
Helse Møre og Romsdal

ROS-analyse valg av modeller for pediatri i HMR

Dato: 12. oktober 2017



Innhold

1. Forord	6
2. Sammendrag	7
<hr/>	
2.1. Innledning	7
2.2. Risiko og sårbarhet	7
2.3. Risiko og sårbarhet ved alternative modeller	8
2.3.1. Modell A	8
2.3.2. Modell B	9
2.3.3. Modell C	9
<hr/>	
2.4. Konklusjon	9
<hr/>	
3. Bakgrunn og problemstilling	10
4. Prosess og metode	11
<hr/>	
4.1. Metodisk tilnærming	11
4.2. Gjennomføring	11
<hr/>	
5. Risiko og sårbarhet	13
<hr/>	
5.1. Innledning	13
5.2. Tiltak	15
5.2.1. Modell A:	15
5.2.2. Modell B:	15
5.2.3. Modell C:	16
<hr/>	
5.3. Utilstrekkelig tilgang på prehospitaltjenester	17
5.3.1. Beskrivelse av risikoelementet	17
5.3.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	17
5.3.3. Oppsummering	17
<hr/>	
5.4. Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov – ved behandling	18
5.4.1. Beskrivelse av risikoelementet	18
5.4.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	18
5.4.3. Oppsummering	18
<hr/>	
5.5. Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov – ved innleggelse	18
5.5.1. Beskrivelse av risikoelementet	18
5.5.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	19
5.5.3. Oppsummering	19

5.6. Barn blir innlagt på voksenavdeling	19
5.6.1. Beskrivelse av risikoelementet	19
5.6.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	19
5.6.3. Oppsummering	19
5.7. Voksne blir innlagt på barneavdeling	20
5.7.1. Beskrivelse av risikoelementet	20
5.7.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	20
5.7.3. Oppsummering	20
5.8. Barn skal ikke innlegges i helseinstitusjon uten at det er medisinsk nødvendig	20
5.8.1. Beskrivelse av risikoelementet	20
5.8.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	21
5.8.3. Oppsummering	21
5.9. Arbeidsplassen oppfattes ikke som faglig attraktiv	21
5.9.1. Beskrivelse av risikoelementet	21
5.9.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	21
5.9.3. Oppsummering	21
5.10. Ledelsen lykkes ikke med å skape et godt internt samarbeid mellom Ålesund og SNR for å oppnå ønsket differensiering	22
5.10.1. Beskrivelse av risikoelementet	22
5.10.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	22
5.10.3. Oppsummering	22
5.11. Mangelfull erfaring og kompetanse mht anestesikompetanse for barn. Ikke barnelege på vakt, ikke egen sengepost for barn	22
5.11.1. Beskrivelse av risikoelementet	22
5.11.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	23
5.11.3. Oppsummering	23
5.12. Veileder «Et trygt fødetilbud» blir ikke fulgt opp ved etablering av SNR	23
5.12.1. Beskrivelse av risikoelementet	23
5.12.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	23
5.12.3. Oppsummering	23
5.13. Habiliteringstilbudet blir ikke forbedret med tanke på legeressurser	24
5.13.1. Beskrivelse av risikoelementet	24
5.13.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	24
5.13.3. Oppsummering	24
5.14. Det legges ikke til rette for bruk av ny teknologi ved planlegging av nytt SNR	24

5.14.1. Beskrivelse av risikoelementet	24
5.14.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	25
5.14.3. Oppsummering	25
<hr/>	
5.15. Ikke tilfredsstillende samhandling mellom HMR og kommunene/fastlegene	25
5.15.1. Beskrivelse av risikoelementet	25
5.15.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	25
5.15.3. Oppsummering	25
<hr/>	
5.16. Manglende/utydelige beslutninger fra ledelsen i HMR for å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimperioden	26
5.16.1. Beskrivelse av risikoelementet	26
5.16.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	26
5.16.3. Oppsummering	26
<hr/>	
5.17. HMR utarbeider ikke tilfredsstillende planer for interimperioden som gjør det attraktivt og interessant for ansatte både å bli i stillingene sine, samt få muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling i interimperioden	26
5.17.1. Beskrivelse av risikoelementet	26
5.17.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	27
5.17.3. Oppsummering	27
<hr/>	
5.18. Pasienthotell og andre fasiliteter, samt nærhet til sykehus, herunder poliklinisk virksomhet blir verken planlagt eller realisert	27
5.18.1. Beskrivelse av risikoelementet	27
5.18.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	27
5.18.3. Oppsummering	28
<hr/>	
5.19. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene blir ikke utviklet og forbedret. Fremtidens teknologiske muligheter blir ikke utnyttet	28
5.19.1. Beskrivelse av risikoelementet	28
5.19.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	28
5.19.3. Oppsummering	28
<hr/>	
5.20. Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) – på foretaksnivå	29
5.20.1. Beskrivelse av risikoelementet	29
5.20.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	29
5.20.3. Oppsummering	29
<hr/>	
5.21. Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) – på regionnivå	29
5.21.1. Beskrivelse av risikoelementet	29
5.21.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	30
5.21.3. Oppsummering	30

<hr/>	
5.22. Barn og familier opplever ikke tilfredsstillende/akseptabel og forutsigbar tilgjengelighet (åpningstid, geografi, prehospitaltjenester), herunder god informasjon til brukere om hvilke åpningstider som gjelder	30
5.22.1. Beskrivelse av risikoelementet	30
5.22.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene	30
5.22.3. Oppsummering	30
<hr/>	
6. Konklusjon	32
<hr/>	
6.1. Oppsummering og samlet risikovurdering	32
6.2. Forslag til tiltak	32
<hr/>	
Vedlegg:	34

1. Forord

Denne rapporten er utarbeidet av PricewaterhouseCoopers AS (PwC) for Helse Møre og Romsdal i samsvar med avtale datert 25.7.2017.

Arbeidet er utført i perioden august – oktober 2017 og utførende konsulenter har vært Olav Bjørnås (prosjektleder), Clas Waagø-Hansen (prosjektdeltaker), Eystein Hauge (prosjektdeltaker) og Jens Even Storhov (ansvarlig partner). Utkast til rapporten har vært til gjennomgang hos ROS-gruppen.

Trondheim, 12.10.2017



Jens Even Storhov

Partner

Denne rapporten er utarbeidet av PricewaterhouseCoopers (PwC) for Helse Møre og Romsdal (HMR) i samsvar med kontrakt, signert 25.07.2017. Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet gjennom dokumenter som oppdragsgiver har stilt til vår disposisjon, intervjuer og annen relevant dokumentasjon som er blitt gjort tilgjengelig for oss. Vi anser våre kilder og vårt informasjonsgrunnlag som pålitelig, men PwC garanterer ikke for at dette er fullstendig, korrekt og presist. Fremlagt informasjon må ikke oppfattes å være verifisert av PwC.

Oppdragsgiver har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med inngått kontrakt. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er eller vil bli lidt av oppdragsgiver eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller gjeldende avtale.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

2. Sammendrag

2.1. Innledning

Adm. dir. i HMF ønsker å evaluere dagens driftsmodell knyttet til det pediatriske tilbudet for Nordmøre og Romsdal, dernest utrede fremtidig driftsmodeller for pediatri både for Nordmøre og Romsdal/SNR og for HMR som helhet. Utredningen utføres av en bredt anlagt arbeidsgruppe hvis mandat er tredelt:

1. Beskrive samlet pediatri-tilbud i HMR
2. Evaluere dagens driftsmodell innen pediatri i Nordmøre og Romsdal
3. Utrede fremtidige driftsmodeller pediatri i HMR

Mandatets punkt 3 inkluderer en sammenligning av andre relevante fagmiljø i Norge. Driftsmodellene som foreslås skal ROS-analyseres og inkludere forslag til eventuelle kompenserende tiltak basert på funn i ROS-analysen.

I arbeidet er følgende beskrivelse fra foretakets forespørsel lagt til grunn:

“Konsulenten si oppgave er å gjennomføre ROS-analysen av driftsmodell/-ane for framtidig pediatriverksemd i Helse Møre og Romsdal HF. Konsulenten skal i samarbeid med oppnemnd ROS-gruppe identifisere farar og uønska hendingar knytte til driftsmodell/-ane. Farar og uønska hendingar skal vurderast mot analysekriterium konsulenten definerer i samråd med ROS-gruppa. Analysecriteria bør vere knytte opp mot målsetjingane for arbeidet med utgreiing av pediatri-tilbudet, effektmål i SNR-prosjektet og tema frå innspelskonferansen. Interimsperioden, dvs. perioden 2018-2022 fram til nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal står klart, må viast særskilt merksemd.”

2.2. Risiko og sårbarhet

PwCs gjennomgang av de ulike modellene for det pediatriske tilbudet tar utgangspunkt i hovedprinsippene for risikovurderinger slik de beskrives i Norsk Standard 5814:2008 "Krav til risikovurderinger" (NS 5814). Dette er også i samsvar med helseforetakets bestilling.

Til å bistå PwC i arbeidet med ROS-analysen ble det tidlig lagt opp til at det skulle utnevnes en egen ROS-gruppe. 8. september 2017 ble det informert om at administrerende direktør Espen Remme og klinikkjef Henrik Erdal har utnevnt følgende personer til å delta fra HMR:

Bente Askestad	Overlege, Kristiansund sjukehus
Vegard Helgheim	Overlege, Ålesund sjukehus
Kari Risnes	Overlege, St. Olav hospital
Marianne Nydal	Hovudtillitsvald, Norsk Sykepleierforbund (NSF)
Janne Endresen	Brukarrepresentant
Kathrine Roksvåg	Enhetsleder, Kristiansund kommune og ORKIDE/Nordmøre Regionråd
Cato Innerdal	Kommuneoverlege, Molde kommune og Romsdal Regionråd
Ove Økland	Kommuneoverlege, Ålesund kommune og Sunnmøre Regionråd

ROS-gruppen har bestått av fagpersoner, både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og som i kraft av sine faglige roller og erfaring har foretatt en egen vurdering av de risikoelementene som er basert på målsettinger hentet både fra arbeidet med utredning av pediatri-tilbudet, effektmål fra SNR-prosjektet og tema fra innspillskonferansen. Det er videre spesielt vurdert risikoer som vurdert relevante for interimsperioden (2018 – 2022).

I kapittel 4.1 er det gitt en detaljert beskrivelse av hvordan arbeidet med ROS-analysen er blitt gjennomført. Det er viktig for oss å understreke at selv om rapporten er PwCs ansvar, har det vært en svært stor grad av enighet i ROS-gruppen, både hva angår de mål og risikoelementer som presenteres og de vurderinger av sannsynlighet og konsekvens som har gitt endelig risikoscore for de enkelte risikoelementene.

Videre har vi sett på hvilke kritiske suksessfaktorer som kreves for å kunne nå målene. Neste steg har så vært å identifisere risikoelementer med utgangspunkt i suksessfaktorene, herunder også sett på sterke og svake sider ved de forskjellige modellene, samt tidligere problemer og avvik. Risikoelementene er uønskede hendelser som kan inntreffe og som kan hindre ønsket måloppnåelse.

Sårbarhet er definert slik i NS 5814: «Analyseobjektets manglende evne til å motstå virkninger av en uønsket hendelse og til å gjenopprette sin opprinnelige tilstand/funksjon etter hendelsen». Metodisk er det slik at sårbarheter utnytter en eventuell trusselhendelse og slik forårsaker en konsekvens. I vår modell er sårbarhetselementet ikke spesifikt angitt, men er implisitt vurdert ved vår konsekvensvurdering.

Det er benyttet en 5 x 5 risikomatrix til risikovurderingen. Denne håndterer sannsynlighet og konsekvens. Slik oppdraget ble definert har det ved vurdering av sannsynlighet vært naturlig å bruk en subjektiv vurdering av bekymring for at den uønskede hendelse skal inntreffe, og ikke er mer frekvensbasert skala.

Tilsvarende vurdering er gjort mht konsekvens. Her er skalaen lagt opp slik at den beskriver i hvilken grad aktuelle risikoelementer/uønskede hendelser truer de beskrevne målsettingene.

I tillegg er også styrbarhet for helseforetaket vurdert. Her har vi valgt en tredeling hvor høy styrbarhet betyr at HMR har betydelige muligheter til å styre tiltak og handlinger som innebærer at sannsynligheten og/eller konsekvensen reduseres mens middels styrbarhet betyr at HMR har muligheter til å påvirke tiltak og handlinger som påvirker sannsynlighet og/eller konsekvens

2.3. Risiko og sårbarhet ved alternative modeller

2.3.1. Modell A

For de aller fleste risikoelementene har ROS-gruppen vurdert modell A som klart er å foretrekke for å oppnå de målsettinger som er angitt. I dette ligger blant annet at barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, spesielt artikkel 3 og artikkel 24, Grunnloven § 104, Specialisthelsetjenesteloven § 2-2, §§ 3-1 og 3-6 samt forskrift om barns opphold på sykehus § 2.

Modell A gir også lavest risiko når det gjelder å være faglig attraktiv for ansatte, samt best når det gjelder vurdering av risiko knyttet til interimsperioden.

ROS-gruppen har også vurdert samhandling, muligheter for bruk av ny teknologi mv. Her er det også modell A som gir lavest risiko.

ROS-gruppen oppfatter det også slik som pediatrigruppen at beslutningen om å bygge et akuttsykehus på Hjelset (SNR) må innebære at dette også skal gjelde barn og unge. Akutttilbudet for barn og unge på Nordmøre og i Romsdal vurderes å være avhengig av personell med kompetanse og erfaring med å behandle barn. Dette skjer etter ROS-gruppens vurderinger best ved modell A. Se for øvrig vedlegg 2.

2.3.2. Modell B

For svært mange risikoelementer gir modell B akseptable løsninger, men ikke så gode løsninger som modell A. Ved valg av modell B vil det derfor måtte vurderes tiltak. For 5 av risikoelementene gir modell B en risiko i «rødt område». Se for øvrig vedlegg 3.

2.3.3. Modell C

Modell C blir av ROS-gruppen vurdert å ha en risiko i «rødt område» på hele 12 av 20 risikoområder. Med tanke på de overordnede målsettinger som ROS-gruppen har vurdert som relevante å måle imot ser modell C ikke å være en akseptabel løsning. Se for øvrig vedlegg 4.

2.4. Konklusjon

ROS-gruppen har vurdert til sammen 20 risikoelementer. Noen av risikoelementene relaterer seg til samme målsetting. Oppdeling er først og fremst gjort for å forenkle vurderingen av sannsynlighet og konsekvens per risikoelement.

I vedlegg 1 er det presentert en forenklet oversikt over alle risikoelementene for alle 3 modellene. Her fremgår det klart at modell A skiller seg ut som den modellen som gir lavest risiko. Modell B er videre klart bedre enn modell C på de fleste risikoelementene.

Som for pediatrigruppen har det også for ROS-gruppen kun vært foretatt helsefaglige vurderinger. Økonomiske konsekvenser ved de enkelte modellene er derfor oppfattet å ligge utenfor vårt mandat.

Vedlegg 1 viser også vurdert styrbarhet for de enkelte risikoelementene. De fleste er vurdert som høy som betyr at helseforetaket kan påvirke beslutninger som relateres til risikoen. Noen er vurdert som middels, som betyr at HMR kan påvirke nødvendige beslutninger.

3. Bakgrunn og problemstilling

Bakgrunn og situasjonsforståelse

Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF (HMR) skal revideres. I denne forbindelse skal foretaket se på hvordan det samlede tilbudet innen pediatri skal løses for hele HMR. Dette er aktualisert både av konkrete hendelser og avtaler, men kommer også som en naturlig del av planleggingen knyttet til det nye Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) på Hjelset.

Adm. dir. i HMF ønsker å evaluere dagens driftsmodell knyttet til det pediatriske tilbudet for Nordmøre og Romsdal, dernest utrede fremtidig driftsmodeller for pediatri både for Nordmøre og Romsdal/SNR og for HMR som helhet. Utredningen utføres av en bredt anlagt arbeidsgruppe hvis mandat er tredelt:

1. Beskrive samlet pediatri-tilbud i HMR
2. Evaluere dagens driftsmodell innen pediatri i Nordmøre og Romsdal
3. Utrede fremtidige driftsmodeller pediatri i HMR

Evalueringsrapporten vil danne et viktig grunnlag for avgjørelser knyttet til videre driftsform i interim-perioden frem til SNR står klart, for planleggingsarbeidet av SNR og for den reviderte utviklingsplanen i HMR.

Mandatets punkt 3 inkluderer en sammenligning av andre relevante fagmiljø i Norge. Driftsmodellene som foreslås skal ROS-analyseres og inkludere forslag til eventuelle kompenserende tiltak basert på funn i ROS-analysen.

I arbeidet er følgende beskrivelse fra foretakets forespørsel lagt til grunn:

“Konsulenten si oppgave er å gjennomføre ROS-analysen av driftsmodell/-ane for framtidig pediatriverksemd i Helse Møre og Romsdal HF. Konsulenten skal i samarbeid med oppnemnd ROS-gruppe identifisere farar og uønska hendingar knytte til driftsmodell/-ane. Farar og uønska hendingar skal vurderast mot analysekriterium konsulenten definerer i samråd med ROS-gruppa. Analysecriteria bør vere knytte opp mot målsetjingane for arbeidet med utgreiing av pediatriutbodet, effektmål i SNR-prosjektet og tema frå innspelskonferansen. Interimsperioden, dvs. perioden 2018-2022 fram til nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal står klart, må viast særskilt merksemd.”

4. *Prosess og metode*

En risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) bidrar til å gi en oversikt over forhold som kan redusere eller true et systems evne til å fungere. I en slik prosess identifiseres relevante sårbarheter og risikoer. PwCs gjennomgang av de ulike modellene for det pediatriske tilbudet tar utgangspunkt i hovedprinsippene for risikovurderinger slik de beskrives i Norsk Standard 5814:2008 "Krav til risikovurderinger" (NS 5814). Dette er også i samsvar med helseforetakets bestilling.

4.1. *Metodisk tilnærming*

Basert på beskrivelsen i NS 5814 gjennomfører PwC ROS-analyser med følgende hovedfaser:

- **Planlegge:** Etablering av omforent prosess og metode
- **Identifisere:** Identifisering av sårbarheter
- **Analysere:** Analyse av samlet risiko
- **Rapportere:** Presentasjon av risiko og forslag til oppfølging

Forslag til oppfølging vil kunne inkludere forslag til sannsynlighetsreduserende og konsekvensbegrensende tiltak for de risiko-områder der analysen konkluderer med at kartlagt risiko ikke er akseptabel holdt opp mot akseptkriterier.

Risiko og sårbarhet er hovedkomponenter i en ROS-analyse. I NS 5814 defineres risiko på følgende måte:

"Uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse" (NS 5814: 2008 s. 6)

Sårbarhet defineres på følgende måte:

"Manglende evne hos et analyseobjekt til å motstå virkninger av en uønsket hendelse og til å gjenopprette sin opprinnelige tilstand eller funksjon etter hendelsen" (NS 5814: 2008 s. 6)

Oppsummert ser ROS-analysen på hvordan ulike typer påkjenninger, eller uønskede hendelser, påvirker systemets evne til å fungere. Økt sårbarhet gir høyere iboende risiko. PwC har lagt opp til å analysere de ulike pediatriske driftsmodellenes sårbarhet opp mot hverandre – dette for å synliggjøre hvordan valg av ulike modeller kan gi ulike risikobilder.

4.2. *Gjennomføring*

I arbeidet med å gjennomføre ROS-analysen skal PwC som ekstern aktør presentere sin egen selvstendige rapport. Direktør Olav Bjørnås i PwC har vært operativt ansvarlig for dette arbeidet. Han har i tidlig fase benyttet direktør Clas Waagø-Hansen og i slutfasen direktør Eystein Hauge, som har gitt helsefaglige innspill. Både Clas Waagø-Hansen og Eystein Hauge er legeutdannet. Ansvarlig partner for oppdraget har vært Jens Even Storhov.

Til å bistå PwC i arbeidet med ROS-analysen ble det tidlig lagt opp til at det skulle utnevnes en egen ROS-gruppe. 8. september 2017 ble det informert om at administrerende direktør Espen Remme og klinikkssjef Henrik Erdal har utnevnt følgende personer til å delta fra HMR:

Bente Askestad	Overlege, Kristiansund sjukehus
Vegard Helgheim	Overlege, Ålesund sjukehus
Kari Risnes	Overlege, St. Olav hospital
Marianne Nydal	Hovudtillitsvald, Norsk Sykepleierforbund (NSF)
Janne Endresen	Brukarrepresentant
Kathrine Roksvåg	Enhetsleder, Kristiansund kommune og ORKIDE/Nordmøre Regionråd
Cato Innerdal	Kommuneoverlege, Molde kommune og Romsdal Regionråd
Ove Økland	Kommuneoverlege, Ålesund kommune og Sunnmøre Regionråd

Det ble avholdt et oppstartsmøte ledet av Olav Bjørnås 14. september, i Kristiansund rett etter innspillskonferansen for pediatriutredningen. Første arbeidsmøte ble avholdt i Ålesund 27. september. Avsluttende arbeidsmøte ble avholdt som videomøte 6. oktober.

På grunn av at tidsfristen for ferdigstillingen av pediatri rapporten var satt til 1. oktober har ROS-gruppen vært nødt til å arbeide parallelt med pediatri gruppen. PwC har derfor hatt eget oppstartsmøte med leder for pediatri gruppen 24. august, samt deltatt i pediatri gruppens arbeidsmøte 14. september.

Samspillet med pediatri gruppen har vært nyttig for å tilnærme seg de mange og kompliserte problemstillingene som er blitt reist, samtidig som det har vært krevende rent tidsmessig. Når rapporten nå leveres 14. oktober 2017 er oppfatningen i ROS-gruppen at selv med knappe tidsfrister har det vært mulig å foreta en grundig gjennomgang. Dette har spesielt vært mulig siden et flertall av ROS-gruppens medlemmer også har deltatt i pediatri gruppen.

I kapittel 4.1 er det gitt en detaljert beskrivelse av hvordan arbeidet med ROS-analysen er blitt gjennomført. Det er viktig for oss å understreke at selv om rapporten er PwCs ansvar, har det vært en svært stor grad av enighet i ROS-gruppen, både hva angår de mål og risikoelementer som presenteres og de vurderinger av sannsynlighet og konsekvens som har gitt endelig risikoscore for de enkelte risikoelementene.

ROS-gruppen har bestått av fagpersoner, både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og som i kraft av sine faglige roller og erfaring har foretatt en egen vurdering av risikoelementene som er basert på målsettinger hentet både fra arbeidet med utredning av pediatri tilbudet, effektmål fra SNR-prosjektet og tema fra innspillskonferansen. Det er videre spesielt vurdert risikoer som er vurdert relevante for interimperioden (2018 – 2022).

5. Risiko og sårbarhet

5.1. Innledning

I kapittel 5 er det gjort rede for hver enkelt av de risikoelementene som ROS-gruppen har vurdert som viktige å ta med i analysen. I tillegg til en kort beskrivelse av sammenheng med målsettinger, beskrivelse av selve risikoelementet med beskrivelse av mulige årsaker og virkning, viser vi også til Rapport fra pediatrigruppen, hvor det er gjort mer detaljert rede for hvordan en fremtidsrettet spesialisthelsetjeneste for barn og ungdom i HMR bør organiseres.

Arbeidet med ROS-analysen har vært gjennomført med utgangspunkt i NS 5814 og PwCs metodikk for ROS-analyser. Vårt utgangspunkt for arbeidet var å liste opp målsettinger på forskjellige nivåer, herunder også krav til etterlevelse av lover og forskrifter.

Videre har vi sett på hvilke kritiske suksessfaktorer som kreves for å kunne nå målene. Neste steg har så vært å identifisere risikoelementer med utgangspunkt i suksessfaktorene, herunder også sett på sterke og svake sider ved de forskjellige modellene, samt tidligere problemer og avvik.

Risikoelementene er uønskede hendelser som kan inntreffe og som kan hindre ønsket måloppnåelse.

Risikoelementene ble videre gjennomgått mer i detalj hvor det ble angitt utdypende beskrivelser som understreker hvorfor akkurat disse elementene kan utgjøre en risiko. For å kunne foreta en angivelse av sannsynlighet og konsekvens ble det også beskrevet mulige årsaker til at de enkelte risikoelementene kan inntreffe, samt virkningen av risikoelementet i betydningen hva som kan skje når en uønsket hendelse inntreffer.

Sårbarhet er definert slik i NS 5814: «Analyseobjektets manglende evne til å motstå virkninger av en uønsket hendelse og til å gjenopprette sin opprinnelige tilstand/funksjon etter hendelsen». Metodisk er det slik at sårbarheter utnytter en eventuell trusselhendelse og slik forårsaker en konsekvens. I vår modell er sårbarhetselementet ikke spesifikt angitt, men er implisitt vurdert ved vår konsekvensvurdering.

Ved vurdering av risikoen (sannsynlighet x konsekvens) er allerede etablerte tiltak tatt med i vurderingen. Se nærmere om tiltak i pkt 4.2. Risikovurderingene som presenteres nedenfor har vært gjennomgått og diskutert i arbeidsmøter i ROS-gruppen og er et resultat av input og argumentasjon fra deltakerne. PwC har sørget for at arbeidet har skjedd metodisk og i størst mulig samsvar med NS 5814. Der hvor det ikke har vært mulig å komme frem til enighet i gruppen, er det i tillegg til ROS-gruppens konklusjon også angitt de avvikende synspunkter som ble fremsatt.

Akseptabel risiko er i denne sammenheng ikke vurdert. Bakgrunnen for dette er at målet med ROS-analysen har vært å vurdere risiko og sårbarhet knyttet til 3 forslag til modeller for organisering av pediatri tilbudet i Møre og Romsdal. Vår vurdering er derfor basert på at den modellen som har scoret best av de 3 foreslåtte driftsmodellene er den som er mest akseptabel. I den grad den beste modellen har enkelte risikoelementer som ikke er akseptabel, er dette spesielt vurdert som ekstra tiltak.

Det er benyttet en 5 x 5 risikomatrix til risikovurderingen. Denne håndterer sannsynlighet og konsekvens. Slik oppdraget ble definert har det ved vurdering av sannsynlighet vært naturlig å bruke en subjektiv vurdering av bekymring for at den uønskede hendelse skal inntreffe, og ikke en mer frekvensbasert skala.

Sannsynlighet

Kode	Navn	Beskrivelse
1-Sl	Svært lav	«..jeg er ikke bekymret for..» (svært lite sannsynlig)
2-La	Lav	«..jeg er svært lite bekymret for..» (ikke sannsynlig)
3-Mi	Middels	«..kan ikke se bort fra..» (mulig)
4-Hø	Høy	«..jeg er bekymret for..» (sannsynlig)
5-Sh	Svært høy	«..jeg er virkelig bekymret for..» (svært sannsynlig)

Tilsvarende vurdering er gjort mht konsekvens. Her er skalaen lagt opp slik at den beskriver i hvilken grad aktuelle risikoelementer/uønskede hendelser truer de beskrevne målsettingene.

Konsekvens

Kode	Navn	Beskrivelse
1-U	Ubetydelig	Truer i svært liten grad evnen til HMR å nå sine målsettinger
2-L	Lav	Truer i liten grad evnen til HMR å nå sine målsettinger
3-Mo	Moderat	Truer i noen grad evnen til HMR å nå sine målsettinger
4-A	Alvorlig	Truer i betydelig grad evnen til HMR å nå sine målsettinger
5-Sa	Svært alvorlig	Truer i svært betydelig grad evnen til HMR å nå sine målsettinger

I tillegg er også styrbarhet for helseforetaket vurdert. Her har vi valgt en tredeling.

- Høy styrbarhet betyr at HMR har betydelige muligheter til å styre tiltak og handlinger som innebærer at sannsynligheten og/eller konsekvensen reduseres.
- Middels styrbarhet betyr at HMR har muligheter til å påvirke tiltak og handlinger som påvirker sannsynlighet og/eller konsekvens
- Lav styrbarhet betyr at HMR verken kan styre eller påvirke handlinger som kan påvirke sannsynlighet og/eller konsekvens i særlig grad

Styrbarhet

Kode	Navn	Beskrivelse
1	Lav	«..utenfor HMR sin mulighet til å påvirke..»
2	Middels	«..HMR kan påvirke..»
3	Høy	«..innenfor HMR sin styring..»

5.2. Tiltak

Slik oppdraget er definert er tiltakene i dette tilfellet det som er beskrevet som innhold i de aktuelle driftsmodellene som pediatrigruppen har lagt frem.

5.2.1. Modell A:

I denne modellen er det to sengeposter for barn og unge i Møre og Romsdal. Tilbudet i Ålesund består med dagens funksjoner og ved SNR organiseres det pediatriske og kirurgiske barnetilbudet i en mindre barne- og ungdomsseksjon.

5.2.1.1. Barnetilbud i SNR i modell A:

- Sengepost med tilstrekkelig antall senger samlet for alle inneliggende barn og ungdom: pediatriske, kirurgiske, ortopediske og ØNH-barn. Gruppen estimerer behovet for antall senger til 8, utfra dagens bruk av senger til de nevnte pasientgruppene i SNR sitt nedslagsområde. Sengeantallet vil påvirkes av hvilket kirurgisk tilbud som planlegges for barn i SNR
- Barnelege i vakt (med hjemmevakt deler av døgnet)
- Helårsdrift, eventuelt med sommerstengte senger i 4 uker
- Poliklinikk/dagbehandling etter dimensjonert behov for pediatriske pasienter inntil 5 dager i uken, hvorav 1 – 2 dager med utvidet åpningstid
 - Mulighet for dagbehandling og poliklinikk ved DMS i Kristiansund 1- 2 dager i uken¹
- Nyfødte:
 - Barnelege tar imot og stabiliserer syke nyfødte sammen med anestesilege før overflytting til Ålesund. Når barnelegen har hjemmevakt er det anestesilegen som vil behandle syke nyfødte initialt
 - Barnelege har ansvaret for barselundersøkelser
- Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn:
 - Barnelege tar imot og stabiliserer kritisk sykt barn sammen med anestesilege før overflytting til høyere behandlingsnivå (Ålesund eller St. Olav). Når barnelegen har hjemmevakt vil det være anestesilegen som behandler kritisk syke barn initialt
- Habiliteringsenheten for barn og unge flyttes til Hjelset / SNR
 - Kan bruke fasiliteter ved DMS dersom ambulering

Denne modellen gir et fremtidig barnetilbud i SNR ved etablering av en seksjon for barn og unge bestående av poliklinikk, dagbehandling og sengepost med barnelege i døgnvakt underlagt «Afdeling for Barnemedisin og habilitering».

5.2.2. Modell B:

I denne modellen samles alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost barn og ungdom i Ålesund.

5.2.2.1. Barnetilbudet i SNR i modell B:

- Inntil 6 senger i eget område for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH-problemstillinger

¹ Antall tilpasset pasienters behov og pasienters/legers og sykepleieres bosted/reisetid, tilgang til utstyr/tilleggsundersøkelser o.a.

- Det er ikke barnelege i døgnvakt, men barnelege er til stede på dagtid mens det er åpen poliklinikk
- Barnelege kan gjøre tilsyn på kirurgiske barn samt ø-hjelpsvurderinger på dagtid på hverdager
- Poliklinikk/dagbehandling etter dimensjonert behov for pediatriske pasienter inntil 5 dager i uken, hvorav 1 – 2 dager med utvidet åpningstid
 - Mulighet for dagbehandling og poliklinikk ved DMS i Kristiansund 1- 2 dager i uken²
- Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn:
 - Anestesilege tar imot og stabiliserer kritisk sykt barn (eventuelt sammen med barnelege på dagtid, sammen med vakthavende lege på medisin eller kirurgisk avdeling på vakttid) før overflytting til høyere behandlingsnivå (Ålesund eller St. Olav)
- Nyfødte:
 - Anestesilege tar imot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund (eventuelt sammen med barnelege på dagtid)
 - Barnelege har ansvaret for barselundersøkelser. Tilbud om dette kun på dagtid på hverdager
- Habiliteringsenheten for barn og unge flyttes til Hjelset / SNR
 - Kan bruke fasiliteter ved DMS dersom ambulerer

5.2.3. Modell C:

I denne modellen består det pediatriske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1 – 2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske, ortopediske eller ØNH-tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2).

5.2.3.1. Barnetilbud i SNR i modell C:

- Poliklinikk/dagbehandling etter dimensjonert behov for pediatriske pasienter inntil 5 dager i uken, hvorav 1 – 2 dager med utvidet åpningstid
 - Mulighet for dagbehandling og poliklinikk ved DMS i Kristiansund 1- 2 dager i uken³
- Barnelege vil gjøre barselundersøkelser på hverdager og kan gjøre ø-hjelp vurderinger på dagtid hvis kapasiteten tillater det
- Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn:
 - Anestesilege tar imot og stabiliserer kritisk sykt barn (eventuelt sammen med barnelege på dagtid, sammen med vakthavende lege på medisin eller kirurgisk avdeling på vakttid) før overflytting til høyere behandlingsnivå (Ålesund eller St. Olav)
- Nyfødte:
 - Anestesilege tar imot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund (eventuelt sammen med barnelege på dagtid).
 - Barnelege har ansvaret for barselundersøkelser, tilbud om dette kun på dagtid på hverdager.

² Antall tilpasset pasienters behov og pasienters/legers og sykepleieres bosted/reisetid, tilgang til utstyr/tilleggsundersøkelser o.a.

³ Antall tilpasset pasienters behov og pasienters/legers og sykepleieres bosted/reisetid, tilgang til utstyr/tilleggsundersøkelser o.a.

- Habileringsenheten for barn og unge flyttes til Hjelset/SNR, men kan bruke fasiliteter ved DMS i ved ambulering.

Pediatrigruppen har vurdert to varianter av denne modellen:

- C1: Med kirurgi til barn (Øye, ØNH, annen lett kirurgi og ortopedi). Barn som trenger innleggelse etter kirurgi innlegges i voksenavdeling
- C2: Uten verken dagkirurgi eller andre kirurgiske inngrep som krever innleggelse

5.3. Utilstrekkelig tilgang på prehospitaltjenester

5.3.1. Beskrivelse av risikoelementet

At barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, spesielt artikkel 3 og artikkel 24, Grunnloven § 104, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, §§ 3-1 og 3-6 samt forskrift om barns opphold på sykehus § 2 er en viktig målsetting som de aktuelle driftsmodellene skal måles mot. I dette ligger også at de prehospitaltjenester må være tilpasset geografi og de hospitale tjenester som tilbys alle.

Konklusjonen til pediatrigruppen er at hele fylket har generell god beredskap på prehospitaltjenester sammenlignet med andre sammenlignbare områder. ROS-gruppen har lagt denne vurderingen til grunn i sin analyse.

I vurderingen er det lagt vekt på at måloppnåelse er avhengig av at avstanden til nødvendig behandlingssted ikke er for lang, og at de prehospitaltjenestene er tilstrekkelig dimensjonert og har nødvendige faglige kvalitet. Det er videre lagt vekt på at samarbeidet med kommunelegetjenesten fungerer. Vedtatte endringer i kommunestrukturen samt fremtidig legevaktstruktur vil kunne påvirke risikoelementet og er derfor tatt med i vurderingen.

5.3.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Da det generelt er god beredskap på prehospitaltjenester i hele fylket, er det avstand til nødvendig behandlingssted som har vært avgjørende for de vurderingene ROS-gruppen har gjort. Modell A vil da komme best ut. Modell B og C vil ha en økt risiko grunnet forventet høyere forbruk av prehospitaltjenester når avstandene blir større. Dette vil kunne svekke den restberedskapen som finnes i enkeltområder. Dette er styrbart gjennom en økning i prehospital beredskap, men likevel en risiko. En fremtidig legevaktstruktur som forventes å gi større geografiske områder for legevaktene vil også forbruke av den samme kapasiteten.

5.3.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder tilgang på prehospitaltjenester. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell B kommer bedre ut enn C. Bakgrunnen for vurderingen er tilgangen til spesialisthelsetjenester innen forsvarlig reiseavstand/reisetid.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet, og kan påvirke risikoen knyttet til de prehospitaltjenester ved endring av organiseringen av fremtidig legevakt. Fremtidig kommunestruktur ligger imidlertid utenfor helseforetakets muligheter for påvirkning.

5.4. Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov – ved behandling

5.4.1. Beskrivelse av risikoelementet

At barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, spesielt artikkel 3 og artikkel 24, Grunnloven § 104, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, §§ 3-1 og 3-6 samt forskrift om barns opphold på sykehus § 2 er en viktig målsetting som de aktuelle driftsmodellene skal måles mot. I dette ligger også at spesialkompetanse og erfaring med barn og unge, samt tverrfaglighet skal være en forutsetning for å behandle barn og unge.

5.4.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

En vesentlig forskjell på de tre driftsmodellene er at egen sengepost for barn kun inngår i modell A. ROS-gruppen har derfor vurdert det slik at det er naturlig å se separat på målet om spesialkompetanse og erfaring med barn og unge med tanke på behandling, slik at vurdering av målet ved innleggelse er vurdert separat (se pkt 4.5).

Et viktig moment ved vurderingen har vært at kompetanse på dette området er sterkt avhengig av kontinuitet i arbeidsoppgaver. I tillegg har det vært viktig i vurderingen å se på fagmiljøet, herunder ønske fra de ansatte om spesialisering samt muligheter for tverrfaglighet.

5.4.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov. Når det gjelder behandling ved SNR er det modell A som kommer best ut. Modell B kommer også bedre ut enn C. Bakgrunnen for vurderingen er at etablering av sengepost i SNR totalt vil gi pasientene i denne delen av fylket bedre kvalitet også ved poliklinisk behandling og dagbehandling. Personale med pediatriisk kompetanse vurderes her som spesielt viktig når det gjelder avdekking av vold og omsorgssvikt, herunder rus og annet misbruk.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet knyttet til kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov.

5.5. Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov – ved innleggelse

5.5.1. Beskrivelse av risikoelementet

At barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, spesielt artikkel 3 og artikkel 24, Grunnloven § 104, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, §§ 3-1 og 3-6 samt forskrift om barns opphold på sykehus § 2 er en viktig målsetting som de aktuelle driftsmodellene skal måles mot. I dette ligger også at spesialkompetanse og erfaring med barn og unge, samt tverrfaglighet skal være en forutsetning for å behandle barn og unge.

5.5.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

En vesentlig forskjell på de tre driftsmodellene er at egen sengepost for barn kun inngår i modell A. ROS-gruppen har derfor vurdert det slik at det er naturlig å se separat på målet om spesialkompetanse og erfaring med barn og unge med tanke på innleggelse, slik at vurdering av målet ved behandling er vurdert separat (se pkt 4.4).

5.5.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov. Når det gjelder innleggelse gis både modell A og modell B tilfredsstillende måloppnåelse. Modell B gir her den dårligste løsningen. Både egen sengepost i SNR og ved å samle alle barn med pediatriske tilstander ved sengepost barn og ungdom i Ålesund vil kunne tilby personale med pediatrisk kompetanse for de som legges inn. Dette vurderes som spesielt viktig når det gjelder avdekking av vold og omsorgssvikt, herunder rus og annet misbruk.

I modell B vurderes tilbudet med inntil 6 senger i eget område for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH-problemstillinger som dårligere enn modell A og C. Dette begrunnes med at det pediatriske fagmiljøet vil kunne svekkes ved at det ikke er barnelege i døgnvakt.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet knyttet til kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov.

5.6. Barn blir innlagt på voksenavdeling

5.6.1. Beskrivelse av risikoelementet

At barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, spesielt artikkel 3 og artikkel 24, Grunnloven § 104, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, §§ 3-1 og 3-6 samt forskrift om barns opphold på sykehus § 2 er en viktig målsetting som de aktuelle driftsmodellene skal måles mot. I dette ligger også at barn fortrinnsvis skal ligge i barneavdeling og dessuten forskånes fra skremmende opplevelser. Dette løses normalt ved at det eksisterer en klar organisatorisk deling mellom barneavdeling og voksenavdeling, samt at det må være tilstrekkelig kapasitet på barneavdelingen.

5.6.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

En vesentlig forskjell på de tre driftsmodellene er at egen sengepost for barn kun inngår i modell A. ROS-gruppen har derfor vurdert det slik at det er naturlig å se separat på risiko for at barn blir innlagt på voksenavdeling. Vi har i pkt 4.7 vurdert risikoen for at voksne blir innlagt på barneavdeling.

5.6.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder organisatorisk deling mellom barn/ungdom og voksne. I dette punktet er det spesielt fokusert på risikoen for at barn blir innlagt på voksenavdeling. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell B kommer bedre ut enn C. Bakgrunnen for vurderingen er reiseavstand til destinasjon for innleggelse. ROS-gruppen kan lett se for seg at det kan oppstå situasjoner hvor valg av sykehus på grunn av reiseavstand og reisetid kan resultere i at barn og unge blir innlagt på voksenavdeling i SNR i stedet for innleggelse på sengepost i Ålesund. Da det i modell B er lagt opp til

inntil 6 senger i eget område for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH-problemstillinger vil modell B gi lavere risiko enn modell C.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet knyttet til etterlevelse av barn og unge sine rettigheter til å bli innlagt på egnet avdeling.

5.7. Voksne blir innlagt på barneavdeling

5.7.1. Beskrivelse av risikoelementet

At barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, spesielt artikkel 3 og artikkel 24, Grunnloven § 104, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, §§ 3-1 og 3-6 samt forskrift om barns opphold på sykehus § 2 er en viktig målsetting som de aktuelle driftsmodellene skal måles mot. I dette ligger også at barn fortrinnsvis skal ligge i barneavdeling og dessuten forskånes fra skremmende opplevelser. Dette løses normalt ved at det eksisterer en klar organisatorisk deling mellom barneavdeling og voksenavdeling, samt at det må være tilstrekkelig kapasitet på barneavdelingen.

5.7.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

En vesentlig forskjell på de tre driftsmodellene er at egen sengepost for barn kun inngår i modell A. ROS-gruppen har derfor vurdert det slik at det er naturlig å se separat på risiko for at voksne blir innlagt på barneavdeling. Det har vært spesielt fokusert på risikoen knyttet til at ledig kapasitet ved sykehuset i Ålesund ved opprettelse av egen sengepost for barn og ungdom ved SNR. Vi har for øvrig i pkt 4.6 vurdert risikoen for at barn blir innlagt på voksenavdeling.

5.7.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder organisatorisk deling mellom barn/ungdom og voksne. I dette punktet er det spesielt fokusert på risikoen for at voksne blir innlagt på barneavdeling. For dette risikoelementet er det modell C som kommer best ut. Bakgrunnen for dette er at det antas at kan bli lavere volum til sengeposten i Ålesund, og at kapasiteten kan tenkes benyttet til voksne pasienter. Modell B kommer bedre ut enn A ved at sannsynligheten for at voksne blir innlagt på barneavdeling er høyere ved å velge modell A.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet med tanke på at voksne ikke blir innlagt på barneavdeling.

5.8. Barn skal ikke innlegges i helseinstitusjon uten at det er medisinsk nødvendig

5.8.1. Beskrivelse av risikoelementet

At barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, spesielt artikkel 3 og artikkel 24, Grunnloven § 104, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, §§ 3-1 og 3-6 samt forskrift om barns opphold på sykehus § 2 er en viktig målsetting som de aktuelle driftsmodellene skal måles mot. I dette ligger det at behandlingstilbudet skal være til beste for barnet og at barn ikke skal innlegges i helseinstitusjon uten at det er medisinsk nødvendig.

5.8.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Lang reisevei kan medføre at en pasient lettere legges inn. Avstand til legevakt vil også kunne påvirke dette risikoelementet, noe som igjen blir påvirket av endring i legevaktordningen. Kompetansen hos legevakttjenesten vil imidlertid være forbedret etter at nye krav er gjennomført.

Innleggelse uten at det er medisinsk nødvendig kan medføre unødig ekstrabelastning både for pasient og dennes familie.

5.8.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder innlegging i helseinstitusjon uten at det er medisinsk nødvendig. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell B kommer bedre ut enn C. Bakgrunnen for vurderingen er tilgangen til spesialisthelsetjenester innen forsvarlig reiseavstand/reisetid.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet knyttet til etterlevelse av barn og unge sine rettigheter til å bli innlagt på egnet avdeling.

5.9. Arbeidsplassen oppfattes ikke som faglig attraktiv

5.9.1. Beskrivelse av risikoelementet

Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: «Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell». Dette betyr blant annet at det skal arbeides for at ansatte skal ha et faglig godt tilbud og et godt arbeidsmiljø.

Kompetanse i forhold til nye området og kompetansefelt (IKT, fysikk, mv) må også vies oppmerksomhet i en fremtidig helsetjeneste. Kompetanseutvikling, utdanning og organisering av virksomheten skal dessuten planlegges slik at den er tilpasset pasientenes og tjenestenes behov.

Hvis arbeidsplassen ikke oppfattes som faglig attraktiv vil den overordnede målsettingen foran ikke nås.

5.9.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

En vesentlig forskjell på de tre driftsmodellene er at egen sengepost for barn kun inngår i modell A. Konsekvensen ved at risikoelementet inntreffer er at personell slutter og at det blir vanskelig å rekruttere faglig kvalifisert personale. Sannsynligheten for at dette skjer vil avhenge av opplevelse av faglig attraktivitet.

5.9.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder faglig attraktivitet. For lite faglig miljø, usikkerhet om fremtid kan påvirke både ønsket kontinuitet og at flere medarbeidere som spesialisierer seg. ROS-gruppen har derfor vurdert modell A som den klart beste modellen for å sikre ønsket faglig standard og utvikling.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet knyttet til at arbeidsplassen skal oppfattes som faglig attraktiv.

5.10. Ledelsen lykkes ikke med å skape et godt internt samarbeid mellom Ålesund og SNR for å oppnå ønsket differensiering

5.10.1. Beskrivelse av risikoelementet

Helseforetaket har sett det som viktig for hele fylket at det finnes et sykehus som har mer spesialiserte funksjoner enn de øvrige. Barneavdelingen i Ålesund skal derfor være den største og mest differensierte barneavdelingen i HMR. Denne beslutningen har vært førende i det arbeidet pediatrigruppen har utført, og som ROS-gruppen også tar utgangspunkt i.

For å oppnå den uttrykte målsettingen er det viktig at ledelsen i helseforetaket fokuserer på å utvikle et godt internt samarbeid mellom Ålesund og SNR for å oppnå ønsket differensiering.

5.10.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Utsiktet nedbygging av kompetanse i Ålesund kan oppstå hvis samarbeidet mellom sykehusene ikke blir planlagt og styrt. Volum, kultur og manglende samarbeid på tvers kan medføre et svekket tilbud i Ålesund, noe som ikke er en ønsket situasjon. Helhetlig pasientforløp for barn er derfor viktig for å gi et best mulig tilbud for barn og unge i hele fylket.

5.10.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder fremtidig internt samarbeid mellom sykehuset i Ålesund og SNR. ROS-gruppen har derfor vurdert modell B og C som de modellene som er best egnet til å opprettholde barneavdelingen i Ålesund som den største og mest differensierte i HMR. Risikoen for å ikke lykkes med å oppnå ønsket målsetting er tilstede ved valg av modell A. Aktiv ledelse og styring av samarbeidet mellom barneavdelingene i Ålesund og SNR er derfor et nødvendig tiltak. Tilsvarende kan endring i volum (reduisert pasientantall) også medføre svekkelse av sykehuset i Ålesund ved reduksjon av sengetall og reduserte rammer.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet slik at det skapes et godt samarbeid mellom sykehusene for å oppnå ønsket differensiering, samt opprettholde barneavdelingen i Ålesund som den største og mest differensierte.

5.11. Mangelfull erfaring og kompetanse mht anestesikompetanse for barn. Ikke barnelege på vakt, ikke egen sengepost for barn

5.11.1. Beskrivelse av risikoelementet

Pediatrigruppen og ROS-gruppen har oppfattet beslutningen om å opprette SNR som et akuttisykehus også betyr at SNR skal være et akuttisykehus for barn. For å kunne ivareta de faglige krav som må stilles til et slikt sykehusstilbud må det være tilstrekkelig erfaring og kompetanse når det gjelder anestesi for barn. ROS-gruppen har også vurdert det slik at tilstrekkelig barnekompetent personell, herunder barnelege på vakt, samt egen sengepost for barn er krav som må stilles.

5.11.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Det er ikke ønskelig at tilgjengelig personell mangler erfaring og trening i å håndtere barn mht anestesi. Spesielt problemer når det gjelder luftveier for barn er slik kompetanse særlig viktig. I ROS-gruppens vurdering er det tatt hensyn til at planlegging for kirurgi for barn ved SNR er en forutsetning for å oppnå tilstrekkelig erfaring og kompetanse for barneanestesi. Konsekvensene ved mangelfull erfaring og kompetanse kan være feilbehandling, herunder feildosering.

5.11.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om at SNR skal være et akuttsykehus også for barn og unge. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell B kommer bedre ut enn C. Bakgrunnen for vurderingen er spesielt knyttet til anestesikompetanse for barn, samt barnelege på vakt.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet knyttet til at SNR også skal være et akuttsykehus for barn.

5.12. Veileder «Et trygt fødetilbud» blir ikke fulgt opp ved etablering av SNR

5.12.1. Beskrivelse av risikoelementet

Veilederen "Et trygt fødetilbud" ble utgitt av Helsedirektoratet i 2010. Den setter krav til at:

- Anestesiavdelingen må ha vaktordninger for leger og sykepleiere som sikrer tjenester i samsvar med fødeavdelingens behov
- Barneavdelingen, dersom slik finnes, må ha en vaktordning for leger og sykepleiere som sikrer tjenester i samsvar med fødeavdelingens behov
- Anestesipersonalet har, sammen med jordmor og gynekologispesialist, ansvaret for gjenopplivning av nyfødte dersom sykehuset ikke har egen barneavdeling

Et trygt fødetilbud skal gjelde alle i fylket. Dette betyr at veilederen må følges opp ved etablering av SNR.

5.12.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Alle tre modellene må vurderes å gi et trygt fødetilbud til alle i fylket. Dette er i samsvar med hva som er de faktiske forhold i dag med anestesilege på vakt hele døgnet. Kvaliteten på omsorg for nyfødte blir imidlertid enda bedre om barnelege kan være med i stabilisering og behandling før overflytting. En slik løsning kan kanskje også gi færre overflyttinger.

5.12.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om et trygt fødetilbud til alle også blir ivaretatt ved etablering av SNR. Modell A som kommer best ut, mens modell B og C anses likeverdige og fullt ut forsvarlige. Bakgrunnen for vurderingen er spesielt knyttet til barnelege i vakt (med hjemnevakt deler av døgnet).

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av tilbudet til fødende ved etablering av SNR.

5.13. Habiliteringstilbudet blir ikke forbedret med tanke på legeressurser

5.13.1. Beskrivelse av risikoelementet

Det er et mål i «Handlingsplan for habilitering av barn og unge» om opptrapping av ressurser til habilitering for barn og ungdom. Spissing av habiliteringstilbudet vil kunne skje ved økt spesialisering av kompetanse, herunder legge opp til å tilby en tverrfaglig bredde, nærhet til andre medisinske disipliner og etterlevelse av lovpålagt ansvar for opplæring av pasienter og pårørende.

5.13.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

En viktig faktor for å lykkes med å nå målsettingen er å forbedre habiliteringstilbudet med tanke på å rekruttere riktig personell. De tre driftsmodellene har ulik tilnærming til mulighetene for å kombinere legeressursen med poliklinikk og deltakelse i vakt. En mulig konsekvens ved at habiliteringstilbudet ikke forbedres er at gjeldende opptrappingsplan i helseforetaket ikke etterleves, noe som kan føre til dårligere livskvalitet for de dette gjelder. Det kan også påvirke det polikliniske tilbudet, noe som kan føre til flere innleggelser (som ikke er ønsket).

5.13.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om forbedring av habiliteringstilbudet med tanke på legeressurser. Modell A som kommer best ut, mens modell B og C anses tilnærmet likeverdige. Bakgrunnen for vurderingen er spesielt knyttet til muligheten til å kombinere både med poliklinikk og deltakelse i vakt.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan forbedre habiliteringstilbudet med tanke på legeressurser.

5.14. Det legges ikke til rette for bruk av ny teknologi ved planlegging av nytt SNR

5.14.1. Beskrivelse av risikoelementet

Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: «Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse». Dette betyr blant annet at ansatte og organisasjon utvikler og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Se for øvrig også pkt 4.19 hvor det også drøftes spørsmål knyttet til fremtidens teknologiske muligheter.

Det som drøftes i dette punktet er i hvilken grad de ulike driftsmodellene skiller seg fra hverandre når det gjelder ny teknologi.

5.14.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Det som kan skje hvis HMR ikke legger til rette for ny teknologi er at enkelte pasienter f.eks. må oppholde seg mer på sykehuset enn nødvendig i stedet for å kunne være mer hjemme og motta det aktuelle medisinske tilbudet der.

5.14.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om å ta i bruk ny teknologi ved etablering av SNR. Alle tre modellene vurderes å gi en lik tilnærming til spørsmålet om ny teknologi og fremtidens helsetilbud.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan påvirke i hvilken grad ny teknologi tas i bruk ved etablering av SNR.

5.15. Ikke tilfredsstillende samhandling mellom HMR og kommunene/fastlegene

5.15.1. Beskrivelse av risikoelementet

Behandlingstilbudet for barn og ungdom i HMR må oppfylle krav til samhandling med kommunene i samsvar med det samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og den enkelte kommune regulerer. I tillegg er det flere lover, forskrifter og veiledere som angir hvem som skal henvises til spesialisthelsetjenesten.

5.15.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Mangel på samhandling som forutsatt kan føre til at for mange pasienter blir innlagt/henvist til poliklinikk. I noen tilfeller kan det også føre til underbehandling ved at pasienter ikke blir innlagt som faglig sett burde ha skjedd.

5.15.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om tilfredsstillende samhandling mellom HMR og kommunene. Modell A som kommer best ut, mens modell B og C anses tilnærmet likeverdige. Bakgrunnen for vurderingen er spesielt knyttet til tilgangen til spesialisthelsetjenester innen forsvarlig reiseavstand/reisetid.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan påvirke samhandlingen mellom HMR og kommunene.

5.16. Manglende/utydelige beslutninger fra ledelsen i HMR for å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimperioden

5.16.1. Beskrivelse av risikoelementet

I pediatrigruppens mandat var det lagt særlig vekt på at også interimperioden frem til SNR står klart skulle evalueres. ROS-gruppen har for interimperioden delt målsettingene i to:

1. Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimperioden
2. Sikre at ansatte blir i stillingene sine, samt få muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling i interimperioden

Dette punktet tar for seg pkt 1. over.

Beslutninger og planer for interimperioden kan også påvirke driftsplanlegging for barneavdelingen i Ålesund.

5.16.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Usikkerhet i interimperioden kan resultere at HMR mister viktig og nødvendig kompetanse som igjen kan medføre ekstra belastning for enkelte pasienter. Kan også bidra til at opprinnelige planer ikke kan følges mht fremdrift, noe som også kan gi utilsiktede utfordringer for Sykehuset i Ålesund.

5.16.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimperioden. Vår vurdering her er at modell A kommer best ut, men at det også i denne modellen kan være en viss risiko for at målsettingen ikke kan oppnås i perioden før SNR står ferdig til bruk.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre i hvilken grad tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR kan sikres i interimperioden.

5.17. HMR utarbeider ikke tilfredsstillende planer for interimperioden som gjør det attraktivt og interessant for ansatte både å bli i stillingene sine, samt få muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling i interimperioden

5.17.1. Beskrivelse av risikoelementet

I pediatrigruppens mandat var det lagt særlig vekt på at også interimperioden frem til SNR står klart skulle evalueres. ROS-gruppen har for interimperioden delt målsettingene i to:

1. Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimperioden

2. Sikre at ansatte blir i stillingene sine, samt få muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling i interimperioden

Dette punktet tar for seg pkt 2. over.

Beslutninger og planer for interimperioden kan også påvirke bemanning og rekruttering i Ålesund

5.17.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Usikkerhet i interimperioden kan resultere at HMR mister viktig og nødvendig kompetanse som igjen kan medføre ekstra belastning for enkelte pasienter. Kan også bidra til at opprinnelige planer ikke kan følges mht fremdrift, noe som også kan gi utilsiktede utfordringer for Sykehuset i Ålesund.

5.17.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om å utarbeide planer for interimperioden som gjør det attraktivt for ansatte både å bli i stillingene sine, samt få muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling i interimperioden.

Vår vurdering her er at modell A kommer best ut, men at det også i denne modellen kan være en viss risiko for at målsettingen ikke kan oppnås i perioden før SNR står ferdig til bruk.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan utarbeide planer som gjør det attraktivt for ansatte å bli i stillingene sine i interimperioden.

5.18. Pasienthotell og andre fasiliteter, samt nærhet til sykehus, herunder poliklinisk virksomhet blir verken planlagt eller realisert

5.18.1. Beskrivelse av risikoelementet

Helsetilbudet til alle barn og unge i HMR skal tilrettelegges slik at nærhet til pasienten oppnås (både poliklinisk og ved innleggelse). Denne målsettingen er viktig sett ut fra en samfunnsøkonomisk vurdering, men ikke minst viktig rent menneskelig, både for pasienten og dennes familie. Spesielt for kronisk syke barn kan urimelig lang reisevei forringe livskvaliteten.

For å gi et ønsket tilbud vil avstand til sykehus, herunder poliklinisk virksomhet være aktuelt å vurdere for å tilrettelegge for nærhet til pasienten. Ved innleggelse vil det også være viktig for familie/søsken at det også er tilrettelagt med pasienthotell og andre fasiliteter.

5.18.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Økt reisetid ved urimelig lang reisevei til nødvendig foreskrevet behandling kan føre til ulemper for barn/foreldre/familie ved reduserte muligheter for avlastning, samt til å foreta besøk så ofte som ønskelig. Det kan også gi økonomiske belastninger for foreldre. Barn/ungdom kan også få økt fravær fra skole og hjem, samt sosial omgang både med søsken og andre påvirkes. I noen tilfeller kan mangelfullt tilbud i rimelig nærhet også føre til flere innleggelser enn ønskelig.

5.18.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om at helsetilbudet i HMR skal tilrettelegges slik at nærhet til pasienten oppnås. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell B kommer bedre ut enn C. Bakgrunnen for vurderingen er tilgangen til relevante fasiliteter innenfor forsvarlig reiseavstand/reisetid.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan påvirke i hvilken grad at helsetilbudet i HMR blir tilrettelagt slik at nærhet til pasienten oppnås.

5.19. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene blir ikke utviklet og forbedret. Fremtidens teknologiske muligheter blir ikke utnyttet

5.19.1. Beskrivelse av risikoelementet

Som nevnt i pkt 4.15 er det krav til samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utvikling av denne samhandlingen omfatter også tilrettelegging for større del av behandling hjemme (avansert hjemmesykehus for barn – lindrende behandling). Her kreves fokus på fremtidige teknologiske muligheter, samt endring i tradisjonell tankesett for behandling.

5.19.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Økt reisetid ved urimelig lang reisevei til nødvendig foreskrevet behandling kan føre til ulemper for barn/foreldre/familie ved reduserte muligheter for avlastning, samt til å foreta besøk så ofte som ønskelig. Det kan også gi økonomiske belastninger for foreldre. I noen tilfeller kan mangelfullt tilbud i rimelig nærhet også føre til flere innleggelses enn ønskelig.

Geografiske hindringer kan være en årsak til at den uønskede hendelsen skjer. Det samme gjelder når foreldre ikke blir tilstrekkelig involvert, eller gitt muligheten til avansert hjemmesykehus for barn.

5.19.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet om å tilrettelegge for større del av behandling hjemme, blant annet ved bruk av ny teknologi. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell B kommer bedre ut enn C.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan påvirke i hvilken grad samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan utvikles og forbedres. Herunder også utnyttelse av teknologiske muligheter.

5.20. Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) – på foretaksnivå

5.20.1. Beskrivelse av risikoelementet

Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere". Dette betyr blant annet pasientflyt i samsvar med overordnede målsettinger.

Pasienter skal ha rett behandling på rett sted til riktig tid. Dette betyr bl.a. at det må være klare prosedyrer som angir hvilket sykehus/hvilket behandlingssted skal pasienten "sendes" til.

ROS-gruppen har valgt å se på denne målsettingen både på foretaksnivå og på regionnivå. I pkt 4.20 er risikoelementet vurdert på foretaksnivå.

5.20.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) kan gi uønskede hendelser. Manglende prosedyrer for riktige valg kan føre til at pasienten kan få feilbehandling/kommer forsinket til riktig behandlingssted/-nivå.

5.20.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet å være gode lagspillere, herunder spesielt pasientflyt i samsvar med overordnede målsettinger – på foretaksnivå. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell C kommer bedre ut enn B. Bakgrunnen for vurderingen er delvis nærhet mellom pasient og sykehus som følger av modellene, men også klarhet med hensyn til hvor innleggelse skal skje. Dette betyr at det er det rette faglige tilbudet som skal styre innleggingsstedet.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan påvirke i hvilken grad prosedyrer som gjelder pasientflyt blir kommunisert og etterlevet.

5.21. Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) – på regionnivå

5.21.1. Beskrivelse av risikoelementet

Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere". Dette betyr blant annet pasientflyt i samsvar med overordnede målsettinger.

Pasienter skal ha rett behandling på rett sted til riktig tid. Dette betyr bl.a. at det må være klare prosedyrer som angir hvilket sykehus/hvilket behandlingssted skal pasienten "sendes" til.

ROS-gruppen har valgt å se på denne målsettingen både på foretaksnivå og på regionnivå. I pkt 4.21 er risikoelementet vurdert på regionnivå.

5.21.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) kan gi uønskede hendelser. Manglende prosedyrer for riktige valg kan føre til at pasienten kan få feilbehandling/kommer forsinket til riktig behandlingssted/-nivå.

5.21.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder målet å være gode lagspillere, herunder spesielt pasientflyt i samsvar med overordnede målsettinger – på regionnivå. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell B og C er vurdert likt. Bakgrunnen for vurderingen er den nærhet mellom pasient og sykehus som følger av modell A.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan påvirke i hvilken grad prosedyrer som gjelder pasientflyt blir kommunisert og etterlevet.

5.22. Barn og familier opplever ikke tilfredsstillende/akseptabel og forutsigbar tilgjengelighet (åpningstid, geografi, prehospitale tjenester), herunder god informasjon til brukere om hvilke åpningstider som gjelder

5.22.1. Beskrivelse av risikoelementet

Alle barn og deres familier i fylket skal oppleve trygghet i forhold til tilgjengelighet hele året i kontakt med helsetjenesten, både for akutt og kronisk syke.

Opplevelser knyttet til stenging av enkelte avdelinger har historisk vært en utfordring for mange. Pasienter skal oppleve likeverdighet i møte med helsepersonell. Pasienter og foresatte skal oppleve tilgjengelige, forutsigbare og helhetlige tjenester.

5.22.2. Risiko knyttet til de tre driftsmodellene

Det kan oppstå utrygghet når åpningstider ikke er forutsigbart. Det er også viktig å presisere at en stengningsperiode kan bidra til bedre kvalitet i resten av året, ved at men ikke er avhengig av mye vikarbruk/høy vaktbelastning ved avvikling av ansattes ferie. Det å vite at tilbudet ikke er tilgjengelig (stengt), kan også oppleves som en utrygghet i seg selv. I dette ligger også opplevelse av at reisevei til behandling er lang og usikker. I dette ligger lokalisering/avstand både til barnemedisinsk kompetanse 24/7 og prehospitaletjenester.

Det vil kunne oppstå økt press på kommunehelsetjenesten hvis åpningstider ikke oppleves som klare. Dette skaper også utrygghet for pasienter og foreldre.

5.22.3. Oppsummering

ROS-gruppen har analysert risiko og styrbarhet knyttet til de tre modellene når det gjelder trygghet i forhold til tilgjengelighet hele året, både for akutt og kronisk syke. For dette risikoelementet er det modell A som kommer best ut. Modell B kommer bedre ut enn C. Bakgrunnen for vurderingen er tilgangen til nødvendige spesialisthelsetjenester innen forsvarlig reiseavstand/reisetid.

Når det gjelder styrbarhet har ROS-gruppen vurdert at helseforetaket kan styre organisering av barnetilbudet knyttet til opplevelse av trygghet i forhold til tilgjengelighet hele året.

6. Konklusjon

6.1. Oppsummering og samlet risikovurdering

ROS-gruppen har vurdert til sammen 20 risikoelementer. Noen av risikoelementene relaterer seg til samme målsetting. Oppdeling er først og fremst gjort for å forenkle vurderingen av sannsynlighet og konsekvens per risikoelement.

I vedlegg 4 er det presentert en forenklet oversikt over alle risikoelementene for alle 3 modellene. Her fremgår det ganske klart at modell A skiller seg klart ut som den modellen som gir lavest risiko. Modell B er videre klart bedre enn modell C på de fleste risikoelementene.

Som for pediatrigruppen har det også for ROS-gruppen kun vært foretatt helsefaglige vurderinger. Økonomiske konsekvenser ved de enkelte modellene er derfor oppfattet å ligge utenfor vårt mandat.

Vedlegg 4 viser også vurdert styrbarhet for de enkelte risikoelementene. De fleste er vurdert som høy som betyr at helseforetaket kan påvirke beslutninger som relateres til risikoen. Noen er vurdert som middels, som betyr at HMR kan påvirke nødvendige beslutninger.

6.2. Forslag til tiltak

ROS-gruppen har vurdert det slik at når det gjelder tiltak så er det først og fremst risiko i «gult område» for modell A som er relevant å beskrive. Når det gjelder modell B og C vil tiltakene i denne sammenheng være å se på modell A.

Det er imidlertid 5 av 20 risikoelementer knyttet til modell A som er vurdert å være i «gult område». Dette er:

1. Voksne blir innlagt i barneavdeling. Dette er en risiko for Sykehuset i Ålesund ved valg av modell A.

Tiltak her vil være å se nærmere på alternativ kapasitetsutnyttelse i Ålesund.

2. Ledelsen lykkes ikke med å skape et godt internt samarbeid mellom Ålesund og SNR for å oppnå ønsket differensiering.

Tiltak her vil være aktiv ledelse og styring av samarbeidet mellom barneavdelingene i Ålesund og SNR.

3. Det legges ikke til rette for bruk av ny teknologi ved planlegging av nytt SNR.

Tiltak her vil være å sørge for økt fokus på å ta i bruk ny teknologi for å oppnå bedre helse.

4. Manglende/utydelige beslutninger fra ledelsen i HMR med tanke på å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden.

Tiltak her vil være driftsplaner for interimsperioden og visshet for fremtidige arbeidsmuligheter i SNR. Tilbudet i SNR må være stort nok til å være rekrutterende og det må tilbys muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling. Manglende kapasitet og faglig kvalitet for personalet vil kunne utfordringer for å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet i behandling av barn og unge i NR i interimsperioden.

-
5. HMR utarbeider ikke tilfredsstillende planer for interimperioden som gjør det attraktivt og interessant for ansatte både å bli i stillingene sine, herunder også tilby muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling HMR utarbeider ikke tilfredsstillende planer for interimperioden som gjør det attraktivt og interessant for ansatte både å bli i stillingene sine, herunder også tilby muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling.

Tiltak her vil være driftsplaner for interimperioden og visshet for fremtidige arbeidsmuligheter i SNR. Tilbudet i SNR må være stort nok til å være rekrutterende og det må tilbys muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling. Ledelsen må også være oppmerksom på at beslutninger og planer også kan påvirke bemanning og rekruttering i Ålesund.

Vedlegg:

Vedlegg:

Vedlegg 1: Risikomatrise alle modeller samlet

Vedlegg 2: Risikomatrise Modell A

Vedlegg 3: Risikomatrise Modell B

Vedlegg 4: Risikomatrise Modell C

Vedlegg 1: Risikoanalyse - alle modeller

Id	Column1	Risikoelement/Uønsket hendelse (identifikasjon av hendelser som kan inntreffe og hindre ønsket måloppnåelse)	Modell A				Modell B				Modell C			
			Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko	Styrbarhet	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko	Styrbarhet	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko	Styrbarhet
1	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Utilstrekkelig tilgang på prehospitaltjenester	2	2		Middels	4	3		Middels	4	5		Middels
2	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov - ved behandling	2	2		Høy	4	3		Høy	4	4		Høy
2B	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov - ved innleggelse	2	2		Høy	3	2		Høy	2	2		Høy
3	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Barn blir innlagt på voksenavd - gjelder generelt for HMR	2	2		Høy	3	3		Høy	4	4		Høy
3B	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Voksne blir innlagt på barneavdeling - gjelder spesielt for Ålesund pga risiko for lavere volum	3	4		Høy	2	4		Høy	2	2		Høy
4	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Barn skal ikke innlegges i helseinstitusjon uten at det er medisinsk nødvendig	2	2		Høy	3	3		Høy	4	4		Høy
5	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier:	Arbeidsplassen oppfattes ikke som faglig attraktiv	2	2		Høy	4	4		Høy	4	5		Høy
6	Barneavdelingen i Ålesund skal være den største og mest differensierte barneavdelingen i HMR	Ledelsen lykkes ikke med å skape et godt internt samarbeid mellom Ålesund og SNR for å oppnå ønsket differensiering	3	3		Høy	2	2		Høy	2	2		Høy
7	SNR skal være et akuttstusykehus også for barn	Mangelfull erfaring og kompetanse mht anestesikompetanse for barn. Ikke barnelege på vakt, ikke egen sengepost for barn.	2	2		Høy	3	3		Høy	4	4		Høy
8	"Eit trygt fødetilbud" til alle i fylket	Veileder "Eit trygt fødetilbud" blir ikke fulgt opp ved etablering av SNR	2	2		Høy	3	3		Høy	3	3		Høy
9	Opptrapping av ressurser til habilitering av barn og unge, ref. Handlingsplan	Habiliteringstilbudet blir ikke forbedret med tanke på legeressurser	2	2		Høy	4	3		Høy	4	2		Høy

10	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse"	Det legges ikke til rette for bruk av ny teknologi ved planlegging av nytt SNR	3	4		Middels	3	4		Middels	3	4		Middels
11	Behandlingstilbudet for barn i HMR må oppfylle krav til samhandling med kommunene	Ikke tilfredsstillende samhandling mellom HMR og kommunene/fastlegene	2	2		Middels	3	3		Middels	3	4		Middels
12	Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	Manglende/utydelige beslutninger fra ledelsen i HMR med tanke på å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	3	3		Høy	4	4		Høy	4	4		Høy
13	Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	HMR utarbeider ikke tilfredsstillende planer for interimsperioden som gjør det attraktivt og interessant for ansatte både å bli i stillingene sine, herunder også tilby muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling	3	3		Høy	4	4		Høy	4	4		Høy
14	Tilrettelegge for nærhet til behandling av pasienten (både poliklinisk og innleggelse)	Pasienthotell og andre fasiliteter, samt nærhet til sykehus, herunder poliklinisk virksomhet, blir verken planlagt eller realisert.	2	2		Middels	3	4		Middels	4	4		Middels
15	Tilrettelegge for større del av behandling hjemme (avansert hjemmesykehus for barn - lindrende behandling) (se	Samhandling mellom spesialisttjenesten og kommunene blir ikke utviklet og forbedret. Fremtidens teknologiske muligheter blir ikke utnyttet.	2	2		Middels	3	3		Middels	4	4		Middels
16	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere"	Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) - på foretaksnivå	2	2		Middels	4	4		Middels	3	3		Middels
16B	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere"	Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) - på regionnivå	2	2		Middels	4	4		Middels	4	4		Middels
17	Alle barn og deres familier i M&R skal oppleve trygghet i forhold til tilgjengelighet hele året i kontakt med helsetjenesten, både for akutt og kronisk syke	Barn og familier opplever ikke tilfredsstillende/akseptabel og forutsigbar tilgjengelighet (åpningstid, geografi, prehospitaltjenester), herunder god informasjon til brukere om hvilke åpningstider som gjelder	2	2		Høy	3	3		Høy	4	4		Høy

Vedlegg 2: Risikoanalyse modell A

Id	Målsetting	Risikoelement/Uønsket hendelse (identifikasjon av hendelser som kan inntreffe og hindre ønsket måloppnåelse)	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko	Styrbarhet	Eksisterende tiltak (barrierer) Basis for angitt risikonivå i modell A	Forslag til kompensierende tiltak - modell A
1	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon , Grunnloven og andre relevante lover	Utilstrekkelig tilgang på prehospitaltjenester	2	2		Middels	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn. I tillegg generell god beredskap på prehospitaltjenester i hele fylket	
2	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov - ved behandling	2	2		Høy	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
2B	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov - ved innleggelse	2	2		Høy	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
3	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Barn blir innlagt på voksenavd - gjelder generelt for HMR	2	2		Høy	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
3B	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Voksne blir innlagt på barneavdeling - gjelder spesielt for Ålesund pga risiko for lavere volum	3	4		Høy	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Risikoen her er knyttet til Ålesund sykehus. Tiltak her vil være å se nærmere på alternativ kapasitetsutnyttelse i Ålesund.
4	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Barn skal ikke innlegges i helseinstitusjon uten at det er medisinsk nødvendig	2	2		Høy	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
5	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell"	Arbeidsplassen oppfattes ikke som faglig attraktiv	2	2		Høy	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn. Tiltaket gir behovsdekning for de fleste barn og unge med behov for poliklinisk oppfølging og dagbehandling. Det understrekes at det er SNR som det her er fokusert på mht stillinger og faglig miljø.	
6	Barneavdelingen i Ålesund skal være den største og mest differensierte barneavdelingen i HMR	Ledelsen lykkes ikke med å skape et godt internt samarbeid mellom Ålesund og SNR for å oppnå ønsket differensiering	3	3		Høy	To sengeseksjoner for barn og unge i Møre og Romsdal. Barneavdelinga i Ålesund betår med dagens funksjoner og ved SNR organiseres det pediatriske og kirurgiske barnetilbudet i en mindre barne- og ungdomsseksjon.	Aktiv ledelse og styring av samarbeidet mellom barneavdelingne i Ålesund og SNR.
7	SNR skal være et akutt sykehus også for barn	Mangelfull erfaring og kompetanse mht anestesikompetanse for barn. Ikke barnelege på vakt, ikke egen sengepost for barn.	2	2		Høy	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
8	"Eit trygt fødetilbud" til alle i fylket	Veileder "Eit trygt fødetilbud" blir ikke fulgt opp ved etablering av SNR	2	2		Høy	Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, barnelege har ansvaret for barselundersøkelser	
9	Opptapping av ressurser til habilitering av barn og unge, ref. Handlingsplan	Habiliteringstilbudet blir ikke forbedret med tanke på legeressurser	2	2		Høy	Habiliteringsenheten for barn og unge flyttes til Hjelset/SNR. Kan bruke fasiliteter ved DMS dersom ambulerer. I SNR vil økt legeressurs være mulig å kombinere både med poliklinikk og deltakelse i vakt.	
10	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse"	Det legges ikke til rette for bruk av ny teknologi ved planlegging av nytt SNR	3	4		Middels	Ingen konkrete tiltak . Økt brukermidvirkning tilsier at det er en fordel med kort avstand til brukerne.	Økt fokus på å ta i bruk ny teknologi for å oppnå bedre helse

11	Behandlingstilbudet for barn i HMR må oppfylle krav til samhandling med kommunene	Ikke tilfredsstillende samhandling mellom HMR og kommunene/fastlegene	2	2		Middels	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn. Nærhet til primærhelsetjenesten vil kunne gi tilfredsstillende måloppfyllelse.	
12	Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	Manglende/utydelige beslutninger fra ledelsen i HMR med tanke på å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	3	3		Høy	Sengeseksjon i SNR vil kunne redusere risikoen for rask forvirring av det barnemedisinske fagmiljøet i NMR og skape økt risiko og utfordringer i driften av barneavdelingen i Kristiansund i interimfasen	Driftsplaner for interimsperioden og visshet for fremtidige arbeidsmuligheter i SNR. Tilbudet i SNR må være stort nok til å være rekrutterende og det må tilbys muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling. Manglende kapasitet og faglig kvalitet for personalet vil kunne utfordringer for å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet i behandling av barn og unge i NR i interimsperioden.
13	Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	HMR utarbeider ikke tilfredsstillende planer for interimsperioden som gjør det attraktivt og interessant for ansatte både å bli i stillingene sine, herunder også tilby muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling	3	3		Høy	Sengeseksjon i SNR vil kunne redusere risikoen for rask forvirring av det barnemedisinske fagmiljøet i NMR og skape økt risiko og utfordringer i driften av barneavdelingen i Kristiansund i interimfasen	Driftsplaner for interimsperioden og visshet for fremtidige arbeidsmuligheter i SNR. Tilbudet i SNR må være stort nok til å være rekrutterende og det må tilbys muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling. Ledelsen må også være oppmerksom på at beslutninger og planer også kan påvirke bemanning og rekruttering i Ålesund.
14	Tilrettelegge for nærhet til behandling av pasienten (både poliklinisk og innleggelses)	Pasienthotell og andre fasiliteter, samt nærhet til sykehus, herunder poliklinisk virksomhet, blir verken planlagt eller realisert.	2	2		Middels	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
15	Tilrettelegge for større del av behandling hjemme (avansert hjemmesykehus for barn - lindrende behandling) (se også punkt 14)	Samhandling mellom spesialisttjenesten og kommunene blir ikke utviklet og forbedret. Fremtidens teknologiske muligheter blir ikke utnyttet.	2	2		Middels	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
16	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere"	Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) - på foretaksnivå	2	2		Middels	Ingen spesielle tiltak knyttet til målsettingen i modell A. Den nærhet mellom pasient og sykehus som følger av modellen vil imidlertid normalt sikre tilfredsstillende måloppfyllelse.	
16B	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere"	Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) - på regionnivå	2	2		Middels	Ingen spesielle tiltak knyttet til målsettingen i modell A. Den nærhet mellom pasient og sykehus som følger av modellen vil imidlertid normalt sikre tilfredsstillende måloppfyllelse.	
17	Alle barn og deres familier i M&R skal oppleve trygghet i forhold til tilgjengelighet hele året i kontakt med helsetjenesten, både for akutt og kronisk syke	Barn og familier opplever ikke tilfredsstillende/akseptabel og forutsigbar tilgjengelighet (åpningstid, geografi, prehospitaltjenester), herunder god informasjon til brukere om hvilke åpningstider som gjelder	2	2		Høy	Sengeseksjon i SNR, barnelege i vakt samt helårsdrift . I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	

Vedlegg 3: Risikoanalyse modell B

Id	Målsetting	Risikoelement/Uønsket hendelse (identifikasjon av hendelser som kan inntreffe og hindre ønsket måloppnåelse)		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko	Styrbarhet	Eksisterende tiltak (barrierer) Basis for angitt risikonivå i modell B	Forslag til kompensierende tiltak - modell B
1	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Utilstrekkelig tilgang på prehospitaltjenester	4	3		Middels	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vaktavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn. I tillegg generell god beredskap på prehospitaltjenester i hele fylket.	Se modell A	
2	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov -ved behandling	4	3		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vaktavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A	
2B	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov - ved innleggelse	3	2		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vaktavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A	
3	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Barn blir innlagt på voksenavd - gjelder generelt for HMR	3	3		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vaktavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A	
3B	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Voksne blir innlagt på barneavdeling - gjelder spesielt for Ålesund pga risiko for lavere volum	2	4		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vaktavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell C	
4	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Barn skal ikke innlegges i helseinstitusjon uten at det er medisinsk nødvendig	3	3		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vaktavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	se modell A	
5	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell"	Arbeidsplassen oppfattes ikke som faglig attraktiv	4	4		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vaktavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn Tiltaket gir behovsdekning for de fleste barn og unge med behov for poliklinisk oppfølging og dagbehandling, men det faglige miljøet kan oppleves noe lite for de ansatte.	Med tanke på faglig utvikling for pediatre ved SNR gir modell B en økt risiko sml med modell A.	
6	Barneavdelingen i Ålesund skal være den største og mest differensierte barneavdelingen i HMR	Ledelsen lykkes ikke med å skape et godt internt samarbeid mellom Ålesund og SNR for å oppnå ønsket differensiering	2	2		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund.	Kan gi god løsning for Ålesund, men krever samtidig kultur for samarbeid	
7	SNR skal være et akuttstuskehus også for barn	Mangelfull erfaring og kompetanse mht anestesikompetanse for barn. Ikke barnelege på vakt, ikke egen sengepost for barn.	3	3		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vaktavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Utfordringen her ligger i barnefaglig kompetanse hos leger på vakt i SNR. Velges modell B må dette ha stor fokus. Se ellers modell A.	
8	"Eit trygt fødetilbud" til alle i fylket	Veileder "Eit trygt fødetilbud" blir ikke fulgt opp ved etablering av SNR	3	3		Høy	Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, barnelege har ansvaret for barselundersøkelser	Forsvarlig, men ikke optimalt uten barnelege i døgnvakt. Se ellers modell A	
9	Opptrapping av ressurser til habilitering av barn og unge, ref. Handlingsplan	Habiliteringstilbudet blir ikke forbedret med tanke på legeressurser	4	3		Høy	Habiliteringsenheten for barn og unge flyttes til Hjelset/SNR. Kan bruke fasiliteter ved DMS dersom ambulering. I SNR vil økt legeressurser være mulig å kombinere både med poliklinikk og deltakelse i vakt.	Se modell A. I denne modellen vurderes sannsynligheten for tilfredsstillende faglig nivå totalt sett å være høyere enn i modell B	
10	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse"	Det legges ikke til rette for bruk av ny teknologi ved planlegging av nytt SNR	3	4		Middels	Ingen konkrete tiltak. Økt brukermidvirkning tilsier at det er en fordel med kort avstand til brukerne.	Se modell A.	

11	Behandlings tilbudet for barn i HMR må oppfylle krav til samhandling med kommunene	Ikke tilfredsstillende samhandling mellom HMR og kommunene/fastlegene	3	3		Middels	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn.	Se modell A. Denne modellen gir større grad av behandling i SNR og dermed økt sannsynlighet for måloppfyllelse.
12	Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	Manglende/utydelige beslutninger fra ledelsen i HMR med tanke på å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	4	4		Høy	Sengeseksjon i SNR (for kirurgi, ortopedi og ØNH), barnelege i vakt samt helårsdrift. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A. 2 sengeseksjoner (fullverdige) vil kunne redusere risikoen for rask forvritning av det barnemedisinske fagmiljøet i NMR og skape lavere risiko og utfordringer i driften av barneavdelingen i Kristiansund i interimfasen.
13	Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	HMR utarbeider ikke tilfredsstillende planer for interimsperioden som gjør det attraktivt og interessant for ansatte både å bli i stillingene sine, herunder også tilby muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling	4	4		Høy	Sengeseksjon i SNR (for kirurgi, ortopedi og ØNH), barnelege i vakt samt helårsdrift. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A. 2 sengeseksjoner (fullverdige) vil kunne redusere risikoen for rask forvritning av det barnemedisinske fagmiljøet i NMR og skape lavere risiko og utfordringer i driften av barneavdelingen i Kristiansund i interimfasen. Spesielt antas dette å gjelde sykepleiere,
14	Tilrettelegge for nærhet til behandling av pasienten (både poliklinisk og innleggelse)	Pasienthotell og andre fasiliteter, samt nærhet til sykehus, herunder poliklinisk virksomhet, blir verken planlagt eller realisert.	3	4		Middels	Sengeseksjon i SNR (for kirurgi, ortopedi og ØNH), barnelege i vakt samt helårsdrift. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A
15	Tilrettelegge for større del av behandling hjemme (avansert hjemmesykehus for barn - lindrende behandling) (se også punkt 14)	Samhandling mellom spesialisttjenesten og kommunene blir ikke utviklet og forbedret. Fremtidens teknologiske muligheter blir ikke utnyttet.	3	3		Middels	Sengeseksjon i SNR (for kirurgi, ortopedi og ØNH), barnelege i vakt samt helårsdrift. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A
16	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere"	Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) - på foretaksnivå	4	4		Middels	Ingen spesielle tiltak knyttet til målsettingen i modell B.	Se modell A. Den nærhet mellom pasient og sykehus som følger av modellen vil imidlertid normalt sikre tilfredsstillende måloppfyllelse.
16B	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere"	Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) - på regionnivå	4	4		Middels	Ingen spesielle tiltak knyttet til målsettingen i modell B.	Se modell A. Den nærhet mellom pasient og sykehus som følger av modellen vil imidlertid normalt sikre tilfredsstillende måloppfyllelse. Modell B kan påvirke kapasitet på St. Olav ved at flere pasienter enn ønskelig blir sendt dit.
17	Alle barn og deres familier i M&R skal oppleve trygghet i forhold til tilgjengelighet hele året i kontakt med helsetjenesten, både for akutt og kronisk syke	Barn og familier opplever ikke tilfredsstillende/akseptabel og forutsigbar tilgjengelighet (åpningstid, geografi, prehospitaltjenester), herunder god informasjon til brukere om hvilke åpningstider som gjelder	3	3		Høy	Alle barn med medisinske tilstander som trenger innleggelse ved sengepost samles ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Inntil 6 senger for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH problemstillinger. Ikke barnelege i døgnvakt, kun tilstede når åpen poliklinikk. I tillegg poliklinikk/dagbehandling inntil 5 dg/uke. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A. Dog bemerkes at selv med angitt tilbud som beskrevet for SNR i modell A kan det for enkelte oppleves som utrygt. Oppfølging av pkt 16 med tilstrekkelig informasjon vil være nødvendig.

Vedlegg 4: Risikoanalyse modell C

id	Målsetting	Risikoelement/Uønsket hendelse (identifikasjon av hendelser som kan inntreffe og hindre ønsket måloppnåelse)	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko	Styrbarhet	Ekisterende tiltak (barrierer) Basis for angitt risikonivå i modell C	Forslag til kompensere tiltak - modell C
1	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Utilstrekkelig tilgang på prehospitaltjenester	4	5		Middels	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn. I tillegg generell god beredskap på prehospitaltjenester i hele fylket	Se modell A
2	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov -ved behandling	4	4		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A
2B	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Manglende kompetanse og erfaring med å behandle barn og barns behov - ved innleggelse	2	2		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
3	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Barn blir innlagt på voksenavd - gjelder generelt for HMR	4	4		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A
3B	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Voksne blir innlagt på barneavdeling - gjelder spesielt for Ålesund pga risiko for lavere volum	2	2		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	
4	Barn og ungdom i hele HMR skal få et behandlingstilbud som beskrevet i FNs barnekonvensjon, Grunnloven og andre relevante lover	Barn skal ikke innlegges i helseinstitusjon uten at det er medisinsk nødvendig	4	4		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A
5	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell"	Arbeidsplassen oppfattes ikke som faglig attraktiv	4	5		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Med tanke på faglig utvikling for pediatre ved SNR gir modell C en økt risiko sml med modell A.
6	Barneavdelingen i Ålesund skal være den største og mest differensierte barneavdelingen i HMR	Ledelsen lykkes ikke med å skape et godt internt samarbeid mellom Ålesund og SNR for å oppnå ønsket differensiering	2	2		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund	Kan gi god løsning for Ålesund, men krever samtidig kultur for samarbeid
7	SNR skal være et akuttstykkehus også for barn	Mangelfull erfaring og kompetanse mht anestesikompetanse for barn. Ikke barnelege på vakt, ikke egen sengepost for barn.	4	4		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A. Utfordringen her ligger i barnefaglig kompetanse hos leger på vakt i SNR. Velges modell C må dette ha stor fokus.

8	"Eit trygt fødetilbud" til alle i fylket	Veileder "Et trygt fødetilbud" blir ikke fulgt opp ved etablering av SNR	3	3		Høy	Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, barnelege har ansvaret for barselundersøkelser	Forsvarlig, men ikke optimalt uten barnelege i døgnvakt
9	Opptapping av ressurser til habilitering av barn og unge, ref. Handlingsplan	Habiliteringstilbudet blir ikke forbedret med tanke på legeressurser	4	2		Høy	Habiliteringsenheten for barn og unge flyttes til Hjelset/SNR. Kan bruke fasiliteter ved DMS dersom ambulering. I SNR vil økt legeressurs være mulig å kombinere både med poliklinikk og deltakelse i vakt.	Se modell A. I denne modellen vurderes sannsynligheten for tilfredsstillende faglig nivå totalt sett å være høyere enn i modell C

10	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse"	Det legges ikke til rette for bruk av ny teknologi ved planlegging av nytt SNR	3	4		Middels	Ingen konkrete tiltak. Økt brukermedvirkning tilsier at det er en fordel med kort avstand til brukerne.	Se modell A.
11	Behandlingstilbudet for barn i HMR må oppfylle krav til samhandling med kommunene	Ikke tilfredsstillende samhandling mellom HMR og kommunene/fastlegene	3	4		Middels	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A. Denne modellen gir større grad av behandling i SNR og dermed økt sannsynlighet for måloppfyllelse.
12	Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	Manglende/utydelige beslutninger fra ledelsen i HMR med tanke på å sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	4	4		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A. 2 sengeseksjoner (fullverdige) vil kunne redusere risikoen for rask forvitring av det barnemedisinske fagmiljøet i NMR og skape lavere risiko og utfordringer i driften av barneavdelingen i Kristiansund i interimfasen. Spesielt antas dette å gjelde sykeleiere.
13	Sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig kvalitet for barn og unge i NR i interimsperioden	HMR utarbeider ikke tilfredsstillende planer for interimsperioden som gjør det attraktivt og interessant for ansatte både å bli i stillingene sine, herunder også tilby muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling	4	4		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A. 2 sengeseksjoner (fullverdige) vil kunne redusere risikoen for rask forvitring av det barnemedisinske fagmiljøet i NMR og skape lavere risiko og utfordringer i driften av barneavdelingen i Kristiansund i interimfasen. Spesielt antas dette å gjelde sykeleiere.
14	Tilrettelegge for nærhet til behandling av pasienten (både poliklinisk og innleggelse)	Pasienthotell og andre fasiliteter, samt nærhet til sykehus, herunder poliklinisk virksomhet, blir verken planlagt eller realisert.	4	4		Middels	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A
15	Tilrettelegge for større del av behandling hjemme (avansert hjemmesykehus for barn - lindrende behandling) (se også punkt 14)	Samhandling mellom spesialisttjenesten og kommunene blir ikke utviklet og forbedret. Fremtidens teknologiske muligheter blir ikke utnyttet.	4	4		Middels	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A
16	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere"	Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) - på foretaksnivå	3	3		Høy	Ingen spesielle tiltak knyttet til målsettingen i modell C.	Se modell A. Den nærhet mellom pasient og sykehus som følger av modellen vil imidlertid normalt sikre tilfredsstillende måloppfyllelse.
16B	Strategi 2030 for Helse MidtNorge sier: "Vi er gode lagspillere"	Manglende prosedyrer i helseregionen, samt manglende kunnskap om vedtatte prosedyrer (opplæring) - på regionnivå	4	4		Middels	Ingen spesielle tiltak knyttet til målsettingen i modell C.	Se modell A. Den nærhet mellom pasient og sykehus som følger av modellen vil imidlertid normalt sikre tilfredsstillende måloppfyllelse. Modell C kan påvirke kapasitet på St. Olav ved at flere pasienter enn ønskelig blir sendt dit.
17	Alle barn og deres familier i M&R skal oppleve trygghet i forhold til tilgjengelighet hele året i kontakt med helsetjenesten, både for akutt og kronisk syke	Barn og familier opplever ikke tilfredsstillende/akseptabel og forutsigbar tilgjengelighet (åpningstid, geografi, prehospitaltjenester), herunder god informasjon til brukere om hvilke åpningstider som gjelder	4	4		Høy	I denne modellen består det barnemedisinske tilbudet i SNR av barnepoliklinikk og dagbehandling 5 dager i uken hvorav 1-2 dager med utvidet åpningstid. Det er ikke døgnkontinuerlig drift med barn i egne senger eller barnelege i vakt. Alle barn med pediatriske tilstander som trenger innleggelse samles ved sengepost for barn og ungdom i Ålesund. Barn med kirurgiske tilstander ligger på voksenavdeling (C1) eller SNR har ingen inneliggende barn (C2). Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn håndteres av anestesilege, eventuelt sammen med barnelege dagtid, vakthavende lege medisin eller kirurgisk. Barnelege tar i mot og stabiliserer syke nyfødte før overflytting til Ålesund, samt akuttmedisinsk beredskap ved kritisk sykt barn	Se modell A. Dog bemerkes at selv med angitt tilbud som beskrevet for SNR i modell A kan det for enkelte oppleves som utrygt. Oppfølging av pkt 16 med tilstrekkelig informasjon vil være nødvendig.