



# Sluttrapport

## Helsetjenestetilbudet på Røros - Mulighetsstudie

Vedlagt dokument er prosjektgruppens sluttrapport.

Godkjent: 16.12.2009

Dato: 16.12.2009

## Innhold

1.	OPPSUMMERING .....	4
2.	INNLEDNING.....	6
2.1.	BAKGRUNN OG SENTRALE FØRINGER .....	6
2.2.	MANDAT .....	8
2.3.	ORGANISERING AV ARBEIDET.....	9
2.4.	GJENNOMFØRING AV ARBEIDET.....	11
2.5.	RAPPORTENS INNHOLD OG OPPBYGNING.....	12
3.	BESKRIVELSE AV NÅSITUASJONEN.....	13
3.1.	OM RØROS KOMMUNE .....	13
3.2.	KOMMUNEHELSETJENESTETILBUDET PÅ RØROS.....	13
3.3.	SPECIALISTHELSETJENESTETILBUDET PÅ RØROS .....	15
4.	SAMHANDLINGSREFORMEN - MULIGHETER OG UTFORDRINGER.....	22
4.1.	SAMHANDLINGSREFORMENS UTFORDRINGER OG HOVEDGREP.....	22
4.2.	ENDRET OPPGAVEFORDELING .....	23
4.3.	UTFORDRINGER KNYTTET TIL BEFOLKNINGSGRUNNLAG.....	23
4.4.	UTFORDRINGER KNYTTET TIL NÆRHET TIL SPECIALISTHELSETJENESTEN.....	24
4.5.	UTFORDRINGER KNYTTET TIL ENDRET OPPGAVEFORDELING .....	24
4.6.	UTFORDRINGER KNYTTET TIL ØKONOMISKE VIRKEMIDLER.....	25
4.7.	GENERELLE UTFORDRINGER OG SUKSESSFÅKTORER .....	26
5.	SAMHANDLINGSLØSNINGER ANDRE STEDER.....	27
5.1.	DEN KIRURGISKE VIRKSOMHETEN VED ENHETENE .....	28
5.2.	FORHOLDET MELLOM SENGER OG KOMMUNESTØRRELSE .....	29
5.3.	SENGEBEHOV I LOKALMEDISINSKE SENTRA.....	29
5.4.	KJENNETEGN VED RØROS SYKEHUS.....	30
6.	BESLUTNINGSKRITERIER.....	31
7.	MULIGHETER FOR HELSETJENESTETILBUDET PÅ RØROS .....	33
7.1.	UTGANGSPUNKTET UTEN ORTOPEDI.....	33
7.2.	INNSPILL TIL NYE MULIGHETER.....	33
7.3.	UTVIKLING AV SCENARIER .....	36
8.	DRØFTING AV TRE SENTRALE PROBLEMSTILLINGER.....	39
8.1.	GRUNNLAG FOR POLIKLINISK AKTIVITET.....	40
8.2.	GRUNNLAG FOR KIRURGI .....	44
8.3.	GRUNNLAG FOR SENGEDRIFT .....	49
9.	VURDERING AV SCENARIENE .....	54
9.1.	INNLEDNING .....	54
9.2.	STYRKER OG SVAKHETER VED SCENARIENE.....	55
9.3.	OPPSUMMERENDE VURDERING OG ANBEFALING.....	59
10.	VIDERE ARBEID.....	60

11. VEDLEGG .....	62
11.1. OVERSIKT OVER AKTUELLE HENVISNINGER/ DOKUMENTER .....	62
11.2. LØSNINGER ANDRE STEDER OG AKTIVITETSANALYSER .....	65
11.3. SYKEHUSET INNLANDET, DIVISJON TYNSET.....	65
11.4. PILOTPROSJEKTET FOREBYGGENDE HELSE.....	66
11.5. VURDERING AV AKTUELLE SPESIALISTPOLIKLINISKE TILBUD PÅ RØROS.....	68
11.6. GRUNNLAG FOR SENGEDRIFT .....	69
11.7. ESTIMERING AV SENGEBEHOV.....	70
11.8. INNSPILL TIL ALTERNATIVT SCENARIO.....	71

# 1. Oppsummering

*I dette kapitlet gis en overordnet oppsummering med oversikt over bakgrunn for arbeidet og prosjektgruppens oppsummerende vurderinger.*

Den ortopediske virksomheten er i dag sentral i Røros sykehus. Vedtaket om å flytte denne virksomheten får store konsekvenser for sykehuset. Den vesentligste delen av operasjonsaktiviteten forsvinner og grunnlaget for fortsatt sengedrift er borte. Med dette som utgangspunkt har Helse Midt-Norge etablert et prosjekt, 'Helsetjenestetilbudet på Røros – mulighetsstudie', med det formål å finne alternative helsetjenestetilbud på Røros (kfr styresak i Helse Midt-Norge 61/09).

Av mandatet fremgår blant annet at ”Styringsgruppen skal gi adm. direktør Helse Midt-Norge RHF en tilrådning om tiltak som sørger for at befolkningen på Røros har et helsetjenestetilbud som er like godt som i resten av helseregionen, og som gir meningsfylte og varige arbeidsplasser innen helsetjenesten på Røros herunder tiltak innen spesialisthelsetjenesten som også er rettet mot befolkningen i andre helseforetak og helseregioner. Det forutsettes at alle forslag skal være kostnadseffektive, og at Helse Midt-Norges samlede sørge for ansvar blir ivaretatt.”

Arbeidet har vært gjennomført som et prosjekt med bidrag fra Helse Midt-Norge RHF, St.Olavs Hospital HF, Røros kommune, Praktiserende Spesialisters Landsforening, ansatte og brukere i tillegg til en bredt sammensatt referansegruppe.

Ideene til alternative helsetjenestetilbud på Røros har vært mange, men har likevel i stor grad kunnet samles under tre hatter; forslag til nye polikliniske tilbud, forslag til nye kirurgiske aktiviteter og forslag til nye sengekrevende tilbud spesielt for pasienter som ligger i gråsonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (såkalte intermediærpasienter). Drøftingen har derfor konsentrert som om å kunne svare på hva grunnlaget er for nye polikliniske tilbud, hva grunnlaget er for fortsatt kirurgisk aktivitet og hva grunnlaget er for fortsatt drift av sengeenheten.

Som det fremgår av denne rapporten er det i prosjektgruppen noe ulikt syn på enkelte av disse spørsmålene, men det synes å være bred støtte for hovedretningen for den videre utvikling av nye Røros sykehus.

Prosjektgruppen har vurdert grunnlaget for poliklinisk aktivitet på Røros med utgangspunkt i blant annet dagens etablerte tilbud på Røros, meldte behov fra fagmiljøene på St.Olavs Hospital, statistikk for dagens forbruksmønster, det etablerte tilbud ved Tynset sykehus og avtalespesialister på Tynset. Prosjektgruppens oppsummerende vurdering er at det er grunnlag for tilbud om nye polikliniske spesialisthelsetjenester innen fagområdene øyesykdommer, lungesykdommer, fysikalsk medisin, hudsykdommer og rus. Etablering av nye polikliniske spesialisthelsetjenester kan gjennomføres i form av ambulerende spesialister fra St.Olavs Hospital (Øya) eller Sykehuset Innlandet, divisjon Tynset, tilstedeværende spesialist på Røros sykehus, etablering av hjemler for avtalespesialister og i noen tilfeller i form av sykepleierkonsultasjoner. En rekke faktorer som for eksempel omfanget av behovet/befolkningsgrunnlag, vil være avgjørende for valg av løsninger. Prosjektgruppen har i liten grad gått inn i disse diskusjonene, men forutsetter at Helse Midt-Norge involverer de nevnte interessenter i den konkrete utforming av utvidelsen av det polikliniske tilbudet.

Prosjektgruppen har vurdert grunnlaget for kirurgi på Røros med utgangspunkt i blant annet ventelistesituasjonen i Helse Midt/St.Olavs Hospital, omfanget av kjøp av kirurgiske tjenester ved private klinikker og øvrige innspill fra St.Olavs Hospital. Prosjektgruppens oppsummerende vurdering er at det er et godt grunnlag for fortsatt kirurgisk aktivitet på Røros primært rettet mot dagkirurgisk virksomhet.

Prosjektgruppen har vurdert grunnlaget for sengedrift med basis i meldt behov fra Røros kommune, behov basert på en oppgaveforskyvning slik samhandlingsreformen foreslår og en vurdering av spesialisthelsetjenestens behov. Prosjektgruppens oppsummerende vurdering er at grunnlaget for sengedrift i all hovedsak må baseres på etablering av en intermediearenhet for gråsonepasienter (kfr samhandlingsreformen) og som evt også dekker begrensede kommunale behov og behov fra spesialisthelsetjenesten. Kommunenes leger vil ivareta legefunksjonene i intermediearenheten. Det vil derfor være naturlig at legevakten og intermediearenheten er fysisk samlokalisert.

Samlet innebærer dette at nye Røros sykehus fremstår med et utvidet tilbud til lokalbefolkningen, både i form av nye tilbud om polikliniske spesialistkonsultasjoner, nye tilbud ved behov for innleggelse og bedre rammer rundt legevakten. For Helse Midt/St.Olavs Hospital vil nye Røros sykehus representere en skjermet elektiv kirurgisk enhet med den nødvendige fleksibilitet til å kunne tilpasse seg den til enhver tid aktuelle ventelistesituasjon. For de ansatte vil nye Røros sykehus ha forutsetninger for å kunne bli en varig løsning med trygge arbeidsplasser. Løsningen representerer imidlertid en stor omstilling som vil kreve bemanningstilpasninger.

Det er fortsatt spørsmål som gjenstår for viktige elementer i nye Røros sykehus kan etableres. Dette gjelder ikke minst finansieringen av det nye sengekonseptet og hvilke kommuner som vil inngå i dette samarbeidet med helseforetaket. Det vil være nødvendig at Helse Midt-Norge/St.Olavs Hospital iverksetter en prosess for å få de nødvendige avklaringer og konkretiseringer som sikrer en smidig overgang mellom flytting av ortopedien og etablering av en intermediearenhet.

Det har kommet signaler om at Røros sykehus kan få overta moderne operasjonsstuer og poliklinikklokaler inkludert moderne telemedisinsk utstyr fra prosjekt Fremtidens operasjonsrom ved St.Olavs Hospital (Øya). Det foreligger konkrete planer for hvordan dette kan integreres med dagens sykehusbygning. Det har også kommet forslag om at både denne og andre investeringer i sykehuset heller burde konsentreres til området i nærheten av Røros Rehabiliteringssenter for derved å samle alle de helsefaglige miljøene på Røros og også hente ut driftsøkonomiske gevinster av felles utnyttelse av infrastruktur med Røros Rehabiliteringssenter og de andre helseinstitusjonene i området. Prosjektgruppen har ikke gått inn i denne diskusjonen, men anbefaler at det tas stilling til tilbudet om lokaler og utstyr umiddelbart etter at innholdet i nye Røros sykehus er endelig avklart.

Prosjektgruppen anbefaler at den videre konkretisering og etablering av nye Røros sykehus som beskrevet ovenfor, skjer i en dialog med Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset, Fjellregionen og andre aktuelle kommuner som kan bli berørt. Prosjektgruppen vil anbefale at det legges opp til en mer strukturert prosess for den videre utvikling av helsetjenestetilbudet i Fjellregionen og andre nærliggende kommuner.

## 2. Innledning

*I dette kapitlet gis en oversikt over bakgrunn for arbeidet, mandat, organisering og gjennomføring av prosjektet.*

### 2.1. Bakgrunn og sentrale føringer

#### Bakgrunn

Det nåværende sykehuset på Røros har eksistert siden 1935. Det har imidlertid vært sykehusvirksomhet på Røros knyttet til gruvedrift lenge før det. Røros sykehus har de siste 20 årene hatt en driftsmodell som både har dekket lokalbefolkningens behov innenfor enkelte fagområder og ivarettatt oppgaver for hele Trøndelag der det har vært manglende kapasitet til å dekke dette i andre sykehus. Det siste gjelder først og fremst innenfor ortopedi. Den ortopediske virksomheten ved Røros sykehus forutsettes imidlertid nå flyttet til det nye Bevegelsessenteret ved St.Olavs Hospital (kfr. vedtak i styresak St.Olavs Hospital 17/09).

Med dette som utgangspunkt har Helse Midt-Norge etablert et prosjekt, 'Helsetjenestetilbudet på Røros – mulighetsstudie', med det formål å finne alternative helsetjenestetilbud på Røros (kfr styresak i Helse Midt-Norge 61/09).

#### Tidligere saksgang

Fremtidig spesialisthelsetjenester på Røros ble behandlet som sak i foretaksmøte for St. Olavs Hospital HF den 06.09.2006, sak 5. I protokollen er saken gitt slik omtale:

*'Det vises til sak 36/06 på St. Olavs hospital HF den 05.07.2006 pkt. 1: I den nåværende økonomiske situasjon, ser ikke styret å kunne opprettholde den ortopediske aktiviteten på Røros fram til 2009. Direktøren bes i samarbeid med Helse Midt-Norge innlede en dialog med kommunene, ansatte, Helse Øst og Sykehuset Innlandet med sikte på å planlegge tiltaket og å vurdere samordning på tvers av fylkesgrensen. Senest i styremøtet i september skal styret få seg forelagt en kostnads og konsekvensvurdering og et forslag til framdriftsplan. Styret vil i denne saken ta endelig stilling til tidsplan for avvikling av ortopedisk virksomhet på Røros.'*

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*'Foretaksmøtet tar til etterretning at styret i Helse Midt-Norge RHF er innstilt på å behandle saken når det utredningsarbeidet som er igangsatt, herunder utarbeiding av konsekvens- og kostnadsanalyser, er gjennomført og at styret for St. Olavs hospital HF har fattet endelig vedtak i saken.'*

St. Olavs Hospital HF har utredet og kostnadsberegnet mulig klinisk virksomhet ved Røros sykehus etter innflytting i Bevegelsessentret i styresak 17/09, St.Olavs Hospital:

Det fremgår av saken at St. Olavs Hospital HF anbefaler at protesekirurgi og ortopediske inngrep på Røros ut ifra ressursmessige, faglige og utdanningsmessige årsaker for fremtiden utføres i Trondheim og på Orkanger. Protesekirurgi utgjør i dag fundamentet for virksomheten ved Røros Sykehus. Dersom denne faller vekk, vil det skape et betydelig behov for endring i virksomhetens karakter dersom institusjonen skal opprettholdes.

Styret ved St.Olavs Hospital fattet følgende vedtak:

1. *Styret ved St. Olavs Hospital opprettholder sitt tidligere vedtak om å flytte den ortopediske virksomheten ved Røros Sykehus til Trondheim når Bevegelsessenteret er tatt i bruk.*
2. *St. Olavs Hospital vil bidra aktivt i Helse Midt-Norge RHF sitt arbeid med å etablere ny virksomhet på Røros.*
3. *Styret ber om at tidligere utredninger inngår som et grunnlag i det videre arbeidet.*

Aktuell styresak og vedtak i Helse Midt-Norge om denne utredning:

Det henvises til rapportens kapittel 2.2 Mandat hvor den aktuelle styresak (styresak 61/09 Helse Midt-Norge - Helsetjenestetilbudet på Røros – mulighetsstudie) og vedtak fremkommer.

**Tidligere utredninger som inngår som et grunnlag for arbeidet:**

- Røros sykehus-2010, alternative driftsmodeller
- Utredninger og kostnadsberegning av klinisk virksomhet ved Røros sykehus etter innflytting i Bevegelsessenter
- Protesekirurgi ved St Olavs Hospital etter 2010. Kartlegging av behov og kapasitet for hofte- og kneproteser. Forslag til ny organisering av protesekirurgi.

**Andre vedlegg relevant for saken (omtales i styresak 61/09, Helse Midt-Norge):**

- Utviklingsplan for Regionsykehuset i Trondheim. Forprosjekt, november 1991
- SHD St.prp.nr.1 Tillegg nr.4 (199-20009) med vedlegg- Om revidert avtale mellom staten og Sør-Trøndelag fylkeskommune om bygging av ny universitetsklinikk i Trondheim RIT 2000
- St.prp.nr.53 (2001-2002) Ny universitetsklinikk i Trondheim
- Vedtak i Sør- Trøndelag Fylkesting, sak FT 0054/91A
- Revidert Hovedfunksjonsprogram, april 2004
- Høringsuttalelser til rapport `Røros Sykehus 2010 – Alternative driftsmodeller`

## 2.2. Mandat

Mandatet til prosjektet omtales i Helse Midt-Norge RHF`ets styresak 61/09  
Helsetjenestetilbudet på Røros – mulighetsstudie:

*`Styringsgruppen skal gi adm. direktør Helse Midt-Norge RHF en tilrådning om tiltak som sørger for at befolkningen på Røros har et helsetjenestetilbud som er like godt som i resten av helseregionen, og som gir meningsfylte og varige arbeidsplasser innen helsetjenesten på Røros berunder tiltak innen spesialisthelsetjenesten som også er rettet mot befolkningen i andre helseforetak og helseregioner. Det forutsettes at alle forslag skal være kostnadseffektive, og at Helse Midt-Norges samlede sørge for ansvar blir ivaretatt.*

*Regjeringen har varslet at forslag til en ny helsereform skal legges fram i juni d.å. Reformen har hittil vært omtalt som `Samhandlingsreformen`. De tanker, ideer og tiltak som blir fremmet og vedtatt angående den varslede reformen, vil kunne spille en avgjørende rolle i arbeidet med mulighetsstudiet.*

*St. Olavs Hospital HF har arbeidsgiveransvaret for de ansatte ved Røros sykehus og det forutsettes at helseforetaket gjennomfører nødvendige omstillingstiltak på en slik måte at arbeidstakernes interesser blir ivaretatt på en best mulig måte.`*

### **Styrets enstemmige vedtak:**

*Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til organisering, mandat for styringsgruppen og fremdriftsplan for arbeidet med et mulighetsstudie vedr. helsetjenestetilbudet på Røros.*

*Styret forutsetter å få seg forelagt mulighetsstudiet som sak for behandling.*

Styreleder Kolbjørn Almlid fremmet forslag om følgende

### **Protokolltilførsel**

*Styret i Helse Midt-Norge RHF mener at i kraft av sitt sørge for ansvar ikke skal ha sysselsetting og arbeidsplasser som en del av sitt hovedengasjement – selv om dette er viktig for lokalsamfunna. Det vedtatte mandatet for arbeidet med helsetilbud på Røros, må ikke oppfattes slik at styret i Helse Midt-Norge RHF påtar seg et sysselsettingsansvar for regionen og heller ikke at vedtaket kan gi presedens i andre beslutningssaker.*

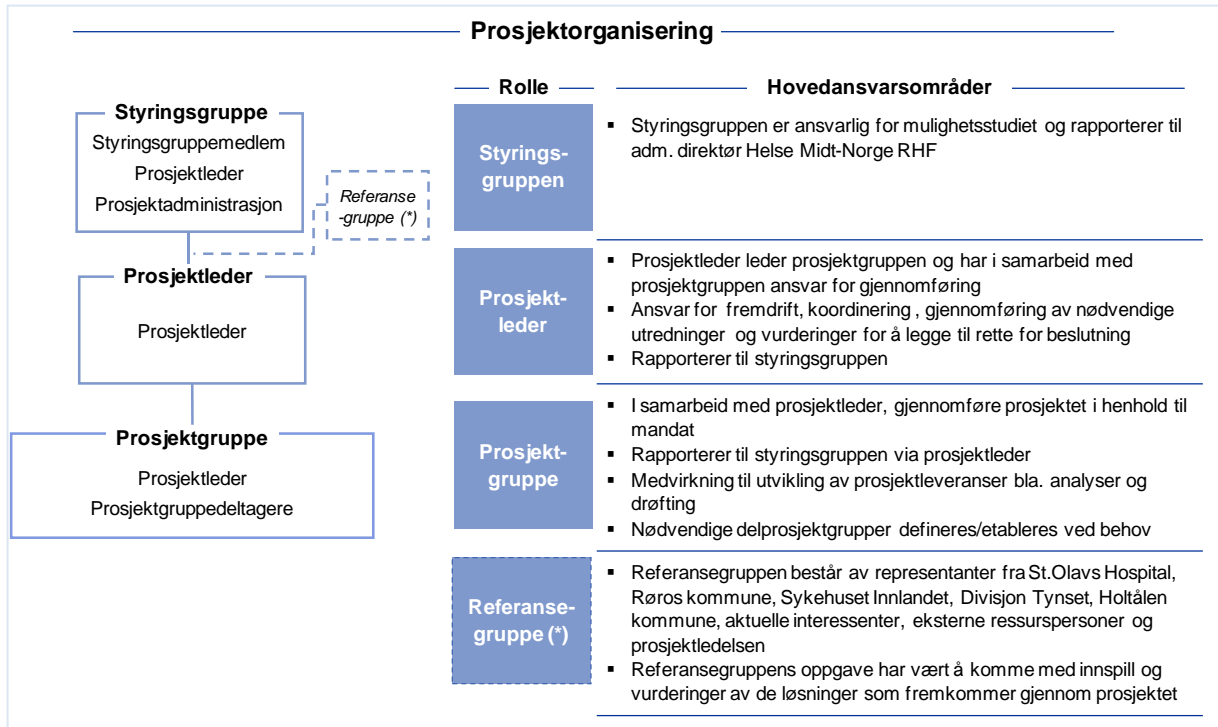
Styret støttet enstemmig denne protokolltilførselen.

Fokuset i mandatet er med andre ord rettet mot muligheter for helsetjenestetilbudet til befolkningen på Røros etter at den ortopediske virksomheten er flyttet. Røros kommune er derfor godt representert i prosjektorganisasjonen sammen med representanter fra St.Olavs Hospital og Helse Midt-Norge. Røros kommune har et legevaktsamarbeid med Hotålen kommune og Os kommune. Disse tre kommunene er derfor fokusert i en del av det analyse materialet som er utarbeidet i forbindelse med prosjektet.

Det foreliggende mandat og den opprettede prosjektorganisasjon har ikke til formål å se på helsetjenestetilbudet for den samlede Fjellregion. De løsninger som drøftes i prosjektet vil imidlertid bli vurdert i forhold til hvilke konsekvenser de vil kunne ha for det videre arbeid med utvikling av det samlede helsetjenestetilbudet til Fjellregionen.

## 2.3. Organisering av arbeidet

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe. Organiseringen av arbeidet er illustrert i figuren under.



Figur 1 Prosjektorganisering

Styringsgruppen har det overordnede ansvar for mulighetsstudiet og rapporterer til adm.direkør Helse Midt-Norge. Prosjektleder og prosjektgruppen har ansvar for planlegging, oppfølging, koordinering og gjennomføring av prosjektet. Referansegruppen har kommet med innspill og vurderinger av de løsninger som fremkommer i prosjektet.

### Styringsgruppe

- Daniel Haga, Direktør for samhandling Helse Midt-Norge RHF (styringsgruppeleder)
- Hans Vintervold, Ordfører Røros kommune
- Gudmund Marhaug, Fagdirektør St.Olavs Hospital
- Michael Momyr, Leder regionalt brukerutvalg
- Sigmund Eidem, Konserntillitsvalgt
- Prosjektadministrasjon; Reidar Tessem, seniorrådgiver Helse Midt-Norge, Nils Arne Bjordal, seniorrådgiver Helse Midt-Norge, Glenn Flandorfer, Deloitte

### Prosjektleder

- Helge Torgersen, Deloitte

### Prosjektgruppe

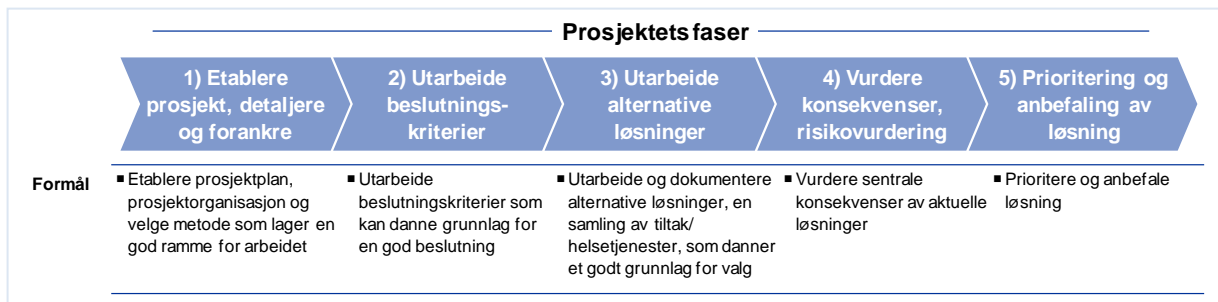
- Jan Gunnar Skogås, avdelingssleder St. Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus
- Marit Haanæs, helse- og sosialsjef Røros kommune
- Helge Lund, kommuneoverlege i Røros og Os kommune
- Reidar Tessem, seniorrådgiver Helse Midt-Norge RHF
- Rolf Windspoll, samhandlingsjef St.Olavs Hospital HF
- Odd Arne Ødegaard, anestesisykepleier og representant for de tillitsvalgte, St. Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus
- Øystein Tønset, lokalt verneombud, St. Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus
- Arne O. Ellingsson, øyespesialist, repr. for Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL)
- Torbjørn Wolden, avdelingssjef Orkdal DPS
- Hans Ole Siljehaug, klinikkjef for anestesi og akuttmedisin St.Olavs Hospital HF

### Referansegruppe

- Helge Haarstad, medisinskfaglig sjef St. Olavs Hospital HF
- Anders Ose, overlege Klinikk for hjertemedisin ved St. Olavs Hospital HF
- Tarjei Egeberg, overlege Klinikk for ortopedi og revmatologi St. Olavs Hospital HF
- Sven Erik Gisvold, overlege Klinikk for anestesi og akuttmed. St. Olavs Hospital HF
- Toril Skandsen, overlege Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering St. Olavs Hospital HF
- Bjørn Frydenborg, administrerende direktør Røros Rehabiliteringssenter
- Finn Henry Hansen, direktør Helse Nord
- Unn Teslo, sykehusdirektør Vestre Viken HF, Ringerike sykehus
- Helge Garåsen, kommuneoverlege Trondheim Kommune
- Erling Sven Busch, ass. rådmann Røros kommune
- Kjell Midelfart, hudspesialist, repr. for Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL)
- Oddbjørn Øien, divisjonsdirektør Divisjon Tynset, Sykehuset Innlandet
- Kristian Onarheim, kommunelege Holtålen kommune
- Odd Søreide, fagdirektør Helse Vest RHF
- Per Kristian Vareide, fagsjef KS

## 2.4. Gjennomføring av arbeidet

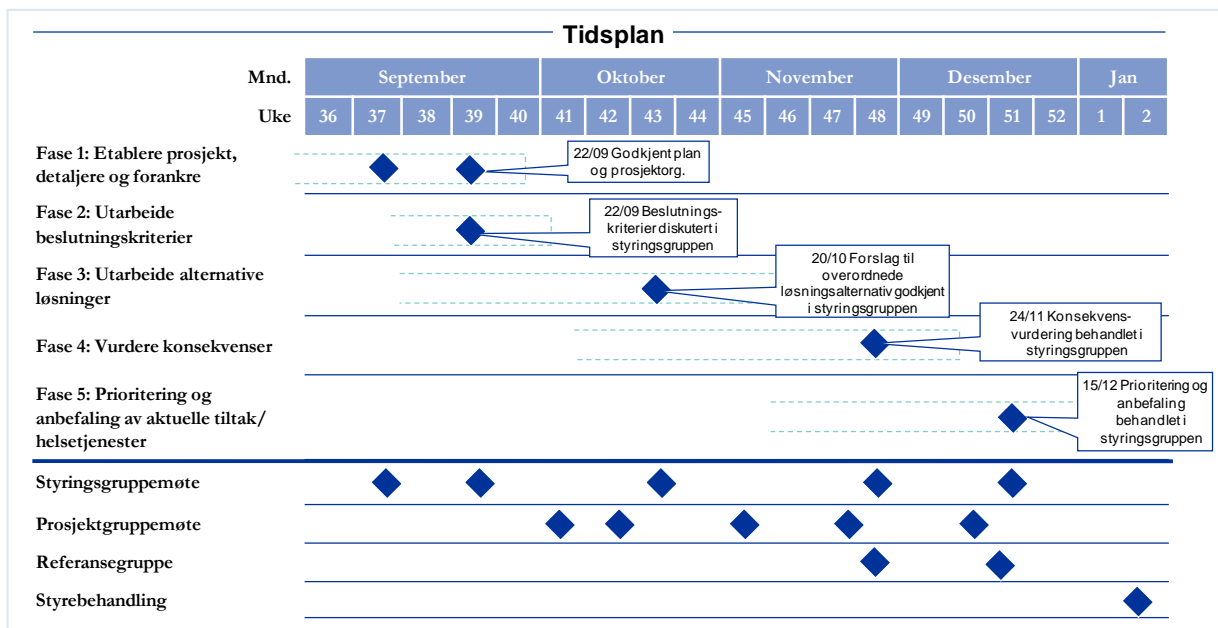
Figuren nedenfor viser prosjektets overordnede faser:



Figur 2 Prosjektets overordnede faser

De ulike fasene har hatt konkrete aktiviteter og delleveranser. De mest sentrale delleveransene er behandlet i styringsgruppen.

Figuren nedenfor viser prosjektets overordnede tidsplan og fremdrift:



Figur 3 Tidsplan

Prosjektet har fulgt avtalt tidsplan og fremdrift. Helse Midt-Norge RHF har vært ansvarlig for kommunikasjonen i prosjektet.

## 2.5. Rapportens innhold og oppbygning

Rapportens innhold og oppbygning vises i tabell nedenfor:

Kapittel	Kort beskrivelse
Kapittel 1: Oppsummering	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis en overordnet oppsummering med oversikt over bakgrunn for arbeidet og prosjektgruppens oppsummerende vurderinger.</li> </ul>
Kapittel 2: Innledning	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis en oversikt over bakgrunn for arbeidet, mandat, organisering og gjennomføring av prosjektet.</li> </ul>
Kapittel 3: Beskrivelse av nåsituasjonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis en kort beskrivelse av nåsituasjonen. En mer utfyllende beskrivelse av nåsituasjonen finnes i dokumentet Aktivitetsanalyser utarbeidet i forbindelse med prosjektet.</li> </ul>
Kapittel 4: Samhandlingsreformen- muligheter og utfordringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis oversikt over nye utfordringer og muligheter som St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen; rett behandling – på rett sted – til rett tid, kan gi.</li> </ul>
Kapittel 5: Samhandlingsløsninger andre steder	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis oversikt samhandlingsløsninger andre steder som særlig kan ha relevans for vurdering av løsning på Røros.</li> </ul>
Kapittel 6: Beslutningskriterier	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis oversikt over beslutningskriteriene.</li> </ul>
Kapittel 7: Muligheter for helsetjenestetilbudet på Røros	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis en oversikt over prosjektets løsningsutvikling og utvikling av scenarier.</li> </ul>
Kapittel 8: Drøfting av tre sentrale problemstillinger	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kapitlet inneholder en drøfting av tre sentrale problemstillinger - grunnlag for poliklinisk aktivitet, sengedrift og kirurgi.</li> </ul>
Kapittel 9: Vurdering av scenariene	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis en vurdering av de ulike scenariene som prosjektgruppen har drøftet.</li> </ul>
Kapittel 10: Videre arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis en anbefaling ift.videre arbeid.</li> </ul>
Kapittel 11: Vedlegg	<ul style="list-style-type: none"> <li>I dette kapitlet gis oversikt over aktuelle vedlegg.</li> </ul>

### 3. Beskrivelse av nåsituasjonen

*I dette kapitlet gis en kort beskrivelse av nåsituasjonen. En mer utfyllende beskrivelse av nåsituasjonen finnes i dokumentet Aktivitetsanalyser utarbeidet i forbindelse med prosjektet.*

#### 3.1. Om Røros kommune

Bergstaden Røros er et levende kulturminne og en moderne småby. Røros kommune er 1956,3 km<sup>2</sup> stor og i areal den nest største i Sør-Trøndelag. Røros kommune består av tettstedet Røros, Brekken og Glåmos. Kommunen grenser til Os kommune i sør og Holtålen kommune i nord.<sup>1</sup> Det er kort avstand, ca. 50 km, mellom Røros og Tynset, og avstanden til Trondheim er 155 km. Røros kommune har 5.560 innbyggere<sup>2</sup>, mens det totalt i Fjellregionen<sup>3</sup> er 20.810 innbyggere. I tillegg til kommunene i Fjellregionen kan nevnes Holtålen kommune som grenser til Røros i nord (2.064 innb.). I motsetning til den nasjonale- og fylkeskommunale befolkningsutviklingen forventes for de nevnte kommuner en nedgang i befolkningen i aldersgruppene 0-66 år. Samtidig forventes en særlig økning i aldersgruppen 67-79 år og også en økning i aldersgruppen over 80 år.<sup>4</sup> Røros har et variert næringsliv. Her er sykehus, rehabiliteringssenter, videregående skole og flere større industri- og reiselivsbedrifter. Røros er en av Europas eldste trehusbyer, og en av de få gruvebyene i verden som er oppført på UNESCOs liste over verdens kulturarv.

#### 3.2. Kommunehelsetjenestetilbudet på Røros

Røros kommune tilbyr befolkningen helserelaterte lovpålagte tjenestetilbud som:

- Helse og rehabilitering: ergoterapi, folkehelse, fysioterapi, helsestasjon, jordmortjeneste, kommuneoverlege, legetjeneste, legevakt, psykisk helse, rehabilitering, skolehelsetjenesten og vaksinasjon
- Omsorg og sosiale tjenester: avlasting, Gjøsvika dagsenter, Gjøsvika sykehjem, hjemmesykepleie, individuell plan, omsorgsboliger, praktisk hjelp i hjemmet, psykisk helse, Røros sykehjem, rusprosjektet, støttekontakt og tiltak for funksjonshemmede.

Helse-og sosialtjenesten ledes av Helse-og sosialsjefen. Røros sykehjem, Gjøsvika sykehjem, hjemmetjenesten, barnevern og helsetjenester har egne enhetsledere som rapporterer til Helse-og sosialsjefen.

Røros kommune har stort fokus på å videreutvikle et godt helsetilbud til befolkningen og deltar i følgende prosjekter i nasjonal regi:

- Flink med folk i første rekke. KS
- Etisk kompetanseheving. Røros er en av ressurskommunene. Dette er et prosjekt i regi av KS, helse- og omsorgsdepartement og Norsk Sykepleierforbund
- Kvalitetskommuneprogrammet initiert av fire departement, Fagforbundet og KS

---

<sup>1</sup> Fra Røros kommunes nettsider

<sup>2</sup> SSB. Befolkningstall ved inngangen av 2.kvartal 2009

<sup>3</sup> Fjellregionenes kommuner: Rendalen (1997 innb.), Tolga (1683 innb.), Tynset (5417 innb.), Alvdal (2419 innb.), Folldal (1675 innb.), Os (2059 innb.) og Røros (5560 innb.).

<sup>4</sup> SSB, Hovedalternativet for framskrivning av befolkningen (MMMM), 2009

### **Allmennlegetjeneste og legevakt**

Røros kommune har 6 legestillinger, hvorav tre av legene har spesialitet i allmennmedisin. Den 6. legehjemmelen ble opprettet i juni 2009, noe som har resultert i flere legetimer i institusjoner, og større delaktighet i forebygging og planleggingsarbeid. Legesenteret har i tillegg ca. 6 stillinger fordelt på sykepleiere, bioingeniør og helsesekretær. Røros kommune har mer enn 2600 hytter i kommunen. Hyttene brukes mye både i påsken, Martnan og om sommeren. I forbindelse med dette er befolkningen økt med mange tusen noe som gir et stort trykk på helsetjenestene og i særlig grad på legetjenestene.

Legevaktsentralen ligger inne i Røros sykehus, mens legevaktpasienter blir tatt i mot på legesenteret som ligger vegg i vegg med sykehuset. Legesenteret har et nært samarbeid med Røros Sykehus i forhold til røntgen, laboratorium og akuttmedisin. Legesenteret har egen laboratorievirksomhet. Legevaktlokaler brukes av den interkommunale legevakta (Holtålen, Røros, Os).

### **Sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie**

Røros sykehjem ble bygget i 1982, og har 52 enkeltrom fordelt på to avdelinger. Røros Sykehjem er samlokalisert med hjemmetjenesten, fysioterapi/ ergoterapi og omsorgsboliger. Det er 16 omsorgsboliger tilknyttet sykehjemmet. Det er for tiden nedsatt en arbeidsgruppe for å vurdere fremtidens sykehjem.

Gjosvika sykehjem er et demenssykehjem med 24 plasser. Det skal bygges 8 nye plasser i tilknytning til det eksisterende. Bygging startet i oktober 2009. I 2007 ble det opprettet dagsenter for demente i samme bygning. Her var det to dagers drift pr. uke det første året. Dette er nå utvidet til fem dagers drift.

Sykehjemmene er ikke samlokalisert med St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus. Røros Sykehjem ligger i kort avstand til Røros Rehabiliteringssenter.

### **Samarbeid med St. Olavs Hospital, St.Olavs Hospital avdeling Røros og Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset**

Røros kommune samarbeider med St. Olavs Hospital om forskjellige pasienter og får kompetansetilførsel ved behov. Det er flest eldre innlagt ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset. Det er faste samarbeidsmøter mellom ansatte i pleie- og omsorgstjenesten og Divisjon Tynset sykehus. Kommunen opplever for øvrig at alle aktører er opptatt av å ha de beste samhandlingsforhold og å etablere gode løsninger for pasientene.

Kommunen har inngått avtale med St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus om bruk av to plasser i sykehuset ved behov. Noen perioder er det behov for begge plassene og andre perioder ingen plasser. Plassene brukes av pasienter som er ferdigbehandlet og som skal ha et videre kommunalt tilbud i form av rehabilitering, behandling eller midlertidig eller fast sykehjemsplass, eller av pasienter som trenger palliativ behandling og ikke behøver å dra til Trondheim eller Tynset, eller av pasienter i den terminale fase.

### **Røros kommune vektlegger følgende hovedutfordringer:**

De største utfordringer for helse- og sosialetaten i Røros kommune er:

- Rus
- Demens
- Ressurskrevende brukere, yngre og eldre med store og sammensatte behov

### 3.3. Spesialisthelsetjenestetilbudet på Røros

#### 3.3.1. St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus

St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus har de siste 20 årene hatt en driftsmodell som både har dekket lokalbefolkningens behov innenfor enkelte fagområder og ivarettatt oppgaver for hele Trøndelag der det ikke har vært kapasitet til å dekke dette i andre sykehus. Det siste gjelder først og fremst innen ortopedi, men også tannbehandling i narkose er et slikt tilbud.

St.Olavs Hospital, avdeling Røros Sykehus er i dag en avdeling i enhet for samhandling ved St. Olavs Hospital og har 16 fysiske senger, 8 overvåkingssenger og 2 operasjonsstuer. Kommunen disponerer 2 senger ved behov. Enheten har totalt ca. 90 ansatte fordelt på 71,8 årsverk.

Følgende fagområder er pr oktober 2009 representert, med i all hovedsak vekt på elektiv virksomhet:

#### Fagområder, tilknytningsform og tilstedeværelse

Fagområder/ medisinsk tilbud	Type tilbud	Tilknytningsform	Tilstede- værelse (*)
Ortopedi	Kirurgi og poliklinikk	`Ambulerende` spesialister fra St.Olavs Hospital Avtalespesialisthjemmel som nå dekkes av	7/7, 24X7
Gynekologi	Kirurgi og poliklinikk	`Ambulerende` spesialister fra St.Olavs Hospital	3.hver uke, 5/7
Øre-nese-hals	Kirurgi og poliklinikk	Avtalespesialist	2.hver uke, 2/7
Kardiologi	Poliklinikk	Tilstedeværende spesialist. Inngår i vaktordning på St.Olavs Hospital	5/7, dagtid
Anestesi	Narkose/ tilsyn	`Ambulerende` spesialister fra St.Olavs Hospital	7/7, 24X7
Dialyse			
Tannbehandling i narkose		I samarbeid med tannhelsetjenesten	
Radiologi (røntgen)			7/7, 24X7
Laboratoriemedisin			7/7, 24X7
Fysioterapi			5/7

\*) 7/7 = 7 av 7 dager, alle dager

24X7 = døgnkontinuerlig vaktordning

Vaktbereskap i St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus fungerer sammen med ambulansetjenesten som bidrag fra spesialisthelsetjenesten i akuttberedskap i Rørosregionen, og oppfattes som en trygghetsfaktor for befolkningen. St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus er legevaktssentral for interkommunal legevakt for Holtålen, Røros og Os.

En tilstandsvurdering gjennomført av Cowi og Karl Knudsen AS <sup>5</sup> viser at bygningsmassen bærer preg av en systematisk forvaltning. Sykehuset fremstår å være driftet med et minimalt etterslep på vedlikehold. Det er imidlertid avdekket at en oppgradering av sykehuset i henhold til beskrevne anbefalinger vil kreve betydelige investeringer uavhengig av fremtidig bruk. Kostnad for oppgradering i henhold til dagens forskrifter og normal standard for sykehusbygg er beregnet til kr. 28,4 mill. inkl. mva.

<sup>5</sup> Tilstandsvurdering gjennomført av Cowi og sivilingeniør Karl Knudsen AS. 21.9.2009

Den overordnede aktiviteten ved St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus vises i tabellen under:

**Overordnet aktivitet v/ St.Olavs Hospital, avd. Røros sykehus**

Oppholdstype	Innmåte	2007			2008			2009 (1. og 2.T.)		
		Antall	Sum liggedg.	DRG-poeng	Antall	Sum liggedg.	DRG-poeng	Antall	Sum liggedg.	DRG-poeng
Heldøgnsopphold	Elektiv	725	3.682	1.624	607	3.106	1.620	343	1.698	1.067
	Ø-hjelp	102	656	143	88	514	80	48	425	49
	Andel Ø-hjelp	12 %			13 %			12 %		
	<i>Total</i>	<i>827</i>	<i>4.338</i>	<i>1.766</i>	<i>695</i>	<i>3.620</i>	<i>1.700</i>	<i>391</i>	<i>2.123</i>	<i>1.116</i>
Dagopphold	Dagbeh. (poliikl. m/ DRG)	515		300	566		366	420		258
Poliklinikk	Polikl. kons.	2.602			3.157			2.030		
	Polikl. kons.- fysikalske	5.231			4.679			3.164		

*Kilde: Pas.adm.system/ NIMES, St.Olavs Hospital*

På St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus var det i 2008 695 heldøgnsopphold, 3.620 liggedager, 3.157 polikliniske konsultasjoner, 4.679 fysikalske polikliniske konsultasjoner og 566 dagopphold (dagopphold med DRG). Det har vært en nedgang i liggedager fra 4.338 i 2007 til 3.620 i 2008. Andelen Ø-hjelp har vært relativt stabil på mellom 12 og 13 prosent siden 2007. En stor andel av de polikliniske konsultasjonene kan relateres til fysikalsk behandling.

Fra 2007 til 2008 kan det synes å ha vært en viss dreining fra heldøgnsopphold til dagopphold. De siste årene er antall døgnenger i drift redusert fra 20 til 14 i 2008/2009.

Aktivitet per fagområde for St. Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus vises i tabellen under:

**Aktivitet per fagområde, St.Olavs Hospital, avd. Røros**

	2007	2008	2009 (1.T og 2.T.)
<b>Ortopedi - total</b>			
Døgnopphold	614	555	310
Operert -innlagt	561	506	286
Dagkirurgi	319	411	315
Liggedøgn	3.494	3.222	1.670
<b>Ortopedi - relatert til protesekirurgi (*)</b>			
Døgnopphold	263	294	190
Operert -innlagt	263	294	190
Liggedøgn	2.364	2.394	1.339
<b>Ortopedi - annen ortopedi</b>			
Døgnopphold	351	261	120
Operert -innlagt	298	212	96
Liggedøgn	1.130	828	331
<b>Gynekologi</b>			
Døgnopphold	92	50	20
Operert -innlagt	85	49	18
Dagkirurgi	38	37	32
Liggedøgn	471	164	62
<b>ØNH</b>			
Døgnopphold	37	38	35
Operert -innlagt	37	35	33
Dagkirurgi	47	53	21
Liggedøgn	49	69	43
<b>Tannbehandling i narkose (**)</b>	-	66	86
<b>Hjertemed. poliklinikk</b>	634	556	356
<b>Dialyse</b>	639	452	290
<b>Andre pasientkategorier</b>			
Døgnopphold	84	52	26
Liggedager	324	165	348

Kilde: Pas.adm.system/ NIMES, St.Olavs Hospital

\*) Protesekirurgi: DRG 209A og 209 B

\*\*\*) Tannbehandling i narkose - manuell telling (registreres fra høst 09)

I hovedsak kan døgnoppholdene knyttes til ortopedi, gynekologi og øre-nese-hals. Aktiviteten for øvrig er poliklinisk, herunder hjertemedisinsk poliklinikk, tannbehandling i narkose, og dialyse.

St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus hadde 3.620 liggedager i 2008. Dette utgjør et gjennomsnittelig belegg i løpet av året på ca. 10 senger:

- 2/3 av liggedøgnene (~6,6 senger) benyttes til proteseopererte pasienter
- 1/3 av liggedøgnene (~3,4 senger) benyttes til annen ortopedi (opererte og ikke opererte), annen kirurgi (øre-nese-hals og gynekologi) og til enkelte andre medisinske pasienter

Gynekologisk relaterte liggedøgn har sunket fra 471 til 164 liggedøgn fra 2007 til 2008.

### 3.3.2. Pasientstrøm fra Røros og nærliggende kommuner til St. Olavs Hospital (Øya)

Tabellen under viser pasientstrøm fra Røros og nærliggende kommuner til St.Olavs Hospital (Øya):

#### Til St. Olavs Hospital (Øya). 2008.

Bosatt i	Antall heldøgns-opphold	Liggedg.	Dag-opphold	Polikl. kons.
Røros kommune	409	2.729	482	2.987
Holtålen kommune	238	1.459	110	1.590
Os kommune	83	449	26	324
Sum de 3 kommunene	730	4.637	618	4.901

Kilde: Pas.adm.system/ NIMES, St.Olavs Hospital

I 2008 var det totalt 4901 polikliniske konsultasjoner<sup>6</sup> ved St. Olavs Hospital (Øya) fra de tre utvalgte kommunene. Samlet utgjør dette anslagsvis: 410 konsultasjoner pr. mnd (12 mnd), 90 konsultasjoner pr. uke (52 uker) og 20 konsultasjoner pr. dag (5/7, hverdager).

Etter innføring av ny refusjonsordning 2009<sup>7</sup> er det registrert 1.940 refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner på St.Olavs Hospital (Øya) for pasienter fra Røros, Holtålen og Os i perioden jan-sept 2009. Samlet utgjør dette anslagsvis: 215 konsultasjoner pr. mnd (9 mnd), 50 konsultasjoner pr. uke (40 uker) og 10 konsultasjoner pr. dag (5/7, hverdager).

<sup>6</sup> Polikliniske konsultasjoner jfr. gammel ordning: Alle polikl.konsultasjoner inkluderes. Inkludert kan f.eks. være at pasienten har flere konsultasjoner per dag. Videre poliklinikkanalyser tar utgangspunkt i ny refusjonsordning som ble innført i 2009.

<sup>7</sup> Jfr. innføring av nye refusjonsregler 2009. Her telles de refusjonsberettigede konsultasjonene. Hvis pasienten har vært hos flere leger under samme besøk telles dette som flere konsultasjoner. Hvis pasienten har vært hos en lege og annen behandler under det samme besøket teller det som 1 konsultasjon. Hvis pasienten legges inn telles det polikliniske besøket ikke som en konsultasjon.

### 3.3.3. Pasientstrøm fra Røros og nærliggende kommuner til St. Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus

Tabellen under viser pasientstrøm fra Røros og nærliggende kommuner til St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus:

#### Til St.Olavs Hospital, avd. Røros sykehus. 2008.

Bosatt i	Antall heldøgnsopphold	Liggedg.	Dagkir.	Polikl. kons.	Polikl. kons. (fysikalsk)
Røros kommune	116	692	145	1.351	3.977
Holtålen kommune	30	124	45	439	367
Os kommune	29	83	19	296	47
Sum de 3 kommunene	175	899	209	2.086	4.391
Andre kommuner	520	2.721	357	1.071	288
Sum alle kommunene	695	3.620	566	3.157	4.679

Kilde: Pas.adm.system/ NIMES, St.Olavs Hospital

Opphold fra gruppen `andre kommuner` utgjør ca 75 % av alle heldøgnsopphold for St. Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus. Av de totalt 3.157 polikliniske konsultasjoner ved St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus var 66% av disse for pasienter fra Røros, Os og Holtålen.

### 3.3.4. Pasientstrøm til Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset, fra nærliggende kommuner

Sykehuset på Tynset er en av divisjonene i Sykehuset Innlandet. Divisjon Tynset har fødestue og akutt funksjoner innen indremedisin, kirurgi og ortopedi. Divisjon Tynset har fjellregionen som sitt primære nedslagsfelt og har ca 210 årsverk knyttet til den somatiske virksomheten (psykiatri, prehospitalt arbeid og IT kommer i tillegg da de ikke er en del av divisjon Tynset).

Dag- og døgnopphold og liggedøgn for kommunene i fjellregionen vises i tabellen under:

#### Dag og døgnopphold og liggedøgn i 2008 ved SI, Divisjon Tynset fordelt på kommuner i det primære nedslagsfeltet

Bosatt i	Tynset	Alvdal	Rendalen	Folldal	Stor-Elvdal	Tolga	Os	Røros	Holtålen	Sum	Røros + Holtålen andel tot.
Ant. dagopphold	240	96	89	67	23	70	49	118	15	767	17 %
Ant. døgnopphold	762	278	254	174	152	259	170	358	101	2.508	18 %
Ant. liggedøgn	2.782	1.060	1.138	740	676	985	631	1.440	484	9.936	19 %

Kilde: Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset

For de aktuelle kommunene var det totalt i 2008; 767 dagopphold, 2.508 døgnopphold og 9.936 liggedøgn ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset. Av dette utgjør Røros og Holtålen ca. 17 % av dagoppholdene, 18 % av døgnoppholdene og 19 % av liggedøgnene. Per september 2009 har det for alle kommuner vært 18 utskrivningsklare pasienter med 96 liggedøgn utover meldingstidspunkt.

### 3.3.5. Private avtalespesialister (leger) og driftsavtaler med psykologer

Avtalespesialister er leger med spesialistgodkjenning og som har driftsavtale med det regionale helseforetaket (RHF). RHF`ene oppretter, bestemmer lokalisering, utlyser og tildeler hjemmel for drift av privat spesialistpraksis. RHF`ene betaler et årlig driftstilskudd til legen.

Avtalespesialistene inngår som en integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten og er regulert gjennom *«Rammeavtale mellom De regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister»*<sup>8</sup>. I Rammeavtalen § 1 Formål og virkeområde står omtalt i kap. 1.2 *«Det regionale helseforetaket har ansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region. Ved ivaretagelsen av «sørge-for» -ansvaret inngår de private avtalespesialistene som en integrert del.»*

RHF`ene har i tillegg driftsavtaler med psykologer og tildeler driftshjemler for privat psykologpraksis.

Aktuelle avtalespesialister (leger)/driftshjemler (psykologer) i Fjellregionen:

- Avtaler med Helse Midt-Norge RHF (Rørosområdet)
  - Psykiatri, 50 % avtalehjemmel (ubesatt fra 01.07.09)
  - Øre-nese-hals, 2 x 38,5 % avtalehjemmel
  - Psykolog, 20 % driftsavtale/ driftshjemmel
  - Psykolog, 100 % driftsavtale/ driftshjemmel
- Avtaler med Helse Sør-Øst RHF (på Tynset)
  - Øyelege, 100 % avtalehjemmel
  - Nevrolog, 100 % avtalehjemmel
  - Psykolog, 60 % driftsavtale/ driftshjemmel
  - Psykolog, 80 % driftsavtale/ driftshjemmel
  - Psykolog, 100 % driftsavtale/ driftshjemmel (opprettet høsten 2009)

Representant fra Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL) har gitt informasjon om at stilling innen gynekologi tidligere har vært avtalespesialisthjemmel. Stillingen dekkes nå av *«ambulerende spesialist»* fra St.Olavs Hospital.

Tall fra Norsk pasientregister viser at avtalespesialistene sto for 1/3 av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder i Norge i 2008.<sup>9</sup> På nasjonalt nivå er det fem fagområder som utgjør ca. 90 % av alle spesialistkonsultasjoner i somatisk avtalepraksis.

- Fagområdet øye står alene for mer enn 1/4 av det totale antallet innrapporterte spesialistkonsultasjoner i avtalepraksis. Innen øye hadde befolkningen i Helse Midt-Norge størst forbrukstrate sett i forhold til de andre regionene, særlig hos avtalespesialistene.
- Hud og øre-nese-hals utgjør rundt 20 prosent hver
- Fødselshjelp-kvinnesykdommer og Indremedisin utgjør hver om lag 10 prosent.
- Avtalespesialister innen fagområdene øre-nese-hals og øye står for 3/4 av den totale aktiviteten innenfor sine fagområder, og i alle regionene utførte avtalespesialistene innen disse fagområdene flere konsultasjoner enn sykehusenes poliklinikker.

I Oppdragsdokumentet<sup>10</sup> synliggjøres avtalespesialistene som en viktig brikke i spesialisthelsetjenesten. Departementet arbeider med å legge til rette for å videreføre og bygge ut

<sup>8</sup> Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister. Fra legeforeningens nettsider: [www.legeforeningen.no/id/21193.0](http://www.legeforeningen.no/id/21193.0), 2009.

<sup>9</sup> Aktivitetsdata for avtalespesialister, Norsk pasientregister, 2008.

ordningen. Det er geografiske forskjeller i bruk av polikliniske tjenester, og enkelte tjenester kunne vært bedre utbygd for å dekke behovet i regionene og på nasjonalt nivå. Et av tiltakene som skisseres er at Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at avtalespesialistenes kapasitet utnyttes for å sikre tilgjengelige tjenester for pasientene og kortere ventetider.

### **3.3.6. Røros Rehabiliteringssenter**

Røros Rehabiliteringssenter tilhører spesialisthelsetjenesten med 100 døgnbehandlingss plasser spesialisert for hjerte- og lungesyke, sykkelig overvektige, kreftsyke, ortopedi og arbeidsrettet rehabilitering. Røros Rehabiliteringssenter er et ledende senter innen ulike typer rehabilitering i Midt-Norge, og har avtaler med Helse Midt-Norge RHF og NAV.

Senteret ligger sentralt plassert på Røros, med både naturen og sentrum lett tilgjengelig. Senteret har en kapasitet på ca. 34.000 døgn. Bygningsmassen eies av Landsforeningen- for hjerte- og lungesyke (LHL) og er et 8.000 m<sup>2</sup> moderne rehabiliteringssenter i kort avstand til Røros sykehjem.. Røros Rehabilitering AS er et ikke-kommersielt driftselskap som eies av LHL (98%) og Røros kommune (2%). Rehabiliteringssenteret har 79 ansatte.

---

<sup>10</sup> Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF. 2009.

## 4. Samhandlingsreformen - muligheter og utfordringer

*I dette kapitlet gis oversikt over nye utfordringer og muligheter som St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen; rett behandling – på rett sted – til rett tid, kan gi.*

### 4.1. Samhandlingsreformens utfordringer og hovedgrep

Tidligere Helseminister Bjarne Håkon Hanssen sammenfattet samhandlingsreformen på følgende måte: *‘Norge bruker mest i verden på helse, men får ikke mest helse igjen for hver krone. Det er systemet det er noe galt med. Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Dette skal vi nå gjøre noe med. Samhandling skal skje på grunn av, ikke på tross av systemene’*<sup>11</sup>

Regjeringen har i Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) lagt frem forslag til en samhandlingsreform som etter planen skal gjennomføres trinnvis med full implementering fra 2012. Hovedmålsettingene med reformen er blant annet å sikre pasientene raskere og bedre koordinerte helse- og omsorgstjenester, få mest ut av ressursene og dempe kostnadsveksten.

Dagens hovedutfordringer som ligger til grunn for samhandlingsreformen:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Samhandlingsutfordringens omfang:

- Økning i antall eldre
- Økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer
- Hvis en forutsetter en framskrivning av dagens anslåtte omfang av utskrivningsklare pasienter og unødvendige sykehusinnleggelse, vil antall liggedøgn for pasienter som kan behandles utenfor sykehus øke på nasjonalt nivå fra 550 000 i dag til omlag 900 000 i 2030.

Hovedgrep i samhandlingsreformen:

- Klarere pasientrolle - Gode helhetlige pasientforløp
- Ny framtidig kommunerolle – nye oppgaver knyttet til: før – i stedet for – etter sykehusopphold. Nye oppgaver – reguleres gjennom ny lovgivning og økonomiske insentiver. Krever et visst befolkningsgrunnlag – behov for interkommunalt samarbeid
- Etablering av økonomiske insentiver
- Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer - Nasjonal helseplan skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjeneste
- Andre strategiske tiltak - utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer

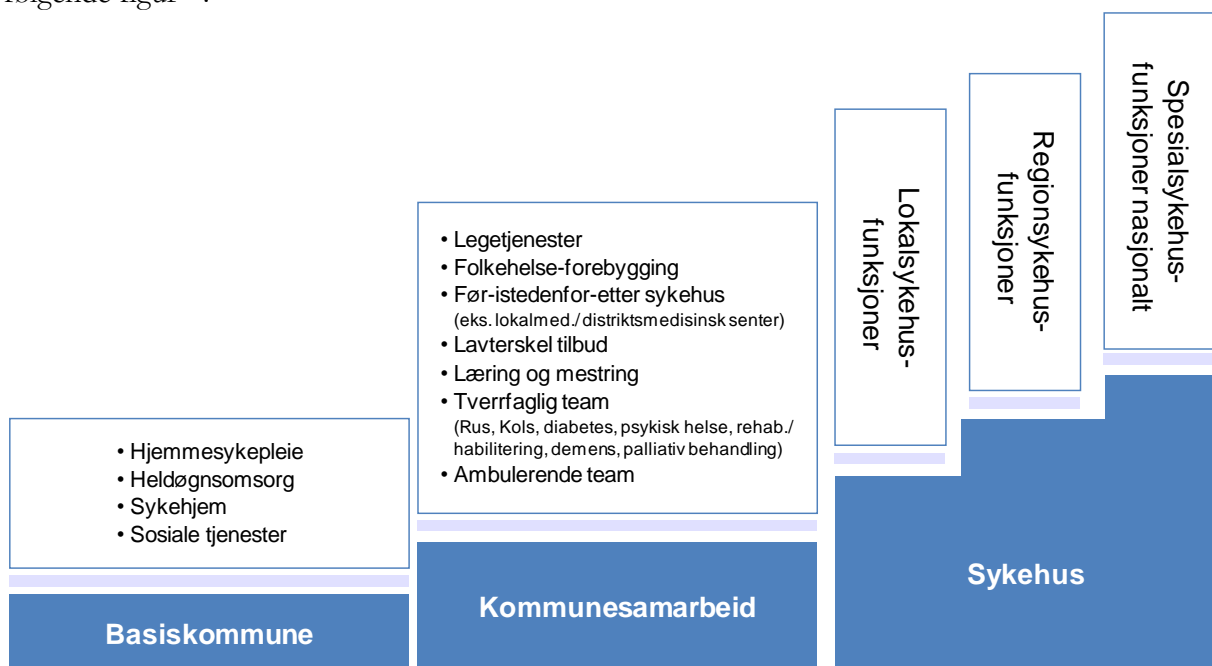
---

<sup>11</sup> Om Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsdepartementets nettsider, 2009.

## 4.2. Endret oppgavefordeling

Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal settes kompetansemessig og økonomisk i stand til å håndtere de pasientgrupper som i dag ligger i gråsonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I figuren nedenfor er det antydnet at disse oppgavene eventuelt må løses ved et samarbeid mellom kommuner. Særlig vil dette gjelde for kommuner med et lavt befolkningsgrunnlag. Pasientene i denne kategorien kalles gjerne gråsonepasienter eller intermediærpasienter og behandles noen steder i kommunehelsetjenesten og andre steder i spesialisthelsetjenesten. Denne pasientgruppen skal kommunene settes i stand til å håndtere både gjennom økning av kapasiteten og kompetansen og for derved å kunne ta hånd om pasienter før, istedenfor eller etter et sykehusopphold.

Samhandlingsreformens hovedbudskap og betydning for organisering oppsummeres med følgende figur <sup>12</sup>:



Figur 4 Samhandlingsreformens betydning for organisering av helsetjenestetilbudet

I de påfølgende kapitler gis en oversikt over noen av de mer spesifikke utfordringer relatert til samhandlingsreformen og videreutvikling av helsetjenestetilbudet på Røros.

## 4.3. Utfordringer knyttet til befolkningsgrunnlag

Kommunenes størrelse vil kunne ha betydning for om de kan lykkes med å bygge opp gode nok fagmiljøer og dermed skape et bedre helsetjenestetilbud for innbyggerne. En utfordring for å opprettholde et mer spesialisert helsetjenestetilbud er befolkningsgrunnlaget.

Regionen er sammensatt av kommuner med få innbyggere. Hvis det planlegges tjenester for kommuner i legevaktssamarbeidet – Røros, Os og Holtålen, vil innbyggertallet være i underkant av 10.000 innbyggere. Enkelte tjenester kan i nært samråd med Helse Sør-Øst og Sykehuset

<sup>12</sup> Basert på blant annet tidlige skisser benyttet av Helseministeren og presentasjonsmateriale brukt av Kommunenes Sentralforbund (KS)-Samhandlingsutfordringene i helsesektoren, 2009.

Innlandet vurderes om kan planlegges for hele Fjellregionen (20.810 innb.), dvs. for Røros, Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldalen og Rendalen. I tillegg til kommunene i Fjellregionen kan nevnes Holtålen som grenser til Røros i nord (2.064 innb.). Totalt utgjør dette et befolkningsgrunnlag på 22.874 innbyggere.

Også andre kommuner som for eksempel Midtre Gauldal (5.942 innb.) og Tydal (862) bør kunne vurderes med tanke på samarbeid om et mer spesialisert helsetjenestetilbud.

I helger og høytider har en tidligere utredning<sup>13</sup> beregnet at folketallet i Røros, Os og Holtålen øker til ca. 20.000-30.000. Offisielt beregnes 270.000 kommersielle overnatningsdøgn i Rørosområdet. Uoffisielle tall for kommersielle/fritidsbolig/ private og andre tilsvarende omkring ca. 1. mill overnatningsdøgn.<sup>14</sup> Turisttilstrømmingen er et element som allerede er vurdert når kommunen har dimensjonert sin legetjeneste/legevakt.

#### 4.4. utfordringer knyttet til nærhet til spesialisthelsetjenesten

Befolkningen i legevaktssamarbeidet- Røros, Os og Holtålen bruker både Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset og St.Olavs Hospital (Øya) som sine lokalsykehus. Avstand til Divisjon Tynset er relativt kort, ca. 50 km. Avstanden til Trondheim er ca. 155 km.

Divisjon Tynset har fødestue og akuttfunksjoner innen indremedisin, kirurgi og ortopedi. Divisjon Tynset har i tillegg polikliniske tilbud innen ulike fagområder, nytt Distriktpsikiatrisk senter med sengeavdeling og poliklinikk lokalisert ved sykehuset og utbygd BUP. Helse Sør-Øst har dessuten avtalespesialister i øyesykdommer og nevrologi på Tynset. En nærmere oversikt over spesialisthelsetjenestetilbudet ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset vedlegges (kfr kap 11.3).

Orkdal DPS har en enhet på Haltdalen. Kommunene som betjenes fra Haltdalen er Røros, Holtålen, Midtre Gauldal, Rennebu og Oppdal.

#### 4.5. utfordringer knyttet til endret oppgavefordeling

Et ønske om å videreutvikle tjenester og samtidig løse oppgaver kostnadseffektivt, har ført til at helseforetak og kommuner søker nye former for samarbeid. Den nye samhandlingsreformen legger opp til en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Prosjektgruppen har i sitt arbeid, i tråd med mandatet, hatt dette som sitt utgangspunkt. Hvilke oppgaver som kan vurderes om en kommune kan og bør påta seg må vurderes særskilt. Videre har oppgaveforskyvning nær sammenheng med kompetanseoverføring.

Særskilte temaer som er aktuelle å vurdere i lys av samhandlingsreformen vil være:

- Styrke forebygging/ tidlig intervensjon
- Hvilke kategorier av pasienter egner seg til observasjon (før innleggelse), etterbehandling og rehabilitering?
- Hvordan kan tilbudet organiseres? (lokalmedisinske sentra, sykestuer og helsesentra etc.)

Prosjektgruppen har i tråd med samhandlingsreformen lagt til grunn en endret oppgavefordeling i sine vurderinger og drøftinger i de senere kapitler.

<sup>13</sup> Røros sykehus-2010. Alternative driftsmodeller, rapport fra arbeidsgruppen, 2008.

<sup>14</sup> Røros Reiseliv, Rørosområdet (Røros, Os, Tolga, Holtålen), 2008.

## 4.6. utfordringer knyttet til økonomiske virkemidler

Hovedmomenter fra samhandlingsreformen knyttet til økonomiske virkemidler:

- Regjeringen vil overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fullt og helt til kommunene fra og med 2012, hvilket betyr at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare.
- Regjeringen foreslår å innføre en generell kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten på 20 prosent.
- Ordningen finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer.
- Graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten økes fra 60 til 70 %

En endret finansiering skal innføres blant annet for å gi kommunene et insitament til både å forebygge sykdom og utbygge billigere kommunale løsninger. Hvis en kommunal medfinansiering skal innføres fremheves blant annet at det bør være en klar sammenheng mellom forsterket kommunalt tilbud og redusert bruk av spesialisthelsetjenester hvis medfinansiering skal ha noe poeng.<sup>15</sup>

De konkrete virkemidlene i samhandlingsreformen er ikke klarlagt når prosjektgruppen leverer sin rapport. Med utgangspunkt i de samarbeidsforsøk mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten som er forsøkt, har det vært mulig å finne økonomisk understøttende løsninger, i nært samarbeid mellom helseforetak som f.eks Helse Midt-Norge/ St.Olavs Hospital og kommuner. Det henvises også her til Forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering av sykestuer i Finnmark som skal understøtte fornuftig bruk av sykestuene, både faglig og samfunnsøkonomisk, til beste for pasientene.<sup>16</sup>

Samhandlingsreformen og dens virkemidler er fortsatt til politisk behandling, og antas å være mer konkretisert i løpet av våren 2010.

---

<sup>15</sup> Rapport- Finanseringsordninger for bedre samhandling. Utredning av Agenda for KS, 2009.

<sup>16</sup> Sykestuer som tilbyr spesialisthelsetjenester. Helsedirektoratets nettsider, 2009.

## 4.7. Generelle utfordringer og suksessfaktorer

Følgende synes å være aktuelle risikofaktorer/utfordringer og suksessfaktorer i forhold til samhandlingsreformen:

- Dimensjonering av nye tjenestetilbud (befolkningsgrunnlag og sykdomsforekomst)
- Innbyggerne stiller økte krav og forventninger til helsetjenestene som tilbys lokalt
- Ledelse, planlegging og gjennomføring
- Behov for samarbeid, interkommunalt og mellom helseforetak og kommuner
- Kompetansemiljøene må være over en viss kritisk masse
- Finansiering/ økonomi

I det følgende detaljeres områdene ytterligere:

- Dimensjonering av tjenestetilbud, behov
  - Befolkningsgrunnlag og sykdomsforekomst
  - Innbyggerne stiller økte krav og forventninger til helsetjenestene som tilbys lokalt
  - Definerer av ansvarsområde i pasientforløpet mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, eksempel: på hvilket tidspunkt kan en pasient defineres som ferdigbehandlet?
- Ledelse, planlegging og gjennomføring
  - Likeverdige partnere som samhandler; spesialisthelsetjenesten og kommune(r)
  - Etablere målrettede, tidsavgrensede og hensiktsmessige avtaler mellom aktørene
  - Organisering av de ulike tjenestetilbudene, i ett eller flere sentra eller nærsykehus
- Kommunesamarbeid
  - Økt grad av interkommunalt samarbeid, vertskommune/ samkommuner og samarbeid med fastlegene
- Kompetanse
  - Helsefaglig kompetanse. Tilgang til nødvendig og tilstrekkelig behandlingspersonell i kommunene, sikring av adekvat opplæring av nytt og eksisterende behandlingspersonell og videreutvikling av kompetanse
  - Bestiller-(og tilbyder-) kompetanse
  - Samhandlingskompetanse
- Finansiering/ økonomi
  - Risiko knyttet til finansiering, medfinansering og ikke øremerkede tilskudd
  - Etablering av fremtidsrettede og kostnadseffektive tjenestetilbud i kommunene i samsvar med den demografiske utvikling, sykdomsutvikling og medisinsk-teknologiske utvikling
- Andre faktorer
  - Bygningsmasse og lokalisering av tjenestetilbudet
  - Medisinske støttefunksjoner og transporttilbud
  - Omdømmemessige faktorer

## 5. Samhandlingsløsninger andre steder

*I dette kapitlet gis oversikt samhandlingsløsninger andre steder som særlig kan ha relevans for vurdering av løsning på Røros.*

De siste årene er det på nasjonalt plan utviklet flere innovative modeller for samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, hvis felles mål er å oppnå større helhet i pasientbehandlingen og bedre samordning av helsetjenestene. De ulike samhandlingsmodeller og tiltak forsøker å underbygge prinsippene om et godt og koordinert helsetjenestetilbud og et sømløst system. Løsningene bygger i stor grad på prinsippene om laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), nå gjerne kalt beste effektive omsorgsnivå (BEON). Et ønske om å videreutvikle tjenester og samtidig løse oppgaver kostnadseffektivt, har ført til at helseforetak og kommuner søker nye former for samarbeid.

Det er verdt å merke seg at samhandlingsreformen legger opp til en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen tydeliggjør primærhelsetjenestens ansvar for å utvikle et godt helsetjenestetilbudet også til gråone-/intermediærpasienter.

Basert på ulike kilder og innspill fra prosjektgruppen, er følgende løsninger undersøkt nærmere: Alta helsesenter, Brønnøysund spesialistpoliklinikk og helsesenter, Dalane, DMS Inn-Trøndelag, Egersund DMS, Fosen DMS, DMS Stjørdal, Hallingdal sjukestugu, Sykehuset Østfold-tidligere Halden sykehus, Helseparken i Rana, Intermediæravdeling- Asker og Bærum kommune, Norlandssykehuset HF/Lofoten sykehus, Nærjukehuset i Florø, Sonjatun helsesenter og Søbstad. I tillegg er følgende sykehusenheter undersøkt; Sykehuset Telemark HF- Klinikkl Notodden Rjukan (Rjukan sykehus) og Give sykehus(Danmark).

Prosjektgruppen har fokusert på løsninger som antas å ha størst overføringsverdi for Røros. Enhetene er beskrevet mer i detalj i eget notat utarbeidet i tilknytning til dette prosjektet (‘Løsninger andre steder og aktuelle kjennetegn’).

Aktuelle funn fra løsninger andre steder som har relevans for vurdering av løsning på Røros omtales på de neste sidene.

## 5.1. Den kirurgiske virksomheten ved enhetene

Oversikt over den kirurgiske virksomheten ved utvalgte enheter vises i tabellen under:

Enhet	Dagkirurgi/ poliklinisk kirurgi	Kirurgi heldøgn	Anestesi- lege	Sengepost	Spes. polikl
Fosen DMS	Nei (men polikliniske inngrep, uten narkose)	Ja (jfr. etterbehandling ortopedi)	Nei (1)	12 (+1 for Forsvaret) (observasjon/etterbehandling/ rehabilitering)	Ja
Hallingdal sjukestugu	Ja (bla. ortopedi - poliklinikk/dag, i lokalbedøvelse, dvs. uten narkose, 1 operasjonsstue)	Nei (men jfr. observasjon før innleggelse og rehabilitering)	Delvis (2)	16 (observasjon/ rehabilitering)	Ja
Røros sykehus	Ja (2 operasjonsstuer og 1 skiftstue)	Ja, 5/7	Tilstede 24*7	16 (16 senger, ortopedi/gynekologi/øre-nese-hals + 8 overvåking)	Ja
Sykehuset Telemark HF- Klinikk Notodden Rjukan (Rjukan sykehus)	Ja	Ja, 7/7 (bla. ortopedi)	Tilstede 24*7	35 (generell indremedisin, ortopedi/kirurgi med akuttfunksjon, og en 8-sengers overvåkingsenhet)	Ja

1) 330Skvadronen har base på Ørlandet med SeaKing helikopter bemannet med anestesilege. Er en del av akuttberedskapsen i Midt-Norge og Fosen. Tjenesteavtale om utrykning ved behov og opplæring.

2) Luftambulansetjenesten for Indre Sør-Norge har sin base på Hallingdal sjukestugu. Det er inngått avtale om bruk av legetjenesten på luftambulansen. Kan evt. trekke på legevakt i samme bygg og evt. anestesilege på vakt for luftambulansen.

Av de norske enhetene som er undersøkt er det kun Rjukan sykehus som har noe av det tilsvarende omfang relatert til heldøgnskirurgi (ortopedi) som Røros sykehus. Ingen av de mer DMS-lignende enhetene har omfattende heldøgnskirurgi. Ingen av enhetene har tilstedeværende anestesilege, utover at anestesilegen er knyttet til luftambulanse eller den operative virksomheten (narkose). Det kan også nevnes at Alta helsesenter har en viss anestesilegetilførsel relatert til dagkirurgi og ambulansetjeneste.

## 5.2. Forholdet mellom senger og kommunestørrelse

Forholdet mellom antall senger, type senger og kommunestørrelse vises i tabellen under <sup>17</sup>:

Enhet	Sengepost	Kommuner
Fosen DMS	12 (+1 for Forsvaret) (observasjon/etterbehandling/rehabilitering)	Fosen har 25.623 innbyggere (Osen, Roan, Åfjord, Bjugn, Ørland, Rissa, (Mosvik), Leksvik)
Hallingdal sjukestugu	14 (observasjon/ rehab.)	Hallingdal har ca. 20.000 innbyggere (Hol, Ål, Gol, Hemsedal, Nes, Flå) Reiseliv estimeres til ca. 13.000 innb. gj.snitt
Rørøs sykehus	16 (16 senger, ortopedi/gynekologi/øre-nese-hals + 8 overvåking)	Har 9.683 innbyggere hvis alle 3 kommuner i legevaktssamarbeidet inkluderes; Rørøs (5.560), Holtålen (2.064) og Os (2.059)
DMS-Stjørdal	12+4 (12 intermediaære sengeplasser + 4 kommunale korttidsplasser)	Stjørdal har 20.960 innbyggere
Alta helsesenter	13 (9 medisinsk behandling/oppfølging, 4 senger kommunale korttids-/ avlastningsplasser)	Alta kommune har 18.488 innbyggere + anslår i tillegg ca. 2000 studenter
Sykehuset Telemark HF- Klinikk Notodden Rjukan (Rjukan sykehus)	35 (gen. indremedisin, ortopedi/kirurgi med akutfunksjon og egen 8-sengers overvåkingsenhet)	Totalt ca. 12.000 innbyggere hvis alle 3 kommuner inkluderes; Tinn (6010), Vinje (3650) og Tokke (2360)

Det må nevnes at sengene på St.Olavs Hospital, avdeling Rørøs sykehus i motsetning til de andre enhetene i mindre grad brukes til gråsonepasienter/intermediære pasienter. Det skal likevel nevnes at Rørøs kommune disponerer 2 plasser ved St.Olavs Hospital, avdeling Rørøs sykehus ved behov. Rørøs sykehus har et relativt lavt befolkningsunderlag sett i forhold til de andre enhetene, også hvis kommuner i legevaktssamarbeidet (Holtålen og Os) inkluderes.

## 5.3. Sengebehov i lokalmedisinske sentra

Med bakgrunn i erfaringer og undersøkelser kan det være grunnlag for å anslå et sengebehov for gråsonepasienter/ intermediære pasienter på 0,5-1,5 senger pr. 1.000 innbyggere. Det er nærliggende å tro at ny oppgavefordeling (jfr. samhandlingsreformen), fremtidig sykdomsutvikling og befolknings sammensetning kan gi indikasjon på et noe høyere sengebehov enn dagens behov. Det kan derfor være naturlig å anta et fremtidig sengebehov på 1,0-1,5 senger pr. 1.000 innbyggere, der det vurderes å etablere slike enheter. Lokale hensyn som kommunenes organisering av helsetjenestetilbudet, nærhet til lokalsykehus og oppgavefordeling vil ha betydning.

### Aktuelle kilder:

- Prosjektets gjennomgang av enheter/ løsninger andre steder i Norge. Enhetene er beskrevet mer i detalj i eget notat utarbeidet i tilknytning til dette prosjektet.
- Helse Midt- Norge estimerer på bakgrunn av samhandlingsreformen et behov for ca. 250 senger<sup>18</sup>
- Fylkeslegen i Troms foreslo 1 sykestueseng pr. 1.000-3.000 innb. <sup>19</sup>

<sup>17</sup> Basert på ulike presentasjoner fra de ulike aktuelle enhetene.

<sup>18</sup> Strategi 2020, estimat utledet fra Samhandlingsreformen

<sup>19</sup> Fylkeslegen i Trømsø. Fylkeslegen i Troms: Sykestuesenger i sykehjem. Behov for halvannenlinjetjeneste. Brev til SHD 27.april 1999.

- De institusjoner som er omhandlet i kap. 5 ligger alle med en kapasitet i nærheten av 1 seng pr. 1.000 innb., med unntak av Alta sykestue som har en kapasitet på omtrent det halve.<sup>20</sup>
- Tidligere er det foreslått en norm på 1,75 senger pr 1.000 innb.<sup>21</sup>
- En skotsk norm for cottage hospital er på 1,5 senger pr 1.000 innb.<sup>22</sup>
- Engelsk sykestue- community hospital, senger i størrelsesorden +/- 20 senger<sup>23</sup>
- Fra debatten om sykestuer har det tidligere blitt argumenter for; *`det er liten tvil om at det er mest hensiktsmessig både fra et faglig og økonomisk synspunkt, å prøve å samle sykestuefunksjonen i avdelinger av en viss størrelse`*<sup>24</sup>

## 5.4. Kjennetegn ved Røros sykehus

St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus har spesifikke kjennetegn som i dag synes å avvike fra et DMS/lokalmedisinsk senter/sykestue. Eksempler på dette er:

- Klar organisatorisk tilknytning til spesialisthelsetjenesten og hovedtyngden av inneliggende aktivitet er kirurgisk (ortopedisk, gynekologi, øre-nese-hals)
- Omfang av elektiv ortopedi og annen kirurgi som genererer heldøgnsopphold
- Anestesi 24\*7
- Kan synes å ha et mindre omfang og fokus på gråsonepasienter/ intermediære pasienter
- Ansvarsdeling for inneliggende gråsonepasienter/ intermediære pasienter, spesialisthelsetjenesten har hovedansvar
- Relativt lite pasientgrunnlag, selv når kommuner i legevaktssamarbeidet- Røros, Os og Holtålen trekkes inn
- Nærhet til annet spesialisert helsetjeneste (annet lokalsykehus) er relativt kort ~50 km til Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset (hvis man her ser bort fra andre enheter som ligger i en større by)

<sup>20</sup> Sykestuefunksjonen-the missing link? Statens Helsetilsyn 2001, s.20

<sup>21</sup> Mamen K. Nylenna M. Sykestuene i Norge. En skjult ressurs som bør integreres i fremtidens sykehjem? Tidsskriftet Norsk Lægeforening 1977; 97: 507-10.

<sup>22</sup> Sykestuefunksjonen-the missing link? Statens Helsetilsyn 2001, s.20

<sup>23</sup> Ivar J. Aaraas, innlegg nasjonal konferanse. S.16. : Brobygging for fremtiden Bergen 28.januar 2009 Sykestuemodellen/Distriktsmedisinske sentra-modell også for storbyene?

<sup>24</sup> Sykestuefunksjonen-the missing link? Statens Helsetilsyn 2001, s.20

## 6. Beslutningskriterier

*I dette kapitlet gis oversikt over beslutningskriteriene.*

Prosjektet hadde innledningvis en dialog om hvilke beslutningskriterier som skal legges til grunn for de valg og prioriteringer som skal gjøres avslutningsvis når det gjelder det fremtidige helsetjenestetilbud på Røros. Det ble tatt utgangspunkt i prosjektets mandat og generelle føringer når det gjelder utviklingen av helsetjenestetilbudet nasjonalt og regionalt. Følgende kriterier ble vedtatt lagt til grunn av styringsgruppen:

Kriterier for valg av de tiltak som sammen skal utgjøre alternative løsningsforslag:
Befolkningen på Røros skal ha et tjenestetilbud som er like godt som i resten av helseregionen
Tiltakene skal gi meningsfylte og varige arbeidsplasser innen helsetjenesten på Røros
Innholdet i tjenesten skal være fremtidsrettet og robust basert på befolkningens behov og spesialisthelsetjenester rettet mot befolkningen i andre helseforetak og helseregioner
Tiltakene skal være kostnadseffektive
Tiltakene skal ivareta intensjonene i Samhandlingsreformen
Tilbudet skal gis på laveste effektive omsorgsnivå (LEON) - BesteEON
Tilbudet skal legge til rette for forutsigbar samhandling mellom kommuner og foretak
Kvaliteten på spesialisthelsetjenestetilbudet skal være god og vurderes ut fra tilstrekkelig pasientvolum, faglige avhengigheter og veletablert infrastruktur
Det skal ikke etableres konkurrerende spesialisthelsetjenestetilbud i fjellegionen i forhold til Tynset
Mulighet til samordning av somatikk, rus og psykisk helsevern skal ivaretas
Tiltakene skal fremme rekruttering av fagpersonell
Tilbudet skal kunne avlaste St.Olav/Helse Midt-Norge ved behov (fleksibilitet)
Tilbudet skal tilpasses langtidsplanene til Helse Midt-Norge (langtidsplan/ budsjett)

**Figur 5 Beslutningskriterier**

Diskusjonen i prosjektet var særlig knyttet til to av punktene.

### **”Tiltakene skal gi meningsfylte og varige arbeidsplasser innen helsetjenesten på Røros”**

Fra medlemmer i prosjektgruppen ble det påpekt at det var kommet politiske signaler om vektlegging av opprettholdelse av antall arbeidsplasser på Røros. Samtidig hadde styret i Helse Midt-Norge også fattet et vedtak som sa at `Styret i Helse Midt-Norge RHF mener at i kraft av sitt sørge for ansvar ikke skal ha sysselsetting og arbeidsplasser som en del av sitt hovedengasjement – selv om dette er viktig for lokalsamfunna. Det vedtatte mandatet for arbeidet med helsetilbud på Røros må ikke oppfattes slik at styret i Helse Midt-Norge RHF påtar seg et sysselsettingsansvar for regionen og heller ikke at vedtaket kan gi presedens i andre beslutningssaker.`

På spørsmål fra prosjektgruppen om en avklaring av spørsmålet, ga prosjekteier tilbakemelding om at HOD ikke hadde gitt noe pålegg eller andre føringer om antall arbeidsplasser. Ønsket om at tiltakene skal gi meningsfylte og varige arbeidsplasser er derfor ikke å forstå som at antall arbeidsplasser nødvendigvis skal opprettholdes på dagens nivå.

**”Det skal ikke etableres konkurrerende spesialisthelsetjenestetilbud i fjellregionen i forhold til Tynset”**

Det ble tidlig bragt på banen at opprettelse av en intermediearenhet i Røros sykehus kunne være et aktuelt alternativ. Aktuelle pasientkategorier kan være pasienter før, istedenfor eller etter et opphold på Tynset sykehus. Dette vil imidlertid kunne svekke pasientgrunlaget for Tynset sykehus som er et viktig lokalsykehus for Røros kommune.

På spørsmål fra prosjektgruppen om prosjekteiers vurdering av dette spørsmålet, ble det fra prosjekteier slått fast at etablering av intermediearenheter er et av de sentrale forslagene i samhandlingsreformen og at dette ikke skal oppfattes som konkurrerende til lokalsykehusdrift. Det er derimot sett på som en helt nødvendig helsepolitisk dreining, der kommunen(e) tillegges et større ansvar. Eventuelt forslag om etablering av en intermediearenhet på Røros vil derfor ikke bli sett på som å være i motstrid til dette aktuelle beslutningskriterium.

## 7. Muligheter for helsetjenestetilbudet på Røros

*I dette kapitlet gis en oversikt over prosjektets løsningsutvikling og utvikling av scenarier.*

### 7.1. Utgangspunktet uten ortopedi

Det tas utgangspunkt i vedtaket om flytting av ortopedisk virksomhet til St.Olavs Hospital (Øya). Protese-pasientene alene utgjorde i 2008 2.394 liggedøgn ved St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus. Uten disse pasientene, gjenstår 1.226 liggedøgn (3.620 – 2.394) ved sykehuset i 2008.

- Dersom denne resterende aktiviteten fordeles jevnt over året gir dette behov for 4 senger (3,4 senger)
- Dersom denne resterende aktiviteten fordeles på 5 dgr/uke gir dette behov for 5 senger (4,7 senger)
- Dersom sengeposten i tillegg stenger 10 uker/år gir dette behov for 6 senger (5,8 senger)

Sengeposten blir med dette for liten for rasjonell drift. Flytting av ortopedisk kirurgi innebærer med andre ord at uten nye sengekrevende oppgaver, er grunnlaget for fortsatt drift av sengeposten borte. Dette gjør at også andre heldøgns-pasienter ikke lenger kan behandles ved St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus.

Vedtaket om flytting av ortopedisk virksomhet fjerner ikke bare grunnlaget for videre drift av sengeposten, men innebærer også en vesentlig reduksjon av behovet for kapasitet ved operasjonsstuer og poliklinikk samt støttefunksjoner. Det henvises til kap 3.3 for nærmere detaljer om ortopediens sentrale rolle i dagens Røros sykehus.

### 7.2. Innspill til nye muligheter

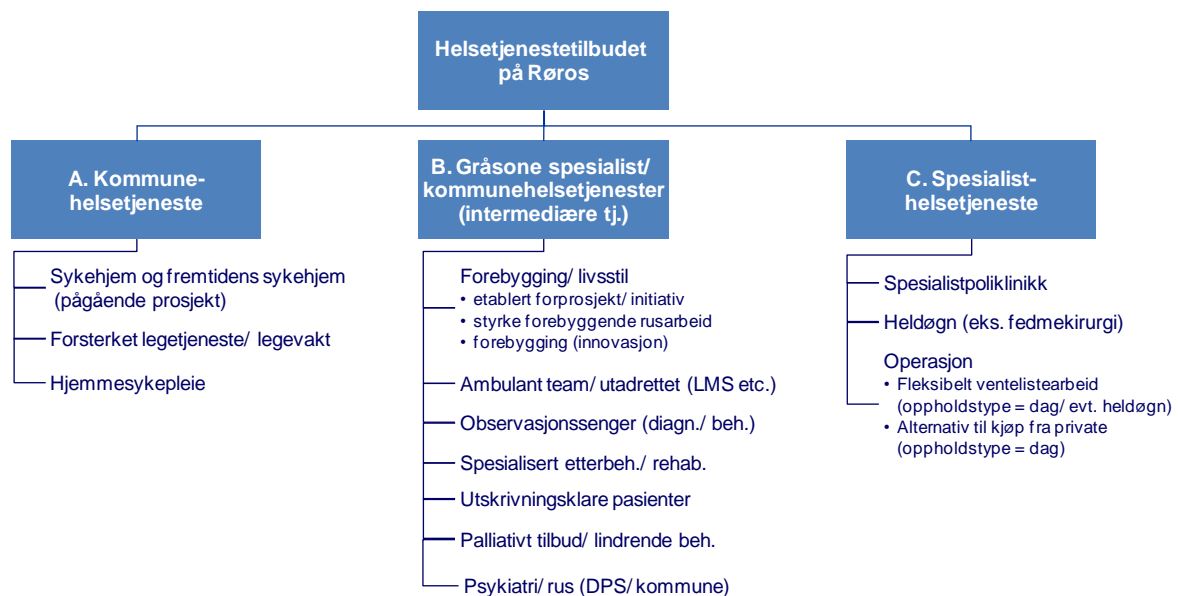
Med utgangspunkt i ortopedivedtaket har prosjektet søkt å få ideer til nye muligheter på Røros gjennom en bred involvering og tilnærming. Prosjektorganisasjonen har i stor grad bidratt gjennom 5 møter i styringsgruppen, 5 møter i prosjektgruppen og 2 møter i referansegruppen. Prosjektgruppen har dessuten fått innspill fra flere andre aktører i sitt arbeid med å utvikle og vurdere løsninger. Innspillene har blant annet kommet fra:

- tidligere rapporter og utredninger
- fagmiljøer på St.Olavs Hospital
- samtaler med Røros kommune, St.Olavs Hospital, St.Olavs Hospital avdeling Røros sykehus, Røros Rehabiliteringssenter
- uformelle innspill fra enkeltaktører, både fra fagpersoner og andre som har historisk kjennskap til Røros sykehus og til problemstillinger relatert til helsetjenestetilbudet i Fjellregionen
- St.Olavs Hospital avdeling Røros sykehus, NTNU og Røros kommune knyttet til 'Pilotprosjekt forebyggende helse'
- gjennomførte aktivitetsanalyser
- enheter/løsninger andre steder i Norge
- ansatte og lokal ledelse ved St.Olavs hospital, avdeling Røros sykehus. Prosjektleder har gjennomført to møter med ledergruppen ved St.Olavs hospital, avdeling Røros sykehus.

### 7.2.1. Oppsummering av innspillene

Prosjektgruppen har valgt å samle innspillene til fremtidige helsetjenestetilbud på Røros i tre kategorier; typiske kommunale helsetjenester, typiske spesialisthelsetjenester og såkalte gråsoner-/intermediærtjenester. Det henvises til kap 4 for nærmere detaljer om sistnevnte kategori. Samhandlingsreformen legger altså opp til at kommunene fra 2012 skal settes økonomisk og kompetansemessig i stand til å kunne levere disse gråsoner-/intermediærtjenestene.

Innspillene er summarisk gjengitt i figuren nedenfor og vil bli nærmere omtalt gjennom den videre drøfting av det fremtidige helsetjenestetilbudet.



**Figur 6 Oppsummering av innspill**

Innspill til nye polikliniske tilbud har konsentrert seg om spesialitetene: Hud, Øye, Gastro, Lunge, Fysikalsk medisin, Pediatri, Nevrologi, Rus/ psykiatri, BUP og Reumatologi.

### 7.2.2. Pilotprosjektet `forebyggende helse`, et samarbeidsprosjekt mellom medisinsk fakultet, NTNU, Røros kommune og Røros sykehus

Prosjektgruppen oppfatter at et pågående pilotprosjekt `forebyggende helse` er et verdifullt innspill både i en lokal, men også i en nasjonal debatt om forebyggende helsearbeid og samhandlingsreformen. Pilotprosjektet er omtalt mer detaljert i vedlegg.<sup>25</sup>

Pilotprosjektets utgangspunkt er at dagens kunnskap viser at det vil oppnås store helsemessige og samfunnsmessige gevinster av en satsning på forebyggende helse forutsatt at satsningen fanger opp riktig behandling (riktige øvelser og intensitet tilpasset den enkelte) av pasienten. Dagens kunnskap viser at med riktig trening oppnås 20 % bedre lungekapasitet og 50 % forbedret arbeidskapasitet hos KOLS- pasienter. For andre livsstilssykdommer oppnås 25-50 % redusert risiko for tap av liv som er ensbetydende med forlenget levealder og forbedret livskvalitet. Dokumenterte fagresultater viser at det ikke oppnås store forbedringer i hjertefunksjon, muskelfunksjon og arbeidskapasitet uten at behandlingen omfatter riktige øvelser og intensitet basert på den enkeltes behov.

Pilotprosjektet følger opp St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og svarer delvis på utfordringene 1-3, nemlig behovet for koordinerte tjenester, begrensning og forebygging av sykdom, og å møte de demografiske endringer som synes å medføre større helsekostnader.

Fagmiljøet ved det medisinske fakultet, NTNU, besitter internasjonal ledende kompetanse om effekter av trening på helsesituasjonen for en rekke livsstilssykdommer. Pilotprosjektet ønsker å etablere en nasjonal pilot på Røros, i et samarbeid med Røros kommune og Røros sykehus, der preferert behandlingstilbud settes i system og resultatene publiseres som forskningsresultater.

---

<sup>25</sup> Jfr. Pilotprosjektgruppens beskrivelse av prosjektet, 2009.

### 7.3. Utvikling av scenarier

Innspillene til fremtidige helsetjenestetilbud på Røros er mange og omfattende og vil kunne gi grunnlag for en rekke alternative løsningsmuligheter. Det ble derfor tidlig i prosessen gjort forsøk på å forenkle diskusjonene ved å samle innspillene i et begrenset antall scenarier som senere kunne drøftes og eventuelt justeres.

Det fremtidige tilbudet innen kirurgi vil på mange måter få konsekvenser for det samlede tilbudet på Røros. Scenariene er derfor bygget opp rundt alternativer for kirurgi med fokus på om det i det hele tatt skal drives kirurgi på Røros, hvilken form for kirurgi (dagkirurgi/heldøgnskirurgi), hvilket omfang skal kirurgien ha og hvem skal være målgruppen for kirurgien (lokalbefolkningen/Midt-Norge). Disse dimensjonene er forsøkt fanget i scenariene slik de fremgår av figuren nedenfor.

I den ene dimensjonen fremstilles varianter av omfang av den kirurgiske aktiviteten, alt fra en minimal aktivitet enkelte dager til full drift av 2 operasjonsstuer hver dag 5 dager i uken. I den andre dimensjonen fremstilles hvem som er målgruppen for tjenestene og hvilken form for kirurgi som kan være aktuell. Det første scenariet har fått betegnelsen 0 (null-alternativet) da det på mange måter representerer en videreføring av dagens drift etter at ortopedisk virksomhet er flyttet. De andre scenariene har fått betegnelser fra A til E.

Opr.stue kapasitet	Scenarie	Lokalbefolkningens behov, elektivt		Helse Midt-Norges behov, elektivt	
		Dagkir	Kir. heldøgn	Dagkir	Kir. heldøgn
Enkelte dager	0	X			
1 stue 5/7	A	X		X	
	B	X	X		
2 stuer 5/7	C	X		X	
	D	X	X	X	
	E	X	X	X	X

Figur 7 Utgangspunkt for scenariene

Den kirurgiske aktiviteten får store konsekvenser for behov for anestesilege og sengekapasitet, og i noen grad også konsekvenser for det polikliniske tilbudet. De ovenfor beskrevne scenariers konsekvenser for anestesilegebehov og sengekapasitet er forsøkt oppsummert i figuren nedenfor.

Scenarie	Opr. stue kap.	Lokalbefolkn. behov, elektivt		Helse Midt-Norges behov, elektivt		Anestesi leger	Senger (*)	Spes. polikl.
		Dagkir	Kir. heldgn.	Dagkir	Kir. heldgn.			
0	Enkelte dager	X				Enkelte dager	0	X
A	1	X		X		5/7	16 = gråsome + kom	X
B	1	X	X			5/7	16 = gråsome + kom + spes. 5/7	X
C	2	X		X		5/7	16 = gråsome + kom	X
D	2	X	X	X		5/7	16 = gråsome + kom + spes. 5/7	X
E	2	X	X	X	X	7/7	16 = gråsome + kom + spes. 7/7	X

\*) Antall senger = 16 reflekterer dagens fysiske sengetall, men er ikke et uttrykk for prosjektgruppens anbefaling. Se prosjektgruppens drøfting av sengedrift.

= Kommunen har driftsansvar

**Figur 8 Oppsummering av scenarier**

Det er i dag anestesilege tilgjengelig på Røros gjennom hele uken som en konsekvens av den ortopediske virksomheten. Anestesilegenes tilstedeværelse oppfattes i dag som en trykghetsfaktor i det samlede helsetjenestetilbudet på Røros. Det er enighet i prosjektet om at anestesilegens videre tilstedeværelse på Røros må tilpasses den nye kirurgiske aktiviteten.

Ved scenario 0 er det ikke grunnlag for videre sengedrift ved Røros sykehus. Det vises i denne sammenheng til kap 7.1 der konsekvensene av flyttingen av den ortopediske virksomheten beskrives.

Scenariene A til D har alle en kirurgisk aktivitet som heller ikke gir grunnlag for videre sengedrift på Røros sykehus. Scenariene beskriver imidlertid at dagens tilgjengelige senger kan brukes til andre pasientkategorier enn spesialisthelsetjenestepasienter (benevnt spes i figuren ovenfor). Det kan både være aktuelt med gråsonepasienter/intermediærpasienter (benevnt gråsome i figuren ovenfor) og eventuelt også typiske kommunale pasientkategorier (benevnt kom i figuren ovenfor). Siden det er kommunene som i følge samhandlingsreformen i fremtiden skal ha ansvar for disse pasientkategoriene, markerer figuren at kommunen får driftsansvaret for sengeposten, selv om det i enkelte av scenariene også blir liggende nyopererte pasienter fra spesialisthelsetjenesten i enkelte av sengene. Denne løsningen er nærmere beskrevet i kapitlet om samhandlingsreformen (kap 4) og nærmere drøftet i neste kapittel.

Scenario E er mest likt dagens drift, bortsett fra at ortopedien er erstattet med annen større kirurgi. Her vil pasientene fra spesialisthelsetjenesten utgjøre en så stor del av pasientene på sengeposten og det kan være naturlig at sengeposten fortsatt drives av St. Olavs Hospital selv om det også vil kunne være gråsome-/intermediærpasienter og kommunale pasienter i enkelte av sengene.

Både de medisinske og ikke-medisinske støttefunksjonene må tilpasses de enkelte scenariene.

Kort oppsummert kan innholdet i de 6 scenariene beskrives som følger:

Scenarie	Beskrivelse av scenariene
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scenariet representerer en videreføring av dagens drift etter at heldøgnspatientene er borte og dagkirurgien for Helse Midt-Norge er borte. Det polikliniske tilbudet til lokalbefolkninger er utvidet.</li> </ul>
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utover scenario 0 innebærer A: Dagkirurgi for Helse Midt-Norge + videreføring av sengeposten i kommunal regi med intermedieære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utover scenario 0 innebærer B: Heldøgnsopphold for lokalbefolkningen slik vi kjenner det i dag fra områdene gyn, øre/nese/hals og evt andre spesialiteter. Sengeposten videreføres i kommunal regi med intermedieære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012.</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scenariet er en utvidelse av scenario A (se dette) med ytterligere en operasjonsstue for dagkirurgisk aktivitet</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utover scenario C innebærer scenario D: Heldøgnsopphold for lokalbefolkningen slik vi kjenner det i dag fra områdene gyn, øre/nese/hals og evt andre spesialiteter. Sengeposten videreføres i kommunal regi med intermedieære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012.</li> </ul>
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scenariet tilsvarer til en viss grad dagens driftsmodell bortsett fra at den ortopediske kirurgien til en viss grad er erstattet med annen heldøgnskirurgi. Det gis et elektivt tilbud både til lokalbefolkningen og befolkningen i Midt-Norge innen både heldøgnskirurgi og dagkirurgi</li> </ul>

**Figur 9 Beskrivelse av scenariene**

Nærmere drøfting av de sentrale problemstillingene og de ulike scenariene følger av de kommende kapitler.

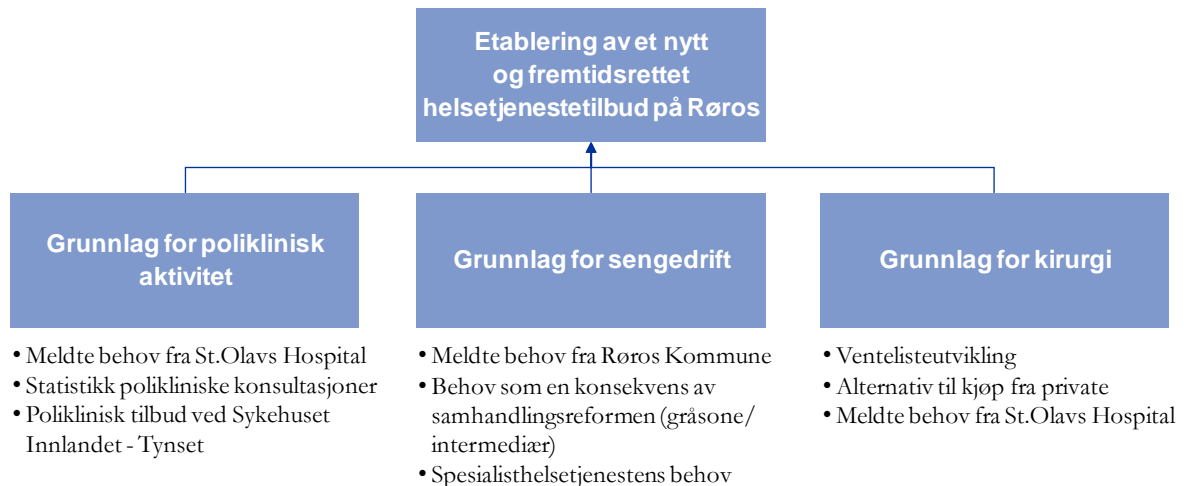
## 8. Drøfting av tre sentrale problemstillinger

*Kapitlet inneholder en drøfting av tre sentrale problemstillinger - grunnlag for poliklinisk aktivitet, sengedrift og kirurgi.*

Innspillene til fremtidige helsetjenestetilbud på Røros og samtalen rundt bygging av scenarier har vist at det er tre helt sentrale problemstillinger som må drøftes nærmere i forbindelse med etableringen av et nytt og fremtidsrettet helsetjenestetilbud på Røros:

- Hva er grunnlaget for poliklinisk aktivitet på Røros
- Hva er grunnlaget for kirurgi på Røros
- Hva er grunnlaget for sengedrift på Røros

I drøftingen av disse problemstillingene har prosjektgruppen forsøkt i størst mulig grad og bygge vurderingene på tilgjengelige data/informasjonskilder. Enkelte av dataene fremgår av dette kapittel. For et mer omfattende bilde av tilgjengelige data henvises til eget dokumentet `Aktivitetsanalyser` utarbeidet i forbindelse med prosjektet. Figuren nedenfor viser eksempler på de kilder som er brukt knyttet til drøftingen av hvert av de tre spørsmålene:



**Figur 10 Input til prosjektets drøftinger**

Mulighetene er vurdert i et kritisk perspektiv. Det innebærer at hvert av temaene skal kunne underbygges av faktiske observasjoner. Videre må temaene sees i lys av ny samhandlingsreform og fremtidige utfordringer.

## 8.1. Grunnlag for poliklinisk aktivitet

Vurdering av grunnlag for poliklinisk aktivitet på Røros er gjort blant annet på basis av:

- Meldte behov fra St.Olavs Hospital (jfr. tidligere utredning og oppdatert informasjon)
- Statistikk polikliniske konsultasjoner ved St.Olavs Hospital (Øya)
- Eksisterende poliklinisk tilbud ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset og etablerte avtalespesialisttilbud på Tynset

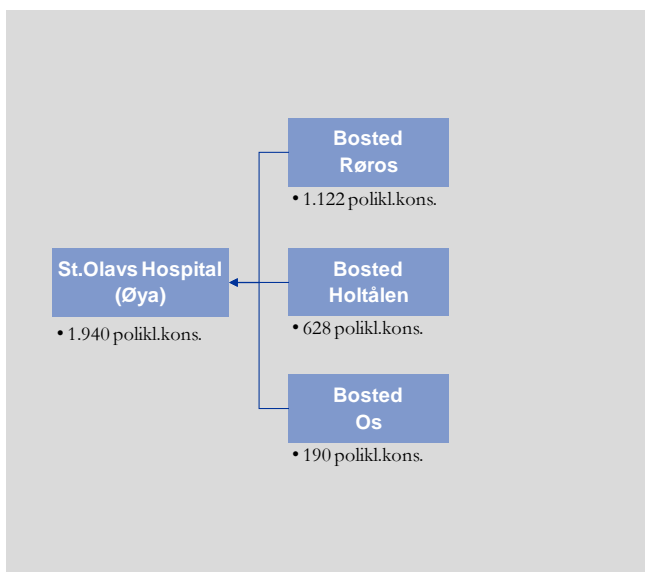
### 8.1.1. Meldte behov fra St.Olavs Hospital (jfr. tidligere utredning og oppdatert informasjon) og eksisterende poliklinisk tilbudt ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset

St.Olavs Hospital har tidligere gjennomført en kartlegging av de kliniske miljøenes vurdering av hvilke polikliniske tilbud det vil kunne være egnet å opprette på Røros for å dekke lokale behov der. Kartleggingen har blitt oppdatert i forbindelse med dette prosjektet. Den opprinnelige kartleggingen er i sin helhet gjengitt som vedlegg i rapporten `Røros Sykehus 2010 – Alternative driftsmodeller, 2008`.

Vurderingen tar også hensyn til det etablerte polikliniske tilbudet på Tynset sykehus i og med at det ikke er ønskelig å etablere spesialisthelsetjenestetilbud på Røros som konkurrerer med tilbud på Tynset. Det er med andre ord i denne sammenheng naturlig å se på det samlede polikliniske tilbud i Fjellregionen. Samarbeidsutvalget mellom Helse Sør-Øst og Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL) har i brev signalisert til Helse Midt at spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen må samordnes mellom de to RHF-ene når det gjelder avtalespesialisthjemler. Det vises til en komplett oversikt over dagens tilbud på Tynset i vedlegg (kfr kap 11.3).

### 8.1.2. Polikliniske konsultasjoner ved St.Olavs Hospital (Øya)

Prosjektgruppen har ønsket å se på omfanget av reiser for innbyggerne i Røros, Holtålen og Os kommuner til spesialistpoliklinikker på Øya for derved bedre å kunne vurdere om deler av denne aktiviteten kan overføres til et lokalt tilbud på Røros. Det var 1.940 refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner på St.Olavs Hospital (Øya) for pasienter fra Røros, Holtålen og Os kommuner i perioden januar-september 2009.



Figur 11 Refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner ved St.Olavs Hospital (Øya)

Samlet utgjør dette anslagsvis 10 konsultasjoner pr. dag. Av de 1.940 refusjonsberettigete konsultasjonene på St.Olavs Hospital (Øya) utgjør legekonsultasjoner 87 %, mens sykepleierkonsultasjon utgjør 5 %. Følgende avdelinger har over 100 refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner i perioden januar-september 2009 (disse utgjør 76 % av det totale antall konsultasjoner fra de tre kommunene):

- Øye 247
- Kirurgi 237
- Barn 175
- Medisin 174
- Føde 148
- Hud 132
- Ortopedi 130
- Kreft 114

I tillegg til de 1.940 refusjonsberettigede polikliniske konsultasjonene kan også nevnes 421 ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner, som i hovedsak har tilknytning til en annen refusjonsberettiget poliklinisk konsultasjon.

Det må antas at bare deler av denne aktiviteten kan tilbakeføres til Røros. Ved flere av konsultasjonene kan det være behov for teknisk utstyr, særskilt spisskompetanse, behov for tverrfaglig tilnærming og lignende som gjør at konsultasjonene fortsatt bør gjennomføres på Øya.

Prosjektet har i tillegg gjort en mer detaljert vurdering av underliggende DRGer og prosedyrer. Særlig i kategoriene kirurgi og medisin viser det seg at det er mange konsultasjoner hos grenspesialiteter som neppe har et omfang som egner seg for lokal etablering på Røros.

Prosjektgruppen har ikke hatt tilgang til data som viser antall konsultasjoner hos avtalespesialister i Trondheimsregionen fra innbyggere i Røros, Os og Holtålen kommuner. Hvorvidt forbruket av polikliniske helsetjenester er lavt eller høyt for de aktuelle kommunene er ikke undersøkt.

### 8.1.3. Oppsummering av grunnlag for poliklinisk aktivitet

Prosjektgruppen har vurdert grunnlaget for poliklinisk aktivitet på Røros med utgangspunkt i blant annet dagens etablerte tilbud, meldte behov fra fagmiljøene på St.Olavs Hospital, statistikk for dagens forbruksmønstre, det etablerte tilbud ved Tynset sykehus og avtalespesialisttilbud på Tynset. Prosjektgruppens vurdering av de enkelte fagområdene er summarisk gjengitt nedenfor. Det finnes også en noe mer utdypende versjon i vedlegget til denne rapporten.

Fag	Vurdering
Hud	Befolkningsgrunnlaget i Fjellregionen ansees å være tilstrekkelig for lysbehandling og spesialist i deltid. Tilbud er i dag etablert ved SI, Divisjon Tynset. Divisjon Tynset har signalisert at tilbud innen Hud må vurderes ut fra et større fjellregionperspektiv og at en avtalespesialisthjemmel på Røros kan vurderes.
Øye	Avtalespesialist Tynset har 7 mnd ventetid. Tilbud på øyekirurgi lokalt er ønsket og hensiktsmessig, vurdert av både avtalespesialist og St. Olavs Hospital. Innføring av OCT (utredning og behandling av netthinneforkalking hos eldre) gir grunnlag for mer desentralisert aktivitet. Det synes å være behov for ny 50-100 % hjemmel. Organisering av et eventuelt kirurgisk tilbud bør diskuteres videre.
Fysikalsk medisin	Et poliklinisk tilbud bør samordnes med Røros Rehabiliteringssenteret og deres behov for spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Stilling kan tenkes utlyst som deltid poliklinikk privat, kombinert med rehabiliteringsstilling.
Pediatri	Lite befolkningsgrunnlag, men fastlegene mener de har behov for mer bistand lokalt. Det kan vurderes om dette kan ivartas av ambulante tjenester/videokonferanse. Innsillet må vurderes nærmere.
Psykatri/rus	Generelt udekket og økende behov for poliklinisk rustilbud, samt ønske om økt kompetanse innen psykiatri. Hjemmel innen psykiatri ble for øvrig utlyst høsten 2009. Det anbefales å etablere et poliklinisk rustilbud i samarbeid med VOP.
BUP	BUP er allerede etablert på Røros og bør videreføres. Samlokalisering med andre spesialisthelsetjenester bør tilstrebes.
Lunge	Nytt tilbud i regi av St. Olavs Hospital bør samhandles/deles med Røros rehabiliteringssenter.
Hjerte	Befolkningsgrunnlag og behov i Fjellregionen for eksisterende tilbud. Tilbud utover det polikliniske bør sees i sammenheng med tilbud på Røros Rehabiliteringssenter.
Gynekologi	Tilstrekkelig befolkningsgrunnlag og tilbudet er i dag etterspurt i Fjellregionen. I dag er tilbudet etablert i regi av St. Olavs hospital (1av 4 uker), og omfatter også et begrenset kirurgisk tilbud. SI, Divisjon Tynset og fødestuen har gynekologiske udekkede behov.
Øre-nese-hals	Tilstrekkelig befolkningsgrunnlag og behov i Fjellregionen for tilbud, som eksisterer på Røros. Avtalehjemmel, inkludert samarbeidsavtale med St. Olav omfatter også kirurgi.
Ortopedi	I utgangspunktet behov for begrenset poliklinisk ortopedisk tilbud.
Geriatrici	Ikke tilstrekkelig grunnlag for poliklinikk. Tilbudet kan evt. sees i relasjon til en interkommunal intermediær enhet og et mer regelmessig ambulant tilbud.
Nevrologi	God kapasitet i nyetablert avtalepraksis på Tynset. Enheten tilbyr også nevrofysiologi
Revmatologi	Tilbud er dekket i SI, Divisjon Tynset.

Kreftpolikl.	Tilbud er dekket i SI, Divisjon Tynset. Det antas å være grunnlag for å etablere et tilbud innenfor palliasjon på Røros.
Indre-medisin	Dialysebehandling er etablert på Røros og tilbudet bør videreføres. Enheten kan også gi tilbud til nabokommuner i Sverige og Fjellregionen for øvrig.
Kirurgi	Kapasiteten i SI, Divisjon Tynset er tilstrekkelig innenfor de mest aktuelle grenspesialitetene, men ventelistesituasjonen i St. Olav og HMNs avtaler med private sykehus kan gi grunnlag for poliklinisk tilbud på Røros innen enkelte spesialiteter. Gastromedisinsk tilbud er tilstrekkelig dekket av poliklinikk på SI, Divisjon Tynset.

Prosjektgruppens oppsummerende vurdering er derfor at det er grunnlag for tilbud om nye polikliniske tjenester innen følgende fagområder, i tillegg til de tilbud som allerede er etablert:

- Øye
- Lunge
- Fysikalsk medisin
- Hud
- Rus

Etablering av nye polikliniske tjenester kan gjennomføres i form av ambulerende spesialister fra St.Olavs Hospital (Øya) eller Sykehuset Innlandet, divisjon Tynset, tilstedeværende spesialist på Røros sykehus, etablering av hjemler for avtalespesialister og i noen tilfeller i form av sykepleierkonsultasjoner. En rekke faktorer som for eksempel omfanget av behovet/befolkningsgrunnlag, vil være avgjørende for valg av løsninger her. Prosjektgruppen har i liten grad gått inn i disse diskusjonene, men forutsetter at Helse Midt-Norge involverer de nevnte interessenter i den konkrete utforming av utvidelsen av det polikliniske tilbudet.

## 8.2. Grunnlag for kirurgi

Vurdering av grunnlag for kirurgi på Røros er gjort blant annet på basis av:

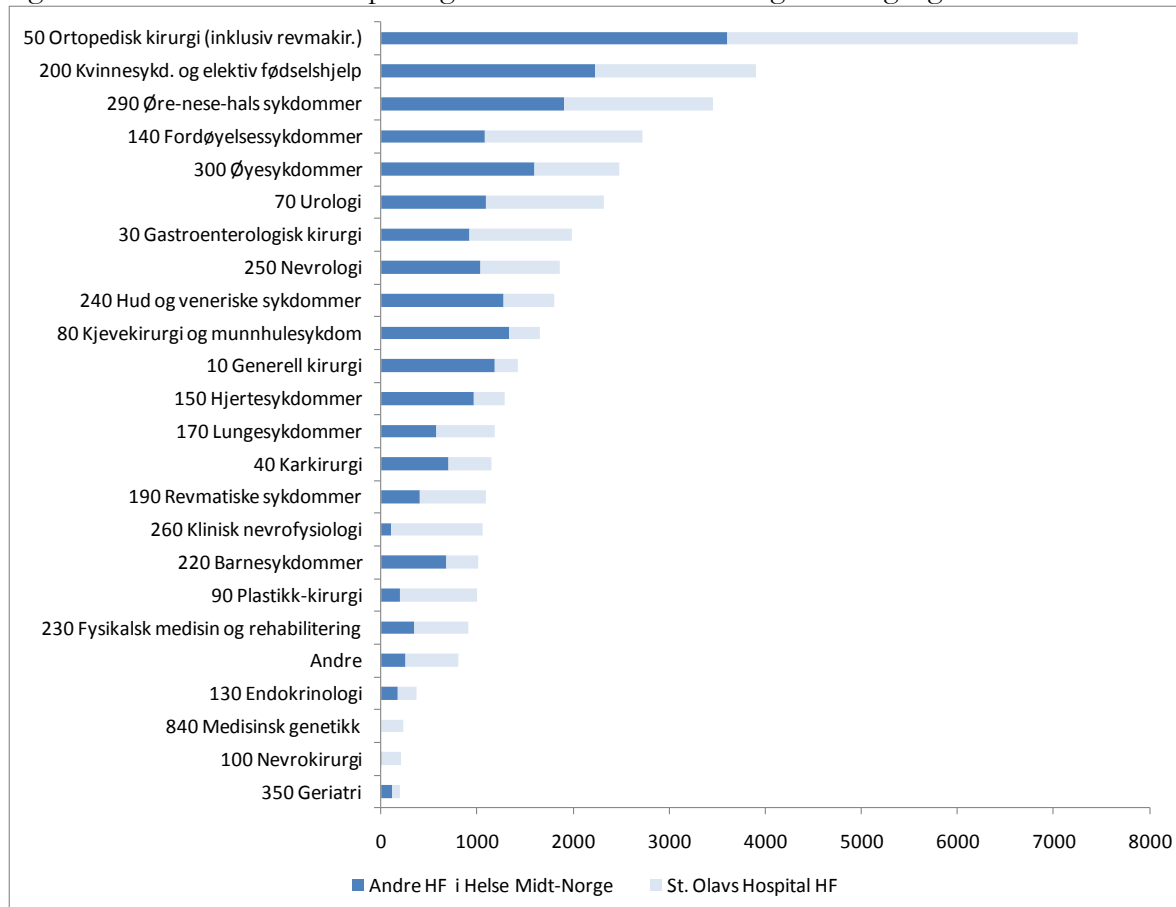
- Ventelisteutvikling
- Helse Midt-Norges kjøp av kirurgiske tjenester fra private klinikker
- Meldte behov fra St.Olavs Hospital

### 8.2.1. Ventelisteutvikling

For å kunne gjøre en vurdering av behov for operativ kapasitet, vil utviklingen av antall ventende over tid være av stor interesse. Nå er erfaringen at det er knyttet stor usikkerhet til ventelistedata, og det anbefales derfor å bruke slike data med forsiktighet. Helse Midt-Norge har tatt initiativ til en dialog med Norsk pasientregister (NPR) med det formål å bedre kvaliteten på ventelistedataene. Det er også eksempler på at administrative ryddeaksjoner i ventelistene har gitt tilsynelatende uforklarlige raske fall i antall ventende.

Helse Midt-Norge har lengst gjennomsnittlig ventetid til behandling eller utredning i forhold til de andre regionale helseforetakene. Ventetiden var 84 dager i 2.tertial 2009. Av foretakene i Helse Midt-Norge er det St.Olavs Hospital og Helse Nordmøre og Romsdal som har lengst gjennomsnitt ventetid til behandling og utredning. Ser vi på antall ventende innenfor de ulike fagområdene viser det seg at det er innenfor områdene ortopedi, kvinnesykdommer og øre-nese-hals at det er flest ventende (se figur på neste side):

Figuren viser antall ventende per fagområde i Helse Midt-Norge ved utgangen av 2. tertial 2009.



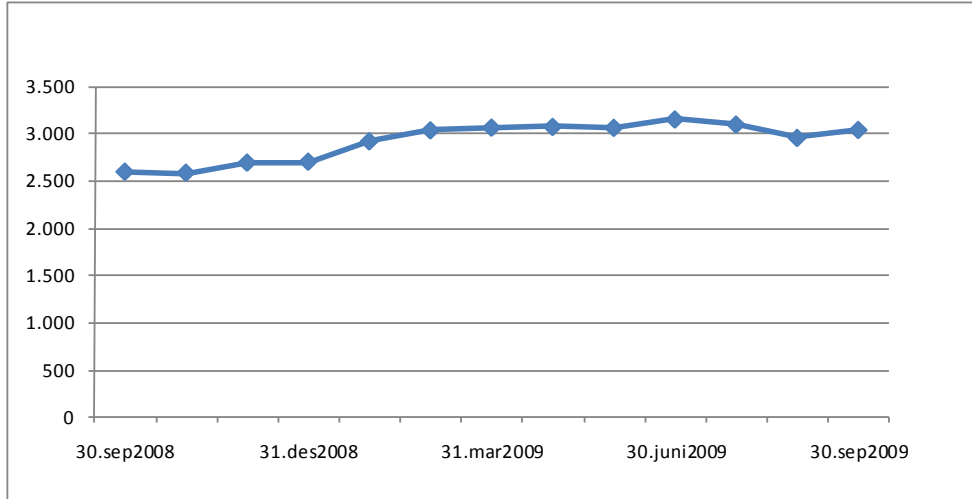
Andre: Transplantasjon, utredning og kirurgi, Immunologi og transfusjonsmed., Radiologi, Yrkes- og arbeidsmedisin, Thoraxkirurgi (inkl. hjertekirurgi), Terapeutisk onkologi og radioterapi, Generell indremedisin, Nukleærmedisin, Blodsykdommer, Infeksjonssykdommer, Nyresykdommer, Anestesiologi, Barnekirurgi (<15)

Kilde: Helse Midt-Norge, basert på tall fra Norsk pasientregister.2009.

For St.Olavs Hospital viser tall fra september 2009 at antall ventende nyhenviste per måned er ca. 20.000 for alle omsorgsnivå (inneliggende, dag, poliklinikk). Dette er omtrent det samme som for et år siden.

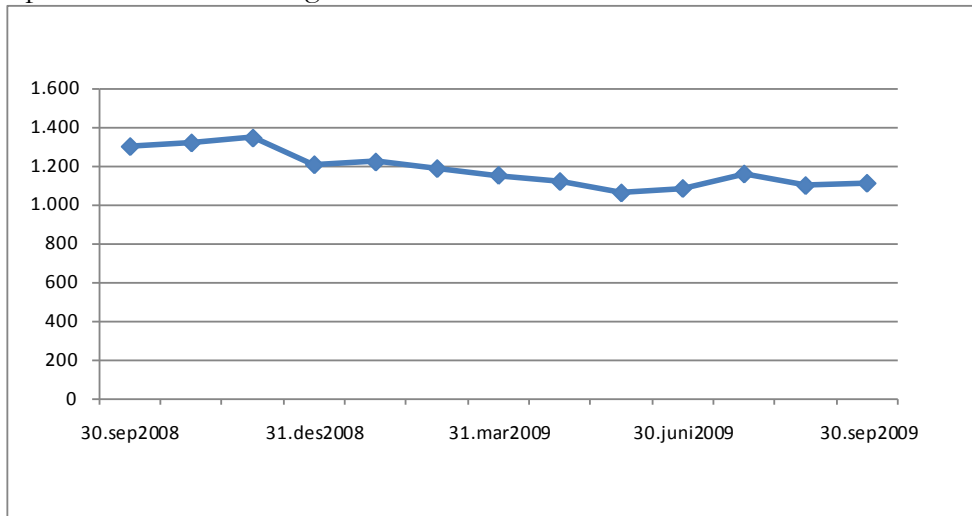
Av spesiell interesse for dette prosjektet er utviklingen i antall ventende for innleggelse og dagbehandling som viser at antall ventende til innleggelse er fallende, mens antall ventende til dagbehandling er stigende:

Ventelister på St.Olavs Hospital for dagbehandling totalt i perioden fra september 2008 til september 2009 vises i figuren under:



Kilde: St.Olavs Hospital, orientering om ventelister til styret, 2009.

Ventelister på St.Olavs Hospital for inneliggende totalt i perioden fra september 2008 til september 2009 vises i figuren under:



Kilde: St.Olavs Hospital, orientering om ventelister til styret, 2009.

Tallene varierer noe fra fagområde til fagområde, men trenden for for eksempel ortopedi faller godt sammen med den totale trenden. Om vi følger utviklingen innen ortopedi helt tilbake til 2006 ser vi den samme trenden, nemlig at antall ventende til innleggelse for kirurgi er fallende, mens antall ventende til dagkirurgi er økende.

Det er verd å merke seg at antall ventende til ortopediske inngrep er økende, samtidig som Helse Midt-Norge har et forbruk av ortopediske operasjoner som ligger godt over landsgjennomsnittet.

I tillegg kan nevnes at ventetidene har økt ved St.Olavs Hospital, særlig for dagbehandling, i perioden fra september 2007 til september 2009.

### 8.2.2. Kjøp av kirurgiske tjenester fra private klinikker

Prosjektet har sett nærmere på omfanget av kjøp av kirurgiske tjenester fra private klinikker for derved å vurdere om deler av denne kirurgien kan overføres til Røros sykehus i forbindelse med at avtalene med de private klinikkene skal reforhandles i løpet av 2010.

Det er sett nærmere på forholdet mellom bosted og aktiviteten ved de Trondheimsbaserte private klinikkene i 2008.

#### Opphold i privat institusjon, 2008 og bosted. Oppsummering

Bosted	Klinikk Stokkan	Aleris Helse Trondheim	Rosenborg-klinikken	Sum av de 3
Bosted Sør-Trøndelag	1.343 dagbehandling 30 døgnopphold	1.785 dagbehandling 251 døgnopphold	214 dagbehandling	3.342 dagbehandling 281 døgnopphold
Bosted i Helse Midt-Norge (totalt)	1.953 dagbehandling 43 døgnopphold	2.350 dagbehandling 293 døgnopphold	297 dagbehandling	4.600 dagbehandling 336 døgnopphold

Kilde: Helse Midt-Norge. NPR.2008.

Kjøp fra de private kan i hovedsak relateres til ortopedi, øre-nese-hals og plastisk kirurgi, hvorav ortopedi uten sammenlikning er det største fagområdet. Helt overordnet er det vanlig å regne at en ved effektiv drift skal kunne operere ca 1.000 dagkirurgiske pasienter pr år pr operasjonsstue. I så fall representerer kjøp av dagbehandling fra de nevnte klinikker full drift av mellom 4 og 5 operasjonsstuer.

### 8.2.3. Meldte behov fra St.Olavs Hospital

Det er fra miljøer på St.Olavs Hospital pekt på betydningen av å ha St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus som en fleksibel sikkerhetsventil dersom ventelistesituasjonen skulle gjøre nye aktivitetstiltak nødvendig, for eksempel i form av tidsavgrensede prosjekter også for innlagte kirurgiske pasienter.

Det har også kommet innspill om å flytte deler av fedmekirurgien fra Øya til Røros, ikke bare begrunnet med ventelister og operativ kapasitet, men også for å få synergier med det rehabiliteringsmiljø som er etablert på Røros og som allerede er engasjert i fedmeproblematikken. Det er imidlertid uenighet internt på St.Olavs Hospital om hvorvidt det er tilrådelig å operere en så krevende pasientgruppe på et sted med den begrensede infrastruktur som Røros har.

#### 8.2.4. Oppsummering av grunnlag for kirurgi

Prosjektgruppen har vurdert grunnlaget for kirurgi på Røros med utgangspunkt i blant annet ventelistesituasjonen i Helse Midt/St.Olavs Hospital, omfanget av kjøp av kirurgiske tjenester ved private klinikker og øvrige innspill fra St.Olavs Hospital.

Det synes å være god forankring i prosjektgruppen for at Røros sykehus fortsatt skal ha en kirurgisk aktivitet primært rettet mot dagkirurgisk virksomhet. Dette er begrunnet blant annet med betydningen av å opprettholde det gode fagmiljøet som er etablert på Røros og sikre at St.Olavs hospital har en egen skjermet fleksibel elektiv dagkirurgisk enhet. Det pekes på at en langsiktig trend med økning i ventelistene for dagkirurgi og omfanget av kjøp av dagkirurgi fra private klinikker, kan indikere at det er pasientgrunnlag for en slik operativ virksomhet. De medisinske trendene er også slik at behovet for dagkirurgi må forventes å øke i årene som kommer. Det meldes om gode pasientopplevelser fra tidligere dagkirurgipasienter. Det må påregnes en reisekostnad på ca kr 500 pr pasient som reiser fra Trondheimsområdet. I et marginalperspektiv har likevel et rent dagkirurgisk tilbud på Røros forutsetninger for å kunne bli et kostnadseffektivt alternativ.

Et lite mindretall i prosjektgruppen er imidlertid skeptisk til et omfattende dagkirurgisk tilbud på Røros. Dette er både begrunnet med de ulempene reiseavstanden representerer for pasientene og med at det dagkirurgiske tilbudet heller burde vært gitt på Tynset sykehus for derved å bygge opp om grunnlaget for Røros-regionens lokalsykehus.

Det er også enkelte medlemmer av prosjektgruppen som vil anbefale at heldøgnskirurgien videreføres for andre pasientgrupper. Disse medlemmene støtter imidlertid subsidiært løsningen med hovedvekt på et dagkirurgisk tilbud. Fedmepasienter kunne vært et eksempel på en ny pasientgruppe med tanke på heldøgnskirurgi. Det er som nevnt uenighet om dette internt på St.Olavs Hospital. Prosjektleder har dessuten vært i kontakt med representanter for tilsvarende miljøer i andre regioner. Også her er meningene svært delte. I en slik situasjon der heller ikke ledelsen ved den aktuelle kirurgiske klinikk går inn for løsningen, finner prosjektgruppen ikke å kunne anbefale løsningen.

### 8.3. Grunnlag for sengedrift

Vurdering av grunnlag for sengedrift på Røros er gjort blant annet på basis av:

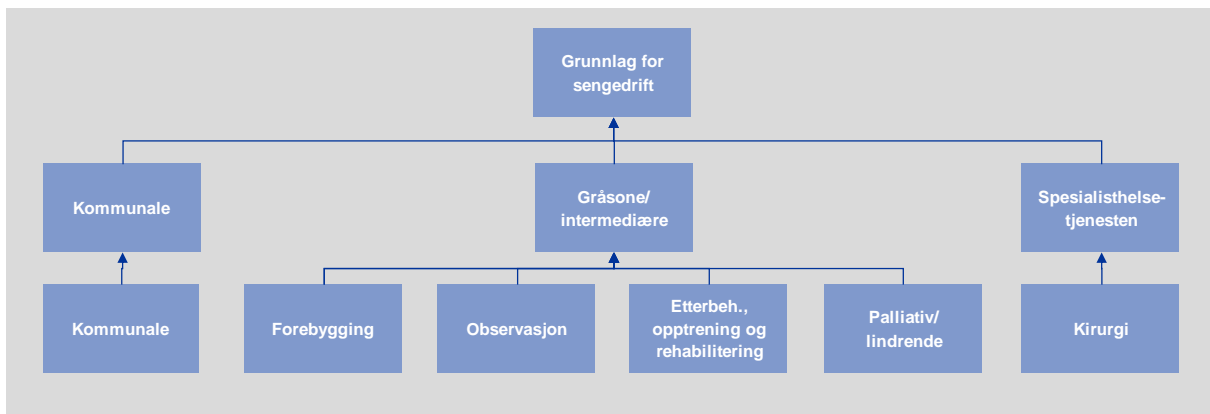
- Meldte behov fra Røros kommune
- Behov som en konsekvens av samhandlingsreformen (gråsoner/ intermediær)
- Spesialisthelsetjenestens behov

Det er verd å minne om utgangspunktet, nemlig at flytting av den ortopediske virksomheten eliminerer grunnlaget for fortsatt drift av sengeenheten på Røros. I arbeidet med å se mye muligheter for helsetjenestetilbudet på Røros, har prosjektgruppen gjennom scenariene tidlig synliggjort at fortsatt drift av sengeposten neppe kan baseres på inneliggende kirurgiske pasienter som i dag. De fremtidsrettede løsninger som samhandlingsreformen peker på og som det finnes erfaringer fra andre steder, har derfor blitt trukket frem som mulige løsninger for Røros (kfr kap 4 og 5).

Prosjektgruppen har derfor valgt å se grunnlaget for sengedrift ut fra summen av behovet for kommunale senger, gråsoner-/intermediære senger og senger for typiske spesialisthelsetjenestepasienter.

Figuren under illustrerer overordnet logikk som prosjektet har tatt utgangspunkt i. Figuren viser den nevnte tredeling av sengebehovet, samtidig som behovet for intermediære senger eksemplifiseres. Det kan imidlertid være flytende overganger mellom flere av disse kategoriene.

Spørsmålet om drifts- og finansieringsansvar drøftes senere i kapitlet.



Figur 12 Overordnet logikk, grunnlag for sengedrift

#### 8.3.1. Meldte behov fra Røros kommune

Kommunen har anslått et fremtidig behov for 2 senger til typiske kommunale pasienter. Dette er imidlertid allerede ivarettatt gjennom dagens organisering og bruk av plasser i Røros sykehus.

### 8.3.2. Behov som en konsekvens av samhandlingsreformen (gråsoner/ intermediær)

Basert på samhandlingsreformen, Helse Midt-Norges strategiarbeid og løsninger andre steder, kan det synes som om det er grunnlag for etablering av intermediære senger på Røros, det vil si senger som blant annet baserer seg på overføring av pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten på SI, divisjon Tynset og St.Olavs Hospital (Øya). Tilbudet skal være et alternativ før, i stedet for eller etter et sykehusopphold. Forskjellige utredninger og erfaringer andre steder spriker noe i sine anbefalinger om behov for senger, men som det fremgår av kap 5.3, kan det se ut som om et anslag på 1,0-1,5 seng pr 1.000 innbygger er et greit utgangspunkt. For Røros, Holtålen og Os kommuner skulle dette samlet innebære et behov for 10-15 senger. I vedlegget finnes en detaljert kalkyle for behovet innenfor hvert av områdene nevnt i figur 12. Eksempler på kilder som gir grunnlag for et anslag på et behov for 10-15 senger, kan være:

- Helse Midt-Norge anslår i sitt pågående strategiarbeid at ca. 250 senger kan overføres fra sykehus til intermediærenheter (77.122 liggedøgn utledet av samhandlingsreformen). Basert på en befolkningsstørrelse på 10.000 utgjør dette i underkant av ca. 4 senger.
- Det finnes ulike DMS/lokalmedisinske sentra/sykestueløsninger andre steder. Sengetallet ligger fra 0,5 til 1,5 senger per 1.000 innbyggere, gjerne med enheter på 12-16 senger.
- Overordnede estimat med utgangspunkt i dagens situasjon, tilsier at det kan være aktuelt å vurdere 5-7 senger ved intermediærenheten på Røros for å dekke deler av Røros, Holtålen og Os innbyggers sykehusopphold som i dag er ved St.Olavs Hospital (Øya), avdeling Røros og SI, Divisjon Tynset. For detaljer i kalkylen henvises til eget vedlegg.

Forebygging er nevnt som et eget punkt i figuren ovenfor. Dette henspiller på at pågående prosjekt `forebyggende helse` har signaliserer et behov for 1-2 senger for innleggelse av pasienter for gjennomføring av diverse målinger som ledd i mer omfattende prosesser (se egen prosjektbeskrivelse vedlagt).

Det har også kommet innspill om udekket behov for rehabilitering i de nordre deler av Sykehuset Innlandet.

### 8.3.3. Spesialisthelsetjenestens behov

Spesialisthelsetjenestens behov avhenger i stor grad av omfanget av den kirurgiske virksomheten. Gitt at det blir en videreføring av dagens praksis for gynekologiske- og øre-nese-halspasienter, samt at enkelte dagkirurgipasienter vil trenge overnatting på grunn påkommende problemer, vil sengebehovet utgjøre 1-2 senger.

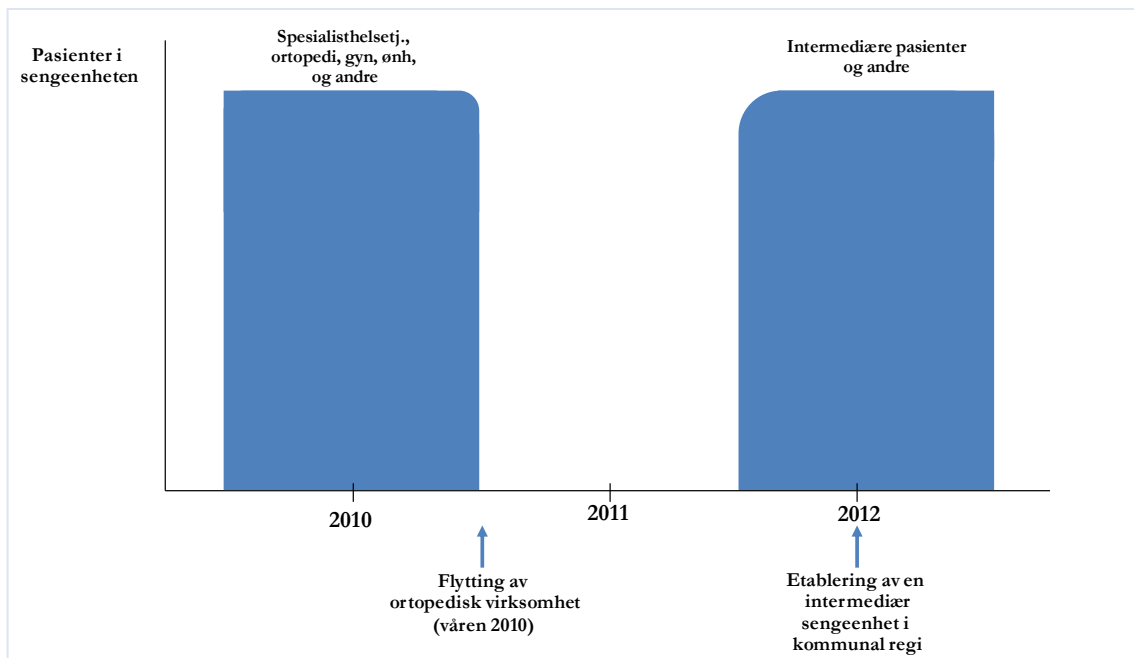
### 8.3.4. Oppsummering av grunnlag for sengedrift

Prosjektgruppen er av den vurdering at grunnlaget for sengedrift i all hovedsak må baseres på etablering av en intermediærenhet som evt også dekker begrensede kommunale behov og behov fra spesialisthelsetjenesten. En intermediærenhet med 10-15 senger som beskrevet ovenfor, vil være et godt tilbud til pasientene, ikke minst eldre og kronikere som i noen situasjoner vil kunne få et bedre tilbud lokalt enn de ville fått ved å bli sendt til et akutt sykehus. Kommunenes leger vil ivareta legefunksjonene i intermediærenheten. Det vil derfor være naturlig at legevakten og intermediærenheten er fysisk samlokalisert. Dette muliggjør også bedre rammebetingelser for drift av legevakten. En slik størrelse på enheten vil som et minimum kreve at Røros kommune inngår et samarbeid med både Holtålen og Os kommuner. Prosjektgruppen er av den oppfatning at et samarbeid med flere kommuner vil gi et bedre pasientgrunnlag for en slik sengepost.

Representanter i referansegruppen med erfaringer fra Helse Nord og Helse Sør-Øst fremholder imidlertid at 10-15 senger med et befolkningsunderlag på ca 10.000 heller er et forsiktig anslag gitt den utvikling i antall eldre og sykelighet som vi står overfor.

Finansieringen av løsningen er fortsatt uavklart. Samhandlingsreformen legger til grunn at etablering av intermedieenheter ikke bare skal innebære en overføring av oppgaver og driftsansvar til kommunene, men samtidig også bety en reell styrking av kommuneøkonomien og overføring av penger fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. De konkrete modeller for finansiering er under utredning og vil neppe være klare før i løpet av 2011. Spørsmålet blir derfor *når* en slik intermedieenhet skal etableres og *hvem* som skal finansiere en slik løsning frem til ny finansieringsordning er på plass. Slike intermedieenheter er imidlertid allerede etablert andre steder. Enhetene oppleves å være gode pasienttilbud der både kommuner, helseforetak og regionale helseforetak ser seg tjent med at dette fungerer. Mange steder er derfor enhetene etablert som et spleiselag mellom de nevnte aktører i påvente av at mer permanente finansieringsordninger kommer på plass. Prosjektet har ikke gått inn i drøftinger av finansieringen, men konstaterer at de aktuelle interessentene rundt Røros sykehus har gitt uttrykk for at de er innstilt på en dialog for å forsøke å finne en finansieringsløsning. Det vil også være mulig å søke økonomisk hjelp hos sentrale myndigheter knyttet til utviklingen av dette fremtidsrettede helsetjenestetilbud på Røros.

En spesiell utfordring er knyttet til at belegget i sengene blir borte i 2010 i forbindelse med flytting av den ortopediske virksomheten, samtidig som det tilbudet kommunene blir pålagt å etablere ikke behøver å være klart før 2012. Dette poenget er illustrert i figuren nedenfor:

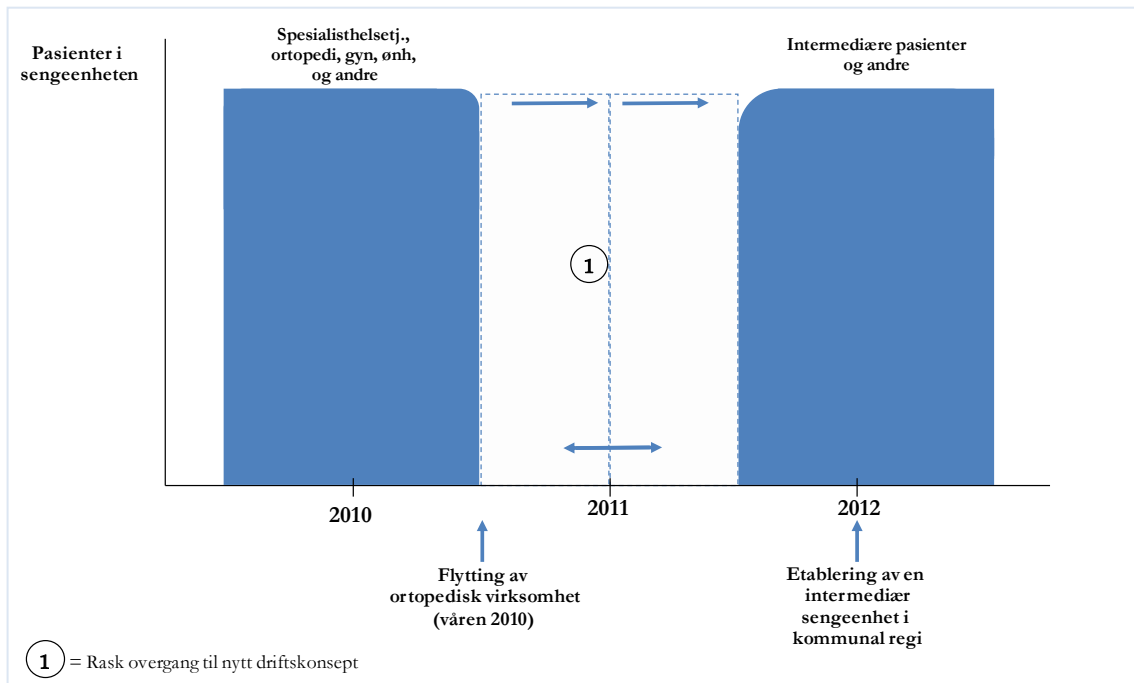


Figur 13 Ingen sengedrift ved Røros sykehus i 2011

En ny driftsform vil innebære en bemanningstilpasning blant annet som følge av mindre behov for vaktordninger og behov for en lavere pleiefaktor enn i dag.

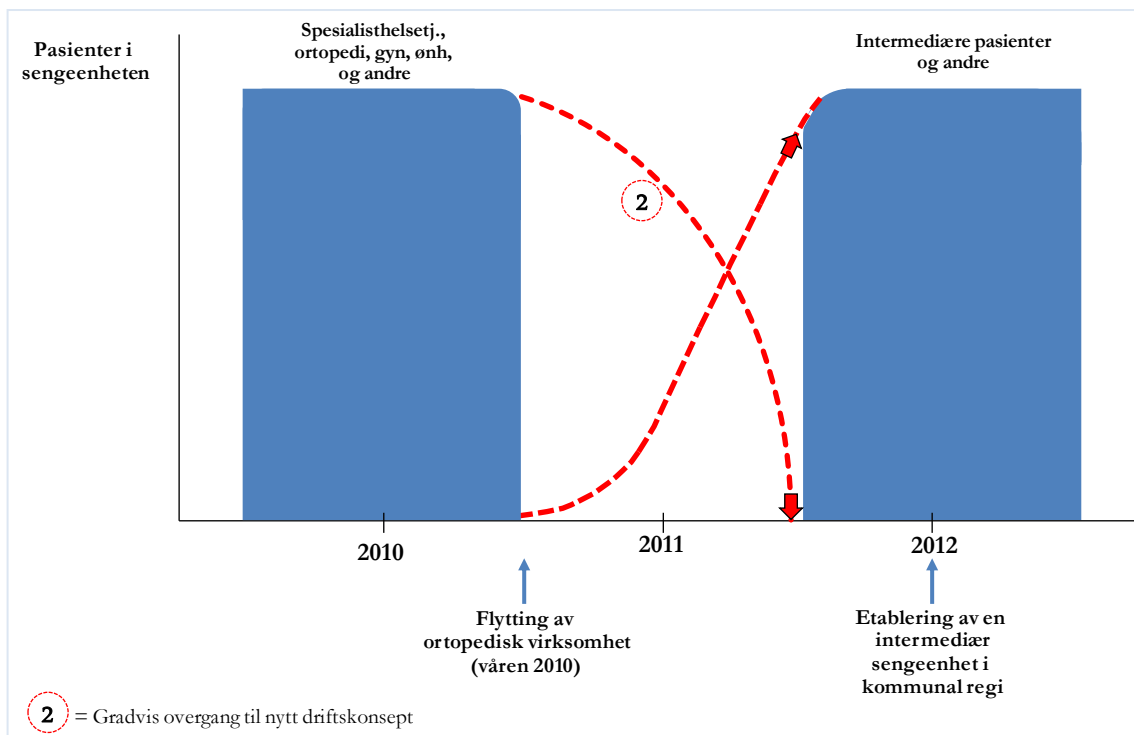
En slik løsning med over et års stengt sengepost vil imidlertid være uheldig både for de ansatte og for kommunenes arbeid med å etablere et alternativ til 2012. Alle parter vil derfor være tjent

med at denne situasjonen ikke oppstår. Et alternativ kan derfor være å reetablere sengeposten i kommunal regi og finansiert gjennom et spleiselag, samtidig som spesialisthelsetjenesten trekker seg ut, uavhengig av når det måtte bli. Dette kan prinsipielt fremstilles slik:



Figur 14 Rask overgang til nytt driftskonsept

Et annet alternativ kan være en gradvis nedtrapping av kirurgiske aktiviteten kombinert med en gradvis etablering av det intermediære tilbudet. Dette kan prinsipielt fremstilles som følger:



Figur 15 Gradvis overgang til nytt driftskonsept

Prosjektgruppen anbefaler at etablering av en intermediærenhet legges til grunn for det videre arbeid med utvikling av helsetjenestetilbudet på Røros. Dersom dette blir vedtatt lagt til grunn, vil det være nødvendig at Helse Midt-Norge/St.Olavs Hospital iverksetter en prosess for å få de nødvendige avklaringer og konkretiseringer som sikrer en smidig overgang mellom flytting av ortopedien og etablering av en intermediærenhet. Sentralt i disse avklaringene vil ikke bare være finansieringen, men også hvilke kommuner som skal være en del av prosessen videre. Prosjektgruppen anbefaler at den videre konkretisering og etablering av en ny intermediærenhet også skjer i en dialog med Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset, Fjellregionen og andre aktuelle kommuner som kan bli berørt.

Røros kommune er positive til opprettelsen av en intermediærenhet på sikt, men er av den oppfatning at sengeposten ved Røros sykehus fram til 2012 bør opprettholdes ved at St. Olavs Hospital legger til rette for relevant kirurgisk virksomhet ved Røros sykehus. Kommunen ønsker å være forberedt på det økte ansvar som følger av Samhandlingsreformen og ønsker i samråd med spesialisthelsetjenesten å bruke tida fram til 2012 til å planlegge for større ansvar for nye helsetjenestefunksjoner, herunder større ansvar for drift av sengeposten.

## 9. Vurdering av scenariene

I dette kapitlet gis en vurdering av de ulike scenariene som prosjektgruppen har drøftet.

### 9.1. Innledning

I kapittel 7.3 ble det redegjort for prosessen med å komme frem til nedenstående scenarier:

Scenario	Opr. stue kap.	Lokalbefolkn. behov, elektivt		Helse Midt-Norges behov, elektivt		Anestesi lege	Senger (*)	Spes. polikl.
		Dagkir	Kir. heldgn.	Dagkir	Kir. heldgn.			
0	Enkelte dager	X				Enkelte dager	0	X
A	1	X		X		5/7	16 = gråsoner + kom	X
B	1	X	X			5/7	16 = gråsoner + kom + spes. 5/7	X
C	2	X		X		5/7	16 = gråsoner + kom	X
D	2	X	X	X		5/7	16 = gråsoner + kom + spes. 5/7	X
E	2	X	X	X	X	7/7	16 = gråsoner + kom + spes. 7/7	X

\*) Antall senger = 16 reflekterer dagens fysiske sengetall, men er ikke et uttrykk for prosjektgruppens anbefaling. Se prosjektgruppens drøfting av sengedrift.

= Kommunen har driftsansvar

Figur 16 Oppsummering av scenarier

Innholdet i scenariene ble kort beskrevet som følger:

Scenario	Beskrivelse av scenariene
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scenariet representerer en videreføring av dagens drift etter at heldøgns pasientene er borte og dagkirurgien for Helse Midt-Norge er borte. Det polikliniske tilbudet til lokalbefolkninger er utvidet.</li> </ul>
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utover scenario 0 innebærer A: Dagkirurgi for Helse Midt-Norge + videreføring av sengeposten i kommunal regi med intermedieære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utover scenario 0 innebærer B: Heldøgnsopphold for lokalbefolkningen slik vi kjenner det i dag fra områdene gyn, øre/nese/hals og evt andre spesialiteter. Sengeposten videreføres i kommunal regi med intermedieære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012.</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scenariet er en utvidelse av scenario A (se dette) med ytterligere en operasjonsstue for dagkirurgisk aktivitet</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utover scenario C innebærer scenario D: Heldøgnsopphold for lokalbefolkningen slik vi kjenner det i dag fra områdene gyn, øre/nese/hals og evt andre spesialiteter. Sengeposten videreføres i kommunal regi med intermedieære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012.</li> </ul>
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scenariet tilsvarer til en viss grad dagens driftsmodell bortsett fra at den ortopediske kirurgien til en viss grad er erstattet med annen heldøgnskirurgi. Det gis et elektivt tilbud både til lokalbefolkningen og befolkningen i Midt-Norge innen både heldøgnskirurgi og dagkirurgi</li> </ul>

Figur 17 Beskrivelse av scenariene

I drøftingen av disse scenariene har mye dreiet seg om de tre sentrale spørsmålene om grunnlaget for poliklinisk virksomhet, grunnlaget for kirurgi og grunnlaget for sengedrift.

Drøftingene rundt disse spørsmålene er forholdsvis grundig gjengitt i det forrige kapitlet og har innvirkning på alle scenariene. I det neste kapitlet (kap 9.2) gjentas derfor bare stikkord knyttet til styrker og svakheter ved hvert enkelt av scenariene før vurderingen avsluttes med gruppens endelige anbefalinger (kap 9.3).

## 9.2. Styrker og svakheter ved scenariene

Målsettingen er at vurderingene i den grad det er mulig skal være basert på gjennomgåtte fakta for derved å understøtte et mest mulig objektivt beslutningsgrunnlag. Faktagrunnlaget og drøftingene av dette er i stor grad gjennomgått i det forrige kapitlet.

I dette kapitel er det ønskelig å oppsummere de innspill og drøftinger som har preget prosessen og som kan henføres til styrker og svakheter ved de ulike scenariene. Det er imidlertid ikke mulig å fange alle innspill i en slik oppsummering, men hovedvekten er lagt på momenter som adskiller scenariene fra hverandre. Det er i størst mulig grad også forsøkt å unngå gjentakelser.

### 9.2.1. Scenarie 0

<b>Beskrivelse av scenario</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Scenariet representerer en videreføring av dagens drift etter at heldøgnspatientene er borte og dagkirurgien for Helse Midt-Norge er borte. Det polikliniske tilbudet til lokalbefolkninger er utvidet.</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Styrker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En viss dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet opprettholdes ved Røros, slik at lokalbefolkningen unngår å reise for enkle inngrep/konsultasjoner</li> <li>▪ Løsningen har forutsetninger for å kunne bli en varig løsning for befolkningen og de ansatte</li> <li>▪ Scenariet representerer en total nedleggelse av sengeposten; et grep som erfaringsmessig underletter uthenting av økonomiske gevinster, i dette tilfellet for St. Olav</li> <li>▪ Scenariet vil forholdsvis lett kunne flyttes til andre steder på Røros</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Svakheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behov for dagkirurgisk aktivitet vil være lavt, og det vil derfor være vanskelig å drive en slik operasjonsvirksomhet rasjonelt</li> <li>▪ Det vil være vanskelig å rekruttere personell til en så begrenset operativ virksomhet</li> <li>▪ Uten senger betyr dette en meget stor omstilling for ansatte på Røros</li> <li>▪ Røros kommune får et betydelig problem med å etablere et kommunalt tilbud i 2012 i tråd med samhandlingsreformens intensjoner dersom sengeposten legges ned i 2010</li> </ul>

### 9.2.2. Scenarie A

#### Beskrivelse av scenario

- Utover scenario 0 innebærer A: Dagkirurgi for Helse Midt-Norge + videreføring av sengeposten i kommunal regi med intermediære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012

#### Styrker

- En viss dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet opprettholdes ved Røros, slik at lokalbefolkningen unngår å reise for enkle inngrep/konsultasjoner
- Løsningen har forutsetninger for å kunne bli en varig løsning for befolkningen og de ansatte. Behovet for dagkirurgi forventes å øke i tiden fremover
- Røros vil være et fleksibelt sted for dagkirurgisk aktivitet, enten for å redusere ventelister eller redusere kjøp av tjenester fra private klinikker
- Omfanget på den dagkirurgise aktiviteten blir større enn ved scenario 0 og gir noe større mulighet for rasjonell drift
- For Helse Midt-Norge vil det i forhandlinger med private klinikker være nyttig å kjenne kostnadsbildet ved en egen elektiv dagkirurgisk enhet
- Opprettholdelse av sengeenheten med intermediærsenger er fremtidsrettet og reduserer omstillingsutfordringene for de ansatte
- Anestesilegens tilstedeværelse deler av uken gir en ekstra trygghetsfølelse for lokalbefolkningen

#### Svakheter

- Omfanget av dagkirurgisk aktivitet vil være forholdsvis lavt, og det kan derfor være vanskelig å drive en slik operasjonsvirksomhet rasjonelt
- Det kan være vanskelig å rekruttere personell til en så begrenset operativ virksomhet
- Dagkirurgipasienter får en betydelig reisevei for behandling. Reisekostnader påløper for Helse Midt-Norge
- Opprettelsen av sengeenheten for intermediærpasienter reduserer pasienttilgangen til lokalsykehuset på Tynset

### 9.2.3. Scenarie B

#### Beskrivelse av scenario

- Utover scenario 0 innebærer B: Heldøgnsopphold for lokalbefolkningen slik vi kjenner det i dag fra områdene gyn, øre/nese/hals og evt andre spesialiteter. Sengeposten videreføres i kommunal regi med intermediære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012.

#### Styrker

- Se også scenariene 0 og A
- En viss dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet opprettholdes ved Røros, slik at lokalbefolkningen unngår å reise for enkle inngrep/konsultasjoner
- Også enklere innleggelses for lokalbefolkningen kan foretas slik vi i dag kjenner det på områder som for eksempel gyn og øre/nese/hals
- Opprettholdelse av sengeenheten med intermediærsenger er fremtidsrettet og reduserer omstillingsutfordringene for de ansatte

#### Svakheter

- Omfanget av kirurgisk aktivitet vil være lavt, og det kan derfor være vanskelig å drive en slik operasjonsvirksomhet rasjonelt
- Det kan være vanskelig å rekruttere personell til en så begrenset operativ virksomhet
- Scenariet bidrar ikke til å avhjelpe situasjonen med økende ventelister til dagkirurgi

### 9.2.4. Scenarie C

#### Beskrivelse av scenario

- Scenariet er en utvidelse av scenario A (se dette) med ytterligere en operasjonsstue for dagkirurgisk aktivitet

#### Styrker

- Se også scenario A
- Røros vil i større grad kunne være et fleksibelt sted for dagkirurgisk aktivitet, enten for å redusere ventelister eller redusere kjøp av tjenester fra private klinikker
- Omfanget på den dagkirurgise aktiviteten blir større enn ved scenario A og gir god mulighet for rasjonell drift av operasjonsvirksomheten
- For Helse Midt-Norge vil det i forhandlinger med private klinikker være nyttig å kjenne kostnadsbildet ved en egen elektiv dagkirurgisk enhet
- Forutsatt en marginalkostnadsbetraktning, må det kunne forventes at Røros er konkurransedyktige på dagkirurgi, selv når reisekostnader hensyntas
- Opprettholdelse av sengeenheten med intermediærsenger er fremtidsrettet og reduserer omstillingsutfordringene for de ansatte
- Sengeenheten gjør det mulig for dagkirurgipasienter å overnatte dersom noe uforutsett skulle inntreffe

#### Svakheter

- Se også scenario A
- Det kan være noe vanskelig å rekruttere personell til en begrenset operativ virksomhet knyttet utelukkende til dagkirurgi
- Dagkirurgipasienter får en betydelig reisevei for behandling. Reisekostnader påløper for Helse Midt-Norge

### 9.2.5. Scenarie D

#### Beskrivelse av scenario

- Utover scenario C innebærer scenario D: Heldøgnsopphold for lokalbefolkningen slik vi kjenner det i dag fra områdene gyn, øre/nese/hals og evt andre spesialiteter. Sengeposten videreføres i kommunal regi med intermediære og kommunale pasienter slik samhandlingsreformen forutsetter skal være på plass til 2012.

#### Styrker

- Røros vil kunne være et fleksibelt sted for dagkirurgisk aktivitet, enten for å redusere ventelister eller redusere kjøp av tjenester fra private klinikker
- Omfanget på den samlede kirurgiske aktiviteten blir som ved scenario C og gir god mulighet for rasjonell drift av operasjonsvirksomheten
- Også enklere innleggelser for lokalbefolkningen kan foretas slik vi i dag kjenner det på områder som for eksempel gyn og øre/nese/hals
- For Helse Midt-Norge vil det i forhandlinger med private klinikker være nyttig å kjenne kostnadsbildet ved en egen elektiv dagkirurgisk enhet
- Opprettholdelse av sengeenheten med intermediærsenger er fremtidsrettet og reduserer omstillingsutfordringene for de ansatte
- Sengeenheten gjør det mulig for dagkirurgipasienter å overnatte dersom noe uforutsett skulle inntreffe
- Scenariet er fleksibelt nok til å kunne håndtere tidsbegrensede prosjekter innen heldøgnskirurgi

#### Svakheter

- Det kan være noe vanskelig å rekruttere personell til en begrenset operativ virksomhet knyttet i det alt vesentlige til dagkirurgi
- Dagkirurgipasienter får en betydelig reisevei for behandling. Reisekostnader påløper for Helse Midt-Norge

### 9.2.6. Scenarie E

#### Beskrivelse av scenario

- Scenariet tilsvarer til en viss grad dagens driftsmodell bortsett fra at den ortopediske kirurgien til en viss grad er erstattet med annen heldøgnskirurgi. Det gis et elektivt tilbud både til lokalbefolkningen og befolkningen i Midt-Norge innen både heldøgnskirurgi og dagkirurgi

#### Styrker

- Røros vil kunne være et fleksibelt sted for kirurgisk aktivitet både i form av dagkirurgi og heldøgnskirurgi, enten for å redusere ventelister eller redusere kjøp av tjenester fra private klinikker
- Omfanget på den samlede kirurgiske aktiviteten blir som ved scenario D og gir god mulighet for rasjonell drift av operasjonsvirksomheten
- Bredden i kirurgitilbudet gjør det lettere å rekruttere personell til operasjonsvirksomheten
- Siden scenariet er mest likt dagens driftsmodell gir dette minst behov for omstilling for personalet

#### Svakheter

- Kirurgipasienter får en betydelig reisevei for behandling. Reisekostnader påløper for Helse Midt-Norge
- I forhold til scenario D fokuserer scenario E mer på heldøgnskirurgi på bekostning av dagkirurgi; mens det er dagkirurgi som preger dagens ventelistesituasjon og som også er forventet å øke i fremtiden
- En sengepost drevet av spesialisthelsetjenesten kan gi mindre fokus på ivaretagelse av intermediepasiertene og ivaretar i mindre grad intensjonene i samhandlingsreformen (dersom heldøgnskirurgien er begrenset kan sengeenheten med fordel driftes av kommunen)
- Det vil være usikkerhet ved varigheten av løsningen da trenden går i retning dagkirurgi i stedet for heldøgnskirurgi og at de som fortsatt skal gjennomgå heldøgnskirurgi i større grad vil være avhengig av den infrastruktur som finnes i større sykehus
- Dette scenariet stiller størst krav til støttefunksjoner som for eksempel laboratorium og røntgen

### 9.2.7. Innspill til nye scenarier

Det har i løpet av prosessen også kommet frem to nye alternative scenarier. For det første er det påpekt at det finnes et alternativ 00 som innebærer at absolutt ingen kirurgisk virksomhet videreføres på Røros. Siden ingen i prosjektgruppen har argumentert sterkt for dette, drøftes dette ikke nærmere her, men det henvises til drøftingen av scenario 0 i forrige kapittel.

Et annet alternativt scenario ligger et sted mellom 0 og A. Scenariet fremgår av vedlegg i denne rapport (kap 11.8) og er gjengitt slik det er lagt frem av forslagsstilleren. Scenariet kan best beskrives som et scenario 0, men med opprettelse av en sengeenhet for intermediepasiertene. Sengeenheten foreslås med en kapasitet til å dekke hele Fjellregionens behov for intermediepasiertene, mens den kirurgiske aktiviteten konsentreres til SI, divisjon Tynset, bortsett fra mindre kirurgi utført av spesialister slik vi i dag kjenner det på områdene gynekologi og øre-nese-hals. Det polikliniske tilbudet utvides basert på avtalespesialister. Forslaget legger til grunn at aksene mellom Røros og Trondheim svekkes og at aksene mellom Røros og Tynset styrkes og at disse sammen videreutvikler helsetjenestetilbudet i Fjellregionen.

Flertallet i prosjektgruppen finner ikke å kunne støtte dette forslaget, men anbefaler at det videre samarbeidet mellom St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus og SI, divisjon Tynset videreutvikles i en konstruktiv og strukturert prosess mellom partene.

### 9.3. Oppsummerende vurdering og anbefaling

Med utgangspunkt i drøftinger av spørsmålet om grunnlaget for kirurgi på Røros er prosjektgruppens store flertall av den oppfatning at det fortsatt skal drives kirurgi på Røros. Skal det drives kirurgi bør det være med et omfang som muliggjør rasjonell drift. Scenario A og B som kun innebærer kirurgi på 1 operasjonsstue er derfor ikke vurdert nærmere.

Scenariene C og D er tilnærmet like da heldøgnskirurgien som tilkommer i scenario D er helt minimal og kun dreier seg om en veletablert praksis som i dag gjør seg gjeldende for innleggelser etter mindre inngrep innen gynekologi og øre-nese-hals. Disse to scenariene vurderes derfor samlet.

Scenariene C og D er de som ligger nærmest anbefalingen fra prosjektgruppens flertall. Scenariene innebærer dagkirurgi på to operasjonsstuer for pasientgrupper der ventelisten har vist en voksende tendens til tross for betydelig kjøp av de samme tjenester ved private klinikker. Behovet for dagkirurgi er forventet å øke også i årene som kommer.

Etableringen av en intermediærenhet er godt forankret i samhandlingsreformen og fremstår som et fremtidsrettet tilbud i møtet med de utfordringer helsetjenesten står overfor i tiden fremover. For lokalbefolkningen vil det være en god løsning å få dekket en større del av sitt behov for helsetjenester i lokalmiljøet enten det er behov for opphold i en intermediærenhet eller behov for polikliniske spesialistkonsultasjoner.

Scenario C og D anses å være fremtidsrettede løsninger og legger således grunnlaget for varige arbeidsplasser for de ansatte. Arbeidsoppgavene vil med bortfall av den tunge ortopediske kirurgien bli annerledes enn i dag, noe som vil oppleves som mindre interessant av noen. Scenariene vil også innebære en reduksjon av antall ansatte blant annet som en følge av mindre behov for vaktordninger og behov for en lavere pleiefaktor enn i dag.

Scenario E har også sine tilhengere i prosjektgruppen. Dette scenariet som i stor grad bygger videre på heldøgnskirurgi, innebærer minst omstillinger for de ansatte. Gruppens flertall er imidlertid av den oppfatning at dette neppe blir en varig løsning siden trenden i stadig mindre grad baserer seg på innleggelser i forbindelse med kirurgi og at de som innlegges i så fall er så skrøpelige at de vil være avhengige av en annen infrastruktur enn det Røros sykehus kan tilby. Tilhengerne av scenario E støtter subsidiært scenario C/D. Disse scenariene gir også mulighet for heldøgnskirurgi i form av avgrensede prosjekter i spesielle situasjoner.

Prosjektgruppen anbefaler en fremtidsrettet utvikling av helsetjenestetilbudet på Røros i en retning som innebærer økt tilgang på polikliniske spesialistkonsultasjoner, økt kapasitet for dagkirurgi for å kunne håndtere det voksende behovet på dette området og etablering av en sengeenhet i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Det sistnevnte forutsettes at de involverte helseforetak og kommuner finner frem til en omforenet avtale om finansiering av driften.

## 10. Videre arbeid

*I dette kapitlet gis en anbefaling ift. videre arbeid.*

Prosjektgruppen anbefaler en utvikling av helsetjenestetilbudet på Røros i en retning som innebærer økt tilgang på polikliniske spesialistkonsultasjoner, økt kapasitet for dagkirurgi og etablering av en sengeenhet i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Prosjektgruppens rapport vil bli behandlet i styringsgruppen den 15. desember 2009. Styringsgruppen vil deretter komme med sin anbefaling for den videre utvikling av helsetjenestetilbudet på Røros til adm.dir. Gunnar Bovim i Helse Midt-Norge. Etter saksbehandling i Helse Midt-Norge vil det fremmes en sak for styret i Helse Midt-Norge, trolig i februar 2010. Gitt at prosjektgruppen forslag blir vedtatt lagt til grunn for den videre utvikling av helsetjenestetilbudet på Røros, vil prosjektgruppen anbefale at nedenstående aktiviteter da iverksettes.

Etablering av nye polikliniske tjenester kan gjennomføres i form av ambulerende spesialister fra St.Olavs Hospital (Øya) eller Sykehuset Innlandet, divisjon Tynset, tilstedeværende spesialist på Røros sykehus, opprettelse av hjemler for avtalespesialister og i noen tilfeller også i form av sykepleierkonsultasjoner. Prosjektgruppen anbefaler at Helse Midt-Norge involverer de nevnte interessenter i den konkrete utforming av utvidelsen av det polikliniske tilbudet.

Endringen i kirurgisk aktivitet forutsettes løst i en videre dialog mellom Helse Midt-Norge og St.Olavs Hospital.

Etableringen av en intermediærenhet forutsetter at Helse Midt-Norge/St.Olavs Hospital innleder en dialog med Røros kommune for å komme frem til en avtale om finansiering av en slik løsning. En slik dialog må også avklare hvilke kommuner som vil inngå i samarbeidet og hvordan overgangsfasen skal løses. Pasientkategorier og endelig sengebehov må fastsettes.

Når det fremtidige Røros sykehus er konkretisert i henhold til beskrivelsen ovenfor, må det utarbeides nye bemanningsplaner både for kjerne- og støttefunksjoner tilpasset den nye aktiviteten og med det samme fokus på kostnadseffektive løsninger som hele St.Olavs Hospital nå er opptatt av.

Det har i lengre tid vært en intensjon om et bedre samarbeid i Fjellregionen. Prosjektgruppen anbefaler at den videre konkretisering og gjennomføring av tiltak skjer i en dialog med Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset, Fjellregionen og de andre kommunene som eventuelt kan bli berørt. Prosjektgruppen anbefaler at det etableres en mer strukturert prosess for den videre utvikling av dette samarbeidet.

Sykehusbygningen eies av Røros kommune. I kap 3.3.1 henvises til en tilstandsvurdering som beskriver en bygningsmasse som bærer preg av systematisk forvaltning, men som vil kreve investeringer på ca 28 millioner kroner for en oppgradering til dagens forskrifter og normal standard for sykehusbygg. Det har kommet signaler om at Røros sykehus kan få overta moderne operasjonsstuer og poliklinikklokaler inkludert moderne teledisinsk utstyr fra prosjekt Fremtidens operasjonsrom ved St.Olavs Hospital (Øya). Det foreligger konkrete planer for hvordan dette kan integreres med dagens sykehusbygning. Det har også kommet forslag om at både denne og andre investeringer i sykehuset heller burde konsentreres til området i nærheten av Røros Rehabiliteringssenter for derved å samle alle de helsefaglige miljøene på Røros og også hente ut driftsøkonomiske gevinster av felles utnyttelse av infrastruktur med Røros

Rehabiliteringssenter og de andre helseinstitusjonene i området. Prosjektgruppen har ikke gått inn i denne diskusjonen, men anbefaler at det tas stilling til tilbudet om lokaler og utstyr umiddelbart etter at innholdet i nye Røros sykehus er endelig avklart.

## 11. Vedlegg

Aktuelle vedlegg:

- Oversikt over aktuelle henvisninger/ dokumenter
- Løsninger andre steder og aktivitetsanalyser
- Spesialisthelsetjenestetilbudet ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset
- Vurdering av aktuelle spesialistpolikliniske tilbud på Røros
- Pilotprosjektet forebyggende helse
- Grunnlag for sengedrift
- Estimering av sengebehov
- Innspill til alternativ scenarie

### 11.1. Oversikt over aktuelle henvisninger/ dokumenter

Aktuelle henvisninger/ dokumenter er organisert som følger:

- Aktuelle styrevedtak og rapporter relatert til St.Olavs Hospital, avdeling Røros Sykehus
- Nasjonale føringer, planer og overordnede styrende dokumenter

Se tabellarisk oversikt på de to neste sider.

### 11.1.1. Aktuelle styrevedtak og rapporter relatert til St.Olavs Hospital, avdeling Røros Sykehus

Sak og dokument	Kort beskrivelse
<b>Aktuelle styresaker og rapporter St.Olavs Hospital:</b>	
Styresak 17_ Protokoll	Protokoll styremøte
Styresak 17_ Røros sykehus-2010 alternative driftsmodeller	Rapport fra arbeidsgruppen. November 2008
Styresak 17_ Protesekirurgi ved St. Olavs Hospital etter 2010	Protesekirurgi ved St Olavs Hospital etter 2010. Kartlegging av behov og kapasitet for hofte- og kneproteser. Forslag til ny organisering av protesekirurgi.
Styresak 17_ Faglig strategi – langtidsbudsjett for St. Olavs Hospital 2010 – 2015.	Styresak St.Olav Sak 17/09 Faglig strategi – langtidsbudsjett for St. Olavs Hospital 2010 – 2015. Utredning og kostnadsberegning av klinisk virksomhet ved Røros sykehus etter innflytting i Bevegelsessentret
Styresak 17_Drøftingsprotokoll 2009	Protokoll År 2009, 17.mars ble det avholdt drøftingsmøte mellom St. Olavs Hospital og NETF, NFF, Delta, Den Norske Jordmorforeningen, Tekna, DNLF, NITO,NHF, NSF, Fagforbundet, Forskerforbundet vedrørende: se under grunnlag for drøftingene.
<b>Aktuelle styresaker og rapporter Helse Midt-Norge:</b>	
Styresak 61/09 Helsetjenestetilbudet på Røros – mulighetsstudie (protokoll)	Styresak Helse Midt- Norge. Helsetjenestetilbudet på Røros – mulighetsstudie. Se forøvrig protokolltilførsel.
Styresak 61/09 Helsetjenestetilbudet på Røros – mulighetsstudie (mandat)	Saksutredning og mandat
Styresak 61/09_ Øvrige vedlegg til styresak	Se også tilsvarende vedlegg i styresak 17_St.Olavs Hospital
<b>Andre aktuelle dokumenter:</b>	
Tilstandsvurdering bygningsmasse ved Røros sykehus.	<a href="http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2009/Roros/Rapport%20rev.%2001%20dato%2021.9.2009.pdf">http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2009/Roros/Rapport%20rev.%2001%20dato%2021.9.2009.pdf</a> (oktober 2009)
Utviklingsplan for Regionsykehuset i Trondheim. Forprosjekt, november 1991	Papirutgave
SHD St.prp.nr.1 Tillegg nr.4 (199-20009) med vedlegg-Om revidert avtale mellom staten og Sør-Trøndelag fylkeskommune, bygging av ny universitetsklinikk i RIT 2000	Papirutgave
St.prp.nr.53 (2001-2002) Ny universitetsklinikk i Trondheim	Papirutgave
Vedtak i Sør- Trøndelag Fylkesting, sak FT 0054/91A	Papirutgave
Revidert Hovedfunksjonsprogram, april 2004	Papirutgave

### 11.1.2. Nasjonale føringer, planer og overordnede styrende dokumenter

Sak og dokument	Kort beskrivelse
<b>Nasjonale føringer, planer og utredninger:</b>	
Samhandlingsreformen 2009	Samhandlingsreformen 2009, St.meld. nr. 47 (2008-2009)
<b>Overordnede styrende dokumenter:</b>	
Oppdragsdokument Helse Midt-Norge, 2009	
Oppdragsdokument St.Olavs Hospital, 2009	
Strategi Helse Midt Norge	
Strategi St.Olav Hospital	
Evalutering av Helse Midt-Norge og foreløpig anbefaling strategiarbeid.	Styret for det regionale helseforetaket får seg forelagt en evaluering av Helse Midt-Norge 2010 og forslag til prosess for Helse Midt-Norge 2020 i sitt møte 1. Oktober.
Sluttrapport. Eierstrategi 2010. Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF.	Sluttrapport. Eierstrategi 2010. Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF. S.25,38 og 47 omhandler St.Olav og Røros.
Langtidsplanlegging/ budsjettarbeid Helse Midt-Norge	Aktuelle styrevetak relatert til langtidsplanlegging/ budsjett
Langtidsplanlegging/ budsjettarbeid Helse Midt-Norge St.Olav Hospital. Styresak 33/09.	Aktuelle styrevetak 33/09 relatert til langtidsplanlegging/ budsjett
Samhandlingsstrategi Helse Midt-Norge	Samhandlingsstrategi
Samhandlingsstrategi St.Olav Hospital	Samhandlingsstrategi
Samhandlingsavtale HMN, fylkeskommuner og KS	Samarbeidsavtale
<b>Foretaksmøte:</b>	
Foretaksprotokoll 06.09.2006	Protokoll foretaksmøte for St. Olavs Hospital HF, 06.09.2006

## 11.2. Løsninger andre steder og aktivitetsanalyser

Det vises til prosjektgruppens arbeid og følgende dokumenter:

- Oppsummering av løsninger andre steder
- Aktivitetsanalyser utarbeidet i forbindelse med prosjektet

## 11.3. Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset

Nedenfor gis tabellarisk oversikt over spesialisthelsetjenestetilbudet ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset

KIRURGI/ORTOPEDI	INDREMEDISIN	AKUTT OG FØDE	PSYKISK HELSE	PREHOSPITAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generell kirurgisk og ortopedisk post 15 senger</li> <li>▪ Ortopedi (alt unntatt rygg og nakke); spesialitet er               <ul style="list-style-type: none"> <li>• hofte</li> <li>• Kne</li> <li>• skulder</li> </ul> </li> <li>▪ Kirurgi               <ul style="list-style-type: none"> <li>• gastro</li> <li>• urologi</li> <li>• generell kirurgi</li> <li>• plastiske inngrep</li> </ul> </li> <li>▪ Dagkirurgi</li> <li>▪ Kirurgisk og ortopedisk poliklinikk</li> <li>▪ Ortopedisk poliklinikk Oppdal</li> <li>▪ Gynekologisk poliklinikk</li> <li>▪ Operasjonsavdeling (3 stuer)</li> <li>▪ Sterilsentral</li> <li>▪ Pasientservicekontor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generell indremedisinsk post med 20 senger               <ul style="list-style-type: none"> <li>• palliative senger</li> <li>• slagenhet (2009)</li> </ul> </li> <li>▪ Pasientservicekontor</li> <li>▪ Medisinske poliklinikker               <ul style="list-style-type: none"> <li>• generell indremedisin</li> <li>• kardiologi</li> <li>• gastroenterologi</li> <li>• lungemedisin</li> <li>• Endokrinolog (diabetesjeneste)</li> <li>• nefrologi</li> <li>• reumatologi</li> <li>• Hud (lysbehandling)</li> <li>• lærings- og mestringsskoler (LMS)</li> </ul> </li> <li>▪ Kreftpoliklinikk (dagbeh.)</li> <li>▪ Søvnavsnitt</li> <li>▪ Klinisk-kjemisk lab</li> <li>▪ Blodbank</li> <li>▪ Fysikalsk m/ poliklinikk</li> <li>▪ Klinisk ernæringsfysiolog</li> <li>▪ Forskningsprosjektet "Den eldre pasient . . . . ."</li> <li>▪ Praktiskonsulent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akuttmottak</li> <li>▪ Kirurgisk og medisinsk overvåkning (4+4 senger)</li> <li>▪ Jordmorstyrt fødestue (inkl. 1. gangsfødende):               <ul style="list-style-type: none"> <li>• poliklinikk</li> <li>• ultralyd</li> </ul> </li> <li>▪ Barselpoliklinikk</li> <li>▪ Radiologisk:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ultralyd</li> <li>• konvensjonell rtg (skade og gjennomlysning)</li> <li>• CT</li> <li>• MR (kommer i 2009)</li> </ul> </li> <li>▪ Anestesi               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECT</li> <li>• smertebehandling</li> </ul> </li> <li>▪ Tannbehandling</li> <li>▪ Kvalitetsgruppe               <ul style="list-style-type: none"> <li>• kvalitetskoordinator</li> <li>• hygiene-sykepleier/ smittevern</li> <li>• tilsyns farmasøyt</li> </ul> </li> <li>▪ Pasienthotell</li> <li>▪ Oppdragsforskning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distriktspsyk.senter (DPS) med               <ul style="list-style-type: none"> <li>• døgn (10 plasser)</li> <li>• dag</li> <li>• poliklinikk</li> <li>• rus</li> <li>• LMS</li> </ul> </li> <li>▪ Barne- og ungdomspoliklinikk (BUP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Legevaktformidling for legevaktstraktene:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stor-Elvdal/Rendalen</li> <li>• Alvdal/Folldal</li> <li>• Tynset/Tolga</li> </ul> </li> <li>▪ Ambulanse med stasjoner:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tynset (2 biler)</li> <li>• Rendalen</li> <li>• Stor-Elvdal</li> <li>• Folldal</li> </ul> </li> </ul>

Kilde: Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset

Figur 18 Helsetjenestetilbudet ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset

## 11.4. Pilotprosjektet forebyggende helse

Pilotprosjektet forebyggende helse er et samarbeidsprosjekt mellom medisinsk fakultet, NTNU, Røros kommune og Røros sykehus.

Prosjektgruppen oppfatter at et pågående pilotprosjekt er et verdifullt innspill både i en lokal, men også i en nasjonal debatt om forebyggende helsearbeid og samhandlingsreform. Pilotprosjektet har beskrevet prosjektet på følgende måte, se tekst i dette kapitlet:<sup>26</sup>

Dagens kunnskap viser at det vil oppnås store helsemessige og samfunnsmessige gevinster av en satsning på forebyggende helse forutsatt at satsningen fanger opp riktig behandling (riktige øvelser og intensitet tilpasset den enkelte) av pasienten.

Dagens kunnskap viser at med riktig trening oppnås 20 % bedre lungekapasitet og 50 % forbedret arbeidskapasitet hos KOLS pasienter. For andre livsstilssykdommer oppnås 25-50 % redusert risiko for tap av liv som er ensbetydende med forlenget levealder og forbedret livskvalitet. Dokumenterte fagresultater viser at det ikke oppnås store forbedringer i hjertefunksjon, muskelfunksjon og arbeidskapasitet uten at behandlingen omfatter riktige øvelser og intensitet basert på den enkeltes behov.

Fagmiljø ved medisinsk fakultet, NTNU, besitter internasjonal ledende dokumentasjon på effekter av trening på helsesituasjonen for en rekke livsstilssykdommer. Pilotprosjektet vil etablere en nasjonal pilot på Røros, i et samarbeid med Røros kommune og Røros Sykehus, der preferert behandlingstilbud settes i system og resultatene publiseres som forskningsresultater.

Fagmiljøet ser en fare for at mangel på kompetanse vil prege de tiltakspakker som etableres under paraplyen forebyggende helse, noe som vil resultere i begrenset effekt i hjertefunksjon, muskelfunksjon og arbeidskapasitet hos pasientene. Fagmiljøet engasjerer seg nå i europeiske prosjekter på forebyggende helse. Ved etablering av en nasjonal pilot på Røros har vi et forsiktig håp om at Norges satsning på forebyggende helse kan etableres på basis av dokumenterte tiltak for forbedret hjertefunksjon, muskelfunksjon og arbeidskapasitet.

Prosjektet følger opp St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og svarer delvis på utfordringene 1-3, nemlig behovet for koordinerte tjenester, begrensnings og forebygging av sykdom, og å møte de demografiske endringer som synes å medføre større helsekostnader. Hovedvekten i prosjektet er imidlertid lagt på begrensnings og forebygging av sykdom som en vesentlig del av etablering av distriktsmedisinske senter. Fastlegen har i dag primært medisinerings som verktøy i sin behandling og forebygging av livsstilssykdommer. Imidlertid er det slik at livsstilsendringer som fysisk trening, justering av kosthold og samtaler med helsepersonell ofte har langt større effekt i forebygging av livsstilssykdommer hos pasienter som er på vei inn i en kronisk sykdomstilstand. Dette er en billig og bivirkningsfri forebygging. Svært store beløp benyttes i dag til medisinerings av for eksempel høyt blodtrykk og høyt kolesterol, samtidig som nivåene for medikamentell behandling er senket de siste årene.

Tilbudet om livsstilsendringer skal være et lavterskeltilbud, med langt rimeligere kostnader enn sykehus. Det skal behandle begynnende livsstilssykdommer som høyt blodtrykk, høyt kolesterol, høyt blodsukker, overvekt og være sekundærforebygging for andre lidelser som KOLS, depresjoner, rus, MS, ME, hofteoperasjoner og andre sykdomstilstander som ofte gir

---

<sup>26</sup> Prosjektgruppens beskrivelse av prosjektet, 2009.

følgesykdommer pga av inaktivitet. I tillegg til behandling skal pasientene få opplæring i livsstilsendringer som innebærer å lære aktiviteter som opprettholder hjertefunksjon, muskelfunksjon og arbeidskapasitet i tillegg til råd om kosthold og tid til samtale med helsepersonell om problematikken.

Pasienten får bistand til å løfte seg fra en inaktiv til en aktiv tilværelse og til å gjøre riktige øvelser og bruke riktig intensitet på øvelsene i tillegg til planlegging av fornuftig kosthold. Det er solid faglig dokumentasjon for at pasienter som gjennomgår slike livsstilsendringer oppnår vesentlig forbedret helsesituasjon.

Pilotprosjektet skal være fastlegens forlengede arm, som tilbyr trening, kosthold og samtale som behandling før kontinuerlig medisinerer. Fastlegen henviser pasienter som er i risikozonen for ulike livsstilsykdommer. Pasienten er fastlegens pasient og vurderingen av bruk av tilbudet samt medisinsk klarsignal for trening gjøres av fastlegen. I pilotprosjektet vil vi etablere en kapasitet på 300 – 700 pasienter pr år avhengig av behov. I en populasjon på 10.000 er det et forsiktig anslag at 300 personer faller innenfor risikozonen pr år. Trening er spesifikk for den enkelte lidelse, og meget gode resultater er vist i forskning. Eksempel er 10-15 mmHg blodtryksreduksjon, ca 4 kg redusert kroppsvekt og 40-50% bedret fysisk arbeidskapasitet for hjertesyke, lungesyke, røykebeinpasienter og en rekke andre i løpet av 20-25 behandlinger. 70 % av de henviste benyttet tilsvarende tilbud i København, og 70% av dem var mer aktive ett år senere.

Tilbudet etableres som et poliklinisk tilbud for de som kan reise til senteret uten for lang reisetid, men senger vil være nødvendig for opphold i opptreningsperioden for de som har lang reisevei. Tilbudet tenkes å omfatte fjellregionen med kommunene Røros, Holtålen, Tydal og Os som sentralområde, men en vurderer også å inkludere Tynset, Midtre Gauldal og Selbu.

Treningen, samtaler og rådgivning gjennomføres av helsepersonell med spesialkompetanse på forebyggende helse under medisinsk tilsyn av legespesialist. Pasientene vil bli testet for fysisk og mental arbeidskapasitet og livskvalitet ved start og avslutning. Senteret kan gi støtte for vurderingen etter kompetanse, for eksempel med spirometri og arbeids-EKG. Data viser at videre oppfølging i hverdagen gir mer konsistente livstilsendringer. Det planlegges minst 3 oppfølgingssamtaler innen ett år (enten elektronisk eller på senteret) samt at vi vil ivareta en mer kontinuerlig oppfølging og motivering av pasienten gjennom bruk av elektroniske medier. Dataene inngår i forskning om tiltaket, og forskningsrapporter vil bli publisert som del av evalueringen av tiltaket.

Et slikt lavterskel, rimelig tilbud vil spare samfunnet for utgifter, utsette livstilsykdommer, utsette institusjonalisering og gi pasienter bedre livskvalitet. Ulike beregninger viser at gevinsten av å få en gjennomsnittsperson fra å være inaktiv til å være moderat aktiv gir en samfunnsmessig besparelse på 3 mill.kr. og forlenger livet med 2-6 år. Større besparelser ventes i et mer selektivt system som skissert i dette pilotprosjektet. Med utgangspunkt i en nasjonal pilot på Røros defineres et grunnlag og motivasjon hos flere til å ta del i en utvikling som resulterer i et nasjonalt program med iverksettelse fra 2012.

## 11.5. Vurdering av aktuelle spesialistpolikliniske tilbud på Røros

Prosjektgruppen har vurdert aktuelle fag som kan egne seg i et spesialistpoliklinisk tilbud ved St.Olavs Hospital, avdeling Røros sykehus. Prosjektgruppen har basert sin vurdering på innspill fra St.Olavs Hospital, aktivitetsanalyser/datagrunnlag St.Olavs Hospital (Øya) og om tilbudet i dag er etablert på Tynset. Figuren under oppsummerer prosjektgruppens gjennomgang og vurdering.

**Prosjektgruppens vurdering av de aktuelle fagområder**

	Hud (*)	Gastro (**)	Øye	Fys/med.	Ped.	Psyk/rus	BUP	Lunge	Hjerte	Gyn	Ønh	Orto.	Geriatr i	Nevrol ogi	Revma	Kreft-pol.	Indre med.	Kir
Innspill St. Olavs H.	😊	😐	😊	😐	😐	😐	😊	😐	😊	😊	😊	😐	😐	😐	😐	😐	😐	😐
Datagrunnlag St.Olav (Øya)	😊	😐	😊	😐	😐	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😐	😐	😐	😐
Tilbud v/ Tynset	😐	😐	😐	😊	😊	😐	😐	😐	😐	😊	😊	😐	😊	😐	😐	😐	😐	😐
	Pol.	Pol/ Heldgn	Avtale spes.			DPS	Pol.	Pol.	Pol.			Pol/ Heldgn.		Avtale spes.	Pol.	Pol.	Pol.	
Prosjektgr. vurdering	😊	😐	😊	😊	😐	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😐	😐	😐	😐	😐	😊

\* i hovedsak sykepleierdrevet (lysbh. etc.) og evt. ambulerende hudspesialist  
 \*\*) Bla. gastroskopi, understøttet av telemedisinsk løsning

😐 Usikkert. Må evt. undersøkes nærmere

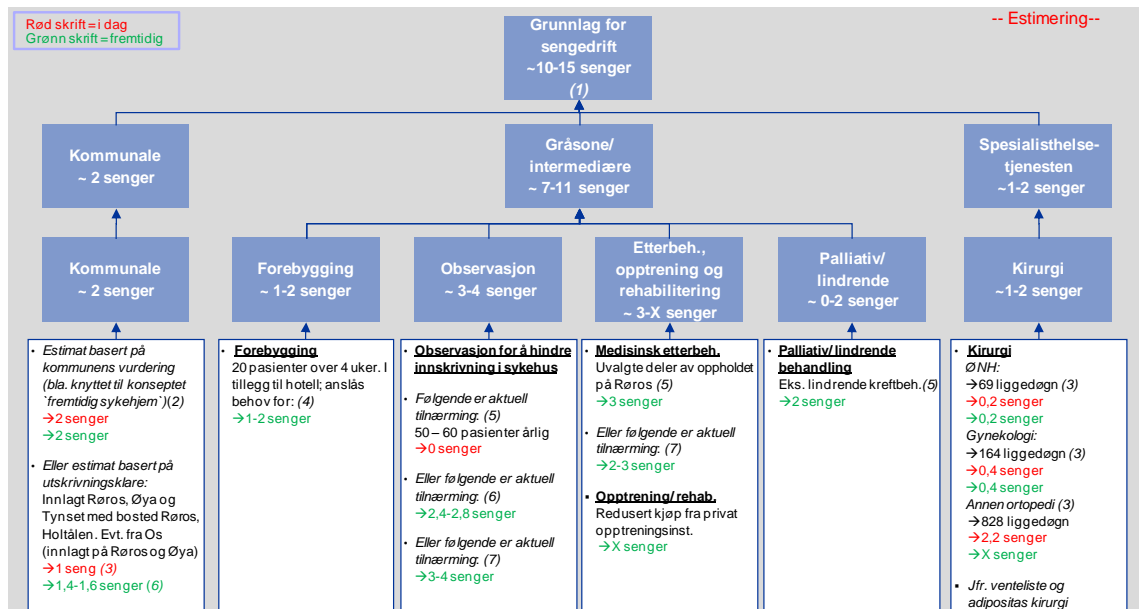
😊 Kan tale for

😐 Kan tale mot (eks. tilbud på Tynset)

**Figur 19** Vurdering av aktuelle polikliniske tilbud på Røros

## 11.6. Grunnlag for sengedrift

Basert på Samhandlingsreformen, Helse Midt-Norges strategiarbeid og løsninger andre steder, kan det synes å være grunnlag for etablering av intermediære senger på Røros. Figuren under illustrerer prosjektets forsøk på å estimere behov for antall senger i en intermediærenhet i ulike kategorier basert på ulike kilder:

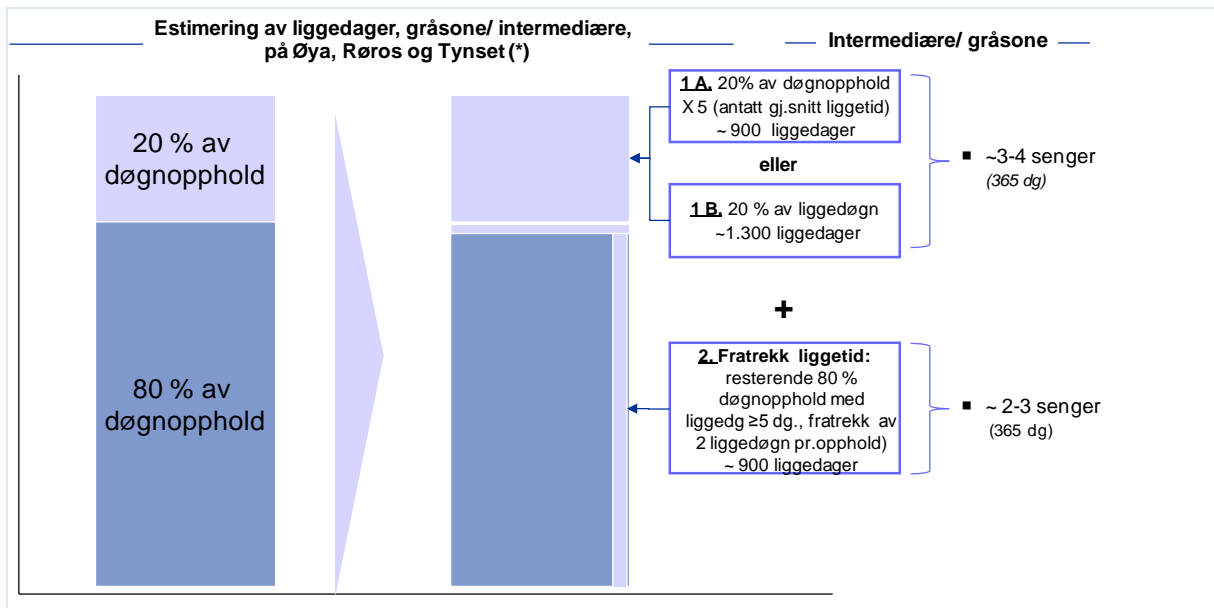


Kilde 1. Jfr. løsninger andre steder som ofte inkluderer kommunale senger og senger til gråsonepasienter. (0,5-1,5 senger pr. 1000 innb.)  
 Kilde 2. Helse- og Sos. Sjeff Marit Haanæs. Tidligere og pågående utredning "fremtidens sykehjem". Antall senger erfaringsbasert.  
 Kilde 3. Foreløpige aktivitetsanalyser.  
 Kilde 4. Avdelingsleder Jan Gunnar Skogås (foreløpige ideer fra pilotprosjektet forebyggende helse)  
 Kilde 5. Fra rapport Røros sykehus 2010, og oppdaterte innspill fra St.Olavs Hospital. Anslag ikke dokumentert.  
 Kilde 6. Anslag basert på Samhandlingsreformen kap. 4, 1.4. Anslag utfra 10.000 innb.  
 Kilde 7. Anslag basert på opphold og liggedøgn ved St.Olavs Hospital (Øya) og St.Olavs Hospital, avd. Røros og SI, Divisjon Tynset.

Figur 20 Grunnlag for sengedrift

## 11.7. Estimering av sengebehov

Figuren under illustrerer overordnet estimering av antall intermediære senger med utgangspunkt i dagens situasjon:



Kilde: Tallgrunnlag fra St.Olavs Hospital og SI, Divisjon Tynset

\*) Pasienter bosatt på Røros, Holtålen og Os inkluderes for St.Olavs Hospital (Øya) og avdeling Røros. For Tynset inkluderes pasienter med bosted Røros og Holtålen.

Figur 21 Estimering av antall intermediære senger, dagens situasjon

## 11.8. Innspill til alternativt scenarie

Prosjektgrupped medlem Arne O. Ellingsson (PSL) har fremmet et eget forslag til scenarie.

### **Grunnlag for scenariet:**

Alternativ virksomhet som erstatning for Røros sykehus, og som skal inneholde spesialisthelsetjeneste og ta hensyn til Samhandlingsreformen, må ta utgangspunkt i følgende helhetstenkning:

- Befolkningsgrunnlaget for tjenestene må omfatte Fjellregionen og nabokommuner
- Lokalsykehus med akuttfunksjoner finnes på Tynset 35 min fra Røros
- Stort og moderne rehabiliteringssenter finnes på Røros
- Samhandlingsreformens krav til intermediære avdelinger må løses interkommunalt i Fjellregionen (f.eks. en avdeling på Røros for somatiske pasienter og rehabilitering + en avdeling på Tynset for demens, psykiatri, geriatri samlokalisert til lokalsykehus og DPS)
- Lokalsykehusfunksjonene på Tynset må ikke svekkes!!
- Rehabiliteringssenteret på Røros må styrkes
- Den gamle sykehusbygningen bør erstattes med ny tverrfaglig allmenn-og spesialistpraksis og prehospitale tjenester for Fjellregionen lokalisert nært rehabiliteringssenteret.
- Fjellregionen med nabokommunene Engerdal, Oppdal, Rennebu og Holtålen bør formaliseres som felles befolkningsgrunnlag (ca 35.000 innbyggere) for lokalsykehuset på Tynset og den øvrige spesialisthelsetjenesten på Røros og Tynset.

### **Scenarium AA**

#### **Beskrivelse:**

- Drift og bemanning uavhengig av St. Olavs Hospital. Fastboende heltidsspesialister
- Fastboende avtalespesialister med daglig tilbud til lokalbefolkningen og fastlegene.
- Nye hjemler fra Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst i samhandling kreves

#### **Poliklinikk**

- Spesialistpoliklinikk basert på avtalespesialister og allmennleger i samlokalisering (ØNH, Øye, Indremedisin, Hud, Psykiatri)
- Operasjonsstue i vekselbruk som operasjonsstue/skiftestue for ØNH, Øye og allmennmedisin, legevakt
- Anestesilege fra Tynset sykehus en dag i uken

#### **Sengeavdeling**

- Forsterket interkommunalt sykehjem/intermediær avd for Fjellregionen (samhandlingsreformen) + event. observasjonsseng(er) for poliklinikken

### **Legevakt og ambulanse samlokalisert med primær-og spesialisthelsetjenesten Nytt bygg i nærheten av Røros Rehabiliteringssenter**

#### **Styrker:**

- Fastboende og etablert tjeneste med kontinuitet- Ingen fordyrende transport av pasienter og leger til Røros.
- Lokalbefolkningens daglige spesialisttilbud bedres og pasientenes behov blir styrende
- Nært samarbeid med lokalsykehuset på Tynset om daglig drift, akutt, legevakt og ambulansetjeneste. Ingen konkurrerende/dupplerende virksomhet

- Desentralisert spesialisthelsetjeneste som vil gi store innsparinger på transport til sentraliserte tilbud i Trondheim og Elverum i dag. (eksempel øyekirurgi/diagnostikk)
- Store kostnadsbesparelser for St. Olavs Hospital
- Kostnadseffektivt spesialisthelsetjenestetilbud for Helse Midt-Norge RHF (sørge for-ansvaret innfris) i samsvar med LEON/BEON-prinsippet og ønsket om desentralisering av tjenester
- Er i samsvar med signaler fra Helse Sør-Øst RHF om å organisere spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen i samhandling med Helse Midt-Norge
- Innflytting av nye leger/familier til Røros og tilførsel av statlige driftsmidler (driftstilskudd). Stabilitet gjennom egen etablering og investering
- Uavhengighet fra St.Olav Hospitals budsjetter
- Styrket medisinskfaglig miljø lokalt i regionen
- Åpner for synergier til rehabiliteringssenteret på Røros
- Fremtidsrettet løsning i tråd med de fleste beslutningskriteriene i prosjektet.
- Styrker lokalsykehuset på Tynset, turnustjenesten og rekruttering av leger og annet helsepersonale til Fjellregionen

*(Scenario AA ble gjennomgått i prosjektgruppemøte nr. 4)*