

Fødesammenslåing Kristiansund og Molde ROS rapport

Helse Møre og Romsdal 4. februar 2019

Batnfjordsøra

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag og diskusjon	3
Hensikt og bakgrunn.....	3
Risikoprofil.....	4
Foreslåtte risikoreducerende tiltak fra ekspertgruppen	5
2. Introduksjon	6
Arbeidsomfang og metode.....	6
Deltakere i workshop	7
3. Risikovurdering.....	8
Hovedtema for analysen	8
Risiko-område 1: Kvalitet, uønska variasjon og pasientsikkerhet	9
Risiko-område 2: Rekruttering, bemanning, kompetanse	13
Risiko-område 3: Seleksjon og pasientforløp.....	19
Risiko-område 4: Omdømme og opplevelse av trygghet.....	24
Tillegg	26
4. Risiko-aksept kriterier	27
Kvalitet.....	27
Behandling.....	27
Omdømme	28
Rekruttering	28
Kompetanse.....	29
Overtallighet.....	29

1. Sammendrag og diskusjon

Hensikt og bakgrunn

Utviklingsplanen for HMR 2019-2022 (2035) blei vedtatt 21.02.2018 og slo fast at fødeavdelingene i Kristiansund og Molde skulle sammenslåes i god tid før innflytting i Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) og at sammenslåingsprosessen skal være i gang i løpet av 2019. Til grunn for dette lå mange år med en utfordrende drift som truer kvaliteten og pasientsikkerheten, gir uønsket variasjon og rekrutteringsvansker. Fagmiljøene i avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer (AFK) i Kristiansund og Molde har derfor støttet en fødesammenslåing i alle planprosesser siden 2005, men de har ikke vært enige om hvor og når en slik samling skulle gjøres.

I forbindelse med operasjonalisering av Utviklingsplanen og HMR sin samlede driftsutfordring har derfor klinikkledelsen foreslått å gjennomføre sammenslåingen i 2019. Dette for å sikre bærekraft. Forslaget er å implementere SNR-modellen, som betyr at all inneliggende aktivitet i gynekologi og fødselshjelp blir lagt til det ene sykehus, mens det andre sykehuset beholder sin polikliniske og dagkirurgiske aktivitet. En lignende driftsform er velprøvd siste 15 år med vekselvis sommerstenging av disse fødeavdelingene, uten at dette har medført uønskede hendelser.

Styret vedtok 24.01.2019 at Klinikk for kvinner, barn og ungdom (KKBU) skulle gå videre med dette forslaget, og i tråd med både styrets forventninger/krav og KKBU sine signal til egne fagmiljø vil en starte sammenslåingsprosessen med en felles ROS-analyse hvor alle interessenter deltar. På denne bakgrunn har derfor klinikkjef for KKBU bedt Fagavdelingen i HMR om å gjennomføre en ROS-analyse for sammenslåing av fødeavdelingene i Kristiansund og Molde.

ROS-analysen som nå gjennomføres har som målsetning å avdekke områder som er utsatt for sårbarhet og risiko, som igjen kan føre til uønskede konsekvenser og/eller hendelser. Vurderingen skal avdekke om og hvor det er behov for å sette i verk risikoreduserende tiltak, og om det er behov for grundigere undersøkelser/analyser før en beslutter å sette i verk tiltaket. Denne ROS-analysen vil være en del av det samlede beslutningsgrunnlaget som vil bli lagt fram for styret i HMR.

Risikoprofil

AKSEPTKRITERIER		
1-4	Lav risiko	Aksepteres. Tiltak ikke nødvendig.
5-9	Middels risiko	Aksepteres etter vurdering, men risikoreduserende tiltak skal vurderes
10-25	Høy risiko	Ikke akseptabelt. Risikoreduserende tiltak skal iverksettes

Risiko-område 1 Kvalitet, uønska variasjon og pasientsikkerhet	Vurdert risiko før implementering av tiltak		
	Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
Kvalitetsindikatorer	3,5	2,5	8,75
Faglig uenighet	4	3	12
Støttefunksjoner	5	1	5
Pasientsikkerhet (ikke scoret – se tekst)			
Risiko-område 2 Rekruttering, bemanning, kompetanse	K	S	R
Fagmiljø gyn	3	1	3
Rekruttering	4	4	16
LIS-utdanningen	4	5	20
Overtallighet (ikke scoret – se tekst)			
Arbeidstid	4	5	20
Tap av nøkkelpersonell	4	4	16
Tap av kompetanse	4	4,5	18
Kapasitet gyn pol (ikke scoret – se tekst)			
Risiko-område 3 Seleksjon og pasientforløp	K	S	R
Seleksjon av gravide	4	2	8
Lang reiseveg	3	5	15
Følgetjeneste	4	5	20
Manglende tilgang på ambulanse (ikke scoret – se tekst)			
Komplikasjoner transport (ikke scoret – se tekst)			
Transporttid	3	2	6
Kapasitet fødestuer	2	2	4
Kapasitet barsel	2	2	4
Barnelegeressurs	1	2	2
Blodbank kapasitet	3	3	9
Risiko-område 4 Omdømme og opplevelse av trygghet	K	S	R
Omdømme	3	4	12
Opplevd utrygghet	2	5	10

Foreslåtte risikoreduserende tiltak fra ekspertgruppen

- Det må så raskt som mulig klargjøres hvilket behov man har for bemanning/kompetanse i ny enhet
- Tilrettelagt turnus kan være et godt kompenserende tiltak. Videre tilrettelegging med mulighet for overnatting.
- Bedre kollektivtilbud
- Rotasjonsordning
- Scenariotrening
- Starte med å overselektre inntil det sammenslåtte fagmiljøet har blitt tilstrekkelig robust
- Øke prehospitale tjenester, planlegging av transport
- Mulighet for å organisere døgntilgjengelighet jordmortjeneste på sykehus uten fødeavdeling
- Rekruttere flere jordmødre til følgetjenesten, bedre samarbeid med kommunene, ny finansieringsordningen for tjenesten, jordmorutdanning i MR
- Har nok utstyr, men må organisere rom
- Barsel/ammepoliklinikk bør videreføres ved begge sykehusene
- Fremtidig kapasitet kan justeres ved økt behov
- Det er viktig å bruke de ressursene vi allerede har i HMR

2. Introduksjon

Arbeidsomfang og metode

Det formelle grunnlaget for valgt metode er Helse Møre og Romsdal HF prosedyre for RoS analyser (EQS Id 135) [Prosedyre risikovurdering i HMR](#), [Risikovurderingsmetode - prosessbeskrivelse](#) og Norsk standard 5814:2008, Krav til Risikovurderinger.

Analysen er planlagt og forberedt av ledelsen i klinikken i samarbeid med fagavdelingen i Helse Møre og Romsdal HF.

Risikoanalysen og risikoevaluering ble gjennomført som en workshop med ekspertgruppe bestående av representanter for ledelsen både på seksjons-, avdelings og klinikknivå, representant fra vernetjenesten, tillitsvalgte og andre interessenter (bla representanter fra berørte kommuner)

Rådgiver fra fagavdelinga ledet møtet på oppdrag fra klinikkssjef i klinikk for kvinner, barn og ungdom.

Deltakere i workshop

Navn	Stilling
Anita Høgstøyl	HVO Kristiansund og Molde
Ann Helen Aakernes	Rådgiver Klinikk for Diagnostikk (observatør)
Anne K. Eidem	plasstillitsvalgt Fagforbundet, AFK MO
Annelin Gåsøy	plasstillitsvalgt Nsf, AFK MO
Annette Lekve	Foretakstillitsvalgt Nsf
Arild Eliassen	Rådgiver HR (observatør)
Bente Askestad	Medisinsk faglig rådgiver ABH KSU
Berit Kristoffersen	avdsjef Klinikk for kirurgi, KSU og MO
Birgit Eliassen	Representant Orkidee
Britt Roald	Representant ROR
Britt Viddal	avdsjef Klinikk for diagnostikk
Cathrine Solsletten	Foretakstillitsvalgt Dnj
Cato Innerdal	Representant ROR
Charlotte Bjerkan	plasstillitsvalgt Fagforbundet, AFK KSU
Elin Ytterbø	Fagutviklingsjormor AFK
Elisabeth Siebke	avdsjef ABH
Ellen Engdahl	Representant Orkidee
Frank Walter	Seksjonsleder AFK Leger KSU/MO
Fredrik Møller-Christiansen	Analysegruppen
Gunn Eli Kvalsund	avdsjef anestesi/operasjon, Klinikk for akuttmedisin KSU/MO
Helene Bjørnvoll	Teamkoordinator AFK MO
Henrik Erdal	Klinikksjef KKB
Hilde johannessen	Foretakstillitsvalgt Fagforbundet
Idunn Myklebust	Medisinsk faglig rådgiver AFK
Ingeborg Henriksen	Vara foretakstillitsvalgt Ylf
Ingrid Farstad	plasstillitsvalgt Dnj AFK MO
Ingunn Halaas	Verneombud AFK MO
Janita Skogeng	Avdellingssjef AFK
Janne Pedersen	Klinkksjef Klinikk for drift og eiendom
Jannecke Dalager	ForetakstillitsvalgtNrf
John Kristian Høye	Foretakstillitsvalgt OF
Kristin Hoem	Ass. Seksjonsleder, AFK MO
Lars-Erik Sjømæling	avdsjef prehos, Klinikk for akuttmedisin
Lise Fløystad	Teamkoordinator, AFK KSU
Manuela Strauss	avdsjef PHBU (observatør)
Maria Dominguez-Pedroso	Bedriftslege HR HMR
Martijn Scherbier	Controller (observatør)
Martje Gosau	Plasstillitsvalgt Dnj, AFK KSU
May-Therese Solslett	Ass. Seksjonsleder, AFK KSU
Monica Isaksen	avdsjef Intensiv/akuttmottak, Klinikk for akuttmedisin, KSU/MO
Rigmor Sviggum	Seksjonsleder, AFK MO
Roy Michal Sannes	Foretakstillitsvlgt Delta
Rune Heggedal	avdsjef Anestesiologi, Klinikk for akuttmedisin
Rune K. Rise	Ass. Seksjonsleder, AFK legar KSU/MO
Sissel ingebrigsen	Verneombud AFK KR
Solveig Vatten	plasstillitsvalgt Nsf, AFK KSU
Tor-Erik Øverland	Analysegruppen
Unni Arnestad	Analysegruppen
Victoria Stormo	Seksjonsleder, AFK KSU
Vidar Hagerup	Analyseleder

3. Risikovurdering

Hovedtema for analysen
Følgende hovedtema med tilhørende underpunkt ble sendt ut til deltakerne i forkant av analysen som aktuelle områder for vurdering. Alle underpunktene er satt opp etter innspill fra representanter i Ekspertgruppen og andre interessenter
Kvalitet, uønska variasjon og pasientsikkerhet - Kvalitetsindikatorer - Faglig uenighet - Støttefunksjoner - Pasientsikkerhet
Rekruttering, bemanning og kompetanse - Fagmiljø gyn - Rekruttering - LIS-utdanning - Overtallighet - Arbeidstid - Tap av nøkkelpersoner - Tap av kompetanse - Kapasitet gyn pol
Seleksjon og pasientforløp - Seleksjon av gravide - Lang reisevei - Følgetjeneste - Manglende tilgang på ambulanse - Komplikasjoner transport - Transporttid - Kapasitet fødestuer - Kapasitet barsel - Barnelegeressurs - Blodbank kapasitet
Omdømme og opplevelse av trygghet - Omdømme - Opplevd utrygghet

Risiko-område 1: Kvalitet, uønska variasjon og pasientsikkerhet

Risikopresentasjon

Den overordnede målsetningen er at avdelingen skal levere tjenester av god kvalitet og uten unødige variasjon og høy grad av pasientsikkerhet. Avdelingen har felles prosedyrer, pasientforløp og kvalitetsmål for å sikre dette. Kvalitetsmålene samsvarer med de nasjonale kvalitetsindikatorene for graviditet og fødsel (<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodsels>).

Ekspertgruppen har for dette risiko-området derfor vurdert kvalitetsindikatorer, faglig uenighet, støttefunksjoner/samarbeidende fagområder og pasientsikkerhet. Resultater i avdelingen for kvalitetsindikatorer som keisersnittfrekvens (mål < 15,0 %), fødselsrifter (mål < 1,5 %) og oksygenmangel hos nyfødte (mål Apgar < 7 ved 5 minutt < 1,2 %), samt overflytting av syke nyfødte til nyfødt intensiv/barneavdeling ble presentert for ekspertgruppen ved innledningen til analysen. Oppnåelse av målkravene for kvalitetsindikatorene henger ifølge ekspertgruppen klart sammen med faglig konsensus i avdelingen og med kapasiteten hos støttefunksjoner i samarbeidende fagområder. Pasientsikkerheten blir høyere og variasjonen mindre når disse faktorene er oppnådd.

Risiko 1.1 Kvalitetsindikatorer: SCORE 8,75

Seksjonene leverer svakere på aktuelle kvalitetsindikatorer enn målsettinga - sectiofrekvens, - fødselsrifter, - asfyksi, - overflytting syke nyfødte

Eksisterende risikoreduserende tiltak

Fokusområder vedtatt i tiltaksplan fra ROS-analysene i AFK KR og AFK MO: Pasientforløpet «Trygg fødsel», Fosterovervåkning, Aktiv tilstedeværelse gynekolog. Regelmessige akuttdager

Beskrivelse konsekvens

Utløst risiko fører til dårligere helsetjenester til befolkningen

Ekspertgruppens vurdering

Dersom en leverer dårligere på kvalitetsindikatorene enn i dag vil det føre til dårligere helsetjenester til befolkningen. Fagmiljøene har laget en felles tiltaksplan og tiltakene er påbegynt.

Ekspertgruppen vurderer sannsynligheten som liten for at avdelingen vil levere svakere på kvalitet etter sammenslåing ettersom en leverer godt allerede i dag, men om rammene påvirkes vil dette kunne gi seg utslag i kvalitet på tjenestene. Om det blir mange fødsler i forhold til kapasitet, vil dette kunne gi økt ventetid og føre til samtidighetskonflikt for gynekolog. Det er noe utfordrende å vurdere konsekvens og sannsynlighet ettersom en er avhengig av støttefunksjoner. Det vil være en viktig faktor om en benytter anestesi og/eller barnelege ved overflyttinger, asfyksi osv.

Det pekes på at AFK MO har brukt mye tid på å forbedre og implementere rutiner som har gitt positivt utslag på kvalitetsindikatorene. Det uttrykkes også at sammenslåing vil gjøre sannsynligheten for redusert kvalitet lavere med de forbedringene som er gjort i Molde. Videre er det gjort et omstillingsarbeid og implementering av prosedyrer som inkluderer bruk av anestesi, overflytting av fødende til Ålesund og St.Olav. Det fremholdes at ved å legge føden til Molde vil muligheten øke for ytterligere forbedring av kvalitet. Deltakere fra AFK MO mener det vil medføre en økt risiko for dårligere kvalitetstall ved flytting av det største fagmiljøet, usikkerhet knyttet til hvem som blir med over, implementering i nytt miljø og nye rutiner. Ikke alle i ekspertgruppen deler dette synet. Også AFK KR påpeker at de arbeider kontinuerlig med å forbedre og implementere sine rutiner i forhold til kvalitetsindikatorene og avdelingens mål.

Erfaringer i forbindelse med sommerstenging kan ikke sammenlignes direkte. I sommerstengingsperiodene blandes ikke bemanningene fra AFK KR og AFK MO. Risikoen ved en sammenslåing av de to fagmiljøene, som per i dag til dels har ulike prosedyrer og behandlingstradisjoner, kan skape utfordringer i en overgangsperiode.

Risiko 1.2 Faglig uenighet SCORE 12

Ulike prosedyrer og behandlingstradisjoner kan skape usikkerhet og være utgangspunkt for uheldige hendelser

Eksisterende risikoreduserende tiltak

Standardiserte prosedyrer innen føde/barsel, redusere uønsket variasjon, eks. seleksjonsprosedyre (se støtteark), pågående arbeid i avdelingens fagråd, felles seksjonsleder for gynpol/leger KSU og MO*

Beskrivelse konsekvens

Redusert kvalitet og manglende evne til å møte nasjonale krav og avdelingens kvalitetsmål. Tidsaspektet spiller inn for evnen til å skape felles kultur og miljø. Fare for misforståelse og uenighet i tillegg til forsinkelser i behandlingsprosess og variasjon i tjenesten. Ulike behandlingskulturer hos legespesialistene kan medføre ulike behandlingsalgoritmer og fare for brudd på prosedyrer.

Ekspertgruppens vurdering

Risikoen for alvorlige konsekvenser som følge av faglig uenighet i teamet er størst i begynnelsen av en sammenslåing og vil trolig bedre seg ganske raskt.

For pasientbehandlingen vil konsekvens av faglig uenighet være avhengig av hva en er uenig om. Det er fare for senere varsling og forsinket igangsetting av tiltak fordi man er nølende/ikke kjenner hverandre, og eventuelt har ulike tilnærming til problemstillinger. Det er stor sannsynlighet for misforståelser i begynnelsen etter sammenslåing, noe som kan gi store konsekvenser i denne fasen. Det er stor spredning i arbeidsmetode blant legene og det er behov for en introduksjonsperiode. En vil trolig fort komme til enighet.

Det er også økt sannsynlighet for dette i sommerperioden og i starten av en sammenslåing. Dette vil bli bedre etter hvert. Det er per i dag ikke mange leger som jobber begge steder og det kan være en utfordrende å jobbe i team med kolleger man ikke kjenner og som har annen tilnærming til faget/problemstillinger enn man er vant til selv.

Deltakere fra AFK MO uttaler at de gode kvalitetstallene i Molde i 2018 skyldes langsiktig og systematisk arbeid med implementering av nye prosedyrer og det standardiserte pasientforløpet «Trygg fødsel». Seleksjonskriterier følges nå i stor grad og de mener samarbeidet med avdeling som det skal selekteres til er godt. Både leger og jordmødre er bevisste på nye prosedyrer, selv om dette er utfordrende. Deltakere fra AFK MO mener med bakgrunn i dette at risikoen ved å legge føden til Molde er mindre enn ved å legge den til Kristiansund. I spørsmålet om risikoen er mindre ved lokalisering til Molde er ekspertgruppen delt.

Risikoreduserende tiltak

Ingen definert

*Organiseringen er ikke fullt implementert i påvente av bedre rekruttering til seksjonene for å fristille seksjonsleder fra klinisk virksomhet til lederoppgaver

Risiko 1.3 Støttefunksjoner/samarbeidende fagområder SCORE 5

Det er ikke tilgjengelig nødvendige støttefunksjoner i fødselsforløpet (anestesi, barnelege osv)

Eksisterende risikoreduserende tiltak

Seleksjonsprosedyre, samtrening anestesi, scenariotrening (nyfødt-resuscitering og stabiliseringstrening), det er behov for robuste og velutdannede støttefunksjoner og det er særlig anestesilege som er sentral ved barneresuscitering.

Faktainnspill: Det foreligger gjennomgående resusciteringsprosedyre: ID 8941: I Kristiansund, Molde og Volda ligger ansvaret for resuscitering hos vakthavende anestesilege som avgjør om barnelege/obstetriker skal tilkalles.

Beskrivelse konsekvens

Veldig alvorlige tilstander, uheldig resultat

Ekspertgruppens vurdering

Robuste, velutdannede og godt trente støttefunksjoner er avgjørende for god kvalitet. Nyfødt resuscitering krever anestesilege. God tilgang på anestesilege vil redusere sannsynligheten for uheldig konsekvens. Anestesilege har ansvaret for dårlig nyfødt med behov for resuscitering og stabilisering.

Det er noe forskjell på kapasitet på de to sykehusene pga. spesialist tilgjengelighet og tilgang på støttepersonell og deres spesialistkompetanse.

Kristiansund har barnelege i hjemmevakt og overlege anestesi i tilstedevakt. Molde har overlege anestesi hjemmevakt og LIS i anestesi i tilstedevakt. Det blir hevdet at totalkapasitet ved samtidighetskonflikter ved operativ forløsning er størst i Molde, men samlet risiko er vurdert lik for Molde og Kristiansund ved en sammenslåing basert på tilgang på barnelege ved behov. Etter stabilisering av barnet har transportvei betydning – se eget område.

Det ble stilt spørsmål om hvordan man forklarte variasjon i kvalitetstallene. Kvalitetstallene kan forklares med avdelingens måte å behandle gravide og fødende. Mer overflyttinger fra et sted enn et annet går på tilgjengelighet av støttefunksjoner.

Ved sammenslåing kan en bygge på det gode kvalitets- og forbedringsarbeidet som er gjort i Molde uavhengig av lokalisasjon. En kan dra nytte av fagfolkene sin kunnskap og de tiltak som er gjennomført og planene kan benyttes uansett lokalisasjoner. Gode løsninger tas med og utnyttes til det beste for pasientene. Det vurderes derfor lik risiko ved lokalisering i Molde og Kristiansund.

Samtidighetskonflikt fører til at man må prioritere hvor ressursene til enhver tid skal brukes. Dette kan gi konsekvenser for pasientene. Bildet her er nyansert på begge sykehus.

Deltakere fra AFK MO uttaler at barnelege og barneavdeling er ikke avgjørende for god fødselsomsorg med slik risikoselektert populasjon, og syke nyfødte skal overflyttes til Ålesund, dette bekreftes av prosedyre og avdelingssjef for barnemedisin i Ålesund. Anestesilege kan på lik linje med barnelege resuscitere og stabilisere nyfødte i påvente av transport. Representanten fra nordmørskommunene mener at barneavdelingen i Kristiansund er en positiv faktor og en styrke for fødetilbudet ved en samling i Kristiansund.

Risiko 1.4 Pasientsikkerhet (ikke scoret pga sammefallende vurdering som 1.1-1.3)

HMR er ikke i stand til å ivareta pasientsikkerhet for alle føde-barselkvinner etter sammenslåingsprosessen (Pasientvolum, transport og reiseavstand diskuteres spesifikt i eget punkt under)

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Mer enn 10 års erfaring med sommerstengning uten alvorlige uønskede hendelser, standardisering av prosedyrer, pasientforløp og felles fagutvikling

Ekspertgruppens vurdering

Kommentar til sommerstenging – lavaktivitet av elektive operasjoner som gir økt operasjonskapasiteten, økt anestesiberedskap og mer sectioberedskap. Det er også mer tid på sommeren til å ta seg av akutte. Risiko her er svært lav i og med at sectiostue alltid står klar til bruk uavhengig av drift ellers på operasjonsstuen.

Det er ikke helt sammenlignbart å vurdere driften ved en sammenslåing ved sommerstenging og en permanent sammenslåing.

Risiko-område 2: Rekruttering, bemanning, kompetanse

Risikopresentasjon

Seksjonene har i dag bemanningsressurser som oppfyller krav i nasjonale retningslinjer for nødvendig spesialistkompetanse (legespesialister og leger i spesialisering) ved lav-middels-risiko fødeenheter. Bemanningsplanene for andre personellgrupper (jordmødre og barnepleiere) er vurdert som tilstrekkelig for å ivareta trygg fødselshjelp, men grunnbemanningen er likevel sårbar ved fravær. Seksjonene i Kristiansund og Molde (og Volda) har like bemanningsressurser for alle yrkesgrupper, selv om det er ulikt nivå på fødeaktiviteten. Grunnen til dette er at man er bemannet for beredskap og ikke etter aktivitetsnivå. Situasjonen i dag er en risiko for driften av seksjonene fordi man over mange år har hatt varierende og til dels sviktende tilgang på alle spesialister innen fødselshjelp.

Ekspertgruppen har vurdert bekymringer knyttet til redusert fagmiljø ved flytting av fødetilbudet, at dagens fagpersonell ikke vil følge med ved en flytting fra ett av sykehusene, at LIS-utdanningen vil svekkes både i gynekologi/føde og samarbeidende fagområder, at det vil oppstå overtallighet ved sammenslåing, utfordringer med arbeidstidsordninger vs. pendlersituasjon og tap av nøkkelpersonell og kompetanse. Ekspertgruppen drøftet også at dersom denne bekymringen blir reell vil økt bruk av vikarer være en uønsket konsekvens. Bruk av vikarer representerer en risiko for pasientsikkerheten med hensyn til kultur for etterlevelse av faglige retningslinjer og prosedyrer, sammenlignet med fast personell.

Risiko 2.1 Fagmiljø gynekologi: SCORE 3

HMR klarer ikke å opprettholde et godt fagmiljø innen gynekologi på sykehuset som ikke har føde/barsel tilbud

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Ingen definert

Beskrivelse konsekvens

I en situasjon der en mister fagfolk vil dette gå ut over tilbudet til kvinnene. Uten føde-tilbud ved sykehuset vil en også miste LIS-utdanning i gynekologi. Dette vil i sin tur utfordre rekruttering av fagmiljø til SNR. Et mindre fagmiljø i sykehuset vil redusere tilgjengelighet for noen å diskutere med for leger ute i kommunehelsetjenesten
Økte kostnader ved innleie av vikar

Ekspertgruppens vurdering:

Sykehuset som mister fødetilbudet vil få et dårligere utgangspunkt for utdanning av LIS. På sikt vil dette gå utover utdanningen av gynekologer og helsetilbudet totalt. Fastleger og leger ute i distriktet er avhengig av spesialister i sykehus for å ha noen å diskutere problemstillinger med. De er en bekymring at fastlegene i nærområdet til byen som mister fødetilbud vil miste kontakt og oppleve større avstand til spesialisthelsetjenesten.

Sykehuset som mister fødetilbudet vil ikke kunne utdanne LIS i gynekologi. LIS er en viktig rekrutteringsarena og uten egen utdanning blir rekruttering påvirket. Samlet utdanning på ett sted, med like mange LIS som før, gir større trengsel om relevante prosedyrer etc, som igjen kan påvirke

utdanningskapasiteten. Dersom fagmiljøet ikke klarer å utdanne/rekruttere LIS vil det få konsekvenser for rekruttering av ferdige spesialister tilbake til foretaket.

Risiko 2.2 Rekruttering: SCORE 16

Sykehus med føde/barsel-tilbud klarer ikke å rekruttere inn personell fra sykehuset som ikke har føde/barsel-tilbud (barnepleier/jordmor/gynekolog/anestesi)

Risikoreduserende tiltak:

Omstillingsavtalen i HMN.

Beskrivelse konsekvens

Vi vil tape viktige fagpersoner som vi vil ha behov for videre inn i SNR, seksjonen som skal ha fødetilbudet vil ha utfordringer med å drive godt. Stor arbeidsbelastning på personell. Økte kostnader ved innleie av vikar

Ekspertgruppens vurdering:

Konkretisering av problemstillingen: Klarer vi å dra med oss personell til den sammenslåtte seksjonen?

Det er en risiko for å miste viktig fagpersonell som vi vil ha bruk for da SNR står klart. Det vil utgjøre en risiko dersom vi ikke klarer å skaffe fagpersonell til å drive forsvarlig. Mangel på personell er en fare både for pasientsikkerhet og for de ansattes arbeidssituasjon. Uten tilstrekkelig personell vil arbeidsbelastningen på gjenværende potensielt bli stor og det kan bli vanskelig å etablere lovlige vaktplaner etc. Stor arbeidsbelastning er for alle krevende og risikoen for økt sykefravær øker i perioder med dårlig bemanning.

Dersom dette slår til vil belastningen på eksisterende personell potensielt bli stort. Det er utfordrende å si noe konkret om hvor mange som ønsker å være med inn i en sammenslått seksjon. Noe av årsaken til dette er at det enda ikke er satt bemanningstall på den sammenslåtte seksjonen eller SNR-modellen.

Gruppen er noe delt på om det faktisk vil bli vanskeligere å rekruttere til en større seksjon sammenlignet med to små. Det er en realitet ved dagens drift at avdelinger av og til må stenge på grunn av mangel på kompetanse.

Situasjonen i dag er at det er vanskelig/krevende å rekruttere både gynekologer, jordmødre og barnepleiere. Legerekreuttering er det vanskeligste. Et større fagmiljø kan på sikt rekruttere bedre, men i en overgangsfase er dette kritisk. Det er vanskelig å rekruttere gynekologer og dersom behovet oppstår brått vil det ta tid å rekruttere inn. Det viktigste er å opprettholde fagmiljøet i fremtiden og inn mot SNR. Dagens gynekologstab i Kristiansund ser det som lite aktuelt å jobbe i Molde, mens gynekologstaben i Molde ikke er helt avvisende til å jobbe i Kristiansund. Representanter fra Molde mener at det foreligger mindre risiko for mangel på bemanning, både gynekologer og jordmødre / barnepleiere (basert på jordmødre og barnepleiere i alle stillinger, flere med ufrivillig deltid), ved en lokalisering til Molde. I ekspertgruppen var det delte meninger om dette området.

Alle representerte faggrupper uttrykker bekymring for at mange fra deres respektive gruppe ikke blir med inn i en sammenslått seksjon dersom den ikke blir på sykehuset der de allerede jobber. Dette vil føre til at vi mister kompetanse ut av foretaket.

Risikoreduserende tiltak

Gruppen ber om at bemanningssituasjonen i den sammenslåtte seksjonen blir lik den som planlegges inn i SNR.

Risiko 2.3 LIS utdanning: SCORE 20

LIS-utdanningen (gynekologi og fødselshjelp) blir svekket ved sykehuset som ikke har føde/barsel-tilbud

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Modellen foreslår ingen endring i antall LIS-stillinger.

Beskrivelse konsekvens

Uten føde/barsel-avdeling kan man heller ikke ha en LIS-utdanning innen gynekologi faget på det aktuelle sykehuset. Det at ett tilbud blir borte vil også true

LIS utdanning i tilstøtende fag, i særlig grad anestesi og barnesykdommer. Det er en rekke læringsmål (i ny utdanningsmodell) man ikke får oppfylt dersom fødetilbudet faller bort i et sykehus.

Ekspertgruppens vurdering:

Bortfall av fødeavdeling i et sykehus vil kunne medføre ringvirkninger i form av redusert læringsarena for en rekke fagområder.

Konsekvensene for det sykehuset som ikke har føde/barsel tilbud kan bli store. Den beste rekrutteringen av leger får man ved å drive LIS-utdanning. Gruppen er tvilende til hvordan man skal rekruttere tilstrekkelig med leger derom man ikke driver LIS-utdanning. Dersom et fagmiljø blir borte kan det gå utover andre fagmiljø på det samme sykehuset, dette vil igjen kunne føre til problemer med å skaffe LIS på andre spesialiteter. Konsekvensen kan på sikt være at kapasitet på å drive LIS-utdanning reduseres fordi læringsarenaene endres. Evt. redusert tilgang på spesialister påvirker kvaliteten på LIS-utdanning i negativ retning. LIS i gynekologi kan ikke oppfylle læringsmål uten at det er fødeavdeling. LIS i anestesilogi trenger også prosedyrer relatert til fødsel i sin utdanning, og tap av fødeavdeling vil få store konsekvenser for LIS-utdanning i anestesilogi. LIS i andre spesialiteter kan velge seg bort fra sykehuset uten fødetilbud i frykt for ringvirkninger internt i sykehuset ved at et tilbud fjernes, og dermed kan det potensielt få store konsekvenser for den generelle rekrutteringen av leger til det aktuelle sykehuset.

For en LIS er det vanskelig å oppfylle læringsmålene om en er i en avdeling uten føde/gyn. Dette gjelder også anestesi fordi man vil ha svekket mulighet til å oppnå spesialitet ved et sykehus uten fødetilbud. *Omfanget på dette problemet vil være langt større i Molde ved funksjonstap pga det er 4-5 LIS i anestesi i Molde mot 1 i Kristiansund*

Risikoreduserende tiltak:

rotasjonsordning mellom sykehus i HMR, tilrettelegging for den enkelte LIS for å nå enkelte læringsmål

Risiko 2.4 Overtallighet: (ikke scoret pga manglende grunnlagsdata)

HMR er ikke i stand til å håndtere overtallige ansatte etter sammenslåingsprosessen.

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Omstillingsavtalen i HMN.

Beskrivelse konsekvens

Veldig stor konsekvens for den enkelte ansatte som blir overtallig. Vi vil også miste fremtidig kompetanse ved at de med fremtidig kompetanse er den som må gå. Kan også påvirke sykefraværet i negativ retning hos de som blir. Tap av omdømme. Negativ økonomisk konsekvens.

Ekspertgruppens vurdering:

Dette har naturligvis stor konsekvens for den enkelte ansatte som eventuelt blir berørt.

Det er ikke lagt en bemanningsplan for en sammenslått seksjon så omfanget er vanskelig å si noe om. Omstillingsavtalen for Helse Midt-Norge legger føringer for at eventuelt berørte parter blir ivaretatt. Det uttrykkes bekymring dersom vi må la folk gå, spesielt fordi det ofte i en slik prosess er de yngste som må gå. Dette er samtidig potensielt dem som skal drifte foretaket i fremtiden.

Det påpekes av bedriftshelsetjenesten at de som er igjen, etter en prosess hvor folk har måtte gå, kan slite med økt psykisk belastning på grunn av dårlig samvittighet. I forkant av en eventuell prosess vi det være stor usikkerhet blant de ansatte. Dette kan materialisere seg i økt sykefravær. For å redusere risikoen for dette kan man skaffe oversikt og informere om fremtidige bemanningsplaner så snart det er klart. Samtidig kan dette fremskynde at noen søker seg vekk. De mest kompetente vil få seg ny jobb først. Det er også en risiko knyttet til at de kan dra med seg andre kollegaer. Et annet moment som bidrar til risiko er at i en situasjon med nedbemanning vil de med minst ansiennitet være utsatt og dette vil kunne bidra negativt med hensyn til å tilføre ny kompetanse til avdelingen

Ekspertgruppa mener det er for stor usikkerhet knyttet til dette og vi velger derfor å ikke gi den score.

Risiko 2.5 Arbeidstid: SCORE 20

Ansatte som får lang reisevei etter sammenslåingen får ikke i tilstrekkelig grad tilrettelagt arbeidstid/arbeidsforhold for å kompensere for lang reisevei.

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Omstillingsavtalen i HMN.

Beskrivelse konsekvens

Slitasje på ansatte. Folk slutter. Er mindre skjerpet på jobb. Lang pendlertid og lite hviletid kan påvirke forsvarlighet ved driften vår. Økt sykefravær, kan gi utfordringer med rekruttering. Det er økt risiko for en ulykke når man kjører bil etter nattevakt. Det er særlig utfordrende fordi dette handler om lang reisevei i kombinasjon med turnusarbeid

Ekspertgruppens vurdering:

Det mest kritiske med økt reisevei er at svært mange jobber turnus. Tryggheten i trafikken er en bekymring. Det kan også påvirke forsvarligheten på jobb dersom det går ut over effektiv hviletid. Konsekvensene avgjøres av hvor sårbare vaktlagene blir og om turnusene tilrettelegges godt.

Risikoreduserende tiltak

Bedre kollektivtilbud

Overnattingstilbud.

Reise i arbeidstid for de som må bytte arbeidssted

Risiko 2.6 Tap av nøkkelpersonell: SCORE 16

Sammenslåing fører til tap av nøkkelpersonell i perioden frem mot drift SNR.

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Etablert LIS-utdanning og ultralydjordmor.

Beskrivelse konsekvens

Ved sammenslåing nå vil vi miste personell som i utgangspunktet var innstilt på å bli med over i nytt sykehus. Lang interimperiode øker sannsynligheten. Økte kostnader ved innleie av vikar

Ekspertgruppens vurdering:

Dersom seksjonene slås sammen er gruppen svært bekymret for av man mister personell som i utgangspunktet var innstilt på SNR, men som nå på grunn av utsettelse velger noe annet enn å bli med inn i en sammenslått seksjon. Det kan føre til tap av kompetanse ut av foretaket, og også at nyutdannede unnlater å søke seg til det aktuelle sykehuset.

Faggruppene er bekymret fordi den motivasjonen som er der for SNR, er lav for en sammenslåing nå.

Gruppen drar frem en ROS analyse - interims fasen til SNR (Proactima-analysen) fra 2014 - hvordan ivareta personell i interims fasen. Her ble det ikke anbefalt sammenslåing før SNR.

Ekspertgruppen problematiserte at det ikke eksisterer geografisk oversikt over de ansattes bosted per i dag.

Risiko 2.7 Tap av kompetanse: SCORE 18

Tilstøtende fagområder (gynekologi/fødselshjelp og tilstøtende fagområder). På sykehuset som må avgj fødetilbud vil tilstøtende fagområder kunne miste kompetanse på lengre sikt.

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Ingen definert

Beskrivelse konsekvens

Tap av fødetilbud vil ha stor betydning for samarbeidende fag (f.eks. anestesi, barnelege, kirurgi) som igjen fører til at man reduserer kompetansen som er tenkt ført inn i SNR. Dette vil også påvirke andre fagområder med mer indirekte tilknytning til prosessen. Økte kostnader ved innleie av vikar

Ekspertgruppens vurdering:

Dette vil ha betydning og man må legge til grunn SNR perspektivet og jobbe for å beholde all kompetanse som skal med inn i det nye sykehuset.

Det hevdes det blir størst negativ konsekvens vil dette ha for anestesikompetanse overfor føde /barsel ved lokalisering av fødetilbudet til Kristiansund mens for barnemedisin vil det være omvendt.

Fagområdene påvirker hverandre. Dersom en viktig del av sykehusets fagmiljø blir borte, er det stor risiko for at dette får store negative konsekvenser for øvrig fagmiljø på sykehuset, ikke bare i

gynekologi og tilstøtende fag, men også innenfor andre fagområder i sykehuset. Både rekruttering av nye og å beholde kompetanse blir utfordrende. Det er også en reell bekymring at tap av fødetilbud kan føre til tap av andre sentrale funksjoner i akuttberedskap ved sykehuset som mister fødetilbudet.

Risikoreduserende tiltak

Rotasjonsordninger i arbeidsturnusen slik at en reelt sett bygger sammen turnusene for å få det til å virke fra dag en.

Volumvurdering, tariffavtaler og scenariotrening er viktig å se på.

Risiko 2.8 Kapasitet gynekologisk poliklinikk: (usikre på innholdet og ikke scoret ettersom en skal se nærmere på gyn.aktiviteten i den videre prosessen)

Det er ikke tilstrekkelig kapasitet på gynekologisk poliklinikk (jordmor/gynekolog) for å ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere et økt pasientgrunnlag, herunder MTU

Eksisterende risikoreduserende tiltak

SNR, felles personell/vaktlist. Modellen er å opprettholde poliklinikk på begge sykehus.

Risiko-område 3: Seleksjon og pasientforløp

Risikopresentasjon

Gravide og fødende som tilhører sykehusene i Kristiansund og Molde blir i dag selektert i samsvar med avdelingens overordnede seleksjonsprosedyre (EQS 19143). Denne skal sikre at alle fødende får fødselshjelp på rett behandlingsnivå i forhold til kompetanse og ressurstilgang. Ved å selektere til riktig nivå sikrer man trygg forløsning med nødvendige støttefunksjoner og optimalisert behandling av det nyfødte barnet. Til grunn for avdelingens seleksjonsprosedyre ligger de nasjonale kravene i kvalitetsveilederen «Et trygt fødetilbud» (IS-1877) og Norsk gynekologisk forening sin «Veileder i fødselshjelp 2014» (<https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/>), og seleksjonsprosedyren er godkjent i regionalt fagledernetverk for kvinnesykdommer og fødselshjelp.

Avdelingen har utarbeidet et standardisert pasientforløp «Trygg fødsel» (EQS-prosedyre ID 26533) for å sikre at gravide og fødende i Møre og Romsdal til enhver tid får behandling og oppfølging på riktig omsorgsnivå og med adekvate tiltak.

Ekspertgruppen har vurdert bekymringer knyttet til sviktende seleksjon, økt reisevei for mange fødende, ikke fullverdig og lite robust følgetjeneste, uro for manglende kapasitet i prehospital tjeneste, kapasitet på areal og konsekvenser for pasientforløpene, tilgang på laboratorietjenester og fravær av barnelegeressurs. Alle disse temaene påvirker avdelingens evne til å ivareta korrekt seleksjon og trygge pasientforløp.

Risiko 3.1 Seleksjon av gravide: SCORE 8

HMR er ikke i stand til å selektere gravide i forhold til risiko på sykehus som ikke har føde/barsel tilbud grunnet svekket faglig miljø

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Felles seleksjonsprosedyre, kjent for både 1. og 2.linjetjeneste, løpende avvikshåndtering

Beskrivelse av konsekvens:

Fare for overselektering til et høyere behandlingsnivå. Det er også fare for at det oppstår underselektering.

Ekspertgruppens vurdering

Manglende kompetanse knyttet til seleksjonskriterier vil kunne risikere at en selekterer for mange pasienter til et for høyt nivå. Det er også fare for underselektering. Samlet sett vil manglende rutine for selektering kunne medføre at en ikke klarer å selektere korrekt.

Risikoreduserende tiltak

Tydelighet i fagmiljøet på etterfølgelse av lokale og nasjonale retningslinjer
I begynnelsen må en oversektere og deretter når robusthet er oppnådd fortsette med riktig selektering

Risiko 3.2 Lang reisevei: SCORE 15

Reisevei til fødeavdeling vil være uforsvarlig lang for mange gravide/fødende etter sammenslåing av fødeavdelingene

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Beredskap og følgetjeneste for aktuelle kommuner i henhold til regional plan (krav utløses ved 90 min fra kommunesenter til nærmeste sykehus)

Beskrivelse av konsekvens:

Lang reisevei gir økt risiko for komplikasjoner og økt risiko for fødsel utenfor institusjon. Ved et sammenslått fødetilbud vil flere fødekvinne enn i dag få lang reisevei, og for noen av fødekvinne betyr dette svært lang reisevei. For noen vil det også bety behov for å bytte transportmiddel underveis i transporten som potensielt vil kunne gi økt risiko i seg selv. Vår topografi med mange fergestrekninger vil også bety komplekse reiser med fare for samtidighetskonflikter.

En situasjon med lang reisevei til eget sykehus vil kunne gi økt pasientlekkasje til St.Olav og Ålesund, og det vil også kunne utløse økt behov for kapasitet på barselavdelingen (til ventende fødekvinne). Videre vil det skape større behov for tjenester fra prehospitale tjenester og økt press på kommunale tjenester.

Det vil bli gjennomført en egen ROS-analyse for ambulanse og prehospital drift

Ekspertgruppens vurdering

Lang reisevei vil kunne skape farlige situasjoner i møte med komplikasjoner som eklampsi, blødninger, asfyksi mm. En ser også sammenheng mellom lang reisevei og økning i antall uplanlagte fødsler utenfor sykehus. Bildet kompliseres ytterligere ved dårlig vær. Dette er med og skaper utrygghet for fødekvinne.

Da en sammenslåing av fødetilbudet vil medføre at flere får lang reisevei enn i dag vil det utløse økt behov for kapasitet på barselavdelingen (til ventende fødekvinne). Tilgang på vurderinger ved evt oppståtte problemer/bekymringer etter utskrivelse blir redusert fordi det er langt å reise til barselavdeling. Videre vil det skape større behov for tjenester fra prehospitale tjenester og økt press på kommunale tjenester.

Deler av ekspertgruppen mener at det er unødvendig å opprette ny følgetjeneste som likevel ikke vil behøves inn mot SNR (flere kommuner vil ha behov hvis fødeavdelingen legges til Kristiansund), men heller utvikle den som allerede eksisterer.

I befolkningen samlet er fare for lang reisevei til fødetilbudet som engasjerer (og opprører) mest i forbindelse med endring i tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten

Risikoreduserende tiltak

Etter sammenslåing vil et døgnkontinuerlig jordmortilbud på sykehuset uten fødeavdeling kunne redusere risiko for alvorlige komplikasjoner samt redusere behov for reinnleggelse i sykehus. Økt tilbud av prehospitale tjenester.

Lengre reisevei vil gi økt behov for overnatting/deltagelse for far. Dette bør inngå som del av tilbudet det nye tilbudet

Risiko 3.3 Følgetjeneste: SCORE 20

HMR er ikke i stand til å organisere en god følgetjeneste for fødekvinne som bor mer enn en time fra sykehus

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Det er i dag etablert beredskap og følgetjeneste for aktuelle kommuner i henhold til regional plan (krav utløses ved 90 min fra kommunesenter til nærmeste sykehus), men tjenesten er ikke dekket opp med jordmødre på alle vakter

Beskrivelse av konsekvens:

Manglende følgetjeneste vil kunne gi lengre liggetid i sykehus ved at fødekvinne må reise tidligere inn til sykehus for sikkerhets skyld. Uten en velfungerende følgetjeneste vil tryggheten hos fødekvinne utfordres og forsvarligheten av helsetjenestetilbudet til disse kvinnene utfordres.

Ekspertgruppens vurdering

Foretaket har i flere år arbeidet for å rekruttere inn til følgetjenesten for gravide, men en har ikke lyktes å sikre full dekning for tjenesten i alle aktuelle kommuner. Ved en sammenslåing av fødetilbudet vil behovet for denne tjenesten øke ytterligere.

Risikoreduserende tiltak

Det er behov for bedre samarbeid med kommunene for å etablere en bærekraftig tjeneste. Videre må man sikre rekruttering inn i de aktuelle stillingene.

Det er behov for å sikre en ny finansieringsordning for tjenesten

En egen jordmor utdanning i Møre og Romsdal ville sikret økt tilgjengelighet på nyutdannede jordmødre

Risiko 3.4 Manglende tilgang på ambulanse: (ikke scoret pga egen ROS prehospitalt)

Reduksjon i prehospitalt tilbud rammer beredskap for fødekvinne

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Felles ROS analyse av tiltaksplanen for operasjonalisering av utviklingsplanen i HMR.

Beskrivelse av konsekvens:

Lengre reisetid og økt risiko for fødekvinne.

Ekspertgruppens vurdering

Avdelingssjef for prehospitale tjenester opplyser om at det vil bli gjennomført en egen ROS-analyse for ambulanse og prehospital drift. Det blir derfor ikke scoret på denne risikoen)

Risiko 3.5 Transporttid (ikke scoret pga egen ROS prehospitalt)

Transporttid til kvinneklinikk/neonatalavdeling er uforsvarlig lang etter sammenslåing. Gjelder også fødende som må overflyttes til Ålesund

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Lang erfaring med sammenslått fødetilbud i forbindelse med sommerstengning har ikke gitt utslag i alvorlige uønskede hendelser

Beskrivelse av konsekvens:

I tilfeller av dårlig vær eller samtidighetskonflikt må overføring til høyere behandlingsnivå skje med ambulanse og reisetid vil kunne bli uforsvarlig lang. Utfordringen knytter seg særlig til å kunne følge med anestesi

Ekspertgruppens vurdering

Den kritiske ressursen her er i særlig grad tilgang på anestesilege som kan følge transporten. Vaktberedskapen for anestesileger er vesentlig mer robust ved Molde sykehus, og det er flere av overlegene der som har lang erfaring med kuvøsetransporter fra luftambulansetjeneste. Ved Kristiansundsykehus har en mulighet til å beholde barnet i barneavdeling noe tid for stabilisering. I praksis vil dette uansett bety små forskjeller som kun vil være aktuelt noen få ganger i tidsperioden frem til nytt SNR

Når man vurderer overflytting, er det fordi man allerede har kommet til en fødeenhet.

Dersom man sammenslår og skal flytte til kvinneklinikk/ neonatal – er det kun et sykehus i foretaket = Ålesund. Avstanden fra kommunene øker ikke om man legger fødeavdelinga i den ene eller den andre byen.

Det uttrykkes også at det er mindre risiko ved å legge fødeavdelingen til Molde på grunn av kortere reisevei til kvinneklinikk og neonatal med helikopter og ambulanse.

Risikoreduserende tiltak

Ytterligere fokus på rett seleksjon og tidlig intervensjon for å (heller: redusere forekomsten av) unngå situasjoner med akutt overflytting av mor/barn

Risiko 3.6 Kapasitet fødestuer og barselsenger: SCORE 4

Det er ikke tilgjengelig tilstrekkelig kapasitet til å håndtere økt pasientgrunnlag, herunder MTU og sectiokapasitet (inkl anestesi)

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Lang erfaring med sammenslått fødetilbud i forbindelse med sommerstengning har ikke gitt utslag i alvorlige uønskede hendelser. Godt samarbeid med andre fagområder, overflytting av MTU fra avviklet føde/barselavdeling,

Beskrivelse av konsekvens:

Samtidighetskonflikt, kostnader ved ombygging, Fare for at annen virksomhet i sykehuset blir fortrengt

Ekspertgruppens vurdering

Det er i dag tilstrekkelig kapasitet i begge eksisterende avdelinger til å kunne ivareta en økning i pasienttilstrømming ved hjelp av mindre endringer i dagens organisering av areal. Dette gjelder først og fremst behov for noe flere barselsenger. En vil likevel kunne risikere at en økning i tjenestetilbudet for føde/barsel vil kunne påvirke andre tjenestetilbud i sykehuset som ikke omfattes av denne ROS-analysen. Flere fødekvinner (økt antall fødsler) på samme areal som i dag øker risikoen for samtidighetskonflikter.

Både i Molde og Kristiansund mener fagmiljøene at det vil være uproblematisk og hensiktsmessig å legge fødeavdelingen til sin lokalisasjon.

Risikoreduserende tiltak

Etablering av amme/barsel poliklinikk (p.t. barselpoliklinisk tilbud ved begge sykehus)

Risiko 3.7 Barnelegeressurs: SCORE 2

Risiko for pasientskade på grunn av manglende barnelegeressurs grunnet redusert kapasitet for nyfødttundersøkelse.

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Det er i dag en felles prosedyre for resuscitering av barn og retningslinjer for varsling av barnelege ved føde/barselavdelingene. Det gjennomføres scenario trening på resuscitering i team.

Konsekvens ved utløst risiko:

Fravær av barnelege vil ha lav risiko så fremt at anestesilege er tilgjengelig og godt trent team.

Ekspertgruppens vurdering

Vi har i dag to fødeavdelinger i foretaket som ikke har barnelege i vakt uten at dette reduserer kvaliteten på tjenesten sett ut i fra leverte kvalitetsindikatorer. Sentralt her er at teamet er trent til å håndtere akutte situasjoner enten det består av jordmor, barnelege og anestesilege eller jordmor og to anestesileger. Ved samling av fødetjenesten til ett sted, blir det økt behov for barnelege til barselvurdering av nyfødte ved denne enheten.

Risiko 3.8 Blodbank kapasitet: SCORE 9

Samlet fødetilbud vil føre til økt forbruk av blod og blodprodukter på sykehus som har fødetilbudet

Eksisterende risikoreduserende tiltak:**Konsekvens ved utløst risiko:**

En potensiell dobling av behovet for situasjoner hvor en har behov for akutt-blod

Ekspertgruppens vurdering

Det er i dag noe ulik kapasitet på de to lokasjonene, både når det gjelder personell og blodkapasitet. Om det i ny organisering oppstår et dobbelt behov for akutt blod vil det i Kristiansund være en bioingeniør på natt og to i Molde. Dette vil i en kritisk situasjon ha stor konsekvens, men vil inntre svært sjelden.

Risiko vil være noe større i Kristiansund enn i Molde slik det er i dag, men ved behov kan kapasiteten i Kristiansund økes

Risikoreduserende tiltak

Mulighet for å øke blodbankkapasitet i Kristiansund om føde/barseltilbud lokaliseres dit.

Risiko-område 4: Omdømme og opplevelse av trygghet

Risikopresentasjon

Samfunnsdebatt og kamp om fremtidig sykehustilbud i Nordmøre og Romsdal har i mange år skapt betydelig uro for befolkningen og pasienter. Til tross for dette opplever vi stor etterspørsel etter våre tjenester. Føde-/barselseksjonene ved sykehusene i Kristiansund og Molde har et godt omdømme og bred tillit i befolkningen som sogner hit. I den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen i 2017 svarer 88 % av kvinnene at de alt i alt var godt fornøyd med den helsehjelpen de mottok i fødeavdelingene i Kristiansund og Molde (<https://www.fhi.no/publ/2018/brukeres-erfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2017/>).

Ekspertgruppen har vurdert bekymringer for et svekket omdømme ved sammenslåing av fødeavdelingene ved ett av sykehusene opp mot flere perspektiver. Dette omhandler pasienter, ansatte, utviklingen mot SNR og økonomi. En økende pasientlekkasje nordover mot St. Olavs hospital er en sentral bekymring, og dette vil kunne gi negative konsekvenser for både fag, kompetanse og økonomi. De siste 5 årene har årlig om lag 100 kvinner fra de nordligste kommunene i Møre og Romsdal født ved St. Olav hospital.

Risiko 4.1 Omdømme: SCORE 12

HMR erfarer et betydelig svekket omdømme i byen/nærområdet som ikke har eget føde/barseltilbud på sitt sykehus

Risiko 4.2 Opplevd utrygghet: SCORE 10

Opplevelse av trygghet i pasientforløpet er redusert for fødekvinne med lang reiseveg

Eksisterende risikoreduserende tiltak

Utviklingsplan peker på forutsigbare, trygge helsetjenester, dialogmøter, åpenhet og transparens-nettsider.

Beskrivelse av konsekvens:

Dårlig omdømme, pasientflukt, frykt for å bosette seg i områder med lang reisevei til sykehus, overforbruk av helsetjenester (også i kommunene), lang liggetid, det kan dreie seg om psykisk helse i svangerskapet. Det handler også om omdømme i forhold til å rekruttere fagfolk, politisk press på foretaket. Fødetilbud er veldig i fokus og gir stort politisk engasjement.

Ekspertgruppens vurderinger

Omdømme kan svekkes på flere områder:

Pasientperspektiv

Pasienten opplever å få mindre tillit til foretaket også utover selve fødetilbudet, flytting av føde/barsel tilbud vil kunne påvirke bruk av andre tjenester i negativ retning.

Pasienten skal føle at de kan tillit til sykehuset og forvente å bli godt ivaretatt på sitt lokale sykehus. Det framholdes at opplevelse av trygghet i pasientforløpet kan bli redusert for fødekvinne som etter sammenslåing får en lengre reisevei enn tidligere med tilbud på to lokasjoner. Dårlig omdømme vil bidra til pasientflukt, fødende i SNR-området velger Ålesund og St.Olavs som fødested fremfor fødeavdeling i sitt nærområde. Samtidig vil en tenke seg mer forbruk av de kommunale helsetjenester.

Med større avstand kan en tenke seg at den fødende oppsøker fødeavdelingen oftere for kontroll før fødsel, konsekvensen vil bidra til «overforbruk» av helsetjeneste og tidvis også liggetid. Lengre reisevei kan bidra til eksempelvis angstproblematikk. Generelt vil en kunne oppleve større press på fødeavdelingen for vurderinger, og også økte kontroller i primærhelsetjenesten. Til slutt nevnes også at ett opplevd dårligere tilbud (lang reisevei) til hinder for å bosette seg på de steder en har potensiale for å få lang vei til fødetilbudet, med andre ord påvirke bosettingsmønster i kommuner som ligger lang vei fra føde/barsel tilbudet. Omdømmetap vil videre kunne påvirke den psykiske helse i svangerskapet negativt.

Ansattes perspektiv

Det vil bli krevende å beholde på fagfolk fram til SNR og rekruttering av fagfolk vil generelt sett bli vanskeligere ved svekket omdømme. Negativ oppmerksomhet i media vil kunne skape negative relasjoner til egen arbeidsplass, redusere jobbglede og engasjement blant ansatte. Konsekvenser kan også bli sykmelding.

Politisk perspektiv

Politikk – Redusert omdømme vil mulig gi politisk føringer og press på foretaket.

Det uttrykkes skepsis til at det er blitt færre fødeavdelinger i landet noe som også kan bidra til økt politisk fokus med uønskede føringer. Fødetilbud er veldig i fokus og der nærheten oppleves å bety mye dvs der man i dag har rimelig distanse til tilbudet og risikerer å få lengre reisevei p. g. a. sammenslåing. Politikere vil også være opptatt av å sammenligne det foretaket HMR kan få ut av sammenslåingen opp mot en de negative konsekvenser en slik tildragelse (innsparingen) kan skape. Det framholdes at det å fokusere på fødetilbudet så lang tid før SNR er politisk veldig uheldig når vi går inn valgår.

SNR perspektivet

Det er sannsynlig mener ekspertgruppen at når en nå har utvidet perioden fram mot SNR åpning til 5 år vil pasientlekkasjen forsterkes og opprettholdes. På den annen side vises det for øvrig til erfaringer at en slik lekkasje stabiliseres en del under toppnivå når det er gått noe tid. Igjen framholder ekspertgruppen at svekket omdømme vil gjøre rekruttering mer krevende.

Økonomi perspektivet

Merforbruk spesialist tjenester/kommunehelsetjenester, økte antall liggedøgn, økt komplikasjonsfare, flere gjestepasienter, økt bruk av følgetjenester/ambulans og helikopter vil kunne bidra til økte kostnader som må tas i betraktning i vurdering av valg en gjør.

Sykepleieforbundet – stiller også spørsmål om dette kan være en type tiltak (sammenslåing av føde/barsel) som påvirker motivasjonen til å gå inn i de andre store prosjektene som er framlagt for styret i HMR (f.eks. mertid og sengepostprosjektet).

En del av ekspertgruppa ser også at negative konsekvenser kan øke kvalitetskostanden innen den aktuelle leveranse, ved senket kvalitet vil flere feil begått. Ekspertgruppen er delt i det synet og den andre del har synspunkter som går i den andre retning at en ved sammenslåing vil kunne oppnå bedre kvalitet og lavere kvalitetskostnad.

Tillegg

Risiko 5.1 Overgrepsmottak:

Det er også kommet innspill på hvordan overgrepsmottakene vil fungere etter en sammenslåing av de to føde/barsel seksjonene.

Det opplyses at uavhengig av modellen vi velger, så vil tilgang på kompetanse være avgjørende og at en må se på problemstillingen separat etter at endelig valg er tatt.

Risikoreduserende tiltak

Ekspertgruppen mener god og målrettet kommunikasjon både ut til eksterne og innad i eget foretak (ansatte) er vesentlig. God og vel bearbeidet informasjon vil kunne virke risikoreduserende. Her under også en god håndtering av media.

Fokus på kvalitet og god kvalitetsarbeid vil liksom kunne virke omdømmebyggende i positiv retning.

Risikoreduserende tiltak - redusere kvalitetskostnader, bruke de ressursene vi har i foretaket, jordmor, gynekolog og annet fagpersonell (ressurser) på en best mulig måte.

4. Risiko-aksept kriterier

Kvalitet

KONSEKVENNS		
	Betegnelse	Generelt - personer
1	Ubetydelig	Mindre avvik i forhold til avdelingens kvalitetsmål
2	Mindre farlig	Moderat avvik forhold til avdelingens kvalitetsmål
3	Farlig	Betydelig avvik i forhold til avdelingens kvalitetsmål
4	Kritisk	Moderat fare for liv og helse
5	Meget kritisk	Stor fare for liv og helse
Sannsynlighet		
	Betegnelse	Forklaring
1	Lite sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har hørt om.
2	Mindre sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Kun få ganger i perioden
3	Sannsynlig	Vil kunne skje en eller flere ganger i året.
4	Meget sannsynlig	Vil kunne skje flere ganger i måneden
5	Svært sannsynlig	Vil kunne skje ukentlig/daglig

Behandling

KONSEKVENNS		
	Betegnelse	Generelt - personer
1	Ubetydelig	Ikke avvik fra lov og forskrift, mindre plunder og heft, Forsvarlig
2	Mindre farlig	Ikke avvik fra lov og forskrift, Moderat avvik forhold til avdelingens kvalitetsmål, Forsvarlig
3	Farlig	Brudd på lov og forskrift eller Betydelig avvik i forhold til avdelingens kvalitetsmål, forsvarlighet truet
4	Kritisk	Brudd på lov og forskrift, Moderat fare for liv og helse, på grensen til uforsvarlig
5	Meget kritisk	Brudd på lov og forskrift, Stor fare for liv og helse, Uforsvarlig
Sannsynlighet		
	Betegnelse	Forklaring
1	Lite sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har hørt om.
2	Mindre sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Kun få ganger i perioden
3	Sannsynlig	Vil kunne skje en eller flere ganger i året.
4	Meget sannsynlig	Vil kunne skje flere ganger i måneden
5	Svært sannsynlig	Vil kunne skje ukentlig/daglig

Omdømme

KONSEKVENS		
	Betegnelse	Generelt - personer
1	Ubetydelig	Ingen fare for opplevd utrygghet og omdømmetap
2	Mindre betydelig	Fare for opplevd utrygghet og omdømmetap
3	Betydelig	Negativ interesse fra pasienter, interessenter og lokalmedier. Økt etterspørsel etter fødetjenester utenfor foretaksområdet
4	Kritisk	Stor pågang etter fødetjenester utenfor vårt foretaksområde. Fare for søksmål, negativ omtale riksmedier og interesseorganisasjonen
5	Meget kritisk	Massiv pågang etter fødetjenester utenfor vårt foretaksområde. Søksmål, negativ omtale riksmedier og interesseorganisasjoner
Sannsynlighet		
	Betegnelse	Forklaring
1	Lite sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har aldri hørt om.
2	Mindre sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har hørt om.
3	Sannsynlig	Vil kunne skje en eller flere ganger i tidsperioden.
4	Meget sannsynlig	Vil kunne skje flere ganger i året
5	Svært sannsynlig	Vil kunne skje månedlig

Rekruttering

KONSEKVENS		
	Betegnelse	Rekruttering
1	Ubetydelig	Rekrutteringstid <3 mnd
2	Mindre farlig	Rekrutteringstid <6 mnd
3	Farlig	Tidvis behov for innleige av vikarer
4	Kritisk	Stort behov for innleige av vikarer
5	Meget kritisk	Avhengig av innleige av vikarer
Sannsynlighet		
	Betegnelse	Forklaring
1	Lite sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har aldri hørt om.
2	Mindre sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har hørt om.
3	Sannsynlig	Vil kunne skje en eller flere ganger i tidsperioden.
4	Meget sannsynlig	Vil kunne skje flere ganger i året
5	Svært sannsynlig	Vil kunne skje månedlig

Kompetanse

KONSEKVENNS		
	Betegnelse	Generelt - personer
1	Ubetydelig	Liten fare for fravær av nødvendig kompetanse
2	Mindre farlig	Mindre fare for fravær av nødvendig kompetanse
3	Farlig	Fare for fravær av nødvendig kompetanse
4	Kritisk	Stor fare for mangel på nødvendig kompetanse
5	Meget kritisk	Manglende tilgang på nødvendig kompetanse
Sannsynlighet		
	Betegnelse	Forklaring
1	Lite sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har aldri hørt om.
2	Mindre sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har hørt om.
3	Sannsynlig	Vil kunne skje en eller flere ganger i tidsperioden.
4	Meget sannsynlig	Vil kunne skje flere ganger i året
5	Svært sannsynlig	Vil kunne skje månedlig

Overtallighet

KONSEKVENNS		
	Betegnelse	Generelt - personer
1	Ubetydelig	Ingen overtallighet
2	Mindre	Alle overtallige får tilbud om annet arbeid på i eget nærmiljø/eget sykehus
3	Moderat	Alle overtallige får tilbud om annet arbeid på i eget foretak
4	Kritisk	Behov for bruk av omstillingsavtale
5	Meget kritisk	Overtallige sagt opp
Sannsynlighet		
	Betegnelse	Forklaring
1	Lite sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har aldri hørt om.
2	Mindre sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har hørt om.
3	Sannsynlig	Vil kunne skje en eller flere ganger i tidsperioden.
4	Meget sannsynlig	Vil kunne skje flere ganger i året
5	Svært sannsynlig	Vil kunne skje månedlig