

Organisering av tilbudet til barn og ungdom ved SNR



Innhold

1.0 Innledning	3
2.0 Mandat	3
3.0 Arbeidsgruppas sammensetting	3
4.0 Leveranse og milepæler	4
5.0 Møter og arbeidsmetode	5
6.0 Dagens tilbud til barn og ungdom på Nordmøre og i Romsdal	7
7.0 Driftsmodeller som er vurdert	9
7.1 Modell 1.....	9
7.2 Modell 2 (a, b og c)	9
7.3 Modell 3.....	10
7.4 Oppsummering av innholdet i modellene	11
8.0 Økonomiske beregninger knyttet til modellene	12
8.1 Kostnad knyttet til bemanning.....	12
8.2 Kostnad knyttet til transport- og transportrelaterte aktivitetsendring.....	13
8.3 Oversikt over de økonomiske beregningene knyttet til de ulike modellene	14
9.0 Vurdering av modellene	14
10.0 Hensynet til barnets beste	17
11.0 Oppsummering av ROS-analyse	18
12.0 Arbeidsgruppa sin anbefaling.....	19

1.0 Innledning

Den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal gjør at adm. direktør Olav Lødemel har bedt om at det blir gjort en ny vurdering knyttet til hvilket tilbud det skal være til barn og ungdom ved nye Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR).

Døgntilbudet ved barnesengeposten ved Kristiansund sjukehus har vært midlertidig stengt siden 8. mai 2024 på grunn av mangel på personell. Det er et stort behov for at barnetilbudet ved SNR avklares raskt for å sikre forutsigbarhet for ansatte, beholde og rekruttere fagfolk og for å kunne planlegge innflyttinga i nytt sykehus.

I 2017 ble det totale barnetilbudet i Helse Møre og Romsdal utredet. Det var gjort en evaluering av driftsmodell av det barnemedisinske tilbudet for Nordmøre og Romsdal. Det ble også gjort en utgreiing av framtidig driftsmodell for det barnemedisinske tilbudet i Nordmøre og Romsdal/SNR og i hele HMR. Styret sluttet seg i 2017 til forslaget fra pediatrigruppa om det pediatriske tilbudet til barn og unge i SNR og HMR, og la til grunn at det skal være et tilbud med døgnenger for barn og barnelege i døgnvakt i SNR, samt videreføring av dagens pediatritilbud ved Ålesund sjukehus. Styret vedtok også en videreføring av det polikliniske tilbudet til barn i Kristiansund.

2.0 Mandat

Utgangspunktet for arbeidsgruppa sitt arbeid er at det i tråd med tidligere vedtak skal være et moderne og godt tilbud til barn og ungdom ved SNR. Det skal være tilbud om poliklinikk både ved SNR Kristiansund og ved SNR Hjelset, og det skal være barnekirurgisk virksomhet med senger til barn ved SNR Hjelset.

Arbeidsgruppa skal vurdere det faglige pasienttilbudet til barn og ungdom ved SNR, samt organiseringa av tilbudet. Arbeidsgruppa skal vurdere om det skal være medisinske barnesenger ved SNR og eventuelt hvor mange, og foreslå organisering av kirurgiske barnesenger. Økonomisk effekt av ulike driftsmodeller av barnetilbud i SNR skal dokumenteres.

Vurdering av tilbudet innen barnehabilitering og barnepsykiatri og tilbudet ved barn- og ungdomsavdelinga ved Ålesund sjukehus er ikke en del av mandatet.

3.0 Arbeidsgruppas sammensetting

Det er satt ned ei arbeidsgruppe med ledere og fagfolk fra de berørte fagmiljøene i HMR, to representanter fra de ansattes organisasjoner, samt én representant fra vernetjenesten. I arbeidsgruppa deltar også leder av brukerutvalget i HMR, seksjonsoverlege for barn ved Finnmarkssykehuset, samt kommuneoverleger i Molde kommune og Kristiansund kommune.

Navn	Rolle og arbeidssted
Erik Solligård	Fagdirektør HMR, leder for arbeidsgruppa
Georg Nikolai Johnsen	Tillitsvalgt, Den norske Legeforening
Kari-Anne Thygesen	Tillitsvalgt, Norsk Sykepleierforbund
Ingrid Walseth Frøyen	Verneombud, sengepost og poliklinikk barn og ungdom Kristiansund og Molde

Paula Næss Skår	Leder for Brukerutvalget i HMR
Elisabeth Siebke	Klinikkssjef Klinikk Ålesund sjukehus
Eli Bente Langva	Avdelingssjef avdeling for kvinner, barnemedisin og habilitering, Klinikk Ålesund
Siv Helen Kristoffersen	Seksjonsleder, sengepost og poliklinikk barn og ungdom Kristiansund og Molde
Bente Askestad	Seksjonsoverlege, sengepost og poliklinikk barn og ungdom Kristiansund og Molde
Hilde Kvalsnes Aas	Avdelingssjef kirurgi, ønh, tann/kjeve og gynekologi, Klinikk SNR
Per Johan Lans	Seksjonsleder og anestesilege, Klinikk SNR
Lars Erik Sjømæling	Klinikkssjef, Klinikk for prehospitale tenester
Ingrid Wæraas Rønning	Seksjonsoverlege barn, Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest
Cato Innerdal	Kommuneoverlege, Molde kommune
Per Arild Strand	Kommuneoverlege, Kristiansund kommune
Magne Rødstøl	Analysesjef, HMR
Vidar Hagerup	Kvalitetssjef, HMR
Ingeborg Kirkhorn	Strategirådgiver, HMR
Guri Viken	Kommunikasjonsrådgiver, HMR

Prosjekteier: Administrerende direktør i HMR, Olav Lødemel

4.0 Leveranse og milepæler

Det skal utarbeides en rapport med en plan for barnetilbudet ved SNR, som inneholder en risikoanalyse og en anbefaling fra arbeidsgruppa til adm. direktør i HMR. Arbeidsgruppa skal vurdere medisinske senger, vaktordning, dag- og poliklinikktilbud og akutttilbud for barn og ungdom ved SNR.

Aktuelt lovverk og forskrifter som sentrale rammer for arbeidet med rapporten:

- FNs barnekonvensjon
- Grunnloven
- Lov om spesialisthelsetjeneste
- Lov om pasient og brukerrettigheter
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon
- Norsk barnelegeforenings nasjonale vegledere i pediatri
- Lov om Helsepersonell
- Veileder *Barnets beste*

Rapporten med risikoanalyse skal være ferdig innen 31. januar og skal beskrive aktivitet, utrede mulige modeller for sengedrift og vaktordninger, økonomiske aspekt ved ulike alternativ og risikovurderinger.

5.0 Møter og arbeidsmetode

3. desember: Teamsmøte og oppstartsmøte for arbeidsgruppa

Agenda:

- Gjennomgang av oppdraget gitt i styresak 78/24 og senere fulgt opp i sak 87/24 knyttet til organisering av barnetilbudet ved Sjukehuset Nordmøre og Romsdal.
- Gjennomgang av utkast til mandat, samt plan for å få kommunale representanter, samt representant fra brukerutvalget med i arbeidsgruppa.

4. desember: Fysisk møte i Ålesund med foretaksledelsen i HMR

Agenda:

- Prosjektleder gikk gjennom mandatet og fikk innspill fra foretaksledelsen

6. desember: Teamsmøte i arbeidsgruppa

Agenda:

- Gjennomgang av oppdatert mandat, samt plan for det videre arbeidet med utkast til de første driftsmodellene som skal vurderes i arbeidet.

9. desember: Teamsmøte i arbeidsgruppa

Agenda:

- Gjennomgang av tallgrunnlag fra dagens drift med aktivitetsrapport.
- Dele erfaringer med ulike løsninger for å håndtere dagens driftsutfordringer og bemanningsutfordringer.
- Informasjon til gruppa om videre arbeid med risikostyringsprosessen.

13. desember: Teamsmøte i arbeidsgruppa

Agenda:

- Presentasjon av to ulike driftsmodeller for barnetilbudet ved SNR.
- Diskusjon rundt behov for å utvikle flere driftsmodeller til vurdering. Tildele denne oppgaven til en mindre gruppe bestående av medlemmer fra arbeidsgruppa.

6. januar: Fysisk møte på Hjelset for arbeidsgruppa

Agenda:

- Omvisning i lokalene som er planlagt brukt til barne- og ungdomstilbudet ved SNR Hjelset.
- Videre arbeid med driftsmodellene for barnetilbudet i plenum.
- Presentasjon av barnetilbudet i Finnmark og ved barneavdelinga i Hammerfest.
- Gruppearbeid for å se på forutsetninger for de ulike driftsmodellene.

10. januar: Teamsmøte i arbeidsgruppa**Agenda:**

- Gjennomgang av foreløpig innsamlet faktagrunnlag knyttet til dagens drift og økonomi.
- Gjennomgang av de ulike driftsmodellene og diskusjoner rundt ulike bemanningsmodeller, samt kostander knyttet til disse som eksempelvis lønns- og transportkostnader.

13. januar: Teamsmøte i arbeidsgruppa**Agenda:**

- Gjennomføre en swot-analyse for å se på styrker, svakheter, muligheter og trusler knyttet til de ulike driftsmodellene.

20. januar: Fysisk møte i Molde for arbeidsgruppa**Agenda:**

- Risiko- og sårbarhetsanalyse hvor gruppa tar utgangspunkt i de ulike driftsmodellene og gjør en samlet vurdering av hvilke uønska hendelser som kan skje, sannsynligheten for at hendelsene inntreffer og hvilke negative konsekvenser de kan få.

23. januar: Teamsmøte i arbeidsgruppa**Agenda:**

- Gjennomgang av foreløpig ROS-vurdering og tilbakemeldinger som har kommet inn.
- Plan for videre arbeid med beskrivelse av modeller og rapport.

27. januar: Teamsmøte i arbeidsgruppa**Agenda:**

- Gjennomgang av:
 - Disposisjon for rapporten
 - Økonomiske beregninger
 - Deler av teksten med figurer
 - De ulike modellene

28.januar: Teamsmøte i arbeidsgruppa**Agenda:**

- Gjennomgang av innspill til rapporten som har kommet fra medlemmer i arbeidsgruppa
- Plan for ferdigstilling av rapport som skal sendes til drøfting

29.januar kl.12.00: Frist for innspill fra medlemmer i arbeidsgruppa til drøftingsrapport**30. januar: Teamsmøte i arbeidsgruppa**



Bildet tatt under omvisninga for arbeidsgruppa ved SNR Hjelset den 6. januar

6.0 Dagens tilbud til barn og ungdom på Nordmøre og i Romsdal

Døgntilbudet til barn og ungdom ved Kristiansund sjukehus har vært midlertidig stengt siden 8. mai 2024 grunnet manglende bemanning. Tilbudet med poliklinikk og dagbehandling for barn og ungdom både ved Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus er åpent med utvidet åpningstid for akuttvurderinger på ettermiddag og helligdager.

Det har ført til ekstra innleggelser per døgn, samt flere polikliniske undersøkelser ved barneavdelinga ved Ålesund sjukehus. Dette har vært ivaretatt innenfor eksisterende bemanningsrammer og ved at noen pasienter har overnatta på pasienthotellet i Ålesund. Det har i liten grad vært snakk om pasienter med komplekse behov.

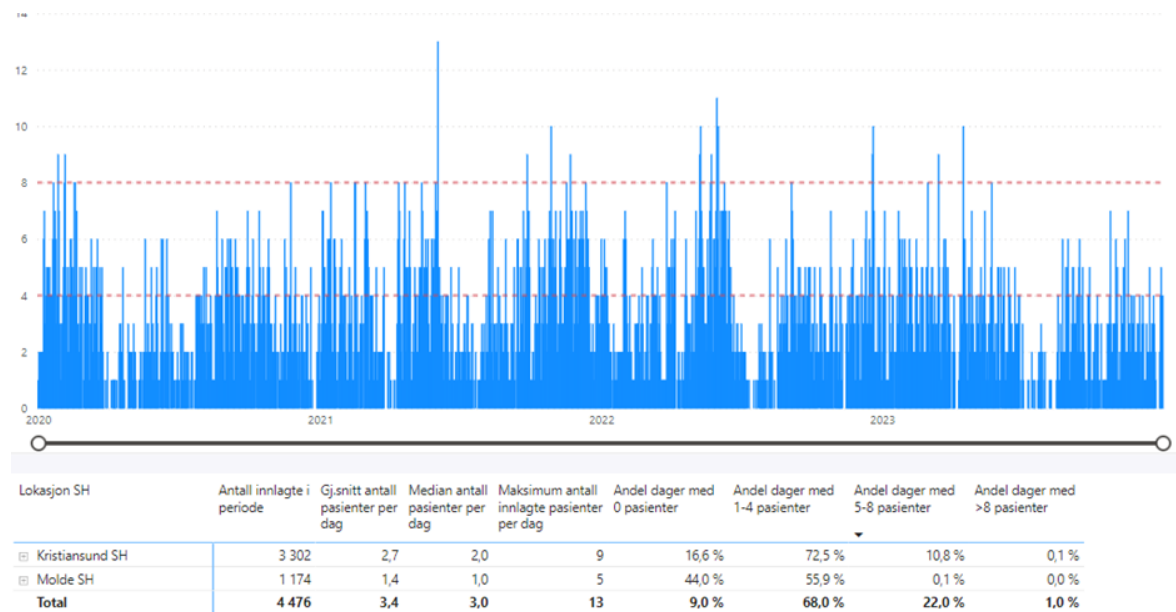
Fra legegruppa ved Ålesund sjukehus vurderes det at situasjonen med stengt døgntilbud i Kristiansund har gitt en økt arbeidsmengde, men håndterbart innenfor avsatte legeressurser i vakt. Selv om behandlingstilbudet er godt, kan man anta at lang reisevei på ugunstig tidspunkt på døgnet er en belastning for barnet og familien.

Aktivitetstall knyttet til barnetilbudet

Datagrunnlag for aktivitet er hentet fra NPR-melding. En har beregnet gjennomsnitt og median for antall innlagte pasienter per dag. En har også forsøkt å synliggjøre faktisk variasjon i antall innlagte pasienter per dag.

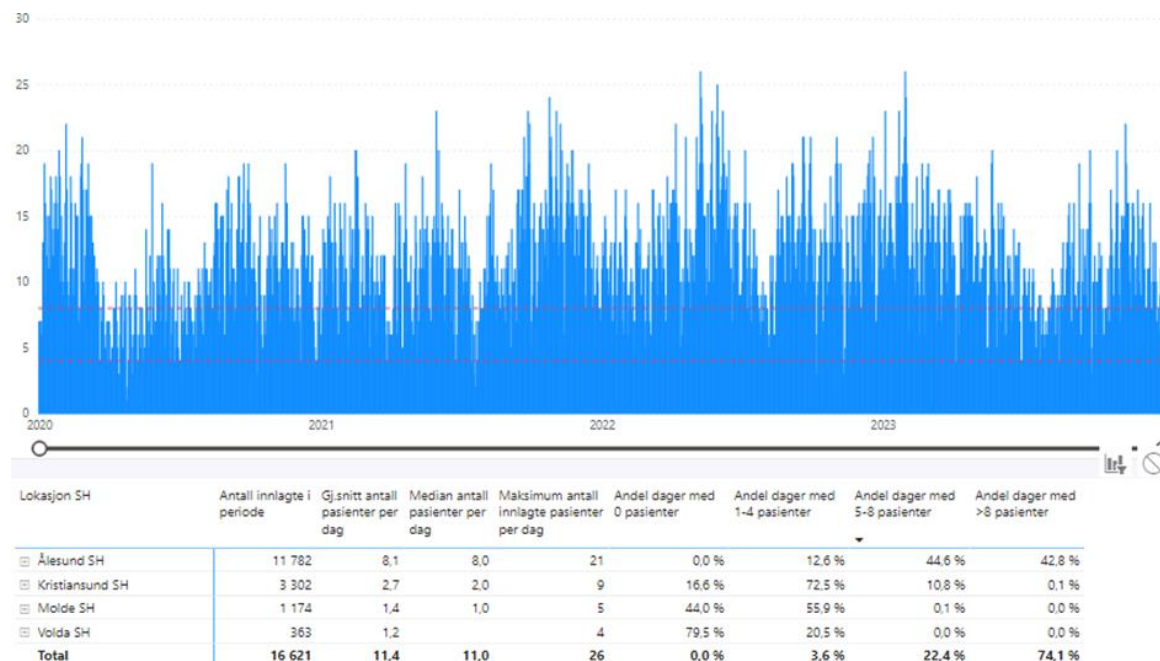
Datakvalitet er generelt god, men feil og registreringspraksis kan forekomme. I dette tilfellet er volum kontrollert på overordnet nivå og mot aktuelt pasientadministrativt system på tidspunkt.

Innlagte pasienter i Kristiansund og Molde



Modellen viser at det i gjennomsnitt i perioden 2020-2023 var om lag 3-4 pasienter samtidig innlagt i Molde og Kristiansund. Det er til dels mye variasjon. I 23 prosent av dagene i utvalget har blant annet mer enn 5 samtidige pasienter innlagt. I denne perioden har det vært redusert sengetall på helg i Kristiansund, noe som har medført at en del barn fra Romsdalsregionen har reist direkte til Ålesund sjukehus for vurdering og eventuelt innleggelse.

Innlagte pasienter i HMR



Modellen viser at samlet antall somatiske barn i HMR beregnes i gjennomsnitt til å være 11-12 per dag.

7.0 Driftsmodeller som er vurdert

Arbeidsgruppa har sett på og har vurdert totalt fem ulike driftsmodeller som kan sikre et moderne og helhetlig barnetilbud for barn og ungdom på Nordmøre og i Romsdal og som er bærekraftig både faglig og økonomisk. Arbeidsgruppa har i hovedsak vurdert om det skal være et døgntilbud for barnemedisinske pasienter ved SNR med barnelege i vakt. Tradisjonelt er det dette befolkninga kjenner som en barneavdeling.

7.1 Modell 1 - med barnemedisinske senger ved SNR

I denne modellen er det to sengeposter for barn og unge i Helse Møre og Romsdal. Tilbudet i Ålesund sjukehus videreføres med dagens funksjoner og ved SNR Hjelset organiseres det barnemedisinske og kirurgiske tilbudet i en mindre barne- og ungdomsseksjon med senger i arealet som er satt av til egen barneavdeling ved SNR Hjelset. Poliklinikk både i Kristiansund og Hjelset som planlagt.

Modellen tar utgangspunkt i anbefalinger i de to rapportene “Pediatri tilbudet i Helse Møre og Romsdal” - 2017 (heretter omtalt som “Pediatri rapporten”) og Rapporten “Vaktlinjer leger SNR” (2021) (heretter omtalt som Vaktlinjer rapporten). Pediatri rapporten anbefaler barnelege i

døgnskategorisk vakt, hjemmevakt deler av døgnet. Vaktlinjer rapporten anbefaler barnelege i tilstedevakt gjennom hele døgnet. Med utgangspunkt i anbefalingene etableres det her en tosjukta vaktordning for barneleger. Lege i spesialisering i pediatri i tilstedevakt og overlege i pediatri i bakvakt med passiv hjemmevakt. Sykepleiebemannings vil være styrt av volum av pasienter i nedslagsområdet og døgndrift

I denne modellen har barnelege akuttmedisinsk beredskap for syke barn og ansvar for å gjennomføre barselundersøkelser. Anestesilege har ansvar for gjenoppliving og stabilisering av syke nyfødte, og barnelege samarbeider med anestesilege. Syke nyfødte med behov for videre behandling overføres til nyfødt intensivavdeling i Ålesund eller ved St. Olavs hospital. Modell 1 innebærer helårsdrift med stengt i påsken og med sommerstengning 4 uker. Kirurgiske barn legges inn på annet sengeområde ved SNR og medisinske pasienter overflyttes til Ålesund sjukehus i disse periodene.

7.2 Modell 2 (a, b og c) - ingen barnemedisinske døgnenger ved SNR

Alle varianter av modell 2 innebærer tilbud om ordinær barnemedisinsk poliklinikk og dagtilbud til barn med medisinske problemstillinger både ved SNR Kristiansund og ved SNR Hjelset. Barnelege vil være tilgjengelig på dag og kveld ved akuttbarnemedisinsk poliklinikk på SNR Hjelset, men vil ikke være tilgjengelig sen kveld/natt og helg. Barn som vurderes å ha behov for innleggelse, skal transporteres fra kommunehelsetjenesten til Ålesund sjukehus gitt at det er faglig forsvarlig.

Akuttmedisinsk beredskap for kritisk syke barn og syke nyfødte ivaretas ved at anestesilege tar imot og stabiliserer barnet, eventuelt sammen med barnelege på dagtid (kl. 08.00-20.00) hverdager, før overflytting til høyere behandlingsnivå.

Arbeidsgruppa har vurdert tre ulike driftsvarianter av modell 2:

Modell 2a

- Tar ikke i bruk barnesengeområdet ved SNR Hjelset.
- Barn med kirurgiske-, ortopediske-, ØNH/øye-problemstillinger vil legges inn på kirurgisk sengeområde i rom tilpasset barn.
- Barn med barnemedisinske problemstillinger som har behov for døgnopphold overflyttes til barne- og ungdomsavdelinga ved Ålesund sjukehus.
- Barnelege vil ha ansvar for barselundersøkelser, men kun på dagtid på hverdager.

Modell 2b

- Tar delvis i bruk barnesengeområdet ved SNR Hjelset.
- Barn med kirurgiske-, ortopediske- og ØNH/øye-problemstillinger legges inn ved barnesengeområdet ved SNR Hjelset.
- Barn med barnemedisinske problemstillinger som har behov for innleggelse overflyttes til barne- og ungdomsavdelinga ved Ålesund sjukehus.
- Barnelege vil ha ansvar for barselundersøkelser, men kun på dagtid på hverdager.
- Deler av barnesengeområdet vil være tilgjengelig for poliklinikk på dag og kveld.

Modell 2c

- Tar ikke i bruk barnesengeområdet ved SNR Hjelset.
 - Barn med medisinske-, kirurgiske-, ortopediske- og ØNH/øye-problemstillinger som har behov for innleggelse transporteres til barne- og ungdomsavdelinga ved Ålesund sjukehus.
- Barnelege vil ha ansvar for barselundersøkelser, men kun på dagtid på hverdager.

7.3 Modell 3 med barnemedisinske senger ved SNR

Modell 3 innebærer et døgntilbud til barn og ungdom. Barne- og ungdomsseksjonen ved SNR Hjelset vil ta imot barn til innleggelse som har barnemedisinske-, kirurgiske-, ortopediske- og ØNH/øye-problemstillinger. Det vil være tilbud om barnemedisinsk poliklinikk og dagtilbud både ved SNR Kristiansund og ved SNR Hjelset. Akuttmedisinsk beredskap ved kritisk syke barn og syke nyfødte ivaretas ved at anestesilege som er til stede hele døgnet tar imot og stabiliserer barnet, i samarbeid med barnelege. Syke nyfødte eller eldre barn med behov for videre intensivbehandling overføres til Ålesund sjukehus eller St. Olavs hospital avhengig av problemstilling.

Sykepleiebemannning er styrt av volum av pasienter i nedslagsområdet og at det er døgndrift 24/7. Barnelege vil være tilgjengelig hele døgnet, men i hjemmevakt på kveld og natt. Det legges til rette for at det kan være leger i spesialisering i barnemedisin som da vil inngå i samme vaktordning. Barnelege vil ha ansvar for barselundersøkelser, og dette vil kunne tilbys på dagtid, også i helg.

Modell 3 tar utgangspunkt i modell 1, men følger anbefalingene i Pediatrirapporten ved at barnelege har hjemmevakt deler av døgnet.

Modell 3 legger opp til helårsdrift med stengt i påska og med sommerstengning 4 uker. Kirurgiske barn legges i denne perioden inn på annet sengeområde ved SNR. Barn med akuttmedisinske problemstillinger skal vurderes ved Ålesund sjukehus både når det gjelder poliklinikk og innleggelser i disse periodene. Elektiv poliklinikk og barsel vil gjennomføres ved SNR også i stengningsperioder med redusert kapasitet.

7.4 Oppsummering av innholdet i modellene

Innhold i tilbudet	Modell				
	1	2a	2b	2c	3
Døgntilbud barnemedisinske tilstander	X				X
Eget sengeområde tilpasset barn	X		X		X
Døgntilbud kirurgi	X	X	X		X
Vaktordning med spesialist i barnemedisin i bakvakt og lege i spesialisering i tilstedevakt	X				
Vaktordning med spesialist i barnemedisin, hjemmevakt deler av døgnet					X
Barselundersøkelser helg	X				X
Akuttmedisinsk beredskap for alvorlig syke barn	X	X	X	X	X
Akuttmedisinsk beredskap for nyfødte	X	X	X	X	X
Barnepoliklinikk i SNR	X	X	X	X	X
Dagkirurgi i SNR	X	X	X	X	X
Barselundersøkelser hverdager	X	X	X	X	X
Sommerstenging 4 uker + påske	X	X	X	X	X
Ø-hjelpspoliklinikk kveld	X	X	X	X	X

8.0 Økonomiske beregninger knyttet til modellene

De økonomiske beregningene søker å synliggjøre de faktiske og relative forskjellene i kostnadsnivå mellom de ulike driftsmodellene, og det er kun kostnader som bæres av helseforetaket som er vurdert. Kostnader som er forutsatt å eksistere uavhengig av driftsmodell er ikke en del av sammenligningsgrunnlag da det ikke representerer en forskjell i kostnadsnivå mellom modellene. Dette inkluderer blant annet ledelse og drift av poliklinikk, og andre driftskostnader knyttet til pasientbehandling. Disse kostandene blir synliggjort separat.

Kostnadsnivåene er beregnet med tanke på å forsøksvis reflektere realistiske driftsmodeller, blant annet med tanke på gjennomførbarhet. Det er likevel ikke mulig å presentere et bilde som fanger alle mulige økonomiske konsekvenser som, med ulik grad av sannsynlighet, kan oppstå i ulike driftsmodeller. Beregningene som er gjort og som presenteres bør derfor betraktes som en kvalifisert, og isolert sett, sannsynlig indikator på den relative økonomiske forskjellen mellom de ulike driftsmodellene.

Fremstillinga er primært gjennomført ved å modellere og kostnadsberegne to kjente drivere:

- Simulere og kostnadsberegne bemanningsplaner/bemanningsprofiler for modellene
- Estimere transport- og transportrelaterte kostnader

8.1 Kostnad knyttet til bemanning

Denne kostnaden er beregnet ved å lage/simulere ettårige bemanningsplaner per dag for sykepleiere og legegruppe for hver av de ulike modellene. En får da identifisert behov for stillinger og arbeidstid, inkludert ubekvem arbeidstid, utvidet arbeidstid og vaktarbeid for leger. Kostnad for stillinger og kostnad for ubekvem arbeidstid, vaktlønn, utvida arbeidstid og lignende beregnes basert på timeantall i simulering. Videre gjøres det en beregning av variabel lønn basert på fast andel av fast lønn. Dette er basert på erfaringstall fra lignende driftsformer/turnuser.

Beregningene inkluderer altså:

- Stillinger og årslønn.
- Timer og lønnstillegg for ubekvem arbeidstid (kveld, natt, helg og helligdag).
- Utvidet arbeidstid for leger i tilfeller hvor bemanningsplaner og antall stillinger i modell medfører dette.
- Vaktlønn for leger.
- Sjablongmessig beregning av variabel lønn basert på andel av fastlønn.
- Alle lønnstall er basert på gjennomsnittsnivå per utgangen av 2024 og inkluderer eventuelle sosiale kostnader.

Beregningen av kostnad for bemanning bør vurderes som nokså presis, men beregningen forutsetter også at bemanning løses ved egne ansatte og uten bruk av for eksempel ekstern bemanning. Det er heller ikke gjort vurderinger knyttet til eventuell økonomisk konsekvens av rekrutteringsbehov.

8.2 Kostnad knyttet til transport- og transportrelaterte aktivitetsendring

Disse kostnadene er i utgangspunktet svært vanskelig å beregne for transport av barn som isolert gruppe. En vurderer likevel flere faktorer som i ulik grad påvirker de økonomiske beregningene:

- Transportfrekvens, transportørmiks og volum
- Kapasitetsbegrensning i prehospital tjeneste
- Andre transportrelaterte kostnader

Erfaring fra periode med stenging av sengepost i Kristiansund gir en indikasjon på sannsynlig transportbehov for medisinsk pasienter. Kirurgiske pasienter vil være i tillegg. Sammensetning av ulike transportalternativer medfører også et element i beregning av kostnad. Denne sammensetningen er usikker, men forutsettes konstant.

Et vesentlig element i beregning av transportkostnad er endringen i generelt transportmønster som følge av lokasjonen til det nye SNR Hjelset. Store deler av befolkningen på Nordmøre og i Romsdal får lenger vei til sykehus. Dette påvirker beredskapskapasitet i prehospital tjeneste negativt sammenlignet med nåværende kapasitetsnivå. Et mulig økt transportbehov, i dette tilfellet tur-retur Hjelset - Ålesund, vil ytterligere redusere ambulanskapasitet. I hvilken grad effekten av dette kan kostnadsberegnes, og hvor en korrekt andel tilskrives transport av barn, er svært vanskelig å beregne.

Erfaringsmessig medfører ambulansetransport også en kostnad på avsendersted. Ytterligere redusert, eller begrenset kapasitet hos de prehospitaltjenestene, vil ha sannsynlige følgekostnader i form av økt grad av for eksempel overtid.

Summen av faktorer som påvirker beregnet transportkostnad i de ulike driftsmodellene, blir svært usikker. Til tross for stor grad av usikkerhet i beregning av kostnadsnivå, er det helt klart at det vil eksistere en kostnad knyttet til transport som bør synliggjøres. Valget faller på å benytte en beregning som tilskriver transport av barn en relativt stor andel av forventet behov for kapasitetsjustering i prehospital tjeneste. Utover dette er kostnaden basert på ulikt forventet transportbehov/volum i ulike driftsmodeller og en sjablongmessig gjennomsnittspris.

Generelt er den økonomiske beregningen heftet med usikkerhet. Dette gjelder både de elementene som er beregnet, men også faktorer som ikke er beregnet, men som er mulige følger av modellvalg. Dette gjelder, men ikke begrenset til blant annet som:

- Sannsynlighet for at modellene er robuste og faktisk gjennomførbare innenfor skissert profil og kostnadsramme
- Realiteten i transportkostnader
- Kapasitetsutfordringer i kirurgisk sengepost: redusert inntekt elektiv kirurgi, sannsynlig overbelegg med behov for ekstra bemanning.
- Alle kostnader knyttet til modell hvor kirurgiske barn flyttes til Ålesund sjukehus
- Kostnad knyttet til kapasitet for samling ved Ålesund sjukehus

8.3 Oversikt over de økonomiske beregningene knyttet til de ulike modellene

Modell	Kostnadstype	Kostnad
Modell 1	Lønnskostnad	38 831 561
	Totalt	38 831 561
Modell 2A	Lønnskostnad inkl. sosiale kostnad	17 705 429
	Transportrelatert kostnad	1 200 000
	Totalt	18 905 429
Modell 2B	Lønnskostnad inkl. sosiale kostnad	22 093 285
	Transportrelatert kostnad	1 200 000
	Totalt	23 293 285
Modell 2C	Lønnskostnad inkl. sosiale kostnad	12 590 560
	Transportrelatert kostnad	2 000 000
	Totalt	14 590 560
Modell 3	Lønnskostnad inkl. sosiale kostnad	29 732 584
	Totalt	29 732 584

Kostnader som vil eksistere uavhengig av modellvalg, og som ikke er en del av sammenligningsgrunnlag:

Felles for alle modeller	Lønnskostnad inkl. sosiale kostnad	5 383 593
	Andre driftskostnader	1 850 000
	Totalt	7 233 593

9.0 Vurdering av modellene

Arbeidsgruppa har sett på og har vurdert totalt fem ulike driftsmodeller.

9.1 Vurdering av modell 1 - med barnemedisinske døgnenger ved SNR

Arbeidsgruppa har vurdert modell 1, har besluttet å ikke gå videre med modellen og den er derfor ikke ytterligere ROS-analysert. Bakgrunnen er at modellen med tilstedevakt av barnelege gjennom hele døgnet innebærer en betydelig utvidelse av behandlingstilbudet i form av antall leger i vaktplanen. Verken dagens pasientgrunnlag, eller forventet demografiutvikling tilsier at det er hensiktsmessig å legge opp til en slik økning. Det vil også være vanskelig å tilby god utdanning til såpass mange leger i spesialisering ut fra barnepopulasjonen på Nordmøre og i Romsdal. Denne vurderingen samsvarer med de vurderingene som ble gjort i rapporten "Pediatritilbudet i Helse Møre og Romsdal" hvor en vurderte at en vaktordning for barnelege med hjemmenvakt deler av døgnet var forsvarlig. Arbeidsgruppa vurderer også at modell 1 er svært krevende å gjennomføre både økonomisk og rekrutteringsmessig.

9.2 Vurdering av modell 2 (a og b) - ingen barnemedisinske døgnenger ved SNR

Arbeidsgruppa vurderer at både modell 2a og modell 2b vil kunne ivareta pasientsikkerheten og gi et forsvarlig helsetjenestetilbud til barn fra Nordmøre og Romsdal, men hvor én av forutsetningene er tilstrekkelig transportkapasitet. Modellene gir mer variasjon i det barnemedisinske tilbudet enn modell 1 og modell 3 noe som kan utgjøre en risiko. En ulempe ved disse to modellene er at de ikke er i tråd med tidligere vedtak og dermed ikke innfrir forventninger blant ansatte og befolkning om hva et barnetilbud ved SNR skal bestå av.

9.3 Vurdering av modell 2a - ingen barnemedisinske døgnenger ved SNR

Modellen legger til grunn at en skal benytte seg av annet areal på sykehuset, som kirurgisk sengeområde. Ved eventuelle komplikasjoner etter operasjon vil det kunne være mulig å legge inn barn her. En fordel med modellen er at en er mindre sårbar i forhold til sykepleieressurser. Det vil være flere som kan drifte sammen og en kan oppnå en bred kompetanse for sykepleiere i kirurgisk sengeområde. Dette vil kunne gjøre det mindre utfordrende å bemanne barnetilbudet. Ved SNR Hjelset er det i beregningen av areal og utformingen av rom lagt til grunn av barn som kommer til akuttmottaket med lavere hastegrad skal kunne følges opp ved sengeposten for barn. Akutt 24/korttidsposten er i all hovedsak tiltenkt pasienter over 18 år. I modellen har en således ikke tilstrekkelig med senger til akuttvurdering og observasjon av barnemedisinske tilstander. Det er heller ikke barnelege i vakt.

Det kan også være begrensende ved manglende sengeplass ved det kirurgiske sengeområdet, og utformingen av sengeområdet kan ha mangler i forhold til krav om tilrettelegging og utforming av areal for innlagte barn. Det kan føre til utfordringer knyttet til å gi barn kontinuitet i behandling og oppfølging av barnemedisinske tilstander, særlig gjeldende for barn med kroniske tilstander. Et sengeområde både for voksne og barn kan utfordre pasientforløpene og vil medføre behov for bygningsmessige tilpasninger med tanke på det som er planlagt og bygd på Hjelset. Videre kan plassering av barn i et sengeområde for voksne utfordre lovverket og dermed pasientsikkerheten da det stilles tydelige krav til areal og kompetanse til barn innlagt i sykehus.

Modellen legger til grunn at barn med medisinske problemstillinger som trenger innleggelse skal transporteres til Ålesund sjukehus eller St. Olavs hospital, noe som gir lengre reisevei for enkelte pasienter og vil kunne føre til mer press på sengepostene ved nevnte sykehus. Overflyttinger av pasienter vil kunne utfordre beredskapen i prehospitaltjenester i foretaket og generere kostnader forbundet med transport. Lang reisevei til sykehus med døgntilbud for barn vil kunne bidra til lavere terskel for innleggelse fra kommunehelsetjenesten.

Modellen vil også kunne redusere muligheten til samvær med foreldre og søsken når barnet er innlagt, noe som er særlig viktig for de med kroniske sykdommer. Skoletilbud til barn med lengre liggetid vil være krevende å etablere.

En modell hvor barnetilbudet ikke organiseres i et eget sengeområde oppfattes som krevende i forhold til å beholde og rekruttere både barneleger og sykepleiere. Videre er det en risiko for at en slik driftsmodell vil ha en negativ påvirkning på fagmiljøet i SNR.

9.4 Vurdering av modell 2b - ingen barnemedisinske døgnenger ved SNR

Modellen vurderes å ha lavere risiko for å ikke nå målsetningen enn modell 2a. Modell 2b vil være mer rekrutterende med tanke på fagpersonell siden det vil bli tatt i bruk lokaler som er planlagt og

tilrettelagt for barnemedisinsk behandling i SNR, men det kan virke negativt at det ikke blir et døgntilbud for barn ved SNR. Videre er det en diskusjon om det å slippe å gå vakt er en fordel eller ulempe når det gjelder rekruttering. Tradisjonelt er lettere å rekruttere til et helhetlig tilbud med døgnssenger, vakt og leger i spesialisering.

Modellen gir et akuttpoliklinisk avklarings- og behandlingstilbud til barn på dag og kveld. Modellen gir også mulighet til å bruke romfasilitetene i sengeområdet for barn og ungdom. Videre gir det en mulighet for kunne praktisere samdrift ved stabiliseringssenger og ved dagbehandling av barn, som gjør at barn ivaretas ved et sengeområde tilpasset barns behov.

Modellen legger opp til at det ikke blir senger til akuttvurderinger og observasjon av barnemedisinske tilstander på natt og i helg, noe som kan gi flere transporter til henholdsvis Ålesund sjukehus, og alternativt St. Olavs hospital. Dette kan videre påvirke kapasiteten, og potensielt påføre samtidighetskonflikter i prehospital tjeneste i foretaket. Lang reisevei til sykehus med døgntilbud for barn vil kunne bidra til lavere terskel for innleggelse fra kommunehelsetjenesten.

Arbeidsgruppa vurderer at modellen kan gi utfordringer knyttet til kontinuitet i oppfølging og behandling av barnemedisinske tilstander, da spesielt med tanke på barn med kroniske tilstander som trenger jevnlig oppfølging av fagpersonell. Manglende skoletilbud til barn med lengre liggetid vil kunne være krevende å etablere.

En fare ved modellen er at det blir et fremtidig press fra fagområder med arealknapphet som ønsker å ta i bruk barnesengeområdet. Arbeidsgruppa vurderer at en samlokalisering med andre fagområder kan bli problematisk med tanke på å ivareta barns behov og lovmessige krav ved SNR. Modellen vil også kunne redusere muligheten til samvær med foreldre og søsken når barnet er innlagt, noe som er særlig viktig for de med kroniske sykdommer.

Modellen legger opp til en bemanning av sykepleiere som er høy i forhold til hva som er forventet belegg, da drift på ulike arealer krever en annen bemanning enn samlokalisering. Det er et moment som kan føre til press på modellen over tid.

Det er tenkt at sykepleiere med ansvar for innlagte kirurgiske barn også har ansvar for øyeblikkelig hjelp poliklinikk for barnemedisinske pasienter.

Med dagens organisering medfører det at personell er tilknyttet ulike klinikker, noe som kan være utfordrende både med tanke på faglig kvalitet, samarbeid og ledelse. Når ansatte skal utføre oppgaver de har manglende erfaring med, kan det potensielt øke faren og risiko for feil. Dette kan føre til økte krav til opplæring for å sikre en forsvarlig tjeneste.

9.5 Vurdering av modell 2c - ingen barnemedisinske døgnssenger ved SNR

Arbeidsgruppa vurderer at modell 2c blant annet innebære at deler av det kirurgiske tilbudet til barn må overføres til Ålesund sjukehus. Dette vil i vesentlig grad bryte med mandatet for arbeidet som tilsier at det kirurgiske tilbudet til barn i SNR skal være uendret i forhold til i dag. Arbeidsgruppa har derfor besluttet å ikke gå videre med denne modellen og den er derfor ikke ytterligere ROS-analysert.

9.6 Vurdering av modell 3 - med barnemedisinske døgnssenger ved SNR

Arbeidsgruppa vurderer at modellen vil kunne ivareta pasientsikkerheten og gi et forsvarlig helsetjenestetilbud. Modellen innebærer et døgntilbud til barn ved SNR og lege i vakt. Arbeidsgruppa

vurderer at hjemmevakt deler av døgnet, er gunstig for nå målsettinga om bærekraftig drift. Det har vært noen utfordringer med å rekruttere til et uavklart barnetilbud ved SNR, men modell 3 kan gi en positiv effekt i og med at det er flere muligheter for barnelege i arbeid med vaktturnus og en kan ha leger i spesialisering som kan bidra til å øke rekrutteringen av ferdige spesialister til SNR. Modellen legger godt til rette for å kunne sikre barn og ungdom akuttvurdering, overvåkning/observasjon og behandling. Samtidig vil det kunne gi en mulighet for hjemme-observasjon eller i pasienthotell for de med lang reisevei, siden man har lege i vakt.

Denne modellen reduserer behovet for transport sammenlignet med modell 2a og 2b. Arbeidsgruppa vurderer også at modellen bidrar til en reduksjon i variasjon i helsetjenestene til barn i HMR, samt mer forutsigbarhet og kontinuitet i oppfølgingen av barn grunnet mulighetsrommet i modellen.

En organisasjonsmodell med døgntilbud og barnelege i vakt samsvarer i stor grad med ønsker og forventninger hos ansatte, og i befolkningen ellers, fordi det medfører en trygghet og forutsigbarhet for barnetilbudet på Nordmøre og i Romsdal.

Ulemper ved modellen er utrykningstid for lege i hjemmevakt, noe som kan føre til utrygghet blant annet hos sykepleiere og pårørende. Akutte hendelser blir ivaretatt av anestesilege med tilstedevakt inntil barnelege i hjemmevakt ankommer sykehuset.

I de økonomiske beregningene er det lagt inn redusert sykepleierbemanning på helg. Det kan medføre at barnekirurgiske pasienter må overflyttes til kirurgisk sengeområde ved SNR, eller at barn må overflyttes til Ålesund sjukehus. Med liten grunnbemanning vil mulighetene være små for å kunne bemanne opp ved behov.

10.0 Hensynet til barnets beste

Pasientens rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b bestemmes av hva som faller inn under begrepet helsehjelp, og hvilken hjelp som er nødvendig, og må avgjøres etter en konkret, individuell vurdering av pasientens tilstand. Vilkårene konkretiseres nærmere i prioriteringsforskriften. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten, jf. prioriteringsforskriften § 2. En helsefaglig vurdering av behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, vil inneholde en avveining av ulike hensyn, herunder om spesialisthelsetjenestens kompetanse er nødvendig for å behandle tilstanden.

Barn er gjennom Barnekonvensjonen art. 3 og Grunnloven § 104 andre ledd gitt en rett til at deres beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører dem. I dette ligger en rett til at det både blir foretatt en slik vurdering og at hensynet til barnets beste tillegges stor vekt. Barnets beste skal derfor være et grunnleggende hensyn i vurderingen etter pbrl. § 2-1 b. Hva som er til barnets beste må avgjøres etter en konkret vurdering av det enkelte barns behov. Hva barnet selv mener er en viktig del av kunnskapen i en barnets beste-vurdering, og det er nær sammenheng mellom barnets beste og barns rett til å bli hørt.¹

Forpliktelsen til å vektlegge hensynet til barnets beste gjelder også i vurderinger på gruppenivå, om for eksempel utforming og dimensjonering av behandlingstilbud til barn. Beslutningstaker må vise at en har identifisert hensyn som er relevante for barns situasjon og vektlegge disse i vurderingene. Loven krever ikke at hensynet til barnas beste alltid skal være avgjørende for utfallet av saken, men

¹ [Vurdering av barnets beste i spesialisthelsetjenestens avgjørelser \(2024\).pdf](#)

det må ha en tung betydning i den helhetsvurdering som foretas. Vekten av momentet må også nyanseres i forhold til hvor sikker en er på hva som er barnets beste, og hvor berørt barna blir av beslutningen som tas.

Spørsmålet her er om hensynet til barnas beste trekker i den ene eller andre retning for valg mellom de skisserte alternativene.

Enkelte føringer følger av lovverket. Forskrift om barns opphold i institusjon er gitt i medhold av spesialisthelsetjenesteloven og innebærer blant annet at:

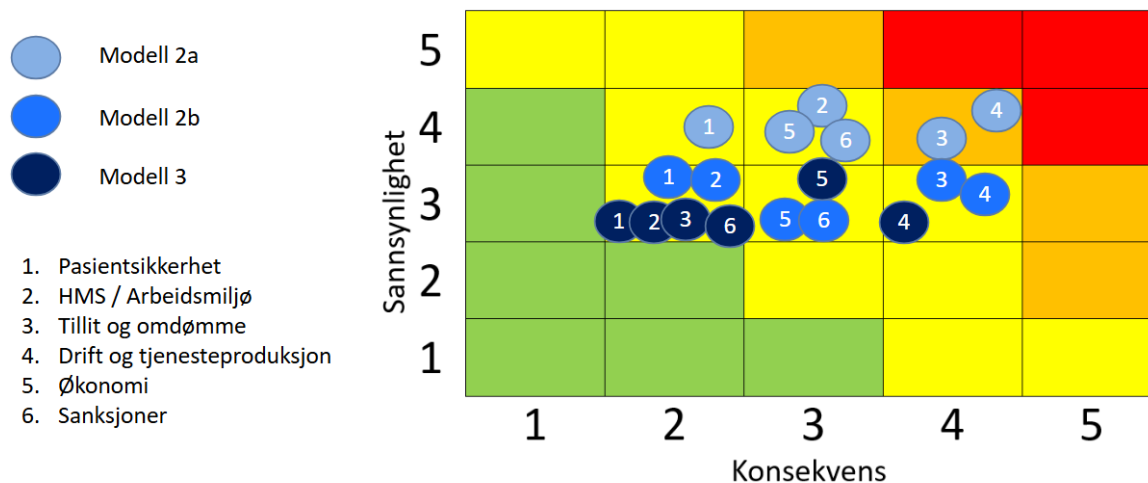
- Barn bare skal legges inn når det er medisinsk nødvendig eller av andre grunner best for barnet.
- Skifte av institusjon bør unngås.
- Barn skal "fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger".
- På andre avdelinger som jevnlig mottar barn "bør det innredes barnestuer".
- Så langt helsetilstanden tillater det, skal barn aktiviseres, stimuleres og undervises. Det skal avsettes eget areal og utstyr til dette.
- Foreldrene skal ha samværsrett med barnet og kunne overnatte. Besøk til barn kan skje også utenom vanlig besøkstid.

11.0 Oppsummering av ROS-analyse

Det er i rapporten lagt frem fem ulike mulige modeller for organisering av barne- og ungdomstilbudet ved SNR. Arbeidsgruppa har valgt å ikke ROS-analysere modell 1 og modell 2c. Bakgrunnen for dette er at en vurderer at modell 1 i vesentlig grad vil innebære en mer omfattende modell enn det som foreligger i dag og mer omfattende enn anbefalingene i Pediatrirapporten fra 2017. Når det gjelder modell 2c vurderer gruppa at denne ikke er i samsvar med mandatet for arbeidet om at det kirurgiske tilbudet til barn skulle være uendret i forhold til i dag.

ROS-vurderingen viser at modell 2a, der en ikke tar i bruk barnesengeområdet, vil ha en vesentlig høyere risiko knyttet til tillit og omdømme (i oransje felt i risikomatriksen), samt drift og tjenesteproduksjon. I samsvar med rammeverk for risikostyring for HMN vil en ved valg av denne modellen måtte se på ytterligere risikoreduserende tiltak, samt se nærmere på hvilke konsekvenser denne modellen vil ha for driften av annen kirurgisk virksomhet ved SNR.

Både modell 2b og modell 3 vurderes til å ha en grad av risiko knyttet til seg for alle de ulike vurderingsområdene, men risiko ved disse modellene vurderes som akseptabel og forsvarlig. Både modell 2b og modell 3 vurderes til en middels sannsynlighet for manglende måloppnåelse, men i matrisen under illustreres at modell 3 har en noe lavere risikoprofil enn 2b for fire av seks vurderingsområder, og en vurderer derfor at modell 3 samlet sett har den laveste risikoprofilen av de vurderte modellene.



12.0 Arbeidsgruppa sin anbefaling

Sjukehuset Nordmøre og Romsdal er planlagt og bygd som et middels stort akuttssykehus i norsk målestokk. De ulike driftskonseptene som er lagt til grunn ved SNR skal sikre et topp moderne pasienttilbud, god logistikk og et økonomisk bærekraftig tilbud.

I planleggingen og byggingen av nye SNR Hjelset er det i tråd med tidligere styrevedtak bygd et eget sengeområde med 8 senger for barn og ungdom med både kirurgiske og medisinske problemstillinger. Det er etablert et ungdomsrom for aktivisering og oppholdsrom for barn og ungdom, samt et eget oppholdsrom for foreldre som en del av sengeområdet. Planleggingen av arealet i akuttmottaket, akutt 24 og i poliklinikkområdet, samt tilbudet til kirurgiske barn, har basert seg på at SNR vil ha et eget sengeområde for barn og ungdom. Alternativene med å ikke bruke barnesengeområdet ved SNR får konsekvenser for flere fagområder som da kan få tilgang på færre senger.

ROS-analysen viser at det er en vesentlig høyere risiko knyttet til drift og tjenesteproduksjon i SNR ved modell 2a med barnekirurgiske barn i vokssengepost enn for 2b, og den kan også kreve ytterligere kostnadsdrivende risikoreduserende tiltak. Arbeidsgruppa anbefaler derfor at barn som innlegges ved SNR Hjelset skal være i barnesengeområdet.

Arbeidsgruppa har videre vurdert om SNR Hjelset skal ha senger for barnemedisinske pasienter. SNR skal etter planen samle relevante spesialister og støttefunksjoner til et barnetilbud både ved SNR Hjelset og SNR Kristiansund. Det er lagt til grunn at en sammenslåing av deler av tilbudet vil gi økonomiske gevinster. I den forbindelse har det vært mange hensyn å ta og deltakerne i arbeidsgruppa har derfor forskjellig vurdering av hvilke hensyn som skal veie tyngst.

I ROS-analysen vurderes modell 3 med barnemedisinske barn innlagt på SNR Hjelset til å ha lavere risikoprofil enn 2b for fire av seks vurderingsområder, og at modell 3 samlet sett har den laveste risikoprofilen av modellene. Arbeidsgruppa har vurdert at både modell 2b og 3 vil ivareta krav til pasientsikkerhet, gi et forsvarlig helsetjenestetilbud og innfri forsvarlighet med hensyn til barnets beste.

Modell 3 er betydelig redusert i forhold til modell 1. Den vil likevel bli sett på som et mer helhetlig barnetilbud enn 2-modellene. De økonomiske beregningene viser at det er en relativt liten forskjell mellom modell 2b og 3, hvor modell 3 har en høyere årlig kostnad på 6,4 millioner kroner. De økonomiske beregningene bygger på arbeidsgruppas vurdering av bemanningsbehovet i de ulike modellene, herunder legebemanning og vaktordninger. Dersom andre forutsetninger legges til grunn, så vil det påvirke beregningene og forskjellene mellom modellene tilsvarende. Et legeårsverk utgjør i den sammenheng om lag 1,6 mill. kroner, et sykepleierårsverk om lag 1 mill. kroner.

Ut fra en helhetsvurdering og basert på vurderinger av økonomi, bærekraftig tilbud, risiko og hensyn til barns beste, som det er redegjort for i rapporten, anbefaler arbeidsgruppa å gå for modell 3. Denne modellen med døgntilbud og barnelege i vakt samsvarer også i stor grad med ønsker og forventninger hos primærhelsetjenesten, ansatte og i befolkninga.