



PEDIATRITILBUDET I HELSE MØRE OG ROMSDAL

Rapport fra pediatrigruppen
Solveig Marianne Nordhov, leder

INNHALD

Kap 1. Innledning	5
Mandat pediatri tilbudet i HMR	6
Arbeidsgruppens sammensetning	10
ROS-analyse	12
Innledning	13
Kap 2. Pediatri tilbudet i Helse Møre og Romsdal per i dag	19
Befolkningsgrunnlag, framskrivning og pasientgrunnlag	20
Pediatri tilbudet i HMR per i dag	24
Prehospitale tjenester i Klinikk for akuttbehandling	47
Kap 3. Evaluering av dagens driftsmodell i Kristiansund	52
Kap 4. Fremtidig driftsmodell for pediatri i Helse Møre og Romsdal	62
Vedlegg	77

1

INNLEDNING



MANDAT PEDIATRITILBODET I HMR

FØLGENDE MANDAT BLE GITT TIL PEDIATRIGRUPPEN FRA HELSE MØRE OG ROMSDAL:

Som ein del av revideringa av utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF (HMR), skal det mellom anna takast stilling til korleis det samla tilbodet innan pediatri skal løysast for heile Helse Møre og Romsdal. Grunna det store engasjementet som har vore over lang tid i Nordmøre og Romsdal og den konkrete planlegginga av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR), ser adm. dir det som nødvendig å prioritere dette arbeidet. Vidare gir både helsetilsynsrapporten etter Sebastian-saka og den nyleg inngåtte avtalen om tilbodet til for tidleg fødte barn i Helse Midt-Norge, implikasjonar for det barnemedisinske tilbodet. Adm. dir set derfor i gang ei evaluering av dagens driftsmodell av det barnemedisinske tilbodet for Nordmøre og Romsdal. I forlenginga av evalueringa skal det gjerast ei utgreiing av framtidig driftsmodell for det barnemedisinske tilbodet i Nordmøre og Romsdal/SNR og i heile HMR. Målet er at utgreiinga skal, dersom praktisk mogleg, vere klar innan sommaren 2017.

Driftsmodellen med helgestenging av barneavdelinga ved Kristiansund sjukehus (i perioden 24.10.2014 - 15.04.2015), har føretaket tidlegare evaluert og konklusjonen er at dette er ein uaktuell driftsmodell i framtida. Det blir derfor ikkje ein del av evalueringsarbeidet.

Arbeidet blir todelt i tid og leveransar; først evaluering og deretter utgreiing av framtidige modellar. Adm. dir peikar ut ei arbeidsgruppe som utfører det samla oppdraget.

ARBEIDSGRUPPE

Arbeidsgruppa skal vere breitt samansett:

1. Leiar: Pediatr med brei klinisk erfaring og vitskapeleg kompetanse på minst PhD-nivå, og som er tilsett i eit anna regionalt helseføretak enn Helse Midt-Norge (HMN). Det er ein fordel om denne har klinisk erfaring frå andre fagmiljø enn universitetssjukehus og leiarerfaring
2. HMN representant. Det er ønskeleg at HMN ber St. Olav hospital om å peike ut ein pediatr med brei klinisk erfaring og vitskapeleg kompetanse på minst PhD-nivå
3. Pediatr med brei klinisk erfaring frå eit HF som liknar på HMR og som ikkje er del av HMN. Det er ein fordel om vedkomande har vitskapeleg kompetanse og leiarerfaring.
4. Pedater frå Kristiansund sjukehus
5. Sjukepleiarar (2) frå barnemedisinske fagmiljø i HMR
6. Pediatr frå Ålesund sjukehus
7. Fastlegerepresentantar (2) (både kommune med kort og lang avstand til sjukehus)
8. Brukarrepresentant
9. Tillitsvaltrepresentantar (2) (DNLF og NSF)

Arbeidsgruppa kan vurdere behovet for og eventuelt ta inn representasjon frå anesthesiologi, prehospitala tenester, fødselshjelp og andre aktuelle fagmiljø i Helse Møre og Romsdal.

Proessen må sikre god medverknad frå kommunane i tråd med samhandlingsavtalen og vegleiar for utviklingsplan.

MANDATET

Beskrive samla pediatriilbod i Helse Møre og Romsdal

Gje ei beskriving av dagens barnemedisinske tilbod i Helse Møre og Romsdal. Her må også dagens tilbod innan barnekirurgi og samhandlinga med legevakt og kommunane konkretiserast.

Evaluere dagens driftsmodell innan pediatri i Nordmøre og Romsdal

Arbeidsgruppa bes om å evaluere og risikovurdere eksisterande driftsmodell (4 $\frac{2}{3}$ døgn full kapasitet, 2 $\frac{1}{3}$ døgn redusert kapasitet), som har vore i drift sidan april 2015. Evalueringa skal ta omsyn til brukarar, folkehelseperspektiv, likeverdig tilbod, fag, rekruttering, pasienttryggleik, drift, ressursutnytting og konsekvens for andre medisinske fagmiljø ved sjukehusa i Kristiansund og Molde, samt samarbeid med pediatrien ved Ålesund sjukehus og St. Olav hospital.

Evalueringsrapporten vil vere eit viktig grunnlag for avgjerder knytt til vidare driftsform i interimperioden frem til SNR står klart, og for planleggingsarbeidet av SNR og utviklingsplanen i HMR.

Utgreiing framtidig driftsmodell pediatri for Helse Møre og Romsdal

Arbeidsgruppa bes, på grunnlag av evalueringsrapporten og sentrale føringar, å skissere ønskja utviklingsretningar for pediatrien og vurdere framtidige driftsmodellar.

I utgreiinga inngår mellom anna ei samanlikning med andre relevante pediatrike fagmiljø i Norge. Aktuelle modellar må også ta omsyn til forholda som er nemnd under evalueringa. Driftsmodellane skal ROS-analyserast og inkludere forslag til eventuelle kompenserande tiltak.

Utgreiinga skal danne eit fagleg grunnlag for val av framtidig driftsmodell, og vil vere eit viktig råd for avgjerda.

Mandat for denne delen av arbeidet kan bli presisert/justert basert på innhaldet i evalueringsrapporten.

Kvalitetssikring (del av utviklingsplanen)

Kvalitetssikring av arbeidet skal utførast i tråd med avtalen med ekstern kvalitetssikrar av Helse Midt-Norge RHF.

Leveranse

Arbeidsgruppa rapporterer til administrerende direktør i HMR.

Evalueringsrapporten bør overleverast innan 23. april 2017.

Utgreiingsrapporten bør leverast innan 22. mai 2017, med mål om å leggast føre styret i juni 2017.

Ålesund, 23. mars 2017

Espen Remme

Adm. dir.

Helse Møre og Romsdal HF

AVGRENSNING AV MANDATET

Det er i dialog med oppdragsgiver representert med klinikkisjef Henrik Erdal gjort følgende avgrensninger av mandatet:

- Sebastiansaken er grundig evaluert av Helsetilsynet og skal ikke inngå som en del av evalueringen
- Barne- og Ungdomspsykiatri er ikke omfattet av mandatet
- Avtalen som er inngått mellom nyfødt intensiv og St. Olav består og skal ikke vurderes
- Arbeidsgruppen er ikke bundet av føringer i forhold til sengetall lagt i idèfaserapporten, konseptrapporten og delfaserapporten

Beslutninger som allerede er tatt av foretaket med hensyn til fremtidig organisering og med betydning for arbeidsgruppens diskusjoner:

- Barneavdelingen i Ålesund skal være den største og mest differensierte barneavdelingen i HMR¹
- Alle fødsler ved Sjukehuset i Molde og Kristiansund vil i fremtiden bli samlet på Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)

Det er poengtert i mandatet at: «på bakgrunn av evalueringsrapporten og sentrale føringer, skal det skisseres ønskede utviklingsretninger for pediatri i HMR». For å utdype begrepet «sentrale føringer» har pediatrigruppen valgt kort å gjengi historikken i helseforetaket for planlegging av barnetilbudet i SNR.

SNR er besluttet å være et akuttstusykhus² hvilket betyr at det skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Akuttbehandling i SNR er et sentralt punkt, og selv om barn ikke er nevnt spesielt, er nettopp akuttfunksjonene ved SNR viktig i den videre diskusjonen av fremtidige aktuelle driftsmodeller.

Utredning og planlegging av SNR har pågått i flere år. Innhold og omfang av et eventuelt barnetilbud har endret seg i løpet av planleggingsperioden. Konseptrapporten³ beskriver 2-3 senger for barn i fleksibelt område, poliklinikk og dagbehandling. I samme dokument fremgår imidlertid det at tilbudet til barn og unge er grundigere vurdert i presisert i «Hovedfunksjonsprogrammet» til å omfatte døgninnleggelse «for akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom». ⁴ Det sist daterte dokumentet som beskriver tilbudet til barn er «Delfunksjonsprogrammet»⁵ knyttet til Konseptrapporten:

- SNR skal ta imot barn og unge til poliklinikk og dagbehandling samt for innleggelse av akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom
- Det er dimensjonert med 6 sengeplasser til barn (medisinske og kirurgiske) inkludert ett isolat
- Sengene skal være i fleksibelt område
- Det er satt av to rom for dagbehandling og poliklinikk

- Det er anbefalt at et rom bør være større for tilrettelegging av multifunksjonshemmede barn med behov for mye utstyr, assistenter og aktivisering på rommet
- Barn som ikke kan behandles ved SNR skal legges inn ved barneavdelingen i Ålesund eller ved St.Olav
- For bedre utnyttelse av ressursene samt øke muligheten for tverrfaglig samarbeid er det angitt som en fordel med nærhet mellom barnepoliklinikken, dagbehandlingsområde for medisinske barn og barnehabilitering
- Det bør være nærhet til fødeavdelingen og operasjonsavdelingen
- Sengeområdet skal ta hensyn til barns behov for skjerming fra voksne pasienter, retten til å ha minst en av foreldrene tilstede⁶ samt barns rett til aktivitet, stimulans og undervisning⁷
- Det må finnes lokale tilpasset undervisning og aktivisering for barn og ungdom samt egnet oppholdsrom for foreldre
- Akuttmottaket skal være tilrettelagt for barn og kritisk syke barn skal tas imot der for rask mobilisering av andre faggrupper
- For å bedre skjerme barnet, sikre optimal kompetanse og kontinuitet av pleiepersonalet er det anbefalt at andre syke barn tas imot på sengeposten. Ved behov for luftveisisolering tas barnet imot på isolatet



⁶Forskrift om barns opphold på sykehus | ⁷Pasientrettighetsloven §6-2 til 6-4

ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING

Følgende medlemmer ble oppnevnt til gruppen:

- Solveig Marianne Nordhov (leder), overlege, PhD, Oslo Universitetssykehus (OUS) avd. Rikshospitalet og Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), førsteamanuensis i pediatri ved Universitetet i Tromsø (UiT) Norges Arktiske Universitet
- Pål Christensen, avdelingssjef, avdelingsoverlege Barne- og ungdomsavdelingen, Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Lillehammer
- Kari Risnes, overlege, PhD, Avdelingssjef Barne og Ungdomsklinikken, St.Olav og førsteamanuensis i pediatri ved NTNU
- Vebjørn Vik, barnelege, Avdeling for barnemedisin og habilitering, Ålesund, hovedtillitsvalgt Overlegeforeningen
- Marianne Nydal, sykepleier, Avdeling for barnemedisin og habilitering, Ålesund, hovedtillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund (NSF)
- Vegard Helgheim, overlege, Avdeling for barnemedisin og habilitering, Ålesund
- Bente Askestad, overlege, Avdeling for barnemedisin og habilitering, Kristiansund
- Ingvill Hareide Rødal, spesialsykepleier i barnesykepleie, Avdeling for barnemedisin og habilitering Ålesund
- Ingrid Merethe Holmeide, spesialsykepleier i barnesykepleie, Avdeling for barnemedisin og habilitering, Kristiansund
- Janne Endresen, brukerrepresentant
- Thilde Sveta, fastlege Tingvoll og praksiskonsulent ved Molde Sjukehus
- Marianne Rønneberg, fastlege Tingvoll og praksiskonsulent ved Kristiansund Sjukehus
- Eva Unni Løkvik, leder for habiliteringstjenesten, Avdeling for barnemedisin og habilitering

Gruppen ble konstituert 3. mai 2017. En samlet gruppe ønsket fast representasjon for barnehabilitering og Eva Løkvik tiltrådte etter forespørsel primo juni.

Merkantil støtte fra HMR: Anne Strand Alfredsen Larsen og Marit Kjersem.

MØTER OG ARBEIDSMETODE

1. Ålesund 3. mai 2017

Møtet ble holdt på Avdeling for barnemedisin og habilitering, Ålesund sjukehus. Forfall: Ingen.

Program:

- Klinikksjef Henrik Erdal: Velkommen og innledning om helseforetaket. Gjennomgang av mandat
- Marianne Nordhov: Helsetjenester til barn i Norge
- Avdelingssjef Elisabeth Siebke: Presentasjon av avdeling for Barnemedisin og habilitering i Møre og Romsdal. Bakgrunnsdata
- Omvisning Barne- og ungdomsavdelingen, Ålesund sjukehus

2. Kristiansund 23. – 24. mai 2017

Møtet ble holdt på Kristiansund Sjukehus. Forfall: Ingen.

Program:

- Marianne Nordhov: Kort innledning med fokus på mandat og gruppens videre arbeid
- Deltakerne presenterte seg selv og den de representerte
- Klinikksjef Kjersti Bergjord og avdelingssjefene Kristen Rasmussen og Lars Erik Sjømæling i Klinikk for akuttbehandling: Presentasjon av akuttmedisinske tjenester i Møre og Romsdal
- Samtale med ansatte ved barne-, anesthesi-, ortopedi- samt fødeavdelingen ved Kristiansund sjukehus*
- Omvisning på Barne- og ungdomsavdelingen, Kristiansund sjukehus

*For navneliste se vedlegg

3. Ålesund 13. juni 2017

Møtet ble holdt på Avdeling for barnemedisin og habilitering, Ålesund sjukehus.

Forfall: Kari Risnes, Marianne Rønneberg, Vebjørn Vik.

Program:

- Gruppen gjennomførte samtale med ledergruppen ved Avdeling for barnemedisin og habilitering i Ålesund⁹
- Prosjektleder Merete Hagbø: Status SNR
- Andre halvdel av dagen ble brukt til diskusjon om del 2 av mandatet

4. Ålesund 29. august 2017

Møtet ble holdt på Avdeling for barnemedisin og habilitering, Ålesund sjukehus. Forfall: Ingen.

- Marianne Nordhov: Hvor står vi nå?
- Direktør Olav Bjørnås og direktør Clas Waage-Hansen: Presentasjon av PWC og ROS-analyse
- Diskusjon av tallmateriale og mulige driftsmodeller

5. Innspillskonferansen Kristiansund 14. september 2017

Forfall: Ingrid Merethe Holmeide

Marianne Nordhov: Presentasjon av gruppens arbeid og mulige driftsmodeller.

I tillegg har Vebjørn Vik og Marianne Nydal deltatt som foredragsholdere på dialogmøtet mellom HMR og kommunene juni 2016.

Arbeidsgruppens leder har hatt to telefonmøter med administrerende direktør Espen Remme, klinikkssjef Henrik Erdal samt Anne Strand Alfredsen Larsen fra HMR.

HMR har stilt til rådighet relevante dokumenter, aktivitetsdata og tallmateriale, driftsstatistikker, fagplaner og utredninger som gruppen har ønsket. Controller fra HMR og Helse Midt har levert tallmateriale og rådata som har blitt gruppert og analysert i samarbeid med PWC. Gruppen har fått informasjon av Pasient- og brukerombudet og Fylkeslegen i Møre og Romsdal.

HMR opprettet et digitalt lukket nettrom der alle bakgrunns- og arbeidsdokumentene har blitt lastet opp fortløpende. Gruppen har i hele perioden hatt diskusjoner på mail, spesielt i arbeidets siste fase med redigering og diskusjon av innholdet i rapporten. Samtlige medlemmer av arbeidsgruppen har bidratt til utforming av rapporten.

Gruppen har på eget initiativ innhentet relevant utredningsmateriale og diskutert konkrete problemstillinger med fagpersoner i eget fagmiljø.

Begrepsavklaring vedrørende betegnelser brukt i rapporten

Med begrepet «Barneavdeling» menes sengepost, poliklinikk, dagbehandling og barnelege i døgnvakt. Med begrepet «Barnesentermodellen» menes det at barn fysisk ligger i en barne- og ungdomsavdeling i spesialtilpassede egne lokaler, og får pleie av spesialutdannede sykepleiere uavhengig av om behandlingsansvaret er hos barneleger, kirurger, ortopeder, ØNH-leger eller andre.

I rapporten er det noen steder fortsatt brukt begrepene barneavdelingen i Kristiansund og barneavdelingen i Ålesund, selv om det nå bare er én samlet avdeling og ellers seksjoner. Utfra sammenhengen vil det likevel fremkomme hvilken del av avdelingen som omtales. Dette er gjort av praktiske hensyn slik at rapporten skal bli lettere forståelig, og det er også brukt mye tallmateriale fra en tid da det fortsatt var to separate avdelinger. Begrepene seksjoner er ennå ikke fullt integrert i ansattes og befolkningens omtale av de ulike delene av den nye felles avdelingen, og kan således skape noe forvirring.

⁹For navneliste se vedlegg

Presisering til presentasjon og tolkning av tall i rapporten

I del 2 og 3 av rapporten presenteres det en rekke tall som viser aktivitet og pasientflyt. Det vil være sprik i enkelte tall for aktivitet, men de er små og har ikke vært tillagt vekt når vi har vurdert denne. Grunnen til at tallene spriker er at tallene fra avdelingen er bearbeidet (eller «vasket») mens tabellene fra controller illustrerer hvordan aktiviteten er registrert. Arbeidet har avdekket ulik registreringspraksis. Dette ser ut til å være særlige ulikheter knyttet til poliklinikk og dagbehandling/dagkirurgi, men også til habilitering og en viss grad innleggelser. Pediatrigruppen synes det er viktig å vise dette da det for fremtiden bør være et mål å få et så homogent registreringssystem og praksis som mulig. Vi har også valgt å ikke rapportere detaljert på diagnoser på grunn av lite homogen kodepraksis. Dette er en universell utfordring i hele Norge.

Målform:

Etter avtale med HMR skrives rapporten på bokmål.

ROS-ANALYSE

ROS-analyse utføres av PricewaterhouseCoopers (PwC), og leder av arbeidsgruppen har hatt ett møte med direktør Olav Bjørnås og direktør Clas Waage-Hansen i Tromsø. PwC har bidratt til pediatrigruppens arbeid med innhenting og bearbeidelse av rådata fra helseforetakene. PwC v/Bjørnås og Waage-Hansen deltok på pediatrigruppens møte i Ålesund 29. august 2017 og på innspillskonferansen i Kristiansund 14. september 2017. Kari Risnes, Vegard Helgheim, Bente Askestad, Janne Endresen og Marianne Nydal ble av HMR oppnevnt til å sitte i ROS-gruppen sammen med representanter for Regionrådene i Møre og Romsdal: Kathrine Roksvåg (enhetsleder, Kristiansund kommune og ORKIDE/Nordmøre Regionråd), Cato Innerdal (kommuneoverlege, Molde kommune og Romsdal Regionråd) og Ove Økland (kommuneoverlege, Ålesund kommune og Sunnmøre Regionråd).

INNLEDNING

ORGANISERING AV HELSETJENESTE TIL BARN I NORGE

Norge har en barnebefolkning på vel 1,2 millioner (0 – 16 år). I tidsperioden 2011 – 2014 ble det gjennomført 7,1 millioner konsultasjoner med barn i primærhelsetjenesten og 3,5 millioner konsultasjoner og innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Hvert år har 2/3 av alle barn minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten og hvert tredje barn er i kontakt med spesialisthelsetjenesten.¹⁰

I Norge er det 21 barne- og ungdomsavdelinger med øvre aldersgrense varierende fra 14 til 18 år. De fleste av landets fylker har én avdeling bortsett fra Oslo, Rogaland og Møre og Romsdal som har to. Flere foretak har mer enn én barneavdeling. I Oslo er avdelingene på Ullevål og Rikshospitalet samorganisert i Oslo universitetssykehus slik som enhetene i Kristiansund og Ålesund er organisert i samme klinikk i Helse Møre og Romsdal. I Rogaland finnes, i tillegg til avdelingen ved Stavanger universitetssjukehus, en avdeling i Haugesund som også dekker Sunnhordland og Hardanger i Hordaland. I Hedmark og Oppland er de to barne- og ungdomsavdelingene (Lillehammer og Elverum) organisert innenfor samme foretak, Sykehuset Innlandet, og på samme måte drives de to avdelingene i Aust- og Vest-Agder (Arendal og Kristiansand) innenfor Sørlandet sykehus.

Dagens pediatriske tilbud i Kristiansund kan i omfang sammenlignes med andre små barne- og ungdomsavdelinger, blant disse Hammerfest, Arendal, Førde og Levanger. Virksomheten i Ålesund er på høyde med mellomstore avdelinger som i Skien, Lillehammer, Kristiansand og Tønsberg. På grunn av svært ulik organisering av blant annet nyfødtsomsorg, habilitering, bemanning og bruk av senger samt arealer, er inngående sammenligninger mellom landets avdelinger, også de som er omtrent jevnstore, vanskelig.

Mange barne- og ungdomsavdelinger har det medisinskfaglige ansvaret også for andre fødestuer/fødeavdelinger enn den på eget sykehus. I tillegg behandles fortsatt mange barn i voksenavdelinger for enklere tilstander, først og fremst på sykehus som mangler egen barne- og ungdomsavdeling. I Troms og Nordland er det en stor andel barn som behandles ved voksenavdelinger ved lokalsykehus for enklere tilstander med kortvarig behov for sykehusinnleggelse. Noen av disse sykehusene har barneleger med ansvar for poliklinikk enkelte dager i uken, som også gjør tilsyn på innlagte barn og gjør barselundersøkelser. I boområder med lange reiseavstander er det vanlig at barneleger ambulerer fra nærmeste barne- og ungdomsavdeling til mindre sykehus for å spare mange pasienter og deres pårørende for lang reisevei. Det finnes også privatpraktiserende spesialister i barnesykdommer med offentlig driftsavtale, men det er få og de fleste er i Oslo-området.

En organisering av spesialisthelsetjenestene for barn som i økende grad praktiseres over hele landet, er *Barnesentermodellen*. Her ligger barn fysisk i en barne- og ungdomsavdeling i spesialtilpassede egne lokaler, og får pleie av spesialutdannede sykepleiere uavhengig av om behandlingsansvaret er hos barneleger, kirurger, ortopedier, ØNH-leger eller andre. Dette sikrer at barnet og familien er omgitt av personell med kompetanse og erfaring i å ivareta deres behov. Det gir også nærhet og tett samarbeid mellom barneleger, kirurger og andre spesialister, og behandlingen kan koordineres tverrfaglig. På denne måten ivaretas barn og unges spesielle behov, blant annet i forhold til smertelindring, væskebehandling og ernæring, samtidig som barn og ungdom med familier og venner får være i tilrettelagte lokaler. Tross denne utviklingen er fremdeles en del barn innlagt ved voksenavdelinger rundt om i landet på grunn av blant annet geografiske og organisatoriske forhold. Dette kan være uheldig for disse barna og familiene deres. Barn og ungdom er i vekst og utvikling, og det er viktig at helsepersonell møter pasienten på det utviklingsnivået de er på. Ved å bruke et språk som de forstår blir barnet/ungdommen beroliget og dermed enklere å samarbeide med under behandlingen.

Kontinuitet, stabilitet, erfaringer og kompetanse hos sykepleiere er sentralt i behandlingen av barn og ungdom. Mangel på kontinuitet i observasjoner og vurderinger, og mangel i observasjonskompetansen hos sykepleier kan få konsekvenser i form av unødige komplikasjoner hos pasientene. I barneombudets rapport fra 2013, «helse på barns premisser», fremheves at det at det er funnet store mangler i helsetjenester til barn og ungdom

¹⁰Barnehelseatlas for Norge. En oversikt og analyse av forbruket av somatiske helsetjenester for barn 0-16 år for årene 2011-2014. Atle Moen. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

i Norge. Spesielt fremheves manglende kompetanse og tilrettelegging for nyfødte, ungdommer og barn og unge utsatte for vold, overgrep og omsorgssvikt.

Ved alle landets barne- og ungdomsavdelinger er det en dreining av pasientkontaktene fra innleggelser mot poliklinikk og dagopphold. Dette er i tråd med Forskrift om barn i helseinstitusjon §2 som sier at «Barn skal bare innlegges på helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig eller når det av andre grunner vil være best for barnet», og er en ønsket utvikling både fra pasientens og et samfunnsøkonomisk ståsted. En stor andel av innlagte barn har komplekse kroniske tilstander som krever tilstedeværelse av personell med høy barnefaglig kompetanse og god kontinuitet i pasientkontakten. Hos barn med kronisk sykdom er det viktig å bruke tid med hele familien (mor, far, søsken) for å legge best mulig til rette for at barnet og familien mestrer den situasjonen de er i.

SYKDOM OG SYKELIGHET HOS NORSKE BARN

Norske barn er blant de friskeste i verden med en barnedødelighet (antall barn som dør før fylte 5 år) på 2.8/1000 levende fødte.¹¹ For bare 50 år siden var barnedødeligheten i Norge 7 ganger høyere (20/1000 levende fødte). Den største delen av dette fallet tilskrives det systematisk forebyggende arbeidet utført i Norge gjennom å trygge barns oppvekstvilkår, og innføringen av barnevaksinasjonsprogrammet. Antallet innleggelser ved norske barne- og ungdomsavdelinger er svært sesongbetont og høyest i vinterhalvåret. En stor andel av innlagte barn i vinterhalvåret er barn med omgangssyke og pustevansker som krever behandling i form av væsketilførsel og pustestøtte. Dersom behandlingen ikke er adekvat eller kommer tidsnok i gang, kan man risikere at barnets tilstand blir alvorlig og livstruende. Dødsfall blant barn i barne- og ungdomsavdelinger er sjelden. Antall alvorlige infeksjoner som hjernehinnebetennelse og blodforgiftning er blitt kraftig redusert etter innføringen av effektive vaksiner. Mange barn legges likevel fortsatt inn for vurdering og antibiotika-behandling mot alvorlige infeksjoner. Hvert år får nærmere 200 barn og ungdom under 18 år i Norge en kreftdiagnose. Disse barna og familiene deres har behov for omfattende utredning, behandling og oppfølging. Ansvaret for diagnostikk og behandling av barn med kreft ligger hos universitetssykehusene. Kreftbarn har tidligere vært innlagt på sykehus i mange uker og måneder, men de siste årene har man i større grad gjennomført behandlingen som dagbehandling og i poliklinikker. I samarbeid med universitetssykehusene foregår dette i økende grad i nærheten av der barnet bor.

Stadig flere barneavdelinger etablerer hjemmesykehus for å kunne behandle kreftsyke barn, alvorlig kronisk syke med behov for palliasjon (aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid), og barn i livets siste fase i hjemmet i samarbeid med primærhelsetjenesten. I barne- og ungdomsavdelingenes poliklinikker utredes barn henvist fra blant annet primærhelsetjenesten for ulike plager. Dessuten følges barn opp for kroniske sykdommer som for eksempel diabetes og komplekse tilstander som syndromer og utviklingsforstyrrelser med habiliteringsbehov. Barn med skader og andre kirurgiske tilstander behandles av kirurger. Den kirurgiske behandlingen av nyfødte barn med behov for kirurgi eller barn med medfødte misdannelser er i Norge sentralisert til OUS-Rikshospitalet og St. Olavs hospital. En del barn med komplekse alvorlige sykdommer har mange helseproblemer inkludert behov for kirurgi og dette krever samarbeid mellom flere spesialister. Et økende antall barn og ungdom har sykdommer som utmattelses-tilstander (CSF/ME) og andre tilstander som krever tverrfaglig tilnærming med nært samarbeid mellom barneleger og BUP. En annen viktig del av barnemedisinen er også utredning og oppfølging av ruskskadede barn og barn utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt. De sistnevnte gruppene følges opp i nært samarbeid med aktuelle instanser i hjemkommunene.

¹¹[Bttp://www.fn.no/Statistikk/Barnedoedelighet](http://www.fn.no/Statistikk/Barnedoedelighet)

FAGMILJØ OG FAGLIGE RETNINGSLINJER

Fagets omfang har økt vesentlig og dette har ført til økende grad av uformell subspecialisering. Pediatri spenner svært bredt både i omfang og behandlingsintensitet. De minste barneavdelingene behandler mest generelle barnemedisinske tilstander og kronisk syke barn (døgninnleggelse, poliklinikk og dagbehandling), mens tilstander med lavt pasientvolum (for eksempel hjertesykdommer, barneleddgikt, svært for tidlig fødte) er sentralisert til høyere behandlingsnivå. De fleste barneleger har ofte ett eller flere interessefelt og deltar i tillegg i vaktordning. Dette krever at de i tillegg til å beherske sine interessefelt må holde seg oppdatert på generell pediatri, og i tillegg opprettholde teoretiske og praktiske ferdigheter innen akuttbehandling av alvorlig syke barn.

Norsk barnelegeforening (NBF) har utviklet nasjonale veiledere i akutt og generell pediatri som oppdateres jevnlig. Disse veiledere regnes som nasjonal faglig standard, er gratis og lett tilgjengelig for alle på Helsebiblioteket.¹² I tillegg har NBF fokus på at alle avdelinger regelmessig bør gjennomføre praktisk trening for å være best mulig forberedt når det kommer et alvorlig sykt barn.¹³ NBF arrangerer et årlig simuleringskurs for overleger i vakt der de trenes i å håndtere akutt/kritisk syke barn med fokus på akuttmedisinske ferdigheter.

AKTUELT LOVVERK

Pediatrigruppen har vurdert følgende lover og forskrifter som sentrale rammer i våre diskusjoner:

- FNs barnekonvensjon
- Grunnloven
- Lov om spesialisthelsetjeneste
- Lov om pasient og brukerrettigheter
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon
- Lov om Helsepersonell

Det er viktig at barn med behov for medisinsk behandling får rask og uhindret helsehjelp på riktig behandlingsnivå. Barneombudet har i sin publikasjon «Helse på barns premisser» omtalt de juridiske rammene rundt barns helse.¹⁴ Ifølge *FNs barnekonvensjon artikkel 24* har barn rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard, og rett til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Dette er en konkretisering av barns grunnleggende rett til liv, overlevelse og utvikling som er nedfelt i Konvensjonens artikkel 6. At hensynet til barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som omfatter barn, er også sentralt. Dette følger av Grunnloven § 104 og av Barnekonvensjonen artikkel 3. FNs barnekonvensjon har status som norsk rett, og går ved motstrid foran annen norsk lovgivning.

Barn og unges rett til helsetjeneste er regulert i Lov om spesialisthelsetjenesten. Barn og unge har rett til øyeblikkelig helsehjelp jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 og rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten¹⁵ konf. Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1b.¹⁶ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-6 og Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon¹⁷ regulerer de bestemmelsene som ivaretar barns rettigheter under behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Forskrift om barns opphold på sykehus § 2 fastslår at «barn skal bare legges inn i helseinstitusjon bare når det er medisinsk nødvendig eller av det av andre grunner det vil være best for barnet».

Veiledningsplikten innebærer å bistå kommunene i å sikre faglig kompetanse slik at de kan løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven §6.3.

¹²Helsebiblioteket <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/forside?hideme=true>

¹³Ferdighetstrening. Rapport og oppstart. Ferdighetstreningsutvalget Norsk Barnelegeforening, M. Nordhov (leder), 2011

¹⁴Helse på barns premisser. Barneombudet 2014. Kap 5. http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/0/Helse_på_barns_premisser_Del6_Kap5.pdf

¹⁵Lov om spesialisthelsetjenesten <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetj>

¹⁶Lov om pasient og brukerrettigheter <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

¹⁷Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Kommunen har ansvar for å sikre forsvarlige tjenester, og spesialisthelsetjenesten kan ikke unnlate å gi veiledning med begrunnelse i ressurser eller arbeidsbelastning. Veiledning gis til kommunalt personell som har oppfølgings- og/eller behandlingsansvar for pasienten. Det kan også innebære veiledning til personell utenfor helsetjenesten når dette er nødvendig for å ivareta helsemessige forhold¹⁸. Pasienter som skal ha omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten blir tildelt en kontaktlege og får utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov. Behandlingsplan kan inngå som en del av pasientens individuelle plan.

Sentrale føringer er at kommuner skal få økt ansvar for å skape sterke velferdskommuner med kompetanse og kapasitet for å ivareta sitt ansvar for oppfølging av barn og unge, og deres familier. Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt ha ansvar for utredning, diagnostisering og behandling der det er behov for mer spisset kompetanse eller samtidig tverrfaglighet utover det man kan forvente skal finnes i kommunene.

2.2.2 «ET TRYGT FØDETILBUD»

I 2010 utgav helsedirektoratet veilederen «Et trygt fødetilbud»¹⁹ for å gi grunnlag for utvikling av et bedre og mer forutsigbart fødetilbud med kvalitet i alle ledd. Veilederen stiller krav til fødeavdelinger og vaktordninger:

- Anestesiavdelingen må ha vaktordninger for leger og sykepleiere som sikrer tjenester i samsvar med fødeavdelingen 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 gynekologspesialist, ansvaret for gjenopplivning av nyfødte dersom sykehuset ikke har egen barneavdeling



¹⁸Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet IS-2651 | ¹⁹Et trygt fødetilbud, IS-1877, 12/2010

2

PEDIATRITILBUDET I
HELSE MØRE OG ROMSDAL PER I DAG

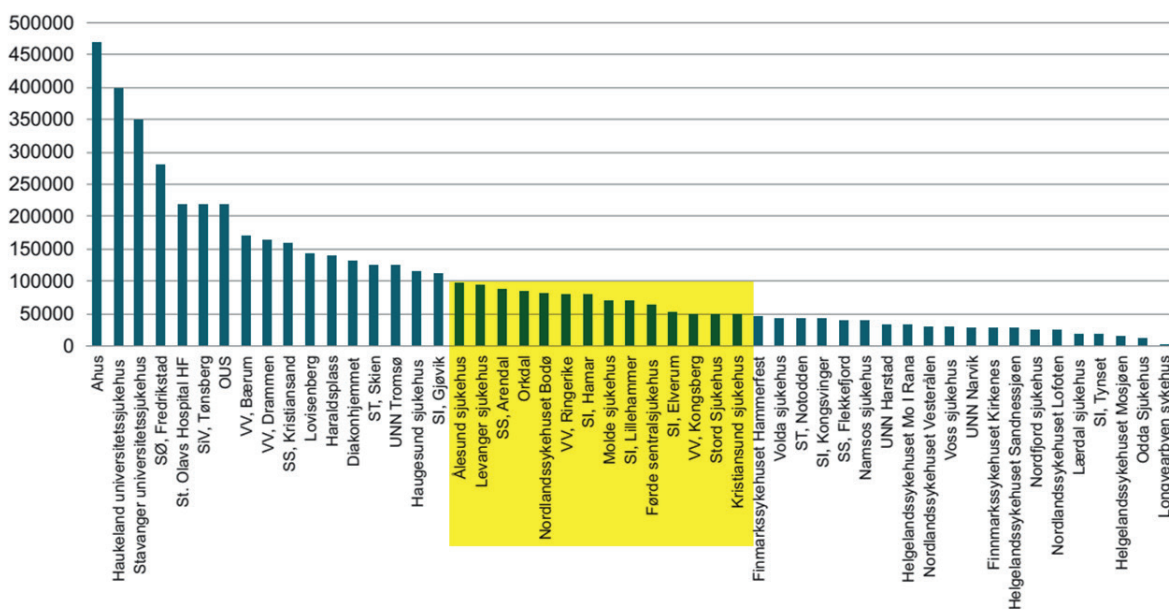
BEFOLKNINGSGRUNNLAG, FRAMSKRIVNING OG PASIENTGRUNNLAG

PASIENTGRUNNLAGET TIL AKUTTSYKEHUSENE I HMR

Ut fra nasjonale tall er befolkningsgrunnlaget for Kristiansund sjukehus ca. 50 000, Molde ca. 69 000 og Ålesund ca. 100 000. Befolkningsgrunnlaget for nye SNR er i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019) beregnet til 119 000.²⁰ Som figuren under viser plasserer SNR seg som et middels stort akutt sykehus i norsk sammenheng. Befolkningsgrunnlaget som lokalsykehus for voksenbefolkningen vil være noe større enn Ålesund, og bemanningen i tjenester på ubekvem tid vil være i henhold til nasjonal sykehusplan for denne type akutt sykehus.

FIGUR 1

Befolkningsgrunnlag somatiske akutt sykehus 2015. Tallene beskriver hvor mange mennesker som har aktuelt sykehus som sitt lokalsykehus. Tallene vil variere etter hvordan sykehusene har delt ulike funksjoner mellom seg. Kilde: Nasjonal helse- og sykehusplan (2016- 2019)



Bosted definert ut fra barneavdelingene i HMR opptaksområde 2015 – 2017 fordeler seg slik:

- **Kristiansund sykehus**
Kristiansund, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Surnadal, Halså, Smøla og Aure
- **Molde sjukehus**
Molde (barn går delvis direkte til Ålesund ved ø-hjelp), Aukra, Fræna, Eide, Sunndal
- **Volda sykehus**
Volda, Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Ørsta
- **Ålesund sjukehus**
Ålesund, Hareid, Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Sykkylven, Skodje, Sula, Giske, Haram, Sandøy, Vestnes, Misund, Rauma, Nesset (Rauma, Nesset og Misund eventuelt til nye SNR)

²⁰Helse – og Omsorgsdepartementet Meld. St.11. (2015 – 2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)

BARNEBEFOLKNING PER I DAG

Det bor 57 261 barn og unge i Møre og Romsdal (2017-tall). Ålesund bostedsområdet har 26 365 barn. Dette inkluderer kommunene Rauma og Vestnes og Midsund (3362 barn). Ved behov av innleggelse vil de i dagens praksis, sammen med barn i Volda bostedsområde (9392 barn), bli innlagt ved sengepostene i Ålesund (totalt 35 757 barn). I tillegg kommer barn innlagt kveld, natt og helg fra Molde legevakt. Herav følger at Molde bostedsområde er redusert til 11 479 barn. Disse barna vil med dagens praksis, sammen med barn i Kristiansund bostedsområde (10 025), bli innlagt ved sengeposten i Kristiansund ved behov av innleggelse (totalt 21 504 barn).

Med denne definisjonen (2017-tall) fordeler barnepopulasjonen seg slik:

- Ålesund 35 757 (62 %)
- Kristiansund 21 504 (38 %)

BARNEBEFOLKNING I FREMTIDIG SNR

I antatt fremtidig dekning for SNR er Rauma, Nesset og Midsund tatt med i Molde bostedsområde grunnet avtalt legevaktsamarbeid, mens Vestnes er antatt fortsatt å søgne til barneavdelingen i Ålesund. Vestnes er derfor definert under Ålesund bostedsområde for det aktuelle formålet. For å få et best mulig grunnlag for å vurdere pasientgrunnlag for ulike modeller for barn i SNR og Ålesund er videre beregninger i utredningen av pasientstrømmer av barnepasienter gjort utfra denne definisjonen.

Med denne definisjonen (2020-tall) fordeler barnepopulasjonen seg slik:

- Ålesund 33 831 (59 %)
- SNR 23 418 (41 %)

Befolkningsframskriving for alder 0-17 år for 2020 til 2040 (tabell 1) viser en gjennomsnittlig økning på 4.2 % for Molde-området, 6.7 % for Ålesund-området, 4 % for Kristiansund-området og 5.1 % for Volda-området utfra SSB bostedsdefinisjon.



Arkitektskisse Sjukehuset Nordmøre Romsdal

TABELL 1

Aktuell og framskrevet folkemengde (0 - 17 år) 1. januar, etter region, tid og statistikkvariabel. Kilde: SSB

	2016	2017	2020	2030	2040
1502 Molde	5 588	5 579	5 774	6 351	6 470
1535 Vestnes	1 322	1 320	1 300	1 278	1 294
1539 Rauma	1 555	1 541	1 545	1 425	1 370
1543 Nesset	575	572	518	508	501
1545 Midsund	504	501	502	500	520
1547 Aukra	849	843	856	888	968
1548 Fræna	2 210	2 221	2 227	2 237	2 301
1551 Eide	831	835	795	701	724
1563 Sunndal	1 459	1 429	1 409	1 391	1 407
Totalt Molde-regionen	14 893	14 841	14 926	15 279	15 555
1504 Ålesund	10 128	10 180	10 271	11 004	11 191
1517 Hareid	1 207	1 188	1 218	1 244	1 239
1523 Ørskog	507	509	514	507	509
1524 Norddal	357	346	305	253	247
1525 Stranda	927	921	886	941	966
1526 Stordal	244	230	211	179	199
1528 Sykkylven	1 758	1 762	1 608	1 422	1 451
1529 Skodje	1 157	1 145	1 243	1 391	1 503
1531 Sula	2 285	2 294	2 347	2 408	2 566
1532 Giske	2 079	2 129	2 157	2 306	2 511
1534 Haram	2 043	2 054	1 991	1 906	1 921
1546 Sandøy	268	245	251	225	229
Totalt Ålesund-regionen	22 960	23 003	23 002	23 786	24 532
1505 Kristiansund	5 066	4 982	5 017	5 232	5 482
1554 Averøy	1 260	1 261	1 261	1 247	1 350
1557 Gjemnes	570	572	518	422	400
1560 Tingvoll	623	610	601	552	551
1566 Surnadal	1 203	1 207	1 135	1 211	1 207
1571 Halså	292	299	270	236	225
1573 Smøla	391	394	368	354	368
1576 Aure	692	700	622	595	600
Totalt Kristiansund-regionen	10 097	10 025	9 792	9 849	10 183
1511 Vanylven	595	563	514	472	441
1514 Sande (M. og R.)	487	494	458	432	410
1515 Herøy (M. og R.)	1 999	1 976	2 001	1 909	1 894
1516 Ulstein	2 083	2 021	2 109	2 219	2 417
1519 Volda	1 941	1 941	2 043	2 305	2 453
1520 Ørsta	2 375	2 397	2 404	2 385	2 401
Totalt Volda-regionen	9 480	9 392	9 529	9 722	10 016

FØDETALL

For innbyggere i Molde og Kristiansund er det et stabilt fødetall på ca 1150 fødsler. Det er om lag det samme fødetallet som for Ålesund-området. Anslagsvis 20 % av gravide kvinner fra Kristiansund og Molde sorteres til et høyere nivå i henhold til helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud». Dette forklarer forskjellene mellom tabell 2 og 3, der tabell 3 viser antall fødsler etter den gravides bostedsadresse.

Tabell 2. Antall fødsler i Helse Møre og Romsdal, per institusjon. Kilde: HMR

Årstall	Ålesund	Kristiansund	Molde	Volda	Sum
2014	1331	394	544	479	2748
2015	1390	368	534	493	2785
2016	1350	366	513	485	2714

Tabell 3. Antall fødsler i Helse Møre og Romsdals befolkning, fordelt på bostedsområder. Kilde: Medisinsk fødselsregister

Årstall	Ålesund	Kristiansund	Molde	Volda	Rindal	Sum
2014	1133	447	734	421	23	2758
2015	1169	449	735	419	17	2789
2016	1165	442	732	399	19	2757



¹⁷Barnehelseatlas for Norge. En oversikt og analyse av forbruket av somatiske helsetjenester for barn 0-16 år for årene 2011 – 2014. Atle Moen. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

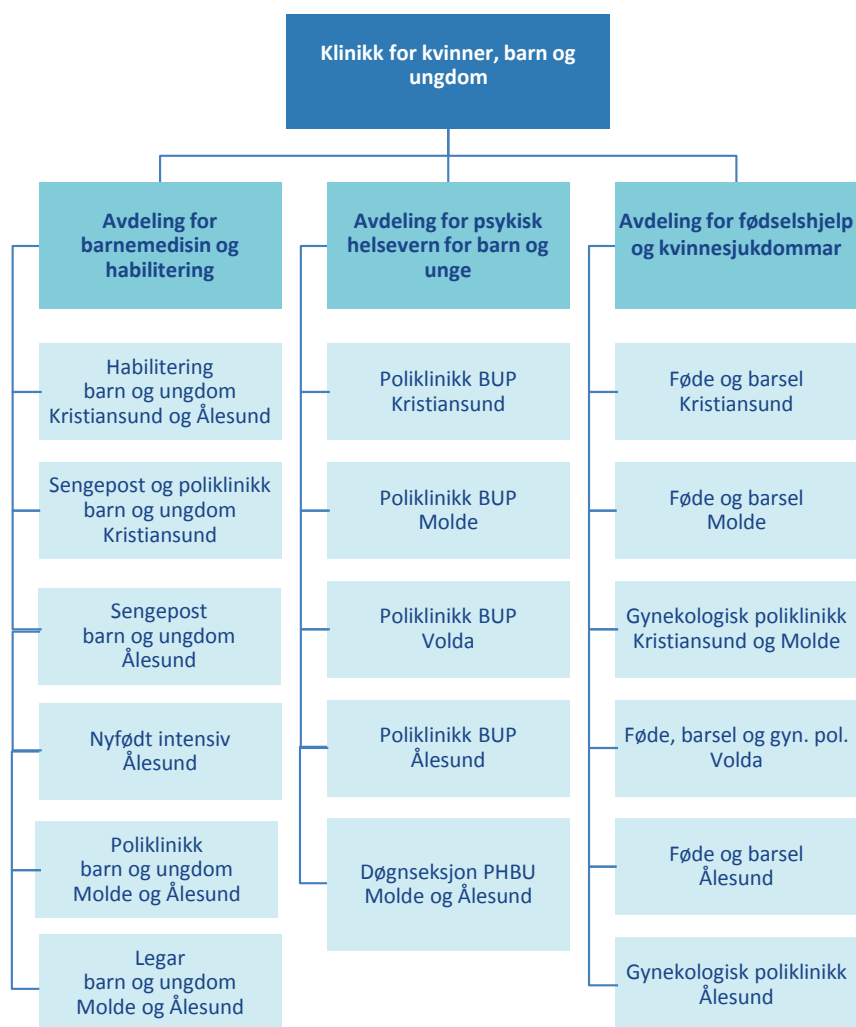
PEDIATRITILBUDET I HMR PER I DAG

HVOR PLASSERER MØRE OG ROMSDAL SEG I BARNEHELSEATLASET FOR NORGE?

Møre og Romsdal ligger på gjennomsnittet i forbruksrater både for totalt antall kontakter (både primær- og spesialisthelsetjenesten) og litt over gjennomsnittet i antall innleggelses på sykehus (både ø-hjelp og planlagte).²¹ De ligger på gjennomsnittet for aldersjusterte forbruksrater for poliklinikk og dagbehandling, og litt under gjennomsnittet i sengeforbruk pr døgn sammenliknet med resten av landet. Tallene på nasjonalt plan viser ingen uttalt over- eller underforbruk av helsetjenester, og det kan bety at forbruket har truffet riktig nivå.

HISTORIKK OG AKTUELT ORGANISASJONSKART FOR PEDIATRI I HMR

Det somatiske barnehelsetilbudet har over flere tiår vært delt mellom en barneavdeling i Kristiansund, en barneavdeling i Ålesund, og i tillegg barnepoliklinikker i Molde og Volda. Våren 2016 ble det besluttet omorganisering i Helse Møre og Romsdal, med inndeling i tverrgående klinikker. Dette arbeidet ble gjennomført i løpet av 2016 og første del av 2017. Barnemedisin, barnehabilitering, psykisk helsevern for barn- og unge og gynekologi/føde ble samlet i en klinikk. Det somatiske barnehelsetilbudet ble samlet i en avdeling, «Avdeling for barnemedisin og habilitering», og organisasjonskartet ble slik:



²¹ Barnehelsetlas for Norge. En oversikt og analyse av forbruket av somatiske helsetjenester for barn 0-16 år for årene 2011 – 2014. Atle Moen. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

Tidligere var barnetilbudet i HMR organisert i to barne- og ungdomsavdelinger i henholdsvis Ålesund (BUA Ålesund) og Kristiansund (BUA Kristiansund). Med det nye organisasjonskartet fra 01.01.17 ble BUA Ålesund og BUA Kristiansund slått sammen og samlet med habilitering til barn i «Avdeling for barnemedisin og habilitering». Avdelingen består av 6 seksjoner; «sengepost barn og ungdom Ålesund», «poliklinikk barn og ungdom Molde og Ålesund», «sengepost og poliklinikk barn og ungdom Kristiansund», i tillegg til «nyfødt intensiv», «habilitering» og «leger (Molde og Ålesund)».

BEREDSKAP SYKE NYFØDTE I HMR

I Ålesund er det barnelege i tilstedevakt hele døgnet som raskt kan tilkalles til syke nyfødte. I Kristiansund har barnelege hjemmevakt på kveld/helg, mens anestesilege har tilstedevakt hele døgnet. I stengningsperiodene i Kristiansund håndteres syke nyfødte av anestesileger etter kl. 16 og i helg. Resten av året ved samarbeider anestesi og barneleger. I Volda og i Molde håndteres alle syke nyfødte av anestesileger hele året. Syke nyfødte født ved de andre sykehusene blir overflyttet med kuvøseteam betjent av luftambulansetjenesten etter stabilisering på lokalsykehus. Spesialister i anestesi er ansvarlig for medisinsk behandling under kuvøse-transportene. For nærmere beskrivelse av kuvøsetransporter, se avsnitt om prehospital og akutt-tjenesten. Intensivbehandling av kritisk syke nyfødte og premature fra og med 26. svangerskapsuke behandles i HMR ved nyfødtintensiv i Ålesund, mens truende prematur fødsel hos gravide ≤ 26 svangerskapsuke er sentralisert til St.Olav.²²

Seksjon for nyfødtintensiv har 13 plasser, luftsmitteisolat/søvnlaboratorium og tar i tillegg imot barn < 6 mnd. med behov for intensivbehandling. De siste to årene har det vært ca. 300 innleggelser på nyfødtintensiv med en gjennomsnittlig liggetid på 7 – 10 dager (stor variasjon).



²²Avtale mellom foretakene fra 15.02.2017

BARNE- OG UNGDOMSAVDELINGEN I HMR: DE BARNEMEDISINSKE SENGESEKSJONENE ÅLESUND OG KRISTIANSUND

Somatisk syke barn etter nyfødtp perioden behandles ved sengeeksjonene på Barne- og ungdomsavdelingen både i Ålesund og Kristiansund.

SENGEPOST BARN OG UNGDOM, KRISTIANSUND SJUKEHUS

Barneavdelingen i Kristiansund betjener 38 % (21,504 barn) av barnebefolkningen i Møre og Romsdal. Ved full kapasitet (4 ½ døgn) har sengeposten 8 plasser, og ved redusert drift (2½ døgn) i helg er antallet redusert til 4.

Barneavdelingen i Kristiansund har siden 1993 hatt en stengningsperiode på 4 uker om sommeren som har vært samordnet med stengningsperioden på føden. Fra 2012 ble stengningsperioden på sommeren økt til 8 uker og det ble innført 10 dagers påskestengning. Samtidig ble antall sengeplasser redusert. I perioden oktober 2014 til påsken 2015 var det 5-døgns drift med helgestengning. De siste helgene før påsken var barnelege på vakt, men ingen tilgjengelige senger. Fra april 2015 har det vært redusert drift i helg med bemanning for 4 sengeplasser. Dette har medført endringer i stillingsstruktur både for leger og sykepleiere. Denne driftsformen ble innført som en midlertidig løsning, i påvente av avgjørelse om videre driftsmodell. Denne problematikken er videre omtalt i avsnittet der dagens driftsmodell ved barneavdelingen i Kristiansund evalueres. Opptaksområdet ble endret i 2015 ved at barn fra Molde legevakt som trengte innleggelse skulle legges inn ved barneavdelingen i Ålesund. I dagene mot helg, vurderes det ved melding av innleggelser om pasienten kan tas imot i Kristiansund eller skal innlegges direkte ved barneavdelingen i Ålesund.

Sengepost barn og ungdom i Kristiansund har enkeltrom, med unntak av dagbehandlingsrommet som også brukes til innlagte pasienter ved behov. Her innlegges pediatriske og kirurgiske pasienter fra 0 til 18 år. Kirurgiske pasienter ibefatter i hovedsak ortopedi, ØNH og litt generell kirurgi. Alle medisinske barn blir tatt imot på sengeposten, med unntak av alvorlig syke barn, som blir tatt imot i akuttmottaket. Det er organisert akutt barneteam for å sikre rask mobilisering av alle nødvendige fagfolk. I stengningsperioder for sengeposten er det ikke barnelege i vakt, og anestesilege er ansvarlig for mottak og stabilisering av alvorlig syke barn i påvente av transport til høyere behandlingsnivå.

Dagbehandlingen gjennomføres på sengeposten for medisinske barn/ungdommer. Barn/ungdom til kirurgisk dagbehandling benytter sengeposten pre- og postoperativt, men selve dagbehandlingen foregår oftest på operasjonsavdelingen.

SENGEPOST BARN OG UNGDOM, ÅLESUND SJUKEHUS

Barneavdelingen i Ålesund betjener 62 % (35 757 barn) av barnebefolkningen i fylket. Våren 2011 ble nytt bygg for barn og ungdom tatt i bruk ved Ålesund sjukehus. Sengeposten er bygningsmessig delt i en infeksjonsside og en «ren side». Avdelingen er bemannet for 18 senger (12 somatiske og 6 kirurgiske), men det er 21 sengerom totalt. Sengerommene er enerom, der 2 rom er luftsmittisolat og 1 rom er spesielt tilpasset rehabiliteringsbehov. På sengeposten innlegges pediatriske og kirurgiske pasienter fra 0 til 18 år. Kirurgi består av ortopedi, generell kirurgi, ØNH, tann/kjeve, øye og gynekologi. Alle medisinske barn blir tatt imot på sengeposten, med unntak av akutt dårlige barn som blir tatt imot i hovedmottak av akutt barneteam (bredt tverrfaglig team). Kirurgiske og ortopediske barn blir tatt imot i hovedmottak før de blir overført til sengeposten for videre pre- og postoperativ oppfølging.

Barn som skal til planlagt dagkirurgi blir stort sett tatt imot og behandlet ved egen dagkirurgisk enhet i annen lokalisasjon ved Ålesund sykehus. Ved behov for lengre postoperativ observasjon blir barnet overført til sengepost for barn og ungdom etter inngrepet. Dette kan f.eks. være ØNH-barn med lang reisevei som må overnatte på grunn av blødningsfare. Det er flest ø-hjelpinnleggelser av barn med pediatriske tilstander ved begge avdelingene. Pleiepersonalet på sengeposten, nyfødt intensiv og poliklinikken i Ålesund samarbeider ved behov.

STILLINGER OG VAKTORDNINGER

Tabell 4 viser fordelingen av antall stillinger ved de to barneavdelingene. Flere barneleger ansatt ved sjukehuset i Ålesund ambulerer til Molde og har poliklinikk der til sammen 2 dager per uke. En overlege har ansettelse både i Kristiansund (for vakt der) og i Ålesund (for poliklinikk i Molde). En av overlegene ved avdelingen i Ålesund er bosatt i Volda, har poliklinikk samt barseltilsyn der 2- 3 dager i uken, i tillegg til å delta i neonatal visitt/vakt ved avdelingen i Ålesund.

En overlege i Ålesund har avsatt 20 % stilling for opplæring i HLR av nyfødte for hele HMR. Ålesund avgir også 20 % legeressurs til legeundersøkelser ved Barnehuset i Ålesund. Overlegene i Ålesund dekker både nyfødt-medisin og generell barnemedisin, med separate vaktordninger som angitt under.

Tabell 4. Stillinger ved Avdeling for barnemedisin og habilitering. Kilde: Avd. for barnemedisin og habilitering

Barneavdeling	Ålesund	Kristiansund
LIS-stillinger	8 ^a	1
Overlegestillinger	14,5	5,3
Turnusleger	2	Nei ^b
Neonatalvakt	Ja	Nei
Habilitering (leger)	1,2 ^c	0,2
Totalt antall sykepleiere/ barnepleiere ved sengepostene	28,6 sengepost ^d 35,4 nyfødt intensiv ^e	15,0 ^f
Pedagog/støttefunksjoner (som ikke deltar klinisk eller i vaktordning)	Assistent 1,8 (1 nyfødtintensiv melkekjøkken, 0,8 på sengeposten) Sosionom 1 Førskolelærer/ spes.ped 1,6	
Sykepleiere poliklinikk	5,8 ^g	2,1
Sekretærer/postsekretær totalt	5,1 – 6,1	2,6

^a 1 LIS-stilling bemannes primært av leger i sideutdanning for BUP og anestesi

^b Kun hospitering av turnuslege fra medisin

^c Faktisk ressurs -0,6 stilling er pol/vakt på barneavdelingen

^d Inkluderer seksjonsleder, ass. seksjonsleder og fagsykepleier

^e Inkludert seksjonsleder, assisterende seksjonsleder, HLR-sykepleier, fagsykepleier og undervisnings-sykepleier

^f Inkludert seksjonsleder og fagsykepleier

^g Inkludert sykepleier i Molde og seksjonsleder

^h Inkludert pasient-koordinator for alle innleggelses inkl. kirurgi, sekretær i Molde og postsekretær på begge sengepostene

I Ålesund er det tilstedevakt for lege i spesialisering (LIS) hele døgnet hele året. Generell bakvakt (overlege) er til stede 08– 19 på hverdager og 09 – 17 i helg, ellers hjemmevakt. Per nå er det 7-delt bakvakt. Neonatalvakt (overlege nyfødttmedisin) har hjemmevakt 16 – 08 på hverdager og hele døgnet i helgedagene, per nå 4-6 delt vakt. Ålesund er godkjent for 3,5 år av spesialistutdannelsen for pediatri etter gammel ordning.

I Kristiansund går både LIS og overleger for tiden 5-delt hjemmevakt. Det er ikke LIS på alle vakter. Overlege er alltid på vakt når sengeposten er åpen, og har hjemmevakt etter kl. 18 på hverdager. Lørdag/søndag aktiv tid fra kl. 09- 14/13 samt kl. 18 – 19. Kristiansund er godkjent for 2 år av spesialistutdannelsen for pediatri etter gammel ordning. Turnuslege på medisin hospiterer i korte perioder av gangen i barneavdelingen.

Sykepleierne på sengeposten i Ålesund er inndelt i faggrupper: hjerte, mage-tarmsykdommer, kreft lunge, infeksjon, smerter, sosialpediatri, nevrologi, kirurgi og ortopedi. Sykepleierne i de ulike faggruppene har ansvaret for den faglige utviklinga innenfor sitt fagområde. Sykepleierne har ukentlig undervisning og det blir arrangert 2 fagdager/kvelder i halvåret. Sengeposten har god kompetanse innen tverrfaglig rehabilitering.

Sengeposten har ca. 25 % spesialutdannede sykepleiere (barn, kreft, helsesøster og rehabilitering). Ved barnepoliklinikken/dagposten i Ålesund har alle sykepleiere spesialutdanning.

I Kristiansund er sykepleierne inndelt i faggruppene mage/tarm, diabetes, astma/eksem, nevrologi, kirurgi. Sykepleierne har en fagdag hver 12.uke, hvor de fordyper seg i fagområdet. Ålesund og Kristiansund tilbyr begge mestrings- og opplæringstiltak innen ulike sykdommer og problemstillinger. Eksempler på dette er cøliakiskoler, eksemskole, astmaskole, samlinger for pårørende og pasienter med epilepsi og diabetes. Flere av LMS-tiltakene gjennomføres i samarbeid med HABU/BUP. Sykepleierne fra sengepost og poliklinikk reiser ut til skoler og barnehager og underviser i blant annet diabetes og epilepsi.



Barne- og undomsavdelingen i Ålesund

ANNET PERSONELL

I Ålesund er det ansatt en sosionom i 100 % stilling som støtter både sengeseksjoner og poliklinikk. Ernæringsfysiolog finnes ved poliklinikken i 50 % stilling. Uroterapeut fantes tidligere i 20 % stilling, men ikke siste året. Det er et ønske om å få tilbake dette tilbudet. Det drives førskole/skole i egen avsatt del av nybygget, med lærer i totalt 2,4 stilling og førskolelærer i totalt 1,6 stilling. Barn med behov for dagbehandling, særlig ved infusjoner, kan få skoletilbud sammen med behandling. Det er også tilknyttet en fysioterapeut i 100 % stilling til avdelingen som er ansatt i fysioterapiseksjonen på Ålesund sjukehus, men har kontor på barneavdelingen.

I Kristiansund er klinisk ernæringsfysiolog, sosionom og fysioterapeut ansatt i Avdeling for kliniske støttefunksjoner og samarbeider med barnesengeposten/poliklinikken etter behov. Ernæringsfysiologen deltar i spiseteamet sammen med barne- og habiliteringstjenesten og barnelege. Det er samarbeid med uroterapeut, som er ansatt ved kirurgisk poliklinikk, og skoletilbud til innlagte pasienter i grunnskolealder alle hverdager (kommunalt ansatt lærer), men ingen førskolelærer.

FUNKSJONSFORDELING PEDIATRISKE SPESIALUNDERSØKELSER

Pediatri er et fagområde som krever tilgang til en rekke spesialundersøkelser. Enklere undersøkelser som allergitesting, lungefunksjonsmåling og EKG gjøres ved alle poliklinikkene, mens tjenesten i Volda gis ved medisinsk poliklinikk. Barn med behov for ultralyd av hjertet må til Ålesund, mens innvendige undersøkelser av tarm utføres både i Ålesund og Kristiansund. Dette er i tråd med hvordan tilbudet til barn er organisert i resten av landet. Tabell 5 viser funksjonsfordelingen spesialundersøkelser fordelt på de fire sykehusene i foretaket.

Tabell 5. Funksjonsfordeling barnemedisinskeprosedyrer HMR

Sykehus	Ålesund	Kristiansund	Molde	Volda
Spirometri	X	X	X	X
pH-måling	X	X		
Tredemølletest	X	X		
Ekko hjerte	X			
EKG	X	X	X	X
Gastroskopi	X	X*		
Coloskopi	X*	X*		
Røntgen i sedering	X	X	X	
Bronkoskopi				
Benmarg	X (unntak)			
Prikktest	X	X	X	X
Spinalpunksjon	X	X	(X med MR)	
FeNO (expi NO)	X	X		

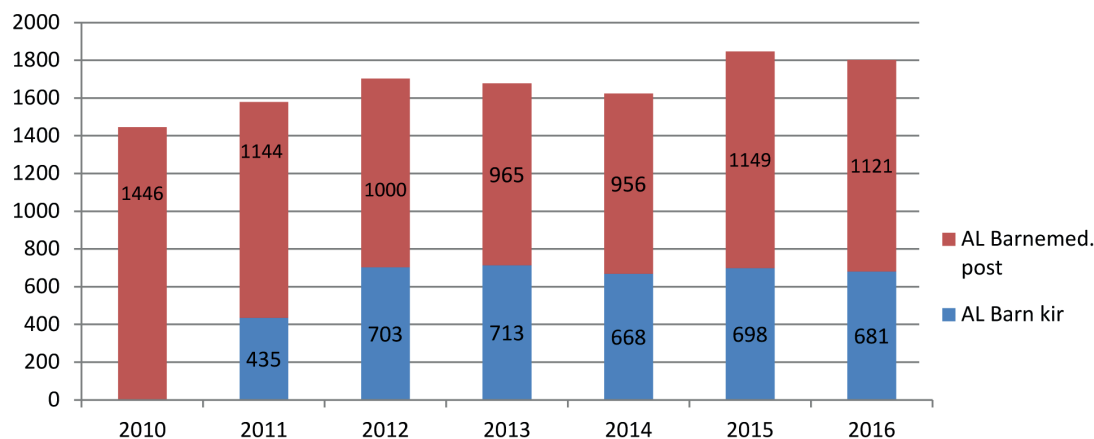
* Utføres av lege fra medisinsk avdeling

AKTIVITET I BARNESEKSJONENE OG PASIENTFLYT I HMR OG HMN

Figur 2-4 viser antall innlagte ved de 4 sykehusene i Møre og Romsdal.

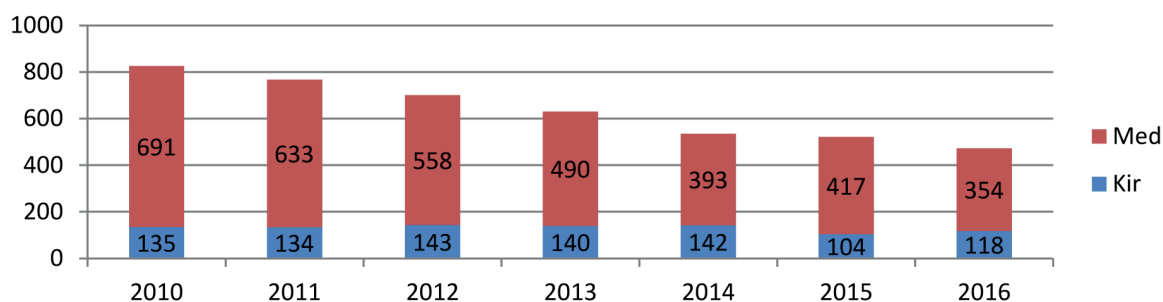
Figur 2. Innleggelses barnepost Ålesund 2010- 2016 fordelt på medisinsk og kirurgiske diagnoser.

Kilde: Avdeling for barnemedisin og habilitering



Figur 3. Innleggelses barnepost Kristiansund 2010- 2016 fordelt på medisinsk og kirurgiske diagnoser.

Kilde: Avdeling for barnemedisin og habilitering



Diagrammene viser innleggelses på sengepostene i henholdsvis Ålesund, Kristiansund, Molde og Volda. Tallene er relativt stabile for Ålesund, mens antall innleggelses i Kristiansund har gått litt ned. Dette er i tråd med dreining av drift fra innleggelses og døgntilretteliggelse til dagbehandling og poliklinikk.

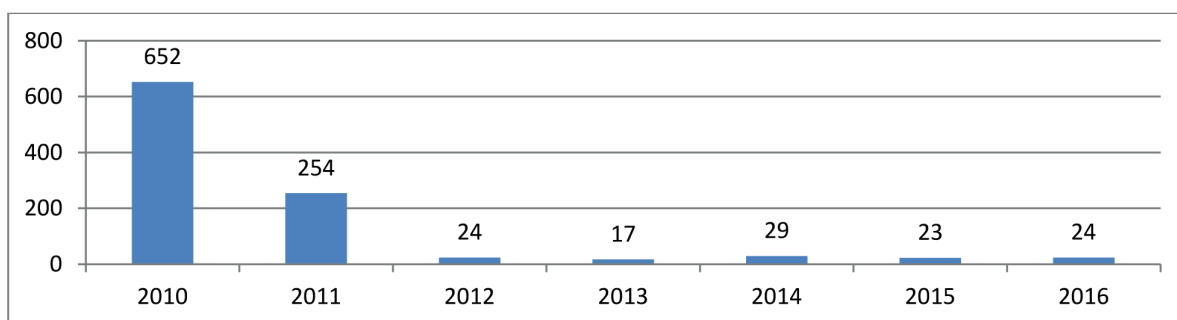
Det er en god del barn innlagt i voksenavdelinger, flest i Molde og færrest i Ålesund. Innleggelsesårsakene er oftest kirurgiske problemstillinger. I Molde er en del barn innlagt på nevrologisk sengepost (tabell 6) på grunn av behov for spesialundersøkelser (EEG). Dette er en konsekvens av funksjonsfordelingen. Av og til bør ungdom innlegges i voksenavdeling for å skjerme andre innlagte barn. Dette gjelder spesielt ved rusproblematikk eller annen utagerende atferd.

Tabell 6 viser utskrivingsdata for barn 0-17 år fordelt på alle avdelinger i HMR og inkluderer avdeling, liggetid (i timer) og gjennomsnittlig alder. For å vise hvordan dette fordeler seg geografisk har vi gruppert og fremstilt tallene etter «sørfylket» (Ålesund og Volda) og «nordfylket» (Molde og Kristiansund).

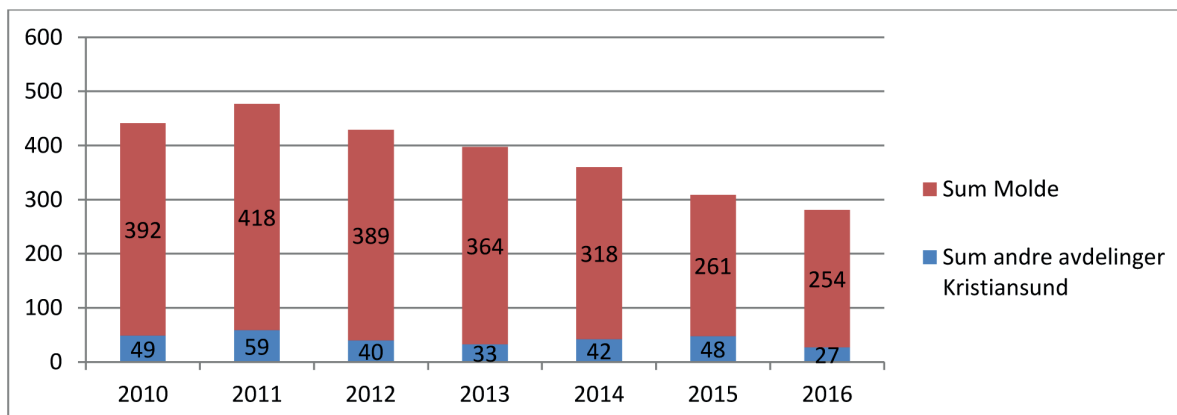
I 2015 var det totalt 2868 døgninnleggelser av barn som fordelte seg på 1819 (63 %) i Ålesund og 577 (20 %) i Kristiansund. 472 (17 %) av døgninnleggelsene var i voksenavdelinger og de fordelte seg på 368 (78 %) i nordfylket og 104 (22 %) i sørfylket. Tallene for 2016 er stort sett like. Summering viser at så mange som 945 (40 %) av innlagte barn i nordfylket lå i voksenavdelinger sammenliknet med bare 104 (6 %) i sørfylket. Dette er en skjevfordeling og uheldig for barnefaglig ståsted. Tabellene viser ellers at barna innlagt i sørfylket var litt eldre og hadde litt kortere innleggelsestid sammenliknet med barn som var innlagt i nordfylket.

Figur 4. Innleggelser barn i voksenavdelinger. Kilde: Avdeling for barnemedisin og habilitering

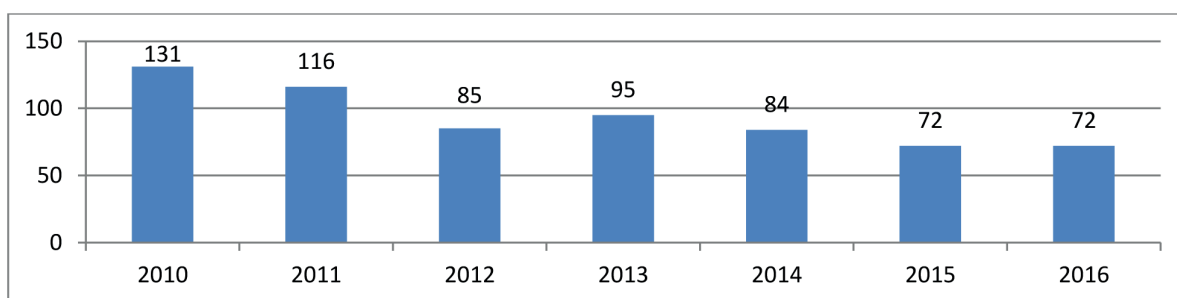
Ålesund



Molde og Kristiansund



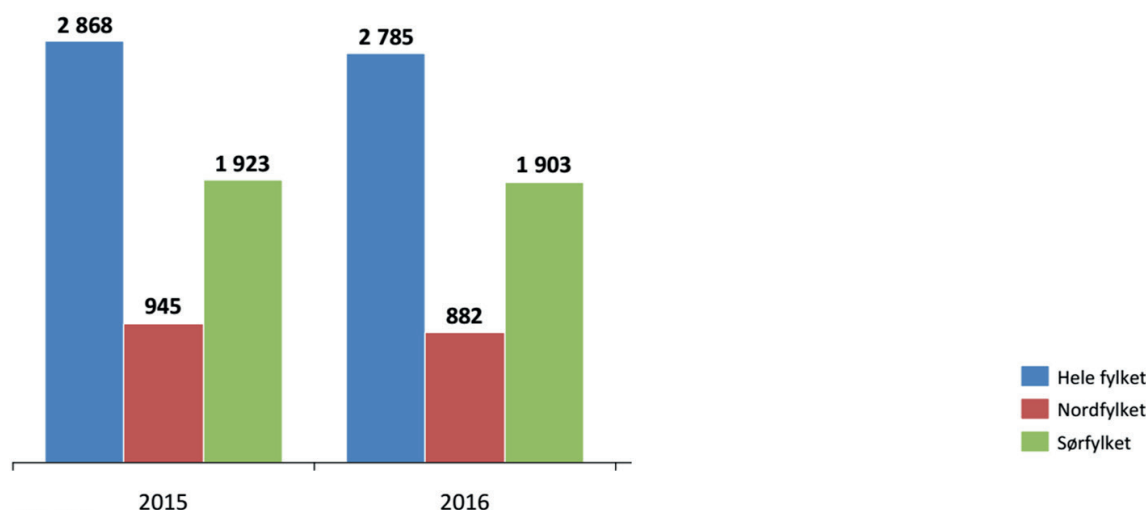
Volda



Tabell 6. Detaljer, innleggelser av barn 0- 17 år etter nyfødtperioden fordelt på avdelinger i HMR 2015- 2016.
Kilde: HMR utskrivningsdata

Nordfylket 2015	Episoder	Snitt oppholdstid	Snitt alder
Sengepost barn og ungdom KR	577	38,6	5,7
Kir sengepost A Molde	57	38,3	11,7
Kir sengepost B Molde	182	36	10,5
Kir/ort sengepost KR	53	26,7	9,6
Med sengepost KR	9	45,1	16,7
Med sengepost A Molde	8	82,1	16,5
Med sengepost B Molde	7	60,1	15,7
Nevrologisk sengepost	52	37,9	13,2
Total	945	45,6	12,4
Sørfylket 2015	Episoder	Snitt oppholdstid	Snitt alder
Sengepost barn og ungdom ÅL	1819	43,1	6,5
Kir sengepost 1 Ålesund	15	90,5	15,9
Kir sengepost 2 Ålesund	3	16,5	12,3
Kir sengepost Volda	81	28,2	11,8
Ortopedisk sengepost ÅL	1	26,8	17
Med sengepost 1 Ålesund	2	28	16,5
Med sengepost 2 Ålesund	1	10,1	17
Med sengepost 5 Ålesund	1	7,7	17
Total	1923	31,1	14,2
Nordfylket 2016	Episoder	Snitt oppholdstid	Snitt alder
Sengepost barn og ungdom KR	536	45	6,2
Kir sengepost A Molde	75	28,2	10,9
Kir sengepost B Molde	197	26,2	10,3
Kir/ort sengepost KR	36	30	11,2
Med sengepost KR	1	21,7	16
Med sengepost A Molde	7	112,4	16,3
Med sengepost B Molde	4	29,6	16,8
Nevrologisk sengepost	26	23,5	12,6
Total	882	39,6	12,5
Sørfylket 2016	Episoder	Snitt oppholdstid	Snitt alder
Sengepost barn og ungdom ÅL	1794	43	7
Kir sengepost 1 Ålesund	13	77,7	16,3
Kir sengepost 2 Ålesund			
Kir sengepost Volda	87	26,3	12
Ortopedisk sengepost ÅL	3	20,1	16,7
Med sengepost 1 Ålesund	1	12,6	17
Med sengepost 2 Ålesund	4	31,6	16,5
Med sengepost 5 Ålesund	1	11,8	17
Total	1903	31,9	14,6

Figur 5. Innleggelser barn 0 - 17 år. Angitt for nordfylket (avdelinger i Molde og Kristiansund) og sørfylket (avdelingene i Ålesund og Volda). Kilde: HMR utskrivingsdata



BELEGGSPROSENT OG UTNYTTELSESGRAD

Belegg og utnyttelsesgrad påvirkes av sesongbetonte epidemier og er ofte høyere i vinterhalvåret på grunn av for eksempel luftveisinfeksjoner hos små barn. Dette gir ofte også utfordringer i forhold til behov for isolat. Det er vanskelig både å sammenlikne de to avdelingene, samt å beregne beleggsprosenten i Kristiansund på grunn av redusert drift i helgene og stengningsperioder. Barn i Kristiansund har kortere innleggelsestid sammenliknet med Ålesund hvilket kan være et uttrykk for at de er mindre syke. Som forventet er det lave tall i Kristiansund i april på grunn av stengning. Det er, kun vurdert ut fra tallene, god kapasitet i begge avdelinger i alle månedene. I infeksjonsperiodene er det mye aktivitet, både polikliniske vurderinger og observasjonsopphold av kortere varighet som ikke vil vises godt i talldata for døgnopphold. Korte opphold krever ressurser knyttet til at flere ulike pasienter benytter samme rom i ulike deler av døgnet. Lengre opphold skyldes ofte komplekse medisinske tilstander med høyt pleiebehov. Disse faktorene påvirker pleie- og bemanningsfaktoren.

Vist under er gjennomsnittlig beleggsprosent på barnesengepostene i 2014 og 2015. Foreløpige rapporter fra 2016 og hittil i 2017 viser om lag det samme gjennomsnittet med variasjon fra ca. 35 % i enkelte måneder til ca. 80 % i andre mnd. Under stengningsperioden på sommeren er beleggsprosent i sengeposten i Ålesund nær 90 % i perioder.

Tabell 7. Antall innleggelser, liggedøgn og beleggsprosent for seksjonene tilhørende Klinikk for barn og unge (AL = Ålesund, KR = Kristiansund) Kilde: Avd. for barnemedisin og habilitering

Døgnopphold 2014	Ant. episoder	Liggedøgn, sum	Beleggsprosent
AL Barne- og ungdomsavd	1585	2839	43
AL Neonatal seksjon	418	3061	65
KR Barne- og ungdomsavd	585	980	46
Døgnopphold 2015	Ant. episoder	Liggedøgn, sum	Beleggsprosent
AL Barne- og ungdomsavd	1793	3207	49
AL Neonatal seksjon	330	3177	67
KR Barne- og ungdomsavd	577	939	52

DAGBEHANDLING OG POLIKLINIKK

Antall poliklinikkrom og antall dager med poliklinisk aktivitet samt dagbehandling ved de ulike sykehusene er vist i tabell 8. De siste tre årene har antall dagbehandlinger og poliklinisk aktivitet økt i alle deler av virksomheten.

Tabell 8. Antall konsultasjonsrom og antall poliklinikkdager barn og unge HMR.

Kilde: Avd. for barnemedisin og habilitering

Sted	Ålesund	Kristiansund	Molde	Volda
Konsultasjonsrom	11 + 1a + 2d	3 + 1d	2 + 1d	1
Poliklinikk antall dager	5	5	5	2-3

a) 1 rom til dagbehandling

d) Testrom/behandlingsrom som brukes parallelt med konsultasjonsrommene for prosedyrer og evt sykepleierkonsultasjoner

Barnepoliklinikken i Ålesund har et dagbehandlingsrom. Det er 1 spesialsykepleier som har ansvaret for gjennomføringen av dagbehandlingen i samarbeid med en turnuslege. Her utføres spesialundersøkelser og medikamentinfusjoner. Pasienter med kroniske sykdommer møter kjent personale når de kommer inn for regelmessig behandling hvilket er viktig og bra. Ø-hjelpsvurderinger tas også imot i barnepoliklinikken på dagtid.

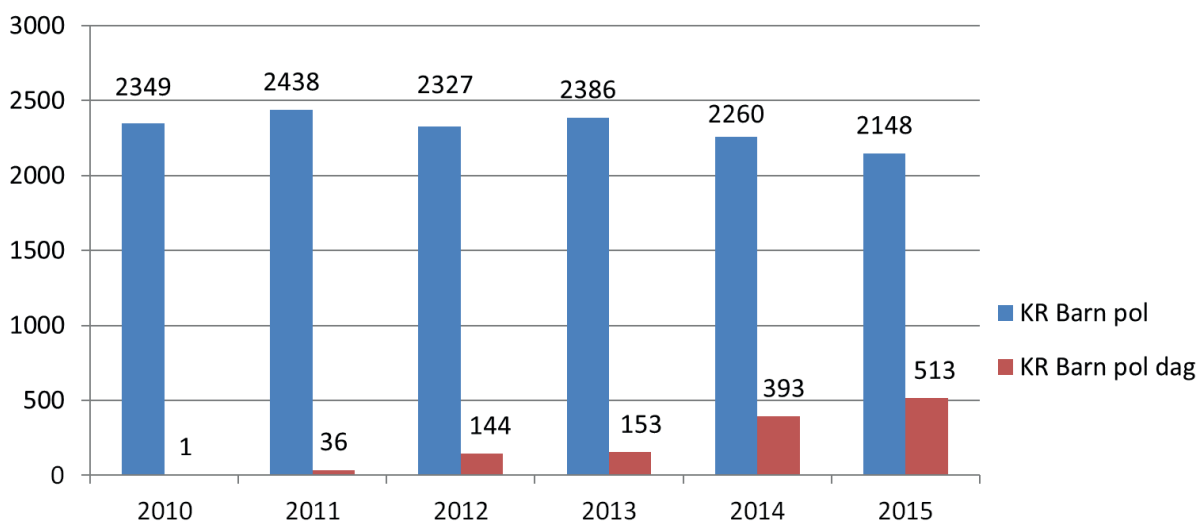
I Kristiansund gis dagbehandling for medisinske barn/ungdommer på sengeposten. De vanligste behandlingene er medikamentinfusjoner, pH-måling, endokrinologiske tester og sedering før undersøkelser. Pasientene møter vanligvis LIS-lege og sykepleier, men for kronisk syke pasienter tilstrebes samordning med kontroll hos behandelende kontaktlege (en overlege) regelmessig.

På grunn av liten legeressurs på barnehabiliteringen i Kristiansund gjennomføres en del polikliniske vurderinger på barnepoliklinikken i samarbeid med personale fra HABU. Det er spesielt innen denne pasientgruppen man også finner pasienter hvor det er behov for hjemmebesøk for vurderinger eller for opplæring til personell. Legeressurs fra poliklinikk brukes da til dette.

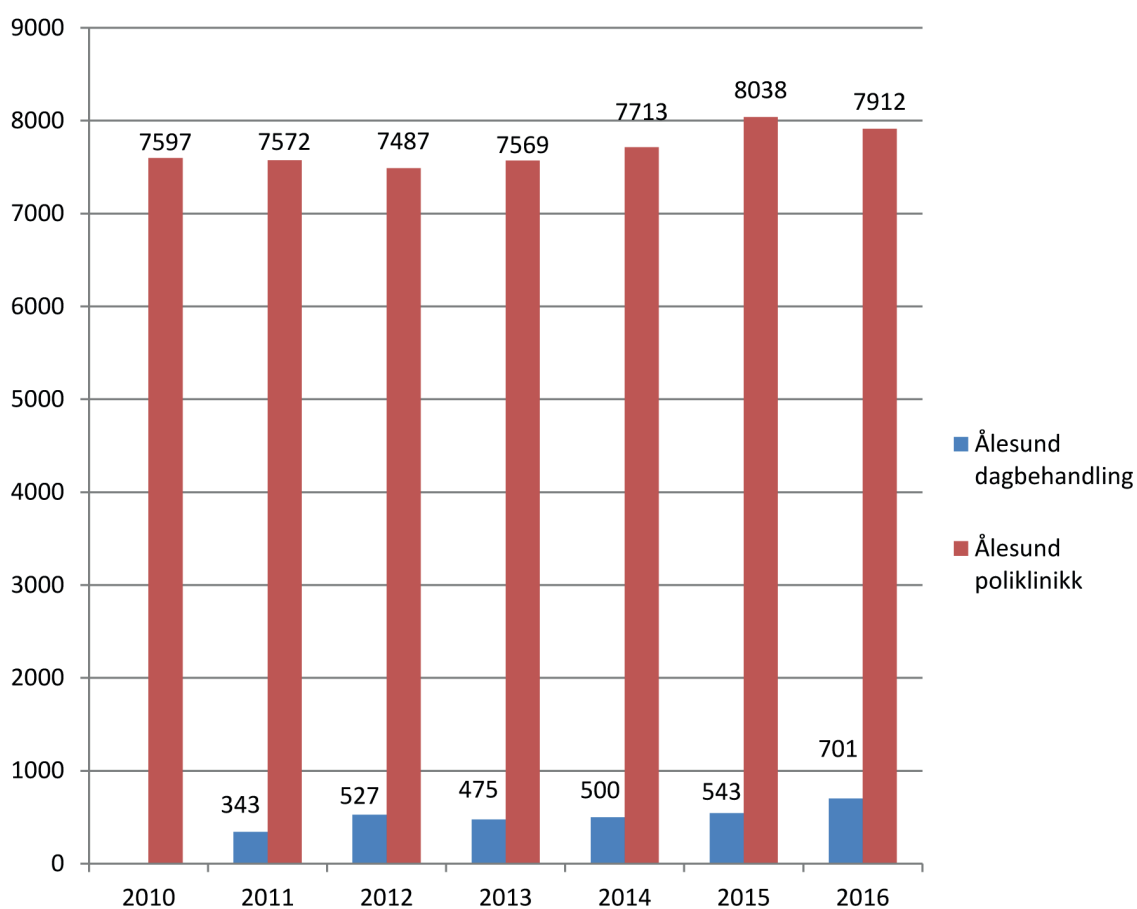
Figur 6 viser aktivitet knyttet til poliklinikk og dagbehandling. Antall polikliniske konsultasjoner er stabil på ca. 8000 i Ålesund og litt over 2000 i Kristiansund. Tall for dagbehandling i Kristiansund inkluderer poliklinikk i sengeposten.

Figur 6. Poliklinikk og dagbehandling Kristiansund og Ålesund 2010 -2015. Kilde: Avdeling for barnemedisin og habilitering

Kristiansund

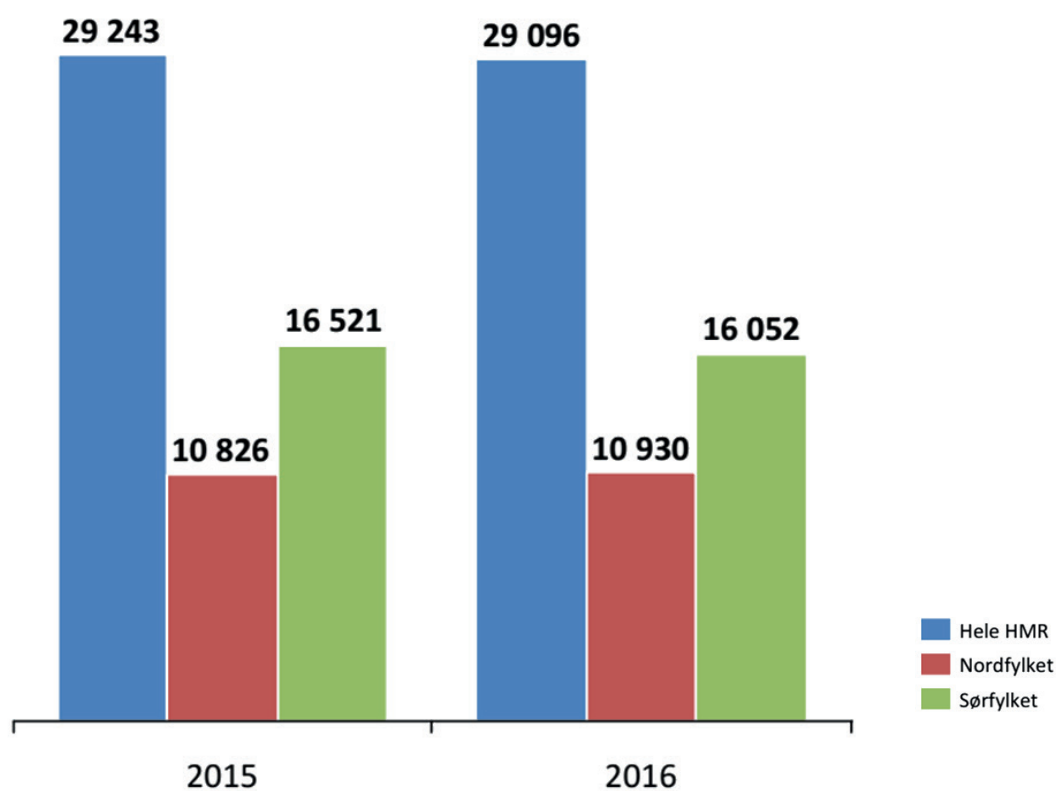


Ålesund



Figur 7 og tabell 9 viser poliklinisk aktivitet som er registrert på alle barn med pediatriske og kirurgiske problemstillinger i 2015 og 2016. Disse fremstillingene viser at det er svært mange barn beveger seg i de ulike delene av spesialisthelsetjenesten. Registreringspraksis gjør at poliklinikk og dagbehandling for noen pasientgrupper ikke vises i disse tallene.

Figur 7. Poliklinikk barn HMR, alle avdelinger. Angitt for nordfylket (avdelinger i Molde og Kristiansund) og sørfylket (avdelingene i Ålesund og Volda). Kilde: HMR utskrivingsdata



Tabell 9. Detaljer, poliklinikk alle barn 0 - 17 år i HMR 2015 - 2016.

Kilde: HMR utskrivingsdata (dagpasienter ved sengepost er her registrert som polikliniske pasienter)

	2015			2016		
	Episoder	Oppholdstid	Snitt	Episoder	Oppholdstid	Snitt
BHAB Ålesund poliklinikk	1542	2	7,5	1815	1,9	7,9
BHAB Kristiansund poliklinikk	1086	1,4	9	1175	1,6	8,4
Poliklinikk barn og ungdom Kristiansund	3159	0,8	7,7	3293	0,9	7,7
Barnemedisinsk poliklinikk og	542	2,8	9,7	692	2,7	9,4
Barnemedisinsk poliklinikk Ålesund	8039	1	7,9	7712	1,1	8
Sengepost barn og ungdom Kristiansund	44	2	4,2	123	1,9	4,8
Kir poliklinikk og dagkirurgi Kristiansund	2872	0,6	10,3	2937	0,7	10,3
Kir poliklinikk, dagkir og inntakskontor	2483	1	10,8	2593	0,9	11,2
Dagkirurgi Ålesund	20	4,1	9,7	10	3,6	7,9
Kir poliklinikk Ålesund	5617	0,9	8,9	5421	0,8	8,8
Kir poliklinikk, dagkirurgi og kontor Volda	1583	1	11,4	1609	1,1	11,2
Dialyse Kristiansund og Molde	2	0,8	16	1	0,4	16
Klinisk støtte medisin Kristiansund	200	1	9,3	96	1	12,4
Med poliklinikk Kristiansund	874	0,4	12,5	631	0,4	11,7
Med poliklinikk Molde	98	0,9	15,1	99	1,1	15,6
Dialyse Volda og Ålesund	7	0,3	16,3	2	0,2	17
Med sengepost 1 Ålesund	29	0,8	15,3	27	0,9	15,9
Med sengepost 2 Ålesund	18	0,8	16,7	23	1,1	16,1
Med sengepost 5 Ålesund	5	0,5	15,2	10	1,3	16,2
Nevrologisk poliklinikk Ålesund	471	0,7	7,8	362	0,8	8,3
NEV Molde – nevrofysiologisk lab	356	0,8	11,6	267	0,8	11,3
NEV Molde – ryggskulen	6	1,4	16,7	14	1,5	14,2
Klinisk støtte nevrologi	190	0,4	10	184	0,5	9,8
Totalt	29243	1	9	29096	1	9

BARN MED BEHOV FOR KIRURGI

De fleste barn i Møre og Romsdal med behov for kirurgisk behandling behandles av kirurger tilknyttet kirurgiske avdelinger for voksne ved de fire sykehusene i helseforetaket (tabell 10). Dagkirurgisk aktivitet er har økt betydelig de siste årene, for eksempel var det 800 dagkirurgiske inngrep i Ålesund i 2016. Kirurgiske tilstander som ikke er sentralisert til Ålesund er brudd og skader, blindtarmbetennelse, sykdommer i øre- nese-halsområdet. I HMR har det vært en utvikling med sentralisering av kirurgi til barn < 1 år til Ålesund sjukehus. I motsetning til medisinske tilstander har barn i Møre og Romsdal både høye forbruks- og pasientrater for kirurgiske tilstander sammenliknet med andre deler av landet.²³

Dette er likt andre fylker med spredt bosetning og kan best forklares utfra geografiske forhold. Komplisert og lang reisevei samt redusert tilbud i offentlig kommunikasjon og liten tilgang på pasienthotell, vanskeliggjør muligheten til å gjennomføre et godt dagkirurgisk tilbud og fører til økt antall overliggere. Dersom været er dårlig og fergen innstilt, genererer dette lettere en innleggelse sammenliknet med i bo-tette områder med gode samferdselsmuligheter. Når det gjelder enkeltdiagnoser ligger HMR høyt sammenliknet med resten av landet på fjerning av mandler og innsetting av øredren, mens det er færre barn enn gjennomsnittet som opereres for blindtarmsbetennelse.²⁴

Tabell 10. Kirurgisk aktivitet til barn og unge i HMR. Kilde: Avd. for barnemedisin og habilitering

	Ålesund	Kristiansund	Molde	Volda
ØNH kirurgi	X	x (kun dag)	x	
Øye kirurgi	X		x	
Lett kirurgi*	X	x	x (1 urolog)	
Bløtdel kirurgi	X		x	x
Lett ortopedi	X	x		
Tung ortopedi	X	X		
MR i narkose	X		X (dagkirurgi)	

*Lett kirurgi: enkle kirurgiske inngrep som kan gjøres som dagbehandling

²³ ²⁴Barnehelseatlas for Norge. En oversikt og analyse av forbruket av somatiske helsetjenester for barn 0-16 år for årene 2011 – 2014. Atle Moen. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

INTENSIVPASIENTER OG GJESTEPASIENTER VED ST. OLAV

I Ålesund legges barn med intensivbehov inn på intensivavdelingen, og barnelege samarbeider med anestesilege om behandlingen. Pasientgruppen som typisk legges i intensivseng er barn og unge med langvarige kramper, alvorlige infeksjoner og større barn med behov for respirasjonsstøtte utover oksygentilskudd (CPAP eller respirator). Det er generelt lav terskel for å konferere og eventuelt overføre barn med mer kompliserte tilstander til barneintensivavdelingen ved St. Olav. Diagnose, kompleksitet og varighet av behov for behandlingen er faktorer som påvirker dette.

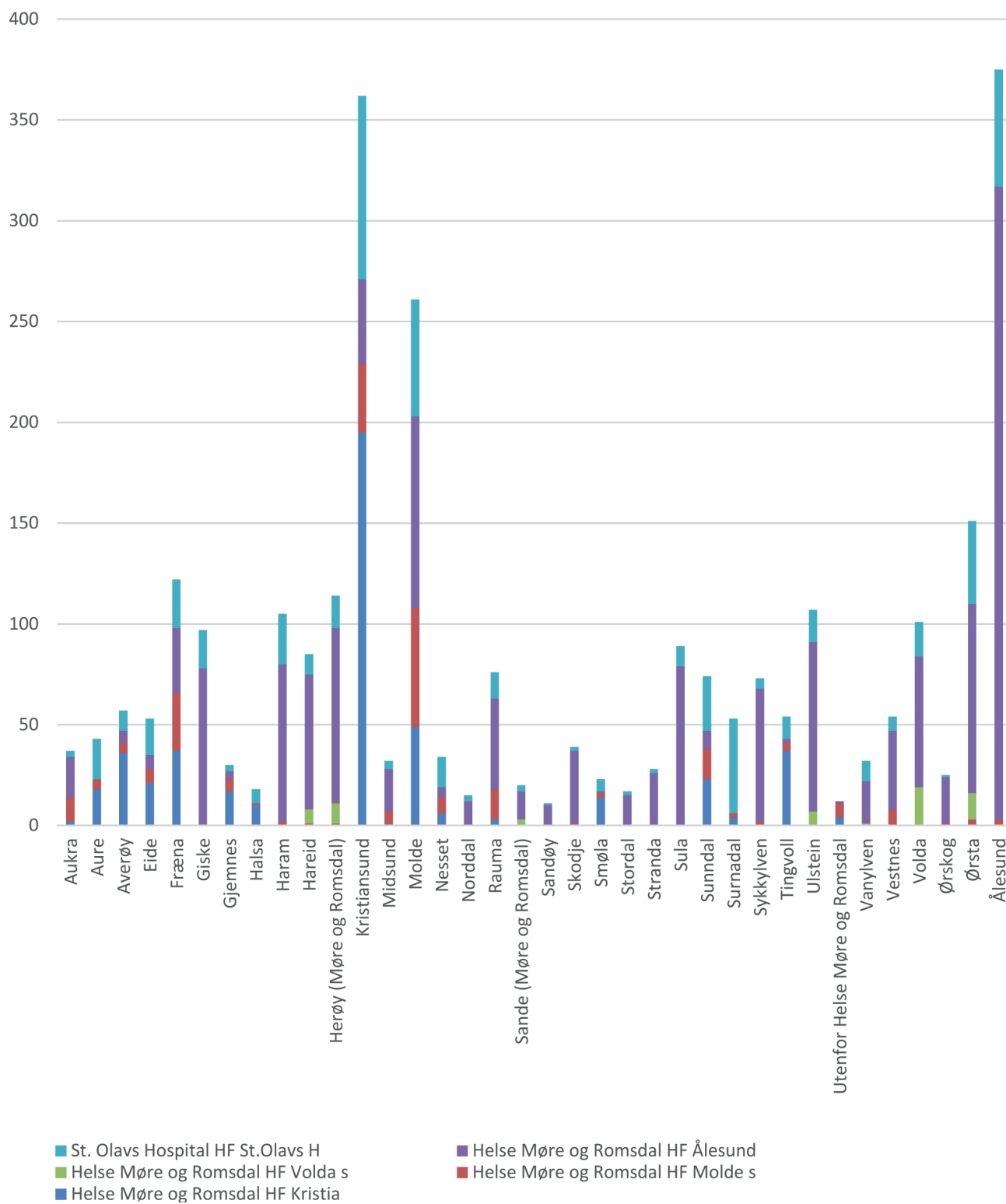
I Kristiansund legges alvorlig syke barn inn på intensiv ved behov for stabilisering og overvåking, før overflytting til barnesengeposten, eller før transport til annet sykehus. Barn som trenger intensivbehandling over tid overflyttes til Ålesund eller til barneintensiv ved St. Olav. I stengningsperioder for barnesengeposten eller ved dårlig vær kan barn behandles på intensiv i Kristiansund i påvente av overflytting. Det er utarbeidet egne prosedyrer for dette.

En del barn 0-17 år fra alle sykehusene i HMR behandles ved St. Olavs hospital. Tallene representerer summen av både pediatriske og kirurgiske barn. En del av disse pasientene har diagnoser som krever spesiell kompetanse, f.eks. kreft, barneleddgikt og behov for avansert pustehjelp. Det er sannsynlig at en del av pasientene kunne vært håndtert innad i HMR ved bedret pasientflyt og samarbeid lokalt, men variasjonen her er stor innad i fylket. I perioden 2014-2016 har det årlige antallet barnepasienter fra HMR som innlegges på St. Olavs Hospital ligget jevnt på ca. 5 – 600 mens antall polikliniske konsultasjoner har vært ca. 1700.

Tabell 11. Gjestepasienter fra HMR ved St. Olav i 2016, fordelt etter nedslagsområde. Kilde: NPR

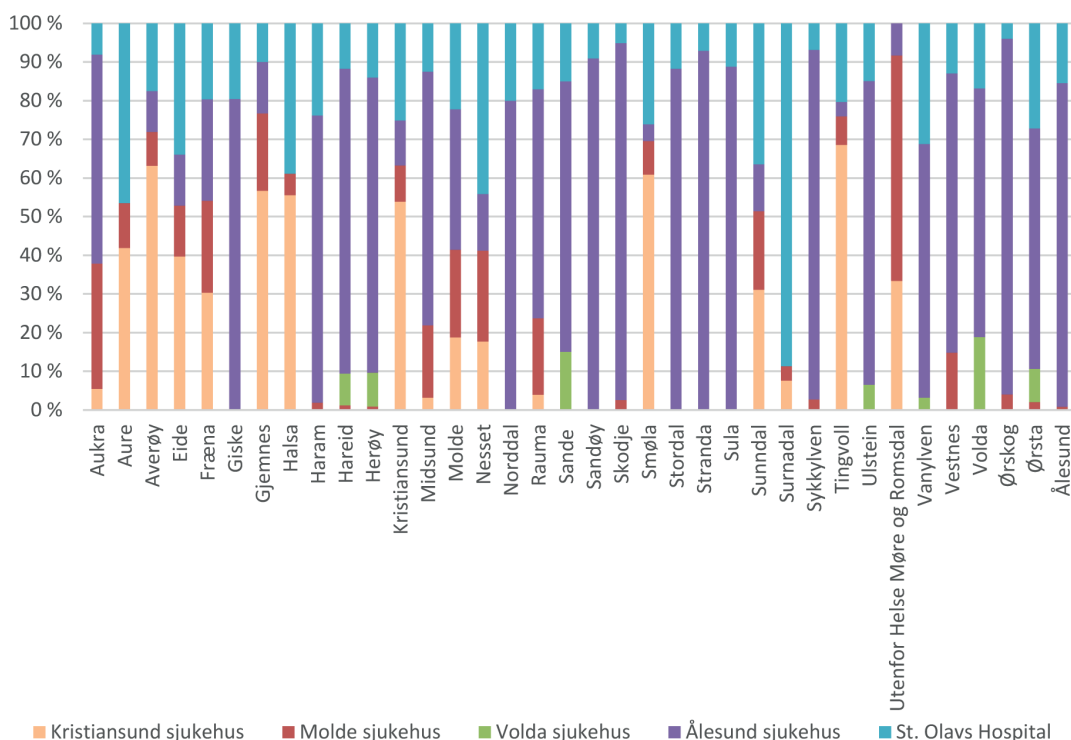
	Ant. innleggelser	Sum opphold i dager	Snitt opphold i dager
Kristiansund	169	711,8	4,2
Molde	144	469,9	3,3
Volda	70	184,9	2,6
Ålesund	116	446,3	3,8
Totalt	499	1812,9	3,6

Figur 8. Fordeling av barnepasienter (antall innleggelser) til Molde, Ålesund, Kristiansund og St. Olavs Hospital 2016. Kilde: NPR data fra HMN



Figur 9. Fordeling av barnepasienter (antall) til Molde, Ålesund, Kristiansund og St. Olavs Hospital 2016.
Kilde: NPR data fra HMN

Andel innleggelser for barn (nyfødte ekskludert), 2016. Fordelt etter behandlende sykehus og fremstilt pr kommune*



*Innleggelser der pasienten er bosatt i Møre og Romsdal HF-området eller behandlet ved Helse Møre og Romsdal HF eller ved St. Olavs Hospital og pasienten er 0-17 år.

Figurene over viser at det til dels er stor variasjon i hvor stor andel av barnepasientene som behandles ved St. Olav. For de fleste kommunene på Sunnmøre viser figuren at ca. 10-15 % av innleggelsene går til St. Olav. For kommunene på Nordmøre varierer andelen som går til St. Olav fra 10 % i Gjemnes til ca. 40 – 50 % i Aure, Halsa og Nasset. I de sistnevnte kommunene blir få innlagt i Ålesund. I Surnadal ble nesten 90 % av barna innlagt på St. Olav. I en del kommuner på Nordmøre (Averøy, Smøla, Tingvoll, Kristiansund, Gjemnes og Halsa) dekkes 50-70 % av innleggelsene av Kristiansund. Mer enn halvparten av barna fra Rauma, Vestnes og Midsund ble behandlet i Ålesund i 2016. For Molde kommune blir flere innlagt på barneavdelingen i Ålesund enn i Kristiansund.

HABILITERING

Seksjonen er del av Avdeling for barnemedisin og habilitering.

Seksjonen består av to enheter fordelt på:

- Nordmøre/Romsdal, kontorplassering Kristiansund sykehus
- Sunnmøre, kontorplassering Ålesund sykehus

Det er enhetsledere i begge team, og enhetsleder i Kristiansund er i tillegg seksjonsleder.

PASIENTGRUPPER, ARBEIDSFORM OG PASIENTGRUNNLAG

Hovedgruppen av pasienter i habilitering for barn og ungdom er personer som har en varig funksjonshemming. Funksjonsvanskene er medfødt eller tidlig ervervet.

Tilstandsgrupper spesialisert habilitering av barn og ungdom:

- Utviklingsforstyrrelse/forsinkelse av kognitive funksjoner
- Omfattende motorisk utviklingsforsinkelse/forstyrrelse
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
- Ervervet hjerneskade
- Progredierende sykdom i hjerne, nervesystem eller muskulatur
- Syndrom som påvirker funksjon og utvikling
- Omfattende kommunikasjons- og språkvansker
- Omfattende vansker knyttet til puberteten, seksualitet og identitet
- Omfattende atferdsvansker
- Omfattende og sammensatte spise/ernæringsvansker

Spesialisert habiliteringstjeneste kjennetegnes blant annet ved:

- Spesialisert kompetanse ved utredning, diagnostisering og tiltaksvurdering
- Større mulighet for å tilby en tverrfaglig bredde og med relativt høy grad av samtidighet
- Nærhet til andre medisinske disipliner
- Lovpålagt ansvar for opplæring av pasienter og pårørende

Spesialisert habilitering for våre pasientgrupper krever stor grad av tverrfaglig kompetanse for utredning, diagnostisering og oppfølging. Tilbudet gis poliklinisk og i stor grad ambulant (reiser ut til pasienten).

Det er anslått at rundt 2- 2,5 % av barnebefolkningen har behov for tjenester fra habiliteringstjenesten for barn og unge.²⁵

Antall pasienter med oppfølging i 2016 i forhold til forventet behov ut i fra nasjonale beregninger er:

Tabell 12. Antall pasienter med oppfølging i 2016 i forhold til forventet behov ut i fra nasjonale beregninger. Kilde: Avd. for barnemedisin og habilitering

Sted:	Befolkningsgrunnlag 0-19 år M&R	Unike pasienter i HABU	Beregnet behov 2%
Nordmøre/Romsdal /KSU	24 854	201 (0,8 %)	497
Sunnmøre/ÅL	40 148	393 (0,9 %)	803

Tallene indikerer at i forhold til befolkningsgrunnlaget er det færre pasienter enn man burde forvente innen målgruppen som får tjenester og oppfølging i Møre og Romsdal. Man kan anta at kommunale tjenester henviser ut fra tilbud som eksisterer og kjent kapasitet i habilitering.

KOMPETANSE OG KAPASITET

Pasienter som henvises spesialisert habilitering har sammensatte og kompliserte vansker. Habilitering er et fler-vitenskapelig felt hvor medisin, psykologi, pedagogikk og sosialvitenskap utgjør et tverrfaglig miljø. Det er behov for fagpersoner som er gode på sitt opprinnelige fagområde samt har evnene til å opparbeide seg kompetanse i feltet hvor fagene møtes. Det er risiko for at kompetanse blir personavhengig dersom det bare er en av hver faggruppe i tjenesten.

Habilitering har bredt internt samarbeid i spesialisthelsetjenesten, for eksempel ernæringsfysiologi, psykisk helsevern barn og unge, nevroortopedi og med spesialisert habilitering av voksne, men også med andre spesialiserte fagmiljø.

²⁵Handlingsplan IS-1692 Habilitering av barn og unge Helsedirektoratet 2009 side 12

STILLINGER

Oversikt over ansatte i seksjon habilitering barn og unge:

Tabell 13. Oversikt over ansatte i seksjon for habilitering barn og unge. Kilde: Avd. for barnemedisin og habilitering


Tjeneste	Leder	Vernepl	Pedagog	Fysio	Sosionom	Sykepleier	Ergoterap	Lege	Psykolog	Sekretær	Annen fag	Total
Enhet habilitering barn og unge Sunnmøre	1	2	3	3	1	1	2	1,4*	3	2	2	21,4
Enhet habilitering barn og unge Nordmøre og Romsdal	1	1	2	2	0	1,5	1,5	0,20*	2	1	0	12,2

*Barneleger er ansatt i seksjonen for barnemedisin både i Kristiansund og Ålesund

Barnemedisinsk kunnskap er viktig i utredning og oppfølging av barn. Det kan ta tid å tverrfaglig utrede små barn med forsinket utvikling. Barna har ofte behov for oppfølging både fra barnemedisin og habilitering. Det er vesentlig at familien i perioden hvor barnet utredes, opplever et samlet tilbud fra spesialisthelsetjenesten som er koordinert med førstelinjetjenesten. Dette er nødvendig for å sikre familiefokusert tilnærming og tiltak rundt barnet og familien.

I rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» ble det lansert en modell til hjelp i slike avklaringsprosesser som er vist i figuren under²⁶.

Figur 10. Modell for avklaring av ansvars- og oppgavedeling.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?	 <p>Brukeres mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet</p>	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers livsarena?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativ hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

²⁶Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator IS-IS-2651

Med bakgrunn i økte krav til samhandling og også ut fra egne opplevde behov for mer strukturert samarbeid og samhandling har det vært gjennomført to prosjekt i Møre og Romsdal som nå er kommet over i ordinær drift. Dette er: «*Samordning av hjelpetilbud til barn og unge*».²⁷

Prosjektet «*Kvalitet i alle ledd*» – samordning av hjelpetilbud til barn og unge, er et samarbeidsprosjekt mellom Helse Møre og Romsdal og fire kommuner på Nordmøre og i Romsdal. Målet med dette arbeidet har vært å utvikle gode samarbeidsrutiner mellom familier, kommuner og spesialisthelsetjenesten, slik at barn med sammensatte vansker og behov får så god og samordnet hjelp som mulig. Det er laget pasientforløp og retningslinjer for samarbeid som kan utvides videre og utvikles til alle kommunene i fylket.

Møreforskning har også gjennomført følgeforskning av prosjektet på oppdrag av Helse Møre og Romsdal HF.

«*Mission Possible*»²⁸ (MP) er en felles satsing for å styrke tidlig, rett og koordinert hjelp til barn i risiko. Aktørene er Helse Møre og Romsdal, Bufetat, Politiet og kommunene på Sunnmøre. Målsettingen for MP er å styrke evne og vilje til samhandling på tvers- for å gi tidlig, rett og koordinert hjelp til barn i risiko.

ØKONOMI

Pediatrigruppen har ikke sett inngående på økonomien knyttet til dagens driftsmodell da dette anses å være utenfor vårt kompetansefelt.

HMR har over flere år vært i en utfordrende økonomisk situasjon, dette gjelder også for den delen av virksomheten som gjelder pediatri. Underskuddene har hovedsakelig vært en kombinasjon av for lav aktivitet i kombinasjon med personalkostnader. Det har også vært en omlegging av økonomisk kompensasjon for ulike pasientgrupper, som har slått dårlig ut, særlig gjelder dette for nyfødtdisin. Oversikt økonomi 2014 – 2016, tall i MNOK:

Tabell 14. Oversikt økonomi 2014- 2016 tall i MNOK. Kilde: Avd. for barnemedisin og habilitering

	2014	2015	2016
Ålesund	-6,99	-5,08	-0,92
Kristiansund	-0,82	-2,56	+0,32

Det er bestemt at avdelinger i HMR ikke får øke antall netto stillinger, som betyr at ansettelse av ekstra personell noen steder må ledsages av reduksjon andre steder. Dette åpner for harde prioriteringer rundt hvilke deler av virksomheten som skal styrkes, og krever effektivisering dersom nytt personell skal tilsettes. Forslagene til modeller for fremtidig organisering av pediatriutbudet, vil i ulik grad påvirke budsjett.

²⁷ <http://eqshmr/cgi-bin/document.pl?pid=hmr&DocumentID=24110> | ²⁸<http://missionpossiblenorge.no/>

SAMARBEID MED PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGDOM

Avdeling psykisk helsevern barn og ungdom er organisert i samme klinikk som Avdeling for barnemedisin og habilitering.

Avdelingen består av poliklinikker i Kristiansund, Molde, Volda og Ålesund. I tillegg er det en døgnsesksjon med akutt- og utredningsenhet i Ålesund og en familieenhet i Molde.

Psykisk helsevern barn og ungdom og habilitering samarbeider om nevropsykiatrisk team. Det gjelder pasienter med autisme, ADHD, tourette syndrom og narkolepsi som kan ha behov for oppfølging på tvers av fagområdene. Her legges det opp til kompetanseutvikling på tvers av fagområdene.

Det er etablert samarbeidsmøte mellom barnemedisin, habilitering og psykisk helsevern barn og unge med månedlige møter hvor man kan melde opp og drøfte pasienter. Vi ser behov for at samarbeidet burde være tettere, men dette vanskeligjøres av kapasitet.

Det er behov for å øke barne- og ungdomspsykiatrisk kapasitet i habilitering. Dette for å kvalitetssikre kompetanse på differensial diagnostikk og medisinsk oppfølging av barn og unge med store reguleringsvansker.

Habilitering, barnemedisin og psykisk helsevern arrangerer egne opplærings-/lærings- og mestringstiltak. Det samarbeides om tiltak der dette er hensiktsmessig ut i fra behov.

ORGANISERING OG SAMARBEID MED PRIMÆRHELSETJENESTEN

Legevaktene benyttes utenfor fastlegens kontortid ved akutt behov for legehjelp.

LEGEVAKTSORGANISERING I NORDMØRE

På Nordmøre er det to interkommunale legevakter; HAS- samarbeidet (Halsa, Aure og Smøla) og Kristiansund og omegn legevakt.

I HAS-samarbeidet mellom kommunene Halså, Aure og Smøla, dekkes vaktbehovet ved at kommunenes leger roterer i vaktordning, med lokalisering i vakthavende leges kommune, og reiser ut til de øvrige kommunene med ambulansebåten «Øyvakt».

Kristiansund og omegn legevakt er en interkommunal legevakt som er lokalisert inne i akuttmottaket på Kristiansund sykehus. Den dekker kommunene Kristiansund, Gjemnes, Tingvoll og Averøy.

Legevakten har bakvakt tilgjengelig deler av åpningstiden. Bakvakt tilkalles dersom det er mange pasienter eller legevakten må rykke ut i sykebesøk. Om natten er det ikke bakvaktordning. Vakthavende lege vurderer behovet for tilkalling av bakvakt.

LEGEVAKTSORGANISERING PÅ SUNNMØRE

- Vanylven har heldøgns legevakt alene.
- Ålesund, Sula, Haram og Skodje har interkommunal legevakt i Ålesund fra klokken 15.00 – 08.00.
- Hareid og Ulstein har felles legevaktordning til kl. 22.00, på legekantoret nærmest legen som har vakt, og nattlig samarbeid med Søre Sunnmøre interkommunale nattlegevaktordning.
- Ørsta og Volda har egne legevakter frem til 22.00.
- Herøy og Sande har felles legevakt på Gurskøy til 22.00.
- Ørsta, Volda, Hareid, Ulstein, Sande og Herøy har nattlig samarbeid med Søre Sunnmøre interkommunale nattlegevaktordning lokalisert ved akuttmottaket Volda Sjukehus.
- Norddal, Stordal, Vestnes og Ørskog har interkommunal legevakt i Ørskog, som etter klokka 22.00 blir koplet til Ålesund legevakt for nattlig samarbeid.
- Giske og Stranda har legevakt til klokken 22.00, deretter nattlig samarbeid med Ålesund interkommunale legevakt.

LEGEVAKTSORGANISERING I ROMSDAL

- Molde interkommunale legevakt (MIKL) omfatter legevaktstjenester til Molde, Nesset, Fræna og Eide.
- Rauma har egen heldøgns legevakt hele uke.
- Nesset har egen legevakt til kl. 21 mandag til torsdag.
- Kommunene Aukra, Midsund og Sandøy har i dag eget legevaktssamarbeid, og benytter ambulansébåten Dr Rieber.

LEGEVAKT OG SAMARBEIDET MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Man må i spesialisthelsetjenesten ta innover seg at språket for å vurdere alvorlighet er ulikt i primærhelsetjenesten i forhold til spesialisthelsetjenesten. Sykehuslegen vil kanskje i størst grad vurdere pasientens kliniske tilstand utfra vitale parametere, mens legevaktens beslutning om å legge inn en pasient er fundert på pasientens kliniske tilstand, pårørendes muligheter for å gjøre gode observasjoner og mulighet for å yte hjelp, vurdering av legens egen faglige kompetanse på pasientens sykdomstilstand, tiden det tar å komme til sykehus – det vil si muligheten for forverring i tiden som transporten tar, transportens grad av belastning for pasient og pårørende, herunder utfordringer med vær og føre. Språket legevaktlegen bruker vil gjenspeile dette, og kan oppleves fra spesialisthelsetjenesten som upresist. Dette inntreffer sjeldnere når legevaktlege og spesialist har kjennskap til hverandre fra før, og derfor er nærhet viktig.

Noen ganger vil legevakt komme i diskusjon med sykehuslege om innleggelse er berettiget. Dette vil sannsynligvis helst inntreffe i situasjoner hvor det er lite plass i sykehusavdelingen, enten ved ferieavvikling, eller hvor isolasjonsmuligheter er begrenset som i epidemiperioder. Slike diskusjoner er også tidstyver i legevaktens arbeidsflyt, og representerer risiko for mindre tid til å vurdere samtidige pasienter. Slike episoder oppstår av og til og det må derfor være tilstrekkelig plass i sykehuset.

Det har de senere år vært store sammenfallende endringsprosesser i Helse Møre og Romsdal, som også indirekte har fått konsekvenser for legevaktstjenestene. Da AMK-sentralen ble flyttet fra Molde til Ålesund, oppstod misforståelser knyttet til manglende lokalgeografisk kunnskap. Det at legevakt og ambulanse ikke lenger er samlokalisert i Molde kan også bidra til å svekke den akuttmedisinske kjeden.

PREHOSPITALE TJENESTER I KLINIKK FOR AKUTTBEHANDLING

Klinikk for akuttbehandling gir tilbud til barn gjennom å gi anestesi i forbindelse med kirurgiske inngrep, røntgenundersøkelser (MR) og til syke nyfødte.

Anestesiberedskaper i HMR fordeler seg slik:

Ålesund

- Lege i spesialisering til stede hele døgnet
- Bakvakt – spesialist i anestesi hjemmenvakt fra klokken 20
- Helikopter – spesialist i anestesi til stede hele døgnet
- Ambulansefly- spesialist i anestesi hjemmenvakt hele døgnet

Molde

- Lege i spesialisering tilstede hele døgnet
- Bakvakt – spesialist i anestesi hjemmenvakt fra klokken 19

Kristiansund

- Spesialist i anestesi tilsted hele døgnet

Volda:

- Lege i spesialisering og bakvakt i hjemmenvakt

I fylket er det 32 ambulansestasjoner, 42 ambulanserbiler, 5 ambulansebåter, ett ambulanshelikopter og ett ambulansfly. For flytider ambulanshelikopter ved null vind og værforhold som tillater direkte flyrute, se figur 11. Sirklene angir flytid på 30 minutter. Kartet viser at tjenesten tilfredsstillt krav til flytid i Møre og Romsdal. Det er helikoptere i Ålesund, Trondheim, Dombås, Førde, Florø og Ørland som er akutte flyressurser.²⁹ I tillegg er det ambulansfly på Vigra som dekker Sør Norge i samarbeid med ambulansflyene på Gardermoen.

Figur 11. Kart med flytider. Kilde: HMR utskrivingsdata



²⁹ Delrapport konseptfase Prehospitale tjenester Sjukehuset Nordmøre og Romsdal 2016

AKTIVITET LUFTAMBULANSE

Syke nyfødte overflyttes med kuvøseteam fra lokalsykehus til barneavdelingen i Ålesund, St. Olav eller OUS Rikshospitalet. Oppdrag bestilles gjennom AMK og oppdraget vurderes av vakthavende AMK-lege. Gjennomsnittlige flytider fordeler seg slik:

Helikopter:

- Åse – Volda: 15 min
- Åse – Molde: 15 min
- Åse – Kristiansund: 25 min
- Åse – St. Olav: 55 min

Ambulansefly:

- Vigra – Værnes: 40 min
- Vigra – Årø: 15 min
- Vigra – Kvernberget: 25 min
- Vigra – Hovden: 15 min

I tidsperioden 2012 – 2016 ble det gjennomført 234 kuvøsetransporter fra sykehus i Møre og Romsdal hvilket utgjør ca. 46 transporter i året.

Tabell 15. Antall kuvøsetransporter i Møre og Romsdal. Kilde: Virksomhetsdata Luftambulansetjenesten Ålesund

	2012	2013	2014	2015	2016
Helikopter	38	35	33	35	36
Ambulansefly	18	13	9	7	9
Sum	56	48	42	42	45

De fleste kuvøsetransportene gjennomføres med helikopter fra Nordmøre og Romsdal til Ålesund, mens overflyttinger av syke nyfødte til høyere behandlingsnivå (OUS Rikshospitalet eller St. Olav) flys med ambulansefly (tabell 15).

Tabell 16. Antall kuvøsetransporter fra sykehus i Møre og Romsdal 2012- 2016, fordelt etter sykehus.

Kilde: Virksomhetsdata i Luftambulansetjenesten Ålesund

	Kristiansund	Molde	Ålesund	Volda
Helikopter	51	85	10	31
Fly	4	3	47	2
Sum	55	88	57	33

Tabell 17. Helikoptertransporter av barn og unge (0 – 18 år) i tidsperioden 2014 – 2016.

Kilde: Virksomhetsdata i Luftambulansetjenesten Ålesund

Alder	Antall
0 - 1	158
1 - 5	96
6 - 10	37
11 - 15	54
16 - 18	38

AVVIK HELIKOPTER

I tidsperioden 2012 – 2015 kom det 4504 forespørslor om helikopter (alle pasienter, ikke bare barn). 6.9 % (311) ble avvist på grunn av vær, 6.5 % (293) samtidighetskonflikter, tekniske problemer (2,3 %) og tjenestetid (1,6 %). Av avviste og avbrutte oppdrag er det registrert at 98 % fikk et annet tilbud. Barn har høy prioritet og man vil alltid tilstrebe rask transport til riktig behandlingsnivå. En viktig faktor når restkapasiteten for transport av barn skal vurderes er konkurranse med andre tidskrisiske oppdrag som for eksempel transport av voksne pasienter til invasiv behandling av hjerteinfarkt (PCI) og hjerneslag.



3

EVALUERING AV DAGENS DRIFTSMODELL I KRISTIANSUND

EVALUERING AV DAGENS DRIFTSMODELL I KRISTIANSUND

Evalueringen er formulert etter samtaler med ledere, tillitsvalgte og ansatte i Kristiansund, gjennomgang av relevante bakgrunnsdata levert av HMR og Helse Midt-Norge, samt etter innhenting av opplysninger fra Pasient- og brukerombudet og Fylkeslegen i Møre og Romsdal.

BRUKERPERSPEKTIV

Brukere har uttrykt tydelig til pediatrigruppen at de opplever at dagens driftsmodell fører til økt belastning i form av stress, utrygghet og usikkerhet. Belastningen forsterkes i tiden frem til og under stengningsperiodene på sommeren og i påsken. Svekket akuttberedskap, lange avstander, dårlig vær og fravær av kjent personale blir fremhevet. Det ble sist gjennomført brukerundersøkelse i Klinikk for barn og ungdom våren 2015. Samme undersøkelse ble gjennomført i Avdeling for barn og unge, Nordmøre og Romsdal i 2011. Brukerundersøkelsen ble gjort med egne spørreskjema til foreldre/foresatte, barn 6 – 11 år og ungdommer 12 – 18 år. Spørsmålene fokuserer mer på informasjon/kommunikasjon og involvering, og viser ikke noen entydig endring etter driftsendringene som ble gjort i perioden mellom undersøkelsene.

Dagens driftsmodell har ført til at ansatte ved barneavdelingen i Kristiansund har dårligere kapasitet til å delta i samhandlingsprogram som for eksempel «Kvalitet i alle ledd». Det er ikke gjennomført overflyttinger av innleggende barn til Ålesund på grunn av redusert sengetall i helgene, men gjennomgang av aktivitetsdata har vist at flere har blitt overflyttet til voksenavdeling. Dette gjelder først og fremst barn med kirurgiske problemstillinger. Noen pasienter har også blitt vurdert på sengeposten i Kristiansund på fredag, men sendt til sengeposten i Ålesund for innleggelse grunnet manglende kapasitet i Kristiansund. Pasienter som meldes på telefon til innleggelse omrutes til Ålesund både i helgen og i dagene før for å redusere faren for overflytting.

ANSATTE, ARBEIDSMILJØ OG SYKEFRAVÆR

Ansatte har uttrykt til pediatrigruppen både direkte og gjennom tillitsvalgte at endringer og reduksjon i drift de senere årene og nåværende driftsmodell har medført store belastninger for dem. Reduksjon i antall sykepleierstillinger har ført til sårbarhet i forhold til samtidighetskonflikter, spesielt i helgene. Mange ansatte gir uttrykk for at de hele tiden må være kreative og strekke seg ekstra for å gi et godt tilbud under det de opplever som stadig vanskeligere premisser. Stengningsperioden på 8 uker om sommeren fører til redusert fleksibilitet i avvikling av ferie og avspasering. Mange sykepleiere forteller at de synes det er vanskelig å jobbe på andre avdelinger fordi det er utenfor deres kompetanse, ønsker og interesseområder. Legene forteller at redusert sengetall i helgene påvirker ø-hjelpsvurderinger spesielt siste halvdel av uken. Sykepleiere har latt være å søke på videreutdanning innen barnesykepleie på grunn av usikkerheten som knyttes til fremtidig barnemedisinsk tilbud i Nordmøre og Romsdal. Mange har opplevd omlegging til redusert drift som «begynnelsen på slutten», den virker lite rekrutterende og flere har sluttet.

Gjennomsnittlig sykefravær er vist i tabell 18. Tallene viser tendens til at sykefraværet blant pleiepersonalet gikk ned høsten 2014 og starten på 2015. Dette sammenfaller med nedbemanningsperiode og omlegging av drift til 5-døgns drift. Sykefraværet steg igjen fra mars 2015, men gikk ned igjen fra august. Sykefraværet har deretter ligget ganske stabilt i 2015 og 2016 dersom man ser bort fra sommermånedene. I 2017 er tendensen stigende sykefravær. Dersom en sykepleier blir syk i helgen påvirker det driften i stor grad da det utgjør 1/6 av pleiepersonalet som er planlagt på jobb den helgen. Det er en liten personellgruppe å skaffe vikarer fra, og dette er svært utfordrende i perioder.

Tabell 18. Sykefravær, gjennomsnitt per år, seksjoner i BUA HMR. Kilde: Avd. for barnemedisin og habilitering

Sykefravær	2014	2015	2016	2017
Kristiansund	12,3 %	8,3 %	7,7 %	12,2 %
Nyfødtintensiv Ålesund	6,2 %	5,8 %	12,3 %	8,0 %
Sengepost Ålesund	11,4 %	10,2 %	7,2 %	5,7 %

REKRUTTERING

Barneavdelingen har gjennom årene levd i en usikker situasjon og har opplevd nedbemanning og trussel om nedleggelse. Dette har ført til at man må tenke hva som skal til både for å rekruttere og beholde leger og sykepleiere med relevant spesialisering. Erfaring viser at sykepleiere søker seg over i andre avdelinger og barneleger har byttet spesialitetsløp. Det har tidligere vært svært stabil sykepleierbemanning ved sengeposten i Kristiansund. I forbindelse med omlegging til 5-døgns drift høsten 2014 ble det gjennomført nedbemanning. I løpet av de to neste årene sluttet i tillegg 6 (av 18) sykepleiere med lang gjennomsnittlig erfaring fra avdelingen.

Usikkerhet om avdelingens fremtid, negative medieoppslag og manglende fremsnakking av avdelingen påvirker rekrutteringen til ledige stillinger og viljen til spesialisering. Foreløpig har det vært god rekruttering til faste sykepleierstillinger, men vanskelig å rekruttere til midlertidige ansettelser. Dette har hatt en direkte konsekvens i forhold til avvikling av driften i helgene. Fra nyttår til påske 2017 ble det som avbøtende tiltak opprettet midlertidige helgestillinger for å få inn en ekstra pleier på dagtid lørdag og søndag i infeksjons-sesongen. Denne stillingen har vært besatt av bl.a sykepleierstudenter i mangel på søknader fra kvalifiserte sykepleiere.

FAG

Det er ikke noe ved dagens driftsmodell som har påvirket den faglige kompetansen ved avdelingen direkte, men det kan ha bidratt til svekket rekruttering. I en liten barneavdeling er man avhengig av et visst antall spesialister for å kunne opprettholde kompetansen og dekke bredden på de nødvendige delene av pediatrien. Den medisinske behandlingen styres av NBF sine veiledere og alle overlegene har gjennomført praktiske ferdighetstreningskurs (Advanced Pediatric Life Support (APLS) og/eller bakvaktsetet). Driftsmodellen har ikke påvirket planlagt internundervisning for legene, fagdager for sykepleierne eller SIM- og HLR-trening.

LEGEVAKT OG SAMARBEIDET MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

I prosessen med redusert drift i helgene av barneavdelingen i Kristiansund, er det utfordrende å avgjøre hvor barna skal legges inn. Dette har ikke blitt enklere med vekslende stengningsperioder for øvrige spesialiteter, herunder tilbud i ØNH, øye, tilgjengelighet for radiolog, og funksjonsfordelingen i kirurgi og ortopedi. Endringene er distribuert per brev til fastlegene, kommunisert via internett og annonse i lokalavisene. Det tar tid å erfare rekkevidden av endringene, man merker dem best når man skal håndtere en akutsituasjon. Funksjons- og driftsendringer i sykehustilbudet til barn svekker tryggheten i å arbeide på legevakten, gjør arbeidet mindre effektivt og øker risikoen for feil.

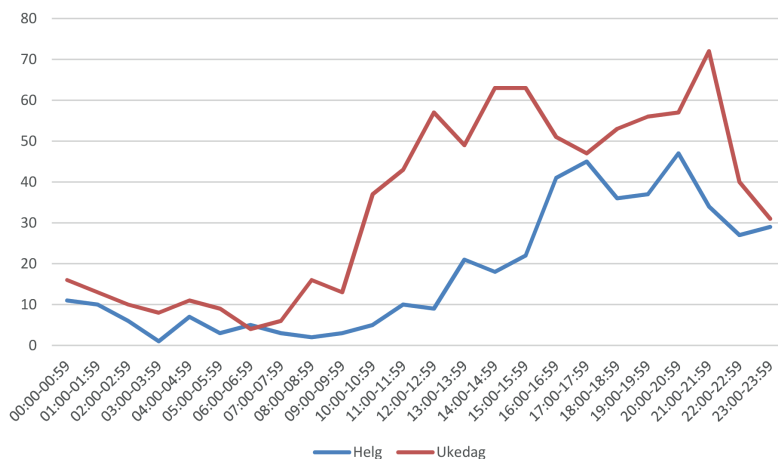
PÅVIRKER DAGENS DRIFTSMODELL PASIENTFORLØP?

Driftsmodellen fører til at barn raskere legges inn mot slutten av uken ved barneavdelingen i Ålesund istedenfor Kristiansund dersom som man forventer lengre innleggelser for å «spare» senger til helg. Det er ingen innlagte barn som har blitt overflyttet til barneavdelingen i Ålesund på helg på grunn av mangel på pediatriske senger. Imidlertid har ungdommer >16 år blitt overflyttet til medisinsk avdeling i helgen, og barn/ungdom har blitt flyttet til ortopedisk avdeling i Kristiansund (både innlagte og polikliniske pasienter). Det har imidlertid ikke lyktes gruppen å få konkrete tall på hvor mange barn det gjelder. I stengningsperioden sommeren 2017 ble 37 barn innlagt fra Kristiansund bostedsområde i Ålesund. Ledelsen ved sengeposten for barn og unge i Ålesund formidler til gruppen at det er ingen kapasitetsvansker i Ålesund knyttet til dette. Inntrykket er også at pasienter som innlegges i Ålesund er fornøyd med å være der, de reiser dit kompetansen er hvis nødvendig.

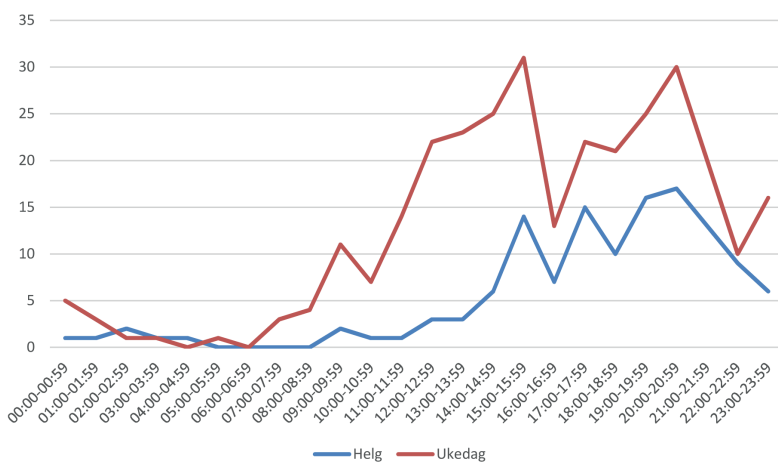
Figur 12 viser alle øyeblikkelig hjelp innleggelser for barn (medisin og kirurgi) per klokke hverdag og helg i ved sengepostene for barn og unge ved Ålesund og Kristiansund i 2016. Diagrammet viser at de fleste innleggelsene skjer mellom klokken 11 – 23 for begge avdelingene på hverdager. I helgene skjer de fleste innleggelsene mellom klokken 15 og 21.

Figur 12. Ø-hjelpinnleggelser for barn hverdag og helg ved Ålesund og Kristiansund. Kilde: HMR/NPR

Ålesund. Antall innleggelser etter timer på døgnet



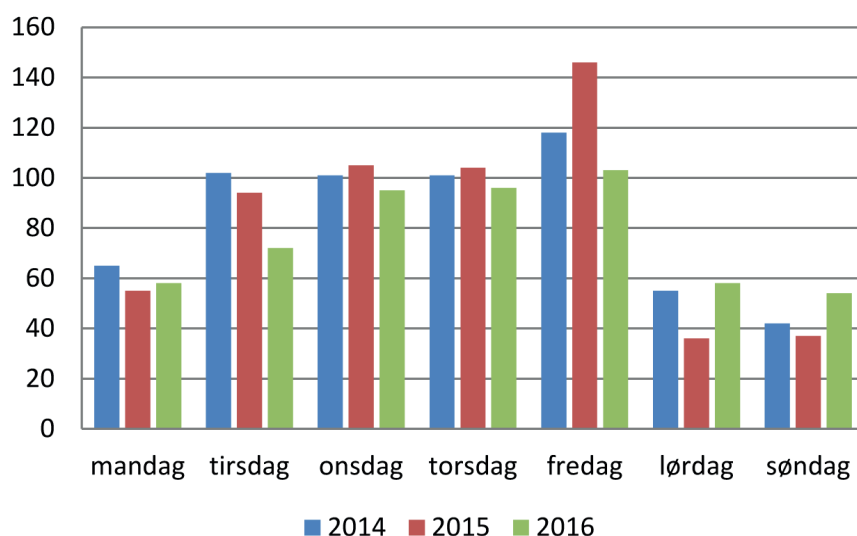
Kristiansund. Antall innleggelser etter timer på døgnet



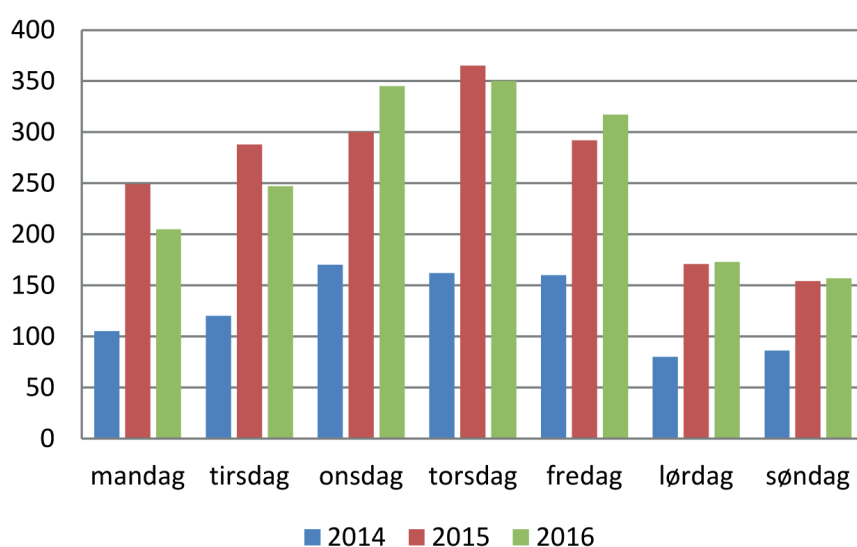
Stolpediagrammene i figur 13 viser alle innleggelser (medisin og kirurgi) ved begge sengepostene. I Kristiansund er det økende antall innleggelser mot slutten av uken og vesentlig færre på helgedagene. Figuren viser også at det i Kristiansund 2016 var færre innleggelser alle hverdager i uken sammenliknet med 2014 og 2015.

Figur 13. Innleggelser på ukedager i Kristiansund og Ålesund 2014- 2016. Kilde: HMN NPR

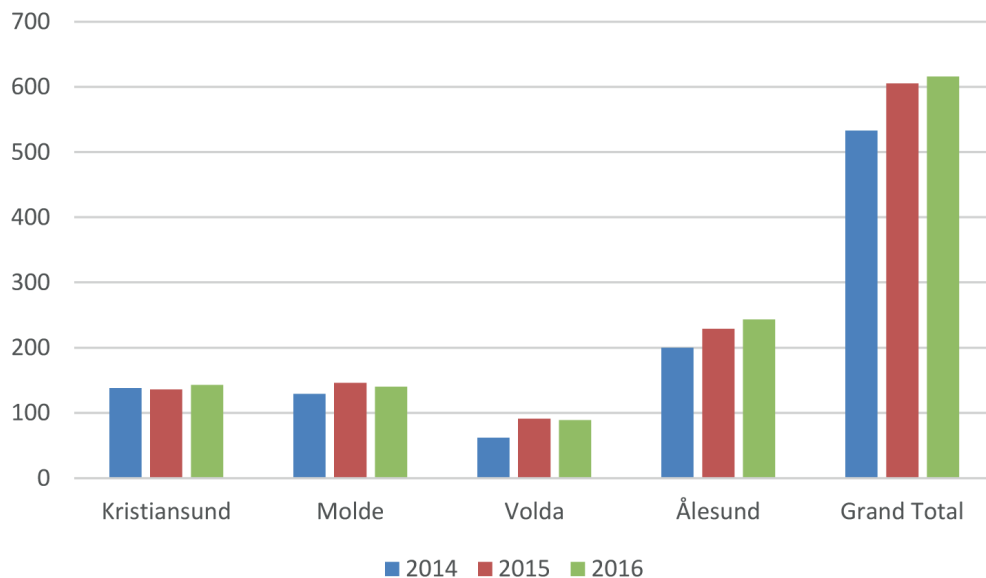
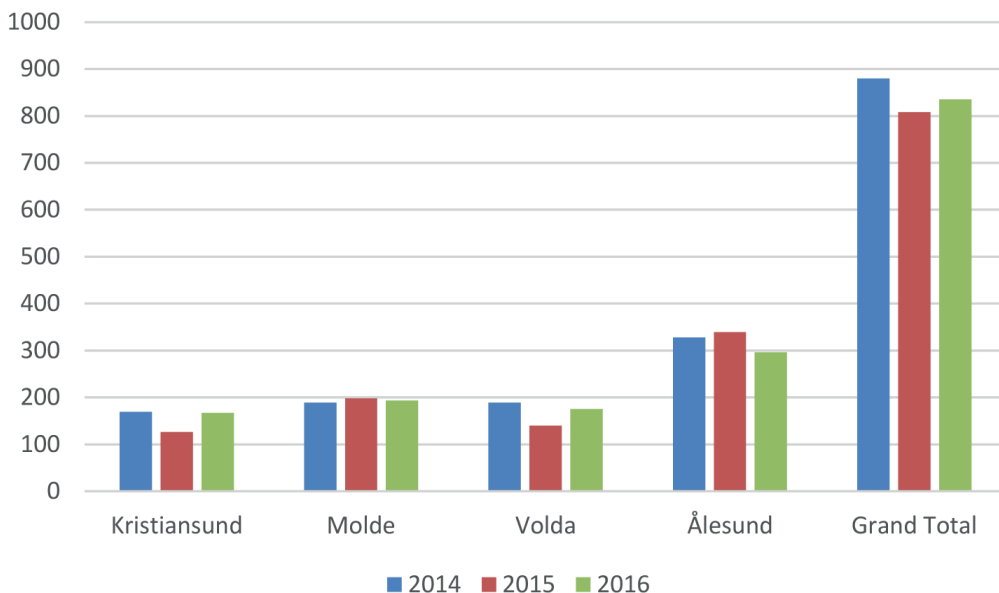
Kristiansund



Ålesund



Ved sengeseksjonen i Ålesund innlegges det flest barn fra onsdag til fredag. Det er en stor økning av antall innleggelser fra 2014 til 2015 og 2016, alle dager.

Figur 14. Ø-hjelpsinnleggelser i helgen av barn (0- 17 år, ikke nyfødte) fra HMR bostedsområder. Kilde: HMN NPR**Figur 15.** Ø-hjelpsinnleggelser på hverdager av barn (0- 17 år, ikke nyfødte) fra HMR bostedsområder. Kilde: HMN NPR

Tallene viser noe økning i innleggelser øyeblikkelig på helg for HMR til sammen, mest knyttet til økning i innleggelser fra Ålesund bostedsområde. Det var fra 2014-2016 lite endring i øyeblikkelig hjelp-innleggelser på helg for Molde og Kristiansund bostedsområde. For ø-hjelpsinnleggelser på hverdag har det vært en svak nedgang totalt, mest i Ålesund bostedsområde.

Tabell 19. Gjestepasienter fra Kristiansund bostedsområde til St. Olav i 2016, pr mnd. Kilde: HMR utskrivningsdata

Tabell 19 viser en økning i liggetid i april, juni, juli og oktober, men antall innleggelser er ikke tydelig knyttet til stengningsperiodene i Kristiansund.

2016	Antall innleggelser	Sum opphold i antall dager	Snitt opphold i dager
Januar	11	29,3	2,7
Februar	15	48,6	3,2
Mars	15	28,1	1,9
April	18	143,5	8
Mai	20	60	3
Juni	13	73,4	5,6
Juli	18	95,5	5,3
August	17	56,8	3,3
September	8	15,4	1,9
Oktober	11	85,8	7,8
November	16	53,1	3,3
Desember	6	10,4	1,7
Samlet	168	699,9	3,975

PASIENTSIKKERHET

Pasient- og brukerombudet har ikke registrert økt antall klager eller alvorlige avvik som følge av dagens driftsmodell hverken knyttet til pasientbehandling eller transportbehov.³⁰ På forespørsel fra pediatrigruppen har vi mottatt en oversikt fra Fylkeslegen i Møre og Romsdal.³¹ I 2015 mottok Fylkesmannen flere bekymringsmeldinger knyttet til omorganisering av barneavdelingen inkludert brev fra Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal og Barneombud Anne Lindboe. Bekymringsmeldingene ble ikke fulgt opp i separate tilsynssaker knyttet til enkeltpasienter, men alle ble fulgt opp med hendelsesbaserte tilsyn. Fylkesmannen har hatt en klagesak der et barn var innlagt ved en somatisk avdeling for voksne på Nordmøre og Romsdal (Molde sjukehus). Det er ikke registrert klager relatert til pasientrettigheter knyttet til reiser mellom behandlingssteder.

SAMARBEID MED ANDRE FAGMILJØER INTERNT OG UTENFOR SYKEHUSET

Ansatte ved fødeavdelingen og anestesivdelingen i Kristiansund har formidlet muntlig til pediatrigruppen at de synes at akuttberedskapen til syke barn og nyfødte er svekket i periodene når barneavdelingen er stengt. Spesielt ansatte ved fødeavdelingen uttrykker økt sårbarhet og engstelse dersom en fødende kvinne blir dårlig rundt fødsel samtidig som at barnet blir dårlig. Det er imidlertid ikke registrert noen alvorlige avvik på at slike hendelser har skjedd. Ortopedisk sengepost merker også at flere barn ligger hos dem og rapporterer om manglende kapasitet i helgene.

Anestesilege i Kristiansund har ansvaret for mottak/stabilisering av større barn bare når barnelege ikke er tilgjengelig (i stengningsperioder). Når barnelege er tilgjengelig deltar anestesilege i barneteam. I noen situasjoner er det mer naturlig at anestesilege er teamleder (primært respirasjonsproblem), og det skal da avklares mellom anestesilege og barnelege. Én anestesilege har APLS kurs. Det er utarbeidet en egen prosedyre i helseforetaket for avklaring av ansvarsforhold rundt behandling av akutt syke barn/ungdom ved Kristiansund

³⁰Brev fra Pasientombud i Møre og Romsdal Runar Finvåg dato 12.09.2017

³¹Redegjørelse fra Fylkeslegen i Møre og Romsdal dato 20.09.2017

sjukehus avhengig av stengningsperioder og om barnelege er på vakt eller ikke, som ble godkjent første gang i juni 2014. Det er også laget felles prosedyrer for hele foretaket om akutt barneteam, samt stabilisering av kritisk syke barn for transport når det er dårlig vær. Disse internprosedyrene er spesielt omtalt i foretakets svar til Helsetilsynet etter Sebastian-saken og vil ikke bli omtalt mer her. For stabilisering og resusitering av nyfødte er det laget egne prosedyrer for hele foretaket, første gang i 2013. Det er vektlagt tverrfaglig trening på akuttsituasjoner både rundt nyfødte og større barn, såkalt simuleringstrening.

Barnelege fra barnesengeposten i Kristiansund arbeider en dag per uke i habiliteringstjenesten. Dette er i utgangspunktet en marginal ressurs og tilfredsstillende ikke behovet for at barnelege inngår i en tverrfaglig ressurs slik det er behov for. Barnelege må på grunn av situasjonen ved avdelingen være meget restriktiv på oppgaver og ansvar ut i fra manglende mulighet til å bidra i tverrfaglig oppfølging.

Det er behov for økt samarbeid med Avdeling for psykisk helsevern barn og unge. Dette er en økende pasientgruppe med sammensatte vansker, og behov for utredning/oppfølging både fra barne- og ungdomspsykiatrien og barne- og ungdomsmedisin. Marginal personellsituasjon gjør det vanskelig å etablere og drifte samarbeid på en god og forutsigbar måte.

DAGENS DRIFTSMODELL I KRISTIANSUND - KONKLUSJON

Pediatrigruppen finner dagens driftsmodell i Kristiansund komplisert, men ikke uforsvarlig. Med de samlede ressurser innen pediatri, anesthesiologi og prehospitaltjenester vurderes akutttilbudet til barn og ungdom i Nordmøre og Romsdal som akseptabelt, men sårbart.

- Periodene med stengning av den pediatriske virksomheten i Kristiansund i påskeuken og 8 uker om sommeren skaper betydelig usikkerhet hos brukere, ansatte, samarbeidspartnere og lokalbefolkningen for øvrig. Det bør i interimfasen vurderes å begrense stengningen i Kristiansund til 4 uker om sommeren i samme periode som fødeavdelingen i Kristiansund holder stengt. Forslaget om opprettholdelse av 4 uker med stengning er begrunnet i et senere avsnitt om stengningsperioder.
 - Kapasitetsreduksjonen ved sengeposten for barn og ungdom i Kristiansund i helgene oppfattes også som problematisk fordi antallet sengeplasser kan bli for lavt. Forberedelsene til helgene med redusert sengetall påvirker også virksomheten dagene forut for helg. I interimfasen anbefales det å igjen å øke antallet tilgjengelige senger noe, og samtidig vurdere gjenopptrapping av bemanningen i helg fra to til tre pleiere på de mest belastede vaktskiftene.
 - Dagens driftsmodell fører til at mange barn og ungdom i Nordmøre og Romsdal legges inn i voksenavdelinger heller enn på et barnesenter. Dette er ikke i henhold til faglige anbefalinger.
-



Kristiansund sjukehus

4

FREMTIDIG DRIFTSMODELL FOR PEDIATRI I HELSE MØRE OG ROMSDAL

FREMTIDIG DRIFTSMODELL FOR PEDIATRI I HELSE MØRE OG ROMSDAL

Pediatrigruppen vil understreke betydningen av å vurdere spesialisthelsetjenestetilbudet til barn i HMR samlet og vi har derfor vurdert organisasjonsmodeller utfra det som kan gi et godt tilbud til alle barn i fylket. Gruppen har hatt ulike modeller oppe til drøfting og vil gjøre rede for disse samt våre vurderinger.

Gruppen har kommet til en samstemt hovedkonklusjon vedrørende anbefaling av en driftsmodell som vi mener gir grunnlag for en framtidsrettet sykehusbasert spesialisthelsetjeneste for barn i HMR, i tråd med gjeldende politiske og faglige føringer for helsetjenesten i sin helhet og for barn i spesialisthelsetjenesten spesielt.

Med dagens organisasjonsmodell vil et fremtidig barnetilbud i SNR bli en seksjon for barn og unge bestående av poliklinikk, dagbehandling og sengepost med barnelege i døgnvakt underlagt «Afdeling for Barnemedisin og habilitering».

MULIGE DRIFTSMODELLER

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.

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 hjemnevakt 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 uken³²
- Nyfødte:
Barnelege tar imot og stabiliserer syke nyfødte sammen med anestesilege før overflytting til Ålesund. Når barnelegen har hjemnevakt 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 hjemnevakt 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

³²Antall tilpasset pasienters behov og pasienters/legers og sykepleieres bosted/reisetid, tilgang til utstyr/tilleggsundersøkelser o.a.

Modell B:

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

Barnetilbud i SNR i modell B:

- Inntil 6 senger i eget område for barn og unge med kirurgiske, ortopediske og ØNH-problemstillinger
- 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 uken³³
- 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
- Rehabiliteringsenheten for barn og unge flyttes til Hjelset/SNR.
Kan bruke fasiliteter ved DMS dersom ambulerer

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).

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 uken³⁴
- 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
- Rehabiliteringsenheten for barn og unge flyttes til Hjelset/SNR, men kan bruke fasiliteter ved DMS i ved ambulerer

Vi 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

³³ ³⁴Antall tilpasset pasienters behov og pasienters/legers og sykepleieres bosted/reisetid, tilgang til utstyr/tilleggsundersøkelser o.a.

DISKUSJON

I vår vurdering av modell A er en av forutsetningene at driften og funksjonsfordelingen med tanke på spesialiserte funksjoner for pediatrik behandling av barn fordeles mellom Ålesund og SNR omtrent som i dag, herunder at syke nyfødte i HMR kun skal behandles ved nyfødt intensiv i Ålesund.

Barn som i dagens situasjon behandles på medisinske, nevrologiske og kirurgiske voksenavdelinger i Molde og Kristiansund, vil i denne modellen behandles i sengeeksjon med kompetanse og fasiliteter tilrettelagt for barn. Pediatrigruppen mener at en seksjon i SNR med sengekapasitet vil dekke behovet til de fleste barn og unge i Nordmøre og Romsdal med behov for poliklinisk oppfølging og dagbehandling, ø-hjelpsinleggelse for pediatriske og kirurgiske problemstillinger, samt barn og unge med kroniske tilstander som har særlig behov for jevnlig oppfølging og innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

AKUTTBEREDSKAP OG AKUTTBEHANDLING

Gruppen mener at det er en svært viktig grunnpremiss at barn har den samme lovfestet rett til helsetjenester som voksne (jfr. Pasient og brukerrettighetsloven³⁵). Vår evaluering av dagens pediatri tilbud, innspillskonferansen i Kristiansund og Helsetilsynets rapport etter «Sebastian-saken» har bragt frem at det er en uttalt utrygghet i befolkningen knyttet til akuttberedskapen til barn i Nordmøre og Romsdal. Gruppen har også merket seg Helsetilsynets kommentar i rapporten etter «Sebastian-saken» om fremtidig organisasjonsmodell: «*Ved valg av organisasjonsmodell må det vurderes hva som totalt sett vil være den beste løsningen for alle barna i regionen*»³⁶.

SNR er planlagt og dimensjonert som et moderne og relativt stort akuttsykehus i norsk målestokk, med samling av relevante spesialister og støttefunksjoner for pediatri i døgnavt. Det gir atskillig bedre forutsetninger for å gi fullverdig akuttberedskap for barn og unge. En sengepost ved SNR med barnelege i vakt vil ivareta akuttberedskapen for barn, gi mulighet for innleggelse av barn med pediatriske problemstillinger samt kunne tilby barnefaglig kompetanse til vurdering av barn innlagt på grunn av kirurgiske tilstander. Barnelege i vakt i SNR vil gjøre at man kan ivareta kontinuitet i tilbudet til barn i Nordmøre og Romsdal med kroniske tilstander som krever regelmessig pediatrik oppfølging og innleggelse ved forverring i en barneavdeling der de er kjent for personalet. En barneseksjon med vaktordning og sengekapasitet vil kunne ivareta og videreutvikle den barnefaglige kompetansen som allerede eksisterer i Nordmøre og Romsdal, og modellen sikrer at Forskrift om barn på sykehus er oppfylt.

Tilgangen på relevante spesialister og støttefunksjoner på kveld/natt og helg vil i SNR være vesentlig bedre enn i dagens sykehus i Kristiansund. Dette vil gi bedre muligheter for tverrfaglige vurderinger, bedre og raskere diagnostikk og derved redusert risiko for unødvendige innleggelse, behandling på feil nivå, unødvendig tidstap og forsinket adekvat medisinsk behandling. Pediatrigruppen ser også for seg at i modell A vil de to sengepostene i Møre og Romsdal ha muligheten til å avlaste hverandre i sesongbetonte epidemier og i ferieavviklingsperioder.

Pediatrigruppen mener at akuttberedskapen til barn og unge ved lokalsykehus uten barnelege i vakt henger tett sammen med at anestesipersonell (både leger og sykepleiere) møter barn og unge regelmessig i sitt daglige virke på jobb. Lettere kirurgiske aktivitet (ortopedi, ØNH, øye og kirurgi) bidrar til volum og dermed til at de blir godt trent i å kommunisere med/håndtere barn og foreldre, tilegne seg spesifikke ferdigheter knyttet til akuttmedisinske prosedyrer (sikre luftvei, iv-tilgang) samt iverksette korrekt væskebehandling og administrasjon av medikamenter. Det er enighet i gruppen at det vil kreve et visst volum av anestesier til barn for å kunne opprettholde akseptabel anestesikompetanse ved SNR. Fravær eller sterkt redusert tilbud av kirurgi til barn (modell C) vil derfor indirekte svekke beredskapen i sin helhet til barn og unge i Nordmøre og Romsdal.

Uten barnelege i døgnavt (modell B og C) vil akuttberedskapen ivaretas ved at initial behandling og stabilisering av syke nyfødte og alvorlig syke barn utføres av leger ved anesthesiavdelingen, eventuelt i samarbeid med leger ved medisinsk og kirurgisk avdeling. Det er en utfordring at dagens ikke-pediater har mindre erfaring med barn sammenliknet med tidligere år. Årsakene er i hovedsak færre alvorlige syke barn, samt

³⁵ Lov om pasient og brukerrettigheter §1-1. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> | ³⁶ Helsetilsynets rapport s. 67

få muligheter til å se og vurdere barn etter turnustjenesten dersom man ikke jobber på barneavdeling eller i primærhelsetjenesten. Det pågår også et generasjonsskifte blant spesialister i indremedisin, kirurgi og anestesi. For 25-30 år siden var forekomsten av alvorlig syke barn høyere og svært mange barn ble behandlet av voksenspesialister i lokalsykehus. Dette førte til at de opparbeidet seg et erfaringsgrunnlag og dermed kompetanse i klinisk vurdering av syke barn. Disse kollegaene er nå enten pensjonert eller i ferd med å pensjonere seg, og generasjonen som kommer har ikke de samme mulighetene. For fremtiden har myndighetene bestemt at det skal satses på den nye spesialiteten «mottaksmedisin» for å bedre tverrfaglig akuttkompetanse i landets akuttmottak på sykehus. I den planlagte spesialiteten inngår det ikke læringsmål som vil ivareta kunnskap om ivaretagelse og vurdering av akutt syke barn. Det er derfor mye som tyder på at barnekompetansen i akuttmottakene i fremtiden stadig vil forringes. Et kompensierende tiltak for manglende erfaring med syke barn kan være å ta i bruk telemedisinske løsninger slik at barneleger fra Ålesund kan være med i vurderingen via lyd og billedoverføring. IKT og telemedisin kan gjøre kommunikasjon og kompetanseoverføring lettere, og virtuelle møter kan i mange tilfeller kompensere for små fagmiljøer.³⁷ Dette er etablert i Nord-Norge,³⁸ men erfaringen fra Barne- og ungdomsavdelingen ved UNN er at den er lite benyttet. Dette er også tidligere forsøkt implementert for vurdering av nyfødte i HMR. Det ble kjøpt inn utstyr som ble montert på fødeavdeling og operasjon, og nyfødtelegene fikk Ipad for overføring av bilde med nettilgang. Systemet har imidlertid aldri kommet i drift og er nå avbrutt.

I SNR vil det være ca. 900 fødsler per år (etter at risikosvangerskap er selektert til høyere nivå). Dobbel vaktordning (forvakt og bakvakt) ved anestesivdelingen i SNR vil utgjøre en høyere beredskap for syke nyfødte enn dagens ordning i for eksempel Kristiansund. I modell A vil beredskapen for nyfødte være god ved at barnelege sammen med anestesilege ivaretar behandling og stabilisering av syke nyfødte før overflytting til nyfødt intensiv i Ålesund, et samarbeid som også kan også tenkes å forhindre noen overflyttinger av nyfødte med kortvarige startvansker etter fødsel. Dobbel vaktberedskap på anestesivdelingen bidrar også til at den er robust dersom det oppstår samtidighetskonflikter. Uten barnelege i døgnvakt (modell B og C) vil personell fra anestesi ha ansvaret for behandling og stabilisering av syke nyfødte. Det vil være likt dagens praksis i Molde og Volda, forsvarlig og i tråd med «Et trygt fødetilbud» så lenge det er en god seleksjon av gravide til riktig fødenivå. I tillegg forutsettes det regelmessig trening i HLR på nyfødte må uansett videreføres som i dag.



³⁷Nasjonal Helse og Sykehusplan (2016 – 2019)

³⁸VAKE (Videokonferanse i medisinske akutsituasjoner), Senter for Telemedisin, UNN

BARN MED BEHOV FOR INTENSIVBEHANDLING

Pediatrigruppen mener at barn som trenger intensivbehandling eller er i risiko for å trenge slik behandling ikke skal behandles ved SNR, men skal så raskt som mulig stabiliseres og overflyttes til riktig behandlingsnivå. Det er per i dag ingen barn som skal rett til OUS bortsett fra nyfødte med behov for akutt hjertekirurgi. Barn med behov for kjøling og hjerte-lungemaskin skal rett til St. Olav. Helseforetaket har iverksatt en rekke tiltak i form av godkjente prosedyrer³⁹ for å sikre gode rutiner for dette etter «Sebastian-saken» og «Karihola-saken». Gjennomarbeidede og godt forankrede regionale retningslinjer vil være helt sentrale for å sikre tydelig adresse for ulike grupper kritisk syke barn med behov for intensivbehandling i fremtiden, uavhengig av driftsmodell.

SYKE NYFØDTE OG FOR TIDLIG FØDTE BARN

Pediatrigruppen er enstemmig i at tilbudet til syke nyfødte og for tidlig fødte barn fortsatt skal være samlet ved nyfødt intensiv i Ålesund. Det er utarbeidet en regional prosedyre for tiltak og behandlingssted ved truende for tidlig fødsel og ekstremt for-tidlig fødte som ikke vil påvirkes av det nye SNR.

BARNESENTER

Pediatrigruppen mener det vil være lite fremtidsrettet, i utakt med fagmiljøenes anbefalinger og forskrift om barn på sykehus, å planlegge for et moderne akuttsykehus hvor barn kommer til å bli innlagt (så lenge det tilbys kirurgi til barn) uten barnefaglig kompetanse for leger og sykepleiere (modell B).

Det er god dokumentasjon på økt sikkerhet og kvalitet der dedikert personell behandler barn regelmessig og der retningslinjer og rutiner er tilpasset barn. Vi vet at det er hyppigere feilmedisinering av barn der personell sjelden behandler barn, på samme måte som barn får dårligere smertelindring og dårligere ernæring der personell ikke behandler barn regelmessig. Dersom man går inn for modell B og C vil barneleger være ansatt i rene dagstillinger for å ivareta de ulike arbeidsoppgavene som i hovedsak vil være poliklinikk og dagbehandling. Pediatrigruppen er bekymret for at det vil være vanskelig å holde høy faglig standard i en enhet med kirurgiske barnesenger uten faglig pediatrik plattform med dedikerte leger og sykepleiere. Modell C1 forutsetter at SNR ikke har noen senger til barn selv om det er lett kirurgisk aktivitet ved sykehuset. Kirurgisk aktivitet vil alltid generere overliggere og barn må da måtte legges inn på voksenavdeling slik det er i dag. Det er konsensus i gruppa om at dette ikke er et godt og fremtidsrettet faglig tilbud til barn og det er i strid med forskrift om barn på sykehus. Dersom all kirurgi til barn sentraliseres til Ålesund, faller dette argumentet bort.

Evalueringen har vist at det er god sengekapasitet ved sengeposten i Ålesund. Allerede i dagens situasjon melder gruppens representanter fra Ålesund at det har vært diskutert å bruke uutnyttet sengekapasitet i barneavdelingen til voksne pasienter. Dersom det opprettes en liten sengepost i SNR, er det en risiko at beleggsprosenten i Ålesund påvirkes negativt. Gjennom evalueringen har vi avdekket manglende samlokalisering av barnehabilitering og BUP med det barnemedisinske miljøet.

For å utnytte kapasitet og bygningsmasse vil det være nærliggende å vurdere en bedre samlokalisering mellom disse tjenestene og det barnemedisinske miljøet, fremfor å utvide aldersgrensen oppover eller legge voksne pasienter inn i en barne- og ungdomsklinikk. Voksne pasienter i en seksjon for barn/ungdom, bryter med grunnleggende prinsipper i barnesentertankegangen. Dette må også anses som en risiko knyttet til rekruttering av helsepersonell som primært ønsker å jobbe med barn.

KLINISKE STØTTEFUNKSJONER

Pediatrigruppen understreker viktigheten av at pediatrik virksomhet i alle modellene forutsetter tilgang til felles kliniske støttefunksjoner som sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapi, samt tett samarbeid med BUP.

³⁹ fBrev til Statens Helsetilsyn datert 18082017 Unntatt offentlighet

REKRUTTERING OG STILLINGER

Det er ingen rekrutteringsvansker til barnelege eller barnesykepleiestillinger i Ålesund, hvilket er gledelig og positivt. Som nevnt tidligere i rapporten, rapporterer fagmiljøet i Kristiansund at rekrutteringsvanskene der har økt i takt med usikkerheten knyttet til fremtidig drift. Pediatrigruppen ser at det er knyttet bekymring til mulig manglende rekruttering til en liten døgnavdeling i SNR. Gruppen vurderer det imidlertid som sannsynlig at det vil bli enklere å rekruttere for og i fremtiden til et forholdsvis stort moderne akuttsykehus med en egen sengepost for barn og ungdom, og uten usikkerhet om fremtidig aktivitet. Sykepleiere ved barneavdelingen i Kristiansund har formidlet til pediatrigruppen at de ønsker å være med videre hvis det blir en barneavdeling i SNR og at flere er motivert til å ta videreutdanning innen barnesykepleie hvis de ser at en slik avdeling blir en realitet. Dette vil komme fagmiljøet til gode både på kort og lang sikt.

Evalueringen av dagens driftsmodell har avdekket at det er sårbart med bare 2 sykepleiere på hvert vaktskift i helgene. Pediatrigruppen mener at dette uansett vil være for lite ved en døgnavdeling. Dersom ikke romsituasjonen i poliklinikk og dagbehandlingsenhet endres i SNR, vil en del av dagbehandlingen måtte gjøres i sengeposten, noe som krever pleieressurser.

Dersom man går inn for modell A, er det viktig at antallet leger er tilstrekkelig til at virksomheten kan drives med lovlige tjenesteplaner. Med dagens legeavtaler anbefaler de fleste å ha minimum 7 leger i et vaktlag (eventuelt 6 spesialister og 2 LIS) for å ha lovlige tjenesteplaner og akseptabel arbeidsbelastning. Gruppens vurdering er imidlertid at det i dagens situasjon ikke er nødvendig å planlegge med barnelege i tilstedevakt. Denne vurderingen bygger på de planlagte støttefunksjoner (spesielt anestesipersonell) og pasientgrunnet som i dag. Det er per nå 5,3 overlegestillinger og 1 lege i spesialisering i Kristiansund. Den overlegestillingen som i dag er knyttet til Molde vil inngå i vakt ved SNR hvilket betyr at det vil være 6 overlegestillinger knyttet til avdelingen uten at noen ekstra stillinger er tilført. Representantene fra Kristiansund anslår at det bør være minimum 7 overlegestillinger og 2 leger i spesialisering (altså 2 flere legestillinger enn det er i dag) for å få til en god organisering av driften (inkl. habiliteringstjenesten) og for å sikre god rekruttering både til pediatri og eventuelt sideutdanning for leger fra SNR i spesialisering innenfor anestesi og barne- og ungdomspsykiatri.

Legebemanningen i modell B og C kan løses på to måter. En måte er å ansette barneleger i stillinger i SNR med utelukkende dagarbeid og uten vakttjeneste. Erfaringer fra andre steder i Norge er at slike stillinger rekrutterer svakt. Akuttpediatri er en vesentlig del av identiteten til faget og vaktarbeidet er viktig for å opprettholde akuttpediatrisk kompetanse og ferdigheter.

En annen måte å løse legebemanningen på i modell B og C er at barneleger i HMR ambulerer mellom Ålesund og SNR. Det vil være en styrke for det pediatriske fagmiljøet i SNR og Ålesund å oppnå større faglig integrering av virksomhetene og en slik ordning kan bidra til dette. Det er vanlig med en viss grad av ambulerende leger ut fra andre barneavdelinger i Norge. I områder med store avstander og spredt befolkning er det mer hensiktsmessig at spesialisten drar ut til pasientene enn det motsatte. Ambulering er imidlertid en frivillig ordning for leger (avtalefestet i DNLF) hvilket kan bidra til utfordringer i kontinuitet og stabilitet. På den annen side kan det øke bredden i det lokale ved at ulike subspecialister ambulerer til lokalsykehus. Dette krever imidlertid god merkantil planlegging og håndtering av henvisninger.

PASIENTFLYT

I løpet av de siste årene har et økende antall innleggelser av barn fra Nordmøre og Romsdal blitt styrt til Ålesund, både som kompenserende tiltak for redusert kapasitet ved barneavdelingen i Kristiansund, og på grunn av god kapasitet og behandlingsbredde der. En del av barna fra Molde bostedsområde (de som bor sør for fjorden i Rauma, Vestnes, Midsund og Nesset) behandles allerede ved sengepost barn og ungdom i Ålesund. Vestnes vil sannsynligvis fortsatt primært gå til Ålesund dersom modell A blir besluttet. En usikkerhet kan være Rauma som planlegger legevaktsamarbeid med Molde. I forbindelse med redusert drift og stengningsperioder i Kristiansund ble det som kompenserende tiltak innført i 2015 at barn fra Molde legevakt skulle innlegges primært i Ålesund. Dersom det blir døgnavdeling i SNR må man imidlertid forvente at de fleste av barna fra Molde blir innlagt i SNR. Med dagens trafikale struktur forblir imidlertid Ålesund nærmest for kommunene Rauma, Vestnes og dels Midsund.

Barne- og Ungdomsklinikken (BUK) ved St. Olavs Hospital er universitetssykehus for Møre og Romsdal. For kommunene på Sunnmøre ser vi at om lag 10 – 15 % av alle innleggelser går til St. Olav. For deler av Nordmøre og Romsdal er dette tallet vesentlig høyere, opp mot 60 % for enkelte kommuner. Det er en risiko for at det ved et manglende døgntilbud til barn i SNR vil bli enda flere barn som primært legges på St. Olav istedenfor lokalsykehuset. På St. Olav er det underkapasitet på barnesenger i BUK, med et gjennomsnittsbelegg på ca. 100 % de siste årene, og i gjentatte perioder 120 % på flere seksjoner, og det er per i dag ikke kapasitet til primært å innlegge ungdom mellom 16 og 18 år i barneavdeling. Ungdommer ved St. Olav innlegges primært i voksenavdelinger på tross av fagmiljøenes og barneombudets anbefalinger om egne ungdomsavdelinger. En modell i HMR som gir risiko for økt antall barnepasienter til St. Olav vil derfor kunne overbelaste tilbudet på St. Olav med lokalsykehuspasienter og dermed kunne øke risikoen for dårligere kapasitet til spesialiserte funksjoner for barn i universitetssykehuset.

REISE OG OVERFLYTTINGER

Møre og Romsdal er preget av spredt befolkning, mange øyer, lange kjøreavstander, ferger og dårlig vær. Dette er faktorer som veier tungt i diskusjonen om akutttilbud til barn og unge. Møreaksen, som vil bidra til å gjøre nord- og sørfylket veifast, er under pågående planlegging, men ifølge Statens Vegvesen (personlig meddelelse) er den ikke ferdig før tidligst i midten av 2030-årene.⁴⁰ Det betyr at for de neste 15 – 20 årene er ferge alternativet over Romsdalsfjorden.

Fremtidig samling av legevaktene til færre legevaktsdistrikter (se avsnitt om primærhelsetjenesten) fører til at foreldre med syke barn potensielt må reise langt for å møte legevaktslegen for første vurdering. For noen få med akutt sykdom vil økt reisetid være uheldig for sykdomsforløpet.

I modellen uten døgntilbud risikerer man at barn som ellers ville vært vurdert av barnelege på SNR og sendt hjem, må reise til Ålesund og bli over en natt på sykehus grunnet lang reisevei hjem. Tidligere kartlegging i norske barneavdelinger⁴¹ har vist at om lag halvparten av barn med pediatrike tilstander som henvises til barnemottak ikke innlegges, men sendes hjem etter vurdering. Dette kan føre til unødvendige innleggelser i Ålesund, økt belastning på den prehospitaltjenesten samt belastning i form av reise og jobbfravær for barn og familie. En studie fra UNN viste median liggetid på 1 døgn⁴² hos barn innlagt med helikopter eller ambulansefly. Dette viste at de kun var lett syke og understøtter at lang avstand til barneavdeling som krever innleggelse med fly eller helikopter er en samfunnsmessig ressursdriver som må tas inn i den totale vurderingen. Utfra beleggsprosenten i Ålesund vurderes det at de har kapasitet til å ta imot disse «ekstra» barna.

⁴⁰ Personlig meddelelse til Marianne Nordhov fra Statens Vegvesen, prosjektleder for Møreaksen

⁴¹ Benchmarking av Norske Barneavdelinger, Norsk Barnelegeforening 2013. Dokument unntatt offentlighet.

⁴² Nilsen S. Pediatric patients in the helicopter emergency medical service (HEMS) at the University Hospital of North Norway (UNN) 2000-2009. A retrospective observational cohort study. 5. årsoppgave i stadium IV. Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, Tromsø 2011.

PREHOSPITALE TJENESTER

Den prehospitale tjenesten i fylket er godt organisert og med høy kompetanse. I tjenesten har barn høy prioritet og det vil alltid tilstrebes rask transport til riktig behandlingsnivå. Som beskrevet tidligere i rapporten fikk 98 % tilbud om alternativ transport ved avviste oppdrag. Et stadig tilbakevendende argument for et lokalt barnetilbud i Nordmøre og Romsdal er risiko for dårlig vær. Dette er reelt, men kun 6,9 % av oppdragene i løpet av tidsperioden fra 2012 til 2015 ble avvist på grunn av været. Dette er lavere enn for eksempel ved Universitetssykehuset i Nord Norge hvor det i 2015 var 9,7 %.⁴³ En vel så viktig faktor når restkapasiteten for transport av barn skal vurderes, er konkurranse med andre tidskritiske oppdrag som for eksempel hjerteinfarkt eller hjerneslag hos voksne. Volumet av disse pasientene og kravet om prioritering av disse har endret seg over de siste årene og kan utgjøre en trussel for prioriteringen av syke barn. Kortest mulig tid fra symptomdebut til koronar og cerebral revaskularisering har stor betydning for overlevelse og gevinst i antall leveår, samt bedret restfunksjon. For HMR skal disse pasientene transporteres til St. Olav (koronar angiografi og evt. PCI) eller Ålesund (slagenhet). Den forholdsvis høye forekomsten av samtidighetskonflikter (6,5 %) sammenliknet med andre baser i landet (landsgjennomsnittet er mellom 4 – 5 %), viser en ikke-neglisjerbar konkurranse om ressursene fra disse pasientgruppene.

FORDELER VED Å SAMLE ALLE INNLEGGELSER I ÅLESUND

Det er ingen tvil om at barn som innlegges i Ålesund mottar og vil møte god barnefaglig kompetanse både blant leger og sykepleiere. Dersom man går inn for å samle alle innlagte barn ved barneavdelingen i Ålesund, får de ansatte der større erfaringsgrunnlag og dermed bedre muligheter for utvikling av spesialisert kunnskap og spesifikke ferdigheter. Økt kompetanse kommer pediatrike pasienter til gode, både ved akutt sykdom og ved kroniske lidelser. Videre vil samling av heldøgnsaktiviteten på ett sted fjerne behovet for dubling av vaktordninger i pediatri innen HMR. Sentralisering av barn fra Nordmøre og Romsdal til Ålesund vil føre til økt aktivitet der og gi bedre utnyttelse både av kapasiteten og de gode lokalene for barn og unge som allerede er der. I tillegg kan det bidra til å opprettholde og kanskje også styrke god rekruttering. Avdelingen i Ålesund har et godt tverrfaglig tilbud (førskolelærer, skole m.fl) som kan utnyttes bedre ved samling av all aktivitet dit. Pediatrigruppen mener imidlertid at disse kvalitetene består uavhengig av om det opprettes en liten barneavdeling i SNR.



⁴³«Nytt ambulanshelikopter i en etablert luftambulanseregion», Bård Rannestad 2016

STENGNINGSPERIODER

I Kristiansund har man, og i SNR vil man ved evt. valg av modell A, ha en egen sengepost for barn og ungdom i et fysisk definert område av sykehuset. I disse områdene vil det være inneliggende pediatrike og kirurgiske pasienter og dessuten være en del dagbehandling.

Det er beskrevet utfordringer knyttet til periodene med stengning av den pediatrike virksomheten i Kristiansund. I 2017 medførte 8 uker sommerstengning at 37 pasienter ble innlagt i Ålesund som ellers ville vært innlagt i Kristiansund. Dette viser at få pasienter må reise langt for nødvendig helsehjelp i denne delen av året, som generelt har færrest innleggelser.

Selv om stengningsperioder har klare ulemper og kan skape usikkerhet i befolkningen, kan de også ha faglige fordeler (i tillegg til de økonomiske). I små enheter som driver døgkontinuerlig året rundt, er det ofte svært krevende å avvikle lovbestemt ferie for de ansatte uten god tilgang på ferievikarer. Tilgangen på kompetente, norske sommervikarer er dårlig, og det har de siste årene også blitt stadig vanskeligere å få sykepleiervikarer fra de andre nordiske landene. Med 4 ukers sommerstengning oppnås god ferieavvikling med opprettholdelse av realistiske, lovlige tjenesteplaner. Resten av året kan en da beholde normal bemanning med lite vikarbehov, få vakanser og følgelig redusert risiko.

Ved Sykehuset Innlandet har barne- og ungdomsavdelingene på Lillehammer og Elverum 13 års erfaring med sommerstengning av sine barne- og ungdomsposter i 4 uker hver, en ordning som ble initiert med begrunnelsen gitt ovenfor. I periodene med stengte sengeposter har barnelegene ved avdelingen fortsatt vakt og tilbudet til de nyfødte er opprettholdt i tillegg til at det drives noe poliklinikk, også for nødvendige øyeblikkelig-hjelpvurderinger. Avstanden mellom Lillehammer og Elverum er bare 88 km langs vei. De to barne- og ungdomsavdelingene dekker imidlertid sammen en totalbefolkning på 398 000 bosatt i et område som er 3,5 ganger større enn Møre og Romsdal, men uten øyer og fergeavhengighet.

FREMTIDIG LEGEVAKTSORGANISERING

1. mai 2018 trår forskriftsendring i kraft for Akuttmedisinforskriften.⁴⁴ Den innebærer at turnuslege ikke kan ha vakt alene, uten at tilgjengelig bakvakt med godkjent spesialitet i allmenmedisin må kunne rykke ut. Dette medfører en så stor økning av vaktbelastning for små kommuner at de vil få store utfordringer med legebemanning. Enten løses dette med økte kostnader og dedikerte legevaktsleger, eller så vil kommunene søke sammen i interkommunale legevakter.

Legevaktsamarbeidsutviklingen sammenfaller i tid med kommunereformen og gir endringer: Midsund går i kommunesamarbeid med Molde og Nesset. Sandøy går ut av legevaktsamarbeid med Aukra, ved sammenslåing med Ålesund kommune. Tre av øysamfunnene i Sandøy har søkt Fylkesmannen om å tilhøre Aukra. Aukra, Rauma og Sunndal har i denne prosessen henvendt seg til Molde interkommunale legevakt (MIKL) for å drøfte mulig legevaktsamarbeid. Denne endringen i legevaktsområdene kan medføre en økning av befolkningsgrunnlaget til SNR.

De store legevaktene medfører at legene får lavere vakthypighet enn før, og får derfor tilsvarende mindre trening i alvorlige situasjoner og i håndteringen av syke barn. MIKL har i dag (2017) ca. 45 legevaktleger. Endringen i forskriften medfører at MIKL vil kunne bli et svært stort legevaktsdistrikt, fram til nå har man tenkt den lokalisert sentralt i Molde som i dag hvor befolkningstettheten er størst. Samtidig foregår prosessen rundt SNR. En rundspørring blant legene på Molde legevakt har antydnet at legevaktplassering på SNR også bør vurderes, for å unngå at alvorlig syke fra indre deler av opptaksområdet skal transporteres forbi sykehuset på vei til legevakten. Lang reisevei til legevakt er særlig uheldig for barn.

Molde kommune har derfor et prosjekt for avklaring av framtidige legevaktstjenester, hvor en ROS-analyse er bestilt for å avklare om det er faglig forsvarlig å ha et så stort legevaktsdistrikt, med legevakt lokalisert sentralt i Molde. Det kan være mulig om 2 leger bemanner den. Et så stort legevaktsdistrikt vil gi betydelig lengre

⁴⁴«Akuttmedisinforskriften» <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

reisevei for et stort antall pasienter. Antall henvendelser til legevakt går noe ned med økt reisetid til legevakten. Imidlertid er det sannsynlig at pasientene som oppsøker legevakten vil være sykere. Dermed er det i mindre grad forsvarlig at den syke transporteres av pårørende i privatbil, og det vil medføre ytterligere bruk av profesjonell transport, ambulanse eller helikopter. Tilgangen på drosjebiler har også falt i senere år. Ved en sentralisering av legevaktene må beredskapen i kommunene må også vurderes økt, kompenserende tiltak kan være mer personell med paramedicutdanning, virtuell kommunikasjon til legevakt, eventuelt lege lokalt i bakvakt. Alt dette er ennå uavklart.

Utviklingen mot store legevaktdistrikter medfører organisatoriske fordeler for kommunene, men også ulemper for pasientene. I motsetning til tidligere er det er stadig mindre sannsynlig at pasienten kan møte lege som kjenner helsetilstanden til pasienten fra før, og journalopplysninger om helsetilstanden er i liten grad tilgjengelig. E-resept, kjernejournal og fremtidige Helseplattformen representerer teknologiske framskritt som kan avhjelpe dette. Imidlertid er virkeligheten ennå den at epikriser for pasienter som utskrives fra sykehus bare i noen grad er tilgjengelige for innleggende legevakslege og legevakten som pasienten sist ble innlagt fra. Legevakslegen har derfor i mange tilfeller svært liten skriftlig dokumentasjon å gå utfra når han eller hun vurderer en ukjent pasient. Dette står i skarp kontrast til hva publikum forventer at legevakslegen har tilgang til.

UTVIKLINGSTRENDER: SAMARBEID MED KOMMUNENE, HJEMMEBASERT OMSORG OG KONTINUITET

I Nasjonal helse- og sykehusplan legges det føringer for fremtidens helsevesen. Her vektlegges det «å skape pasientens helsetjeneste». Faktorer som hører under denne utviklingen er sterk grad av brukermedvirkning i egne behandlingsforløp, bruk av hjemmebaserte tjenester og kontinuitet i behandlingen. Innføring av kontaktlegeordning er lovfestet og vil i praksis gjelde alle syke barn. Tilbud om avansert hjemmesykehus for barn utvikles nå i stadig flere helseforetak for å unngå innleggelser og reiser for alvorlig og kronisk syke barn. Disse tjenestene vil best kunne utvikles hvis tjenestene ikke er for langt unna brukerne og kan være et argument for å ha en sengepost av en viss størrelse i SNR.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for tilrettelagt opplæring for pasienter som trenger det og tilrettelegge for tiltak som kan bidra til økt mestring for å informere om og øke pasientens forståelse og mestring av egen sykdom.

BARNEHABILITERING

Pediatrigruppen er unisont enig i at barnehabilitering bør ligge nært og helst sammen med det barnemedisinske miljøet og generelt er det behov for kapasitetsøkning i seksjon habilitering barn og unge. I denne sammenhengen betyr det at uansett driftsmodell anbefaler gruppen at seksjon for barnehabilitering avdeling Kristiansund flyttes til Hjelset/SNR. Evalueringen av dagens driftsmodell i Kristiansund har også avdekket at det er nødvendig å øke tilgangen på barnelege ved barnehabiliteringen i Kristiansund. Dette må ikke skje på bekostning av barnelegeressursen ved barnehabilitering i Ålesund. Denne ressursen bør beholdes minimum på dagens nivå. Legearbeid i barnehabiliteringen kan kombineres med både poliklinikk og deltakelse i vakt ved en sengepost i SNR.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten har i ulike nasjonale føringer over år vært en prioritert virksomhet. «Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011» slår fast at habilitering ikke har den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Oppdrags- og styringsdokument de seinere år understreker habilitering som et prioritert satsningsområde, feltet må styrkes kapasitetsmessig, og det skal satses systematisk på utviklingen av faglig kvalitet for å nå målsettingen om tilstrekkelige, likeverdige og gode tjenester. Regjeringen v/ helseminister Høie har gitt uttrykk for nødvendigheten av å løfte fram helsetjenestene for svake grupper, og nevner mennesker med funksjonshemming som en av disse. «Opptappingsplan for habilitering / rehabilitering» 2017 – 2019; kom som en del av statsbudsjettet for 2017.⁴⁵ I opptappingsplanen vektlegges oppbygging av koordinerte tilbud til barn og unge i kommunene. Samtidig vises det til at kompetanse og kapasitet er en forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi veiledning og støtte opp under habilitering i kommunene i tillegg til å utrede og diagnostisere pasienter.

Med bakgrunn i nasjonale føringer er det utarbeidet følgende planer:

- Handlingsprogram for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge, (2005 – 2010)
- Handlingsplan for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering i Helse Nordmøre og Romsdal HF (2008 – 2010).
- Regional plan for utvikling av habiliteringstjenestene i Helse Midt-Norge (2014 – 2020)
- Plan for utvikling av habiliteringstjenestene i Helse Møre og Romsdal 2014 – 2020)

Planene påpeker spesielt utfordringene med misforholdet mellom kapasitet/ressurser og oppgaver. De signaliserer klart behovet for en betydelig opptapping av fagstillinger. Særsilt er dekningen av medisinsk og psykologisk kompetanse påpekt. I planene inngikk også pålegg om å gi tilbud om intensive tiltak innen barnehabilitering. I 2005 ble kapasiteten økt med 2 stillinger fra RHF Midt-Norge til teamet i Kristiansund og 3 stillinger til enheten i Ålesund. Ytterligere satsing på kapasitetsøkning i tjenestene har ikke skjedd.

Seksjon habilitering barn og unge ønsker å etablere en ny felles enhet i Ålesund som skal dekke behovet for intensivt habilitering for barn og unge i hele Møre og Romsdal. I første omgang planlegges tilbudet til barn og unge med cerebral parese og multifunksjonshemming. For barn og unge med multifunksjonshemming planlegges en regional funksjon slik at barn fra Sør- og Nord Trøndelag inkluderes. Dette er drøftet i regionalt lederråd for habiliteringstjenestene i Helse Midt-Norge hvor det erkjennes at denne pasientgruppen mangler tilbud om intensivt habilitering og støtter planen om etablering av et regionalt tilbud i Ålesund. Søknad om oppretting av tilbudet er sendt Helse Midt-Norge.

⁴⁵Helse og Omsorgsdepartementet: Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019 <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptappingsplanRehabilitering.pdf>

DRIFT I INTERIMSFASEN

Pediatrigruppen vurderer at akutttilbudet til barn og unge i Nordmøre og Romsdal totalt sett er godt og trygt per i dag, med ressurser fra anestesi, barnelege i hjemmevakt største deler av året, og med en god prehospital tjeneste.

Pediatrigruppen er imidlertid bekymret for at dersom man ikke satser på sengeenhet for barn i SNR så kan det føre til en rask forvitring av det pediatriske fagmiljøet i Nordmøre og Romsdal og derved bidra til økt risiko og utfordringer i driften av barneavdelingen i Kristiansund i interimfasen. En ordning med sommerstengning av sengepost i Kristiansund i 4 uker etter modell fra Sykehuset Innlandet anbefales vurdert i interimperioden. Etableres en sengeenhet for barn ved SNR, kan tilsvarende ordning for ferieavvikling vurderes der. Det er fra ansatte reist bekymring om sårbar bemanning i helgene med dagens ordning. Det påvirker også forutsigbarheten i tilbudet for pasienter og fastleger/legevakt, muligheten for å oppfylle anbefalingene for barns opphold på helseinstitusjon, og kan virke negativt med hensyn på å rekruttere og beholde fagfolk i interimfasen. I diskusjon i pediatrigruppen er det støtte for at bemanningen bør økes i helg, slik at man har samme kapasitet hele uka. Dette må imidlertid vurderes fortløpende av ledelsen ved Avdeling for barnemedisin og habilitering.

En bør legge til rette for et bedre faglig samarbeid mellom sengepostene. Sengepostene har utarbeidet felles prosedyrer i Extend quality Systems (EQS), som er kvalitetssystemet til foretaket. Begge avdelingene har innført PedSafe⁴⁶ som øker helsepersonells kompetanse i systematisk vurdering av barn og unge. Hvis SNR blir bygget med en egen pediatrisk enhet etter modell A, kommer enhetene nærmere hverandre, og det bør ligge bedre til rette for felles fagdager og fortsatt felles internundervisning via videolink som nå.

Barnelegerressursen til barnehabilitering bør økes allerede i interimperioden for å ivareta den tverrfaglige oppfølgingen av barn med sammensatte behov.

Dersom det besluttes å gå inn for en sengepost i SNR, er det svært viktig at det jobbes godt i tiden frem til ferdigstilling av sykehuset med å etablere et felles fokus på fagutvikling og felles gode rutiner i forståelse og gjensidig respekt mellom fagmiljøene i Kristiansund og Ålesund. Arbeidet må differensiere mellom det barnemedisinske tilbudet i henholdsvis SNR og i Ålesund slik at barna mottar et godt faglig tilbud på riktig behandlingsnivå. Arbeidet med å skape en tversgående avdeling i HMR er uavhengig av modell og svært viktig for fremtidig rekruttering og kvalitet.

RESSURSER

Pediatrigruppen har verken mandat eller kompetanse til å foreta en detaljert økonomisk konsekvensanalyse av de ulike modellene for barnetilbud i HMR. Modellene vil medføre ulik grad av både økte og reduserte kostnader innen spesialisthelsetjenesten inkl. de prehospitaltjenestene, primærhelsetjenesten, for samfunnet rundt og for pasientene og deres familier.

⁴⁶Pediatric Systematic Assessment and Communication for Preventing Emergencies

ANBEFALT FREMTIDIG DRIFTSMODELL – KONKLUSJON

SNR er definert, planlagt og dimensjonert som et middels stort akuttstusykehus i norsk målestokk med samling av relevante spesialister og støttefunksjoner for pediatri tilbudet. Akuttberedskapen til barn og unge henger tett sammen med at anestesipersonell erverver og opprettholder sin kompetanse i livsnødvendige akuttmedisinske prosedyrer med barn. Kompetansen kan de kun opprettholde ved å gi anestesi regelmessig til barn i forbindelse med planlagte kirurgiske inngrep. Dersom barn og unge skal ha et godt akutt tilbud i SNR forutsettes derfor kirurgisk aktivitet på omtrent samme nivå som i Molde og Kristiansund til sammen i dag.

Ut fra en helhetsvurdering og basert på diskusjonene foran er pediatrigruppen enstemmig i sine anbefalinger og anbefaler følgende fremtidige driftsmodell og barnehelsetilbud i Møre og Romsdal:

- Ålesund Sjukehus skal fortsatt ha det største og mest differensierte pediatri tilbudet i fylket. Fagmiljøet der skal være ansvarlig for det samlede pediatrike tilbudet til barn og ungdom i eget nedslagsfelt samt yte spesialiserte tjenester til barn i Nordmøre og Romsdal som ikke finnes ved SNR. Dagens tilbud ved seksjonene i Ålesund bør videreføres som i dag for å kunne ivareta denne rollen.
- I SNR anbefales det etablert et pediatrik tilbud som beskrevet i modell A forutsatt at det kirurgiske tilbudet til barn blir omtrent på nivå som i dag. Denne pediatrike enheten skal være ansvarlig for det generelle pediatrike tilbudet til barn og ungdom i eget nedslagsfelt, men kunne søke mer spesialiserte tjenester ved seksjonene i Ålesund. Enheten ved SNR bør fungere som et barnesenter for alle barn og ungdom innlagt ved SNR, uavhengig av medisinsk spesialitetstilørighet. Det bør være barnelege i døgntilstand, men med hjemmevakt deler av døgnet.
- Arealene som foreløpig er avsatt til pediatrien ved SNR synes å være utilstrekkelige. Nye behovsberegninger anbefales gjennomført. Det antas å være behov for minst 3-4 polikliniske konsultasjonsrom for leger og sykepleiere. Sengeposten for barn og ungdom må utformes i tråd med forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, og antallet senger bør vurderes økt fra de planlagte 6 til 8. Det må også finnes tilstrekkelig plass til sengekrevende dagbehandling, fortrinnsvis i tilknytning til enhetens poliklinikk eller sengepost. Enheten bør ha tilstrekkelig personell til at tilbudet blir forutsigbart og at faglig kvalitet kan opprettholdes.
- Habiliteringsenheten i Kristiansund anbefales flyttet til Hjelset/SNR



5

VEDLEGG

Vedlegg 1. Innspill fra tillitsvalgte	78
Vedlegg 2. Innspill fra brukerrepresentant	80
Vedlegg 3. Navneliste fagpersoner Kristiansund og Ålesund	82
Vedlegg 4. Respons fra Pasient- og brukerombud	83
Vedlegg 5. Geografisk plassering av ambulanseressurser	84
Vedlegg 6. Helikoptertransporter alder 2014 – 2016	85
Vedlegg 7. Helikoptertransporter kommuner 2014 – 2015	86
Vedlegg 8. Brev fra Fylkeslegen i Møre og Romsdal	89

Tillitsvalgte (v/DNLF og NSF) sine hoved-innspill

«Gjennom medinnflytelse og samarbeid skal de ansatte med sin erfaring og innsikt være med å skape de økonomiske forutsetningene for virksomhetens fortsatte utvikling og for trygge og gode arbeidsforhold, bærekraftig utvikling av virksomhetene, et godt fungerende arbeidsmiljø og resultatoppgjøret til beste for så vel virksomhet som ansatte.» (Fra Hovedavtalen).

1. Pasientsikkerhet, 2. faglig kvalitet, 3. fokus på barnets beste

I hele HMR sitt område må det tilbys barn en spesialisthelsetjeneste som dekker akutt beredskap. Dette kan på lokalsykehus og fødeavdeling være ved anestesipersonale på vakt, og ved barneavdeling vakthavende pediatrik personale. Lang reisevei til spesialisthelsetjenesten er en faktor som kan påvirke pasientsikkerheten, og tiltak som øker reiseveien vesentlig for store befolkninger, er noe vi tillitsvalgte ville se alvorlig på. Tillitsvalgte er svært opptatt av pasientsikkerhet og har lagt vekt på å redusere risikoer. Spesialisthelsetjenesten skal gi et differensiert faglig tilbud innenfor barnemedisin, i tråd med forskrift om barn i sykehus. I HMR vil den naturlig høyest differensierte avdelingen være i Ålesund, hvor også nyfødtdisin og noen spesialiserte fagområder er samlet. Ved SNR, og i interimfasen før SNR åpner, er vi tillitsvalgte gjennom faggruppens arbeidsprosess, også klare på at pasientsikkerheten ivaretas best ved at der er en barneavdeling med vakthavende pediatrik lege, og sykepleiere som er trent på barn.

-En ren poliklinisk pediatrik virksomhet, og ellers en robust anesthesiavdeling, vil i de vesentligste tilfeller kunne håndtere akutte sykdomstilfeller også hos barn. Imidlertid vil vi tillitsvalgte vente at en slik pediatrik tjeneste innehar en viss risiko for at et fagmiljø kan forvitte i et SNR. Leger og sykepleiere er avhengig av et godt fagmiljø for å stimulere til fagutvikling og spisskompetanse. Et mer robust tilbud til barn enn poliklinikk, vil kunne rekruttere og bevare fagfolk i interimfasen inntil SNR står ferdig. Hensyn til kronisk syke barn inkludert habiliterings-tilbudet taler for en barneavdeling lokalt. Befolkningen vil ved et rent poliklinikk-alternativ, for øvrig oppleve at de mister et tilbud de i dag har.

4. Arbeidsforhold

Rekruttering av høyt kvalifisert personale kan være utfordrende selv i «sentrale utkanter» av landet. Vi tillitsvalgte tror at en spesialisthverdag som ikke inkluderer muligheten til vaktjeneste i et kompetent kollegium, vil ha store problemer med å rekruttere, i særdeleshet legespesialister men også fagsykepleiere og andre faggrupper.

Realistiske og lovlige tjenesteplaner, forutsigbare vaktjenester, og tilbud om faglig kompetente oppgaver, er momenter våre medlemmer melder inn som viktige for å konsolidere barnetilbudet.

Arbeide ved SNR gir muligheten til å bo i by eller bynært Molde og Kristiansund. Vaktjeneste som skal dekke barnemedisinske vurderinger må ha en avtalt utrykningstid i alminnelighet ikke over 30 minutter. Det forutsettes at anestesipersonale også er en viktig med-ressurs i nyfødthåndtering. En

avdeling som SNR (inkludert interimfase) vil få realistisk vaktteneste med barnelege i tilkallingsvakt. SNR må ta opp i seg fasiliteter som følger avtaleverk når det gjelder vaktrom, og den geografiske beliggenheten taler især i åpnings-årene for at der bør være hybelhus der bl.a. personale i hjemnevakt vil kunne bo.

Vebjørn Vik,

(sign)

Den norske legeforening, HMR

Marianne Nydal,

(sign)

Norsk sykepleierforbund, HMR

Innspill fra tillitsvalgte og brukerrepresentant sendt per e-post 19.09.17

I hele HMR sitt område må det tilbys barn en spesialisthelsetjeneste som dekker akutt beredskap. Dette kan på lokalsykehus og fødeavdeling være ved anestesipersonale på vakt, og ved barneavdeling vakthavende pediatrik personale. Lang reisevei til spesialisthelsetjenesten er en faktor som kan påvirke pasientsikkerheten, og tiltak som øker reiseveien vesentlig for store befolkninger, er noe vi tillitsvalgte ville se alvorlig på. Tillitsvalgte er svært opptatt av pasientsikkerhet og har lagt vekt på å redusere risikoer. Spesialisthelsetjenesten skal gi et differensiert faglig tilbud innenfor barnemedisin, i tråd med forskrift om barn i sykehus. I HMR vil den naturlig høyest differensierte avdelingen være i Ålesund, hvor også nyfødtdtmedisin og noen spesialiserte fagområder er samlet. Ved SNR, og i interimfasen før SNR åpner, er vi tillitsvalgte gjennom faggruppens arbeidsprosess, også klare på at pasientsikkerheten ivaretas best ved at der er en barneavdeling med vakthavende pediatrik lege, og sykepleiere som er trent på barn.

En ren poliklinisk pediatrivirksomhet, og ellers en robust anesthesiavdeling, vil i de vesentligste tilfeller kunne håndtere akutte sykdomstilfeller også hos barn. Imidlertid vil vi tillitsvalgte vente at en slik pediatriktjeneste innehar en viss risiko for at et fagmiljø kan forvitte i et SNR. Leger og sykepleiere er avhengig av et godt fagmiljø for å stimulere til fagutvikling og spisskompetanse. Et mer robust tilbud til barn enn poliklinikk, vil kunne rekruttere og bevare fagfolk i interimfasen inntil SNR står ferdig. Hensyn til kronisk syke barn inkludert habiliteringstilbudet taler for en barneavdeling lokalt. Befolkningen vil ved et rent poliklinikk-alternativ, for øvrig oppleve at de mister et tilbud de i dag har.

Rekruttering av høyt kvalifisert personale kan være utfordrende selv i «sentrale utkanter» av landet. Vi tillitsvalgte tror at en spesialisthverdag som ikke inkluderer muligheten til vaktjeneste i et kompetent kollegium, vil ha store problemer med å rekruttere, i særdeleshet legespesialister men også fagsykepleiere og andre faggrupper.

Realistiske og lovlige tjenesteplaner, forutsigbare vaktjenester, og tilbud om faglig kompetente oppgaver, er momenter våre medlemmer melder inn som viktige for å konsolidere barnetilbudet.

Arbeide ved SNR gir muligheten til å bo i by eller bynært Molde og Kristiansund. Vaktjeneste som skal dekke barnemedisinske vurderinger må ha en avtalt utrykningstid i alminnelighet ikke over 30 minutter. Det forutsettes at anestesipersonale også er en viktig med-ressurs i nyfødthåndtering. En avdeling som SNR (inkludert interimfase) vil få realistisk vaktjeneste med barnelege i tilkallingsvakt. SNR må ta opp i seg fasiliteter som følger avtaleverk når det gjelder vaktrom, og den geografiske beliggenheten taler især i åpnings-årene for at der bør være hybelhus der bl.a. personale i hjemmevakt vil kunne bo.

Brukerrepresentant Janne Remøy har deltatt i hele prosessen og har kommet med følgende innspill til gruppens konklusjon gjengitt i sin helhet i avsnittet under:

«Dette er barn/ungdommer inntil 18 år og ikke voksne. Barn har sine klare rettigheter på sykehuset og de må vi ivareta på en god måte.

Barn skal ikke ligge på avdelinger i lag med syke voksne.

Vi må sikre at alle barn og ungdommer i hele Møre og Romsdal får et forsvarlig tilbud.

Det må være et trygt og nært tilbud som ikke bare barna/ungdommene føler seg trygge på, men også familien rundt. Dette berører så mange flere enn bare den som er syk. Dette er spesielt viktig for de som har et gjentakende behov for sykehus tjenester og innleggelse. Vi har ikke råd til å ikke gi våre barn et trygt, nært og godt tilbud.

Barn har klare rettigheter gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven og Specialisthelsetjenesteloven om tydeliggjort tilgang på helsetjenester av god kvalitet/et likeverdig tjenestetilbud, og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig og tilpasset pasientenes behov. Dette kravet gjelder også i forhold til behandlingstilbudet til barn og unge. Barns behandling i spesialisthelsetjenesten gir også tydelige føringer for at barn skal legges inn på egne barneavdelinger som skal utformes og utstyres slik at de er tilpasset barns behov. Barn skal ikke legges på rom med voksne pasienter som kan virke skremmende for dem. Barn skal fortrinnsvis behandles av samme personalet under oppholdet, der disse har kunnskap om barnets utvikling og behov.

Fra brukerne så er vi tydelige på at alle barn i vårt fylke skal ha et likeverdig tilbud. Barna/ungdommene og familien rundt skal føle seg trygge på at de får den hjelpen som de har krav på, og at de kommer til en tilrettelagt avdeling som er tilpasset alle uansett funksjonsbehov. For SNR så skal det være en avdeling som har barnet/ungdommen i fokus. Den skal være åpen hele døgnet/365 og ha et forsvarlig helsepersonell både av leger og pleiere. Det skal være enkeltrom der foreldre kan overnatte i lag med barnet for å skape ro og trygghet rundt barnet når det er sykt. Det skal være tilrettelagt handikaprom med tilrettelagt bad for barn/ungdommer som trenger takheis og god stalleplass rundt seng. Ledelinjer og kontraster for de som er svaksynte skal også være på plass.

Habiliteringstjenesten skal være en del av miljøet på nye SNR for å kunne ivareta barnet/ungdommen som trenger helhetlige tjenester. Nok polikliniske rom med de fasiliteter som barn skal ha også i ventesonene. Disse må være universelt utformet så alle uansett funksjonsbehov og plassbehov kan bruke det.

I interimfasen ved Kristiansund sykehus, er brukerne tydelige på at avdelingen må ha nok senger i barneavdeling i helgene og nok personell. Sommerstengingen blir redusert til et minimum på 4 uker for ferieavløsning og helgeredusert tilbud som nå blir tilbake til det normale. Habiliteringen må få tilført forsvarlig legetjenester for å ivareta alle barn/ungdommer som skal oppfølges av dem. Barn skal ikke ligge i voksenavdelinger når det er plass på barneavdeling og det er nok helsepersonell.

Pasientene bor rundt om i kommunene. Legevakten eller primærtjenesten er første kontakt når et barn blir sykt. Her må det være et tydeligere pasientforløp og ingen tvil om hvor barnet/ungdommen skal videresendes til. Pasientkunnskap spesielt rundt kronikere og alvorlig syke barn bør kvalitetssikres.

Loven er tydelig. Husk at barn er ikke voksne og de fortjener det beste.»

Pediatrigruppen har snakket med eller hørt presentasjoner fra følgende fagpersoner i HMR:

Kristiansund:

Øyvind Håberg, Overlege ortopedisk avdeling

Peter Tolnai, Overlege anesthesiavdelingen

Kirsti Dyrnes, seksjonsleder avdeling for sengeposter, poliklinikk og dagkirurgi

Kjersti Bergjord, klinikkssjef, klinikk for akuttbehandling

Kristen Rasmussen, Avdelingssjef lege, Klinikk for akuttbehandling

Lars Erik Sjømæling, Avdelingssjef Avdeling for prehospitale tjenester, Klinikk for akuttbehandling

Jeanne Hatlem, Seksjonsleder barnesengepost og poliklinikk barn og ungdom

Siv Kristoffersen, fagsykepleier/sykepleier sengeposten barn og ungdom

Ane Rosvoll, TV NSF

Kari Jordal, sykepleier poliklinikken barn og ungdom

Torill Gjøl, sykepleier sengeposten barn og ungdom

Anna Owczarz, Overlege sengepost og poliklinikk barn og ungdom

Ines Bergmann, Overlege sengepost og poliklinikk barn og ungdom

Eva Løkvik, seksjonsleder HABU

Hanne Stenseth, seksjonsleder fødeavdelinga

Johanne Gryt, Fagjordmor

Ålesund:

Astrid Kroken, barnesykepleier, seksjonsleder poliklinikk i Molde og Ålesund

Irene Takvam, sykepleier, seksjonsleder sengepost for barn og ungdom

Karin Sørland, sykepleier, seksjonsleder nyfødt intensiv

Christine V. Nilsen, overlege, seksjonsleder Leger i Molde og Ålesund

Torbjørn Nag, overlege, leder utdanningsutvalget

Elisabeth Siebke, overlege, avdelingssjef for barnemedisin og habilitering i Møre og Romsdal

Respons fra Pasientombudet i HMR

Når det gjelder denne pasientgruppen er det ikke så mange henvendelser/klager som kommer pasient- og brukerombudet.

I 2016 og frem til nå i 2017 er det 10 henvendelser/klager som vi har mottatt fra pårørende som gjelder denne pasientgruppen (barn innen somatisk behandling i spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal)

I denne vurderingen mener vi at det er grunn til å tro at det er høy terskel for å klage og å ta kontakt med pasient- og brukerombudet for hjelp til å klage. I tillegg er det grunn til å tro at en del fremmer klage til tjenestested, Fylkesmannen og til Norsk pasientskadeerstatning uten at det går om pasient- og brukerombudet.

Årsaken til å klage i disse sakene omhandler i hovedsak feil eller forsinket diagnostisering og behandling.

Vennlig hilsen

Runar Finvåg

Pasient- og brukerombud

AMBULANSEDATA - RAPPORT OPPDRAG / BEREDSKAP PER ÅR

Viktig: Dette prosentvis resursen er borte fra egen stasjon og sier oss noe om beredskapen i bilene primærrområde.
 -Sjøløker, øving, trening, hvile og andre daglige gjøremål kommer i tillegg og må hensyntas ved døgnvakter for at bildet skal bli riktig.
 -Båtene har mange andre oppdrag, her er bare ambulansoppdrag medtatt.
 - Sandøy bil, Aukra bil, Haramsøy bil og Sande bil bemanner i tillegg ambulansebåter.
 -Aure bil 1 og Gjemnes bil 2 er dagbiler

Kilde: BILKSUND

	oppdragstid pr døgn	Timer/dager			
Gjemnes bil 2	41,9 %	12/5	Haram bil 1	18,9 %	24/7
Molde bil 1	31,7 %	24/7	Sunnadal bil 2	18,7 %	24/7
Molde bil 2	30,8 %	24/7	Ørskog bil 1	18,7 %	24/7
Ålesund bil 1	30,4 %	24/7	Sande bil 1	18,2 %	24/7
Gjemnes bil 1	29,6 %	24/7	Tingvoll bil 1	17,5 %	24/7
Ålesund bil 2	29,3 %	24/7	Surnadal bil 1	17,1 %	24/7
Kristiansund bil 2	28,7 %	24/7	Surnadal bil 2	16,9 %	24/7
Kristiansund bil 1	28,6 %	24/7	Sykkylven bil 1	16,0 %	24/7
Giske bil 1	27,9 %	24/7	Halsa bil 1	13,8 %	24/7
Sula bil 1	27,4 %	24/7	Aure bil 1	13,0 %	24/7
Fræna bil 1	26,6 %	24/7	Nordal bil 1	13,0 %	24/7
Vestnes bil 1	24,1 %	24/7	Smøla båt	12,6 %	24/7
Ulstein bil 2	23,3 %	24/7	Stranda bil 1	11,9 %	24/7
Averøy bil 1	22,3 %	24/7	Smøla bil 1	9,1 %	24/7
Nesset bil 1	21,6 %	24/7	Aukra bil 1	8,0 %	24/7
Ulstein bil 1	21,4 %	24/7	Midsund bil 1	7,6 %	24/7
Volda bil 1	20,8 %	24/7	Geiranger bil 1	7,4 %	24/7
Herøy bil 1	20,7 %	24/7	Aure bil 2	7,3 %	8/5
Volda bil 2	19,8 %	24/7	Sandøy båt	5,1 %	24/7
Rauma bil 2	19,7 %	24/7	Haramsøy bil	4,9 %	24/7
Sunnadal bil 1	19,7 %	24/7	Aukra båt	3,5 %	24/7
Rauma bil 1	19,3 %	24/7	Sandøy bil 1	3,2 %	24/7
Vanylven bil 1	19,2 %	24/7	Haramsøy båt	0,6 %	24/7
			Sande båt 1	0,1 %	24/7



- Smøla: 1 døgn + 1 båt
- Aure: 1 døgn + 1 dag
- Halsa: 1 døgn
- Surnadal: 2 døgn
- Sunndal: 2 døgn
- Tingvoll: 1 døgn
- Kristiansund: 2 døgn
- Averøy: 1 døgn
- Gjemnes: 1 døgn + 1 dag
- Nesset: 1 døgn
- Rauma: 2 døgn
- Vestnes: 1 døgn
- Molde: 2 døgn
- Fræna: 1 døgn
- Aukra: 1 døgn + båt
- Midsund: 1 døgn
- Sandøy: 1 døgn + 1 båt
- Haramsøy: 1 døgn+ 1 båt
- Haram: 1 døgn
- Ørskog: 1 Døgn
- Norddal: 1 døgn
- Geiranger: 1 døgn
- Stranda: 1 døgn
- Sykkylven: 1 døgn
- Volda: 2 døgn
- Vanylven: 1 døgn
- Sande: 1 døgn +1 båt
- Herøy: 1 døgn
- Ulstein: 2 døgn
- Sula: 1 døgn
- Giske: 1 døgn
- Ålesund: 2 døgn
- Ålesund 1 Helikopter, 1 fly (Vigra)
- Eide, Hareid, Stordal, Ørsta (uten)

Luftambulansen Ålesund**Rapport pasientinfo
Gruppert på Alder til og med 19 år**

Filtreringer (iverksatt dato)

Fra 01.jan.2014 Til 31.des.2016

Fartøytype H Hastegrad (alle)

Utskriftsdato: 08.sep.2017

Gruppering: Alder til og med 19 år	Totalt	Primær	Sekundær	Tilbake føring	Leilighets transport	Søk/redning	Annet	Ikke angitt
0	158	15	142		1			
1	29	20	8				1	
2	34	25	9					
3	11	8	3					
4	15	11	4					
5	7	3	4					
6	10	7	3					
7	7	6	1					
8	2	2						
9	7	7						
10	11	9	2					
11	5	4	1					
12	7	4	3					
13	13	9	4					
14	16	13	3					
15	13	8	3			2		
16	9	8	1					
17	9	7	2					
18	20	17	3					
19	13	11	2					

Totaler:	396	194	198	0	1	2	1	0
-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	---

Ålesund sjukehus - Helse Møre og Romsd
6026 Ålesund

Side 1 av 1

Telefon: 70106289/70105000
Fax: 70148538

Luftambulansen Ålesund**Rapport over oppdragsinfo
Gruppert på Rekv. kommune**

Filtreringer (iverksatt dato)			
Fra 01.jan.2014	Til 31.des.2016	Fartøytype H	
Oppdragstype Primær		Hastegrad (alle)	

Utskriftsdato: 08.sep.2017

Gruppering: Rekv. kommune	Antall iverksatte	Gjennomførte oppdrag				Uten avvik	Antall pasienter
		Avbrutt	Med avvik				
			Forsinket	Endret best sted	Annet		
AUKRA	17	6				11	11
AURE	11	3				8	8
AVERØY	20	8	1			11	12
BJUGN	1					1	1
BREMANGER	3					3	3
EID	8	5		1		2	3
EIDE	15	4				11	13
FREI	2	1				1	1
FRÆNA	33	4	2			27	29
FRØYA	1					1	1
FØRDE	1	1					
GISKE	17	1	1			15	16
GJEMNES	9	2	1			6	7
GLOPPEN	2	1				1	1
HALSA	8	1				7	7
HARAM	66	4	2			60	62
HAREID	30	2				28	29
HEMNE	3					3	3
HERØY (M.R.)	58	3	2			53	56
HITRA	1					1	1
INDERØY	1					1	1
JØLSTER	1					1	1
KRISTIANSUND	16	7		1		8	10
LESJA	7	3				4	4
LEVANGER	2					2	2
LOM	4	2				2	2
MELHUS	1					1	1
MIDSUND	11	2				9	9
MOLDE	35	13	1	1		20	22
MOSS	1					1	1
Totaler:	385	73	10	3	0	299	317

Gruppering: Rekv. kommune	Antall iverksatte	Gjennomførte oppdrag				Uten avvik	Antall pasienter
		Avbrutt	Med avvik		Endret best. sted		
			Forsinket	Annet			
NESSET	34	12	1			21	24
NORDDAL	41	6				35	37
OPPDAL	5	3				2	2
ORKDAL	1					1	1
RAUMA	77	16	2			59	62
RENNEBU	2	1				1	1
RISSA	4					4	5
SANDE (M.R.)	35	5	4	1	1	24	30
SANDØY	12	1	1			10	11
SELJE	9	2				7	8
SKJÅK	2	1	1				1
SKODJE	11		1		1	9	14
SMØLA	16	4			1	11	13
SNÅSA	1					1	1
STEINKJER	3	1				2	2
STORDAL	11	1			1	9	9
STRANDA	81	8	3	2	3	65	76
STRYN	10	5				5	7
SULA	9					9	9
SUNNDAL	59	15	3	1	1	39	44
SURNADAL	20	5	1		3	11	15
SVERIGE	1					1	2
SYKKYLVEN	75	5	1		1	68	70
TINGVOLL	23	3				20	20
Trondheim	6	3				3	4
ULSTEIN	43	9	2		1	31	33
VANYLVEN	51	6	1			44	48
VERDAL	3					3	3
VESTNES	49	7	2	1	1	38	41
VESTRE SLIDRE	2	1				1	
VOLDA	39	5				34	37
VÅGSØY	9	2			1	6	7
VÅGÅ	2	2					
ØRLAND	3					3	3
ØRSKOG	19	3				16	19
ØRSTA	72	10		1	1	60	62
Totaler:	1225	215	33	9	16	952	1038

Gruppering: Rekv. kommune	Antall iverksatte	Gjennomførte oppdrag				Uten avvik	Antall pasienter
		Avbrutt	Med avvik		Uten avvik		
			Forsinket	Endret best. sted	Annet		
ÅFJORD	1					1	1
ÅLESUND	64	20	2		4	38	43

Totaler:	1290	235	35	9	20	991	1082
-----------------	------	-----	----	---	----	-----	------



**FYLKESMANNEN
I MØRE OG ROMSDAL**

Saksbehandler, innvalgstelefon
fylkeslege Karin Müller Mikaelson, 71 25 85 92

Vår dato
20.09.2017
Deres dato

Vår ref.
2017/5812/FMMRKAMI/326.1
Deres ref.

Marianne Nordhov
Overlege, PhD & Førsteamanuensis, UIT
Barneavdelingen, BUK
Universitetssykehuset Nord Norge
9038 TROMSØ

Vedrørende oversikt over klagesaker til Fylkesmannen i Møre og Romsdal som omhandler somatisk helsehjelp til barn i perioden 2014 til 2016

Det vises til din epost av 31.08.2017 og samtalen med fylkeslegen den 01.09.2017. Du ba om en oversikt over hvor mange tilsynssaker knyttet til den **somatiske** delen av helsetjenesten til barn Fylkesmannen i Møre og Romsdal har behandlet i årene 2014 til 2016.

I samtalen presiserte du følgende spørsmål:

1. Var det like mange saker knyttet til de to barneavdelinger (antall)?
2. Foreligger det forskjell i alvorlighetsgrad?
3. Er det spesielt alvorlige klager knyttet til stengningsperioden i Kristiansund/relatert til stenging og helgedrift? Du spør om stengning ble knyttet til at en sak ble vurdert som alvorlig. Du er interessert i oppsummerende data og klar over at Fylkesmannen ikke kan gi ut detaljer.
4. Antall saker knyttet til at barn var innlagt i voksenavdeling
5. Antall klager fra foreldre som var knyttet til at de måtte reise
6. Antall klagesaker som involverer barn knyttet til primærhelsetjeneste

Innledningsvis vil Fylkesmannen framheve at den vedlagte oversikten kun viser klager som har blitt sendt til Fylkesmannen. Den gir således ingen oversikt over antall avvik som har skjedd i forbindelse med somatisk helsehjelp til barn i Møre og Romsdal fylke. Det er grunn til å tro at helge- og feriestengning kan føre til belastning for de involverte, enkelte risikomomenter og i verste fall dårligere helsehjelp ved at pasienter, pårørende og helsepersonell ser seg nødt til å finne suboptimale alternativer eller unnlater å søke helsehjelp grunnet subjektiv opplevd mangel på tilgjengelighet. Slike bekymringer fører ikke alltid til at forholdene klages inn til Fylkesmannen.

Her er svar på dine spørsmål:

1. Fylkesmannen viser til vedlagt oversikt.

I 2014 behandlet vi ingen klagesak relatert til barneavdelinger i Helse Møre og Romsdal HF.

I 2015 behandlet vi 2 klager som var rettet mot barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus og 3 klager som var rettet mot barneavdelingen ved Ålesund sjukehus.

I 2015 mottok Fylkesmannen dessuten flere bekymringsmeldinger knyttet til omorganisering av barneavdelingen, inkludert brev fra Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal og Barneombudet. Bekymringsmeldingene har ikke blitt fulgt opp med separate tilsynssaker knyttet til enkelte pasienter. Disse inngår derfor ikke i tallmateriale. Fylkesmannen mener at disse bekymringsmeldinger må tas like alvorlig som de meldinger som ble fulgt opp med et hendelsesbasert tilsyn. Fylkesmannen viser i denne sammenheng og til våre brev til Helse Møre og Romsdal HF av 16.02.2015, 09.03.2015, 14.04.2015 og 05.05.2015 med vedleggene.

Vurderingen fra Statens Helsetilsynet fra tilsynsrapport etter alvorlig hendelse «manglende oppfølging av et barn med omfattede og sammensatte behov» fra desember 2016, spesielt punktene 4.2 til 4.7 (organisering av Helse Møre og Romsdal HF, drift ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus – historikk, feriestengning ved barneavdeling ved Kristiansund sjukehus, erfaringer med transport av pasienter, innleggelse av barn ved Ålesund sjukehus og situasjon ved AMK Møre og Romsdal etter omlegging til femdøgnspost) forutsettes kjent.

I 2016 behandlet vi 1 klage som var rettet mot barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus og 1 klage som var rettet mot barneavdelingen ved Ålesund sjukehus.

2. Fylkesmannen viser til vedlagt oversikt.

Grad av alvorlighet gjenspeiles til en viss grad i utfall. Imidlertid vil det alltid være klager som er av alvorlig karakter som likevel i første omgang sendes til en lokal avklaring ettersom dette anses å være den mest formålstjenlige framgangsmåte i det individuelle tilfelle. Fylkesmannen minner i denne sammenheng om at formål med tilsyn er å ivareta pasientsikkerheten, bidra til kvaliteten på og fremme tilliten til helsetjenesten.

3. Fylkesmannen har dessverre ikke kapasitet til å gå inn i de enkelte sakene og lage en oversikt over klagergrunner og begrunnelse for utfallene. Dessuten vil slike detaljer kunne medføre at enkeltsaker muligens kan bli identifiserbare. Klagesaker kan således i prinsipp blant annet være relatert til kommunikasjon og adferd som klager opplevde som upassende og/eller til journaldokumentasjon. Dette gjelder både primær- og spesialisthelsetjenesten.

4. Fylkesmannen har i 2016 hatt en klagesak til behandling der et barn var innlagt ved en somatisk avdeling for voksne på Nordmøre og Romsdal (Molde Sjukehus).
5. se punkt 3. Fylkesmannen har ikke registrert klager knyttet til pasientrettigheter knyttet til reiser mellom behandlingssteder.
6. Fylkesmannen viser til vedlagt oversikt.

I 2014 har vi registrert 5 klager relatert til helsehjelp fra primærhelsetjenesten/kommunal helsetjeneste.

I 2015 har vi registrert 6 klager relatert til helsehjelp fra primærhelsetjenesten/kommunal helsetjeneste.

I 2016 har vi registrert 7 klager relatert til helsehjelp fra primærhelsetjenesten/kommunal helsetjeneste.

Vedrørende oversikten:

Tallmateriale er lite (23 klager) og dermed kan det være stor usikkerhet knyttet til eventuelle statistiske analyser.

Metode:

Det ble gjennomført et søk i databanken «nettbasert system for tilsyn og rettighetsklager (NESTOR)» for å finne alle avsluttete tilsynssaker og rettighetsklager som ble registrert i 2014, 2015 og 2016. Saker hvor fødselsår til pasienten var registrert og pasienten var maksimal 18 år gammel ved utgang av året ble tatt med i oversikten. I saker uten registrert fødselsår ble informasjon i merknadsfelt gjennomgått med henblikk til om saken kan ha omhandlet somatisk helsehjelp til barn. Det er den enkelte saksbehandler som skriver individuelle stikkord om klagen i merknadsfelt. Her kan informasjon om at barn var involvert muligens være usynlig og dermed kan vi ikke med sikkerhet utelukke at enkelte saker ikke ble fanget opp. Saker som omhandlet ungdomspsykiatrisk helsehjelp eller hendelser relatert til fødselshjelp ble tatt ut igjen.

Deretter ble det laget egen rapport ved bruk av virksomhet «barneavdeling» som filter. Denne rapporten viste kun 2 saker som begge allerede var fanget opp ved ovenfor beskrevet søkestrategi.

Saker fra den oversikten ble deretter registrert i vedlagt excel-ark.

Oversikten inneholder kun avsluttete tilsynssaker per 15.09.2017. Fylkesmannen har etter vår samtale den 01.09.2017 fått inn en melding, om en hendelse som har skjedd i 2015, der muligens begge barneavdelinger og organisering av transport kan bli belyst. Denne saken er ikke inkludert i oversikten.

Ta gjerne kontakt ved spørsmål.

Med hilsen

Karin Müller Mikaelson (e.f.)
fylkeslege

Grete Teigland
direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur.

Vedlegg:

- Oversikt klagesaker barn 2014-2016 vers 1
- Oversikt klagesaker barn 2014-2016 vers 2

år	alder*	HMR / Primærhelsetjeneste	region (NR eller S)	utfall**
2016	17	HMR	NR	LB
2016	6	p	S	I
2016	flere	p	NR	O
2016	1	P	S	R
2016	1	P og HMR	S	P -> LB HMR-> R
2016	1	P	NR	R
2016	14 (-16)***	P	NR	LA
2016	2	P	NR	LA
2015	5	HMR	S	R
2015	4	HMR	S	R
2015	2	HMR	S	R
2015	9	P	NR	R
2015	1	P	NR	LB
2015	1	p	NR	R
2015	15	P	NR	I
2015	12	P	S	LA
2015	4	P	S	LA
2015	diverse	HMR	NR	
2015	2	P og HMR	NR	O
2014	13	p	NR	R
2014	10	P	S	I
2014	16	P	NR	O
2014	16	P	S	LA
2014	2	P	S	LA

* = fylt alder ved årets slutt , rundet opp

**= I = intet å bemerke; R = råd og veiledning; LB- Lovbrudd; LA - lokal avklaring;
O = oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon

*** = flere barn eller ukjent alder/aldersgruppe

bekymringsmedlinger barneavdelinga ved Kristiansund sjukehus

år	alder*	HMR / Primærhelsetjeneste	region (NR eller S)	utfall**
2016	17	HMR	NR	LB
2016	flere	p	NR	O
2016	1	P	NR	R
2016	14 (-16)***	P	NR	LA
2016	2	P	NR	LA
2015	9	P	NR	R
2015	1	P	NR	LB
2015	1	p	NR	R
2015	15	P	NR	I
2015	2	P og HMR	NR	O
2014	13	p	NR	R
2014	16	P	NR	O
2015	diverse	HMR	NR	
2016	6	p	S	I
2016	1	P	S	R
2016	1	P og HMR	S	P -> LB HMR-> R
2015	5	HMR	S	R
2015	4	HMR	S	R
2015	2	HMR	S	R
2015	12	P	S	LA
2015	4	P	S	LA
2014	10	P	S	I
2014	16	P	S	LA
2014	2	P	S	LA

* = fylt alder ved årets slutt , rundet opp

**= I = intet å bemerke; R = råd og veiledning; LB- Lovbrudd; LA - lokal avklaring;

O = oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon

*** = flere barn eller ukjent alder/aldersgruppe

bekymringsmedlinger barneavdelinga ved Kristiansund sjukehus

RETTET VERSJON 26.10.17

Følgende korrigeringer er gjort etter første versjon.

- s. 24: Korrigert organisasjonskart
- s. 31: Lagt til figur 4 "Barn innlagt i voksenavdelinger"
- s. 32: Korrigert tittel tabell 6 "Barn 0 - 17 år"
- s. 54: Korrigert tittel figur 15 er "Ø-hjelpsinnleggelser på hverdager av barn"