

**Utredningen av:
Felles mottaksfunksjon i Orkdalsregionen**

*Ikke noe er kvassare enn odden av ein ny
tanke (Olav Duun).*

1.	Anbefaling.....	4
2.	Organisering	4
2.2	Bakgrunn	5
2.3	Mandat	6
2.4	Lovkrav	6
2.5	Organisering av utredningen.....	6
2.5.1	Styringsgruppe:.....	6
2.5.2	Utredningsarbeidet	7
2.6	Tidsplan	7
2.6.1	Rammer	7
2.6.2	Forankring, orientering og beslutning:.....	7
3	Nåsituasjon beskrivelse	8
3.1	Dagens samhandlingsenhet; «sørge-for ansvar» og ressurser	8
3.2	Dagens drift ved Orkdal sykehus	8
3.3	Dagens ressurs- og døgndrift	9
3.3.1	SiO Legevakt	9
3.3.2	SiO Sengepost.....	9
3.3.3	Akuttmottak og Legevaktsentral	9
3.3.4	Skadepoliklinikk.....	9
3.3.5	Felles poliklinikk.....	10
3.3.6	Prehospitale tjenester	10
3.4	Dagens budsjettstørrelser	10
3.5	Dagens datasystemer	11
3.5.1	St. Olavs Hospital.....	11
3.5.2	SiO.....	11
3.5.3	Internkontroll	11
4	Ny driftsmodell	11
4.1	Prinsipper i ny driftsmodell	11
5	Potensiale i ny driftsmodell.....	12
5.1	Legevaktsentral	12
5.2	Forsterket legevakt/ mottak.....	12
5.3	Observasjonssenger + KAD = felles senger til kortidsobservasjon	13
5.3.1	Rutiner for observasjonssenger	14

5.3.2	Måling av aktivitet	14
5.3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
5.3.4	Måling av kvalitet	15
5.4	Integrasjon av prehospitale tjenester	15
6	Organisering, styring og ledelse	15
	Styringsmodell, rollefordeling og ansvarsforhold	15
6.2	Ressurser	16
6.2.1	Legebemannning	16
6.2.2	Pleiebemannning inkludert ledelse og administrasjon	17
	Potensiale	18
6.3	Dokumentasjon	19
7	Implementering	19
7.1	Krav til bygningsmessige tilpasninger	19
7.2	Faser	20
8.	Utviklingspotensial og muligheter	21
	Vedlegg 1 Opptaksområde for Orkdal sykehus	23
	Vedlegg 2 Liggetidsfordeling ved Orkdal sykehus	24
	Vedlegg 3 flytmodell for Ø-hjelpspasienter	25
	Vedlegg 4 Tilgang til Helse Midt-Norge sin journal for virksomheter rundt St. Olav	26
	Vedlegg 5 Juridiske aspekter ved valg av selskapsmodell	29
	Vedlegg 6 Årsverksberegning	36
	Vedlegg 7 Involvering og forankring	39
	Referanser	39

1. Anbefaling

Det anbefales at det opprettes et samarbeid om felles drift av legevakt, akuttmottak, KAD- og observasjonssenger samt faglig integrering av de prehospitale tjenestene mellom Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO) og St. Olavs hospital, Orkdal.

Det anbefales en døgnåpen helsetjeneste med prinsippet om ett kontaktpunkt for pasienten. Enhetens ansatte pleiepersonell og legetjeneste arbeider i team rundt pasienten i døgnkontinuerlig drift gjennom hele året. Sykepleietjeneste/ støttepersonale har arbeidsrotasjon innad samt mot kommunale helsetjenester for erfaringsutveksling.

Prinsippet om kompetanse i front anbefales utviklet til å innbefatte erfaren lege i spesialisering med tilknyttet overlege i bakvakt.

Det anbefales gjensidig innsyn og dokumentasjon i felles journalsystem for å fremme pasientsikkerhet og god arbeidsflyt ved enhetlig dokumentasjon.

Ved å opprette en samlokalisert enhet for korttidsobservasjon inkludert KAD senger, kan det oppnås høyere grad av «turnover» og bedre pasientflyt både for sykehuset og kommunene. Blant annet ved å praktisere fleksibel utnyttelse mellom sykehusets observasjonssenger og KAD til beste for pasientene og en samlet effektiv drift. Det baseres på et time-til-time konsept med plan for observasjon, behandling og hjemreise ved innleggelse i enheten. Forankring av ansvarsforholdet for behandlingen av den enkelte pasient, bestemmes av hvilket behandlingsnivå pasienten plasseres på.

Vi skal legge opp til aktiv styring av pasientstrømmene både i forhold til tid for oppmøte og oppmøtested. Her anbefales nærmere tilknytning til legeressurs for å skille ut pasientene som heller kan settes opp til time hos fastlege, spesialistpoliklinikk, bildediagnostikk eller til behandling nært hjemmet. I tillegg tas det sikte på en aktiv utnyttelse av virtuelle løsninger for klinisk samhandling og beslutningsstøtte med sikte på å redusere u hensiktsmessige innleggelser.

Det anbefales etablert rom for smitteisolasjon med hensikt å redusere forekomst av smittsomme sykdommer lenger inn i sykehuset enn nødvendig.

Av praktiske og økonomiske årsaker anbefales etableringen av felles mottaks- og korttidsobservasjonskapasitet innført i flere faser.

2. Organisering

I felles driftsmodell er bærende prinsipper at vi skal ha kvalitativt gode tjenester utført med et brukerperspektiv. Enhetens faglige ledelse må baseres på bidrag fra begge parter og med utgangspunkt i en eksplisitt samarbeidsavtale. Det er enighet om at samarbeidsavtalen bør ivareta følgende:

- Enhetens driftsledelse skal være enhetlig og ivaretas av én av partene
- Samarbeidsavtalen tydeliggjør den lojalitetsplikt, de tjenestelinjer og den instruksjonsmyndighet som ligger til alle personellgrupper i en felles driftsmodell.
- Senger til observasjon skal være på samme gulv og i umiddelbar nærhet til hverandre

- Avtalen er synliggjort et organisasjonskart

Det skal sikres en optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser, og tjenestene skal leveres helhetlige, likeverdige og trygge basert på brukerens behov.

I arbeidet inngår kommunene og sykehuset som likeverdige partnere og med utgangspunkt i den gjensidige avhengigheten som gjelder for samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. For å lykkes med å innfri kravet om helhetlige tjenester, må derfor begge parter behov tydelig fremgå i utredningen. På kommunens side må det legges til rette for gode politiske prosesser.

2.2 Bakgrunn

Sentrale strategier, utredninger og meldinger fra Stortinget som St.meld. nr. 47 (2008–2009)¹ «Samhandlingsreformen», NOU 2015:17 «Først og fremst»², Strategi 2030- «Fremragende helsetjenester for Helse Midt – Norge» og Nasjonal helse- og sykehusplan i 2015³ tar utgangspunkt i at helsetjenesten ikke vil være bærekraftig i årene framover gitt en fortsettelse av dagens driftsløsninger. Demografiske makrotrekk tilsier at færre ansatte må behandle flere pasienter og med mindre innslag av profesjongrensener. Helsetjenestene må derfor preges av fleksibilitet, endringsvilje og hensynet til helhet. Pasientene skal oppleve en helsetjeneste som kommuniserer godt og som informasjonsdeler på tvers. Målsettingen er bedre pasientforløp og samfunnsøkonomiske rasjonelle løsninger.

I oppfølgingen av dette utformet St. Olav sitt styre følgende mandatpunkt (styresak 8/15):

«Utred en fremtidig driftsmodell for Orkdal Sjukehus hvor sykehuset blir et senter for planlagt kirurgi for hele universitetssykehuset kombinert med å være et bredt og godt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i sykehusets tradisjonelle nedslagsfelt..... Minimalisering av ressursbruk til passiv beredskap er et mål». I mandatet uttrykkes også en sannsynlighet for å «gå i retning av flere enerom for pasientene..... En slik utvikling av bygningsmassen vil kunne medføre at en ny driftsmodell må baseres på et lavere sengetall enn i dag».

Ved styrebehandlingen 22.06.16 av prosjektet «Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs Hospital», jf. sak 15/5766-23⁴, ba styret administrerende direktør videre om å:

«2. Legge «St. Olavs-modellen» til grunn for funksjonsdelingen i sykehuset og:

a. Utrede en felles akuttfunksjon med kommunene i Orkdalsregionen innen 1.1.2017.

b. Legge fram en sak med forslag til vedtak om funksjonsfordeling med klare mål om økonomisk effektivisering som knyttes opp mot budsjettforslag for 2017.»

Etter styrevedtaket i St. Olav ble det opprettet dialog med leder for regionrådet i Orkdalsregionen for å se på muligheten for en felles løsning, de felles utfordringene lagt til grunn. Ved Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO) er det ved sengeposten eksisterende utfordringer med

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-id567201/>

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

³ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>

⁴ <http://nmesap01:9080/esaProd-ui/com.edb.esa.EsaUI/EsaUI.html>

høye kostnader pr oppholdsdøgn og en lavere beleggsprosent enn ønsket. På legevakt er økte kompetansekrav i revidert akuttmedisinforskrift fra 2015⁵ en utfordring.

Orkdalsregionen består av kommunene Orkdal, Skaun, Meldal, Rennebu, Rindal, Hemne, Snillfjord, Agdenes, Hitra og Frøya. Disse kommunene har sammen med Surnadal og Halså gått sammen om å etablere Samhandlingsenheten i Orkdalsregionene (SiO) som driver legevakt og KAD sengepost på vegne av kommunene. SiO styres gjennom vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemd hvor Orkdal kommune er vertskommune. SiO har vært i drift siden 2012.

Det er i samarbeidsmøter mellom kommune og sykehus besluttet en utredning for å møte felles forventninger om helhetlige tjenester og en forsvarlig ressursbruk. For begge parter er befolkningens behov for trygge og forsvarlig tjenester det grunnleggende.

Derfor er det i utredningen valgt å fokusere på de mulighetene som foreligger ved å velge en modell for håndtering av øyeblikkelig hjelp i Orkdal som innbefatter en enhetlig og samordnet løsning for ansvar, styring og ledelse mellom den interkommunale legevakta og sykehuset. Resultatet kommer i all hovedsak fra drøftinger under en arbeidsintensiv samling med ressurspersoner fra de kliniske fagområdene, jf. rapportens kapittel 4.

Det ligger en felles vilje i å arbeide i retning av en ny felles driftsmodell.

2.3 Mandat

Det skal utredes en ny driftsmodell for håndtering av øyeblikkelig hjelp i Orkdalregionen. Tjenestene skal være helhetlige, likeverdige og trygge, og baseres på brukerens behov. Ny driftsmodell skal bidra til en mer effektiv utnyttelse av de samlede ressursene.

Utredningen skal beskrive en ny driftsmodell der følgende funksjoner skal i varets:

- Legevakt og legevaktsentral
- Mottak i sykehus
- KAD (kommunale akutte døgnseger)
- Korttidsobservasjon (inntil 24 timer)
- Prehospitaltjenester

2.4 Lovkrav

I fellesskap følger vi nasjonal lovgivning gitt ved Helsepersonelloven og et systemansvar i medhold av Helse- og omsorgstjenesteloven, Lov om spesialisthelsetjeneste, ny Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Forskrift om akuttmedisin.

2.5 Organisering av utredningen

2.5.1 Styringsgruppe:

Nils Kvernmo, adm. direktør St. Olavs, Leder av styringsgruppa
Tor Åm, samhandlingsdirektør, ansvarlig direktør i utredningen
Oddbjørn Bang, styreleder i Orkdalsregionen
Are Hilstad, leder av Fellesnemda SIO
Kristin Wangen, kommunalsjef Helse og omsorg i Orkdal kommune

⁵ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akuttmedisinforskriften>

Sindre Mellesmo, klinikkssjef Akutt og mottaksmedisin
Anne Hildur Henriksen, klinikkssjef for lunge og arbeidsmedisin

2.5.2 Utredningsarbeidet

Anders Jystad, Seksjonsleder Akuttmottak, Legevaktsentral Orkdal/ Sindre Mellesmo og Kristin Wangen, Kommunalsjef helse Orkdal Kommune er utredningskoordinatorer. Disse innhenter nødvendig kompetanse underveis, både utredninger av juridisk, økonomisk og klinisk art. Det er et mål at disse innspillene skal bidra til at både kommunen og sykehuset får avklart sine behov, identifisert eventuell risiko, sine interesser og forpliktelser som grunnlag for forberedende vedtak.

2.6 Tidsplan

2.6.1 Rammer

Utredning oppstart: 05.09.16

Utredning ferdig: 01.01.17

Utredningsarbeidet er gjennomført med følgende milepæler:

- Styringsgruppemøte 5. september: Vedtok prosjektplan med mandat, tidsplan og utkast prosjektrapportstruktur.
- Styringsgruppemøte 18. oktober: Foreløpig utkast til prosjektrapport ble lagt frem til diskusjon.
- Styringsgruppemøte 22. november.
- Styringsgruppemøte 20. desember: Presentasjon av endelig rapport. Innstilling av ny driftsmodell
- Partene sørget for involvering og informasjon underveis i utredningen, jf. kommunikasjonsplan vedlegg 6.

2.6.2 Forankring, orientering og beslutning:

Det er gjennomført en rekke orienteringer i perioden fra oppstart av utredningen, jf vedlegg 7.

Gjensidig avhengighet i beslutningspunktene kan vises slik:

St. Olavs Hospital HF:

Forslag til ny driftsmodell legges fram som orientering til styret i St. Olav 27. januar 2017.

Kommuner:

Utredningen er forankret hos regionråd, rådmannskollegiet, samt i den politiske nemda med udelt positive signaler. For å sikre god involvering og forankring fra alle 12 SiO-kommuner legges det opp til en to-trinns orientering og behandling i politisk nemd og kommunestyre. Det legges opp til endelig behandling i løpet av mai/ juni 2017.

3 Nåsituasjon beskrivelse

3.1 Dagens samhandlingsenhet; «sørge-for ansvar» og ressurser

Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO) ble opprettet med Orkdal kommune som vertskommune med virkning fra desember 2012.

En enhetsleder er tilsatt med formell myndighet delegert fra rådmannen i vertskommunen. De administrative støttefunksjonene utføres av vertskommunen, og kliniske støttefunksjoner kjøpes av St. Olavs Hospital. Det er inngått husleieavtale med St. Olavs Hospital, Orkdal om leie av lokaler til legevakt og KAD sengepost. Her er det i kommunalt fellesskap etablert en sengepost med 7 kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp; SiO Sengepost. Sengeposten er lokalisert i 4. etasje og skal bidra til å redusere behovet for innleggelse i sykehus. Enheten hadde i 2016 en gjennomsnittlig beleggprosent på 54 %.

SiO Legevakt er en interkommunal legevakt i samarbeid mellom 11 kommuner. I 2015 utførte legevakta omtrent 14 700 konsultasjoner. Oversikt over opptaksområdet for SiO Legevakt og Sengepost er vedlagt.⁶

3.2 Dagens drift ved Orkdal sykehus

St. Olav, Orkdal hadde omtrent 21 000 liggedøgn i 2015, hvorav rundt 15 000 tilhørte medisinsk avdeling (MEDOR)⁷. Pasienter som legges inn for øyeblikkelig hjelp ved *Medisinsk avdeling* har en gjennomsnittlig liggetid på 4,1 døgn.

Det er en stor elektiv kirurgisk og ortopedisk virksomhet på Orkdal. I segmentet øyeblikkelig hjelp, er det akuttmottaket som har størst volum av polikliniske konsultasjoner. De pasientene som ble innlagt for øyeblikkelig hjelp i 2015 hadde en gjennomsnittlig liggetid på 3,8 døgn illustrert i vedlegg 2.⁸

Opptaksområdet for St. Olav, Orkdal utgjør totalt 86 421 personer, mens fem kommuner (Bjugn, Melhus, Midtre Gauldal, Ørland og Snillfjord) har øyeblikkelig hjelp kun for indremedisin knyttet dit. I tillegg bruker befolkningen i kommunene Aure, Halså og Surnadal i Møre og Romsdal denne delen av St. Olav som sitt lokalsykehus (Vedlegg 1 gir mer utfyllende informasjon om befolkningstall og opptaksområdet).

Etter vurdering og behandling i Akuttmottaket blir pasientene håndtert videre med enten a) innleggelse på sengepost, b) overføring til St. Olav, Øya/psykiatri/kommunal omsorg eller c) sendt hjem etter poliklinisk vurdering eller behandling (jf. vedlegg 3, figur 17 for pasientflyt for ø-hjelpspopulasjonen henvist til Mottaket på Orkdal i 2015⁹, Samt vedlegg 2: Liggetidsprofil).

⁶Vedlegg 1 [Prosjekt mottaksfunksjoner og oppgavefordeling - Analysegruppe Orkdal Sjukehus Versjon 4.2 side 64](#)

⁷Medisinsk avdeling er en enhet med diagnoser innen generell indremedisin, hjertelidelser, slag, hjerneblødning, og hjerteinfarkt, diabetes og kreftomsorg.

⁸Vedlegg 2 [Prosjekt mottaksfunksjoner og oppgavefordeling - Analysegruppe Orkdal Sjukehus Versjon 4.2 side 20](#)

⁹Vedlegg 3 [Prosjekt mottaksfunksjoner og oppgavefordeling - Analysegruppe Orkdal Sjukehus Versjon 4.2 side 31.](#)

Dagens korte liggetidsprofil støtter opp under grunnlaget for en enhet for observasjon i Orkdal. Profilen understøtter også behovet for et styrket poliklinisk tilbud til befolkningen i regionen, hvilket foreslås i fase 2 (jf. figur 1).

3.3 Dagens ressurs- og døgndrift

Ressursbruk og døgndriften beskrives gjennom kapittel 3.3.1-3.3.4.

3.3.1 SiO Legevakt

Eksisterende legevaktsentral er en kommunal ansvarsoppgave som leveres på kontrakt av St. Olav.

Interkommunal legevakt er åpen mellom 15.30 – 08.00 på hverdager og hele døgnet på helg. Legen er da til stede ved legevakten på St. Olav, Orkdal. Fastlegene dekker legevakten i en rulleringsordning mellom kommunene. På dagtid besørger legevakt av fastleger på sine kontorer i respektive kommuner. I tidsrommet 23.00 - 08.00 alle dager er det fast tilsatte allmennleger som betjener legevakten.

Nødvendig støttefunksjoner bemannes av sykepleiere og helsesekretærer fordelt på 5,08 årsverk. Ved behov bidrar støttepersonellet på SiO sengepost på natt. Fagansvarlig lege er tilknyttet i 20 % stilling og en avdelingsleder i 100 % stilling.

3.3.2 SiO Sengepost

SiO sengepost er bemannet med sykepleiere og vernepleiere. Legebemanningen består av fast tilsatte allmennleger som har dette i tillegg til egen praksis og sørger for visitt på dagtid. Det er en avdelingsleder i 100 % stilling med ansvar for sengeposten og 15 ansatte fordelt på 8,9 årsverk.

3.3.3 Akuttmottak og Legevaktsentral

Mottaket og legevaktsentralen er bemannet med 36 sykepleiere fordelt på 24 årsverk. Personellet roterer mellom begge funksjonene. En sykepleier i akuttmottaket har i 50 % funksjon som fagutviklingssykepleier og en sykepleier ved legevaktsentralen har i 50 % en fagutviklerfunksjon i tillegg til et stedfortrederansvar. Det er tilsatt seksjonsleder i 100 % stilling.

3.3.4 Skadepoliklinikk

Driftstallene viser et betydelig innslag av poliklinisk aktivitet ved mottaket, og spesielt for ortopediske problemstillinger (jf. vedlegg 2). I 2015 var 75 % av alle ortopediske problemstillinger i mottaket polikliniske, noe som utgjør ca. 2 400 pasienter i året. Dette er pasienter som kommer fra fastleger eller legevakt og som har behov for ortopedisk vurdering eller behandling. Det legges til grunn at denne aktiviteten opprettholdes og styrkes innen en identifisert kjernetid. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at:

- Siden ortopedisk aktivitet er vesentlig, vil en forsterket legevakt i større omfang enn hittil kunne dekke behovet i stedlig samhandling med spesialist.
- Dagens skadebehandling i mottaket har lite kontinuitet, noe som kan forbedres ved å gi kompetanseheving og ansvar for definerte oppgaver til sykepleiergruppen.
- Ved å ha en sykepleiergruppe som er kompetent på skadebehandling og stabilisering, kan man utenfor ortopedens vakttid fortsatt behandle skader i samarbeid med primærvakt og legevaktslege med eventuell støtte av virtuelle løsninger (VER).
- En mulighet for at legevaktslege som henviser pasienten til billeddiagnostikk settes i konferanse med bakvakt ortopedi for videre tiltak.

3.3.5 Felles poliklinikk

Den eksisterende felles poliklinikken dekker polikliniske behov innen kirurgi, ortopedi, lysbehandling, endoskopi (mage/tarm) og indremedisin. Enheten har 9 ansatte hvorav 1 seksjonsleder som deltar med over 50 % pasientrettet arbeid samt 8 sykepleiere fordelt på 8,15 årsverk.

3.3.6 Prehospitale tjenester

Ambulansestasjonen er samlokalisert med St. Olav, Orkdal og har to døgnambulanser i beredskap. Disse utførte i underkant av 3 200 oppdrag i 2016. Karlegging av tjenesteprofilen viser en utnyttelse på ca. 50 % per døgnenhet. I tjenestens beredskapstid er det av hensyn til kompetanse, kvalitet og ressursutnyttelse naturlig at personellet deltar i pasientrettet arbeid i den nye driftsløsningen. Arbeidet må være av en slik art at det kan forlates ved utkalling av ambulansoppdrag og ikke være i konflikt med tjenestens arbeidsbestemmelser. Tilsvarende løsninger vil kunne utvikles ved ambulansestasjonene opp mot kommunene i hele SiO samarbeidsområdet.

3.4 Dagens budsjettstørrelser

Budsjettrammen viser eksisterende løsning:

	SIO	St. Olavs (LVs)	Kommentar
Salgs- og driftsinntekt (ramme)		-26 739 000 (7 086 000)	
Lønnskostnader	20 599 581	24 210 000 (6 200 000)	Inkludert prosjektansatt regional kreftkoordinator, 60 % finansiert av Kreftforeningen
Innkjøp/Varekostnader	3 884 000	1 174 000	
Husleie	6 924 000		Varer og tjenester fra St. Olavs Hospital
Mva- kompensasjon	293 000		
Refusjon sykepenger	185 000		
Annen driftskostnad, av- og nedskrivninger		660000 (1 046 000)	Transport, MTU, vedlikehold, trykksaker, telefon, reise, kurs
Finanskostnad		3000	
Refusjon momskompensasjon	290 000		
Internavregninger		694 000 (140000)	Kjøkken, logistikk, bemanningscenteret, renhold
Totalbudsjett	31 433 581	26 737 300	

Tabell 1: Budsjett 2016

I kapittel 5 legger vi frem to modeller for felles drift av mottaksfunksjon med ovennevnte størrelser lagt til grunn.

3.5 Dagens datasystemer

3.5.1 St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital benytter i dag PAS og Doculive journalsystem som er koblet opp mot Kjernejournalen. Ved Legevaktsentralen benyttes Norsk Index for Medisinsk Nødhjelp (NIMN) til vurdering av alvorlighetsgrad.

Det benyttes RETTS triagesystem som gir grunnlag for sortering, prioritering og risikoidentifisering av voksne pasienter i mottaket. Systemet gir også beslutningsstøtte for den videre prosessen i mottaket og for de vurderinger samt prioriteringer sykepleiere gjør i forkant av kontakt med lege.

Akuttdatabasen er virksomhetens system for ressursstyring og statistikk.

Observasjonsenheten ved Øya innførte i januar 2016 NEWS (tidlig identifisering av syke pasienter) og kommunikasjonsverktøyet SBAR. Dette er også innført ved kirurgisk sengepost på Orkdal.

3.5.2 SiO

I SiO benyttes *WinMed* på legevakt og *Geric*a på sengepost. *Geric*a benyttes som elektronisk journalsystem for dokumentasjon og tiltaksplaner. Elektroniske meldinger sendes via *Geric*a til og fra samarbeidspartnerne.

SiO sengepost har siden oktober 2016 benyttet NEWS som kartleggingsverktøy i situasjoner der det er behov for regelmessig målinger av vitale parametere. Systemet danner grunnlaget for en "score" som grunnlag for oppfølging av tilstanden til den enkelte pasient.

3.5.3 Internkontroll

Kommunen benytter kommuneforlagets kvalitetssystem, mens St. Olavs Hospital benytter EQS.

4 Ny driftsmodell

4.1 Prinsipper i ny driftsmodell

I kapittel 5 legger vi frem to løp for felles drift av mottaksfunksjonen.

I foreslått modell (kapittel 5) belyses utnyttelsesgraden av overskuddspersonell på hverdag (jf. vedlegg 5: årsverksberegning). I planleggingen av ansattressurser i ny felles enhet, legger vi fortsatt til grunn at pasienten første kontakt med helsevesenet skjer via telefon; enten til fastlege, legevaktsentral eller medisinsk nødmeldetjeneste. Unntaksvis møter pasienter direkte.

I våre to foreslåtte løp er beregningene gjort ut i fra antall brutto årsverk på hver enhet i 2016 og et grunnlag på 700 000 kroner i totale kostnader pr. årsverk. Beregningene er gjort ut i fra brutto årsverk i foreslått enhet. Det forutsettes et nedtrekk av antall senger og medfølgende ressurser. Opprettelse og drift etter prinsipper for korttidsobservasjon gir i seg selv en effektivisering som vanskelig lar seg forhåndsbergne.

5 Potensiale i ny driftsmodell

5.1 Legevaktsentral

Utredning i Mottaksprosjektet (sak 15/5766-23) viser at en stor andel av pasienter kommer til legevakten med liten eller ingen hastegrad. Dette utløser et unødvendig ressurspress på legevakten, både på pleie- og legesiden. Tilstander som kan vente (triage-grad «grønn» eller «blå») håndteres best av fastleger som kjenner pasientens sykehistorie og bakgrunn. Det kreves imidlertid breddekompetanse og optimal organisering i alle ledd for å kunne utføre en slik utvelgelse ved første kontakt. Full integrasjon i den nye mottaksfunksjonen skal således bidra til å styrke sentralens funksjon og utnyttelsesgrad. Å anerkjenne og ressurssette legevaktsentralen som «navet» i behandlingsskjeden, kan bidra til en mer sømløs og vesentlig bedre utnyttelse av de samlede ressursene forutsatt tilstedeværelse av medisinsk kompetanse i front. Til grunn for ny driftsmodell ligger at:

- Den gir mulighet til å benytte fastlege, hjemmetjeneste, institusjonsbaserte tjenester, prehospitaltjenester, mottaksfunksjon, sykehus og observasjonsenhet i sammenheng.
- Det bør avtales telefonnummer/telekommunikasjon til hver enkelt kommunes pleie- og omsorgstjeneste med mulighet for dialog 24/7 om mulige lokale pleie- og omsorgstjenester ved behov. Ved å ha tilgang til timeavtaler hos fastlegene i distriktet neste dag, kan en forhindre oppmøte på ubekvem tid for noen pasienter som kan vente eller som må reise langt for å komme til legevakten.
- Bemanningsressursene ivaretas av sykepleiere/ støttepersonell med nødvendig kompetanse og som del av dette arbeider internt i den nye mottaksfunksjonen.
- Mottaksfunksjonens legeressurser knyttes tettere til konsultasjoner ved legevaktsentralen med sikte på tidlige avklaring via telefon
- Hovedoppdraget med å være en nødetat i den kommunale helse- og omsorgstjenesten blir løst. Det er en begrenset andel henvendelser som er reell akutt rødt respons. Legevaktlegen skal være en aktiv deltaker ved rødt respons, med så kort responstid som lokale forhold tilsier. Det er videre et mål at medisinske vurderinger av tilstander som ikke kan vente, skal utgjøre hovedarbeidsmengden i legevaktarbeidet.
- Tett dialog med hjemmetjenesten bidrar til at pasienter både innen palliative forløp og kronikere får tilbud og oppfølging nært hjemmet, i tråd med intensjon i samhandlingsreformen.

Ny mottaksfunksjon bør ha tilgang til å planlegge timer i spesialistpoliklinikk og ved bildediagnostiske enheter.

5.2 Forsterket legevakt/ mottak

Det tilstrebes en arbeidsmetodikk basert på tilrettelagt og tett samarbeid om pasientens problemstilling. Behandlende eller undersøkende lege innhenter de ressurser som behøves som forutsetning for selv å kunne gjennomføre tiltak. En organisert tilrettelegging og kollegial tilknytning senker/ fjerner terskelen for å innhente kollegialt samråd og avklaring.

Det skal legges til rette for at:

- Kliniske opplysninger i akuttforløpet dokumenteres og videreføres i samme system, jf. vedlegg 4.

- Behandlingsbehov og oppfølgende tiltak avklares tidlig med sikte på hjemsendelse, overføring til observasjon eller ved innleggelse i sykehus.
- Det skal være minst mulig ventetid og behandlingstid i akuttmottaket både med tanke på pasienten og ressurssettingen. Dette fordrer utvikling av definerte pasientkategorier som skal passere akuttmottaket uten undersøkelse. Dette omfatter pasienter med åpen retur/innleggelse, pasienter som overføres internt i sykehuset og de allerede eksisterende «fast-track» løp, herunder de som skal passere St. Olavs, Orkdal.
- Det anbefales opprettet behandlingsstoler for selvhjulpne pasienter i umiddelbar nærhet til legevakta og mottaksfunksjonen.
- Det bør være et enerom med egen inngang med mulighet for smitteisolering i henhold til prosedyre for kontaktsmitte. Dette for å bidra til at smittsomme sykdommer ikke kommer lenger inn i sykehuset enn nødvendig.

5.3 Observasjonssenger + KAD = felles senger til korttidsobservasjon

Avdeling for Mottaksmedisin på Øya har siden 2008 hatt en observasjonsenhet som del av sin driftsløsning. I hovedtrekk håndteres ca. 23 % av pasienttilstrømningen til Øya ved bruk av observasjon i inntil 24 timer. I underkant av 80 % blir utskrevet innenfor tidsrammen.

Tilsvarende driftsløsning foreligger ikke i Orkdal. På bakgrunn av erfaringer og driftsanalyser redegjort for i versjon 4.2 av rapporten Prosjekt mottaksfunksjoner og oppgavefordeling – Analysegruppe Orkdal, foreslår arbeidsgruppa at det opprettes observasjonssenger tilknyttet den nye felles mottaksfunksjonen. Dette anbefales gjennomført i tillegg til og integrert med KAD.

Tilbudet i Orkdal består for tiden av 7 senger med en utnyttelsesgrad på 54 % og en gjennomsnittlig oppholdstid på 1,7 døgn. For bedre utnyttelse foreslås derfor observasjonssenger i umiddelbar nærhet til mottaksfunksjonen, samlokalisert med KAD, for optimal utnyttelse av personell. Ved forslaget om at begge parter bidrar med en sengeressurs knyttet til korttidsobservasjon av enkeltstående og uavklarte problemstillinger, legger arbeidsgruppa til grunn at dette vil styrke samhandlingen til beste for pasientene og en samlet effektiv drift. Observasjonssenger krever en noe høyere personalfaktor enn en sengepost og det er tatt utgangspunkt i samme nivå som ved observasjonsenheten på Øya. Observasjonsenheten skal ikke benyttes som mellomstasjon for pasienter som venter på ledig seng, da det er kjent at dette øker den totale tiden og ressursbruken.

Det baseres på et time-til-time konsept for problemstillinger som med sannsynlighet kan løses innen 24 timer for observasjonssengene, og unntaksvis inntil 72 timer for pasientene innlagt etter kriterier i samsvar med retningslinjene for KAD. Erfaringsmessig er dagens pasientpopulasjon i SiO sengepost utskrevet innen 24 timer. Pasientens plan skal styre tid til lege, tiltak under oppholdet og forhold ved hjemreisen:

- Driftsløsningen baseres på samlet 14 senger eller flere, avhengig av bygningsmassen. Løpende erfaringer vil utgjøre grunnlaget for å fastslå kapasiteten nøyere, men erfaringer er at observasjonssenger utgjør en vesentlig buffer for temporære svingninger i pasienttilstrømningen og bør således ikke planlegges med for liten kapasitet. Det forutsettes en fleksibel utnyttelse av kapasiteten fra begge parter. Det er den innleggende lege som

beslutter om pasienten hører inn under ansvarsområdet for KAD eller sykehusets observasjonssenger.

- Spesialisthelsetjenestens lege vil ha ansvar for tilsyn og oppfølging av de pasientene sykehuset legger inn i enheten, samt å bidra med faglig rådgivning overfor enhetens øvrige pasienter. Primærhelsetjenestens lege legger inn etter KAD-prinsipper, og vil tilsvarende bistå med faglig rådgivning for samtlige. Ansvarsprinsippene knyttet til pasienter og behandling må klart fremgå av driftsavtalen mellom partene.

5.3.1 Rutiner for observasjonssenger

Retningslinjer og prosedyrer kreves for videre håndtering og forløp etter endt opphold i Observasjonssenger. Vi legger følgende til grunn:

- Utreise planlegges (dag og klokkeslett) raskest mulig etter ankomst til enheten
- Dokumentert observasjon i henhold til NEWS (tidlig identifisering av pasienter som blir sykere), inklusive tiltak ved endret klinisk status
- Utreise planlegges primært til hjemmet/bostedstedsadresse, alternativt ved overflytting til enheter i spesialisthelsetjenesten eller i kommunene
- Entydige og klare rutiner for overflytting internt og eksternt
- Utreise planlegges slik at sykepleier i enheten kan sende pasienten hjem uten unødig forsinkelse

5.3.2 Måling av aktivitet

De aller fleste parametere/variabler er knyttet til prosessindikatorer og hvor trendanalyser (for eksempel statistisk prosesskontroll) er mulig. Disse parameterne skal erfaringsbasert benyttes til den videre utviklingen av driftsløsningen;

- Oppholdstid
 - Andel pasienter med oppholdstid under 24 timer
 - Andel pasienter med oppholdstid under 4 timer, 4-6 timer og under 12 timer
 - Data til en profil på oppholdstid samles fortløpende fordelt på nærmere definerte kategorier
- Utskrivelsesdestinasjon - andel pasienter:
 - Hjem
 - Overflyttes til annen enhet i sykehus
 - Overflyttet til tjenester i primærhelsetjeneste eller andre tjenester utenfor sykehuset
- Andre relevante målinger
 - Antall pasienter i konvensjonelle senger som behandles og utskrives innen 24 timer.
 - Ikke-planlagte oppmøter («reinnleggelser») til akuttmottak etter utskrivelse fra Observasjonssenger (7 dager/30 dager)
 - Pasientopplevd kvalitet/brukerundersøkelser.

5.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det ansees som hensiktsmessig å benytte samme prinsipper som observasjonssenger på Øya. En pasient inkluderes dersom forventet oppholdstid < 24 timer:

- Pasienter med lav/moderat risikosymptomer og problemstillinger som med optimal diagnostisk og klinisk håndtering kan bli utskrevet innen 24 timer og fortrinnsvis kortere
- Klinisk stabile pasienter

- Mål for oppholdstid og utskrivelsestidspunkt bør kunne avklares raskt og med god presisjon

Hva gjelder eksklusjon, legges de samme prinsippene som observasjonsenheten på Øya til grunn:

- Komplekse problemstillinger
- Psykotiske, voldelige eller pasienter med stor risiko for forsvinning, egner seg ikke med mindre oppfølgingen er tilstrekkelig ressursatt
- Klinisk ustabile pasienter, oftest pasienter med identifiserte «røde» vitale parametere
- Tentativ diagnose eller tiltaksplan ikke fastsatt

Forventet oppholdstid > 24 timer med unntak av KAD-senger forutsetter en konkret oppfølgingsplan for oppholdet og et predefinert tidspunkt for utreise.

5.3.4 Måling av kvalitet

Måling av kvalitet og pasientsikkerhet skal følge samme mal og metodikk som gjelder for mottaksfunksjonen ved St Olav, Øya.

5.4 Integrasjon av prehospitaltjenester

Prehospitaltjenester skal fysisk og arbeidsmessig integreres. Tjenesten bør samlokaliseres allerede fra fase 1 med sikte på overføring av kompetanse begge veier, optimal utnyttelse av personellens beredskapstid og en hensiktsmessig bruk av eksisterende bygg for nødvendige utbedringer av forhold ved den eksisterende ambulansestasjonen.

En tilstreber å styrke den faglige relasjonen til kommunehelsetjenesten, blant annet ved å utrede deltakelse i relevante kommunale helsetjenesteoppgaver med sikte på bedre utnyttelse av samfunnets totale ressurser samt for å underbygge kompetansebyggingen i tjenesten.

6 Organisering, styring og ledelse

Styringsmodell, rollefordeling og ansvarsforhold

Etter modellen er det tenkt at St. Olavs hospital skal ha ansvar for driften – og dermed også for personalet, mens kommunene gjennom en vertskommune- /samarbeidsavtale kjøper tjenester fra enheten.

For å oppnå en felles enhet med felles ledelsesstruktur, kreves en omorganisering som medfører overføring av oppgaver og personell fra kommunene til St. Olavs hospital. Målet er ny driftsmodell for håndtering av øyeblikkelig hjelp i Orkdalsregionen med en intensjon om å fjerne unødvendige barrierer med bedre tjenester og mer effektiv ressursutnyttelse som mål. Omorganiseringen medfører at ansvaret for gjennomføring og levering av tjenestene overtas av St. Olavs Hospital i samsvar med kommunenes forventninger. Disse nedfelles i en kravspesifikasjon og reflekteres i samarbeidsavtalen. Intensjoner og målsetning krever imidlertid klart formulerte forutsetninger for en enhetlig styring og ledelse.

Ordningen vil med andre ord fungere som "kjøp av tjenester". Ordningen vil omfatte leveranse av tjenester knyttet til øyeblikkelig hjelp for de 11 kommunene som i dag inngår i legevaktsamarbeidet. Ordningen innbefatter de tjenestene som ytes i sykehusets lokaler i dag. Tjenestene vil omfatte behov for særskilt kompetanse og utstyr, samt tilknytning og samarbeid med øvrige deler av St. Olavs hospital. Et samarbeid om disse tjenestene som medfører at tjenestene ytes av St. Olavs hospital til kommunene mot betaling, vil derfor normalt ikke vurderes å være innenfor reglene for offentlig anskaffelse.

Det er eiers ansvar å sikre en selskapsform som er tilpasset virksomhetens formål, eierstyringsbehov, markedsmessige forhold og konkurransereguleringen.

Her vil derfor valg av selskapsform være vesentlig av hensyn til om samarbeidet skal omfatte frivillige og/eller lovpålagte oppgaver, forretningsdrift/tjenester og/eller om det forutsettes at partene skal oppnå utviklings- og forskningsresultater som følge av samarbeidet.

Aktuelle samarbeidsformer er skissert i vedlegg 5. Arbeidsgruppen vil derfor anmerke at det følgende gjenstår:

Gitt vedtak på samarbeid om å realisere den foreslåtte modellen, er det behov for en eksplisitt beskrivelse av de praktiske ansvarsforholdene ved driftsløsningen. Denne fasen av utredningen vil ikke omfatte en formulering eller faglig/ kvalitativ forankring av nødvendig styring og ledelse, men dette må utredes og fremgå i en tidlig fase i den oppfølgende prosjekteringsfasen - herunder en ROS analyse av forhold knyttet til pasientsikkerhet.

Det gjenstår dessuten å formulere og forankre hvordan faglig/kvalitativ styring og ledelse skal ledes og praktiseres. Herunder en tydeliggjøring av hvordan de ansatte skal følges opp i arbeidsforholdet samt hvilke gjensidige plikter og retningslinjer for utførelse av arbeidsoppgaver som må foreligge. En beskrivelse av linjeforankring og system for avvikshåndtering hører også med.

6.2 Ressurser

6.2.1 Legebemannning

Legebemanningen ressursettes med utgangspunkt i prinsippene gitt i Mottaksprosjektet og Akuttmedisinforskriften; «kompetanse i front». Dette innebærer en erfaren LIS innen medisin og kirurgi/ ortopedi som tillegges beslutningsansvaret i første linje, med innfridde krav om bakvakt.

For legevaktstjenesten skal krav iht. Akuttmedisinforskriftens § 7 oppfylles.

En turnuslege kan bemanne legevakten forutsatt kvalifisert bakvakt i samsvar med nevnte forskrift.

Enheten må defineres slik at virksomheten blir godkjent som del av spesialisering for sykehusleger og kommunale leger. Dette for å sikre tilstrekkelig rekruttering og sikre enhetens rolle i fremtidig utdanningsstruktur i helsetjenesten.

Det vil være hensiktsmessig både fra et faglig og kollegialt perspektiv at legerressursen tilknyttet KAD deltar på felles fag- og morgenmøter i St Olav, Orkdal med tilhørende internundervisning.

ROS-analyse av pasientsikkerheten gjennomføres forut for oppstart av fase 1 med spesifikk beskrivelse av legebemanningen i enheten både for kommune og sykehus.

6.2.2 Pleiebemannning inkludert ledelse og administrasjon

Prinsippene for pleiebemanningen legger til grunn at hele enheten bemannes med kvalifisert personell, jf. krav i akuttmedisinforskriften. Slik kan en på en kvalifisert måte gjennomføre arbeidsrotasjon innad i enheten, redusere sårbarheten ved fravær, samt kunne bufre svingninger i belegget. Minst en sykepleier per vakt må være trent i akuttmedisinske problemstillinger etter en nærmere definisjon.

En ledende sykepleier per vakt gis førstelinjeansvar for enheten som i tett samarbeid med ansvarlig lege proaktivt identifiserer aktuelle pasienter. Det legges opp til at andre profesjoner som ambulansesarbeidere inngår i drift av enheten for gjensidig erfarings- og kunnskapsutveksling.

I tabellen er dagens årsverksberegning framstilt. Det er gjort beregninger ut i fra årsverk i bemanningsplan. Det er laget 2 alternativer til løsning; ett med og ett uten inkludering av felles poliklinikk på Orkdal. Potensialet ved å inkludere felles poliklinikk er en mer optimal utnyttelse av turnusteknisk overskuddskapasitet på hverdager. Alternativ 1 uten inkludering av felles poliklinikk gir 8,65 årsverk i fratrett og unnlater driftsmessig inkludering av aktivitet som kun foregår på hverdager. Ressurssettingen tilsvarer da en betydelig redusert gjennomsnittlig stillingsandel for ansatte i ny enhet. Fullstendig beregning og flere alternativ finnes i Årsverksberegningen Vedlegg 6.

Avdeling	I DAG		FORSLAG ALTERNATIV 2	
	Ledelse/ annet årsverk	Årsverk i bemannings- plan eks ledelse	Ledelse/ annet årsverk	Årsverk i bemannings- plan eks ledelse
Enhetsleder SiO	1			
SiO Sengepost	1	8,9		
SiO Legevakt	1	4,08		
Akuttmottak og Lvs	2,25	24	3,4	48,73 ¹⁰
Sum	5,25	36,98	(- 2,35)¹¹	(+3,60)¹²
Felles poliklinikk	0,5 ¹³	8,15		
Sum inkludert felles poliklinikk	5,75	45,13		
SUM TOTALT		50,88		52,13

Potensiale

I dag (inkludert antatt årsverk til drift av 14 senger på sengepost ¹⁴)	63,58
Behov i nytt forslag	52,13
Beregnet antatt innsparing i årsverk	11,45 ¹⁵

Dersom man legger en årsverkskostnad på kr 700 000 til grunn, inkl. sosiale kostnader vil potensiell innsparing være kr. 11 865 000 for en reduksjon av anslagsvis 11,45 årsverk.

Kostnadseffekten ved samdrift av KAD-senger og sykehussenger til observasjon versus separat drift og organisering av samme kapasitet, er vanskelig å angi korrekt. Det er derfor tatt utgangspunkt i sparte kostnader ved nedtrekk av et antall konvensjonelle sykehussenger og deretter en visualisering av beregnede personalomkostninger ved samdriftsmodellen.

Ved valg av modell tas det utgangspunkt i at flest mulig gis tilsetting i hel stilling og kun de med særskilt ønske om redusert stilling innvilges dette. I samarbeid med prosjekt «Styring av sykepleieressursene ved St. Olavs Hospital» er det ansett som mest hensiktsmessig å velge modell 2C

¹⁰ Årsverk i bemannings-plan eks ledelse er hentet fra Årsverksberegning vedlegg 6, Alternativ 2C

¹¹ Reduksjon av ledelse/andre årsverk sammenlignet med totalt i dag.

¹² Økning av bemanning eks. ledelse sammenlignet med totalt i dag.

¹³ Leder ved Felles poliklinikk arbeider 50 % i klinisk drift.

¹⁴ Det er tatt utgangspunkt i 12,7 årsverk for bemanning av 14 sengepostsenger, for å bemanne korttidsobservasjonssenger.

¹⁵ Beregning uten antatte stordriftsfordeler ved å slå sammen sengeposter samt medfølgende endringer i ledelse og administrasjon.

i den vedlagte årsverksberegningen. Dette av hensyn til optimal ressursutnyttelse og for samtidig kunne ivareta en attraktiv arbeidstid.

6.3 Dokumentasjon

Det er utarbeidet et notat som belyser de juridiske mulighetene St. Olav har med tanke på samarbeid om journal og tilgang til journalopplysninger for virksomhetene. Se vedlegg 4.¹⁶

Styringsgruppen og fagmiljøet anbefaler dokumentasjon i et felles journalsystem for optimal arbeidsflyt og å fremme pasientsikkerhet ved enhetlig dokumentasjon.

Full gjensidig tilgang til journalsystem er nødvendig og beskrevet i vedlegg 4. Kliniske opplysninger dokumenteres av sykepleietjenesten én gang og videreføres i hele forløpet. Forslaget er å benytte sykehusets system Doculive fra oppstarten (fase 1), med tilgang for sykehus til Gerica, og kommunen til Doculive (jf. vedlegg 4).

Felles triagering (RETTS) og NEWS fases inn i fase 1 og slutføres innen oppstart av fase 2 (jf. figur 1).

Det legges opp til full integrering av systemer for konsultasjon med subspecialiteter og fagområder ved integrering av IKT-basert Virtuelt Undersøkelsesrom (VER), herunder bilambulansetjenesten og utpekte kommunale lokasjoner.

Hva gjelder internkontroll, foreslås at den av partene som drifter styrer valget av internkontrollsystem (fase 1).

7. Implementering

7.1 Krav til bygningsmessige tilpasninger

Som tidligere omtalt er samlokalisering en kritisk suksessfaktor for å skape et reelt samarbeid og teamarbeid rundt pasienten. Lokaliseringen må være i sykehusets første etasje for å være nærmest mulig der pasientene kommer inn og for å legge til rette for en god logistikk.

Samlokalisering er også vurdert å ha betydelig effekt ved at innleggende leger og leger som oppholder seg i observasjonsposten lettere kollegialt samarbeider om pasientbehandlingen. En organisert tettere tilrettelegging og kollegial tilknytning senker/ fjerner terskelen for ønsket konferering og pasientrettet avklaring.

Det er av betydning at det etableres ett og samme vaktrom og pauserom sentralt plassert i enheten med nødvendig inn/ utsyn for optimal ressursstyring og koordinering. Foreslått bemanningsplan med optimal ressursutnyttelse lagt til grunn forutsetter at lokalene er hensiktsmessig tilrettelagt for samarbeid og gjensidig utnyttelse av støttepersonell.

¹⁶ Vedlegg 4, [Tilgang til Helse Midt- Norge sin journal for virksomheter rundt St. Olav](#)

Behandlingsstoler for korttidsobservasjon må plasseres skjermet, men nært felles vaktrom for å legge til rette for tilsyn med pasientene uten å måtte forlate enheten.

En stadig økende presset sikkerhetssituasjon krever at lokalene er tilrettelagt for nødvendig skjerming av både pasienter og ansatte.

Det bør legges til rette for at pasientene i størst mulig grad klarer seg selv da selvhjulpne pasienter krever mindre ressurser. Et tekjokken/dispensere/ automater i nær tilknytning til venteareal og behandlingsstoler bidrar til dette.

Behandlende eller undersøkende lege prioriterer og koordinerer bruk av de felles ressursene ut fra pasientens kliniske behov. Det legges til grunn at en organisert tettere tilrettelegging og kollegial tilknytning senker/ fjerner terskelen for samråd og kollegial konferering til pasientens beste.

7.2 Faser

Snarlig etter vedtak og nødvendige tilpasninger i infrastruktur og bygg foreslås modell 2 gjennomført med bygningsmessige endringer. For felles drift av sykehusmottak og legevakt krever ombygging av eksisterende lokaler i 1. etg. Dette gjelder særlig lokalene rundt ekspedisjon, hovedinngang og akuttmottak.

En ser det samtidig nødvendig å flytte KAD fra 4. etg. med tillegg av 7 eller flere observasjonssenger til en fellesskapsløsning i 2. etg.

St. Olavs eiendom har estimert dette til en kostnad på anslagsvis 13 mill. kr.

For å oppnå ønsket effektivisering, ref kap 6.2.2, vil dette kreve full integrasjon av funksjonene denne utredningen omhandler. En fortløpende evaluering av fase 1 vil danne grunnlag for en eventuell beslutning om å gå videre i retning av fullstendig samlokalisering.

Dette er eventuelt mulig ved etterfølgende faser:

Fase 2

Dagkirurgisk enhet flyttes opp i 2. etg og samlokaliseres med operasjon og KOVA. Observasjonssenger og KAD senger samlokaliseres i lokalene der dagkirurgisk enhet flyttes ut i fra. Kreft poliklinikk flyttes fra 4. til 2. etg. Kostnad estimerer til ca 41 mill kr.

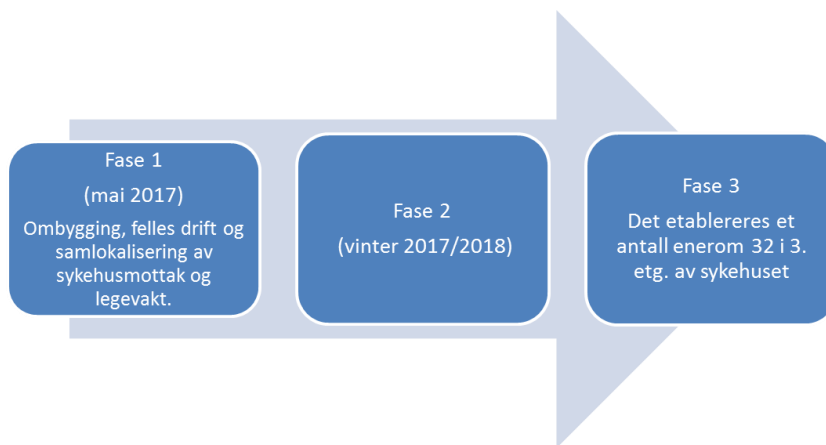
Fase 3

Det etableres et hensiktsmessig antall enerom ved resten av sykehuset:

Fra 94 senger ned mot 64 senger i 3+ 4 etg. til sammen + 7 senger i 1. etg. Netto reduksjon= 23 senger. Oppgradere 3. og 4. etg; pasientrom med tilgang til bad fra rommet. Ombygging i 3. etg fra dagens 46 senger til 32 senger. Ombygging i 4. etg; fra dagens 48 senger til 32 senger. Estimert kostnad til ca 55 mill kr.

De tentative kostnadsberegningene er hentet fra St. Olav eiendom sin foreløpige utredning.

Figur 1: Trefaset implementering



8. Utviklingspotensial og muligheter

Legevaktsentralen bidrar allerede i dag som ressurs ved utkallelse av kriseteam ved alvorlige hendelser, jf. NOU 17:2015. Legevaktsentralen er i ny modell en viktig ressurs ved utkalling og utnyttelse av døgnbemannede hjemmebaserte tjenester som reelt har nødvendig kompetanse og som dessuten befinner seg pasientnært i kommunene som omfattes av samarbeidet.

Legevaktsentralen kan med fordel utnytte fagkompetansen som i dag utøves på kveld, natt og i helg, til å motta henvendelser og tildele timeavtaler. Med tilgang til timebestillingsplanlegger for legekantorene, kan legevaktsentralen i større grad rute pasientene med riktig hastegrad til rett respons og riktig ressurs. Pasientene vil da raskere kunne komme i kontakt med kompetent personell og få sin henvendelse vurdert i henhold til Norsk Index for medisinsk nødhjelp eller andre systemer for beslutningsstøtte. Uavhengig av utredningen foreslås et prosjekt for å pilotere et konsept for styring av pasientstrømmer til det hensiktsmessige behandlingsnivået. Det er klare fordeler ved at Legevaktsentralen får tilgang til å sette opp time til fastlege neste dag til erstatning for oppmøte på ubekvem tid og til dels med betydelig reisevei for angjeldende pasienter. Det foreslås at én kommune piloterer dette en slik ordning i fase 1.

Det foreslås videre et prosjekt for å få bedre kontroll på pasientstrømmene inn. Her kan den muligheten utnyttes som allerede foreligger ved at St. Olavs Hospital driver Legevaktsentralen for 12 kommuner utnyttes til en tilsvarende kontakt med fastlegekantorene. Alle pasienter som kommer enten til akuttmottak Orkdal eller legevakten, meldes først via Legevaktsentralen. Sentralens operatør kan forespørre melder samt opplyse om tidspunkter som er mer hensiktsmessige for oppmøte enn for eksempel mellom klokken 13.00 - 17.00 som erfaringsmessig har stort press. Et vesentlig potensiale ligger i at noen pasienter kan vente til et senere tidspunkt, alternativt til neste dag hvis situasjonen forsvaret dette. Dette kommer i tillegg til dagens system med timeoppsett i legevakten som er godt innarbeidet over mange år.

Dagens trykksalarm for flere kommuner er for lengst utdatert. Det antas at dagens løsning hvor brukere alarmerer til Legevaktsentralen for at det deretter blir varslet hjemmetjeneste er lite

brukervennlig og dessuten ressurskrevende. Her anbefaler arbeidsgruppa en snarlig utredning for å sikre brukeren trygge tjenester som er mindre ressurskrevende.

Det bør vurderes om det ligger potensiale i å utnytte sykehusets legeressurs som en ordning for pålagt bakvakt i kommunens legevaktordning. Det er sannsynlig at en lege som har behov for å kontakte bakvakt i de fleste tilfeller gjør dette i faglige spørsmål som gjelder forhold som spesialisthelsetjenesten kan svare ut.

Videre er det påpekt muligheten til at ambulanspersonell i distrikt systematisk inngår i kommunale helsetjenesteoppgaver uten endring i forankringen av ansvarsforhold. Dette kan skje på oppdrag og under veiledning fra fastlege og/eller lege i vakt, og i faglig samarbeid med annet kommunalt helsepersonell.

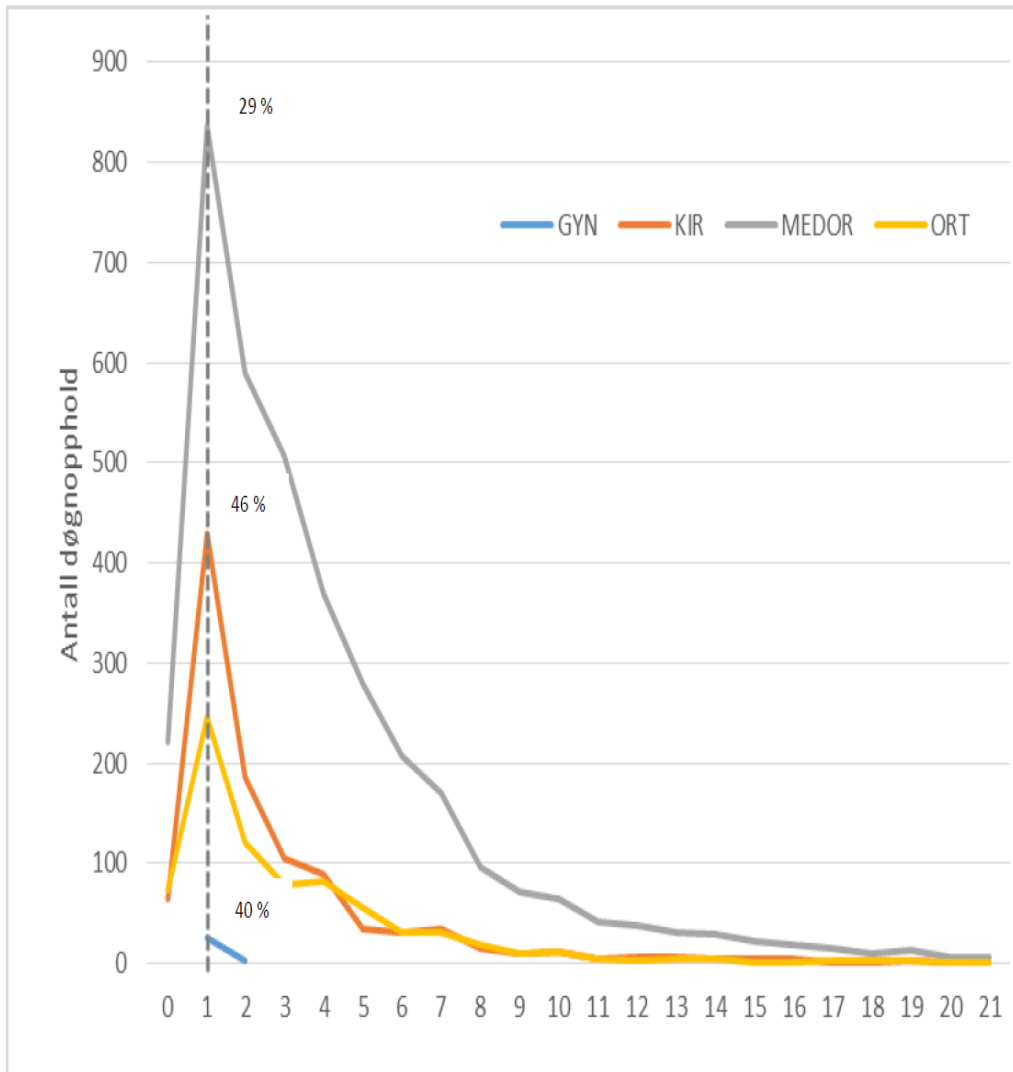
Vedlegg 1 Opptaksområde for Orkdal sykehus

Kommune	Befolkning ¹	Ø-hjelp alle faggrupper	Ø-hjelp kun indremedisin	Kommuner (M og R) som bruker sykehuset mye	SiO Legevakt (11 komm.)	LV-sentralen (17 komm.)	SiO Sengepost (12 komm.)	Fosen DMS Sengepost + Legevakt-senter
Agdenes	1 770	X			X	X	X	
Aure	3 549			X				
Bjugn	4 715		X			X		X
Frøya	4 634	X			X	X	X	
Halsa	1 563			X			X	
Hemne	4 254	X			X	X	X	
Hitra	4 569	X			X	X	X	
Leksvik	3 506							X
Meldal	3 967	X			X	X	X	
Melhus	15 916		X					
Midtre Gauldal	6 336		X					
Oppdal	6 852	X				X		
Orkdal	11 722	X			X	X	X	
Rennebu	2 567	X			X	X	X	
Rindal	2 038	X			X	X	X	
Rissa	6 676					X		X
Roan	977					X		X
Skaun	7 668	X			X	X	X	
Snillfjord	982	X			X	X	X	
Surnadal	5 976			X	X	X	X	
Ørland	5 183		X			X		X
Åfjord	3 248		X			X		X
Totalt	108 668	51 023	35 398	11 088				

¹ Folketall per 1.1.2015

Vedlegg 2 Liggetidsfordeling ved Orkdal sykehus

Figur 10 Liggetidsfordeling per fag og kumulativ liggetid (1 døgn) ved Orkdal Sjukehus 2015¹

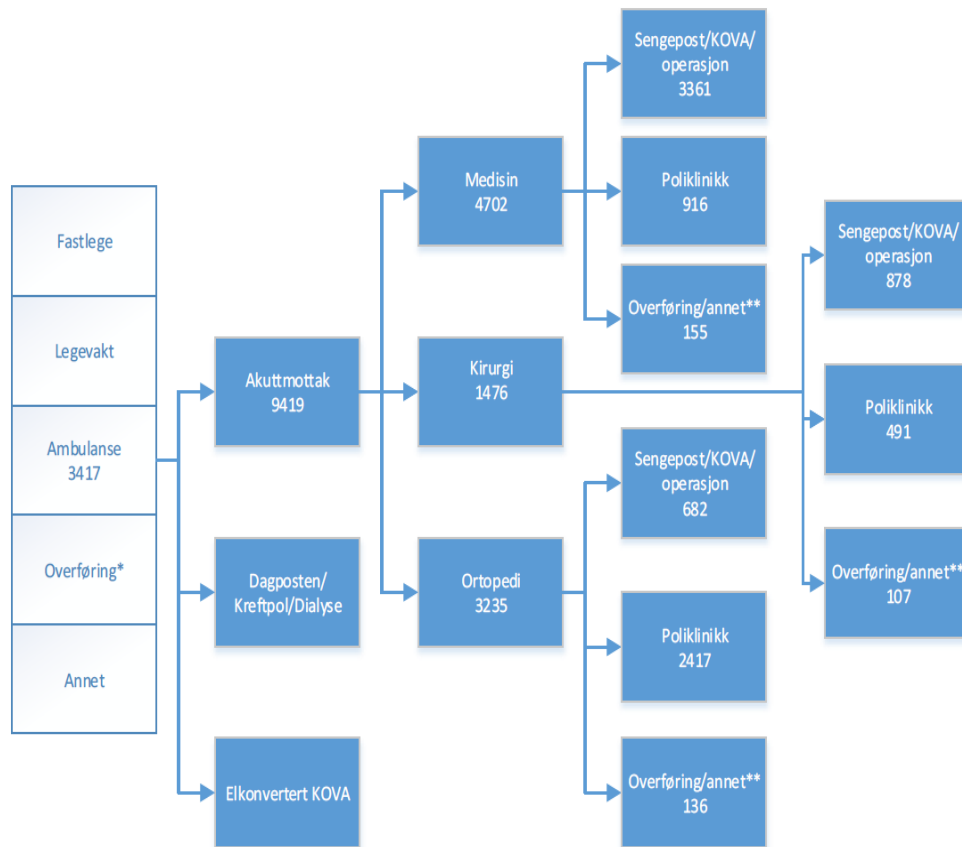


Kilde: Nimes, avdelingsopphold

Figur 10 viser liggetidsprofil per fag, hvor den grå linja representerer Medisinsk avdeling, mens den oransje linja er kirurgisk avdeling og den gule linja er ortopedisk avdeling. Alle avdelingene er kjennetegnet ved et relativt stort volum av innleggelser med 0-1 liggedøgn. Medisinsk avdeling har størst volum, men også en del innleggelser med lengre liggetid. Ved medisinsk avdeling ligger 29 prosent av pasientene 1 døgn eller mindre per avdelingsopphold, som illustrert av den vertikale linjen i Figur 10. Ved Kirurgisk og Ortopedisk avdeling ligger henholdsvis 46 og 40 prosent 1 døgn eller mindre. Ved medisinsk avdeling ligger 58 prosent av pasientene 3 døgn eller mindre per avdelingsopphold, som illustrert av den stiplede vertikale linjen i Figur 11. Ved kirurgisk og ortopedisk avdeling ligger henholdsvis 74 og 65 prosent 3 døgn eller mindre. Det er også verdt å gjøre oppmerksom på at pasienter som har ligget over 21 dager er utelatt fra figuren for å bedre lesbarheten.

Vedlegg 3 flytmodell for Ø-hjelpspasienter

Figur 17 Flytmodell for ø-hjelpspasienter ved St. Olavs Hospital Orkdal Sjukehus 2015



Kilde: Akutt databasen, Orkdal Sjukehus, *Overføring fra annet sykehus/helseinstitusjon, **Overføring til annet sykehus/helseinstitusjon

Vedlegg 4 Tilgang til Helse Midt-Norge sin journal for virksomheter rundt St. Olav

Utarbeidet av	Merete Blokkum (Kvalitetssjef St. Olav) Øyvind Røset (Informasjonssikkerhetsansvarlig og personvernombud St. Olav) Øyvind Hauge (Prosjektleder Hemit).
Versjon	0.3
Dato	2016-09-16

Omfang

Notatet er utarbeidet etter ønske fra Programstyret pasientbehandling og samhandling og St. Olav ved Tor Åm. Notatet belyser de juridiske mulighetene St. Olav har med tanke på samarbeid om journal eller tilgang til journalopplysninger for følgende virksomheter/initiativ:

1. Tilgang til journalopplysninger for funksjoner i nytt felles akuttmottak på Orkanger mellom St. Olav (akuttmottak) og kommune (legevakt og KAD-senger).
2. Tilgang til opplysninger knyttet til samarbeid på tvers av fylkesgrensene for Røros og Tynset Sykehus.
3. Tilgang til opplysninger i DocuLive for Øya og Saupstad Helsehus.

Vurderingene i notatet vil også være relevant for eksisterende tilganger ved Røros sykehus og Fosen Helse IKS.

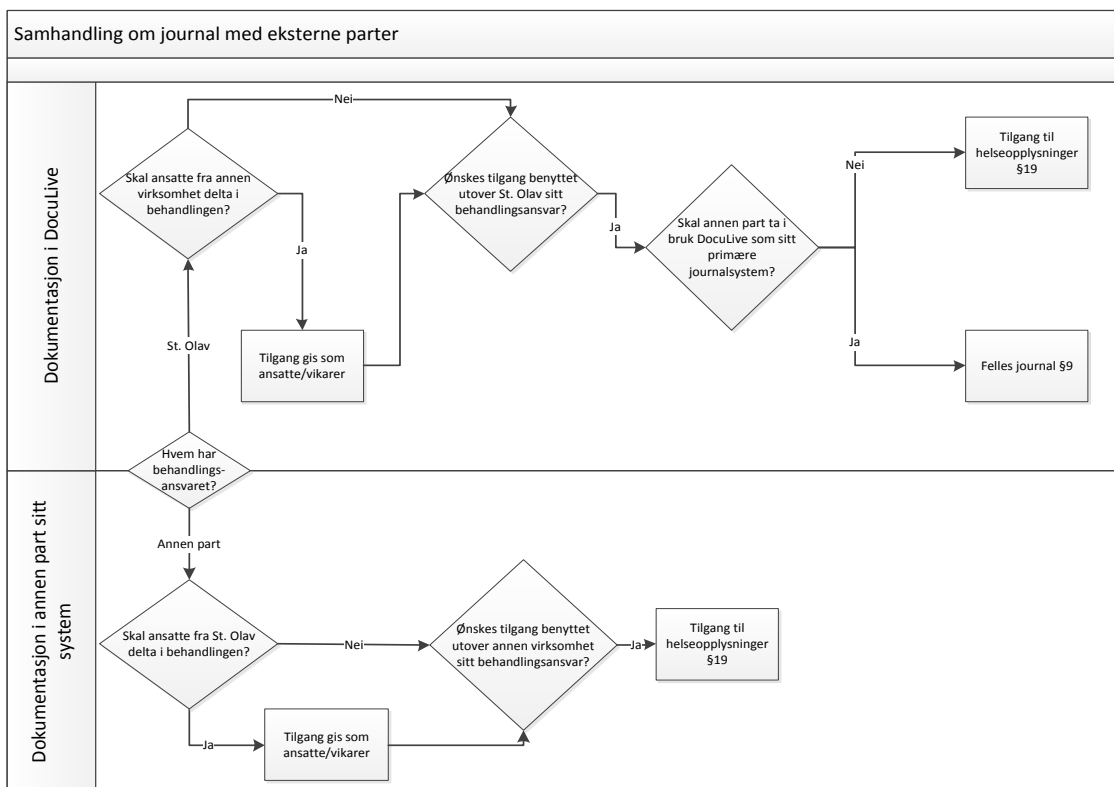
Notatet vurderer kun juridiske aspekter knyttet til hva som kan være lovlige løsninger for tilgang til helseopplysninger på tvers av foretaksgrenser. Det er ikke gjort en vurdering av aspekter knyttet til informasjonssikkerhet for tekniske løsninger og heller ikke kostnadene med å etablere løsninger. Elektronisk samhandling via meldingsutveksling er ikke vurdert i notatet.

Vurdering av mulige samarbeidsformer

Følgende viktige spørsmål (*Figur 1*) må stilles for å avgjøre hvilke alternative løsninger som kan benyttes.

Hvem har behandlingsansvar?

St. Olav	Om St. Olav har behandlingsansvar og dermed dokumentasjonsplikt skal all dokumentasjon av pasientbehandlingen skje i DocuLive, også om helsepersonell fra andre virksomheter utfører denne behandlingen.
Annen part	Om en annen part har behandlingsansvar og dermed dokumentasjonsplikt skal dokumentasjonen av pasientbehandlingen skje i den andre parten sitt journalsystem, også om denne helsehjelpen utøves av ansatte ved St. Olav.



Figur 1 Viktige spørsmål som må avklares

Dokumentasjon i DocuLive

Skal ansatte fra annen virksomhet delta i pasientbehandlingen?

Ja	Om helsepersonell fra andre virksomheter utfører helsehjelpen som St. Olav er ansvarlig for må disse kunne instrueres av databehandlingsansvarlig ved St. Olav. Dette kan for eksempel løses gjennom innleieavtaler og/eller kjøp av tjenester. Helsepersonellet som da er ansatt i den andre virksomheten fungerer da som en vikar/ekstra ressurs og kan få tilgang til DocuLive som om han/hun var ansatt på St. Olav. Imidlertid kan denne tilgangen kun benyttes til arbeid som angår pasientbehandling i St. Olav-regi. Helsepersonellet kan ikke benytte tilgangen i arbeid hvor den andre parten har behandlingsansvaret.
----	--

Ønskes tilgang benyttet utover St. Olav sitt behandlingsansvar?

Ja	Om tilgangen skal benyttes i behandling den andre parten har ansvar for må det etableres en løsning med enten felles journal (PJL §9) eller tilgang til helseopplysninger (PJL §19).
----	--

Skal annen part ta i bruk DocuLive som sitt primære journalsystem

Ja	Løsning for felles behandlingsrettet helseregister (felles journal) kan etableres i tråd med PJL §9. Den andre parten må da erstatte sitt journalsystem med DocuLive.
Nei	Løsning for felles journal kan ikke etableres. Om den andre parten skal ha tilgang i til helseopplysninger må dette da gjøres via tilgang til helseopplysninger PJL §19.

Dokumentasjon i annen part sitt journalsystem

Skal ansatte fra St. Olav delta i behandlingen?

Ja	St. Olav-ansatte må da få tilgang til den andre parten sitt journalsystem på linje med
----	--

	ansatte hos den andre parten. Disse må da kunne instrueres av databehandlingsansvarlig hos den andre parten. Tilgangen kan ikke benyttes i behandling som St. Olav har ansvar for.
--	--

Ønskes tilgang benyttet utover annen virksomhet sitt behandlingsansvar?

Ja	Om St. Olav-ansatte har behov for tilgang til helseopplysninger i den andre parten sitt journalsystem, som del av behandling St. Olav har ansvar for, må det etableres en avtale om tilgang til helseopplysninger i tråd med PjL §19.
----	---

Vurdering av aktuelle tilgangssønsker

Nedenfor følger en kort vurdering av hvilke løsninger som er mest aktuelle for de tre tilfellene prosjektet ble bedt om å vurdere. Det er gjort antagelser knyttet til hva som er forventet behov.

Virksomheter	Antagelse om behov	Tiltak/løsning
Felles akuttmottak Orkanger	Det er ønskelig med lesetilgang til opplysninger om pasienter fra begge foretak. St. Olav ønsker å se journal for legevakt og KAD-senger. Kommunen ønsker å se journal fra St. Olav for pasienter som er på KAD-senger.	Avtale om tilgang til helseopplysninger (PjL §19) for lesetilgang begge veier mellom virksomhetene.
Røros og Tynset sykehus	Det er ønskelig med lesetilgang til opplysninger om pasienter fra begge foretak.	Avtale om tilgang til helseopplysninger (PjL §19) for lesetilgang begge veier mellom virksomhetene.
Øya og Saupstad Helsehus	Øya og Saupstad Helsehus ønsker lesetilgang til opplysninger om pasienter fra St. Olav.	Avtale om tilgang til helseopplysninger (PjL §19) for lesetilgang til DocuLive for ansatte på Øya og Saupstad Helsehus.

Vedlegg 5: Juridiske aspekter ved valg av selskapsmodell

Samarbeid om felles drift av tjenester mellom Orkdal kommune som vertskommune og St. Olavs hospital

Målet for samarbeidet er å få en felles drift av prehospitale tjenester, akuttmottak, KAD-senger og OBS-enhet. Målet er en ny driftsmodell for håndtering av øyeblikkelig hjelp i Orkdalsregionen. Etter modellen er det tenkt at St. Olavs hospital skal ha ansvar for drift – og dermed også personal, mens kommunene gjennom en vertskommune- /samarbeidsavtale skal kjøpe tjenester fra enheten.

For å oppnå en felles enhet med felles ledelsesstruktur krever dette en omorganisering som medfører overføring av oppgaver og personell, fra kommunene til St. Olavs hospital. En slik omorganisering reiser spørsmål knyttet til organisering av samarbeidet mellom kommunene samt forhold til personal/ansettelse.

Overdragelse av hele eller deler av virksomheten

Vilkårene for at en overdragelse er en virksomhetsoverdragelse er angitt i arbeidsmiljøloven § 16-1 første ledd:

«Dette kapittel kommer til anvendelse ved overdragelse av en virksomhet eller del av virksomhet til en annen arbeidsgiver. Med overdragelse menes overføring av en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen»

Bestemmelsen oppstiller tre vilkår:

Det må:

1. Det gjennomføres en overdragelse,
2. overdragelsen må omfatte en selvstendig økonomisk enhet, og
3. Denne enheten må beholde sin identitet etter overdragelsen.

En overdragelse kan således være en virksomhetsoverdragelse selv om den bare omfatter deler av en virksomhet. I slike situasjoner er det arbeidstakerne som har sitt arbeidsforhold tilknyttet til den overførte delen av virksomheten som omfattes av reglene og overføres til ny virksomhet.

1. Det første vilkåret er at det må skje en overdragelse. Det avgjørende her vil normalt være om det har skjedd en endring med hensyn til den fysiske eller juridiske personen som er ansvarlig for driften. Det er således ikke nødvendig at det skjer et eierskifte. Typiske eksempler på ulike overdragelsessituasjoner som oppfyller vilkåret er fusjoner, fisjoner, rettslige omorganiseringer innenfor et konsern, overføringer som skjer ved anbudskonkurranser og andre trepartsforhold. Det er ikke krav om at det foreligger et direkte kontraktsforhold mellom overdrager og erverver. Det er heller ikke nødvendig at det avtales vederlag for overføringen, også gaveoverføringer, skifte av felleseie o.l. omfattes.

2. Det andre vilkåret er at det som overføres må være en selvstendig økonomisk enhet. For å fylle kravet til en selvstendig økonomisk enhet må det som overføres være en samling av ressurser som er organisert med det formål å drive økonomisk virksomhet, enten det dreier seg om hoved- eller bivirksomhet. Avgjørende synes ifølge rettspraksis å være om det overførte (aktiva, ansatte mv.) i seg selv er tilstrekkelig til å drive den aktuelle virksomheten, uavhengig av om den var organisert som en selvstendig enhet før overdragelsen eller ikke, f.eks. en egen avdeling. I praksis stilles det ikke store krav til hva som anses som en selvstendig enhet. EU-domstolen har for eksempel slått fast at reglene

om virksomhetsoverdragelse kommer til anvendelse også der den overførte virksomheten består av én person som utfører renholdstjenester.

3. Det tredje vilkåret er at virksomheten må beholde sin identitet etter overføringen. I den forbindelse må det foretas en sammenligning av virksomheten før og etter overdragelsestidspunktet, som er tidspunktet for reell overtar av virksomheten som overføres ved transaksjonen. Sammenligningen må gjøres ved en helhetsvurdering basert på alle de forhold som karakteriserer den aktuelle transaksjonen. Av momenter nevnes disse som trekker i retning av at det er skjedd en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven kapittel 16;

- Er det samme type virksomhet før og etter overføringen?
- Er det overført fysiske aktiva som lokaler, utstyr og annet løsøre?
- Er (stor) del av arbeidsstokken overført?
- Er immaterielle aktiva (goodwill mv) overført?
- Er kundekretsen overført?
- Er den økonomiske aktiviteten før og etter overdragelsen (noenlunde) den samme?
- Har driften vært kontinuerlig, og ikke vært avbrutt?

Jo flere bekreftende svar på ovennevnte spørsmål, desto mer sannsynlig er det at identitetsvilkåret er oppfylt. Momentlisten er ikke uttømmende, og vekten av det enkelte moment vil avhenge av hva som karakteriserer transaksjonen. Vakt- og renholds virksomhet vil ifølge EU-domstolen normalt karakteriseres av de ansatte. Dersom de ansatte overføres, enten i og med transaksjonen eller ved en etterfølgende og frivillig søknad- og ansettelsesprosess, vil dette ha stor vekt i helhetsvurderingen i en slik situasjon.

Dersom de tre vilkårene er oppfylt vil transaksjonen være en virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljølovens forstand, og kjøper og selger må da være oppmerksom på saksbehandlingsregler og forholdet til de ansatte. Arbeidsmiljøloven kapittel 16 inneholder bestemmelser om prosess for gjennomføring av virksomhetsoverdragelse samt ansattes rettigheter under prosessen og i nytt arbeidsforhold.

Levering av tjenester fra St. Olav til kommunene

Målet er ny driftsmodell for håndtering av øyeblikkelig hjelp i Orkdalsregionen, en vil fjerne barrierene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å yte bedre tjenester med mer effektiv ressursutnyttelse enn dagens todelte ordning innebærer. Omorganiseringen medfører at ansvaret for gjennomføring og levering av tjenestene overtas av St. Olavs hospital. St. Olavs hospital skal så levere de tjenestene som kommunene skal ha, etter en samarbeidsavtale med kommunene.

Ordningen vil med andre ord fungere som en slags “kjøp av tjenester”. Ordningen vil omfatte leveranse av tjenester knyttet til øyeblikkelig hjelp for de 12 kommunene som i dag inngår i legevaktsamarbeidet. Ordningen innbefatter de tjenestene som ytes i St. Olavs sykehus sine lokaler i dag, tjenestene omfatter behov for særskilt kompetanse og utstyr, samt tilknytning og samarbeid med øvrige deler av St. Olavs hospital. Etter min vurdering er dette ikke tjenester som på noe vis kan leveres av private aktører. Et samarbeid om disse tjenestene som medfører at tjenestene ytes av St. Olavs hospital til kommunene mot betaling, vil derfor normalt ikke vurderes å være innenfor reglene for offentlig anskaffelse.

Mulige samarbeidsformer mellom kommuner

Det er i dag etablert vertskommunesamarbeid for sengepost og legevakt. I dag er dette samarbeidet organisert som vertskommuneavtale med nemnd. Ved overføring av oppgaver og arbeidsgiveransvar til St. Olavs hospital, vil ikke lenger drift og ansettelsesforholdene være knyttet til vertskommunen. Det er derfor hverken behov eller ønske om å beholde en noe tungrodd organisasjon som vertskommune med nemnd, det er like vell ønskelig å ha en organisatorisk/administrativ ansvarlig for kommunene. For St. Olavs hospital er det ønskelig å beholde en organisering som gir en kontraktspart å forhold seg til, i stede for opptil 12 forskjellige kommune. Det er flere samarbeidsformer mellom kommuner som kan benyttes, det er kanskje særlig administrativ vertskommune eller interkommunalt samarbeid etter kommuneloven som er aktuelt. Også IKS beskrives her, men dette er vel primært en organisasjonsform som egner seg for forretningsdrift og utviklingsarbeid. For vurderingen her er det lagt til grunn at den delen som i dag er beskrevet som forsknings- og utviklingsarbeid i vertskommunen ikke inngår i ny samarbeidsavtale med St. Olavs hospital.

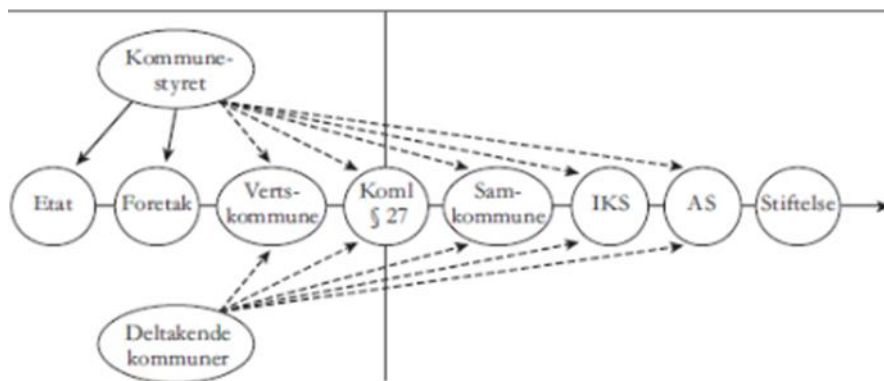
Det foreligger i dag en vertskommuneavtale, for å endre denne kreves at saken behandle i alle kommunestyrene som berøre, man vil da samtidig behandle spørsmålet om ny struktur på samarbeidet og fatte vedtak om dette.

Det må tas stilling til valg av organisasjonsform samt avklare partenes forventninger og forpliktelser til hverandre, for så å utarbeide et avtaleutkast som kan ligge til grunn for samarbeidet og presenteres for kommunestyrene som grunnlag for endring av samarbeidsform.

For kommuner som skal drive samarbeid er det flere mulige samarbeidsformer, vertskommunesamarbeid etter kommuneloven [kapittel 5 A](#), samarbeid etter lov om interkommunale selskaper, som aksjeselskap eller ved interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27.

Noen få kommuner har også etablert samkommuner, en organisasjonsform som ble lovfestet som en valgmulighet i kommuneloven [kapittel 5 B](#) fra 2013. Alternativet samkommune vurderes ikke nærmere her, modellen er foreslått avskaffet og anses uaktuelt blant annet på bakgrunn av den pågående kommunereformprosessen

Det er et rettslig skille mellom organiseringsformer der kommunal virksomhet drives som en del av kommunen (figurens venstre side), og organiseringsformer der kommunal virksomhet er organisert som et eget rettssubjekt (figurens høyre side), altså der en etablerer en ny organisasjon. Et eget rettssubjekt har partsevne og selvstendige rettigheter og plikter. Kommuneloven gjelder som hovedregel ikke for egne rettssubjekter, jf. kommuneloven § 2. Unntaket fra dette er samarbeid etter kommuneloven § 27. Figuren synliggjør også graden av «fristilling» fra kommunen. Dess lenger ut på figurens høyre side organiseringsformen er plassert, dess mindre «direkte» styring og kontroll har kommunen med virksomheten.



Figur XI-1 Kommunale organiseringsformer

Kilde: Figuren er basert på en idé fra KS og Econ i 2000 og videreutviklet i boka Konkurransetsetting i kommunene (Johnsen, Sletnes og Vabo red.) 2004 s. 41

Aktuelle samarbeidsformer

Modell	Formål	Øverste organ	Kommunens styringsrett
Vertskommune Kommuneloven kap.5A	Utviklet for samarbeid om lovpålagte oppgaver og utøvelse av offentlig myndighet	Myndigheten delegeres fra de samarbeidende kommunene til vertskommunen Saker av ikke prinsipiell karakter kan delegeres til administrasjonen. Saker av prinsipiell karakter må delegeres til nemnd.	Den enkelte deltakerkommunen kan gi vertskommunen instruks om utøvelse av den delegerte myndigheten i saker som alene gjelder deltakerkommunen eller dennes innbyggere.
Interkommunalt samarbeid – eget styre Kommuneloven § 27	Utviklet med sikte på driftsmessig og administrativt samarbeid for å løse felles oppgaver.	Styret	Det enkelte kommunestyret kan ikke instruere styret som sådan, men styrer gjennom sine styrerepresentanter
Interkommunalt selskap – IKS Lov om interkommunale selskap	Utviklet for virksomheter med forretningsmessig preg	Representantskapet	Eierne utøver sin myndighet gjennom representantskapet. Det enkelte kommunestyret har instruksjonsrett ovenfor sine egne medlemmer i representantskapet

Vertskommune

Vertskommunesamarbeid etableres ved at de respektive kommunestyre vedtar en avtale om slik etablering, og samarbeidsavtale inngås. Deretter må deltakerkommunene treffe egne vedtak der de delegerer myndighet til vertskommunen. Det er vid adgang til å delegere myndighet, herunder myndighet til å treffe enkeltvedtak, til vertskommunesamarbeidet.

To varianter av samarbeidet:

- Administrativ vertskommune
- Vertskommune med felles folkevalgt nemnd

Administrativt vertskommunesamarbeid kan kun benyttes for oppgaver som ikke krever beslutninger av prinsipiell karakter. Er det nødvendig/ønskelig å legge beslutninger av prinsipiell betydning til samarbeidet, må det opprettes vertskommune med felles folkevalgt nemnd.

For vertskommunesamarbeid med nemnd er det en forutsetning at nemnda utøver samme myndighet for alle kommunene, ønsker en endring må endringen gjennomføres for alle, eventuelt må kommunen trekke seg fra samarbeidet.

Interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27

Kommuneloven § 27 gir stor frihet i forhold til organisering av samarbeidet, men har begrensninger i kommunestyrets mulighet til å overføre myndighet til styret, som utgangspunkt treffe avgjørelser som angår virksomhetens drifts- og organisasjonsoppgaver, ikke generell hjemmel for å delegere offentlig myndighetsutøvelse.

Samarbeidet ledes av et styre og det foreligger krav til vedtekter for styret, det er også krav om at alle kommunene er representert i dette. Styret er å betrakte som et folkevalgt organ i hht. kommuneloven § 29 nr. 3, og følger dermed som utgangspunkt saksbehandlingsreglene i loven.

Samarbeidet etter § 27 kan organiseres som et eget rettssubjekt, men trenger ikke være det. Vurderes i forhold til organets selvstendighet. Det er åpnet for at en saklig avgrenset del av styringskompetansen som unntak kan legges til en kommune, dette gjør at f.eks. arbeidsgiveransvaret kan tillegges en av deltakerkommunene.

Interkommunale selskaper – IKS

IKS er sammenlignbart med organisering og struktur i et AS, den vesentlige forskjellen er at deltakere i et IKS hefter ubegrenset for selskapets forpliktelser.

IKS ledes av representantskapet. Medlemmene til representantskapet oppnevnes av kommunestyret i den enkelte deltakerkommunen. Hver deltakerkommune skal ha minst et medlem i representantskapet. Kommunestyret har instruksjonsrett overfor sine representanter.

Eierinnflytelsen utøves gjennom representantskapet som blant annet skal behandle budsjett, regnskap og økonomiplan for selskapet og representantskapet velger styre. Representantskapet kan instruere styret og selskapsavtalen kan ha bestemmelser om at nærmere angitte saker må godkjennes av representantskapet. Styret skal påse at selskapet drives i samsvar med selskapets formål, selskapsavtalen, budsjett og retningslinjer/vedtekter gitt av representantskapet.

Det er krav om at det foreligger en selskapsavtale som skal godkjennes av kommunestyrene i alle deltakerkommunene.

Vurdering ved valg av samarbeidsform – muligheter og begrensninger

Det er eiers ansvar å sikre en selskapsform som er tilpasset virksomhetens formål, eierstyringsbehov, markedsmessige forhold og konkurranseregelverket.

Her vil det derfor ved valg av selskapsform være vesentlig om samarbeidet skal omfatte frivillige og/eller lovpålagte oppgaver, forretningsdrift/tjenester og om det skal forutsettes at en oppnår utviklings- og forskningsresultater som en følge av samarbeidet.

KS FoU prosjekt «Styring av og ledelse i kommunale nettverk/partnerskap» oppstiller tre hovedkriterier som utgangspunkt for vurdering av kommunalt samarbeid over kommunegrensene:

- Demokratisk forankring
- Åpenhet og gjennomsiktighet
- Resultater ut fra forventet måloppnåelse

Formålet med samarbeidet er avgjørende for valg av samarbeidsmodell.

Vertskommune

Det er fordeler og ulemper med alle de forskjellige samarbeidsmodellene. Vertskommunesamarbeid er bra for konkret avgrensede samarbeidsområder. Det er kommunene direkte som fastsetter rammer og innhold i samarbeidet i samarbeidsavtalen og myndighet overføres ved delegering. Dette innebærer at deltakerkommunene ikke har noen direkte styring over vertskommunens arbeid på området. Ved endringer kan deltakerkommunene endre samarbeidsavtalen og delegeringen. Modellen egner seg derfor ikke så godt for FoU arbeid. Dersom det skal overføres offentlig myndighet ved samarbeidet, er dette den foretrukne modellen, her er ikke begrensning i forhold til delegering av myndighet. Dersom utveksling/kjøp av tjenester skal inngå i samarbeidet må også dette avtalereguleres mellom kommunene for å kvalitetssikre at dette gjennomføres i tråd med lov om offentlig anskaffelse. Et konkret avgrenset vertskommunesamarbeid hvor det ikke er behov for delegering av prinsipielle avgjørelsesmyndighet, kan organiseres som et administrativt vertskommunesamarbeid, ellers må en basere seg på et vertskommunesamarbeid med politisk nemnd. Det er fastsatt at nemnda skal ha minimum to deltakere fra hver kommune, et slikt styringsorgan blir fort stort og tungrodd og avgjørelsesmyndigheten vil fortsatt ligge i kommunestyret i de enkelte deltakerkommuner.

Samarbeid § 27

I interkommunalt samarbeid etter § 27, ligger eiers styringsmulighet gjennom de enkelte kommunenes deltakelse med representant i styret. Det er betydelige begrensninger i forhold til overføring av myndighet i et slikt samarbeid, modellen er primært tiltenkt administrativt- og organisatorisk samarbeid. Ved kjøp/deling av tjenester inn i et slikt samarbeid må dette forankres i avtalene med de enkelte kommunene. Vil være en utfordring ved stor vekt på forskning og utviklingsarbeid, ingen formell skranke mot dette, men må ha enighet og drøftelse underveis da samarbeidet er direkte underlagt den enkelte kommunes budsjett- og instruksjonsmyndighet. Det er og en modell som kan være utfordrende i forhold til litt langsiktig planlegging og forutberegnelighet.

Kan avhjelpest ved et langsiktig og detaljert avtalegrunnlag. Svært beskjeden lovregulering av ansvar og styringsforhold, krever detaljert regulering av dette i avtalen. Modellen gir et godt skille mellom drift og forvaltning.

IKS

Et IKS opprettes som selvstendig rettssubjekt/selskap. Dette innebærer at kommunestyrene danner et selskap og vedtar en selskapsavtale, denne danner grunnlag for selskapets myndighet.

Kommunestyret oppnevner representant og styrer gjennom denne, kommunen har ingen direkte innflytelse over styret i selskapet. Et IKS vil være en fleksibel modell med kortere beslutningsveier og godt skille mellom drift og forvaltning. Modellen er derfor velegnet for FoU arbeid. Normalt vil også kjøp av tjenester gjennom IKS dekkes av reglene om handel i egenregi i lov om offentlig anskaffelse. Problemet med organisasjonsformen kan være at det oppstår avstand mellom styrets beslutninger og de forventninger til selskapet som ligger i de enkelte deltakerkommunene. Innenfor IKS bør det for å sikre engasjement, debatt og reell politisk avklaring av eierorganets myndighet, etableres forutsigbare kommunikasjonsformer mellom kommunestyret og eierorgan som forankres i eierskapsmeldingen. En utfordring som de peker på etter erfaring i Fosen Helse er at det kan være krevende å komme frem til kostnadsfordeling samt at budsjettspørsmål og vedtekter kan skape interessekonflikter. Det er derfor viktig å sikre økonomiske rammene og inntektene i samsvar med forventningene til selskapet med tanke på stabilitet over tid. Dersom overføring av offentlig myndighet er vesentlig i samarbeidet, må en være klar over at det her er klare begrensninger i hvilken myndighet som kan overføres til IKS, per i dag omfatter ikke vertskommunesamarbeidet SIO/LIO overføring av offentlig myndighet. God regulering av ansvars og styringsforhold i lov om interkommunale selskap.

Vedlegg 6 Årsverksberegning

Innledning

I sammenheng med utredningen av ny driftsmodell for håndtering av øyeblikkelig hjelp i Orkdalsregionene er laget beregning av årsverk for de samlede tjenestene. For å illustrere utnyttelse av de samlede ressursene er det laget en skisse for utnyttelse av bemanning.

Det er i denne beregningen satt opp to alternativer.

Alternativ 1 inkluderer KAD-senger, mottak i sykehus, 24-timers observasjonspost, legevakt og legevakt-sentral.

Alternativ 2 inkluderer KAD-senger, mottak i sykehus, 24-timers observasjonspost, legevakt, legevakt-sentral og poliklinisk aktivitet.

I beregninger av bemanning er det flere muligheter for å kombinere ulike skiftordninger for å redusere ufrivillig deltid. Beregningene vil også vise effekten av å samle flere årsverk inn i en samlet drift slik som i alternativ 2. For å skissere behov for antall ansatte og utnyttelsen av den totale bemanningen på helg har hvert alternativ følgende underpunkter:

A Illustrerer dagens 3-skift turnus med¹⁷ arbeid hver 3. helg.

B Illustrerer 2-skift turnus¹⁸ med kun én langvakt lørdag eller søndag per daghelgene. Dette kombinert med 3-skift turnus for noen ansatte som ikke går langvakter. Alle med arbeid hver 3. helg.

C Illustrerer 2-skift turnus hele helgen med arbeidshelg hver 4. helg. Dette kombinert med 3-skift turnus med arbeid hver 3. helg for noen ansatte som ikke går langvakter.

Grunndata

Det er flere metoder for å beregne årsverk og bemanning. I denne beregningen beregnes behovet utifra at hele driften skal bemannes av eget personell hele året rundt. Netto årsverk (2) er det en 100% sykepleier-stilling reelt produserer i timer.

Brutto årsverk er $35,5t \times 52 \text{ uker} = 1846t$

Netto årsverk (1) er $35,5t \times 52 \text{ uker} - \text{ferie} (35,5t \times 5 \text{ uker} = 177,5t) = 1668,5t$

Netto årsverk (2) er $35,5t \times 52 \text{ uker} - \text{ferie} (35,5t \times 5 \text{ uker} = 177,5t) - F3 (4 \text{ dager}^{19} \times 7,5t = 30) = 1638,5t$

¹⁷ 3-skift turnus er dagvakt, aftenvakt, nattvakt.

¹⁸ 2-skift turnus er 12t dagvakt og 12 nattvakt.

¹⁹ F3 er fri med lønn på halvparten av helligdagene som ikke er på søndager.

Oppsummering av beregning

Oppsummeringen i tabellen er beregnet med et utgangspunkt i statisk bemanning i 52 uker. Brutto årsverksberegninger på grunn av at disse erstattes ved ferieavvikling

	Alternativ 1	Alternativ 2
Brutto årsverk produksjon	38,53	45,63
Bemanning fast årsverk sykepleier	43,41	51,41
- Herav ferie	4,13	4,88
- Herav F3	0,79	0,93
Annen produksjon (fagsykepl/merkantil/TV/VOB)⁴	1,78	1,78
Totalt netto årsverk (2)	45,19	53,19

Alternativ 1

Beregningene til alternativ 1 gir en reel produksjon av sykepleier på 71.123²⁰ timer. Fagsykepleier i 1,5 årsverk kommer i tillegg til reel produksjon. Ikke beregnet at fagsykepleier erstattes ved ferieavvikling.

Alternativ 1a

Med 3-skift turnus²¹ og arbeid hver 3. helg vil alternativ 1 skape behov for 69 ansatte for å bemanne helgene. Det gir en gjennomsnittlig stilling på 64,9%.

Alternativ 1b

Med 45 ansatte i 2-skift turnus²² med arbeid hver 3. helg og 9 ansatte i 3-skift turnus med arbeid hver 3. helg vil alternativ 1 skape behov for 54 ansatte for å bemanne helgene. Det gir en gjennomsnittlig stilling på 82,9%.

Alternativ 1c

Med 40 ansatte i 2-skift turnus med arbeid hver 4 helg og 24 ansatte i 3-skift turnus med arbeid hver 3. helg vil alternativ 1 skape behov for 64 ansatte for å bemanne helgene. Det gir en gjennomsnittlig stilling på 69,9%.

Alternativ 2

Beregningene til alternativ 2 gir en reel produksjon av sykepleier på 84.235²³ timer. Fagsykepleier i 1,5 årsverk kommer i tillegg til reel produksjon. Ikke beregnet at fagsykepleier erstattes ved ferieavvikling. Det er i alternativ 2 ikke beregnet at de 8 årsverkene med poliklinisk aktivitet erstattes ved ferieavvikling.

Alternativ 2a

Med 3-skift turnus²⁴ og arbeid hver 3. helg vil alternativ 1 skape behov for 69 ansatte for å bemanne helgene. Det gir en gjennomsnittlig stilling på 76,5%. 11,6% høyere sammenlignet med alternativ 1.

Alternativ 2b

Med 45 ansatte i 2-skift turnus²⁵ med arbeid hver 3. helg og 9 ansatte i 3-skift turnus med arbeid hver 3. helg vil alternativ 1 skape behov for 54 ansatte for å bemanne helgene. Det gir en gjennomsnittlig stilling på 97,8%. 14,9% høyere sammenlignet med alternativ 1.

Alternativ 2c

Med 40 ansatte i 2-skift turnus med arbeid hver 4 helg og 24 ansatte i 3-skift turnus med arbeid hver 3. helg vil alternativ 1 skape behov for 64 ansatte for å bemanne helgene. Det gir en gjennomsnittlig stilling på 82,5%. 12,6% høyere sammenlignet med alternativ 1.

²⁰ Reel produksjon er timer vakt i avdeling.

²¹ 3-skift turnus er dagvakt, aftenvakt, nattvakt.

²² 2-skift turnus er 12t dagvakt og 12 nattvakt.

²³ Reel produksjon er timer vakt i avdeling.

²⁴ 3-skift turnus er dagvakt, aftenvakt, nattvakt.

²⁵ 2-skift turnus er 12t dagvakt og 12 nattvakt.

Vedlegg 7 Involvering og forankring

Dato	Fora/ Ansvarlig	For hvem
5. september	Styringsgruppemøte	
7. september	Husråd Orkdal/ Åm, Jystad	
9. september	Regionråd/ Wangen	Ordførere og rådmenn
16. september	Kommunekoordinatornettverk/ Wangen	Helseledere i SiO-kommunene
19. september	Informasjon til ledere i SiO/ Wangen	
20. september	Orientering tillitsvalgte SiO/ Wangen	
21. september	Informasjonsmøte arbeidsgruppe/ Jystad	Oppnevnte ressurspersoner
22. september	Avdelingsmøte SiO sengepost og LV	Ansatte sengepost og legevakt
28. september	Politisk nemd SiO	
28. september	Orientering i Kommunestyre	Orkdal
28. september	Informasjon til Ort. Orkdal/ Jystad	Ortopediske leger
6- 7/ oktober	Arbeidssamling Oppdal/ Jystad, Wangen, Mellesmo	Oppnevnte ressurspersoner
10. oktober	Informasjon tillitsvalgte Orkdal/ Jystad	
18. oktober	Styringsgruppemøte	
26. oktober	Orientering i Kommunestyre/ Wangen	Orkdal
03. november	Ekstraordinært husråd/ Åm, Jystad	Inkl verneombud og tillitsvalgte
7. november	Politisk nemd SiO/ Åm, Jystad	
10. november	Kommuneleger med tillitsvalgt/ Wikell	
11. november	Orientering FSU/ Jytsad	
16. november	Avdelingsmøte mottak Orkdal/ Jystad	
16. november	Orientering i Kommunestyre/ Wangen	Orkdal
18. november	Orientering til helseledere/ Jystad, Åm	Orkdalsregionen
19. november	Orientering sjef St. Olavs Eiendom/ Jystad	
22. november	Styringsgruppemøte	
25. november	Rådmannsutvalg	Rådmenn
7. desember	Orientering tillitsvalgte SiO	
7. desember	Ekstraordinært husråd/ Åm	
9. desember	Regionrådsmøte/ Kvernmo	Ordførere og rådmenn

Referanser

- Pasientjournalloven, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>
- Forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter, <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-12-17-1757>
- Pasientjournalloven og helseregisterloven – Kommentartutgave, ISBN 9788215023946, Sverre Engelschiøn og Elisabeth Vigerust, 2015
- [Notat](#) om Tilgang til Helse Midt-Norge sin journal
- Veiledere til Norm for informasjonssikkerhet om [felles journal](#) og [tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter](#)
- Akuttmedisinforskriften 2015
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/akuttmedisinforskriften/id2409330/>