

## **Kommentarer til Konseptrapport (1), Hovedprogram (2) og Utkast til Delfunksjonsprogram (3) for Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) angående ivaretagelsen av syke barn og unge**

Samfunnsformålet om at SNR skal gi innbyggerne i Nordmøre og Romsdal *en spesialisthelsetjeneste som er likeverdig og tilgjengelig tilpasset pasientens behov* inkluderer personer i ulike aldre, der barn under 18 år inngår (jf. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon: 2000). For at SNR skal kunne gi dette tilbudet kreves det et robust sykehus med et bredt fagmiljø innen blant annet pediatri, anestesi, postoperativ virksomhet, kirurgi, akuttmedisin, intensivmedisin, medisin, gynekologi/obstetikk, radiologi, nevrologi, laboratorium, mikrobiologi, øye og ØNH. Fagmiljø krever utdanningsstillinger for leger i de ulike spesialiteter. De fleste legespesialiteter krever døgnvakter for å kunne ha utdanningsstillinger. Det vil bidra til ettervekst av spesialister og slik gi et likeverdig/tilgjengelig fagtilbud for barnebefolkningen i Nordmøre og Romsdal.

Rapportene (1 og 2, jf overskrift) synliggjør ikke framskrivning av forekomst av medisinske diagnoser og operative inngrep overfor barnebefolkningen i nedslagsfeltet for SNR. Det mangler beskrivelser av antall innleggelses av barn og dagbehandling av barn, samt diagnostiske undersøkelser av små barn i narkose (sistnevnte er erfaringsmessig hyppig forekommende). Det har betydning å vise forekomst av ulike typer operative inngrep og ulike typer diagnoser i barnebefolkningen, fordi det vil belyse behovet for døgnvakt hos ulike spesialiteter som blant annet pediatri, ØNH og øye. Dette ut fra behovet om blant annet spesialistoppfølging etter operative inngrep (erfaringer tilsier høy forekomst av både elektive og akutte kirurgiske inngrep i ØNH og høy forekomst av elektive inngrep i forhold til øye).

Beskrivelser gis i konseptrapporten (1) om at *SNR skal ta imot barn både til poliklinisk behandling, dagbehandling og for innlegging av akutt sjuke barn og barn med kronisk sykdom med akutt forverring. Barn som ikke kan behandlast ved SNR vil bli overført til f.eks. Ålesund eller St. Olav. Sengeområde for barn skal planleggast etter føreskrift om behandling av barn i sjukehus* (1: s: 83).

Befolkningsgrunnlaget for SNR er på 118 000 med utgangspunkt i de 17 inkluderte kommunene (1: s: 20). På landsbasis i 2016 er 22 % av befolkningen personer under 18 år (Statistisk sentralbyrå, SSB). Dette tilsvarer cirka 22 000 barn i nedslagsfeltet for SNR, hvorav cirka 10-15 % (2200 -3300 barn) av barnebefolkningen (under 18 år) har kroniske sykdommer. Videre viser framskrivning av befolkningsgrunnlaget for SNR å være på 130 000 i 2030 (2: s: 55). Det er nødvendig å fremskrive barnebefolkningen i de 17 kommunene i Nordmøre og Romsdal basert på statistikk tilgjengelig på SSB. Det viser at antallet personer i alderen 0-19 år vil være i underkant av 65 000 i 2030 og i underkant av 68 000 i 2040 (må ekskludere 18 og 19 åringene). Dette innebærer at en må se noen faktorer i konseptrapporten (1) (jf pkt 1- 4 nedenfor i tabell 1) i sammenheng med blant annet barnebefolkningsforutsetningene:

### **Tabell 1**

<p><b>1) SNR skal ta imot barn og unge både til poliklinikk og dagbehandling, og for innlegging av akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom. Det er tilrettelagt for seks senger for barn og ungdom</b> (1: s: 39)... <i>SNR skal ta imot barn både poliklinisk og for innleggelse 1-3 dager, og før overføring til f.eks. Ålesund eller St. Olav. Sengeområde for barn skal planlegges etter forskrift om behandling av barn i sykehus</i> (2: s: 44)... <i>SNR skal ta imot barn og unge både til poliklinikk og dagbehandling, og for innlegging av akutt sykdom og</i></p>
--

forverring av kronisk sykdom. Det er tilrettelagt for seks senger for barn og ungdom, felles medisinsk og kirurgisk (3: s: 19).

**2) Barn og unge. Vurdere samling av døgnfunksjonar og vaktordning éin stad i føretaket. Fleksible senger (korttidsløysingar) (1: s: 38)**

**3) Døgnopphald i eiga barneavdeling samla i Ålesund. Ø-hjelp på dag/kveld, dagaktivitet og døgnenger (truleg 2-3) i fleksibelt område i SNR. Sengeområdet er tilpassa barn med behov for seng, men som ikkje har behov for innlegging/overflytting til ei barneavdeling (1: s: 38)**

**4) Pasientopphold. Somatikk. Sengeområda er i utgangspunktet ein felles ressurs og generelt utforma... Størrelsen på eit somatisk sengeområde skal bestå av minimum 24 senger, for å sikre ei optimal utnytting av personell, spesielt på ulagleg arbeidstid. For å kunne fungere som ei eining føreset ein at det er visuell kontakt mellom arbeidsstasjonane og at personalet kan ha ein felles base på natt, med eit visuelt overblikk over eininga. Det skal også vere ein visuell kontakt mellom desentral arbeidsstasjon/personalet og pasientrom. I eit sjukehus av denne størrelsen er det fleire einingar som ikkje er så store at dei fyller fleire tun/område eller eitt stort område. Det blir viktig at den fysiske utforminga ikkje låser størrelsen på eininga. Skiljet mellom den organisatoriske og den fysiske utforminga må kunne lausrivast. Ein dag kan det vere behov for ei fordeling 7-9, ein annan dag 8-8, 6-10 osv. Kanskje blir behovet endra frå time til time etter kva pasientar som kjem inn, eller vaktplanen (1: s: 82-83).**

Det er et lite antall senger (antall 6) som er tiltenkt innlagte barn/dagbehandling av barn og det er lov å stille spørsmål om en tenker at barn skal ha lengre reisevei til sykehus enn resten av befolkningen (reise til Ålesund) når en ser at av 146 sengene er 6 tiltenkt barn (3: s: 15). Selv om det er ulik sykdomsfordeling i befolkningen, **ville det ut fra befolkningsandelen av barn på 22 % være naturlig å tildele 12-14 senger til barn eller heller øke antallet senger totalt for å kunne tilby 12-14 senger til barn** (jf pkt 1 ovenfor i tabell 1). **Her forutsettes en samlokalisering av barn som kirurgiske, medisinske pasienter og dagpasienter.** Det begrunnes også med tallene i følgende tabell (2).

## Tabell 2

### Barn på somatisk sykehus i Møre og Romsdal i 2015 (SSB) (inkludere ikke friske nyfødte)

	Barn i alderen 0-9 år	Barn/ungdom i alderen 10-19	Totalt antall
Pasienter med døgnopphold	4 080	1 332	5 412
Pasienter med dagbehandling	974	885	1 659
Pasienter til poliklinisk behandling	8 880	939	9 819
Totalt antall			16 890
Anatll liggedager	16 539	4 871	Totalt antall liggedager 21 410

Tallene i tabellen ovenfor beskriver barn/unge i somatisk sykehus i Møre og Romsdal i 2015. Befolkningsgrunnlaget er på 265 000, hvorav 118 000 er i nedslagsfeltet til SNR. Tallene i rubrikken til høyre må mer enn halveres i forhold til SNR sitt nedslagsfelt og i forhold til at

forskriften definerer barn til personer under 18 år, og disse tallene inkluderer personer som er 18 og 19 år. Når en slår sammen tallene for dagbehandling og døgnopphold og antall liggedager ser det ikke ut til å gå i hop med 6 reserverte senger for barn, selv om det foreslås å avgrense barns innleggelser til 1-3 liggedager for barn i SNR (jf pkt 1 ovenfor i tabell 1). Det går heller ikke i hop med en tenkning om 85 % beleggsprosent i somatiske senger i 365 dager i året (2: s: 40). Når en ganger 311 dager (85 % regelen) med 6 senger gir det 1866 mulige liggedager for barn pr år (inkluderer ikke friske nyfødte barn), mens behovet går mer i retning av 8-9000 liggedager (kan omskrives til tilgjengelige senger pr år).

Når det gjelder vaktordning kun ved barneavdelingen i Ålesund (jf pkt 2 ovenfor i tabell 1), forstås det som pediater i døgnvakt. Det er uklart, men det forstås som at disse 6 (eller forslag om 12/14) barna skal være uten pediater i døgnvakt, noe som vil gi redusert faglig kvalitet for barna. Videre vektlegges det at disse 6 (eller 12/14) barna ikke skal ha behov for innlegging/overflytting til en barneavdeling, noe som ansees som et vanskelig skille. Det er stor faglig enighet om at barn har mer uspesifikke symptomer og tegn på sykdom, at det er vanskeligere å tolke symptomendringer hos barna og at alvorlig sykdom utvikler seg raskere mot farlig tilstand jo yngre barnet er. Dette bildet utfordres ytterligere når barn har sammensatte og komplekse sykdomstilstander. Videre vil behovet for pediater i døgnvakt forsterkes av at tall fra 2015 viser at 1184 barn ble født i de 17 kommunene i Nordmøre og Romsdal (SSB). **Tilgjengelig pediater i døgnvakt vil være en viktig ressurs for fødeavdelingen og de nyfødte barna.**

Punkt 4 (jf ovenfor i tabell 1) om sengeområde, der nettopp sengeområde og senger blir benyttet som begrep utfordrer en tidligere organisering og tenkning der pasienter med ulike diagnoser har hatt fokus og blitt samlokalisert i team/gruppe og avdelinger. Det er uklart hvor flytende og fleksible sengeområdene skal være, bortsett fra at de skal inneholde 24 senger. Her antas det at det ligger til grunn en økonomisk forståelse om effektiv utnyttelse av rom og av sykepleieresurser (1: s: 82-83, 2: s: 57). Organisering i «fleksible sengeområde» vil gå på bekostning av dybdekunnskap hos sykepleiere om ulike pasientdiagnoser innen mer avgrensede områder. **Når det gjelder barn vil det være en spisskompetanse å ha erfaring og kunnskap knyttet til vitale målinger, observasjoner og vurderinger av syke barn og det å ha erfaringer med syke barn generelt. Det vil kunne bli skadelidende når sykepleiere sees på som en fleksibel arbeidsressurs, der sykepleiefunksjonen baseres på en tenkning som forutsetter generalist mer enn spesialist kompetanse.** Samtidig vil sengeområder med svært ulike diagnosegrupper generelt kunne gi mindre effektive pasientforløp nettopp fordi dybdekunnskap innen mer avgrensede diagnosegrupper vil skape rikligere erfaringer om pasientforløp og gjøre planleggingen av pasientforløp mer effektiv og gi bedre forutsigbarhet. For sykepleiere vil dessuten et ansvar for en bredere pasientdiagnosegruppe være mer krevende i forhold til samarbeid med ulike typer legespesialister. Disse forhold gjelder generelt for alle pasientgrupper.

Når det gjelder barn kommer det i tillegg det å fremme behandlingsevillighet hos små barn for å minimalisere graden av tvang. **En viktig forutsetning her handler om erfaringer med syke barn hos sykepleier og kontinuitet i relasjonen mellom barn og sykepleier** (jf doktorgradsavhandling Sundal 2014). **Sykepleiefunksjonen innebærer å samarbeide tett med foreldre.** Det igjen vil bidra til effektiv pasientgjennomstrømning fordi behandlingsevillige barn er mindre tidkrevende. Tid er en viktig faktor i behandlingen av barn, der en behandlingsprosedyre som tar 5 min hos voksne kan ta en time hos barn. Små barn har også behov for narkose for å gjøre diagnostiske undersøkelser. Barn til dagbehandling eller undersøkelser i narkose bør slik samlokaliseres med de innlagte barna, før narkose og etter

overvåkningsfasen (jf tabell 1: pkt: 1). Narkosesituasjoner hos små barn krever tilstedeværelse av godkjent anesthesiolog. Det gjør det også når lis-leger skal utføre narkose på barn. Narkosesituasjoner er slik sett mer tidkrevende og mer ressurskrevende i forhold til barn. **Det vil sannsynligvis være mer effektivt med en fleksibilitet der en øker antallet senger totalt i SNR og reserverer et avgrenset sengeområde til barn med egne sykepleiere (en barneavdeling).**

Videre må innholdet i punkt 4 (jf ovenfor i tabell 1) om sengeområde også relateres til Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, jf utdrag nedenfor i tabell 3), der barn skal skjermes fra skremmende erfaringer med syke voksne. «Fleksible sengeområde» med en blanding av voksne og barn bør unngås i et nytt moderne sykehus. «Fleksible sengeområder» står i motsetning til tilpassede innredninger og utstyr for barn, når voksne pasienter skal benytte de samme romma. Barn krever i henhold til forskrift ekstra rom/areal til mottak, lek, aktivisering, skole, oppholdsrom m.m., samt tilgjengelig pedagogisk personell og rom tilpasset pedagogisk virksomhet. Det må være arealplass til foreldre både, i forhold til at de skal bo på sykehuset og at de har krav på eget oppholdsrom. Når det gjelder sykepleiere som skal ha ansvar for barn, så fordrer: 1) kravet om kontinuitet i personell, 2) kravet om å avlaste foreldrene, 3) kravet om å avklare med foreldre hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre, 4) kravet om at foreldre skal ha mulighet til å være til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det, 5) kravet om kunnskap om barns utvikling og behov, 6) og kravet om å informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet (jf utdrag fra forskrift i tabell 3), at barn skal ha egne sykepleiere og ha rom/areal adskilt fra andre pasientgrupper. Det å samlokalisere barn med medisinske og kirurgiske diagnoser og barn til dagbehandling vil kunne gi dybdeerfaring og kunnskap for sykepleiere om syke barn og forskriftas innhold tas på alvor (jf tabell 1: pkt: 1). Her får kunnskap og erfaring med barn forrang framfor kunnskap om diagnose og behandling. **Det vil sannsynligvis være enklere og mer effektivt i et moderne sykehus å håndheve innholdet i forskrifta med at «barn fortrinnsvis skal innlegges i egne barneavdelinger» og likedan de tidligere nevnte kravene ved å øke antallet senger totalt i SNR og avgrense deler av et sengeområde for barn med egne ungdoms-rom/-areal i et antall på 12-14 senger med egne sykepleiere (en barneavdeling).**

**Tabell 3**

<b>Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000)</b>
<p>§ 4. <i>Barn skal fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger.</i>  <i>På alminnelige avdelinger som jevnlig mottar barn bør det innredes barnestuer.</i></p> <p><i>Avdelinger og barnestuer der barn legges inn, skal utformes og utstyres slik at de er tilpasset barns behov.</i></p> <p><i>Barn kan ta med egne leker, men sykehuset er ikke ansvarlig for tap. Leker som er allergifremkallende eller på andre måter skadelig for barn kan nektes tatt med.</i></p> <p><i>Barn skal ikke legges på rom med voksne som er i en medisinsk tilstand som kan virke skremmende på dem.</i></p>
<p>§ 5. <i>Barn skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under oppholdet.</i>  <i>Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet.</i></p>

§ 6. Barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet i den grad det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2. Ved alvorlig/livstruende sykdom skal begge foreldrene få være hos barnet.

Personalet plikter å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre mens de er hos barnet. Foreldre og barn skal få fortløpende informasjon om sykdommen. Foreldre skal ha mulighet til å være til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det og det ikke vanskeliggjør behandlingen.

Foreldre som er hos barnet under institusjonsoppholdet skal få avlastning etter behov.

Foreldre skal ha adgang til egnet oppholdsrom.

Helseinstitusjonen skal tilby foreldrene kontakt med sosionom, psykolog og/eller annet støttepersonell mens barnet er innlagt.

§ 6-3. Det skal avsettes egnet areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn.

Barn må få mulighet til aktiviteter tilpasset alder og utvikling.

§ 12. Barn skal aktiviseres og stimuleres så langt deres helsetilstand tillater det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven

§ 13. Pedagogisk virksomhet for førskolebarn skal fortrinnsvis skje under ledelse av en førskolelærer.

§ 14. Barn i skolepliktig alder har rett til undervisning under institusjonsoppholdet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-4 og opplæringslova § 2-1, § 3-1 og § 5-1.

Institusjonen plikter å melde fra til sin vertskommune om barn som blir innlagt og som har krav på skoleundervisning.

Punkt 1 og 2 fra konseptrapporten (jf nedenfor tabell 4) må sees i sammenheng med tall fra 2015 som viser at 1184 barn ble født i de 17 kommunene i Nordmøre og Romsdal (SSB). Her må en stille spørsmål om sengeområda skal være så fleksible at fødende skal ligge der sammen med andre pasientgrupper (litt uklart, litt klarerer i 3: s: 20-22) og om forutsetningen om at de fødende skal være på pasienthotell før og etter fødsel er fremtidas praksis. Er ikke dette en praksis som en har gått tilbake på ved noen universitetssykehus? Faglig kontinuitet i jordmor/sykepleietjenesten vil kvalitetssikre pasientforløpa og ikke minst ivareta det fødende og det nyfødte barnet. Det er kanskje mer resursvennlig å øke antallet senger og avgrense sengeområda til eksakte pasientgrupper/diagnosegrupper, også for disse.

#### **Tabell 4**

**1) Føde.** SNR skal ha eit døgnkontinuerleg fødetilbod for befolkninga på Nordmøre og i Romsdal. Pasientane vil vere på fødestue, barsel, sengeining og poliklinikk, samt pasienthotell. Denne pasientgruppa vil primært nytte pasienthotellet før og etter fødsel grunna lang reiseveg og fordi dei er avhengige av ferje. Fødande som ikkje transporterast på bære, vil nytte hovudinngangen, og gå rett til fødeavdelinga for mottak der. Føden må ligge nær operasjonsområdet på grunn av hastegrad ved keisarsnitt. Kvinner som er friske og har friske barn kan overførast til pasienthotellet etter fødsel, dersom dette ikkje krev meir personell. Fødestuene skal vere tilknytt bad med badekar til forløyising. Barselsenger kan formast som eit generelt sengeområde, men med nærleik til fødestuene (1: s: 88).

*2) Pasienthotell. I kapasitetsutrekninga er det forutsatt ein omstilling av døgnopphald frå normalseng til pasienthotellsenger med enklare driftsform og lågare pleiefaktor. Omstillinga er berekna per. ICD10 hovudgruppa, og er med det fordelt på mange fagområder. Om lag halvparten av den berekna kapasiteten er for fødande. Totalt er det berekna 23 rom. Den berekna kapasiteten er forutsatt nytta av inneliggjande pasientar for dei som ikkje er avhengig av 24-timars medisinsk tilsyn. Det er ikkje forutsatt at SNR skal ha vesentleg hotellkapasitet for til reisande ikkje-innlagte pasientar eller pårørande (sjukehotell).  
Sengeområde med pasienthotellsenger skal driftast som ein eining samla og vere felleseie. Hotellsengeområde skal i størst mulig grad utformast som eit generelt sengeområde på lik linje med andre. Dette muliggjer fleksibilitet og buffring mellom sengeposter og hotellsengepost (1: s: 83).*

For å oppsummere kommentarene angående ivaretakingen av syke barn i SNR. **Hensynet til håndhevelsen av Forskrifta om barns opphold i helseinstitusjon (2000) er ikke ivare tatt godt nok hverken når det gjelder antall senger og organisering.** Det er her argumentert for en egen barneavdeling, fordi barn fortrinnsvis skal innlegges der og befolkningsgrunnlaget burde være stort nok til det. Sykehus som mottar barn jevnlig skal dersom det ikke er barneavdeling ha barnestuer spesielt innreda og tilrettelagt for barn med kontinuitet på personalsida. I sengeområdemodellen vil det kunne undergraves fordi fleksibilitet og effektivitet i benyttelsen av senger og sykepleiepersonell vil gå foran hensynet til barna i en hektisk hverdag. **Kontinuitet, stabilitet, erfaringer og kompetanse hos personalet på spesialistnivå, også hos sykepleiere er vesentlig.** Mangel på kontinuitet i observasjoner og vurderinger, og mangel i observasjonskompetansen hos sykepleier kan få konsekvenser i form av komplikasjoner hos barna og i verste fall død. Forlengede pasientforløp med flere liggedager kan bli en konsekvens. **Barneavdeling med pediatere tilstede i døgnvakt vil være en forutsetning, både medisinske, kirurgiske pasienter og dagpasienter vil høre til her. Tilgjengelig pediatrer i døgnvakt vil være en viktig ressurs for fødeavdelingen og de nyfødte barna.**

Mvh

Sykepleier og førsteamanuensis

Hildegunn Sundal