



Sluttrapport

Eierstrategi 2010:

**Utredning av framtidig
organisering av
fødetilbud i Orkdal**

Dato: 11.12.06

INNHOOLD

1. Sammendrag
2. Strategisk forankring
3. Mål
4. Styring, organisering og arbeidsform
5. Analyser/kartlegginger
6. Prosjektgruppens vurderinger
7. Prosjektgruppens anbefalinger

1. SAMMENDRAG

Arbeidsgruppen har utredet tre alternativer for videre drift av fødetilbudet ved Orkdal sykehus:

- Videreføre dagens fødetilbud ved OSS (alternativ 0)
- Dagens fødetilbud ved OSS drevet til en lavere kostnad (alternativ 0A)
- Omgjøring til fødestue ved OSS (alternativ 1)

Arbeidsgruppen konkluderer med at alle de tre alternativene vil gi et faglig forsvarlig fødetilbud for befolkningen i opptaksområdet.

Arbeidsgruppen har videre utredet de økonomiske og beredskapsmessige konsekvensene av en omgjøring til fødestue. Hovedkonklusjonen er at det er lite å spare på en slik omlegging, fordi bemanningen ved St. Olavs Hospital må økes for å ta hånd om økt antall fødsler. Vi har beregnet innsparing i størrelsesorden 1,3 mill. kr. Økte utgifter til transport er ikke trukket fra.

Ut fra tilgjengelige prognoser, vil fødselstallet for Sør-Trøndelag øke de neste 5-10 år. Det er reist tvil om fødeklubben ved St. Olavs Hospital er dimensjonert for å håndtere et så stort antall fødsler alene.

Gruppen forutsetter at antallet fødsler ved OSS ikke er lavere enn 400 fødsler pr år.

2. STRATEGISK FORANKRING

Prosjektets overordnede mål er å innfri styrevedtaket 41/06 om punkt 2 a) om fødetilbud som følger:

”Styret ber om en utredning av omlegging av fødeavdelingen ved Orkdal sykehus til fødestue”

St Olavs Hospital har hatt en arbeidsgruppe som har utredet fødetilbudet ved Orkdal Sjukehus. Arbeidsgruppen har avlevert en rapport som ligger vedlagt denne rapporten.

3. MÅL

Helse Midt-Norges eierstrategi ble vedtatt med presiseringer av Styret 30. mai 2006 (sak 41/06). Som oppfølging av vedtaket har Helse Midt-Norges ledelse besluttet å opprette et program for gjennomføring av eierstrategien. I dette programmet opprettes en rekke prosjekter, hvorav dette utredningsprosjektet er ett.

Resultatmål

Orkdal sykehus benevnes heretter som OSS

Levere en rapport er bygger på følgende premisser:

- Kartlegg status på området; andres erfaringer (andre regioner, andre land, andre fag); felles nasjonale løp
- Definere handlingsalternativer
- Utrede kvalitetsforskjeller mellom alternativene
- Utrede økonomiske forskjeller mellom alternativene
- Anbefale alternativ; oppgi begrunnelse og hvordan denne kan etterprøves/måles, beskrive konsekvenser og endringsmessige utfordringer ved anbefalt alternativ
- Beskrive konsekvenser og endringsmessige utfordringer ved anbefalt alternativ og dagens organisering
- Foreslå gjennomføringsplan
- Utvikle og samordne kommunikasjonstiltak/strategier i tråd med felles kommunikasjonsplan for eierstrategien.

Rapporten skal bygge på den vedtatte Eierstrategien.

Delmål:

Det er utredet tre alternativer for organisering av fødetilbudet ved St. Olavs Hospital HF

- Bevare dagens fødetilbud ved OSS (alternativ 0)
- Bevare dagens fødetilbud ved OSS drevet til en lavere kostnad (alternativ 0A)
- Fødestue ved OSS (alternativ 1)

4. STYRING, ORGANISERING OG ARBEIDSFORM

Arbeidsform:

- Innhenting av data fra St Olavs Hospital og OSS
- Innhenting av erfaringer gjennom rapport fra Kunnskapsenteret
- Beskrive/analysere faglige og økonomiske konsekvenser av alle alternativer
- Kartlegging av utviklingstrekk og og trender innen fødselsomsorgen
- Vurdering av rapport fra St. Olavs Hospital HF: "Fødetilbud ved Orkdal Sjukehus, arbeidsgrupperapport, September 2006 (vedlegg 1)

Møteplan:

3. okt (08-11.30), 18 okt(08-12.30), 1 nov(08-12) og 15 nov(08-12). Alle møter foregår i Helse Midt-Norges lokaler.

Prosjektgruppas sammensetting:

Prosjektgruppen er satt sammen av følgende personer: Wenche Dehli (HNT), Oddbjørn Bolås (St Olavs hospital), Sigrid Torblå (St Olavs hospital), Bård Skogstad (innleid økonom). Prosjektleder er Svanhild Jensen (HMN RHF).

5. ANALYSER/KARTLEGGINGER

5.1 Utviklingstrekk og trender innen fødselsomsorgen

Innholdet baserer seg i hovedtregg på notat utarbeidet av Bjørn Backe.

Noen kildedokumenter som man kan bruke som utgangspunkt er:

- Sosialkomiteen 2001: Innst. S. nr. 300 (2000-2001), som til dels bygger på
 - Nasjonal fagkonferanse Bodø 1999: Hvor skal kvinner i Norge føde?
 - Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselsomsorgen
- Shdir 2005: Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Shdir slår her fast at omsorgen skal være kunnskapsbasert – evidence based)

Det er for tiden stor utvikling i fødselsomsorgen. Stikkordsmessig vil utviklingen omfatte

- Fortsatt desentralisert fødselshjelp, men
- Økt seleksjon
- Omlegging fra små fødeavdelinger til fødestuer i lokalsykehus
- Differensiert omsorg
- Økt vekt på kontinuitet, dvs. kjent jordmor: Her har små enheter en fordel
- Total jordmortjeneste (som omfatter hele perinatalomsorgen: Sv.skapsomsorg, fødselshjelp og oppfølging etter fødselen)
- Kortere liggetid, ambulante fødsler kombinert med bedre oppfølging etter fødselen

Det burde være lettere å stille om drift og prøve ut nye modeller ved de små/mindre fødeavdelingen enn de store, men utviklingen er nok snarere at de små enhetene er de mest konservative. Fagutviklingen skjer i første rekke ved de store enhetene. Men også en del små enheter har vist stor omstillingsevne. Dette er en utfordring.

Desentralisert fødselshjelp

I 2001 gjorde Stortinget enstemmig romertallsvedtak om at fødselshjelpen skulle være desentralisert og differensiert.

Både fra Norge og internasjonalt er det dokumentert at det er mulig å skille ut de fødende som har lav risiko for komplikasjoner. Derfor er det forsvarlig å opprettholde desentralisert fødselshjelp, med små fødesteder (fødestuer) basert på jordmor, uten gynekolog og uten keisersnittsberedskap. Stortingets avgjørelse er i tråd med WHO's linje.

Om lag halvparten av landets vel 40 fødesteder har mindre enn 500 fødsler, altså mindre enn to fødsler i døgnet. En stor andel av disse fødeavdelingene, kanskje mer enn halvparten, holdes nå i gang ved hjelp av vikarordninger. Derfor foreligger nå en omfattende krise i fødselsomsorgen i landet, lokalisert til de små eller mindre fødeavdelingene. Ordningene med vikarer omfatter både gynekologer og jordmødre, mange kommer fra utlandet og mange rekrutteres via vikarbyråer. Slike ordninger er kostbare, og mindre tilfredsstillende faglig sett. Stadig skifte av vikarer fører ikke til kompetanseoppbygging lokalt. Mange, både pasienter, pårørende og ansatte har erfart problemer relatert til kulturforskjeller og språkvansker. Ikke alle vikarene er vant til å arbeide ved norske lokalsykehus.

Årsaken til at det er vanskelig å få besatt slike stillinger er at vaktordninger med hyppige vakter er belastende. Det gjelder rimeligvis både jordmødre og leger. For eksempel krever en

tilfredsstillende vaktordning med gynekologer 4-5 gynekologstillinger, som da har vakt hvert 4-5 døgn men i ferier hvert 2-3 døgn. Ved mindre fødesteder er det ikke nok dagarbeid til så mange leger.

Det er således permanente strukturelle problemer som gjør det vanskelig/umulig å ha stabile fagmiljø ved små fødesteder. Ustabile fagmiljø kan man se på som en risiko. Det eneste alternativet til nedleggelse (som er i strid med Stortingets intensjon om å opprettholde desentralisert fødselshjelp) er mange steder omstilling til fødestue i lokalsykehus. Vikarstafetter og ”Nordsjø-ordninger” kan ikke være permanente løsninger.

Derfor er det nå et betydelig omstillingspress på de små fødeavdelingene, til å bli fødestue i lokalsykehus. Dette konseptet fungerer godt noen steder. På andre steder hvor det ikke har lyktes å få til en omstilling, opprettholdes kriseløsninger med vikarer. En konsekvens som mange har erfart er at pasientene svikter, og velger andre fødesteder. Synker fødselstallet kan nedleggelse være et naturlig utfall.

Omstilling til fødestuedrift innebærer også at jordmortjenesten ved lokalsykehuset må utvikles slik at den omfatter svangerskapsomsorgen, og gjerne også oppfølging etter fødselen. Det er flere eksempler på vellykkede omstillingsprosesser, det finnes både modeller og erfaringer.

Å gå inn i en slik omstillingsprosess samt utvikle fødestuemodellen videre er en fin utfordring. Det er ikke framtidrettet når man ved lokalsykehus insisterer på å opprettholde en medisinsk beredskap som ikke er medisinsk begrunnet, basert på nødløsninger med vikarordninger. Den eneste måten å sikre et varig fødetilbud ved små fødeavdelinger i lokalsykehus, er å omstille til fødestuedrift

Differensiert fødselshjelp

Differensiert fødselshjelp betyr å skille mellom normale friske fødende og fødende med spesiell risiko. Differensiert fødselshjelp ble introdusert i Norge i 2004-2005, og har slått igjennom på kort tid. Sosialkomiteen har angitt at det skal være tilbud om differensiert omsorg. Noen store fødeavdelinger har opprettet egne enheter (ABC-enheter), andre skiller innen avdelingen mellom grønne pasienter (som det er jordmors ansvar å følge) og røde pasienter (jordmor og leges ansvar). Begrepene høy og lav risiko unngås fordi de gir feil assosiasjoner og fordi risikobegrepet ikke gir mening før det defineres nærmere (”risiko for hva?”).

Grønne fødende er fødende som kunne ha vært forløst på en fødestue, ved de største fødeavdelingene er vel halvparten av de fødende av denne kategori. Denne form for differensiering har ført til økt bevissthet om jordmors faglige ansvar, klarere skille mellom legers ansvar og jordmors ansvar, og det er også grunn til å hevde at differensieringen har ført til redusert sykeliggjøring av normale fødende.

Det er de store fødeavdelingene som leder i å utvikle differensiert omsorg. Også mindre fødeavdelinger må etter hvert ta opp differensiering. De mindre avdelingene har her et konkurransefortrinn, også fordi de lettere vil kunne utvikle kontinuitet (jfr nedenfor).

Kontinuitet

Det er dokumentert bedre resultater og høyere tilfredshet når den fødende har en fødselshjelper som hun kjenner fra svangerskapet. Dette er en selvfølge i mange andre land (Nederland, USA, Canada, New Zealand) hvor den jordmoren eller legen som har svangerskapsomsorgen, også har fødselen og oppfølgingen etter fødselen. Kontinuitet er

etterspurt også i Norge (Legkvinnekonferansen) og Sosialkomiteen har gått inn for at dette skal etterstrebes.

Ved de fleste velfungerende fødestuene (for eksempel Lofoten sykehus, Alta, Tynset sykehus, Mosjøen sykehus, Rjukan sykehus) arbeides etter dette prinsippet. Lofoten sykehus var en pioneravdeling, de har tatt over jordmortjenestene i de 5 kommunene som sogner til sykehuset. Kommunene leaser jordmortjenester av sykehuset og svangerskapsomsorgen er satt i system, etter flere kurs og utarbeidelse av retningslinjer.

Det har store praktiske fordeler at jordmødrene er kjent med de fødende og omvendt. Mye av de gode resultatene og den høye pasienttilfredsheten ved fødestuene kan nok tilskrives denne formen for kontinuitet. I Namsos er et lignende prosjekt startet. I en bydel i Oslo planlegges nå et slikt forsøk, og i Tromsø er det etablert et jordmorsenter som involverer flere sykehusjordmødre, i et samarbeid mellom sykehuset og kommunen.

Det er mange steder stor interesse for å utvikle og prøve ut organisasjonsmodeller for å oppnå kontinuitet. Denne utviklingen kommer ventelig til å akselerere. Det er ikke overraskende at mange jordmødre opplever det som meningsfylt å arbeide med fødende de kjenner.

Perinatalomsorg omfatter svangerskapsomsorg, fødselshjelp og oppfølgingen av mor og barn fram til 6 uker etter fødselen. Perinatalomsorgen bør sees i sammenheng, som en kjede. Slik dette er organisert i Norge oppstår mange utfordringer. Det er utvilsomt gevinster å høste ved å forbedre samarbeidet på denne sektoren. Det er flere eksempler på samarbeidsprosjekter hvor spesialisthelsetjenestens/foretakenes kompetanse er brakt ut i kommunehelsetjenesten, ved at jordmødre arbeider både med fødselshjelp ved fødeavdelinger og svangerskapsomsorg i kommunehelsetjenesten. Omsorg/oppfølging etter fødselen bør også inkluderes, dette er nevnt nedenfor.

Kommunejordmortjenesten

I 1995 ble jordmortjenesten innført som en ”skal”-tjeneste i kommunene. Det var ikke klarlagt på forhånd hva jordmor skulle gjøre, utover at de skulle drive med svangerskapsomsorg. Behovet for jordmødre i svangerskapsomsorgen er mange steder ikke stort, fordi fødselstallet i små kommuner er lavt har dette ført til små stillingsbrøker, som gjør stillingene lite attraktive.

En løsning som blir økende populær, er at foretakene og kommunene samarbeider (jfr ovenfor) slik at jordmødrene som er ansatt ved fødeavdelinger, også arbeider i kommunehelsetjenesten. En fordel ved dette er at oppdatert kunnskap om fødselshjelp kommer ut i kommunehelsetjenesten, jordmødre som bare driver med svangerskapsomsorg mister raskt sitt eneste faglige konkurransefortrinn framfor leger. Slike samarbeidsmodeller mellom sykehusene (foretakene) og kommunene er det flere eksempler på, dette kan ha fordeler for alle involverte parter.

Liggetid etter fødsel

Det er et særtrekk ved norsk fødselshjelp at kvinner uansett paritet og uansett om de er friske eller ikke, skal være innlagt ved en fødestitusjon i noen døgn etter fødselen. Tidlig utskrivelse (timer) er rutine i mange land (Danmark, Nederland, England, USA osv), og det er intet som tyder på at dette vil endre seg. I våre naboland (Sverige, Danmark) er det vanlig at friske kvinner reiser hjem tidlig etter en normal fødsel. I Danmark er det rutine at friske flegangsfødende reiser hjem noen timer etter en normal fødsel, de som er innlagt ved barselavdelingene etter fødselen er først og fremst de førstegangsfødende, samt kvinner med keisersnitt og andre komplikasjoner.

Argumentene for at kvinnen og barnet skal være innlagt i avdelingen er at kvinnene selv ønsker det, at de trenger å hvile seg ut, og at det er nødvendig å ha dem innlagt for å få gitt informasjon samt observere barnet. Disse argumentene er ikke absolutte, det er mer et spørsmål om vane og om hvordan tjenestene er organisert.

Det er definitivt ikke medisinsk grunnlag for å ha faste kriterier (for eksempel 3 dager) for hvor lenge en frisk kvinne skal ligge på sykehus etter normal fødsel. Det er ikke uforsvarlig å reise hjem umiddelbart (timer etter fødselen), på samme måte som det ikke er uforsvarlig å føde hjemme gitt visse forutsetninger. Differensiert liggetid er en selvfølge, fordi det ikke er faglige grunner til å kreve at alle skal være innlagt et visst antall døgn etter en fødsel.

Det er viktig å registrere at troen på at sengeleie er helbredende, nå er avløst av kunnskap om at sengeleie kan ha skadelige effekter. Tidligere var sengeleie et vanlig behandlingstiltak, men nå er det særdeles få medisinske tilstander hvor sengeleie ansees nødvendig eller fordelaktig.

Det er verdt å minne om at utviklingen i alle operative fag går i retning av å optimalisere behandlingsskjeden med tanke på å minimalisere traumet og korte ned liggetid. Det betyr at pasienten raskere skal komme opp på det funksjonsnivå som tilsier hjemreise, det er ikke slik at man skriver ut dårligere pasienter. Det er vist at slik ”økologisk tenkning” gir bedre resultater, og høyere tilfredshet. Det er ingen grunn til at fødselshjelp skal være unntatt fra denne utviklingen, det er mange trekk ved utviklingen i fødselshjelp som peker i denne retningen: Det gjøre sjeldnere episiotomi, suturteknikken ved episiotomi og vaginalrifter optimaliseres, moderne anestesiteknikker med stand up epidural og fødespinal, osv.

Liggetiden etter fødsel har gått ned, i likhet med liggetid generelt i sykehus. Det er indikasjoner på at liggetid etter fødselen er lengre ved de små fødeavdelingene enn ved de store. Dette er ikke uttrykk for økt sykkelighet, siden de små fødeenhetene forutsettes å ha de friskeste pasientene. Det liten grunn til å tolke dette som uttrykk for progressiv faglige utvikling ved de små fødestedene, sammenlignet med de større.

Erfaringene fra barselhotellene viser utviklingsretningen. Barseloppford ved sykehotell er svært populært både ved St Olav, Ullevål og Haukeland. Det er her viktig å legge merke til at det er de fødende selv som etterspør barselhotell, dette er blitt et populært tilbud, og ved St Olav er kapasiteten på barselhotellet nær fullt utnyttet.

På bakgrunn av erfaringene fra barselhotellene, hvor kvinnene er oppegående i egne klær, stiller sine barn selv og spiser i kafeteria, kan det konstateres at fødende kvinner ønsker å ha de slik. De fødende ønsker ikke å ligge til sengs, og bli pleiet.

Det er ikke slik at liggetiden etter normal fødsel er lang ved barselhotell, erfaringene tyder snarere på at kvinnene ønsker seg raskere hjem. Årsaken er kanskje at de opplever seg som friske i større grad enn kvinner som har barselperioden ved tradisjonelle barselavdelinger, og som er mer passivisert. Dette bør undersøkes nærmere.

Det er således grunn til å tro at liggetiden vil gå ytterligere ned, og at liggetiden etter fødselen vil bli differensiert slik at kvinner som ønsker det, kan reise hjem kort tid etter fødselen og få sin oppfølging i hjemmet, kanskje av en jordmor som hun kjenner fra før. Daglig hjemmebesøk er ikke nødvendig, oppfølging kan også skje ved telefon eller ved at kvinnen kommer for eksempel til fødeavdelingen. Erfaringer fra ammepoliklinikk viser at dette er et populært tilbud.

I Oslo (Ullevål sykehus) pågår en kartlegging av fødende kvinners behov for oppfølging etter fødselen, i forbindelse med tidlig hjemreise.

I omlegging av drift fra tradisjonell fødeavdeling til fødestue er det stor grunn til å ta opp oppfølgingen av kvinner og nyfødte barn etter fødselen, i sammenheng med tidlig hjemreise. Dette vil være lettere å organisere ved de små fødeenhetene hvor forholdene er mer oversiktlige.

5.2 Beskrivelse av dagens fødeavdeling ved OSS

Fødepasienter

Fødeavdelinga ved OSS er en kombinert føde og barselenhet. Den gir et godt tilbud til fødende i sykehusets nedslagsfelt. Det var 492 fødsler i 2005, men det er kapasitet til ca 700 fødsler. Liggetid er ca 3,5 døgn på føde/barsel damer. Pga reiseavstand er det få barselkvinner som reiser før barnet er undersøkt av barnelege (tilsyn x 2 pr uke), og det er tatt Føllings prøve (tas 60-72 timer etter fødsel).

I tillegg har avdelinga noen barn som overflyttes fra kuvøseavdelinga ved St Olav, og som i hovedsak kommer for oppmating. Det er premature barn som krever observasjon og får hyppige måltider med sonde kombinert med ammetrening. Hittil i 2006 utgjør dette 120 liggedøgn.

Det er også gravide observasjonspasienter i avdelinga. Disse har diagnosene hyperemesis, premature rier, dilaterte nyrebekken, preeklampsi og overtid. De tar i gjennomsnitt opp ei seng i døgnet.

På dagtid er det svangerskapspoliklinikk på fødeavdelinga, det er ca 2-4 kvinner pr dag som kommer for konsultasjon, dessuten gjøres det svangerskapskontroll og CTG på kvinner som har vært til ultralyddjormor pga vekstavvik, tvillingsvangerskap eller andre risikosvangerskap.

Når det gjelder framskrivning av prognoser for utviklingen av antall fødene henviser vi til vedlagte rapport utarbeidet av arbeidsgruppe ved St. Olavs Hospital.

Gynekologiske pasienter

Det er 4 gynekologiske senger i avdelinga. Avdelinga gir tilbud til elektive gynpasienter som opereres for hysterectomi, vaginale operasjoner og TVT. I 2005 var det 265 pasienter som utgjorde ca 900 liggedøgn. I tillegg brukes disse sengene til gynekologiske dagpasienter som får tilbud om sterilisering, abrasio, cavatermi, lapraskopi og diverse andre små inngrep. Det må bemerkes at det er mulig å gjennomføre mange flere gynekologiske inngrep forutsatt at man har to leger på dagtid hele året. Dette vil øke inntjening, samtidig som en får utnyttet kapasiteten som finnes ved OSS. Vi har sett en nedgang i antall inneliggende gynekologiske operasjonspasienter, samtidig som en har stor økning i antall dagpasienter. Det er mulig å øke aktiviteten her ytterligere.

Bemanning:

Det er 3 jordmødre på dagtid som fordeler seg mellom føde/ barsel pasienter, gynekologiske pasienter og pasienter på poliklinikk.

3 barnepleiere som tar seg av stell på barsel og gynekologiske pasienter, i tillegg assisterer de ved fødsler, har ansvar for matservering fra buffet, vask av fødestuer, pakking og sterilisering av

utstyr og annet forefallende arbeid. Avdelinga har ingen postvert.

På kveld er fordelinga 2 jordmødre og 2 barnepleiere, og på natt 2 jordmødre og 1 barnepleier. Ved enkeltfravær pga sykdom leies det ikke inn for barnepleier på dag og kveld. På dagtid vurderes innleie av jordmor etter hvor travelt det er. Bemanningen på fødeavdelinga fungerer også som buffer for gynekologisk poliklinikk. Ved fravær eller økt aktivitet er det personalet fra føden som går ned og assisterer på gynekologisk poliklinikk.

Fødeavdelinga har i dag 14,25 hele stillinger for jordmødre og 10 hele stillinger for barnepleiere. Disse er fordelt på 36 personer. 3 stillinger for helsesekretær jobber for både føde- og gynekologisk avdeling. I tillegg er det 1,8 sykepleierstillinger som jobber ved gynekologisk poliklinikk.

5.3 Beskrivelse av alternativ 0A fødeavdeling ved OSS drevet til en lavere kostnad

Det er mulig å redusere dagens barnepleier bemanning i ukedagene fra 3 barnepleiere til 2 på dagtid og 1 på kveld og samtidig redusere helgebemanningen til 1 på dag og 1 på kveld. Natt bemanningen blir som i dag. Dette kan gjøres uten at det går ut over faglig forsvarlighet. Det vil medføre at man i travle perioder blir veldig sårbare, med den konsekvensen at man må leie inn ekstra bemanning i ferier og på enkelte dager med sykefravær. Dette er dager det ikke leies fullt inn på i dag.

Totalt sett vil dette bli en kostnadsreduksjon tilsvarende 1,6 mill kroner eller 3,5 stillinger.

5.4 Beskrivelse av alternativ 1, fødestue ved OSS

Innholdet og analyse av fødeavdeling ved OSS er inngående beskrevet i vedlagte rapport fra St Olavs Hospital og vil ikke bli gjenntatt i denne rapporten. Dersom Fødeavdelinga ved OSS omgjøres til fødestue må følgende pasienter skaffes tilbud ved St Olav Hospital:

- 250 – 300 flere fødende. Dette vil utgjøre mindre enn 1 fødsel ekstra pr. døgn ved fødeavdelingen i Trondheim.
- Tilsvarende antall barselpasienter
- 265 inneliggende gynekologiske pasienter
- Observasjonspasienter
- Premature barn som i dag overføres fra Øya til OSS og polikliniske gynekologiske pasienter kan fortsatt få tilbud ved OSS dersom avdelingen gjøres om til fødestue.

Som beskrevet i vedlagte rapport fra St. Olavs Hospital vil en ved omgjøring til fødestue få kapasitetsproblemer ved barselenheten på St Olavs Hospital. Vi er enig i at dette problemet kan løses ved å differensiere barselstiden.

Det må på grunn av økt geografisk avstand til hjemmet forventes en økning i antall kvinner som må bo på pasienthotellet ved St. Olavs Hospital før fødsel.

6. PROSJEKTGRUPPENS VURDERINGER

6.1 Faglige betraktninger.

I Helsetilsynets rapport "Faglige krav til fødeinstitusjoner" fra 1997 ble det foreslått at beredskapen ved fødeinstitusjonene skulle stå i forhold til fødselstallet. Fødeinstitusjonene ble delt inn i 3 kategorier: fødestuer (minimum 40 fødsler), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler) og kvinneklinikker (minst 1500 fødsler). Fødestuer er jordmorbaserte fødeenheter uten beredskap for operative eller instrumentelle forløsninger. Fødeavdelinger har operativ beredskap med spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer samt anestesi i vaktberedskap og spesialist i barnesykdommer tilknyttet avdelingen. Kvinneklinikker er avdelinger som har full beredskap samt barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte. Forslaget fikk bred støtte i høringsrunden, hverken Den norske jordmorforening eller Norsk gynekologisk forening hadde vesentlige innsigelser. Sosialkomiteens vurderinger av fødselshjelpen fikk tilslutning i Stortinget, som i 2001 fattet enstemmige vedtak om at den foreslåtte inndeling av fødeinstitusjoner skulle gjøres gjeldende, og om organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Dette er et vedtak som fortsatt står ved lag.

Vedrørende evtl. forskjeller i risiko ved fødsel under de to alternativer fødestue og fødeavdeling uttaler "Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten" i sin rapport juni 2006: "Det er ikke mulig å si noe sikkert om effekten av jordmorstyrte fødestuer (gitt adekvat seleksjon) på kliniske utfall hos mor eller barn, sammenlignet med vanlig fødeavdeling. Kunnskapsgrunnlaget er i dag for svakt til å konkludere om det er forskjeller i utfall og komplikasjoner mellom fødestuene og fødeavdelingene."

Dette innebærer at man ikke har kunnet påvise forskjeller i utfall hos mor eller barn mellom de nevnte fødealternativer og at det inntil videre må antas at under forutsetning av klar seleksjon (dvs. forhåndsbestemt utvelgelse av fødested vurdert ut fra antatte risikokriterier), er begge alternativer forsvarlige sett fra et medisinsk ståsted. Overført til vårt problemkompleks (fødetilbud ved Orkdal) må vi derfor kunne anta at begge fødealternativer (fødeavdeling bestående som i dag eller omgjøring til fødestue) er medisinsk forsvarlige. Under forutsetning av opprettholdelse av fødselstallet (slik at fødselstallet ved Orkdal overstiger de anbefalte 400-500 som forutsatt for status som fødeavdeling) er det således vurdert ut fra et strikt risikokalkulert faglig synspunkt i utgangspunktet likegyldig hvilket fødealternativ som blir valgt. Dersom fødselstallet Orkdal blir lavere enn 400-500 pr. år vil imidlertid det faglige grunnlag og myndighetenes anbefaling for opprettholdelse av status som fødeavdeling falle bort.

Med opprettholdelse (eller helst økning) av dagens fødselstall er det ut fra ovenstående betraktninger andre enn faglige kriterier rundt fødselstidspunktet som må bestemmes om valget skal falle på fortsatt fødeavdeling eller omgjøring til fødestue.

En del av disse kriterier er

A) Kapasitetsbegrensning.

Fødeavdelingen (Kvinneklinikken) St. Olavs Hospital ble opprinnelig planlagt ut fra et fødselstall på 2800. Prognosen for inneværende år tilsier et fødselstall på ca 3400. Ved omgjøring til fødestue ved Orkdal vil St. Olavs Hospital måtte ta ytterligere 250-300 fødsler slik at fødselstallet da kan forventes i størrelsesorden 3700-3800 pr. år. St. Olavs Hospital vil ikke ha kapasitet til å ta mot disse ekstra fødende uten bemanningsøkning, spesielt på jordmorsiden. Behovet for bemanningsøkning kan trolig motvirkes noe ved økt vektlegging av differensiering av barselopphold slik at liggetiden i barselperioden generelt tilstrebes redusert og ved endring av pasientstrømmen som ref. i pkt. 2.

b) Prognosevurderinger for fremtidig fødselstall.

Det skal fremheves at fødselstallet ved Orkdal sykehus har vist en jevnt fallende tendens siden 2000 (nær 700 fødsler) og frem til i dag (ca 450 fødler). Tendensen er sannsynligvis blitt forsterket gjennom etablering av ny fødeavdeling ved St. Olavs Hospital, bedre veiforbindelse mellom Orkdal og Trondheim etc., samt allerede etablerte seleksjonskriterier for fødsler henholdsvis fødeavdelingen Orkdal og Kvinneklinikken St. Olavs Hospital. Dersom trenden med synkende fødselstall Orkdal fortsetter, vil man etter hvert nærme seg en nedre kritisk grense for opprettholdelse av status som fødeavdeling ved Orkdal.

Trenden med reduksjon i fødselstallet kan dog i alle fall teoretisk tenkes motvirket ved aktiv informasjon/oppfordringer/motivasjon til fødende i Orkdalsnære kommuner om å føde ved Orkdal og ved etablering av fødestuealternativ på samme måte oppfordre fødende tilhørende Trondheimsregionen og som kan selekteres til fødestuealternativ om å planlegge for fødsel ved Orkdal. Videre kan pasientstrømmen fra Stjørdal til St. Olavs Hospital motvirkes på samme måte ved oppfordring til fødsel ved fødeavdelingen på Levanger. Det må ansees som uavklart og i høy grad usikkert hvor mye man kan lykkes i å snu en etablert pasientstrøm ved oppfordringer/frivillige ordninger. Dersom man ikke oppnår god nok effekt ved informasjon/oppfordringer alene kan man under henvisning til overskredet kapasitet stanse tildeling av fødeplasser ved St. Olavs Hospital. En kompliserende faktor for et slikt tiltak er dog at opphør av fødeplasstildeling i henhold til gjeldende lovverk ikke kan affisere fødende fra bestemte geografiske områder, men skal i tilfelle gjelde uavhengig av bosted.

Behovet for endring av pasientstrømmen til de to sykehusene vil antagelig være til stede uavhengig av hvilket fødetilbud Orkdal man velger. Behovet vil dog sannsynligvis være mer påkrevet ved opprettelse av fødestuealternativ (pga behov for strengere seleksjon av risikofødsler til St. Olav) enn ved bevaring av dagens ordning (hvor behovet for endring av pasientstrømmen motiveres av tilstrebelen om å opprettholde minimumskravet til fødeavdeling på 400-500 fødsler).

c) Rekruttering av helsepersonell.

Opprettholdelse av fødeavdeling ved Orkdal innebærer behov for døgkontinuerlig vakt av kompetente fødselsleger (kfr. definisjonene gitt innledningsvis). Inntil nå har det vist seg vanskelig å rekruttere fast ansatt kvalifisert legepersonell til fødeavdelingen ved Orkdal. Dette har sammenheng med at også legene i økende grad ser ut til å vegre seg mot belastende, hyppige (3- eller 4-delte) døgkontinuerlige vakter som en varig ordning. I tillegg vurderes de faglige utfordringer på en så pass liten avdeling som relativt begrensede og således mindre attraktive. En løsning med "tiltvunget" tjeneste ved Orkdal sykehus av leger ved St. Olavs Hospital er en mulighet, men vil støte mot både personalpolitiske betenkeligheter og også avtalemessige hindringer.

På jordmorsiden vil en omgjøring fra fødeavdeling til fødestue ha relativt begrensede konsekvenser hva angår behovet for personell (reduksjon med 1-1,5 stilling). Det skal dog anføres at størstedelen av jordmødrene ansatt ved fødeavdelingen Orkdal i dag har gjort det klart at de ikke ønsker å tjenestegjøre som jordmor dersom omgjøring til fødestue blir effektivt.

Problemet med rekruttering av kvalifisert legepersonell tilsier således opprettelse av fødestuetilbud, mens rekruttering av kvalifiserte jordmødre taler for bevaring av dagens tilbud (dvs opprettholdelse av fødeavdeling).

6.2 Økonomiske konsekvenser

Økonomisk sammenstilling av alternativene

Vi vil i det følgende vise økonomiske effekter av de vurderte alternativ. Gruppen har tatt utgangspunkt i tidligere utredning fra St. Olavs Hospital, men gjort selvstendige vurderinger av økonomiske effekter. De økonomiske oppstillinger er gjort som nettobetraktninger. Det vil si at vi ikke har hatt som ambisjon å vise hva de ulike alternative koster samlet, men kun den økonomiske forskjellen mellom dem.

Sentrale forutsetninger:

Analysen tar utgangspunkt i et regionalt perspektiv. Det betyr blant annet at i forhold til inntektssiden ved alternativene så vil det kun være konsekvenser dersom alternativene er ulike ift om pasienter går ut av regionen eller dersom ”pasientproduksjon” samlet reduseres og eller øker. Gruppen har lagt til grunn at alternativene like med hensyn på antall fødende som går ut av regionen. Det er videre lagt til grunn at volumet på pasientbehandling innenfor gynekologi ikke er forskjellig i alternativene, selv om det kan være forskjeller på hva som gjøres på Orkdal og hva som gjøres på St. Olav.

I sum betyr dette at vi oppfatter alternativene som nøytrale i forhold til ”produksjon” og dermed inntekt, analysen inneholder dermed kun vurderinger av kostnader.

Det legges til grunn at alternativene er nøytrale ift varekostnader og andre driftskostnader. Bakgrunnen for dette er forutsetningen om uendret total produksjon i alternativene.

Det legges til grunn at alternativene er nøytrale ift andre aktiviteter ved Orkdal. Et eksempel på dette er at vi legger til grunn at kostnader knyttet til bemanning på anestesi ikke endres dersom Orkdal gjøres om til fødestue, da Orkdal uansett skal ha kirurgisk virksomhet lokalsykehus.

Den økonomiske sammenligning gjøres ved å se alternativene opp mot dagens situasjon – ”0” alternativet.

I alternativ ”0A” som er en videreføring Orkdal som fødeavdeling, men til lavere kostnad, er det gjort en vurdering av hvilke bemanningsmessige grep som kan gjøres innenfor rammen av fødeavdeling.

I alternativ 1 som er omgjøring av Orkdal til fødestue er det gjort vurderinger av bemanningsmessige konsekvenser for Orkdal og St. Olav av et slikt grep.

Vedrørende pleiebemanning:

I alternativ 0A er det gjort en vurdering av minimumsbemanning på Orkdal ved opprettholdelse av fødeavdeling. Denne gjennomgangen viser at det er mulig å redusere bemanningen noe. Dette gjelder primært barnepleiere. Orkdal har i dag en bemanning som tilsier om lag 2 jordmødre og 2 barnepleiere på jobb døgnet rundt. Sett i forhold til aktivitet, bemanningstandard på St. Olav og ved Namsos (sistnevnte er rimelig sammenlignbar) har vi funnet grunnlag for å redusere dagens bemanning på barnepleiersiden.

I alternativ 1 vil Orkdal være en fødestue med om lag halvparten av dagens fødselstall. Gruppen vurderer det likevel dit hen at antall jordmødre på jobb til enhver tid ikke kan reduseres. Dette skyldes at det ikke vurderes som forsvarlig å være færre enn 2 på jobb. Imidlertid vil det være slik at 2 jordmødre til stede kan håndtere den aktivitet som er ved fødestuen. Det er derfor mulig å redusere videre på barnepleierbemanningen

I alternativ 1 vil det komme om lag 250-300 fødsler til St. Olav. Betydningen av dette er drøftet med klinikksjef Nils Eriksson og seksjonsleder for Fødeseksjonen Anne- Lise Beversmark ved St. Olav. I tidligere utredning vedr fødetilbudet på Orkdal var det lagt til grunn at St. Olav kunne håndtere dette antallet uten bemanningsøkning. St. Olav er imidlertid gjennom en økonomisk effektiviseringsprosess og bemanningen ved fødeavdelingen er planlagt redusert. Fagmiljøet vurderer det derfor slik at den opprinnelige forutsetningen om at kvinnene fra Orkdal kunne håndteres uten bemanningsøkning ikke lengre er gyldig. En oppdatert vurdering av bemanningsbehovet ved St. Olav for å ta i mot kvinnene fra Orkdal tilsier en oppbemanning med 1 jordmor på hver fødestasjon på dag og kveld.

Tabellene under viser samlet pleiebemanning ved Orkdal og konsekvenser for pleiebemanningen ved hhv Orkdal og St. Olav i de ulike alternativ.

	Sengeposter	Bemanning ukedager			Bemanning helg			Ressursbruk			
		Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt	Timer	Årsverk	Tillegg adm årsverk	Sum årsverk
Alt O	Jordmor	3	2	2	2	2	2	19 552	11,7	3,0	14,7
	Barnepleier	3	2	1	2	2	1	16 640	10,0		10,0
	Sykepleier	1,8						3 744	2,2		2,2
	Sum	8	4	3	4	4	3	39 936	24	3	26,9
Alt OA	Jordmor	3	2	2	2	2	2	19 552	11,7	3,0	14,7
	Barnepleier	2	1	1	2	1	1	11 648	7,0		7,0
	Sykepleier	1,8						3 744	2,2		2,2
	Sum	7	3	3	4	3	3	34 944	21	3	23,9
Alt 1	Jordmor	2	2	2	2	2	2	17 472	10,5	3,0	13,5
	Barnepleier							0	0,0		0,0
	Sykepleier	2,8						5 824	3,5		3,5
	Sum	5	2	2	2	2	2	23 296	14	3	17,0

Tabell 1. Beregnet samlet pleiebemanning Orkdal i de enkelte alternativ

	Sengeposter	Bemanning ukedager			Bemanning helg			Ressursbruk			
		Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt	Timer	Årsverk	Tillegg adm årsverk	Sum årsverk
Alt O	Jordmor							0	0,0		0,0
	Barnepleier							0	0,0		0,0
	Sykepleier							0	0,0		0,0
	Sum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Alt OA	Jordmor							0	0,0		0,0
	Barnepleier	-1	-1		-1	-1		-5 824	-3,5		-3,5
	Sykepleier							0	0,0		0,0
	Sum	-1	-1	0	-1	-1	0	-5 824	-3	0	-3,5
Alt 1	Jordmor	-1						-2 080	-1,2		-1,2
	Barnepleier	-3	-2	-1	-2	-2	-1	-16 640	-10,0		-10,0
	Sykepleier	1						2 080	1,2		1,2
	Sum	-3	-2	-1	-2	-2	-1	-16 640	-10	0	-10,0

Tabell 2 Endret pleiebemanning fra 0 alternativet ved OSS

	Sengeposter	Bemanning ukedager			Bemanning helg			Ressursbruk			
		Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt	Timer	Årsverk	Tillegg adm årsverk	Sum årsverk
Alt O	Stasjon 1										0,0
	Stasjon2										0,0
	Sum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alt OA	Stasjon 1										0,0
	Stasjon2										0,0
	Sum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alt 1	Stasjon 1	1	1		1	1		5 824	3,5		3,5
	Stasjon2	1	1		1	1		5 824	3,5		3,5
	Sum	2	2	0	2	2	0	11 648	7	0	7

Tabell 3 Endret pleiebemanning fra 0 alternativet St. Olav

Dersom vi slår sammen disse bemanningsendringer, regner det om til årsverk og multipliserer med en årsverkskostnad får vi frem et økonomisk bilde av effekten av alternativene på pleiesiden.

	Sengeposter	Bemanning ukedager			Bemanning helg			Ressursbruk				Økonomi	
		Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt	Timer	Årsverk	Tillegg adm årsverk	Sum årsverk	Kostnad pr årsverk t kr	Kostnad t kr
Alt O	Jordmor							0	0,0		0,0	550	0
	Barnepleier							0	0,0		0,0	450	0
	Sykepleier							0	0,0		0,0	550	0
	Sum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0
Alt OA	Jordmor							0	0,0		0,0	550	0
	Barnepleier	-1	-1		-1	-1		-5 824	-3,5		-3,5	450	-1 571
	Sykepleier							0	0,0		0,0	550	0
	Sum	-1	-1	0	-1	-1	0	-5 824	-3	0	-3,5	-3,5	-1 571
Alt 1	Jordmor	1	2		2	2		9 568	5,7		5,7	550	3 154
	Barnepleier	-3	-2	-1	-2	-2	-1	-16 640	-10,0		-10,0	450	-4 488
	Sykepleier	1						2 080	1,2		1,2	550	686
	Sum	-1	0	-1	0	0	-1	-4 992	-3	0	-3,0	-3,0	-648

Tabell 4 Samlet bemanningseffekt pleie St. Olav og OSS

Som det fremgår av tabellen er det funnet en innparing på knapt 1,6 mill på en ren effektivisering av fødeavdeling på Orkanger. Ved omgjøring til fødestue spises denne effekten selvsig av behovet for økt bemanning på St. Olav.

Vedrørende legebemanning

Det fremgår av tidligere rapport at dagens ordning for legebemanning på Orkdal er kostbar, da den i stor grad baserer seg på innleie.

I forhold til aktiviteten flytting av 250-300 fødsler til St. Olav utgjør vurderer gruppen at dette kan håndteres uten økt legebemanning på St. Olav. Vi vil derfor i det følgende konsentrere oss om effekter på legesiden ved Orkdal for de ulike alternativer.

	Sengeposter	Sum årsverk	Kostnad pr årsverk t kr	Kostnad t kr	Endring fra 0 alt	Endring fra 0A
Alt 0		4,0		5 290		
	Tilsatte og innleie			0		
	Sum	4		5 290		
Alt 0A		4,0	1 100	4 400		
	Tilsatte som rullerer			0		
	Sum	4		4 400	-890	
Alt 1		2,0	1 100	2 200		
	Tilsatte på dag			0		
	Sum	2		2 200	-3 090	-2 200

Tabell 5 Legebemanning og kostnad ulike alternativ

Orkdal hadde i 2005 om lag 5,3 mill som kostnad leger. I alternativ 0A en effektivisert fødeavdeling legges det til grunn at man oppnår en effektiv deling av legeressurser med St. Olav eller at man lykkes i å tilsette egne leger ved Orkdal i en 4 delt turnus. Kostnaden ved dette er i tidligere rapport estimert til om lag 4,4 mill. Arbeidsgruppen har valgt å legge dette til grunn.

I alternativ 1 fødestue ved Orkdal vil det ikke være behov for vaktbemanning for leger ved Orkdal. Det vil imidlertid fortsatt være behov for legebemanning på dagtid for å opprettholde den polilinske aktivitet og dagbehandling ved Orkdal. Gruppen har lagt til grunn at denne bemanningen vil være 2 legeårsverk.

Som det fremgår av tabellen er den største besparelsen knyttet til omgjøring til fødestue. Dette skyldes at vaktordning på Orkdal forsvinner.

Oppsummering av effekter

Vi har i følgende tabell oppsummert de økonomiske effekter av alternativ 0A en effektivisert fødeavdeling og alternativ 1 fødestue ved Orkdal i forhold til dagens situasjon.

Kostnadsendringer	Alt 1	Alt 0A	Merefekt av fødestue
Pleie	-648	-1 571	-923
Leger	-3 090	-890	2 200
Sum	-3 738	-2 461	1 277

Tabell 6. Økonomiske effekter oppsummert

Som det fremgår av tabellen er det mulig å spare om lag knapt 2,5 mill og videreføre en fødeavdeling ved Orkdal. Ved å legge om til fødestue er det mulig å drøyt 3,7 mill, ikke i tillegg, men istedenfor 2,2 mill. Dette betyr at nettoeffekten av en omgjøring til fødestue anslås til om lag 1,3 mill. pr år

I tidligere utredning om fødetilbudet ved Orkdal var det angitt en effekt på om lag 4,3 mill på omgjøring til fødestue. Årsaken til at denne effekten nå er redusert knytter seg primært til at den forrige utredning la til grunn at det var mulig å overføre kvinner til St. Olav uten å bemanne opp med jordmødre. Etter at den interne utredningen ble laget, er det foretatt innsparinger ved fødeklinikken som medfører at jordmorbemanningen er redusert. Denne forutsetningen mener derfor arbeidsgruppen ikke lengre holder (effekten av dette er isolert om lag 3,8 mill.)

Litt forenklet kan økonomien oppsummeres slik: Tidligere utredning la til grunn at det forelå ledig kapasitet ved St. Olav og at det derfor var gunstig med en omgjøring til fødestue. Denne

utredning legger til grunn at det ikke er ledig kapasitet ved St. Olav, og at effekten av omgjøring til fødestue er redusert.

Vurdering av følsomhet i de beregninger som er gjort og andre mulige kostnadselementer

I forhold til alternativ 0A er det kritisk at man oppnår en effektiv legebemannning på Orkdal. Dersom dette ikke slår til vil alternativet med fødestue fremstå tilsvarende gunstigere.

I forhold til alternativ 1 er forutsetningen om økt bemanning av jordmødre på St. Olav helt avgjørende for beregningene. Dersom det er mulig å overføre kvinnene uten å øke pleiebemannning på St. Olav vil det gjøre alternativet med fødestue tilsvarende gunstigere.

Vi har i vurderingene av økonomisk konsekvens kun sett på bemanningskostnader. Innledningsvis har vi sagt at varekostnader og andre driftskostnader forutsettes uendret. Dette vil nok i hovedsak være tilfelle, men det kan være grunn til å anta at transportkostnader er ulike i alternativene. Dette da alternativet med fødestue forutsetter lengre transportvei. Dette kan gi økt omfang av kjøring med ambulanse og økt omfang av kjøring med drosje. Vi har ikke gjort detaljerte beregninger av dette, men dersom 250 fødende skulle kjøre drosje tur-retur Orkdal vil kostnaden kunne bli i størrelsesorden 0,5 mill. i disfavør av fødestuealternativet.

6.3 Beredskap

Konsekvenser for beredskap dersom fødeavdelinge gjøres om til fødestue er beskrevet vedlagte rapport fra St Olavs Hospital. Vi vi i denne rapporten kun gjøre en tilføyelse i form av et eksempel. Reiseavstanden fra Frøya til OSS er 147, 3 km med reisetid estimert til 2 timer og 25 min. For pasienter fra Frøya vil det kanskje oppleves som av betydning å få tillegg i reisetiden på 20 -30 minutter. Disse pasientene får imidlertid ikke lengre reisevei enn det pasienter fra enkelte kommuner i Nord-Trøndelag.

Beredskapsmessige forhold er av liten eller ingen betydning for de tre alternativene.

6.4 Samhandling

Sentrale myndigheter er opptatt av samhandling mellom kommuner og helseforetak er av stor betydning for kvalitet i svangerskapsomsorgen, både for å skape trykkekhet hos den gravide og for å avdekke sykdom hos mor og barn. Ingen av de tre alternativene er til hinder for godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Dersom fødeavdelingen ved OSS gjøres om til fødestue krever dette at det etableres samarbeid og enighet om hvilke kriterier og rutiner som skal ligge til grunn for beslutning om hvor ansatte og hvilke fødsler som skal skje ved henholdsvis avdelingen på Øya og OSS.

7. PROSJEKTGRUPPENS ANBEFALINGER

Arbeidsgruppen har utredet tre alternativer for videre drift av føretilbudet ved Orkdal sykehus:

- Videreføre dagens fødetilbud ved OSS
- Dagens fødetilbud ved OSS drevet til en lavere kostnad
- Omgjøring til fødestue ved OSS

Gruppen er av den oppfatning at omgjøring fra fødeavdeling til fødestue byr på beskjedne økonomiske gevinster. Gruppen har beregnet innsparing i størrelsesorden 1,3 mill. kr. Økte utgifter til transport er ikke trukket fra.

7.1 Anbefalinger for valg av fødetilbud ved OSS.

Fødetilbudet.

Arbeidsgruppen konkluderer med at all de tre alternativene vil gi et faglig forsvarlig fødetilbud for befolkningen i opptaksområdet.

For observasjonspasientene og fødepasientene vil en omgjøring av fødeavdelingen på OSS til fødestue innebære noe lenger reiseavstand og mulig noen flere transportfødslar.

Omlegging til fødestue medfører at 250 – 300 flere fødepasienter ved avdelingen på Øya. Noe som kan medføre at fødeavdelingen på Øya kan ha problemer med å ha tilstrekkelig kapasitet til alle fødende. En endring av pasientstrøm i forhold til dagens vil derfor antagelig også være mer påkrevet ved omgjøring til fødestue i forhold til opprettholdelse av fødeavdeling. Gruppen er sterkt i tvil om en endring av pasientstrøm vil kunne realiseres i vesentlig omfang ved frivillige ordninger (kfr. pkt. 6.2 – faglig kvalitet)

I tillegg vil en omlegging fra fødeavdeling til fødestue nødvendiggjøre endrede rutiner for hvor lenge kvinnene skal ligge på sykehuset etter fødselen. Differensiert barseltid er imidlertid en trend innen fødselsomsorgen og vil trolig være en utvikling som skjer uavhengig av organisering av fødetilbudet ved OSS/St. Olavs Hospital.

Gynekologitilbudet

Gruppen er ikke bedt om å utrede de tre alternativenes konsekvenser for gynekologiske pasienter. Gruppen har likevel valgt å belyse konsekvenser for disse pasientgruppene fordi omgjøring til fødestue innebærer at inneliggende gynekologiske pasienter må overføres til avdelingen på øya fordi fødestuealternativet medfører bortfall av vaktberedskap innen gynekologi. Gruppen er ikke overbevist om at dette kan skje uten at ventelistene for disse pasientgruppene øker. I tillegg St. Olavs Hospital mister muligheten til å utnytte den ledige kapasiteten ved OSS.

Det kan være et alternativ at gynekologiske pasienter videreføres til Helse NT

Ansatte

For ansatte betyr en omgjøring at 10 barnepleierstillinger forsvinner. Et større antall personer mister jobbene sine jobbene sine.

Gruppen usikker på om hvor lett det er å beholde og rekruttere jordmødre dersom fødeavdelingen gjøres om til fødestue På samme måte skal dog innvendes at opprettholdelse av fødeavdeling som i dag gir vansker med legerrekrutteringen. (kfr. Pkt. 6.2 – faglig kvalitet)
Rekrutteringssituasjonen på St Olav er vanskelig

7.2 Kommunikasjonsstrategi

Målgrupper og tiltak – Internt

- Egne fagfolk (jordmødre, leger, sykepleiere, barnepleiere):
 - Ledere ved fødevirksomhetene i Trondheim, Orkdal og Levanger initierer dialog rundt tema fortløpende. Tydeliggjøre budskap for ansatte, hva betyr dette arbeidet i forhold til utredningen som ble gjort ved St. Olavs Hospital tidligere i høst. Ansvar: Prosjektleder
 - Sette opp evt møteplan med berørte grupper internt. Ansvar: Enhetsledere.
 - Tydeliggjøre fremdriftsplan og sammenheng med St. Olavs pågående arbeid om Orkdal Sjukehus. Ansvar: Klinikkleder.

- Tillitsvalgte:
 - Møte med Konsernutvalget 5. oktober. Avholdt.
 - Involvere lokale tillitsvalgte i arbeidet. Møteplan? Ansvar: Enhetsledere.

- Egne medarbeidere generelt:
 - Informasjon om eierstrategien i Pulsen (13. nov), Freskmeldinga og Magasinet Helse. Høst 2006. Ansvar: Informasjonssjefene
 - Lenke til Helse Midt-Norge-sak på intranettet (på bakgrunn av pressemelding 7. november.) Snarest. Ansvar: Info St. Olav.

- Brukere/brugerutvalg:
 - Regionalt brukerutvalg 11-12 oktober.

Målgrupper og tiltak – Eksternt

6. des	Møte i KU. Styringsgruppas vurderinger knyttet til prosjektene legges fram
11. des	Frist innlevering av sluttrapport fra alle prosjektene
13. des	Utsendelse av prosjektrapporter til styringsgruppa. Utsendelse av forslag til høringsgrunnlag fra sekretariatet
19. des	Styringsgruppemøte. Godkjennelse av sluttrapporter.
januar 2007	
Første uke jan	HFene avholder høringsmøter med aktuelle organisasjoner; kommuner med mer.
10. jan	Frist innsendelse av høringsuttalelser fra HFene til RHF
15. jan	Ferdigstillelse styresak fra RHF til RHF-styret
ca. 25. jan	Styremøte i HMN RHF. Styret i HMN RHF behandler de fem første prosjektene fra styringsgruppa

Litteratur:

- Helsetilsynet 1997: Faglige retningslinjer for fødselshjelpen
- Nasjonal fagkonferanse Bodø 1999: Hvor skal kvinner i Norge føde?
- Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselsomsorgen
- Sosialkomiteen 2001: Innst. S. nr. 300 (2000-2001)
- Shdir 2005: Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

- WHO Safe Motherhood 1996
- WHO 1998: The Ten Principles of Perinatal Care.
(http://www.jordmorforeningen.no/index_nyhet7.html)
- Care in Normal Birth: A Practical Guideline. WHO 1996