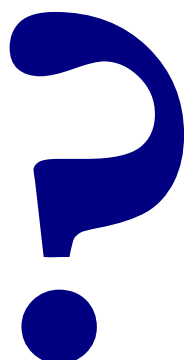


HVILKE SYKEHUS SKAL VI HA



Notat fra

FUNKSJONSGRUPPEN

i utarbeidelsen av

Strategisk plan for Helse Nord-Trøndelag 2010 – 2016

Levanger/Namsos 1. oktober 2009

1.0	Innledning	4
2.0	Prinsipper for videre utvikling	5
3.0	Modeller for utvikling av spesialisthelsetjenesten	6
3.1	Dagens modell.....	7
3.2	Levanger-modellen	8
3.3	Trønder-modellen	10
4.0	Gjennomgang av fagområdene	12
4.1	Indremedisin	13
4.2	Kirurgi.....	13
4.3	Gynekologi og fødselshjelp.....	14
4.4	Pediatri.....	15
4.5	Nevrologi.....	16
4.6	Revmatologi	16
4.7	Psykiatri.....	17
4.8	Øye	17
4.9	Øre-Nese-Hals	18
4.10	Barne- og ungdomspsykiatri	18
4.11	Fysikalsk medisin og rehabilitering.....	19
4.12	Akuttmedisin	19
4.13	Billeddiagnostikk	20
4.14	Laboratoriemedisin.....	20
4.15	Lærings- og mestringssenter	21
4.16	Fysioterapi.....	21
4.17	Ergoterapi	21
4.18	Andre områder/oppgaver.....	21
	Oversikt: Faglige funksjonsområder i Helse Nord-Trøndelag	23

Helse Nord-Trøndelag gjennomfører høsten 2009 en prosess som skal munne ut i strategisk plan for foretaket. Fem arbeidsgrupper med ulike mandat er nedsatt av administrerende direktør, hvorav en gruppe er bedt om å se på funksjoner og samhandling, "Funksjonsgruppen".

Funksjonsgruppens mandat

- Utarbeide kriterier for hvilke funksjoner som skal utføres i Helse Nord-Trøndelag HF
- På bakgrunn av kriteriene foreslå funksjoner som bør utføres i HNT og hvilke som kan ivaretas av andre (St.Olavs Hospital, kommunene m.v.)
- Foreslå mål og tiltak ift samhandling

Funksjonsgruppens medlemmer

Dagfinn Thorsvik (leder), *Helsefaglig rådgiver i Helse Nord-Trøndelag, leder av Rehabiliteringsklinikken.*

Daniel Haga, *Samhandlingsdirektør i Helse Midt-Norge*

Helge Haarstad, *medisinsk fagsjef ved St. Olavs Hospital*

Robin Gaupset, *avdelingsoverlege ved Kirurgisk avdeling, Sykehuset Namsos.*

Hilde Ranheim, *leder av Psykiatriske klinikk i Helse Nord-Trøndelag*

Kari Bratland Totsås, *leder av Barne- og familieklinikk i Helse Nord-Trøndelag*

Rolf Larsen, *tillitsvalgt i legeföreningen*

Trond Skillingstad (sekretær), *Informasjonsjef i Helse Nord-Trøndelag*

Arbeidsform

Funksjonsgruppen har hatt fire møter. Møtene har vært kombinerte møter med oppkobling på video og telefon.

1.0 Innledning

Funksjonsgruppen har fått i oppdrag å gjennomgå alle fagområder, og konkludere om Helse Nord-Trøndelag skal fortsette å yte samme tjenester som i dag, eller om andre (private, kommuner, St. Olavs Hospital) bør overta tjenesteytingen.

Det har ikke vært mulig å gjøre en fullstendig analyse av sykehusenes tjenester innenfor det tidsperspektivet som er satt for arbeidet. Funksjonsgruppen har derfor gjort en kombinasjon av tre ting:

1. Viktige prinsipper for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag
2. Aktuelle modeller som synliggjør tre ulike utviklingsperspektiv som ivaretar alle eller enkelte av prinsippene for videre utvikling
3. En vurdering av fagområdene i Helse Nord-Trøndelag med generelle anbefalinger, samt antydning av utvikling som følger av modellene

Funksjonsgruppen legger til grunn at det er av avgjørende strategisk betydning for Helse Nord-Trøndelag at det kommer til en avklart struktur og avklart utviklingsretning.

2.0 Prinsipper for videre utvikling

Spesialisthelsetjenesten i Norge står overfor store utfordringer i det nærmeste tiåret. Problemstillinger knyttet til økende subspesialisering, utstyrsbehov og volum- og kvalitetskrav er godt kjent, og har ligget til grunn for samling av fagmiljø innen helseforetakene, og en forflytning av oppgaver fra rene lokalsykehus til universitetssykehus.

Med den varslede Samhandlingsreformen skal sykehusenes rolle i større grad innebære en understøttelse av kommunehelsetjenestens funksjon som en sterkere førstelinje enn i dag. Utviklingen kan innebære en viss desentralisering av oppgaver, men vil først og fremst bety en desentralisering og/eller tilgjengeliggjøring av spesialistkompetanse overfor kommunehelsetjenesten.

Sykehusene må således framstå som mer spesialiserte enn i dag, samtidig som spesialistkompetansen må være tilgjengelig i kommunene. Det er også antydning av svakere ressursvekst i spesialisthelsetjenesten til fordel for kommunehelsetjenesten. En videre spesialisering må således først og fremst ta utgangspunkt i dagens tjenester, uten en vesentlig styrking av blant annet antallet spesialisthjemler.

Funksjonsgruppen legger vekt på at en av sykehusenes primære oppgaver er å yte gode tjenester ved behov for øyeblikkelig eller akutt helsehjelp. Strukturen på akutt beredskap må utnyttes på best mulig måte elektivt, slik at tilbudsstrukturen blir så kostnadseffektiv som mulig. Hele strukturen må hvile på en forutsetning om økonomisk bærekraft i det perspektivet som nå ses, det vil si en svakere ressursvekst enn de siste 10-20 år. Som en følge av dette mener funksjonsgruppen at enkelte fagområder må vurdere funksjonsfordeling for å sikre stabile fagmiljø over tid.

Funksjonsgruppen mener på dette grunnlaget at følgende prinsipper bør tillegges betydelig vekt i den videre utviklingen av Helse Nord-Trøndelag:

- Befolkningen skal sikres et tilfredsstillende tilbud for akutt hjelp i hele nedslagsfeltet til Helse Nord-Trøndelag
- Behovet for akuttberedskap skal ligge til grunn for etablering og opprettholdelse av vaktgående team. Ved behov for vaktgående team, bør det sørges for høyest mulig utnyttelsesgrad akutt og elektivt for en kostnadseffektiv og kvalitativt god drift
- Det bør tilstrebes å gjøre fagmiljø rekrutteringsdyktige, blant annet gjennom å etablere større miljø
- Den totale utviklingen av Helse Nord-Trøndelag må i helhet framstå som økonomisk bærekraftig
- Store avstander til tilbud skal unngås for kronikergruppene
- Spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag må formes slik at den ivaretar Samhandlingsreformens intensjoner overfor kommunehelsetjenesten

3.0 Modeller for utvikling av spesialisthelsetjenesten

Funksjonsgruppen skisserer i dette kapitlet tre modeller for videre utvikling av Helse Nord-Trøndelag. Den ene modellen er ”Dagens modell” og vil kombinere en beskrivelse av dagens spesialisthelsetjeneste i Nord-Trøndelag og styrker og svakheter som funksjonsgruppen ser innenfor denne.

De to andre modellene, ”Trønder-modellen” og ”Levanger-modellen” er utviklingsperspektiver som i sterkere grad endrer på tilbudsstrukturen i nedslagsfeltet. Hensynet til beredskapen ved akutt sykdom har vært viktig å ivareta i de ulike modellene. Det betyr at i den grad det foreslås endringer i dagens beredskapsfunksjon ved noen av sykehusene, så skal den prehospitale akuttberedskapen (bil- og luftambulans) styrkes for å sikre en fortsatt god beredskap.

Begge de to modellene beskriver en utvikling der døgnberedskap i kirurgi konsentreres til ett av sykehusene, samtidig som dette sykehuset også opprettholder en fødeavdeling. Ved det andre sykehuset vil det utføres planlagte kirurgiske inngrep, samt dagkirurgi og poliklinikk, og fødetilbudet vil være i form av fødestue.

Trønder-modellen legger vekt på avstandsbetraktninger mellom de tre sykehusene i Trøndelag og baserer den akutte tilbudsstrukturen på bakgrunn av dette. St. Olavs Hospital overtar noe vaktberedskap. Helse Nord-Trøndelag overtar samtidig elektive oppgaver fra Sør-Trøndelag. Modellen berører også akuttfunksjon innen føde.

Det andre perspektivet, Levanger-modellen, legger vekt på samling av fagmiljø og etablering av ett større sykehus for å betjene befolkningen i Nord-Trøndelag. Løsningen betinger en oppgradering av det prehospitale tilbudet nord i nedslagsfeltet til Helse Nord-Trøndelag. Modellen er en sentralsykehusmodell.

Innenfor alle tre modellene skjeler funksjonsgruppen til prinsippene som er nedfelt i kapittel to, som i sum skal bidra til å sikre en helhetlig god helsetjeneste i nedslagsfeltet. Alle utviklingsperspektiver som er omtalt i dette dokumentet er realisert i ulike deler av Sykehus-Norge.

Det legges til grunn at reduksjon i akuttfunksjoner ved St. Olavs Hospital ligger godt utenfor funksjonsgruppens mandat.

Funksjonsgruppen understreker at

- utviklingsmodellene ikke er konsekvensutredet
- eventuelle investeringsbehov ikke er vurdert

3.1 Dagens modell

Helse Nord-Trøndelag har i dag to hovedinstitusjoner. Sykehuset Levanger er den største institusjonen med om lag 1500 medarbeidere. Sykehuset Namsos har om lag 1000 medarbeidere.

Foretaket har ytterligere to distriktpsikiatriske senter (Kolvereid og Stjørdal), ett Distriktsmedisinsk Senter (Stjørdal) og desentraliserte poliklinikker (Kolvereid, Steinkjer, Stjørdal). Et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag er under planlegging.

Sykehusene har dublerede hovedfunksjoner. Begge sykehus har avdelinger som ivaretar akuttfunksjoner og elektive oppgaver innen kirurgiske og indremedisinske fag. Det er i noen grad fordelt oppgaver innenfor grener av fagene, men avdelingene framstår med et tilnærmet totalt lokalsykehusstilbud ved begge sykehus.

Innenfor noen fagområder er det etablert gjennomgående avdelinger med interne fordelinger av arbeidsoppgaver. Eksempler på dette er pediatri, revmatologi, nevrologi, barne- og ungdomspsykiatri, rehabilitering og habilitering for barn.

På noen fagområder er det sengepost kun ved det ene sykehuset. Sykehuset Levanger har sengeavdeling innen BUP, Barn og spesialisert rehabilitering. Namsos har sengepost innenfor øye, øre-nese-hals og nevrologi.

Sykehusenes tradisjonelle nedslagsfelt styrer i stor grad hvilket sykehus pasienthenvelser går til innen indremedisin og psykiatri. Når det gjelder kirurgi og ortopedi er skillet mellom nedslagsfeltene noe mindre skarpt.

Aktuelle endringer innenfor dagens modell er drøftet under det enkelte fagområde, samt vist summarisk i tabellen til slutt i dokumentet.

Modellens styrker

Dagens modell underbygger spesielt nærhetsperspektivet, både overfor befolkning og kommunehelsetjenesten ved at begge sykehus tilbyr det meste innenfor lokalsykehusfunksjoner. Modellen innebærer totalt kortest utrykningstid ved akutte tilfeller, og kontakten med kommunene forenkles gjennom kortere reiseavstander.

Modellen er vel etablert, og er utviklet gjennom beslutninger over svært lang tid.

Modellens svakheter

Dublert i Nord-Trøndelag gir mindre behandlingsevnen for den enkelte enhet. Dette kan ha konsekvenser for rekrutteringsevnen til fagmiljøene. Dersom volum, både elektivt og ved øyeblikkelig hjelp, legges til grunn som kvalitetskriterium, kan det ha konsekvenser for kvalitetsnivået på spesialisthelsetjenesten.

Modellens dublerede funksjoner er kostnadskrevende.

3.2 Levanger-modellen

Helse Nord-Trøndelag har to sykehus som begge gir et bredt spekter av tjenester. Begge sykehus har vaktteam innen kirurgi, anestesi, føde, ortopedi, psykiatri mv. Ved å samle vaktberedskapen til ett sykehus, maksimeres kostnadseffektiviteten ved vakt. Kostnadseffektiviteten blir størst ved å samle vaktenhetene til sykehuset som har størst befolkningstygde i sin nærhet, Sykehuset Levanger. Nordlige deler av Helse Nord-Trøndelags nedslagsfelt sikres et akutt tilbud gjennom en økt satsing på prehospitale tjenester.

Modellen legger til grunn en firedelt institusjonsstruktur i Nord-Trøndelag for å kombinere tilgjengelighet, faglig kvalitet og kostnadseffektivitet.

Sykehuset Levanger etableres som hovedsykehus i Nord-Trøndelag. I tillegg kommer behandlingsenheter på tre nivåer, alle med muligheter for behandling ved innleggelse og poliklinikk. Dette er:

- Lokalsykehus i Namsos med indremedisin, psykiatri og akuttmedisin, samt elektiv kirurgi og fødestue
- Distriktsmedisinske senter i Stjørdal, Steinkjer og Ytre Namdal
- Forsterket sykeheimssenter i Indre Namdal

Sykehuset Levanger ivaretar alle vaktbærende enheter i Helse Nord-Trøndelag. Det er vakt ved Sykehuset Namsos innen indremedisin og anestesi, og beredskap innen psykiatri og kirurgi. Alle avdelinger er gjennomgående.

På grunn av avstandene nord for Levanger, gjennomføres en betydelig styrking av prehospitale tjenester, både i forhold til helikopter og bilambulansse. Dette sikrer raskest mulig helsehjelp av kvalifisert personell, samtidig som det reduserer avstandsulempen til Sykehuset Levanger for pasienter som må overføres til sykehus.

Kjernevirksomheten ved Sykehuset Namsos er knyttet til indremedisinske og allmennpsykiatriske tjenester, både akutte og elektive. De indremedisinske tjenestene kan understøttes av tilstedeværende anestesivakt, forvakt innen radiologi, kirurgi og psykiatri, samt bløtkirurg og psykiater i bakvakt ved Sykehuset Levanger. Det kan utføres planlagte kirurgiske inngrep, samt dagkirurgi og poliklinikk ved Sykehuset Namsos.

Vaktberedskap innen ØNH, øye og eventuelt neurologi for hele Nord-Trøndelag ivaretas av Sykehuset Levanger eller St. Olavs Hospital. Det vurderes om vaktberedskap på natt innen ortopedi ivaretas av St. Olavs Hospital.

ØNH, øye og neurologiske tjenester gis poliklinisk, med sengeenheter ved St. Olavs Hospital eller ved opprettelse av sengeposter ved Sykehuset Levanger.

Fødetjenester ivaretas ved Sykehuset Namsos som fødestue. Risikofødsler avklares i samarbeid med kommunehelsetjenesten, og overføres til fødeavdeling ved Sykehuset Levanger. Det bør knyttes pediatrivakt og kuvøsepost til fødeavdelingen i modellen.

Nord-Trøndelag, samt Bindal, Osen og Roan kommuner, er ett opptaksområde.

Tilbudet ved Sykehuset Namsos vil forandres relativt mye. Det er overveiende sannsynlig at rekrutteringsutfordringene til en slik institusjon vil forverres fra i dag. Derfor er det usannsynlig

at enkeltfunksjoner vil kunne opprettholdes over tid ved Sykehuset Namsos, fordi sykehuset i rekrutteringssammenheng vil framstå som smalt.

Modellen legger til grunn at fagmiljøenes tyngdepunkt er ved Sykehuset Levanger. Det bør gis desentrale polikliniske tjenester ved institusjonene for øvrig, med basis i fagmiljøene ved Sykehuset Levanger.

Modellens styrker:

Modellen legger til grunn en sterk grad av kostnadseffektiv sykehusdrift. Vaktkostnader i Nord-Trøndelag reduseres til et minimum. Hoveddelen av vaktkostnader ved Sykehuset Namsos faller bort, samtidig som dagens vaktbærende enheter ved Sykehuset Levanger ivaretar akutte tilfeller uten vesentlig styrking av vaktteam.

Modellen legger grunnlag for større og mer attraktive fagmiljø.

Modellens svakheter:

Modellens akilleshæl er avstand ved akutt behov for sykehushjelp. Dette kan i noen grad kompenseres ved satsing på prehospitale tjenester.

Ved en stor satsing på helikopterambulanse, vil flere akutte tilfeller komme til sykehus innen en viss tidsperiode. I mange tilfeller vil helikopter ikke være mulig av værmessige forhold og ved samtidigetskonflikter. Dette vil innebære ambulansetransporter på 3-4 timer for visse deler av nedslagsfeltet.

Den største befolkningstettheten i Namdalen, Namsos-regionen, vil ikke dekkes innen en time, med unntak av indremedisin og psykiatri. Modellen vil således svekke det akutte tilbudet i geografisk store deler av Nord-Trøndelag, selv om det faglige tilbudet ved Sykehuset Levanger kan framstå som styrket.

Modellen vil innebære kostnader av ukjent størrelse for å heve de prehospitale tjenestene i norddelen av fylket, samt etablering av sykehuslignende funksjoner i Indre og Ytre Namdal.

Modellen kan svekke samhandlingen med kommunene, som må forholdes seg til to lokalsykehus i stedet for ett.

3.3 Trønder-modellen

Fra nordlandsgrensen til Namsos er det rundt 15 mil (varierende avstand ift kyst/innland). Fra Namsos til Levanger er det 12 mil. Fra Levanger til Trondheim er det 8 mil.

Kommunikasjonsforholdene nord i fylket er betydelig vanskeligere enn sør i fylket, noe som medvirker til at akutte utrykninger med bilambulansse går raskere per mil i sør enn i nord. Bruk av helikopter vil sannsynligvis kunne skje noe oftere sør i fylket enn nord i fylket, grunnet ulike værforhold. Hele området har en befolkningstyngde som krever akutte tjenester innefor en viss nærhet.

Foruten akuttfunksjoner ved St. Olavs Hospital, framstår i dette perspektivet behovet for de mest tidskritiske funksjonene som størst ved Sykehuset Namsos.

De mest tidskritiske funksjonene er innen fødselsomsorg, anestesi, akutt kirurgi og indremedisin. Det er også tidskritiske problemstillinger innen ortopedi, psykiatri, øre-nese-hals og nevrologi. De tidskritiske funksjonene krever understøttelse av røntgentjenester, laboratorietjenester og eventuelt andre medisinske støttetjenester.

Nedslagsfelt for vaktfunksjonene er en vurdering basert på befolkning og avstand.

En tilbudsstruktur som er bestandig over tid krever fagmiljø som framstår som attraktive og selvrekrutterende. Dette taler for større fagmiljø enn de som allerede er etablert i Helse Nord-Trøndelag, samtidig som vaktbelastningen per lege reduseres.

Vaktbelastningen basert på befolkning nord for Namsos tilsier en mulighet for å utvide nedslagsfeltet til å gjelde kommuner i sørdelen av Helse Nord. Helse Midt-Norge bør gå i dialog med Helse Nord om dette.

Vaktbelastningen tilsier at deler av Innherred kan sikres akuttfunksjoner gjennom samme team ved Sykehuset Namsos.

Dekningsområde for vaktfunksjonene vil i dette perspektivet innebære et befolkningsunderlag på om lag 60 000 – 70 000. St. Olavs Hospital overtar akuttberedskap for føde og kirurgi for øvrige deler av Nord-Trøndelag.

Ved hastegrad akutt i bilambulansse, tar det i underkant av to timer fra de ytre punktene av Namdalen og inn til Sykehuset Namsos. Dette gjelder først og fremst Ytre Namdal (Bindal, Leka, Vikna). Dersom det lages en sirkel på to timers kjøring ved hastegrad akutt rundt Sykehuset Namsos, strekker området seg nesten til St. Olavs Hospital.

Det legges til grunn at det primære utgangspunktet er å sikre akuttberedskap innenfor en time. Dette innebærer at Sykehuset Namsos og St. Olavs Hospital kan dekke hele fylket om lag innenfor en times akutt utrykningstid. Unntaket vil fortsatt være nordlige deler av fylket.

Indremedisin og psykiatri utgjør imidlertid så store volum at det neppe er hensiktsmessig med videre vurdering av sentralisert akuttberedskap til Namsos/St. Olavs Hospital. Nedslagsfelt for disse funksjonene bør avpasses i forhold til allerede gode, etablerte fagmiljø.

Modellen innebærer også en omgjøring av fødeavdelingen ved Sykehuset Levanger til fødestue. Steinkjer-regionen ivaretas fra fødeavdelingen i Namsos. Risikofødsler sør i Nord-Trøndelag føres til St. Olavs Hospital. Modellen innebærer også at kuvøseposten ved Sykehuset Levanger opphører.

Etablering/justering av vaktbærende avdelinger ved Sykehuset Namsos krever at vaktteam i størst mulig grad utnyttes også til elektiv virksomhet. En naturlig økning innen den elektive kirurgiske virksomheten vil spesielt ligge innenfor (avansert) laparoscopisk kirurgi, hvor sykehuset har etablert seg som et kompetansemiljø.

Det vurderes om ortopedisk vakt på natt kan ivaretas ved St. Olavs Hospital for hele Trøndelag. Endringene innen kirurgi vil innebære at flere nordtrøndere får sitt tilbud ved St. Olavs Hospital enn i dag. For å frigjøre kapasitet til beredskap som modellen overfører til St. Olavs Hospital, overføres en del elektiv ortopedi fra Trondheim til Levanger.

Modellen legger til rette for en dobling av elektiv ortopedisk aktivitet ved Sykehuset Levanger. Dette gjennomføres ved en samdriftsmodell med St. Olavs Hospital slik at det ortopediske tilbudet i Trøndelag framstår som ett tilbud, for eksempel gjennom felles inntak. Modellen legger grunnlag for tilstrekkelig operasjonsstuekapasitet ved Sykehuset Levanger. Kapasitetshevingen krever oppbemanning av ortopedisk avdeling. Samtidig er den ortopediske aktiviteten ved Sykehuset Levanger egnet til å være en del av St. Olav-LIS-legenes utdanning. Modellen ventes å gi betydelige verdier i forhold til kvalitet og kostnadseffektivitet for ortopedisk kirurgi i Trøndelag.

Fag som ikke har særlig innslag av tidskriske problemstillinger, sikres tilgjengelighet nærmest mulig befolkningen. På grunnlag av ulik befolkningstetthet i Nord-Trøndelag, er det naturlig at tyngdepunktet for disse fagene er Sykehuset Levanger, samtidig som nært tilbud så langt som mulig sikres til befolkningen lenger nord i fylket. Eksempel på dette kan være spesialisert rehabilitering, revmatologi og øyesykdommer.

Modellens styrker

Modellen legger grunnlag for høyere kostnadseffektivitet gjennom reduserte vaktkostnader innen gynekologi og kirurgi, eventuelt også pediatri. Modellen innebærer også en mulig reduksjon av vaktkostnader innen ortopedisk kirurgi, samtidig som det legges grunnlag for en ortopedisk enhet som kan drive høyeffektivt, både kostnads- og kvalitetsmessig.

Fagmiljøene vil øke i størrelse og framstå som mer attraktive i rekrutteringssammenheng.

Effektene hentes inn gjennom begrensede endringer i befolkningens tilbud. Blålys-tid i hele regionen vil ligge på inntil om lag en time. Unntaket fra dette er nord i fylket, som også i dag har mer enn en time blålys-tid til Sykehuset Namsos.

Modellens svakheter:

Løsningen krever et mer omfattende samarbeid med St. Olavs Hospital enn i dag, med noe utveksling av konkrete oppgaver. Det gjelder akutfunksjon innen føde og kirurgi, elektiv ortopedi og utvidelse av LIS-legenes utdanning ved St. Olavs Hospital til å omfatte noe tid i Nord-Trøndelag.

Rekrutteringsevnen til avdelingene ved Sykehuset Levanger som ikke blir vaktbærende i modellen, vil svekkes.

Modellen kan svekke samhandlingen med kommunene, som må forholdes seg til to lokalsykehus i stedet for ett.

4.0 Gjennomgang av fagområdene

Funksjonsgruppen har gjort en overordnet vurdering av funksjonene som ivaretas av Helse Nord-Trøndelag. Vurderingen har hvilt på følgende kriterier:

Befolkningens behov for helsetjenester

- Tidskritiske funksjoner
- Sykelighet
- Store kronikergrupper

Kvalitet

- Behandlingsvolum
- Kontinuitet i tilbudet
- Eksklusive tilbud (eks.fedmekirurgi, spiseforstyrrelser)

Rekruttering

- Antall spesialister/ass.leger
- Ubesatte stillinger
- Rekrutteringsevne

Kostnadseffektivitet

- Beredskapskostnader versus utnyttelse av fagkompetanse
- Transportkostnader

Nærhet til tilbudet

- Subjektiv kvalitetsforringelse ved lang avstand til tilbudet
- Konsekvenser ved alternativ tilbudsstruktur

På bakgrunn av kriteriene, har gruppen vurdert om funksjonene:

- må/bør være tilstede på Levanger og Namsos
- kan/bør overføres til St.Olav
- kan overføres til kommunehelsetjenesten
- kan/bør omfordeles internt mellom Levanger og Namsos
- som i dag utføres av andre kan ivaretaes av Helse Nord-Trøndelag

4.1 Indremedisin

Fagområdet har en rekke problemstillinger med stor hastegrad. Dette gjelder blant annet hjerteinfarkt, hjerneslag, alvorlige infeksjoner, gastrointestinale blødninger, akutte brystmerter, akutte KOLS-tilstander mv. Fagområdet domineres for øvrig av øyeblikkelig hjelp som krever behandlingen innen relativt kort tid.

Fagområdet er først og fremst rettet mot sykdom i den eldre befolkning (+67 år). Store og mange sykdomsgrupper ivaretas, herunder også store kronikergrupper. Fagområdet vil påvirkes betydelig av en økning av antall eldre. Behandlingsvolumet innen indremedisin er stort og økende.

Det indremedisinske tilbudet har vært meget stabilt over tid ved begge sykehus. Det har skjedd videreutvikling innen grenspesialiteter. Enkelte grenspesialiteter/prosedyrer er i dag funksjonsfordelt, for eksempel spesialiteten nefrologi og prosedyrer knyttet til pacemaker. Det bør gjennomgås hvilke spesialiteter som bør funksjonsfordeles, samt hvilke spesialiteter som må beholdes og eventuelt utvikles på begge sykehus.

Rekrutteringsevnen ved begge sykehus vurderes som god, med unntak av grenspesialiteten geriatri.

Fagområdet som helhet er så stort, at radikal funksjonsfordeling ikke framstår som et reelt alternativ. Det ville i så fall forringe befolkningens tilbud vesentlig med stor avstand til tilbudet, og det ville innebære meget store transportkostnader.

Generelle anbefalinger

Funksjonsgruppen anbefaler en egen gjennomgang av det indremedisinske området for å skape nødvendig samhandling med kommunehelsetjenesten, både i forhold til konkret pasientbehandling og for å etablere systemer for kompetanseoverføring.

Gruppen anbefaler videre at det legges planer for å sikre at nødvendige subspesialiteter er på plass for å takle økningen som forventes som følge av eldrebølgen.

Utviklingsperspektiv Trønder-modellen

Perspektivet i modifisert form tilsier i utgangspunktet ingen vesentlig endring fra i dag. Det kan eventuelt vurderes en forskyvning av opptaksområde for å styrke volumet ved Sykehuset Namsos og dermed skape sterkere grunnlag for subspesialiserte funksjoner.

Utviklingsperspektiv Levanger-modellen

De indremedisinske avdelingene gjøres gjennomgående med tyngdepunkt på Sykehuset Levanger, som igjen leder og understøtter tilbudet i Namsos og distriktsmedisinske senter. Mulighetene for økt subspesialisering og volum innenfor subspesialitetene øker.

4.2 Kirurgi

Det er ulik grad av hast mellom kirurgi og ortopedisk kirurgi. En del multitraumer oversendes St. Olavs Hospital for behandling i dag.

Kirurgi har problemstillinger med størst hastegrad, herunder for eksempel akutte abdominallidelser.

Ortopedisk kirurgi har relativt stort volum på problemstillinger som kan defineres som øyeblikkelig hjelp, men de fleste problemstillingene er mindre tidskrisiske enn det som defineres som akutt.

Rekruttering til ortopedi har vært meget stabilt over tid. Innen kirurgi oppleves noe sterkere rekrutteringsutfordringer knyttet til subspecialiteter. Det er utviklet et spesialtilbud innen fedmekirurgi ved Sykehuset Namsos (laparoscopisk kirurgi). Kreftkirurgi er konsentrert til Sykehuset Levanger.

Det er full akuttberedskap ved begge sykehus på dagtid. Sykehuset Namsos har ikke ortopedisk vakt på natt. Strukturering av vaktsjiktene er ulik mellom sykehusene.

Utviklingsperspektiv – dagens modell

Funksjonsgruppen anbefaler at det gjennomføres en konkret vurdering av behov for ortoped i vakt på natt i Nord-Trøndelag – om funksjonen kan ivaretas av St. Olavs Hospital. Samtidig kan elektiv ortopedi styrkes ved Sykehuset Levanger gjennom en samdriftsmodell med St. Olavs Hospital.

Det bør videre legges en konkret plan for å styrke funksjonene knyttet til (avansert) laparoscopisk kirurgi ved Sykehuset Namsos.

Urologien kan legges til Sykehuset Levanger, med poliklinikk/dagkirurgi ved begge sykehus. Hele det kirurgiske området bør gjennomgås for å se på fordeling innenfor fagene, spesielt ved tilstander med lave volum og/eller som er spesielt utstyrskrevene.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Akuttberedskap innen kirurgi i Nord-Trøndelag ivaretas av St. Olavs Hospital og Sykehuset Namsos. Utviklingen vil øke volumet på akutt kirurgi ved Sykehuset Namsos og St. Olavs Hospital. Modellen vil videre styrke elektiv ortopedi ved Sykehuset Levanger med tilsvarende reduksjon ved St. Olavs Hospital.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Akuttberedskap innen ortopedi og kirurgi ivaretas av Sykehuset Levanger.

4.3 Gynekologi og fødselshjelp

Fagområdet har størst hastegrad knyttet til fødevirksomheten ved komplikasjoner under fødsel, og akutte blødninger under graviditet. For øvrig er det en relativt omfattende gynekologisk kirurgi ved begge sykehus. Det er kronikergrupper innen faget, men disse er ikke dominerende.

Rekrutteringssituasjonen innen fagene har vært vanskelig. Begge avdelinger har opplevd betydelig rekrutteringssvikt. Situasjonen per i dag er mer tilfredsstillende, men miljøene er sårbare. Rekrutteringssituasjonen innen gynekologi i Norge som helhet anses som utfordrende.

Begge sykehus har fødeavdelingsfunksjon med tilhørende akuttberedskap.

Det er besluttet ISO-sertifisering av fødetilbudet i Helse Nord-Trøndelag. Funksjonsgruppen anbefaler at dette gjennomføres uansett utviklingsmodell.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen anser rekruttering og kvalitet som de to viktigste fokusområdene innen fagområdene, og anbefaler at det gjøres et særskilt arbeid knyttet til dette. ISO-sertifisering av avdelingene er et hensiktsmessig virkemiddel for både å sikre kvaliteten og styrke avdelingenes rekrutteringsevne.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Fødsler defineres i tre grupper. Gruppen med høyest risiko skal henvises til St. Olavs Hospital, som i dag. Fødsler med risiko ut over det som anbefales ved fødestue, henvises til fødeavdeling Sykehuset Namsos og St. Olavs Hospital. Steinkjer-regionen anses som en del av dekningsområdet for fødeavdelingen i Namsos. Det etableres fødestue ved Sykehuset Levanger for Levanger-området.

Det må vurderes nødvendig beredskap innen pediatri ved Sykehuset Namsos.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Gruppen av fødsler med høyest risiko henvises til St. Olavs Hospital som i dag. Fødsler med risiko ut over det som anbefales ved fødestue, henvises til fødeavdeling ved Sykehuset Levanger. Det etableres fødestue ved Sykehuset Namsos for Namdalsregionen.

4.4 *Pediatri*

Fagområdet har størst hastegrad knyttet til premature fødsler og akutte luftvegssykdommer. Faget har store kronikergrupper, blant annet astma og allergi, diabetes og barn med medfødte sykdommer.

Helse Nord-Trøndelag har en gjennomgående barneavdeling med poliklinikk, barnepost og kuvøsepost ved Sykehuset Levanger. Det er døgnkontinuerlig akuttberedskap. Ved Sykehuset Namsos er det pediatriisk poliklinikk.

Kuvøseposten har i perioder avlastet kuvøsefunksjonen ved St. Olavs Hospital.

Rekrutteringssituasjonen har ikke vært stabil over tid, og miljøet er vedvarende sårbart.

Habiliteringstjenesten for barn drives som ambulant poliklinikk ved begge sykehus.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen anbefaler barneavdeling ved Sykehuset Levanger og poliklinikk ved begge sykehus, som i dag.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Med struktureringen av fødetilbudet følger at kuvøseposten opphører ved Sykehuset Levanger. Døgnberedskap innen pediatri kan legges til St. Olavs Hospital sammen med barneposten. Poliklinikk opprettholdes på alle tre sykehus, eventuelt styrt av St. Olavs Hospital. Det må vurderes nødvendig beredskap innen pediatri ved Sykehuset Namsos knyttet til fødeavdelingen.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Som dagens modell.

4.5 Nevrologi

Nevrologi omfatter både akutte tilfeller og omfattende kronikergrupper. Grensesnittet mellom nevrologi og indremedisin er ulikt mellom norske sykehus, spesielt når det gjelder slagbehandling.

I Helse Nord-Trøndelag er det en gjennomgående avdeling med sengeavsnitt ved Sykehuset Namsos og poliklinikk ved begge sykehus. Det er ikke vaktberedskap knyttet til faget. Plan for styrking av nevrologisk avdeling er under utrulling.

Det er nevrologiske poliklinikker ved begge sykehus.

Rekrutteringssituasjonen har ikke vært stabil over tid. Per i dag er det tilsatt fire nevrologer ved Sykehuset Namsos, mens det er tre ledige overlegehjemer ved poliklinikken på Sykehuset Levanger. Det er en privat avtalepraksis for nevrolog i Levanger utenfor sykehuset.

Rekruttering av nevrologer er utfordrende i landet som helhet.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen anbefaler at planen for nevrologi gjennomføres som forutsatt, med sengeavdeling med akuttberedskap i Namsos. Avdelingen i Namsos må sikre tilstrekkelig poliklinisk kapasitet ved Sykehuset Levanger.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Samme utviklingsperspektiv som i dagens modell.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Det etableres nevrologisk avdeling med sengepost på Sykehuset Levanger og poliklinikk ved begge sykehus.

4.6 Revmatologi

Revmatologi omfatter ikke tilstander som oppfattes som spesielt tidskritiske. Fagområdet domineres av kronikergrupper.

I Helse Nord-Trøndelag er det en gjennomgående avdeling med base på Sykehuset Levanger, og med poliklinikk på begge sykehus. Avdelingen disponerer senger på medisinsk avdeling ved Sykehuset Levanger.

Avdelingens rekrutteringsevne er styrket, men rekruttering av revmatologer er utfordrende i landet som helhet.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Planen for gjennomgående revmatologiske tjenester er i stor grad gjennomført. Funksjonsgruppen har ikke anbefalinger om endring av tilbudet i dagens modell.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Revmatologi retter seg direkte inn mot kronikergrupper. Modellen tilsier ikke endring av dagens tilbudsstruktur.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Revmatologi retter seg direkte inn mot kronikergrupper. Modellen tilsier ikke endring av dagens tilbudsstruktur.

4.7 *Psykiatri*

Psykiatri domineres både av akutte tilstander og kronikergrupper med langvarig oppfølging. Sykeligheten i befolkningen er økende. Psykiatrien vil påvirkes av økt antall eldre i alderspsykiatrien.

Tilbudet innen psykiatri har vært stabilt over tid. Tilbudet gis ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos, hvor det er knyttet døgnkontinuerlig vakt til tjenestene. Samme vaktteam understøtter tjenester som gis ved sengeavdelinger og poliklinikker i Kolvereid og Stjørdal. Det er også etablert psykiatrisk poliklinikk i Steinkjer.

Rekrutteringssituasjonen har vært relativt stabil over tid. Det oppleves rekrutteringsutfordringer knyttet til DPS Kolvereid.

Tilbudet innen psykiatri dreies noe fra behandling i seng til ambulant tjeneste. Dette kan legge grunnlag for redusert antall senger og institusjoner.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen anbefaler en konkret gjennomgang av tilbudet ved DPS Kolvereid med tanke på redusert sengetall. Tjenestetilbudet kan vris til Namsos og bidra til å styrke miljøet ved Sykehuset Namsos.

Funksjonsgruppen anbefaler ikke endring i akuttberedskapen innen psykiatri.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Modellen tilsier ingen endring i dagens tilbudsstruktur. Det kan eventuelt vurderes en forskyvning av opptaksområde for å styrke volumet ved Sykehuset Namsos.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Voksenpsykiatrien gjøres gjennomgående med tyngdepunkt på Sykehuset Levanger, som igjen leder og understøtter tilbudet i Namsos og andre aktuelle institusjoner.

4.8 *Øye*

Øyefaget tilbyr først og fremst polikliniske og dagkirurgiske tjenester med store volum. Det er relativt lite volum på skader som krever akutt behandling. Akuttberedskap er således knyttet til oppfølging av inneliggende, opererte pasienter.

Det er to senger tilknyttet øyeavdelingen ved Sykehuset Namsos. Avdelingen driver operasjonsvirksomhet og driver poliklinikk ved sykehuset.

I tillegg er det omfattende privat virksomhet innen øyefaget med avtalespesialister i Namsos, Steinkjer, Levanger og Stjørdal.

Øyeavdelingene i Namsos og Trondheim har etablert et samarbeid som har skapt en god rekrutteringssituasjon og avlastning i forhold til St. Olavs Hospital.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen anbefaler at dagens modell og samarbeidet med St. Olavs Hospital videreføres. Det bør vurderes om beredskap på natt og i helger kan ivaretas av St. Olavs Hospital.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modell

Dagens modell og samarbeidet med St. Olavs Hospital videreføres. Det kan vurderes om faget preges så sterkt av polikliniske tjenester at det bør forankres til Sykehuset Levanger.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modell

Avdelingsfunksjonen kan overføres til Sykehuset Levanger. For øvrig ingen endring.

4.9 Øre-Nese-Hals

Øre-Nese-Hals-faget tilbyr polikliniske tjenester med store volum, samt behandler skader som krever akutt behandling. Akuttberedskap er først og fremst knyttet til inneliggende, opererte pasienter. Barn er en stor pasientgruppe. Avdelingen er for øvrig knyttet til en del aktiviteter i Lærings- og mestringssenteret.

Det er en seng knyttet til tilbudet ved Sykehuset Namsos. Avdelingen driver operasjonsvirksomhet og driver poliklinikk ved sykehuset. Avdelingen har døgnberedskap med unntak av helg og en periode om sommeren. Operasjonsvirksomheten er tilpasset vaktberedskapen.

Forøvrig er det omfattende privat virksomhet innen ØNH med avtalespesialister ved Sykehuset Levanger.

ØNH-avdelingen planlegger tilsvarende samarbeid med St. Olavs Hospital som innen Øye-faget. Dette utløses ikke av rekrutteringsbehov, men ønske om bedre pasientflyt i regionen.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Det bør være et poliklinisk tilbud ved begge sykehus. Funksjonsgruppen anbefaler at det gjøres en vurdering av om det polikliniske tilbudet innen ØNH kan gis gjennom avtalespesialister, mens avdelingsfunksjon ivaretas av St. Olavs Hospital med tilhørende vaktberedskap.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modell

Som beskrevet under dagens modell.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modell

Som beskrevet under dagens modell.

4.10 Barne- og ungdomspsykiatri

Barne og ungdomspsykiatri (BUP) domineres både av akutte tilstander og kronikergrupper med langvarig oppfølging. Sykeligheten i befolkningen er økende.

Tilbudet innen BUP har vært stabilt over tid. Det er avdelingsfunksjon ved Sykehuset Levanger med sengepost, poliklinikk og døgnberedskap. Det er poliklinikk ved Sykehuset Namsos. BUP har gjennomgående organisering i fylket.

Rekrutteringssituasjon knyttet til spesialister i barne- og ungdomspsykiatri har vært svært vanskelig. Situasjonen er betydelig forbedret de seneste årene.

Tilbudet innen BUP dreies noe fra behandling i seng til ambulant tjeneste.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen anbefaler ingen vesentlige endringer innenfor dagens modell. Funksjonsgruppen anbefaler ikke endring i akuttberedskapen innen psykiatri.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Modellen tilsier ikke endring i tilbudsstrukturen.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Modellen tilsier ikke endring i tilbudsstrukturen.

4.11 Fysikalsk medisin og rehabilitering

Fysikalsk medisin og spesialisert rehabilitering er i stor grad innrettet mot kronikergrupper.

I Helse Nord-Trøndelag er det avdelingsfunksjon for spesialisert rehabilitering ved Sykehuset Levanger med sengeavsnitt. Det er ikke vaktberedskap knyttet til faget.

Begge sykehus har fysikalsk medisinske poliklinikker. Fagområdet deltar aktivt i tverrfaglige tilnæringer, for eksempel tverrfaglig rygg- og nakkepoliklinikk.

Styringsdokument fastslår styrking av rehabiliteringstilbudet. Det framstår dermed ikke som aktuelt med reduksjon av virksomheten.

Rekrutteringssituasjonen har vært stabil over tid.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen ser ikke grunn til å anbefale strukturelle endringer. Det bør etableres poliklinisk tilbud til pasienter med kroniske smerter ved begge sykehus.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Samme utviklingsperspektiv som i dagens modell.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Samme utviklingsperspektiv som i dagens modell.

4.12 Akuttmedisin

De akuttmedisinske avdelingene består ved begge sykehus av anesthesiavdeling og intensivavdeling. Det er døgnberedskap ved begge sykehus. Anestesi er sentral i akutt beredskap. Fagområdene har vært rekrutteringsmessig stabile over lengre tid.

AMK Nord-Trøndelag er plassert ved Sykehuset Namsos. Det pågår prosesser knyttet til pilotprosjekt med felles nødsentraler. Det foreligger forslag om 6-7 felles nødsentraler i landet, hvorav den første er i drift (Drammen).

Ambulansetjenesten utøves av private tilbydere. Tjenesten styres administrativt og faglig fra Sykehuset Namsos.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen anser anestesi og intensiv som en støttetjeneste til øvrig sykehusvirksomhet. Endringer må først og fremst hvile på endringer i den faglige virksomheten for øvrig. Funksjonsgruppen anbefaler at Helse Nord-Trøndelag deltar aktivt i pilotprosjekt knyttet til nødsentral, med sikte på å få en regional rolle. Ambulansetjenesten bør knyttes faglig og organisatorisk til de akuttmedisinske avdelingene.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Anestesi og intensiv tilpasses beskrevet tjenestetilbud, både operativ og beredskapsmessig.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Anestesi og intensiv tilpasses beskrevet tjenestetilbud, både operativ og beredskapsmessig.

4.13 Billeddiagnostikk

Helse Nord-Trøndelag har fulldigitaliserte avdelinger ved begge sykehus og framstår som blant de mest moderne i landet. Avdelingene har dublerede funksjoner og understøtter øvrig klinisk virksomhet i sykehusene. Støttetjenesten er sentral i akutt beredskap.

Rekrutteringssituasjonen er forbedret over tid, men miljøene er sårbare. Rekruttering av radiologer er utfordrende i landet som helhet.

Utviklingsperspektiv – Dagens modell

Funksjonsgruppen anser billeddiagnostikk som en støttetjeneste til øvrig sykehusvirksomhet. Endringer må først og fremst hvile på endringer i den faglige virksomheten for øvrig. Funksjonsgruppen anbefaler derfor at eventuelle endringer innen radiolog-vakt avventes til Helse Midt-Norges strategiprosess 2020 er avsluttet.

Utviklingsperspektiv – Trønder-modellen

Billeddiagnostikk tilpasses beskrevet tjenestetilbud, både operativ og beredskapsmessig.

Utviklingsperspektiv – Levanger-modellen

Billeddiagnostikk tilpasses beskrevet tjenestetilbud, både operativ og beredskapsmessig.

4.14 Laboratoriemedisin

Helse Nord-Trøndelag har gjennomgående organisering innen laboratoriefagene. Klinisk kjemisk laboratorium og blodbank er representert med avdelinger på begge sykehus. Mikrobiologisk tilbud gis ut fra avdelingen i Levanger. Spesialistkompetansen innen nukleærmedisin dekkes fra St. Olavs Hospital.

Laboratoriemedisin i Helse Midt-Norge er underlagt gjentatte utredninger med tanke på strukturendringer. Funksjonsgruppen gjør derfor ikke ytterligere vurderinger tilknyttet laboratoriefagene.

4.15 Lærings- og mestringssenter

Helse Nord-Trøndelag har et gjennomgående lærings- og mestringssenter, med lokaler og virksomhet i Levanger og Namsos.

Pasient- og pårørendeopplæring er en av sykehusenes hovedoppgaver. Funksjonsgruppen mener området er vesentlig underfokuset. Det bør lages en egen handlingsplan for læring og mestring i Helse Nord-Trøndelag som skal aktivere perspektivet i alle kliniske avdelinger, og ikke minst understøtter aktiviteter i den enkelte kommune.

4.16 Fysioterapi

Støttefunksjonen er ikke nærmere vurdert av funksjonsgruppen.

4.17 Ergoterapi

Støttefunksjonen er ikke nærmere vurdert av funksjonsgruppen.

4.18 Andre områder/oppgaver

- Forskning

Helse Nord-Trøndelag har en omfattende forskningsvirksomhet. Denne framstår som rekrutteringsfremmende og bidrar til en høyere kvalitet i sykehusenes behandling av pasienter. Funksjonsgruppen anbefaler at FoU-satsingen fortsetter, og at satsingen kan skjele til hvilke rekrutteringsutfordringer og endringer i pasientbehandlingen foretaket vil stå overfor. Dette gjelder kliniske fagområder i sykehusene, men også samhandlingsområdet med kommuner og andre helseaktører.

- Prestetjeneste

Helse Nord-Trøndelag har prestatjeneste ved begge sykehus. Funksjonsgruppen har ikke vurdert tjenestene nærmere.

- Helsefremmende arbeid

Funksjonsgruppen har ikke vurdert hvordan oppgaven innen helsefremmende og forebyggende arbeid ivaretas av Helse Nord-Trøndelag, men understreker at oppgaven vil få vesentlig økt betydning gjennom Samhandlingsreformen.

Oversikt: Faglige funksjonsområder i Helse Nord-Trøndelag

Strategi 2010-2016 med mulige endringer i tilbudsstruktur relatert til ”dagens modell”

Funksjonsområde	Grener	Senger (SL, SN, Begge)	Beredskapsgrad	Poliklinikk/ dagbehandling (SL, SN, Begge)	Privat avtale- praksis	Merknad/Tiltak
Indremedisin	Hjerte Lunge Nyre Infeksjon Gastro Endokrinologi Blodsykdommer Geriatrici Slagenhet	Begge SL SL SL Begge Begge SL Begge Begge	Døgnvakt begge sykehus	Begge		De to medisinske avdelinger må avklare hensiktsmessig fordeling av elektive oppgaver i forhold til volum. SN: Etablere felles slagenhet med nevro
Ortopedi	Elektiv ortopedi Skadebehandling	Begge	Akuttberedskap natt bare på ett sykehus (SL)	Begge Begge		SL/SN må fordele elektive oppgaver. Utredning: Kan SL overta elektive oppgaver fra St.Olav? Kan St.Olav dekke ortopedi vakt natt?
Kirurgi	Gastrokirurgi Kreftkirurgi Urologi	Begge SL SL	Døgnvakt kirurgi begge sykehus	Begge Begge Begge		Kir avd SN/SL må fordele elektive oppgaver

Gynekologi/fødselshjelp	Fødsel Gynekologi	Begge Senger SL/SN?	Jordmorvakt begge sykehus Døgnvakt gynekologi bare ett sykehus?	Begge Begge		Fødestue/Fødeavdeling? Avklares i regional plan
Pediatri	Barnesykdommer Habilitering barn	Senger SL	Døgnvakt SL	Begge Begge		Kfr. Regional plan 08
Nevrologi		Senger SN	Dag/kveld/(natt)	Begge		Etablere akuttavdeling nevro med felles slagenhet med med.avd
Revmatologi		Senger i med avd SL		Begge		
Akuttmedisin	Intensiv/anestesi Ambulansetjeneste AMK	Begge	Døgnvakt begge sykehus			Samordne HOV/intensiv SL Ambulansetjenesten bør knyttes faglig og organisatorisk i akuttmedisinsk avdeling fra 2012 Sentralisering av nødmeldesentraler i Trøndelag under utredning
Øyesykdommer		Senger SN	Se merknad	SN	Privat avtalepraks is SL	Overføring av beredskap natt/helg til St.Olav vurderes
ØNH		Evt senger i kir.avd	Døgnvakt St.Olav	SN	Privat avtalepraks is SL	
Hudsykdommer					Privat avtalepraks is	

Voksenpsykiatri	Akutt Allmenn Psykose Alderspsykiatri Rus Habilitering	Begge Begge Begge Begge SL?	Døgnvakt begge sykehus	Begge Begge Begge Begge SL		
BUP		Senger SL	Døgnvakt	Begge		
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Rehabilitering Fysikalsk medisin Kroniske smerter	Senger SL		Begge Begge		Vakt dekkes av med.avd
Billeddiagnostikk			Døgnvakt begge sykehus			
Laboratoriefag	Klinisk kjemi Mikrobiologi Nukleærmedisin Blodbank		Døgnvakt begge sykehus	Begge SL St.Olav Begge		
Fysioterapi				Begge		
Ergoterapi				Begge		
Prestetjeneste				Begge		
Lærings- og mestringssenter				Begge		
Helsefremmende arbeid						
FoU						
Samhandling kommunene						