



Styresak fødesamanslåing

KR og MO 27.03.19

Samanslåing av fødeavdelingane i Kristiansund og Molde

Styresak 27.03.2019

1. Noverande fagleg tilbod

Fødeavdelingsstrukturen i Møre og Romsdal (MoR) har vore uendra siste 50 år, trass endringar i fødetal, fødepopulasjon, fagutvikling og infrastruktur, og består av fødeinstitusjonar i Kristiansund (KR), Molde (MO), Volda (VO) og Ålesund (ÅL). Dagens tilbod i HMR består av tre fødeavdelingar og ein kvinneklinikk (inndeling etter *Eit trygt fødetilbod*), som handterer gravide og fødande med høvesvis middels risiko og høg risiko. Det er ingen fødestover i Møre og Romsdal.

Denne saka omhandlar føde-/barseltilbodet i Kristiansund og Molde, som i dag består av eit fullverdig tilbod for poliklinikk, dagkirurgi, dagbehandling og døgnbehandling innan fødselshjelp (obstetikk) og kvinnesjukdommar (gynekologi). Enkelte tilstander er funksjonsdelt og/eller sentralisert, som til dømes behandling av kvinneleg urinlekkasje, kreftsjukdommar, truande ekstremt for tidleg fødsel og høgrisiko gravide og fødande. Dette pasienttilbodet er organisert i ei tverrgåande avdeling kalla *Avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar* (AFK), og består av tre seksjonar på dei to sjukehusa, i tillegg til fire seksjonar på sjukehusa i Volda og Ålesund.

Risikonivået i dagens drift er for høgt og ein slit tidvis med å sikre forsvarlegheita. Drifta er jamt over utfordrande kva gjeld tilgang på kvalifisert helsepersonell, noko som fører til uplanlagde, korte stengingar nokre gangar pr. år. Rekruttering av og stabilitet blant legespesialistar har vore svært krevjande i meir enn 10 år, trass satsing på utdanning av eigne legespesialistar med lokal tilknyting, og det har vore behov for utstrakt bruk av vikarlegar for å sikre drifta. Også for jordmødre har rekrutteringssituasjonen blitt meir utfordrande med åra, med behov for innleie til tider, og det har vore for høgt sjukefråvær. Over år har det veksle på kva for sjukehus som har hatt dei største rekrutterings- og driftsvanskane. Resultatet er sviktande kvalitet, uønskt variasjon og for låg pasienttryggleik for det samla pasienttilbodet i AFK KR og AFK MO. Ein anna konsekvens er at ein siste 16 åra har hatt vekselvis sommarstenging i til saman 8 veker pr. år for å sikre lågast mogleg risiko i drifta.

Fagmiljøa ved AFK KR og AFK MO har sidan 2005 vore samde om at ei samling av dei to fagmiljøa er ønska utviklingsretning for å sikre eit robust fagmiljø, men ein har ikkje vore samde om når og kvar ei slik samling skal skje. I *Utviklingsplanen HMR 2019-2022 (2035)* blei det vedtatt at fødesamanslåinga skal skje i god tid før innflytting i Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) og at prosessen skulle vere i gang i 2019. Andre sentrale og førande dokument er nasjonal kvalitetsvegleiar *Eit trygt fødetilbod*, regional utviklingsplan *Strategi 2030* og *Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Midt-Norge 2015-2020*. Fagområdet har fleire nasjonale faglege retningslinjer og vegleiarar, fleire regionale standardiserte pasientforløp og i AKF HMR er det mange felles prosedyrar og pasientforløp, som til dømes *Trygg fødsel* og *Barseltida i HMR*.

2. Årsaka til endring av tilbodet – fagleg berekraft

Dagens drift er ikkje berekraftig basert på det samla risikobildet for kvalitet, uønskt variasjon, pasienttryggleik, kompetanse, rekruttering, seleksjon, pasientforløp og omdømme. Mange tiltak for rekruttering og sikring av pasienttilbodet er utprøvd, men ein har ikkje kome ned på tilfredsstillande risikonivå. Interne ROS-analysar i AFK KR og AFK MO i oktober 2018 bekrefta ein for høg samla risiko i AFK «SNR». Klinikkleiinga ser det derfor som verre å akseptere dagens risiko og meiner at fødesamanslåinga må skje snarast for å få god og varig kontroll med det samla risikobildet for dette tilbodet.

Fødetalet i MoR har vore stabilt over tid, men dei siste 2 åra har det gått ned ca. 10 %, som i resten av landet. Eit lågare fødetal gjer det meir krevjande å oppretthalde kompetanse og kvalitet. Sentralisering har vore ein nasjonal trend for dette fagområdet og skuldast hovudsaklig dei same forholda for berekraft og risiko. Tilgangen på gynekologar er vanskeleg i heile Norge, unntatt sentrale austland og dei største byane. Forsering av fødesamanslåinga er direkte utløyrt av HMR sin svært krevjande økonomiske situasjon, men den eigentlege årsaka er sviktande fagleg berekraft og samanslåinga burde vore gjort på eit tidlegare tidspunkt. Klinikkleiinga ønskjer derfor på å implementere SNR-modellen innan fødselshjelp og kvinnesjukdommar i 2019, noko som betyr ei fysisk samanslåing av døgntilbodet i avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar i Kristiansund og Molde.

Rekruttering, bemanning og kompetanse

Dagens drift er ikkje berekraftig basert på det samla risikobildet for kvalitet, uønskt variasjon, pasienttryggleik, kompetanse, rekruttering, seleksjon, pasientforløp og omdømme. Situasjonen har vore krevjande i lang tid, og allereie i 2005 vedtok dåverande avdelingsleiing i Helse Nordmøre og Romsdal ei fødesamanslåing som tiltak for å stabilisere og forbetre drifta.

Stabil og robust legebemanning er ein kritisk faktor for forsvarleg drift og ivaretaking av trygg fødselshjelp. Dei siste femten åra er mange tiltak for rekruttering og sikring av pasienttilbodet utprøvd utan at ein har lykkast med å oppnå ein robust driftssituasjon. Spesialistmangel gjer det vanskeleg å oppnå tilfredsstillande oppfølging av utdanningskandidatar (LIS), og kvalitets- og fagutviklingsarbeid blir nedprioritert fordi ein brukar all kapasitet på å ivareta pasientnært arbeid. Dei siste fem åra har AFK KR og AFK MO hovudsakleg vore bemanna med 70-80 prosent faste legespesialistar. Dette påverkar negativt avdelingane si evne og kapasitet til å halde kontinuerleg fokus på kvalitet og fagutvikling, noko som igjen gir uønskt variasjon i pasienttilbodet i MoR. Vidare er spesialistdekning kritisk med tanke på sårbarheit ved sjukdom og anna fråvær, til dømes ved nødvendig kompetanseutvikling og overlegeperm. Bruk av både kjente legevikarar og innleie via vikarbyrå utgjer ein vesentleg risikofaktor for fødselshjelpa og forsvarleg helsehjelp innan gynekologi.

Stabil jordmorbemanning er også avgjerande for trygg fødselshjelp og for den kontinuerlege ivaretakinga av fødande kvinner i aktiv fødsel. Begge avdelingane har periodevis slitt med å rekruttere og behalde kompetente jordmødre. Dette utløyser behov for vikarinneleie, og på same måte som for legespesialistar er innleie vurdert som ein risikofaktor for pasienttryggleiken. Også det jordmorfaglege kvalitets- og fagutviklingsarbeidet blir skadelidande når bemanninga er suboptimal.

LIS-utdanninga er avhengig av tilfredsstillande høve til vegleiing, godt organisert undervisning og systematisk gjennomføring av læringsmål. Dette er krevjande å ivareta med kronisk legespesialistmangel og blir no ytterlegare utfordra gjennom tilstramming av krava i den nye ordninga for LIS-utdanninga gjeldande frå 1. mars 2019.

Seleksjon og pasientforløp

Kvalitetskrava til fødselsomsorga er forankra i «Eit trygt fødetilbod». Seleksjon og pasientforløp er viktig for at fødande skal få helsehjelp på rett nivå i forhold til ei standardisert risikovurdering. Fagområdet har arbeidd systematisk med innføring av seleksjonskriterier i Møre og Romsdal sidan 2010. Dette blei likevel noko ulikt ivaretatt frem til 2014, då det blei innført standardiserte prosedyrar for alle fire sjukehusa i HMR. Det er grunn til å anta at den uønskta variasjonen mellom tidlegare Helse Nordmøre og Romsdal og tidlegare Helse Sunnmøre skuldast ulik grad av fokus på seleksjon og etterleving av gjeldande prosedyrar. God seleksjon føreset at standardiserte prosedyrar

er «kjent, forstått og etterlevd». Status i dag er at seleksjon og pasientforløp er eit risikoområde, jf. interne ROS-analysar i AFK KR og AFK MO i okt. 2018, som krev fortsatt oppfølging for at gravide og fødande kvinner i Nordmøre og Romsdal ikkje skal oppleve ulik kvalitet på helsehjelpa samanlikna med resten av fylket og helseregionen.

Gode pasientforløp sikrar at gravide og fødande kjem til riktig behandlingsnivå til rett tid. God kvalitet sørgjer i tillegg for trygg fødselshjelp og barselomsorg av god kvalitet. Avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar har i 2018 arbeidd med utvikling og implementering av eit standardisert barselforløp, i tråd med nye nasjonale retningslinjer for barselomsorg frå 2014. Det vil gi ei kvalitetssikring av fagleg innhald og legg til grunn ei standardisert liggetid på minst to dagar for friske fødande, men det skal alltid gjerast individuell vurdering og ev. individuell tilpassing av tilbodet. Barselforløpet gir ei tydelegare ansvarsavklaring for barselkvinna og den nyfødde ved utreise og overgang til kommunal barselomsorg.

HMR sitt tilbod innan fødsels- og barselomsorga er godt beskrive på våre nettsider og tal oppslag på sidene viser at desse er blant dei mest brukte av HMR sine nettsider. Barselprosedurar er også tilgjengelege for pasientar og samarbeidspartnarar gjennom lenker i Barselforløpet på dei same nettsidene. Forsking tyder på at ei liggetid på rundt 48-60 timar er fremmande for mor si helse og for ammestart, føresatt at den fødande er informert om kva barselomsorga inneheld på sjukehuset og at helsepersonellet yter barselomsorg av god kvalitet. Tilgang på nettbasert informasjon er derfor svært viktig for gode pasientforløp og er noko vi har styrka gjennom forbetningsarbeidet som er gjort.

Dei siste fem åra har det i gjennomsnitt blitt født 866 barn ved dei to avdelingane i Kristiansund og Molde. Fødetalet i 2018 var 814, ein nedgang som er noko mindre enn den nasjonale tilbakegangen i fødselstala på om lag 10 prosent. Gjennomsnittleg liggetid er 2,75 døgn og er no lik i heile AFK HMR. Nedgang i fødetal og noko redusert liggetid over tid har medført at AFK «SNR» sitt gjennomsnittlege barselsengebelegg er < 50 prosent og tilsvarar bruk av gjennomsnittleg 6 senger. I SNR er det berekna 10 barselsenger/ einerom, og i forslaget til samla barselavdeling i interimfasen ligg det inne 7 barselrom med plass til 12 barselkvinner (fem 2-sengsrom og to einerom).

Ei trygg fødselshjelp set krav til at fødselshjelparane (legar, jordmødre og barnepleiarar) til ei kvar tid er oppdatert og regelmessig trener på akutte situasjonar. Slik trening blir systematisk gjennomført i AFK fleire gangar årleg, og ein har utdanna eige nøkkelpersonell med fasilitatorkompetanse i akuttrening. Likevel er mengdetrening i reelle pasientsituasjonar svært avgjerande, noko som er ein viktig del av grunngivinga for seleksjon av fødande med særlege omsorgsbehov til høgare omsorgsnivå. Med utgangspunkt i dagens fødetal ivaretar jordmødrene ved AFK KR i snitt 22 fødslar i året og jordmødrene ved AFK MO 26 fødslar i året. I ei samla avdeling vil dette auke til 32 fødslar for kvar jordmor årleg. Det gir ei vesentleg høgare øvingsmengde og dermed dermed styrkar ein kvaliteten på tenesta og pasienttryggleiken for fødande.

Ei meir robust jordmorbemanning i fødeavdelinga gir også betre moglegheiter for å ivareta styringskravet om at jordmor skal vere kontinuerleg tilstades i aktiv fase av fødselen, samt at det styrker vår beredskap med tanke på å kunne rykke ut saman med prehospital teneste til fødande som har behov for jordmorfølgje inn til sjukehuset. Ei større legeggruppe betyr på same måte som for jordmødrene at øvingsmengda aukar og at ein blir meir robust ved fråvær. Systemoppgåver som kvalitetsarbeid, fagutvikling og utdanning blir lettare å ivareta kontinuerleg når det er fleire med spesialistkompetanse å fordele oppgåvene på.

Fødselshjelp og kvinnesjukdommar er eit fag som er avhengig av andre fagområde, spesielt i forhold til akutt fødselsomsorg og akutt gynekologi. Dette gjeld særleg anestesi, operasjon, intensiv, medisinsk biokjemi, prehospital teneste, blautdelkirurgi og bildediagnostikk. Til fødsels- og barselomsorga høyrer det også med tilbod om barnelegeundersøking av nyfødde barn i løpet av dei første levedøgna. Akutt sjuke nyfødde på ei fødeavdeling skal ivaretakast av anestesilegar, som gjenopplivar, stabiliserer og flyttar sjuke nyfødde til nyfødt intensiv avdeling ved behov.

Pasientstraumar i dag og etter fødesamanslåing

Møre og Romsdal er det einaste fylket i Norge som ikkje har hatt sentralisering og av den grunn lenger reiseveg for fødande i nyare tid. Geografi og historisk reisemønster viser at mange fødande vel å reise til St. Olavs Hospital, noko som blir bekrefta av tal frå Medisinsk fødselsregister, som viser at over 100 kvinner frå Nordmøre og Romsdal årleg føder på St. Olavs Hospital. Seleksjon i HMR medfører at om lag 75 kvinner årleg må føde i Ålesund utan at det kan tolkast som pasientlekkasje. Fødande frå kommunar som Rauma og Vestnes vel hovudsakleg Ålesund, medan ni av ti fødande frå Surnadal reiser til St. Olavs Hospital. Analyser av fødetal på kommunenivå tyder på at ei samanslåing vil auke lekkasjen anten mot St. Olavs Hospital eller mot Ålesund, men neppe med meir enn 25-30 fødande i året.

I 2018 brukte 90 prosent av dei fødande eigen bil til fødestad, og ved ei samling av fødetilbodet vil det truleg bli nokon færre som kjører eigen bil. Ei fødesamanslåing vil, uavhengig av kvar ein lokaliserer denne, auke reisetida vesentleg for mange fødande. Om lag halve fødepopulasjonen i Nordmøre og Romsdal vil få lengre reisetid når fødetilbodet blir samla på eitt sjukehus.

Beredskap og følgjeteneste og prehospitale tenester

«Eit trygt fødetilbod» omtaler beredskap og følgjeteneste. Det overordna målet er å unngå uplanlagde fødsalar utanfor institusjon. Vidare føringar og krav til beredskap og følgjeteneste er forankra i Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Beredskap og følgjeteneste er ikkje lov- eller forskriftsfesta. Helseføretaket har det faglege og økonomiske ansvaret for beredskap og følgjeteneste, og det er HMR sitt sørgje for-ansvar å etablere dette i kommunar som har meir enn 90 minutt reisetid frå kommunesenter til næraste fødeavdeling.

I dag har HMR to ulike avtalar om beredskap og følgjeteneste med kommunane, éin felles avtale med Surnadal og Rindal kommune kor vi kjøper arbeidstid frå kommunalt tilsette jordmødre og éin felles avtale med Aure, Halså og Smøla kommune kor jordmødrene i dag er tilsett i eigne arbeidsavtalar i HMR. Helseføretaket har ikkje klart å rekruttere nok jordmødre til tenesta, noko som medfører at tenesta ikkje er kontinuerleg eller likeverdig for gravide og fødande i desse kommunane. Tal frå Medisinsk fødselsregister (MFR) viser at HMR ikkje leverer gode nok resultat innanfor denne tenesta og at det har vore ein auke i talet uplanlagde fødsalar utanfor institusjon.

Tal frå Medisinsk fødselsregister viser at om lag 40 prosent av dei fødande frå Aure og Halså reiser til St. Olavs Hospital og at vel 90 prosent av dei fødande frå Surnadal drar til St. Olavs Hospital. Det er av fleire grunnar ønskeleg for føretaket å snu denne pasientlekkasjen, men ein vurderer det som lite sannsynleg at det vil skje grunna etablerte reisemønster. Helseføretaket får eit kompetansetap ved at kvinnene vel å føde ved St. Olavs Hospital, i tillegg til at HMR taper inntekter, betalar for transport til St. Olavs Hospital og betalar gjestepasientoppgjær til St. Olavs Hospital.

«Eit trygt fødetilbod» legg i kap. 5.1 føring for at det i kommunar som har for få gravide til å dekke ein døgntkontinuerleg beredskap og følgjeteneste, så kan denne tenesta vere

behovsprøvd. Slike avtalar har helseføretaket i dag med Rauma og Sunndal kommunar, kor ein etter avtale mellom kommunen og HMR opprettar tenesta rundt den enkelte fødande. Dette har fungert godt og er ein del av erfaringsgrunnlaget for gjennomgang av helseføretaket sitt tenesteomfang på dette området. For tida pågår det eit regionalt arbeid om beredskap og følgjeteneste, som skal munne ut i eit prinsippdokument med kvalitetskrav til tenesta og som vil kome med ei anbefaling.

Tettare samarbeid med prehospital teneste bør vurderast for å styrke kompetansen ved transport av fødande i fylket. Legevaktstenesta er også tilgjengeleg for dei fødande, men blir nokon gangar oversett som medisinsk akutthjelp når fødande treng vurdering eller er på veg til fødestaden. Val av Molde sjukehus som lokalisasjon vil ikkje utløyse krav om auka beredskap og følgjeteneste. Val av Kristiansund sjukehus vil utløyse behov for å etablere beredskap og følgjeteneste i to kommunar meir enn i dag. Fødande i kommunane som i dag har lang reiseveg og derfor beredskap og følgjeteneste, vil ved ei lokalisering til Molde sjukehus få ein vesentleg auke til ei reisetid på over tre timar. Dette omfattar 25-30 fødande i året og kan kompensast med tilbod om innlegging før termin, noko som nasjonalt er ei velprøvd ordning.

3. Prosess i saka – medverknad, deltaking, organisering

Proessen har vore omfattande, involverande og open, så langt det har vore mogleg på tida som har vore til rådvelde. Klinikkk for kvinner, barn og ungdom (KKBU) sitt klinikkråd hadde ein open dialog med samarbeidsrådet om moglege tiltaksområder pr. fagområde, før klinikkleiinga fremma forslaget om fødesamanslåing som det mest realistiske, det best forankra og det fagleg mest utviklande og forbetrande tiltaket. Dette bygde på Utviklingsplanproessen og tiltaket blei vedtatt av styret 24.01.2019.

Proessen fekk sitt offisielle startskot med ROS-analysen 04.02.2019, kor interne og eksterne interessentar var invitert. Etter dette har det vore mange aktivitetar og møter for å få god involvering og medverking (sjå vedlegg ...). I tillegg til grundige diskusjonar i leiargruppa, som er styringsgruppe for prosjektarbeidet, har det mellom anna vore møter med samarbeidsråda på klinikkk- og avdelingsnivå, føretakstillitsvalde, føretaksverneombod, brukarrepresentantar, regionalt fagleiarnettverk, klinisk samhandlingsutval, kommunale regionråd og løypemelding til styret i HMR 20.02.2019.

Prosjektgruppa starta sitt arbeid 20.02.2019 og var samansett av avdelingsrådet til AFK og lokale tillitsvalde og verneombod frå AFK KR og AFK MO. Medlemmane er dei mest kompetente personane HMR har innan fagområdet, og dei blei oppmoda om å involvere fagfolka i eige fagmiljø ved å diskutere dei ulike oppgåvene prosjektgruppa skulle svare ut. I tillegg blei prosjektgruppa delt i fire arbeidsgrupper, som skulle svare ut kvar sine ulike resultatmål, før dette blei gjennomgått i eit felles avsluttande møte 11.03.2019 (sjå vedlagte prosjektrapport, vedlegg ...).

4. ROS-analyse av SNR-modellen for føde-/barseltilbodet

Den 24.01.2019 vedtok styret i HMR å gå vidare med forslaget om ei samanslåing av fødeavdelingane i Kristiansund og Molde. Samanslåingsproessen starta, i tråd med styret sine krav og KKBU sine signal til eigne fagmiljø, med ei felles ROS-analyse på Batnfjordsøra 04.02.2019. Det som blei ROS-analysert var SNR-modellen med felles fødeavdeling lagt til høvesvis Kristiansund og Molde.

Hensikta med ROS-analysen var å avdekke sårbare og risikable område, som kan føre til uønskte konsekvensar og hendingar, og peike på moglege risikoreduserande tiltak. Fagavdelingane i HMR stod for teknisk gjennomføring, og alle kjente interne og eksterne interessentar blei invitert og kunne kome med innspel før sjølv ROS-analysemøtet. Dei fleste interessentar var representert i ekspertgruppa, men fastlegane og brukarutvalet

kunne ikkje stille. Utkast til rapport blei utsendt ekspertgruppa 05.02.2019 og 07.02.2019 blei rapporten ferdigstilt.

Trass mange møtedeltakarar, blei det eit godt analyse møte. Møtedeltakarane hadde nokså ulike ståstadar og utkastet til rapport blei ulikt oppfatta, noko som førte til at det blei gjennomgåande einsarta og høge risikoscorar, slik klinikkleiinga tolkar resultatet. Vidare er fleire av risikoområda nokså overlappende, særleg innan hovudområdet *Rekruttering, bemanning, kompetanse*, noko som gav ein meir raud risikoprofil. Generelt framstår risikoprofilen gjenkjennbar for klinikkleiinga.

ROS-analysen viste lik risiko for AFK KR og AFK MO, og peika derfor ikkje på lokalisering av ei felles fødeavdeling. Derimot peika analysen på viktige risikoområde, som rekruttering, LIS-utdanning, tap av nøkkelpersonell, arbeidstid, lang reiseveg og beredskap og følgjeteneste. KKBU har jobba med dette i den vidare prosjektprosessen. Ein viser elles til vedlagte ROS-rapport.

5. Konsekvensar av det omstrukturerte faglege tilbodet

Pasientar og pårørande vil oppleve tenester av høgare kvalitet, mindre variasjon og høgare pasienttryggleik. For mange fødande og pårørande blir det lengre reiseveg, noko som kan vere ei belastning, men som blir vurdert som trygt. Graviditet og fødsel er ikkje ein hyppig tilstand hos den enkelte kvinne, noko som understøttar sentralisering. Nokre fødande må opphalde seg på hotell nær den samanslåtte fødeavdelinga i påvente av fødsel. Dette er aktuelt frå ei veke før termin og fram til ein har født.

Tilsette vil kjenne denne omlegginga på kroppen, enten ved endra jobbbinnhald der ein jobbar i dag, ved lang pendleavstand til ny arbeidsstad eller ved å skifte av jobb internt i HMR eller eksternt. Dette har ein tett dialog med tillitsvalte og verneombod om, og aktuelle tiltak vil bli konkretisert i den vidare prosessen. I botn ligg partssamarbeidet med arbeidstakarorganisasjonane, Omstillingsavtalen, drøftingsinstituttet og tilgjengeleg økonomisk ramme. Konkretiseringa på dette området vil kome etter at ny driftsmodell er vedtatt.

Dei andre fagområda som blir mest affisert, er fagmiljøa for anestesi, operasjon, medisinsk biokjemi (lab/blodbank), blautdelskirurgi, bildediagnostikk og pediatri. Oppsummert vil dette påverke pasientkapasiteten (fleire eller færre oppgåver), utdanningskapasiteten (fleire eller færre læringsmål/-aktivitetar) og samla fagtilbod pr. sjukehus.

Kommunane vil ikkje få overført oppgåver ved denne endringa i fødetilbodet. Det er likevel viktig å vidareutvikle samarbeidet og samhandlinga for å forbetre beredskap og følgjeteneste for gravide og fødande. Vidare viktig med god informasjonsutveksling for å vedlikehalde tryggleiken rundt tilbodet i befolkninga.

Vertskommunane vil heller ikkje få overført oppgåver som følgje av endringa, men det vil påverke opplevd tryggleik, byidentitet og gi uro. For den eine kommunen vil dette framstå som eit tap, medan det for den andre kommunen vil opplevast som ei styrking.

6. Avhengigheit mot andre fagområde og prosjekt i operasjonalisering av UVP

Ei endring i fødetilbodet vil ha betydeleg innverknad på både Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus. Dette påverkar fleire fagområde, sjukehusa som heilskap og dermed også heile føretaket. Størst fagleg avhengigheit er det mot dei andre akutte fagområda, som anestesi, operasjon, intensiv, medisinsk biokjemi (lab/blodbank), blautdelskirurgi og bildediagnostikk. Avhengigheita mot andre fagområde er mykje svakare, mellom anna mot pediatri og indremedisin. Ein anna veldig konkret påverknad er at ei

fødesamanslåing vil gje arealeffektar på begge sjukehusa, som igjen vil kunne påverke andre fagområde.

Mange peikar på barnelegane som ein viktig samarbeidspart, men dei har ei avgrensa rolle mot akutt dårleg nyfødde og sjuke nyfødde. Desse skal gjenopplivast og stabiliserast av anestesilegane, før dei flyttast til nyfødt intensiv avdeling. Derimot har barnelegane ei viktig rolle i dei planlagde barselvisittane med barnelegeundersøking av dei nyfødde. Samla sett er det sjølvsagt ingen ulempe for ei fødeavdeling at barnelegane er fysisk nære, men fødeavdelinga sin akuttfunksjon er ikkje avhengig av dei. Pediatri må elles sjåast i samanheng med SNR og LIS-utdanninga, mellom anna for rekruttering av barnelegar. Barselvisittane inngår i barselforløpet og må tilpassast ny driftsmodell.

I arbeidet med operasjonalisering av Utviklingsplanen har fødesamanslåinga betydeleg avhengigheit og påverknad mot andre prosjekt, særleg sengepost- og operasjonsflyt-prosjekta. Vidare er lønsprosjektet også viktig i denne samanheng. Dei områda som har størst betyding er gynekologiske senger og gynekologisk operativ verksemd, samt den operative kapasiteten som ei fødeavdeling legg beslag på. Ein har mindre erfaring med kva påverknad endringa får for operasjon og kirurgi, fordi ein i sommarstengingsperiodane også har lågaktivitetsperiode for planlagt kirurgi. Derfor må endringa innanfor gynekologisk døgntilbod skje meir gradvis og i nært samarbeid med særleg Klinik for kirurgi og Klinik for akuttbehandling.

7. Framtidig fagleg tilbod

Det «nye» faglege tilbodet er ein driftsmodell i tråd med modellen som er tenkt for fagområdet i SNR. Denne saka konkretiserer først og fremst tilbodet for føde og barsel, medan ein vil bruke meir tid og prosess for å utvikle og planlegge det gynekologiske døgntilbodet. Dette vil gje høgast kvalitet og lågast risiko, og ikkje minst vil det gi minst risiko ved seinare innflytting i SNR.

Driftsmodell, lokalisering og oppstartsdato

Driftsmodellen som gir lågast risiko og minst behov for avbøtande tiltak, og som i praksis er velprøvd med 16 år med sommarstengingar, er SNR-modellen. Denne samlar alt døgntilbod innan føde, barsel og gynekologi på eitt sjukehus, medan poliklinisk og dagkirurgisk tilbod held fram som før på begge sjukehusa. Det vil bli mindre justeringar og tilpassingar i faktisk innhald for det polikliniske og dagkirurgiske tilbodet, noko som vil handterast gjennom ordinær fagutvikling og forbetring innanfor den løpande drifta. Samla fagleg vurdering peikar på Molde sjukehus som lokalisering for døgntilbodet. Oppstartsdato blir måndag 19. august 2019, når sommarstengingsperioden er over.

Føresetnader for løysinga

Det er lagt til grunn at prehospitalt tenestetilbod ligg fast, og eventuell ROS-analyse og endringar for dette fagområdet først bør gjerast når alle strukturelle tiltak er avklart. Felles fødeavdeling har behov for meir areal ved Molde sjukehus og ein føreset at areal blir stilt til disposisjon, sjølv om det vil fortrenge anna klinisk verksemd ved dagkirurgisk eining. Tenestetilbodet innan anestesi og medisinsk biokjemi bør også ligge fast.

Avbøtande tiltak

Hovudrisikoområdet i ny driftsmodell er at nokre gravide og fødande får lengre reiseveg. Vidare viser talgrunnlaget at ein ikkje har gode nok resultat for beredskap og følgjeteneste. Avbøtande tiltak blir derfor, gjennom samarbeid med aktuelle kommunar, å sikre ein betre beredskap og følgjeteneste, samt å tilby hotellopphald den siste veka før termin for fødande slik at desse kan opphalde seg nært fødeavdelinga i Molde.

Utkast til ny bemanningsplan er klar og vil bli drøfta 29.03.2019, noko som vil klargjere behovet for bemanning/kompetanse i ei samla fødeavdeling. Ein kan oppnå gode løysingar for dei tilsette gjennom bruk av Omstillingsavtalen, til dømes rotasjonsordningar og tilrettelagt turnus, og prosjektgruppa understreka viktigheita av god prosess rundt gjennomføring av kartleggingssamtalane og omstillinga. Det vil senke risikoen for risikoområdet *Rekruttering, bemanning, kompetanse*.

Prosjektgruppa si vurdering

Prosjektgruppa har ein god samansetnad og er ei svært kompetent gruppe, og dei har vurdert mange tema og område i sitt arbeid. Det er viktig å vere klar over at prosjektgruppa ikkje har kjent til anbefalinga om lokalisering av felles fødeavdeling og at medlemmane dermed ikkje har hatt høve til å meine noko om konklusjonen i saka. Prosjektgruppa har kome med gode vurderingar og ser ingen hinder eller forhold ved drifta og tenestene som vil bli uforsvarlege ved ei samanslåing. Tiltak som styrking av prehospital kompetanse, godt omstillingsarbeid, god informasjonsdeling, robuste leiarteam og ekstra ressursar til fagleg standardisering i implementeringsfasen blir trekt fram. Gode haldningar og etterleving av HMR sine verdier blir løfta fram som viktig. For å sikre god kvalitet, mindre variasjon og pasienttryggleik understrekar prosjektgruppa at alle må ta innover seg «kjent, forstått og etterlevd». Viser elles til prosjektgruppa si oppsummering for meir detaljar.

Tiltak og område som ein må jobbe vidare med

Det er fleire tiltak og område som er uavklarte og som har avhengigheiter som gjer at ein må jobbe vidare med dette utover våren. Dei fleste av desse vil ein kunne avklare før ny driftsmodell kjem i drift. Følgjande tiltak og område må ein jobbe vidare med:

- Omstillingsarbeid, bl.a. kartlegging og innplassering i ny bemanningsplan
- Beredskap og følgjeteneste, bl.a. regional avklaring, samarbeid kommunar og rekruttering lokale jordmødre
- Hotellavtale i Molde
- Barselvisittar
- Tilpassing av areal
- Fagleg standardisering
- Gynekologisk døgntilbod
- Overgrepsmottak
- Abortnemnd
- LIS-utdanninga for fagområda som blir påverka av endringa
- Avklaring mot operasjonsflyt- og sengepostprosjekta

8. Framdriftsplan og vidare prosess etter vedtak

Det er planlagt mange aktivitetar etter styremøtet 27. mars og desse er:

- 28.03.19 Info.møte med TV, VO og alle involverte tilsette i AFK KR og AFK MO.
Deltaking av leiarar, lokale TV og VO, samt HR-rådgjevar og ev. BHT.
- 29.03.19 Drøfting av ny bemanningsplan føde/barsel/legar i AFK KR og AFK MO.
Deltaking av leiarar, lokale TV og FTV(?), samt HR-rådgjevar.
- Veke 14-15 Kartleggingssamtalar med alle involverte tilsette i AFK KR og AFK MO.
Handterast av seksjonsleiarar, avdelingssjef og HR-rådgjevarar.
- Veke 16 Påske
- Veke 17-18 Prosess og vedtak om innplassering i ny bemanningsplan.
- Veke 18-22 Innplassering i ny seksjon og individuell oppfølging.
- Veke 14-24 Nødvendige avklaringar for punkta nemnt i 7. før driftssetting. Vurdere å gi justert mandat til prosjektgruppa og ev. reaktivere arbeidsgruppene
- Veke 26-33 Sommarstengingsperiode
- 19.08.19 Ny driftsmodell startar i AFK «SNR».

9. Økonomiske konsekvensar av forslaget

Driftskostnader

Lokalisering av fødetilbodet i Molde vil truleg auke pasientlekkasjen noko til St. Olavs Hospital, og utifrå fødetala siste fem år utgjer dette om lag 25 fødande årleg. Berekninga legg til grunn at fødande som bur aust for Halsafjorden (Aure, Halså og Surnadal) truleg vil reise nordover, og at fødande som får auka reisetid til næraste fødeavdeling (Molde), men uendra/kortare reisetid til St. Olavs Hospital vil medføre pasientlekkasje. Pasientlekkasje medfører både inntektstap og auka kostnader gjennom gjestepasientoppgjer, og i tillegg kjem kostnader for beredskap og følgjeteneste.

Ein forventar at varekostnadane blir redusert som følgje av ei samanslåing. Den største delen av varekostnader i dag, ved sida av medisinske forbruksvarar, gjeld leigeinnleie frå vikarbyrå. I ei samla avdeling blir det planlagt ei meir robust bemanning, som vil vere meir føreseieleg ved planlagt fråvær og meir fleksibel ved korttidsfråvær. I 2018 brukte dei to avdelingane til saman 1,248 mill. kr. på legevikarinnleie og 1,115 mill. kr. på engasjement (kjente vikarar). Alle kostnadane vil neppe kunne reduserast i første driftsår på grunn av behov for å stabilisere bemanninga i ein overgangsfase.

Lønnskostnader for barnepleiarar og jordmødre er forventa å bli redusert tilsvarende reduksjon i bemanning frå stillingsforbruket i 2018, som var på til saman 42 stillingar. Utkast til ny bemanningsplan er 26 stillingsheimlar altså ein reduksjon på 16 stillingar. Kostnader som kan tenkast å redusere innsparinga er bruk av tiltak etter Omstillingsavtalen og bruk av stillingar til tiltak i ein overgangsfase, til dømes fagressursar for å sikre samkøyring, standardisering og implementering og ressursar til poliklinikk ved sjukehuset som ikkje får fødetilbod.

I den føreslåtte legebemanninga vil forbruket vere 10 legar mot dagens stillingsressurs som er 12 legeheimlar. Reduksjon av legelønn vil også vere ei følgje av bortfall av legevaktordninga ved fødeavdelinga på Kristiansund sjukehus. Vaktordninga ved Molde sjukehus blir ikkje vesentleg dyrare enn kva éi vaktordning aleine kostar, sjølv om det blir fleire leger i vaktberedskap.

Andre driftskostnader på kto. 6, 7 og 9 kan reduserast noko, og foreløpig berekning er at dette utgjer kr. 279.000.

I prosessen er det tydeleg spelt inn behov for å tilby tilsette hyblar til overnatting ved tette arbeidsøkter. For tilsette med lang reiseveg kan dette vere nødvendig.

Beredskap og følgjeteneste har HMR allereie eit budsjett for og det vil bli ein auke i kostnadane til dette.

Pasientreiser er vanskeleg å berekne fordi vi har liten oversikt over kor mange fødande, av dei som reiser til fødestad med eigen bil, som sender inn refusjonskrav til Pasientreiser (tal frå prehospitale tenester viser at om lag 90 prosent av dei fødande reiste i eigen bil i 2018).

Investeringar

Prosjektgruppa har utarbeidd ein arealplan for ei felles fødeavdeling, og prosjektgruppa har vurdert denne som realiserbar ved begge sjukehusa. Aktuelle tiltak i arealplanen vil vere mindre oppgradering av pasientrom (maling, etc.) og/eller omdefinering av bruksareal (tidlegare pasientrom omgjert til vaktrom/kontor). Alarmsystema må koplant saman, men dette er så langt ein har informasjon om uproblematisk i begge sjukehusa da det er velprøvd under sommarstengingane. Forsiktig anslag for kostnader knytt til tilpassing av areal ligg på omlag kr. 500.000.

Fødande med lang reiseveg vil, som eit kompensierende tiltak, få tilbod om opphald på hotell nært felles fødeavdeling i inntil 7 dagar før termin og fram til dei går i fødsel. Fødetal på kommunenivå indikerer eit anslag på om lag 25 fødande årleg med behov for slike opphald.

Samla økonomiske konsekvensar

Berekningane er tabellarisk satt opp under. Samla kostnadsreduksjon er noko større enn tidlegare estimert. Vidare er det forsøkt å ta omsyn til effektane som allereie er tatt ut i andre eksisterande tiltak, mest innan generelle innsparingar på løn og innleie, kor det alt var satt opp 2,8 mill. kroner i lønsprosjektet.

Tiltak/konsekvens	Forklaring	Kostnader
Reduksjon løn	Jordmødre og barnepleiarar	11.849.239
Reduksjon vaktordning	Ei legevaktordning mindre	5.503.449
Reduksjon varekostnad	Mindre vikarinnleie og engasjement	1.292.000
Reduksjon driftskostnader	Mindre kostnader kto. 6, 7 og 9	279.000
Samla kostnadsreduksjon		18.923.688
Avbøtande tiltak	Beredskap og følgjeteneste. Hotell	397.500
Diverse	Mindre uforutsette kostnader	300.000
Pasientlekkasje St. Olavs hosp.	Innteksttap og rammetrekk	1.214.139
Omstillingstiltak	Må vurderast i prosessen	
Samla kostnadsauke	Omstillingstiltak er ikkje inkludert	1.911.639
Samla økonomisk effekt		17.012.049

Berekninga legg til grunn 25 fleire fødande til St. Olavs Hospital, 25 fleire fødande som utløyser beredskap og følgjeteneste, og 25 fødande som treng hotell.

10. Klinikksjefen si samla vurdering og tilråding

Det samla fagmiljøet i Nordmøre og Romsdal har sidan 2005 sett på ei fødesamanslåing som den einaste berekraftige utviklinga for fagområdet, slik at det blir ei robust og meir rekrutteringsattraktiv fødeavdeling. *Utviklingsplanen HMR 2019-2022 (2035)* slo fast at fødesamanslåinga skal skje i god tid før innflytting i Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) og at prosessen skulle vere i gang i 2019.

Til grunn for dette ligg ei mangeårig drift med for høg risiko innan kvalitet, uønska variasjon, trua pasienttryggleik, kompetanse, rekruttering, seleksjon, pasientforløp og omdømme, trass mange tiltak for å forbetre dette. ROS-analysar siste halvåret har bekrefta dette risikobildet for det samla pasienttilbodet i AFK «SNR». For klinikkleiinga er det derfor verre å akseptere dagens risikobilde framfor å forsere fødesamanslåinga, noko som vil etablere god og varig kontroll med den samla risikoen for fødetilbodet. Klinikksjef understrekar at det er faglege og kvalitative grunnar til fødesamanslåinga.

Foreslått ny driftsmodell er ei samling av alt døgntilbod innan fødselshjelp, barsel og gynekologi på eitt sjukehus, medan begge sjukehusa beheld sitt polikliniske og dagkirurgiske tilbode. Dette er same driftsmodell som er vedtatt for SNR, og ved å implementere denne no vil einaste endring ved opning av SNR vere at fødetilbodet skiftar adresse. Endringar i tilbod er i seg sjølv ein risikofaktor, og av denne grunn må ein klart fråråde andre driftsmodellar i interimfasen. Klinikkleiinga anser SNR-modellen som den beste løysinga, også i interimfasen.

Klinikkleiinga opplever at prosjektprosessen sidan styrevedtaket 24.01.2019 har vore open, brei og involverande. Både ROS-analysen og prosjektgruppearbeidet har gitt gode innspel og vurderingar, som ein har forsøkt å ta omsyn til i den samla vurderinga. ROS-analysen peika på viktige risikoområde, kor fleire er like aktuelle i dagens drift som i ei samanslått fødeavdeling. Det var i ROS-analysemøtet stort fokus på lang reiseveg og beredskap og følgjeteneste, og dette har det kome svært mange synspunkt og bekymringar rundt også i det offentlege ordsiftet i denne saka. Prosjektgruppa sitt arbeid og oppsummering kan konkluderast med at ei fødesamanslåing er fullt mogleg og trygt, og dei har foreslått mange gode tiltak som må vurderast i det vidare arbeidet med fødesamanslåinga.

Gjennom prosjektprosessen har det blitt tydeleg for klinikkleiinga at Molde sjukehus vil vere den føretrekte lokalisasjon for ei samla fødeavdeling. Dette støtter seg på ei samla medisinskfagleg vurdering, mellom anna av kvalitetstal i Avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar. Klinikkleiinga vurderer legemiljøet ved Molde sjukehus til å ha best føresetnader for å sikre robust og pasientsikker drift av ei felles fødeavdeling.

Den faglege avhengigheita mellom fødselshjelpa og andre fagområde talar også til fordel for Molde, fordi ein har eit breiare og meir stabilt fagmiljø innan anestesi. Det same er tilfellet for blautdelkirurgi, som har ein kompetanse fødselslegen/gynekologen av og til har behov for støtte av under alvorlege og kompliserte operasjonar i bukhol. Pediatri har liten rolle i den akutte fødselshjelpa og det er liten fagleg avhengigheit, utover rutinemessig nyfødtdundersøking som må tilpassast ny driftsmodell.

For LIS-utdanninga er nærleiken mellom fødselshjelp og anestesi også viktig, og det vil gi ein enklare kvardag for LIS-legar i fødselshjelp og kvinnesjukdommar å ha blautdelkirurgi (obligatorisk sideutdanning) på same sjukehus. Anestesifaget i SNR må truleg i stor grad basere seg på anestesimiljøet i Molde, og det er derfor fornuftig å halde det største anestesimiljøet og fødetilbodet samla, slik at anestesilegane får både god utdanning og vedlikehald av kompetansen i fødselshjelpenestesi og

nyføddgjenoppliving. For LIS-legar i pediatri vil det bli ei ulempe at fødetilbodet ikkje er på same sjukehus som barneavdelinga, men dette kan løysast til dømes gjennom rotasjon og/eller ambulering og bør innarbeidast i den nye ordninga for LIS-utdanning.

Lang reiseveg og behovet for beredskap og følgjeteneste har blitt problematisert i prosessen. Tal viser at berre 10 % av dei fødande i Nordmøre og Romsdal nyttar prehospitale tenester og at det blir fleire fødande som får lang reiseveg, dersom ein legg fødetilbodet til Kristiansund sjukehus. Beredskap og følgjeteneste skal etablerast når det er > 90 minutt frå kommunesenter til næraste sjukehus, og det er i dag fire kommunar (Smøla, Aure, Halså og Surnadal) som utløyser dette. Dersom ein legg fødetilbodet til Molde sjukehus er det desse fire kommunane som utløyser kravet. Dersom ein legg fødetilbodet til Kristiansund sjukehus er det seks kommunar som utløyser kravet (Aukra og Sunndal i tillegg). Det har over tid vist seg vanskeleg både å etablere eit fullverdig tilbod for beredskap og følgjeteneste og å innfri måla for denne tenesta. Dette betyr at det må vere eit mål å avgrense omfanget av beredskap og følgjeteneste, og da er det altså mest gunstig samla sett å plassere fødeavdelinga i Molde. Bakdelen med å legge fødetilbodet til Molde i denne samanheng, er at fødande frå Smøla, Aure og Halså får vesentleg lenger reiseveg. Dette vil ein avbøte med å tilby hotellopphald i Molde for dei fødande frå ei veke før termin og fram til dei har født.

For prehospitale tenester har ein i dette saksframlegget lagt til grunn at dagens tilbod blir vidareført. Dette fordi vi i dag har ein godt utbygd prehospital teneste, som støttar behovet innan fødselshjelpa. Eventuelle endringar og ROS-analyse bør først gjerast når ein kjenner den samla endringa i pasienttilboda i HMR. I prosessen har det kome opp forslag om at ein bør framskande bygging av ambulansekai på Rensvikholmen for å korte ned reisetida mot Molde, og klinikkleiinga ser dette som eit godt tiltak for å styrke den prehospitale akuttkjeda og ta ned reisetida for dei med lengst reiseveg.

Klinikkleiinga ser det ikkje som nødvendig med andre avbøtande tiltak, som til dømes døgntilbod med jordmor ved Kristiansund sjukehus, da dette vil skape ulike tenester. Derimot må ein styrke beredskap og følgjeteneste, men dette må skje ute i dei aktuelle kommunane og ikkje ved Kristiansund sjukehus.

Klinikkshjef vil anbefale at ein gjer ei fødesamanslåing i tråd med SNR-modellen, kor døgntilbodet er lokalisert på Molde sjukehus og at startdato blir 19. august 2019. Utviklingsretninga mot SNR er eit eige argument for å legge fødetilbodet til Molde sjukehus. Økonomisk heilårseffekt av tiltaket er berekna til 17 mill. kroner, men da er ikkje kostnader til omstillingstiltak tatt med fordi desse ikkje er klare enno.

Ein kan altså konkludere for føde-/barseltilbodet og gjennomføre dette i tråd med det forslaget som styret slutta seg til 24.01.2019. Men for gynekologi, overgrepsmottak og beredskap og følgjeteneste må ein jobbe vidare for å sikre gode løysingar. Gynekologi er nært knytt til andre omstillingsprosjekt i HMR, og det vil vere fornuftig å sjå dette i samanheng og sørge for ein samla prosess og løysing ved både Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus.

Denne prosessen, vedtaket og vidare omstillingsarbeid er ei stor belastning for mange av våre tilsette. Likevel har dei klart å delta konstruktivt i prosessen med både kritikk og gode innspel. Klinikksjef vil uttrykke beundring og ros for måten dei tilsette har opptreidd og deltatt på.

I det vidare arbeidet vil det fortsatt vere viktig med tett dialog med tillitsvalde og verneombod, og saman halde fokus på arbeidsmiljø og dei tilsette. Gode løysingar for

både HMR og tilsette kan oppnåast gjennom god prosess i gjennomføringa av kartleggingssamtalane og det samla omstillingsarbeidet.