse (spl.)</u>	4,2	(6 personer)
<u>Legetjenesten</u>	23	(23 personer)
Overleger (7)	7,0	(7 personer)
LIS-leger (7)	7,0	(7 personer)
<u>Turnusleger</u>	9,0	(9 personer)
Totalt	116,8	(145 personer)

Vedlegg 3 – Oversikt over vaktssystemet ved Orkdal Sjukehus

Turnusleger* utgjør 1 på medisin og 1 for kir/ort
 Operasjonsteam** utgjør 1 anestesipl. Og 2 opr.spl.

Dagens vaktssystem Orkdal Sjukehus

↔ = aktiv vakt
 ⇄ = hvilende vakt

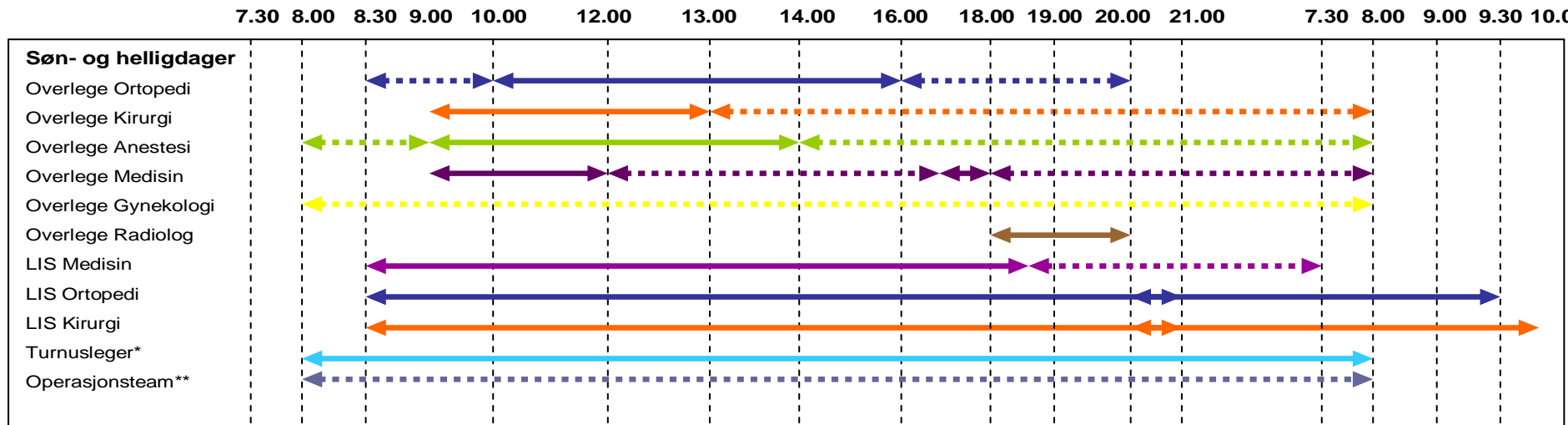


Radiograf og Bioingeniør er i aktiv vakt 24/7.

Turnusleger* utgjør 1 på medisin og 1 for kir/ort
 Operasjonsteam** utgjør 1 anestesipl. Og 2 opr.spl.

Dagens vaktssystem Orkdal Sjukehus

↔ = aktiv vakt
 ⋯↔ = hvilende vakt



Radiograf og Bioingeniør er i aktiv vakt 24/7.

Vedlegg 4 - Oversikt samhandlingsarenaer med kommuner

Orkdal Sjukehus huser også flere kommunale samarbeidsenheter som LV-sentral (legevaktsentral) og LiO (Legevakten i Orkdalsregionen). LV-sentralen server 18 kommuner med til sammen nær 80 000 innbyggere, mens det er 10 kommuner i Orkdalsregionen som samarbeider om drift av LiO på kveld, natt og i helger.

Tabell: Kommuneoversikt for ”nedslagsfeltet” til Orkdal Sjukehus (ø.hj.), LiO, LV-sentralen og SiO-samarbeidet, samt befolkningstall i kommunene per 1. januar 2011

Kommune	Innbyggere	Ø. hj. alle fag-grupper	Ø.hj. kun indre-medisin	Kommuner (M&R) som bruker sykehuset mye	LiO	LV-sentralen	SiO
Agdenes	1 745	X			X	X	X
Frøya	4 326	X			X	X	X
Hemne	4 232	X			X	X	X
Hitra	4 340	X			X	X	X
Meldal	3 903	X			X	X	X
Orkdal	11 365	X			X	X	X
Oppdal	6 691	X					
Rennebu	2 629	X				X	X
Rindal	2 061	X			X	X	X
Skaun	6 756	X			X	X	X
Snillfjord	992	X			X	X	X
Rissa	6 543					X	
Bjugn	4 570		X			X	
Melhus	15 028		X				
Midtre Gauldal	6 015		X			X	
Ørland	5 133		X			X	
Åfjord	3 229		X			X	
Roan	994					X	
Aure	3 523			X		X	
Surnadal	5 949			X	X	X	X
Halsa	1 661			X			X
Totalt	101 685	49 040	33 975	11 133	45 669	78 305	49 959

Indremedisinske ø.hjelp pasienter utgjør totalt 83.015, da er ikke mørekommunene medregnet.

Vedlegg 5 – Aktivitetstall for Orkdal Sjukehus

Tabell V5.1: Operativ aktivitet fordelt på antall inneliggende og dagpasienter⁶

		2009	2010	2011 jan – juni
Kir	Innlagte	487	573	294
	Dagpasienter	761	671	405
	Sum	1248	1244	699
	Hvorav ø.hj.	212	212	98
Ort	Innlagte	711	715	405
	Dagpasienter	985	1016	558
	Sum	1696	1731	963
	Hvorav ø.hj.	466	469	274
Føde / Gyn	Innlagte	237	157	84
	Dagpasienter	220	221	152
	Sum	457	378	236
	Hvorav ø.hj.	113	83	38
Totalt opererte		3401	3353	1898
Undersøkelser på operasjonsstue:		27	360	152
Totalt		3428	3713	2050
ECT-behandling		0	54	

Tabell V5.2: Antall polikliniske konsultasjoner fordelt

	2009	2010	2011 jan - juni
Kir⁷	3604	3580	1980
Ort	8245	8269	4499
Gyn	3826	4191	1885
Med	3969	4584	2342
Røntgen⁸	14912	14915	9058
Labratoriet⁹	104105	93439	50080
Fysikalsk¹⁰	8293	8546	5777
Totalt	146954	137524	75621

⁶ Kilde: OpPlan

⁷ Kilde: PAS for tallene for Kir, Ort, Gyn, og Med. Tallene inkluderer dagkirurgi. Inneliggende pasienter er ikke inkludert.

⁸ Kilde: Røntgen. Inkluderer alle polikliniske pasienter.

⁹ Kilde: Laboratoriet tallene er hentet fra NSL (NonStopLab) og inkluderer alle polikliniske prøver som er tatt, dvs en pasient kan ha flere prøver.

¹⁰ Kilde: Fysikalsk. Inkluderer alle polikliniske prøver som er tatt, dvs en pasient kan ha flere prøver.

Tabell V5.3: Gjennomsnittlig liggedøgn per avdeling

	2009	2010	2011 jan - juni
Kir	3,3	3,3	3,1
Ort	3,9	4,0	4,1
Med	4,2	3,9	3,9
Totalt	4,0	3,8	3,7

Kilde: PAS.

Tabell V5.4: Gjennomsnittlig beleggsprosent per avdeling

	2009	2010	2011 jan - juni
Kir	78,5	85,2	79,5
Ort	86,2	84,2	83,4
Med	85,7	84,2	91,9

Kilde: PAS.

Tabell V5.5: Antall korridorpasienter per avdeling

	2009	2010	2011 jan - juni
Kir	3,7 (44)	4,5 (49)	3,5 (21)
Ort	6,7 (80)	5,3 (64)	6,5 (39)
Med	33,4 (401)	15,3 (208)	35,7 (214)
Totalt	43,8 (525)	26,8 (321)	45,7 (274)

Kilde: PAS

Vedlegg 6 - Risiko og sårbarhetsanalyse ved nedlegging av fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus:

<i>Sannsynlighet</i>	<i>5</i> <i>Svært sannsynlig</i>	5	10	15	20	25
	<i>4</i> <i>Sannsynlig</i>	4	8	12	16	20
	<i>3</i> <i>Mindre sannsynlig</i>	3	6	9	12	15
	<i>2</i> <i>Lite sannsynlig</i>	2	4	6	8	10
	<i>1</i> <i>Usannsynlig</i>	1	2	3	4	5
	<i>1</i> <i>Ubetydelig</i>	<i>2</i> <i>Mindre alvorlig</i>	<i>3</i> <i>Betydelig</i>	<i>4</i> <i>Alvorlig</i>	<i>5</i> <i>Svært alvorlig</i>	
<i>Konsekvens</i>						

Pasientrelaterte problemstillinger:

Hendelse (Hvor, når, relatert til hvilken arbeidsoppg.?)	Risiko (Hva kan gå galt, problemet?)	Konse- kvens	Sannsyn- lighet	Resultat vekting av risiko	Risikoreduserende tiltak (forebyggende og/eller skadebøtende)
Lengre reisevei	Økt antall ambulansefødsler	2	3	6	Jfr.erfaring fra Orland – kvinne reiser tidligere inn til fødeavd (tilpasning)
	Økt antall transportfødsler (uten fagperson tilstede)	3	3	9	Jfr.erfaring fra Orland – kvinne reiser tidligere inn til fødeavd (tilpasning) Organisere følgetjeneste (pålagt)
	Lengre vei til spesialist, særlig på ”vakt-tid”	1	3	3	Kan være spesialistpoliklinikk ved Orkdal
	Flere i latensfase til St.Olavs	2	3	6	Følgetjeneste er innført 1.1.12
	Flere innleggelser p.g.a. lang reisevei	2	4	8	
	Psykisk belastning for pas.	3	3	9	Trygge jordmødre i kommunehelsetjenesten
	Komplikasjoner der tid er viktig, for eksempel v/ ex.u. og plasenta previa	3	2	6	
	Lengre barseltid for eksempel måling av bilirubin, ammeproblematikk (flere pas. Innlagt)	3	5	15	Økt kompetanse i kommunene Bilirubinmålinger, ammeveiledning etc Flere barselplasser ved St.Olavs.
Økt pasientmengde ved Trondheim	Underbemanning	4	5	20	Overføring av stillinger fra Orkdal Sjukhus til Trondheim
	Mangel på barselsenger	4	5	20	Åpne ett sengetun i Trondheim (7 barselsenger)

					<i>Ambulante fødsler</i>
	<i>Fristbrudd på gynekologisk avd</i>	4	5	20	<i>Elektiv gynekologi ved Orkdal Sjukehus – spesialistpoliklinikk gyn / føde</i>
	<i>Underkapasitet ved svangerskapspoliklinikk og NSF</i>	4	5	20	<i>Fortsatt rutine-ultralyd ved Orkdal Sjukehus spesialistpoliklinikk –føde</i>
	<i>Kapasitetsproblemer ved BUK</i>				<i>BUK må risikovurdere dette selv</i>

Personellrelaterte problemstillinger

FASE 1:		FASE 2*:			FASE 3**:
Hendelse (Hvor, når, relatert til hvilken arbeidsoppg.?)	Risiko (Hva kan gå galt, problemet?)	Konsekvens	Sannsynlighet	Resultatvektning av risiko	Risikoreduserende tiltak (forebyggende og/eller skadebøtende)
Bortfall av behov for barnepleiere ved Orkdal Sjukehus. Affiserer 13 personer, 9 antall stillinger	Overtallighet	3	5	15	Finne oppgaver ved Orkdal Sjukehus / Trondheim Følge prosedyre ved St.Olavs Hospital
Endret arbeidsoppgaver for sekretærer ved Kvinneklinikken, Orkdal Sjukehus Affiserer 2 personer	Færre arb.oppgaver knyttet til føde/ barsel. Arb.oppgaver knyttet til gynekologi kan bli endret.	1	5	5	Tilfredsstillende opplæring i forhold til oppgaver.

	<i>Urologisk sykepleier kommer til å fortsette som før. Gjelder 1 person</i>	<i>Mister egne dager med uro-pasienter p.g.a. personellmangel ved Gyn.pol.kl.</i>				<i>Jordmødre fortsetter å serve gyn.pol.kl.</i>
	<i>2 legestillinger (3 personer) Skal ut av vaktssystemet ved OS og overføres til vaktssystemet ved Øya. Poliklinisk / dagkirurgisk virksomhet (Gyn) ved Orkdal Sjukehus fortsetter med en rotasjon mellom legene ved Kvinnekl. klinikk.</i>					
	<i>Bortfall av arbeidsoppgaver for jordmødre (18 personer - 13 stillinger)</i>	<i>Mange jordmoroppgaver forsvinner, en del sykepleieroppgaver vil bestå.</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>15</i>	<i>Noen kan fortsette ved svangerskapspoliklinikken, gynekologisk poliklinikk, ultralyd poliklinikk</i>
		<i>Kvinnekl. klinikk kan tape erfarne jordmødre / kompetanse</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>12</i>	<i>Tilrettelegge for gode arbeidsforhold, overnattingsmuligheter, gunstig turnus etc.</i>
		<i>Overtallighet ved St.Olavs Hospital</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>12</i>	<i>Finne oppgaver ved Orkdal Sjukehus / Trondheim Følge prosedyre ved St.Olavs Hospital</i>

Vedlegg 7 - Kvalitet – og sikkerhetsanalyse ved nedlegging av fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus:

Sannsynlighet	5 <i>Svært sannsynlig</i>	5	10	15	20	25
	4 <i>Sannsynlig</i>	4	8	12	16	20
	3 <i>Mindre sannsynlig</i>	3	6	9	12	15
	2 <i>Lite sannsynlig</i>	2	4	6	8	10
	1 <i>Usannsynlig</i>	1	2	3	4	5
	1 <i>Ubetydelig kvalitetsforbedring</i>	2 <i>Mindre</i>	3 <i>Betydelig</i>	4 <i>Stor forbedring</i>	5 <i>Svært stor forbedring</i>	
Konsekvens						

Pasientrelaterte problemstillinger:

Hendelse (Hvor, når, relatert til hvilken arbeidsoppg.?)	Gevinst (Hva kan bedres, gi økt sikkerhet/ kvalitet?)	Konse- kvens	Sannsyn- lighet	Resultat vekting av forbedrin- g	Kvalitets-/sikkerhetsforbedrende tiltak
Uventet alvorlig komplikasjon hos mor under fødsel (uterusruptur, blødning)	Støttefunksjoner. Tilstedevakt av alt personale.	5	2	10	Sentralisering av fødsler Blodbank Tilstedevakt av anestesi og operasjonsteam,
	Større team (unngå samtidighetskonflikter)	5	2	10	3 vakthavende gynekologer – flere som an- tilkalles ved krise. Flere jordmødre på vakt
	Uventede komplikasjoner oppstår der behandlingstilbudet er best	5	2	10	Slippe transport av ustabil pasient
	Tilgang på mer avansert behandling	5	2	10	Intervensjonsradiologi
Uventet alvorlig komplikasjon hos barn (asfyksi, skulderdystocii)	Kontinuerlig tilgang på nyfødt-lege	5	3	15	Barnelege tilstede når barnet fødes
	Bedre kompetanse hos behandlere og bedre tilgang på utstyr	5	2	10	Umiddelbar igangsetting av intensivbehandling
	Tilgang på avansert behandling	5	2	10	Hypotermibehandling, respiratorbehandling
	Uventede komplikasjoner oppstår der behandlingstilbudet er best	5	3	15	Slippe transport av ustabil pasient
	Støttefunksjoner. Tilstedevakt av alt personale.	5	2	10	Sentralisering av fødsler Blodbank Tilstedevakt av nyfødtleger og neonatalsykepleiere

Personellrelaterte problemstillinger:

<i>FASE 2*:</i>		<i>FASE 3**:</i>			
<i>Hendelse (Hvor, når, relatert til hvilken arbeidsoppg.?)</i>	<i>Gevinst (Hva kan bedres, gi økt sikkerhet/ kvalitet?)</i>	<i>Konse- kvens</i>	<i>Sannsyn- lighet</i>	<i>Resultat veking av forbedrin g</i>	<i>Kvalitets-/sikkerhetsforbedrende tiltak</i>
<i>Overføring av legeressurser til Trondheim</i>	<i>Større fagmiljø, unngå vikarstafetter, Lettere å rekruttere kompetente fagpersoner</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>25</i>	<i>All drift på en plass. Faglig stimulerende miljø / forskning</i>
	<i>Større miljøer er mindre sårbare, mindre avhengig av enkeltpersoner</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>25</i>	<i>All drift på en plass. Faglig stimulerende miljø / forskning</i>

Risiko og sårbarhetsanalyse for Fødeavdelingen, Øya ved nedlegging av fødetilbudet ved Orkdal sjukehus:

Ros-analysen ble utført første gang 12.10.2011.

På grunn av at det den gang var få deltakere, ble ROS-analysen gjennomført på nytt tirsdag 15.11.2011, etter oppfordring fra tillitsvalgte.

Tilstede:

Klinikkjef Runa Heimstad
Avdelingsjordmor Liv M. Nordtug
Avdelingsjordmor Vigdis Myhren
HTV Dnj Hege Verpe
HTV NSF Margareth Heggem
HTV Fagforbundet Solveig Nordli
Personalrådgiver Jorunn Mediås

Forfall:

Seksjonsleder Anne-Lise Beversmark (15.11)
Verneombud Signe Lise Hjellen (12.10 og 15.11)
Representant fra Kommunen : jordmor Bente Mûller (12.10 og 15.11)
Seksjonsoverlege Oddbjørn Bolaas (12.10 og 15.11)
Barnepleier Torild Wik (12.10 og 15.11)

Jordmor Eli Kvakland, Orkdal sjukehus (15.11)
DnJ Linn Møller (15.11)

ROS-analyse for BUK utført av seksjonsoverlege ved Nyfødt Intensiv Ragnhild Støen

Risiko og sårbarhetsanalyse for Fødeavdelingen, Øya ved nedlegging av fødetilbudet ved Orkdal sjukehus:

Pasientrelaterte problemstillinger:

Hendelse (Hvor, når, relatert til hvilken arbeidsoppg.?)	Risiko (Hva kan gå galt, problemet?)	Konse- kvens	Sannsyn- lighet	Resultat vekting av risiko	Risikoreduserende tiltak (forebyggende og/eller skadebøtende)
Åpning av stengt barseltun (- 2 undersøkelsesrom og 3 venterom +	En fødestue blir omgjort til undersøkelsesrom – dette er gjort på føde øst – innebærer 12 fødestuer (opprinnelig 14 fødestuer)	3	5	15	Holde både føde øst og vest åpen til enhver tid (24 / 7) Fleksibel bruk av rom.

Risikovurdering – skjema 1

vaktrom på OBS-enheten blir til barselrom (opprinnelig bruk) samt rom 124)	Plassmangel dersom Føde øst stengt på helg	4	5	20	<p>Holde både føde øst og vest åpen til enhver tid (24 / 7)</p> <p>Rom 107 tilbake til opprinnelig planlagt funksjon (dagrom for observasjonsenheten) og grupperom i observasjonsenheten må vurderes mht sambruk som vaktrom og previsitt.</p>
	Ikke eget rom til barnelegeundersøkelser p.g.a. åpning av barseltun	1	5	5	Undersøkelse av barn foregår på det enkelte pasientrom.
Lengre reisevei	Økt antall ambulansefødsler	2	3	6	Jfr.erfaring fra Ørland – kvinne reiser tidligere inn til fødeavd (tilpasning)
	Økt antall transportfødsler (uten fagperson tilstede)	3	3	9	Jfr.erfaring fra Ørland – kvinne reiser tidligere inn til fødeavd (tilpasning) Organisere beredskap / følgetjeneste (pålagt) Innføres 1.1.12
	Flere innleggelser p.g.a. lang reisevei	2	5	10	Beredskap/Følgetjeneste er innført 1.1.12 Holde både føde øst og vest åpen til enhver tid (24 / 7) Barselhotellet har 3 observasjonsplasser som kan benyttes.
	Psykisk belastning for pas.	3	3	9	Beredskap / Følgetjeneste er innført 1.1.12. Dette trygger pasienten

	Lengre barselid for eksempel måling av bilirubin, ammeproblematikk (flere pas. innlagt)	3	5	15	Økt kompetanse i kommunene Bilirubinmålinger, ammeveiledning etc Flere barselplasser ved St.Olavs ved åpning av p.t. stengte plasser
Økt pasientmengde ved Øya	Økt personellbehov ved føde / barsel	4	5	20	Overføring av stillinger fra OS til ØYA. Skal overføres 10 stillinger til åpning av ”barseltun”. (6 j.m. og 4 b.pl. stillinger)
	Ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser ved Fødeavdelingen	4	5	20	Kontinuerlig vurdering om økt personellbehov ved Fødeavdelingen ut fra fødselstallet.
	Mangel på barselsenger	4	5	20	Åpne ett sengetun ved Øya (7 barselsenger)
	Økt pågang ved svangerskapspoliklinikk og økt pågang ved NSF?	3	5	15	Må se på hva dette innebærer for sv.sk.pol.kl. før tiltak kan foreslås Uavklart om det skal være ultralydtilbud ved OS eller om all ultralyd skal foregå ved ØYA

	Kapasitetsproblemer ved BUK				BUK tar i dag imot de syke barna fra Orkdal. Ingen endring.
	Større arbeidsbelastning på nyfødtelegene ved tilstedeværelse på fødsler	1	5	5	Ubetydelig økt arbeid- fordelen med tilstedeværelse høyst ønsket ved operative forløsninger
	Orkdal har i dag en spesiell ordning med mating av premature / syke barn.	1	3	3	

Personellrelaterte problemstillinger

FASE 1:		FASE 2*:			FASE 3**:
Hendelse (Hvor, når, relatert til hvilken arbeidsoppg.?)	Risiko (Hva kan gå galt, problemet?)	Konse- kvens	Sannsyn- lighet	Resultat vekting av risiko	Risikoreducerende tiltak (forebyggende og/eller skadebøtende)
Fare for overtallighet blant jordmødre /	Fare for nedbemanning	3	5	15	Følge prosedyre ved St.Olavs hospital

	barnepleiere og sekretærer					
	Økt personellbehov ved føde / barsel	Ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser	4	5	20	Overføring av stillinger fra OS til ØYA. Skal overføres 10 stillinger til åpning av "barseltun". (6 j.m. og 4 b.pl. stillinger) Kontinuerlig vurdering om økt personellbehov ved Fødeavdelingen ut fra fødselstallet.

(benyttes vedrisikovurderinger)

RISIKOBILDE

SANNSYNLIGHET	Svært sannsynlig	5*	10*	15*	20*	25
	Sannsynlig	4	8*	12*	16	20*
	Mindre Sannsynlig	3	6	9	12*	15*

Risikovurdering – skjema 1

Lite Sannsynlig	2	4	6	8*	10*
Usannsynlig	1	2	3	4	5*
	Ubetydelig	Mindre alvorlig	Betydelig	Alvorlig	Svært alvorlig

KONSEKVENNS

Oppsummering av ROS-analyse for Øya ved en stenging av fødetilbudet i Orkdal.

Hendelser vurdert til å ha høyt risikoscore var relatert til plassmangel. Ved en reåpning av barseltun vil risikoen reduseres og situasjonen bli akseptabel. Problemstillingen med økt personellbehov på grunn av økt pasientmengde vil i alt vesentlig løse seg ved en overføring av 10 stillinger (jordmor og barnepleier). Det blir nødvendig med en kontinuerlig vurdering om økt personellbehov ut fra fødselstallet. For legene vil overføring av legeressurs være udelt positiv. For barneklubben vurderes effekten av en stenging som faglig positiv, og pasientmengden vil være den samme. Den økte arbeidsbelastningen ved tilstedeværelse på noen flere fødsler i året vil bli en mindre belastning enn å dekke barselundersøkelser på Orkdal.

Utredning og konsekvensanalyse av en endring i fødetilbudet, en samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted og en samlet framtidig bruk av Orkdal Sjukehus

Konsekvensutredning av forslag om å flytte pasienter som skal opereres mellom kl 21.00 og 08.00 på hverdager og helg unntatt lørdag formiddager til St. Olavs Hospital i Trondheim og å redusere vaktberedskapen ved Orkdal sjukehus i samme tidsrom.

Konsekvensutredningen er gjort etter vedtak i styret for St.Olavs Hospital i sak 27/11 og i henhold til vedtak i styret for Helse Midt –Norge, sak 86/11. Tabellen med parametere som er brukt i denne konsekvensutredningen er hentet fra nevnte styresak.

Konsekvensutredningen bygger på hovedrapport for utredning og konsekvensanalyse av en endring i fødetilbudet, en samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted og en samlet framtidig bruk av Orkdal Sjukehus.

I rapporten er følgende forutsetninger lagt til grunn for redusert beredskap inne ortopedi og kirurgi ved Orkdal Sjukehus.

Forutsetninger for kirurgisk akuttberedskap på ubekvem tid:

For kirurgi må bakvakten være lokalisert på Orkdal hovedsakelig på grunn av vurdering av akutte medisinske pasienter, samt de kirurgiske ø.hjelpasientene og allerede inneliggende kirurgiske pasienter?

- Kirurgisk akuttberedskap blir i likehet med dagens ordning ivaretatt med overlege i vakt.
- Det skal ikke foretas operasjoner på natt og deler av helg, kun på lørdag ml. kl. 0800-1500.
- Øyeblikkelig hjelp pasienter kan komme til sykehuset hele døgnet alle dager
- Dersom det er behov for operasjon på natt eller deler av helgen der beredskap ikke er tilstede, må pasientene sendes til Trondheim
- Kirurgisk overlege vil være tilgjengelig for vurdering av medisinske pasienter

Forutsetninger for ortopedisk akuttberedskap på ubekvem tid:

I Nord-Trøndelag er bakvakt i ortopedi lokalisert i Levanger. En liknende modell kan tenkes for Orkdal. Akuttoperasjonene på Orkdal foregår slik det framgår av tallmaterialet i utredningen i det alt overveiende på dagtid hvor pasienter behandles innimellom uten at det går ut over planlagte operasjoner eller at akuttpasientene må vente uakseptabelt lenge.

Det foreslås at ortopedisk akuttberedskap (overlege i vakt) reduseres og at følgende beredskap etableres:

- Ingen ortoped i vakt ved sykehuset på natt mellom kl. 21.00 og 08.00 (følger dagens aktiv og passiv ordning)
- Ingen ortoped i vakt ved sykehuset på helg etter kl. 16 på lørdag (følger dagens vaktordning)
- Øyeblikkelig hjelp pasienter tas imot hele døgnet. Disse må vurderes av turnuslege/lege i spesialisering på de tider av døgnet der ortoped ikke er tilstede i Orkdal. Vurderinger må gjøres i samråd med ortopedisk overlege i Trondheim. Pasienter som vurderes for operasjon må sendes til Trondheim.

- Turnuslege/ lege i spesialisering vil ha ansvar for de ortopediske pasientene som ligger inne på sykehuset – ortopedisk overlege i Trondheim konsulteres ved behov

For operasjonssykepleiere blir det følgende beredskap:

- Ingen operasjonssykepleiere i vakt ved sykehuset på natt ml. kl. 22 – 08
- Ingen operasjonssykepleiere i vakt ved sykehuset på helg etter kl. 15 på lørdag

Område	Negative og positive konsekvenser
Befolkning <ul style="list-style-type: none"> • Trygghet 	<ul style="list-style-type: none"> • Med referanse til prosesser som foregår i andre helseforetak og faktiske ordninger som eksisterer (for eksempel ordningen for akutt ortopedi i Helse Nord-Trøndelag) kan man på faglig grunnlag gjennomføre en samling av akutt ortopedi og kirurgi i Trondheim på ubekvem tid. Det er ingen vesentlig avstandsproblematikk. En døgnkontinuerlig kirurgisk forvaktfunksjon (turnuslege / LIS lege) vil yte nødvendig bistand til legevakten i Orkdal og ivareta innlagte pasienter med støtte kirurgisk bakvakt i Orkdal og ortopedisk bakvakt i Trondheim.
Bruker (pasient / nærperson) <ul style="list-style-type: none"> • Pasientservice • Ventetid • Likeverdige tilbud • Pasientreiser / transport 	<ul style="list-style-type: none"> • I forbindelse med utredningen er det er ikke foretatt beregninger for opplevelse av pasientservice. • Det forventes ikke at tiltaket vil påvirke ventetiden • Tiltaket gir økt likeverd i tilbudet til akutte pasienter på grunn av at St.Olavs Hospital i Trondheim har et mer komplett akuttmedisinsk fagtilbud i vakt enn ved Orkdal Sjukehus. • Flytting av akutttilbudet fra Orkdal til Trondheim vil utløse økt behov for pasienttransport.
Faglig kvalitet <ul style="list-style-type: none"> • Medisinsk faglig / helsefaglig • Robuste fagmiljø / rekruttering • Utdanning av helsepersonell • Spesialistutdanning • Forskning 	<ul style="list-style-type: none"> • Øyeblikkelig hjelp pasienter tas imot hele døgnet. Kombinert kirurgisk / ortopedisk primærvakt (turnuslege eller lege i spesialisering) har ansvar for å motta både ortopediske og kirurgiske pasienter, samt håndtere polikliniske konsultasjoner (syng / gipsing etc) hele vaktperioden. Primærvakten er avhengig av støtte fra bakvakt innefor kirurgi og ortopedi. Det vil bli gitt nødvendig bistand til legevakten i Orkdal. Innlagte pasienter blir ivaretatt med støtte fra kirurgisk bakvakt i Orkdal og ortopedisk bakvakt i Trondheim. • På grunn av at det ikke vil finnes operasjonsteam på natt og deler av helg vil noen pasienter med indremedisinske tilstander overføres til Trondheim eller innlegges i Trondheim direkte. Dette vil gjelde pasienter med mage-tarmblødninger og KOLS. • Det er vanskelig å rekruttere enkelte legespesialister til Orkdal. Dette skyldes blant annet hyppige vakter og stor personlig påkjenning med å stå alene ved evt. komplikasjoner. Deler av vaktene dekkes av vikarer. Rekruttering av annen kompetanse, for eksempel spesialsykepleiere og sykepleiere er god. • Det forutsettes at endringen ikke har betydning for spesialistutdanning og forskning.

<p>God ressursutnytting / økonomi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi • Drift • Investering 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressursene i sykehuset vil i større grad bli utnyttet til aktiv behandling på dagtid. • Det er beregnet den foreslåtte endringen medfører en redusert driftskostnad på 1,8 mill. kroner. • Akutt ortopedi og kirurgi opereres i stor grad om ettermiddagen og kveld når planlagt operasjonsprogram er avviklet. Aktiviteter ved Skadepoliklinikken kommer i tillegg. Ortopedisk vakt opererer i snitt én operasjon på sin aktive vakttid. Ortopeder utnytter operasjonsavdelingen til akutte operasjoner på kveld noe mer enn allmennkirurger. Vakthavende ortoped har ansvar for opererte ortopediske pasienter og konsulteres av kirurgisk / ortopedisk primærvakt angående mindre ortopedi på skadepoliklinikk. • Reduksjon av åpningstid kan føre til reduksjon i operasjonsstuekapasitet. Virksomheten kan bli mindre fleksibel og resten av operasjonsteamet (anestesilegen og anestesissykepleier) blir dårligere utnyttet. • Tiltaket krever ikke økte investeringer.
<p>Teknologi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teknologi (IKT, MTU) • Bygg 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket krever ingen endringer i teknologiske eller bygningsmessige endringer.
<p>Kultur, medarbeider</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helse, miljø og sikkerhet <p>Attraktiv arbeidsplass</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generelt oppleves arbeid på ubekvem tid som en belastning. Den foreslåtte endringen i akutttilbudet forventes derfor ikke å ha negative konsekvenser for helse, miljø og sikkerhet. Arbeidstaker ved Orkdal Sjukehus vil få redusert vaktbelastning og andre attraktive arbeidsoppgaver på dagtid. • For 2010 ble ca 130 pasienter lagt inn akutt ved Orkdal Sjukehus i aktuelle tidsrom. Det vil føre til at arbeidsmengden vil øke på noen vakter ved St.Olavs Hospital i Trondheim.
<p>Samarbeidspartners/ andre enheters sin påvirkning på evne til å yte tjenester</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prehospitaltjenester • Tjenester i ulike avdelinger i HFet • Kommunale tjenester • Fastlegenes tjenester <p>Andre HF/instanser tjenester</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Å ta bort operasjonsberedskapen om natten på og deler av helge vil medføre noen flere ambulanse og / eller pasienttransporter, men sannsynligvis ikke mer enn at det kan absorberes i eksisterende ressurs. • Man vil kunne yte nødvendig bistand til legevakten i Orkdalsregionen og ivareta innlagte pasienter med støtte i ortopedisk bakvakt i Trondheim.
<p>Samfunn – omdømme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bosetting 	<ul style="list-style-type: none"> • Det forventes ikke at en flytting av akutte operative inngrep fra Orkdal til Trondheim på natt og deler av helg vil ha innvirkning på bosetting, arbeidsplasser eller

<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsplasser • Lokalt næringsliv • Omdømme i befolkningen • Politikk 	<p>lokalt næringsliv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endring i akutttilbudtilbud vil for noen i lokalmiljøet og på Orkdal Sjukehus oppleves som usikkert og negativt. • Strukturendringer som medfører utflytting eller reduksjon av helsetilbud er politisk kontroversielt. I den politiske dimensjonen inngår både hensynet til det medisinske tilbudet til befolkningen, arbeidsplasser og andre forhold. Flytting av akutttilbudet på ubekvem tid og deler av helg ved Orkdal Sjukehus er en del av en større omstrukturering som også omfatter fødetilbudet, tilbudet for kreftpasienter, øre – nese – halstilbudt, behandling av hudlidelser og øyesykdommer. I tillegg kommer en betydelig omstrukturering i forbindelse med samhandlingsreformen. Samlet sett vil endringene medføre flere arbeidsplasser i Orkdalsregionen og et helsetilbud innen flere fagområder lokalisert til Orkdal.

MØTEPROTOKOLL

Utvalg: AMU
Møtedato: 09.12.2011
Møtets varighet: kl. 11.00 - 13.00
Saksnr.: 34/11 - 38/11
Arkivsak: 11/8434-3

Møteleder: Nils Kvernmo

Møtende medlemmer:

Administrerende direktør Nils Kvernmo
Organisasjonsdirektør Heidi Magnussen
Helsefaglig rådgiver Ragnhild Brå Vardehaug
Klinikkjef Trond Jacobsen
Divisjonssjef Liv Sjøvold

Hovedtillitsvalgt, LO, Normann Sandvik
Hovedtillitsvalgt, LO, Geir Tranø
Hovedtillitsvalgt, UNIO, Margaret Heggem
Hovedvernombud, Anne Berit Lund
Hovedtillitsvalgt, YS, Anne Halsen

Leder i AMS, Oddny Bøe
Ingrid Tindvik (referent)

Forfall:

Forretningssjef Gunnar Bækken
Hovedtillitsvalgt Akademikerne, Fredrik Jervell
Hovedtillitsvalgt, UNIO, Tor Egil Ingebrigtsen
HMS-sjef Cathrine Valla

Andre:

Marit Kvikne under orienteringer.

Merknader til innkallingen:

Dokumenter delt ut i møtet:

Saksfremlegg til sak 34/11 og 35/11

Orienteringer gitt i møtet:

- Stemningsrapport Orkdal DPS v/Liv Sjøvold
- Sosiale medier og AMU`s rolle v/Marit Kvikne
- Årshjul og ferieplanlegging v/Nina Pedersen

Referatsaker:

- Inneklima ved ambulans akutteam, Tiller DPS (11/644-20)

- Inneklima Orkdal DPS (11/644-19)
- Arbeidsstasjon ved Gynekologisk overvåking (11/80-12)
- Måling av lystgass og narkosegasser ved operasjonsstuer (11/2088-2)
- Løsemiddelmåling ved Avd. for klinisk farmakologi (11/2088-5)

Sak 34/11 Arkivsak 10/994
Framtidig virksomhet ved Orkdal sjukehus

Vedtak

AMU tar administrerende direktørs innstilling til Styret vedrørende framtidig virksomhet ved Orkdal Sjukehus til orientering.

AMU understreker at den videre omstillingsprosessen må skje i henhold til den regionale omstillingsavtalen og i tråd med St. Olavs Hospital sine retningslinjer for omstilling og nedbemanning.

Sak 35/11 Arkivsak 11/2797
Oppfølging av forhold knyttet til arbeidstidsbestemmelser

Vedtak

AMU er tilfreds med at arbeidet for å nå målet om at det ikke skal forekomme brudd på arbeidstidsbestemmelsene, styrkes.

AMU ber om å bli holdt orientert om arbeidet med å etterkomme påleggene fra Arbeidstilsynet.

Sak 36/11 Arkivsak 10/3280
Komiteen for tobakksfritt sykehus

Vedtak

AMU gir sin tilslutning til at komiteen for tobakksfritt/røykfritt sykehus ikke har ansatteoppnevnte medlemmer.

Protokolltilførsel: Hovedverneombud Anne Berit Lund presiserer at lokale verneombud er med i arbeidet.

Sak 37/11 Arkivsak 11/7909
Ombygging - Hjertemedisinsk overvåkning

Vedtak

AMU støtter, ut fra en arbeidsmiljømessig vurdering, forslaget til ombygging ved Hjertemedisinsk overvåkning.

AMU forutsetter at spørsmålet om tiltaket er teknisk og økonomisk gjennomførbart, blir avklart.

Sak 38/11 Arkivsak 11/141
Endring av mandat for arbeidsutvalget for IA

Vedtak

AMU godkjenner forslag til endring av mandat for Arbeidsutvalget for IA fra vedtak sak 29/10.
(AU for IA).

PROTOKOLL

År 2011, 14. desember ble det avholdt drøftingsmøte mellom St. Olavs Hospital og HVO, DNJ, NITO, NSF, Fagforbundet, DELTA, Tekna og NFF vedrørende Framtidig virksomhet ved Orkdal Sjukehus (Hovedavtalens § 30 og § 31)

For St. Olavs Hospital:

Nils Kvernmo, adm. direktør
Jan Morten Søraker, økonomidirektør
Heidi Magnussen, organisasjonsdirektør
Gudmund Marhaug, fagdirektør
Bjarne Vejle, adm. rådgiver

Fra Organisasjonene

Anne Berit Lund, HVO
Geir Tranø, HVO
Lise Dragset, NITO
Gunnar Konradsen, NSF
Sigmund Eidem, Fagforbundet
Ulf Steen, Fagforbundet
Anne Halsen, Delta
Signe Danielsen, Tekna
Ingrid Solhjelm, NFF
Hege Verpe, DNJ
Hilde Prestmo, DNJ
Linn Møller, DNJ

Bakgrunn

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok 25.6.2010 en strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge i tiden fram til 2020. Som en oppfølging av dette vedtaket fikk administrerende direktør ved St. Olavs Hospital i styresak 39/10 Strategi 2020 - Oppfølging for St. Olavs Hospital HF, i oppdrag å legge fram en utredning om samlet bruk av Orkdal Sjukehus.

Grunnlag for drøftingene

- Styresak 39/10 ” Framtidig virksomhet ved Orkdal Sjukehus”
- Risiko og sårbarhetsanalyse for Fødeavdelingen, Øya ved nedlegging av fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus.
- Hovedrapport datert 18.10.2011 ” Utredning og konsekvensanalyse av en endring i fødetilbudet, en samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sted og en samling framtidig bruk av Orkdal Sjukehus”
- Konsekvensutredning av forslag om å flytte pasienter som skal opereres på ubekvem tid.
- Oppsummering av høringsuttalelser, som styret for St. Olavs Hospital vedtok i sak 27/11 å sende saken på høring til kommunene i Orkdal Sjukehus sitt opptaksområde inkludert de kommunene som har sluttet seg til Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO), Trondheim kommune og Brukerutvalget.

Administrerende direktørs innstilling:

1. Styret for St. Olavs Hospital vedtar å flytte fødetilbudet fra Orkdal Sjukehus til St. Olavs Hospital i Trondheim.
2. Operativ virksomhet innen ortopedi og kirurgi på ubekvem tid på hverdager og helg unntatt lørdag formiddager flyttes fra Orkdal Sjukehus til St. Olavs Hospital i Trondheim.
3. Styret ber administrerende direktør arbeide videre med etablering av tilbudet ved Orkdal Sjukehus innen onkologi og palliativ behandling, øre – nese – hals- sykdommer, lysbehandling, og avtalehjemmel for øyesykdommer.
4. Styret støtter at det iverksettes forhandlinger med SiO om lokalisering av senger for kommunale intermediær- og øyeblikkelig hjelpsenger i lokalene til Orkdal Sjukehus.

Tilsvar fra organisasjonene, NSF, Fagforbundet, DNLF, NITO, Delta, tekna

Fødetilbudet

For tillitsvalgte et det viktig å presisere at kvaliteten på dagens fødetilbud i Orkdal ikke er årsaken til å foreslå flytting til Trondheim.

Tillitsvalgte ser at det er utfordrende å opprettholde en vaktordning for legene og at vaktordningen kan bli svært belastende. Med den nærheten det er til fødetilbudet i Trondheim vil derfor en flytting være mulig. Tilbudet i Trondheim vil være et fødetilbud av god kvalitet og en mer stabil og robust legebemannning. De som i dag føder på Orkdal vil kunne oppleve flytting av fødetilbudet som et dårligere tilbud pga lengre reisevei.

Hvis endringen i fødetilbudet vedtas er det noen svært viktige punkt som må følges opp:

- Oppfølgingen av de ansatte på fødeavdelingen på Orkdal sykehus. Det er svært viktig at de ansatte som berøres av endringen blir ivaretatt på en trygg og god måte. Omstillingsavtalen vedtatt av HMN må selvsagt legges til grunn og gode prosesser for omstillingen må følges opp
- Direktøren må til en hver tid følge med om kapasiteten ved fødeavdelingen øya Trondheim er god nok.
- Føde øst som nå er stengt i helgene, må vurderes å åpne hvis kapasiteten blir for dårlig.
- Følgetjenesten må fungere slik de er beskrevet

Akuttilbudet

Tillitsvalgte mener at foreslåtte løsning for akuttilbudet på Orkdal sykehus er dårlig faglig løsning. Ved foreslåtte løsning vil det ikke bli et helhetlig og godt tilbud til pasientene, med fare for lengre ventetid for akutte operasjoner ortopedi og kirurgi. Økt strykprosent og usikker økonomisk gevinst. For legene vil forslaget medføre en mer presset situasjon i forhold til vurderinger, prioriteringer og beslutning. Forslaget medfører at

- Pasienter som kommer til Orkdal på natt og som trenger operasjon må videresende til Trondheim, eller blir liggende og får unødvendig lang ventetid.
- Pasienter som i løpet av natten må reopereres må sendes til Trondheim
- Ortopediske pasienter får ikke tilsyn av Ortoped og telefonisk kontakt med bakvakt kan ta unødig lang tid (basert på erfaring)

Sammenligningen med Namsos som har avvirket ortopedibakvakt på natt er ikke relevant.

Opptaksområdet for Orkdal er 90 000 pasienter. I Namsos er det 40 000 pasienter i opptaksområdet. I Namsos har full operasjonsberedskap døgnet rundt. Så vidt vi kjenner til er det ingen andre sykehus av en slik størrelse som ikke har anledning til å operere på kveld og natt.

Turnuslege som er i en opplæringsituasjon og som mangler autorisasjon som lege skal stå fysisk ansvarlig for de ortopediske pasientene i 90 av ukas 168 timer.

Vedtaket innbærer at sykehuset vil stå uten mulighet for akutt kirurgi i 90 av ukas 168 timer.

I det øyeblikk det kreves et eneste årsverk til i Trondheim for å dekke opp den økte pasientstrømmen faller økonomien gjennom.

- Pasienter med sannsynlig operasjonskrevende tilstand må til Trondheim fordi operasjonsavdelingen er stengt på det tidspunkt utredningen er ferdig
- I praksis vil operasjonsavdelingen stenge kl. 20 på hverdager fordi personalet også skal drifte sterilentralen og gjøre klar til neste dags operasjoner.
- Det er ikke sannsynliggjort at Trondheim vil kunne håndtere økt kirurgisk og ortopedisk operasjons- og innleggelsesvolum

Ny aktivitet

Tillitsvalgte synes arbeidet med å etablere ny aktivitet på Orkdal sykehus har gått for sent.

Det er svært viktig at det nye tilbudet er på plass på samme tidspunkt som nåværende tilbud eventuelt flyttes/legges ned. Tillitsvalgte mener derfor at direktøren må intensivere dette arbeidet. Eventuell overtallighet ved nedleggelse må sees i sammenheng med ny aktivitet – må skje med sammenfallende tid.

Gunnar Konradsen
NSF

Sigmund Eidem
Fagforbundet

Kjetil Karlsen
DNLF

Lise Dragset
NITO

Anne Halsen
Delta

Signe Danielsen
Tekna

Uttalelse fra tillitsvalgte i DNJ

Fødetilbudet

1. Argumentasjonen i forhold til hvorfor man vil flytte fødetilbudet i Orkdal til Øya bør sees på. Norge har godtatt et 3-delt fødetilbud. Rapporten som er utgitt legger føringer for at alle bør føde ved kvinneklinikker. Dette er ikke i tråd med nasjonale retningslinjer. I følge veilederen "*Et trygt fødetilbud - kvalitetskrav til fødselsomsorgen (12/2010)*". (http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/et_trygt_f_detilbud_kvalitetskrav_til_f_delsomsorgen_780084) og Stortingsmelding 12 "*En gledelig begivenhet*" (2008-2009) (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-/6.html?id=545649>) er anbefalingene at det i Norge bør finnes et fødetilbud på 3 nivå; kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestuer. I veilederen fra 2010 er det vedtatt at volumgrensene for de ulike nivåene av fødetilbud er erstattet med kvalitetskrav. I rapporten (s 5) er den gamle modellen med volumkrav brukt. Dette er kommentert i siste del av kapittel 2.3, men ikke nødvendig å ha med tallgrenser i rapporten når dette er gått bort i fra i nasjonale veiledere.
2. Kapasitet Øya.
Det er positivt at man øker antall barselsenger. Som en konsekvens av at det stengte barseltunet blir reåpnet ved evt. stenging av fødetilbud Orkdal, vil de ekstra sengene man har til fødekapasitet i dag (på helg) vil bli brukt til barsel etter overflytting. **Vi mener derfor at det er en absolutt forutsetning at de 7 fødestuene som i dag holdes stengt i helgene må åpnes – for å ha god nok kapasitet til både fødsler, undersøkelsesrom og barselsenger, etter eventuell overflytting fra Orkdal sykehus**

For å utdype dette: i dag er føde øst og føde vest sammenslått i helgene fra fredag kveld kl 20 til mandag morgen kl 07.45. Da er det kun drift ved føde vest som har 7 fødestuer, og personale fra føde øst kommer til føde vest. For at denne driften skulle la seg gjøre da det ble startet opp i 2008, ble det tatt i bruk støtterom i helgene i tillegg til fødestuene. Støtterommene er rom som opprinnelige er de stengte barselrommene. Vi har tatt i bruk 5 av de stengte barselrommene i helgene; 2 rom til undersøkelsesrom hvor de som kommer til poliklinisk sjekk døgnet rundt blir tatt inn, 3 rom til ventestuer/postpartumrom. Disse rommene blir brukt til induksjoner, kvinner i tidlig fase av fødsel som ikke vil eller kan reise hjem pga. medisinske årsaker eller lang reisevei, kvinner som har født som ikke får plass i barsel pga. full barselavd. eller som må flyttes ut av fødestue før det har gått lang nok tid til at hun kan flyttes til barsel(2-4 timer)/barselhotellet (4 timer); dette kan skje hvis det er stor pågang på fødestuer. Og alle disse rommene er hyppig i bruk i helgene, man er helt avhengig av de rommene for at driften skal gå rundt i helgene.

Totalt 12 senger tilknyttet fødeavd. i helgene i dag. Hvis Orkdal blir nedlagt og det stengte barseltunet blir åpnet, så forsvinner støtterommene. **Hvis barseltunet blir åpnet og føde øst og vest fortsatt er sammenslått i helgene skal vi drifte fødeavdelingen med totalt 7 senger mot en helgedrift i dag med 12 senger.** Det er ikke tatt stilling til om føde øst og vest skal holde åpent i helgene ved en evt. nedleggelse av OS, men signalene er at det ikke er automatikk i dette. Dette mener vi bør tas stilling til, og vi mener det er helt avgjørende og nødvendig at føde øst og føde vest holdes åpent 24 t i døgnet/7 dager i uken ved nedleggelse av føden ved OS. Og dette bør være med i rapporten.

Inntrykket er at man opplever allerede i dag at det til tider, og oftere og oftere, kan være kapasitetsproblemer, og hvordan blir det dersom Orkdal flyttes?

Vi ser at det er regnet på antall fødsler pr seng, men det er nå en gang slik at selv om man i snitt på Øya i dag har ca 10-12 fødsler pr døgn, så fordeler ikke fødslene seg slik. Og man har erfaring fra somrene der kapasitetsproblematikken til tider har vært veldig tydelig. Et annet spørsmål angående kapasitet er om denne er god nok totalt sett selv om føde/barselavdelingene er maksimalt utnyttet. Rapporten konkluderer med at kapasiteten er god nok, men inntrykket til de som jobber ved føde/barsel Øya er kanskje ikke like positivt. Med dette mener vi om vi i det hele tatt har nok antall rom til å ta imot fødsler fra Orkanger og generell økning i fødselstall i egen region.

Fødeavdelingen har totalt 14 fødestuer, men det er også kun de sengene som finnes. Og disse brukes ikke bare til fødsel, men til hele forløpet fra de kommer inn til første vurdering. Rommene skal brukes til: poliklinikk, induksjoner (kan ta flere dager), kvinner i latensfase (kan ta fra timer til døgn før de føder) som ikke vil/kan være hjemme pga. medisinske årsaker eller lang reisevei (problematikken med lang reisevei vil øke ved nedleggelse av OS), fødsler, og ved fulle barselavdelinger må også rommene brukes til barselrom etter fødsel. Til sammenlikning hadde man ved fødeavd på gammelt bygg 16 senger + flere senger ved observasjonsposten enn i dag (som i tillegg til andre pasienter som innlegges på observasjonsposten kan brukes til induksjoner, latensfaser, kvinner med lang reisevei - en gruppe som vil øke). Barselavd ved gammelt bygg hadde.

I følge rapporten (s 9) var det i 2003 2963 fødsler ved St. Olav Øya. I 2006 åpnet fødeavd i nytt bygg, og denne er bygd for 2800 fødsler. Fødselstallet var i 2010 3818 fødsler + 428 ved Orkanger (rapporten s 9) Og i 2025 er det estimert et totalt fødselstall på totalt 4800 fødsler i Sør-Trøndelag. Dvs: en fødeavdeling som er bygd for 2800 fødsler når den er fullt utnyttet (noe den ikke er i dag) skal håndtere drøyt 4200 fødsler straks Orkdal blir nedlagt, og innen 2025 skal 4800 fødsler håndteres. Vi opplever allerede i dag at det til tider (oftere og oftere) kan være kapasitetsproblemer ved fødeavdelingen (ca 3800 fødsler i 2010). **Vi ønsker at dette skal sees nærmere på.** Og selv om det er påpekt i rapporten at liggetiden mest sannsynlig vil gå ned, må muligens flere må ligge lenger på barsel pga. lang reisevei og da kan de ikke følges opp på poliklinikk ved behov for dette. Helsestasjoner vil antakelig utføre en del av de oppfølging av barselkvinner og nyfødte barn, men noen har behov for å følges opp i helg og en helsestasjon er

ikke åpen på helg.

3. Kommunene

En flytting av fødetilbudet vil utfordre kommunene i enda større grad i forhold til deres ansvar for gravide og barselkvinner. Ivaretar arbeidet med avtaler i forhold til samhandlingsreformen dette? Dette går på for eksempel på følgetjeneste og hjelp og oppfølging i barseltiden når de fødende kommer hjem fra sykehuset.

4. Fødestue

I rapporten (s 7) står det at det tidligere er utredet om Orkanger kan gjøres om til fødestue i stedet for fødeavdeling, og at dette ikke er utredet på nytt da det var konkludert med at det ikke er noe alternativ. Skulle gjerne se at det stod noe om hvorfor det ikke er noe alternativ med fødestue. Vi ser ikke noen grunn til at dette ikke kan utredes på nytt. I følge veilederen "Et trygt fødetilbud (...)" bør det i Norge finnes et differensiert fødetilbud på grunnlag av seleksjonskriterier. Det kan finnes en potensiell **gruppe med kvinner både i Trondheimsområdet og i Orkdalsområdet** som kunne tenkte seg å benytte seg av et fødestue-tilbud dersom dette fantes på Orkdal, og det kan finnes en **gruppe jordmødre både på St.Olav Øya og St.Olav Orkanger** som kunne tenkte seg å drive en jordmorstyrt fødestue. Da kommer man unna et av hovedargumentene for nedleggelsen; det er vanskelig å skaffe gynekologer, og et annet argument som taler til fordel for et slikt tilbud er avstanden, kun 35 min fra Øya til Orkdal for de som ønsker en jordmorstyrt fødestue som fødested og de som ønsker det som arbeidssted.

5. Grunnbemanning

I rapporten står det at man på sikt skal vurdere å styrke grunnbemanningen ved Øya. Dette synes vi er veldig diffust. Gynekolog-bemanningen er grundig vektlagt som argument for å flytte føden Orkdal til Øya, i forhold til faglig forsvarlighet. Jordmor-bemanningen ved Øya er ikke beskrevet i forhold til faglig forsvarlighet. I veilederen "Et trygt fødetilbud " s 28 anbefales det av faglige kvalitetshensyn at en kvinne skal ha en jordmor hos seg fra de er i aktiv fødsel og til fødselen er over. I samme kapittel står det beskrevet at det ved større fødeinstitusjoner er det ikke uvanlig at jordmor har flere fødende å passe på samtidig, både syke og friske. Det kan oppstå samtidighetskonflikter. "Et trygt fødetilbud - kvalitetskrav til fødselsomsorgen (12/2010)([http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/et trygt f detilbud kvalitetskrav til f dselsomsorgen 780084](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/et_trygt_f_detilbud_kvalitetskrav_til_f_dselsomsorgen_780084)) Stortingsmelding 12 "En gledelig begivenhet" (2008-2009) (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-/6.html?id=545649>)

6. Rettelser til rapporten:

Punkt 2.2: Orkdal har 9 barselsenger, 3 fødestuer og 4 gyn. senger på avdelingen.

Punkt 2.4: Eli Kvakland (RoS-gruppe Orkdal) er jordmor på Orkdal sykehus og kommunejordmor i Snillfjord kommune. Punkt 2.6: Orkdal var sommerstengt 8 uker i 2008

7. Fødeavdelinga ved Orkdal har i dag henvendelser av en betydelig mengde pasienter fra St. Olav.

Både av de som har født eller som skal føde ved Øya:

- sjekke vannavgang eller lite liv av barnet i magen
- komme imøte med ambulanse med fare for transportfødsel
- ammeveiledning pr.telefon pga sprengt kapasitet
- oppmating av premature fra NISE
- poliklinisk "barseloppdrag" (blodprøver, vektkontroll o.l)
- ta imot fødekvinner når kapasiteten er sprengt på Øya

Hege Verpe
HTV DNJ

Linn Møller
PTV DNJ

Hilde Prestmo
PTV DNJ