



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2015/1082

Saksbeh/tlf:
Vivi Brenden Bech

Sted/Dato:
Hammerfest, 10.6.2015

Saksnummer 47/2015

Saksansvarlig: Klinikksjef Klinikk Hammerfest Vivi Brenden Bech
Møtedato: 18. juni 2015

Utvikling av barneavdelingen i Finnmarkssykehuset HF

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar rapporten fra utviklingsprosjektet på Barneavdelingen ved Klinikk Hammerfest til etterretning.
2. Styret ber Administrerende direktør iverksette utviklingsarbeidet i henhold til foreslåtte tiltak i rapporten

Torbjørn Aas
Administrerende direktør

Vedlegg:

Rapport prosjekt utvikling av Barneavdelingen i Finnmarkssykehuset



Sak: Utvikling av barneavdelingen i Finnmarkssykehuset HF

Saksbehandler: Klinikksjef Vivi Brenden Bech
Møtedato: 18. juni 2015

1. Sammendrag og anbefaling

Styret vedtok i desember 2014 å utrede den faglige og fremtidige organiseringen av barneavdelingen i Finnmarkssykehuset.

Foretaket har et potensial for å spare i underkant av 1,5 mnok ved å redusere en lekkasje på 300 konsultasjoner til UNN per år, og i tillegg øke aktiviteten ved Klinikk Hammerfest med 200 konsultasjoner per år.

Det anbefales at samtlige tiltak som arbeidsgruppa anbefaler gjennomføres for å styrke tilbudet til barn i Finnmark slik at vi reduserer pasientlekkasje, og øker dagtilbudet til barn i Finnmark.

2. Saksvurdering/analyse

Bakgrunn og prosess

Styret vedtok i sak 97/2014 punkt 10 å utrede den faglige og fremtidige organiseringen av barneavdelingen i Hammerfest. Utredningen skulle belyse om dagens modell løser fremtidens behov. Det ble ut fra dette utarbeidet et mandat fra direktøren med hovedmål å organisere og planlegge driften ved Barneavdelingen slik at vi får et fremtidsrettet behandlingstilbud og et riktig behandlingsnivå. Det skal beskrives hvordan det skal frigjøres mer ressurser til dagbehandling, poliklinisk behandling og til "nye fagområder i pediatrien" som overvekt, psykosomatiske tilstander og sosialpediatri (barnemishandling og seksuelle overgrep).

Prosjektet har vært gjennomført med ressurs fra barneavdelingen i form av 70 % stilling i 12 uker for leder, dessuten tidsbruk for 11 arbeidsgruppe medlemmer ved 6 møter a 1,5 time + referatskriving. Ytterligere tidsbruk i utredningsgruppe for areal; 2 møter a 1,5 time samt sammenfatning. Klinikkledergruppen i Klinikk Hammerfest har vært styringsgruppe. Underveis i arbeidet har det vært innhentet innspill fra interne og eksterne samarbeidspartnere samt brukere.

Dagens tilbud i barneavdelingen

Barneavdelingen er foretaksovergrepene, har akuttmottak funksjon for hele barnebefolkningen i Finnmark, totalt 16 109 <18 år pr 01.01.15 ¹Avdelingen tar i mot barn og unge fra svangerskapsalder 32 uker til 18 år og drives som et barnesenter med ansvar for tilstander innenfor fagområdene barnesykdommer, generell kirurgi, ortopedi

¹ Tall fra Statistisk sentralbyrå



og øre-nese-hals. Avdelingen har redusert sengetallet og har nå 3 senger for nyfødte og 8 senger for store barn.

Sammenligning med andre

Barneavdelingen leverte informasjon til en nasjonal benchmarking av norske barneavdelinger våren 2013 med data fra 2012. Her kan man sammenligne avdelingen med andre med hensyn til dimensjonering og bemanning. Barneavdelingen i Hammerfest ser ikke ut til å skille seg ut vedrørende bemanning i forhold til barnepopulasjon og ligger noe under median både for pleiere og leger pr. barnepopulasjon.

Sammenlignet med andre barneavdelinger, har man ved barneavdelingen i Finnmarkssykehuset en effektiv drift og ikke overforbruk av tjenester.

Utvikling i sykdomsbilde

Flere barn har nå kroniske sykdommer som krever oppfølging til voksen alder, samt sykdommer som påvirkes av livsstil. Barneavdelingene ser mer sammensatte lidelser hvor både psykisk og fysisk helse spiller inn.

Anbefaling fra arbeidsgruppen

Det er et utviklingspotensial ved økning av produktivitet og kvalitet av tjenestene uten samtidig å øke totalt ressursbehov ved Finnmarkssykehuset. Samlet vil tiltakene som beskrevet i rapporten gi en besparelse, hovedsakelig ved å behandle flere barn og unge i eget fylke. I følge utredningen som arbeidsgruppen har gjort, vil det ikke være besparende å legge ned deler av døgntilbudet ved avdelingen og eventuell gjennomføring av disse tiltak vil kunne gi alvorlige følger for medisinsk beredskap, fagmiljø og tjenestetilbud.

Tiltakene som gruppa anbefaler:

i. Større fokus på dagdrift

Det innebærer bedre organsiering av poliklinikk. Etablere dagenhet for både dagkirurgiske og dagmedisinske pasienter samt hyposensibilisering. Det anbefales ambulering til Alta, Karasjok og Kirkenes med en 50 % overlegestilling. Det anbefales barnenevrologi/habilitering med en 50 % overlegestilling

ii. Opprette tilbud for å ivareta psykisk helse

Tilbudet skal være for kronisk somatisk syke barn, barn med sammensatte lidelser. Eventuelt også med akutte BUP senger. Videreutvikles i et samarbeid med BUP.

iii. Opprette tilbud for barn med fedme

Ta i bruk erfaringer fra Aktivitetsskolen.

iv. Tilbud til andre grupper

Seksuelle overgrep og mishandling (krever kompetanseheving og økt samarbeid). Ultralydundersøkelse av barn (innleie av ressurs 3 dager hver 3. måned ser ut til å være tilstrekkelig for å dekke behov)



v. Synliggjøring av døgntilbud som også kan benyttes ved

- ufrivilling avgang av avføring, treg mage hvor dagtilbud ikke er tilstrekkelig
- innleggelse av små barn med spisevansker
- alvorlig eksem
- uavklart situasjon/ tilstand hvor døgntilbud kan være nødvendig for utredning.

vi. Nyfødtmedisin

Familietilbud når areal blir tilgjengelig.

vii. Ungdomsmedisin

Tilpassede tilbud til ungdom og tilbud i forbindelse med overgang til voksenmedisin.,

viii. Synliggjøring av det samiske

Gjelder utforming av lekerom. Må ta i bruk tolk i større grad. Bør ansette samisk personell.

ix. Utdanning av helsepersonell- nye tiltak

Innebærer individuelle kompetanseplaner. Sørge for formell kompetanseoverføring fra erfaren til dedikert overlege vedr nevrologi, gastroenterologi og diabetes. Tilrettelegge for hospitering for leger.

x. Økt samhandling med naturlige samarbeidspartnere

Gjelder UNN BUK, SANKS, BUP, Helsesøstre, Fastleger, Politi, rettsmyndighet (sosialpediatri), Brukere, Voksenmedisin

xi. Anbefalt arealbruk

Tilrettelegge for 5 behandlingsrom i poliklinikk. Etablere nær og fjernkontor.

3. Risikovurdering

Prosess og arbeide rundt utredning av barneavdelingen er i tråd med våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt. Planen er vurdert i forhold til navigasjonshjulet og det er ikke registrert negative konsekvenser i forhold til jus, etikk, identitet, moral, omdømme eller økonomi.

Saken er vurdert generelt knyttet til risiko relatert til måloppnåelse: Det må gjøres en styrking av bemanningen slik den er foreslått i utredningen for å oppnå full effekt av tiltakene. I forhold til arbeidsmiljø vurderes det som positivt med en utvikling av avdelingen og en utvidelse av pasienttilbudet. For barnepasienten vurderes utvidelsen av tilbudet i tråd med vår målsetning om at Finnmarkssykehuset skal være pasientens førstevalg.

4. Budsjett/finansiering

De økonomiske beregninger i forhold til utvikling og utvidelse av pasienttilbudet viser at foretaket har et potensial for å spare i underkant av 1,5 mnok ved å redusere en lekkasje på 300 konsultasjoner til UNN per år, og i tillegg øke aktiviteten ved Klinikk Hammerfest

med 200 konsultasjoner per år. Det krever at Klinikk Hammerfest får økte ressurser i en overlegestilling for å kunne øke ambuleringsvirksomheten og poliklinisk virksomhet ved klinikken. Estimert koster disse 300 pasientene foretaket i overkant av 3,5 mnok per år i reisekostnader fra Finnmark til UNN. Denne reisekostnaden vil kunne reduseres til en tredjedel.

5. Medbestemmelse

Saken drøftes i informasjons- og drøftingsmøte 9. juni 2015.

Vedlegg

1. Rapport prosjekt utredning av Barneavdelingen i Finnmarkssykehuset med vedlegg.



Rapport prosjekt utvikling av Barneavdelingen i Finnmarkssykehuset

LITEN, ROBUST OG EFFEKTIV



Innhold

Innledning.....	4
Sammendrag	5
Bakgrunn, målsetning og metode	7
Hovedmål.....	7
Mandat.....	7
Metode og aktivitetsplan	8
Barnebefolkningens behov.....	10
Helse hos barn og unge.....	10
Helse og sykdom i fosterliv og første leveår.....	10
Helse og sykdom hos barn og unge.....	10
Sykdomstilstander i norske barnavdelinger:	11
Mental og psykososial helse hos barn innlagt i barneavdeling.....	12
Barneavdelingen i Finnmarkssykehuset.....	13
1. Dagens behandlingstilbud	13
Barnehabiliteringen.....	17
Sammenlikning med andre barneavdelinger i Norge.....	18
Pasientstrømmer	21
2. Utdanning av helsepersonell	23
3. Forskning	23
4. Læring og mestring	24
Flaskehalsen i pasient forløp identifisert.....	24
Fagområder i dag med utviklingspotensial.....	24
Dagens drift oppsummering:	24
Fremtidig organisering av barneavdelingen	25
Arbeidsgruppa har innhentet innspill fra ulike aktører og det utpeker seg følgende hovedområder for utvikling	25
Større fokus på dagdrift.....	25
Barne -og ungdomspsykiater tilknyttet barneavdelingen.....	28
Barn med fedme	28
Innleie av barnelege for elektiv ultralyd undersøkelse av hjertet.....	28
Synliggjøring av døgntilbud.....	29
Ungdomsmedisin	29

Synliggjøring av det samiske	29
Familiebasert nyfødtsomsorg	29
Utdanning av helsepersonell- nye tiltak	29
Forskning og fagutvikling	30
Økt samhandling med naturlige samarbeidspartnere	30
Arealbehov - Sammendrag	30
Andre områder som er vurdert	31
Områder som ikke er vurdert	31
Diskusjon, styrker og svakheter i utredningen	31
Oppsummering/Anbefaling	32
Forslag til tiltak fra arbeidsgruppen	32
Vedlegg	33
Vedlegg 1 Synliggjøring av alternative modeller	33
Vedlegg 2 Økonomi ved alternativ organisering	33
Vedlegg 3 Utredning arealbehov	33
Vedlegg 4 Pasientstrøm UNN	33
Vedlegg 5 Økonomi fremtidig organisering	33
Vedlegg 6 Innspill til rapport	33
Referanser	34

Innledning

Dette utredningsarbeidet har vært gjennomført med bakgrunn i Finnmarkssykehusets kjerneverdier **kvalitet, trygghet og respekt**, med mål om at spesialisthelsetjenestetilbudet til barn og unge i Finnmark skal være tilgjengelig, likeverdige, av god kvalitet og med god ressurs utnyttelse. Arbeidet har vært gjennomført i perioden fra 06.02.15 til 30.04.15. Det har vært gjennomført til sammen 6 felles møter i arbeidsgruppen. Alle medlemmer har bidratt med ulike innspill til rapporten og godkjent den. Det har vært en konstruktiv prosess med mange gode innspill fra ansatte og andre samarbeidspartnere.

Motivasjonen for arbeidet har vært å utvikle et best mulig spesialist helsetjenestetilbud for barn og unge i Finnmark og intet annet. Vi ønsker at Finnmarkssykehuset skal være førstevalget for barna i Finnmark og for ansatte ved barneavdelingen.

Hammerfest 19/5-15

Ane Kokkvoll, Overlege barn, leder av arbeidsgruppen

Solveig Svendsen, Spesialsykepleier og konstituert enhetsleder barn,

Margareth Larsen, Spesialsykepleier og konstituert avdelingsleder barn

Unn Sissel Juliussen, Jordmor og enhetsleder føde/gyn

Anne Grethe Olsen, Spesialist i allmennmedisin og utviklingssjef

Gro Mansika, Sykepleier og tillitsvalgt føde/gyn

Ing-Marie Svensson, Spesialsykepleier og verneombud barn

Hanne Iversen, Anestesioverlege akuttavdelingen

Gunhild Lyskløtt Andersen, Økonomirådgiver

Nina Alsen og Elin Jakobsen, Legesekretærer ved barn/gyn, representant for kontortjenesten (alternerende oppmøte)

Martine Alsen sekretær for arbeidsgruppen

Sammendrag

Tidligere dominerte infeksjonssykdommene ved barneavdelingene. De er ikke lenger like dominerende, men vi må imidlertid være oppmerksomme på at dette bildet igjen kan endre seg ved økt antibiotikaresistens, reisevirksomhet og vaksinasjonsstatus i befolkningen. Flere barn har nå kroniske sykdommer som krever oppfølging til voksen alder samt sykdommer som påvirkes av livsstil. Barneavdelingene ser mer sammensatte lidelser hvor både psykisk og fysisk helse spiller inn. Barneavdelingen i Finnmark drives som et barnesenter (medisinske og kirurgiske barn) med personale som har lang erfaring og kompetanse i arbeid med barn og unge. Nåværende bemanning er nødvendig for å opprettholde beredskaps funksjonen og drifte sengeavdeling for syke nyfødte og større barn 24/7. I følge utredningen som er gjort, vil det ikke være besparende å legge ned deler av døgn tilbudet ved avdelingen og eventuell gjennomføring av disse tiltak vil kunne gi alvorlige følger for medisinsk beredskap, fagmiljø og tjenestetilbud. Alternative modeller er derfor synliggjort, men ikke utredet nærmere (Vedlegg1). Sammenlignet med andre barneavdelinger, har man ved barneavdelingen i Finnmarkssykehuset en effektiv drift og ikke overforbruk av tjenester. Det kan likevel være utviklingspotensial ved økning av produktivitet og kvalitet av tjenestene uten samtidig å øke totalt ressursbehov ved Finnmarkssykehuset. Samlet vil tiltakene kunne gi en innsparingseffekt, hovedsakelig ved å behandle flere barn og unge i eget fylke.

Arbeidsgruppen anbefaler følgende tiltak:

- Utnytte kompetanse samt sikre både kapasitet og kvalitet ved å øke bemanning fra 1 til 2 sykepleiere i poliklinikk daglig samt en koordinator i 20 % innenfor dagens drift.
- Øke overlegebemanningen fra 4 til 5 stillinger hvor 50 % blir avsatt til barnehabilitering og barnenevrologisk virksomhet og 50 % går til generell styrking av poliklinisk virksomhet inkludert ambulering.
- 50 % barne- og ungdomspsykiater ressurs tilknyttet avdelingen (50 % tilknyttet BUP) for bedre å kunne ivareta barn med sammensatte symptombilder samt psykisk helse hos kronisk og akutt syke barn i poliklinikk og avdeling. Denne ressursen er også nødvendig innenfor fagområdet barnehabilitering. I tillegg ønsker man denne ressursen for å bygge kompetanse i avdelingen på områder som har betydning for psykiske helse hos barn, inkludert psykososiale og familiære forhold.
- Iverksette pasientforløp for overvektige barn, etter erfaringer fra forskningsprosjektet Aktivitetsskolen i Finnmark. Pasient forløpet krever en 50 % sykepleier stilling og her søkes også medfinansiering fra Helse Nord.
- Innleie av barnelege med fordypningsområdet kardiologi for elektiv ultralyd undersøkelse av hjerte hos barn > 1 år ved barnepoliklinikken i omfang tilpasset behov.

- Utvide tilbud til utredning og behandling av barn som lider av ufrivilling avgang av urin, treg mage/ufrivillig avgang av avføring. Det foreslås utdanning av uroterapeut.
- Bygge opp kompetanse for bedre å kunne avdekke og håndtere mistanke om seksuelle overgrep og mishandling av barn med relevante samarbeidspartnere i og utenfor organisasjonen; inkludert sporsikring og adekvate rettsmedisinske undersøkelser.
- Benytte døgnplasser i avdelingen til barn med uavklarte akutte og mer kroniske somatiske tilstander, for optimalisering av behandling ved kroniske tilstander som diabetes mellitus, atopisk eksem, inflammatorisk tarmsykdom, epilepsi, barn som har særskilte behov, syndromer og utviklingsforstyrrelser i samarbeid med barnehabiliteringen. Spesielt lav terskel for observasjon av barn <1 år med uavklarte symptomer/bekymringer.
- Benytte døgnplasser i avdeling også for utredning av mer sammensatte tilstander hvor observasjon over ett døgn kan være nødvendig for ved flerfaglig tilnærming kunne diagnostisere og anbefale tidlige koordinerte hjelpetiltak.
- Utvikle tilpassede tilbud til ungdom med kroniske sykdommer og sikre god overgang til voksen alder i samarbeid med medisinsk avdeling.
- Synliggjøre det samiske i avdelingen ved utforming av lekerom, bruk av tolketjeneste og rekruttere flere samisktalende ansatte.
- Økt samarbeid med kommunehelsetjenesten om kompetanseheving samt fremme læring og mestring blant pasienter og pårørende.
- Økt samhandling med flere naturlige samarbeidspartnere i og utenfor fylket i tillegg til kommunehelsetjenesten inkludert BUP, SANKS, barnevern, politi, brukerorganisasjoner, barne- og ungdomsklinikken UNN.
- Gjøre de aktuelle tilbud kjent blant fastleger, helsestasjonsleger og befolkningen generelt samt fremme godt omdømme.
- Benytte ansattes forslag ved barneavdelingen i dialog, medarbeidersamtaler, ideer for kontinuerlig forbedring, trivsel og utviklingsarbeid ved avdelingen.
- Oppfordre og tilrettelegge for mastergrad utdanning og videre forskning blant ansatte i avdelingen, for å sikre evidensbasert praksis og kvalitetsutvikling på høyt nivå.
- Benytte rom 509 i avdelingen til dagmedisinske, dagkirurgiske barn og pasienter som får allergivaksinasjon
- Tilrettelegge for 5 behandlings rom for poliklinisk virksomhet som anbefalt av utredningsgruppe areal.

Bakgrunn, målsetning og metode

Finnmarkssykehuset HF har en ambisiøs plan for utvikling av foretaket og det fremtidige tilbudet til innbyggerne i Finnmark. For at foretaket skal være i stand til å bære de økte kostnadene dette medfører kreves det langsiktig og systematisk omstilling av foretaket. Foretaket har høsten 2014 jobbet for å utarbeide en strategi for å bli økonomisk bærekraftig. Det ble i styresak 97/2014 foreslått at Barneavdelingen ved Finnmarkssykehuset ikke skulle redusere dagens tilbud, men få sjansen til å utvikle seg videre i takt med barnebefolkningens behov for spesialist helsetjenester, med optimal utnyttelse av dagens ressurser og ved samarbeid med andre avdelinger/enheter.

Styrevedtak 97/2014 punkt 10:

”Styret vedtar at Administrerende direktør skal utrede den faglige og fremtidige organiseringen av barneavdelingen i Hammerfest. Utredningen skal belyse om dagens modell vil løse fremtidens behov. Utredningen skal presenteres på styremøte i mai 2015.”

I mandatet fra direktør 06.02.15 står videre: ”Hensikten med prosjektet er å gjennomføre en analyse av dagens behandlingstilbud og behandlingsnivå. Det skal vurderes om dagens drift vil løse fremtidens behov for helsetjenester for barn og unge. Det skal beskrives hvordan frigjøre mer ressurser til dagbehandling, poliklinisk behandling og innenfor ”nye fagområder i pediatrien” som overvekt, psykosomatiske tilstander og sosialpediatri (barnemishandling og seksuelle overgrep)”.

Hovedmål

Organisere og planlegge driften ved Barneavdelingen slik at vi får et fremtidsrettet behandlingstilbud og et riktig behandlingsnivå.

Delmål 1

Optimal driftsform og driftsstørrelse

Delmål 2

Øke behandlingsskapitet og kvalitet av tjenestene ved optimal utnyttelse av ressursene i Barneavdelingen.

Mandat

- Foreta en gjennomgang av organisering med tanke på riktig dimensjonering av kapasitet, bemanning og kompetanse ved Barneavdelingen. Som bakgrunn skal brukes registreringer og tall for dagens drift, tall fra Barne- og ungdomsklinikken UNN, kunnskap om forekomst av sykdommer hos barn og unge i Finnmark, benchmarkingen fra landets barneavdelinger vedr drift samt annen relevant bakgrunnsinformasjon.
- Identifisere flaskehalser i pasientforløp og foreslå hvilke forløp som skal forbedres.

- Innhente erfaringer og eksempler på driftsmodeller (best practice) fra andre sykehus.
- Synliggjøre alternativ organisering av barneavdelingen, konsekvenser for medisinsk beredskap, medisinsk behandlingstilbud, utdanning av helsepersonell og total økonomi.
- Etablere gode samarbeidsløsninger innad samt med andre avdelinger og enheter i Finnmarkssykehuset.
- Utarbeide forslag til videreutvikling av samarbeid med Barneavdelingen på UNN.
- Vurdere hensiktsmessig arealutnyttelse og endringer for mer effektiv drift.
- Gjennomgang av administrative ressurser og stillinger med tanke på effektivisering og bedre ressursutnyttelse.
- Vurdere potensial for nye behandlingstilbud innen fagområder i pediatrien som overvekt, psykosomatiske tilstander og sosialpediatri (barnemishandling og seksuelle overgrep).

Metode og aktivitetsplan

Arbeidsgruppa har hatt til sammen seks møter hvor vi har utredet følgende 3 hovedtema:

- 1) Dagens drift ved barneavdelingen
- 2) Synliggjøring av alternativ organisering
- 3) Utviklingsforslag inkludert arealbehov

Arealbehov fant man hensiktsmessig å utrede i egen gruppe. Dette arbeidet er sammenfattet og videresendt til arealutvalg, sammendraget blir gjengitt i denne rapporten side 31 (Vedlegg 3). Det er innhentet tall vedrørende dagens drift fra DIPS Elektroniske Pasientjournal (EPJ), fra Barne- og ungdomsklinikken UNN, fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), fra benchmarkingen av norske barneavdelinger i regi av Barnelegeforeningen, samt annen relevant bakgrunnsinformasjon vedrørende dagens drift og behov for helsetjenester blant barn og unge.

Det er innhentet innspill og råd fra:

Enhetsleder og tidligere avdelingsleder kvinne/barn Pal Ivan

Enhetsleder habilitering Hilde Lund

Enhetsleder gyn leger/UiT prosjektleder ” Regionalisering av medisinerstudiet til Finnmark ”

Ingrid Petrikke Olsen

Praksis konsulent og allmennlege Arve Østlyngen

Helsesøsterggruppa i Finnmark ved leder Kjerstin Møllebakken

Overlege og daværende leder ved barne- og ungdomsklinikken UNN, Hans P Fundingsrud

Overlege/seksjonsoverlege Oslo universitetssykehus Atle Moen

Overlege St Olavs Hospital og representant i rettsmedisinsk kommisjon Arne Myhre

Det er kommet innspill fra fagmiljøet ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) UNN, medlemsmøte i Legeforeningen i Finnmark, fastlegene i Alta, helsesøstre i Finnmark, samarbeidsmøter med representanter for Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og Samisk nasjonalt kompetansesenter (SANKS), brukerfamilier samt ansatte ved barneavdelingen ved spørreskjema, muntlige tilbakemeldinger og innspill på felles avdelingsmøte ved barn.

Risiko i gjennomføringen har vært knapphet på tid. Flere av arbeidsgruppens medlemmer (inkludert leder) har hatt andre oppgaver, men aktivitetsplanen har i all hovedsak blitt fulgt. På grunn av utsettelse av styresaken benyttet leder ytterligere 4 dager i uke 20 for å sammenfatte rapport etter innspill internt i organisasjonen.

Fase	Aktiviteter	Tidspunkt
Fase 1	<p>Etablere prosjektgruppe, samle informasjon om behov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere prosjektgruppe • Fordele roller i prosjektgruppa • Innhente bakgrunnsinformasjon • Intervju av medarbeidere • Utredning ulike driftsformer • Gjennomgang dagens drift • Diskutere funn • Mellomrapport til gyn/barn ledelse og klinikkledelse 	Februar Uke 6, 7,8,9
Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sammenfatte ulike driftsformer og dagens drift • Identifisere forbedringspotensial, flaskehals i pasientforløp • Innhente info fra samarbeidende avdelinger, Best Practice • Identifisere utviklingspotensial 	Mars uke 10(akferie) uke 11 12(vakt, møte Karasjok) 13 (vakt++) 14 (påske)
Fase 3	<ul style="list-style-type: none"> • Sammenfatte utviklingsforslag og arealbehov • Arbeidsgruppens forslag leveres til intern høring 170415 • Rapport ferdigstilles etter innspill 30.04.15 • Iverksette tiltak for økt inntjening, ressurs utnyttelse umiddelbart der vi ser dette er åpenbart nødvendig og gjennomførbart 	April Uke 15, 16 17,18

Prosjektet har vært gjennomført med egeninnsats fra barneavdelingen i form av 70 % stilling i 12 uker for leder dessuten tidsbruk for 11 arbeidsgruppe medlemmer ved 6 møter a 1,5 time + referatskriving. Ytterligere tidsbruk i utredningsgruppe for areal; 2 møter a 1,5 time samt sammenfatning.

Barnebefolkningens behov

Helse hos barn og unge

Det har ikke vært utført større helseundersøkelser blant barn i Norge. For ungdom er det utført noen befolkningsundersøkelser (UngHUNT, Fit Futures). Data fra helsestasjonene med oppmøte på vel 90 % lagres på kommunenivå og blir ikke aggregert og benyttet systematisk. Datagrunnlaget for overvåking av barns generelle helse i befolkningen er derfor noe begrenset. Informasjonen under er i stor grad hentet fra rapporten Helse hos barn og unge, Folkehelse rapporten 2014 (1).

Helse og sykdom i fosterliv og første leveår

- Mødrenes gjennomsnittlige levealder ved første barnefødsel øker og behovet for assistert befruktning øker i takt med denne.
- Høy alder hos førstegangsfødende øker også risiko for komplikasjoner som svangerskapshypertensjon, svangerskapsforgiftning og svangerskapsdiabetes som igjen øker risikoen for komplikasjoner under fødselen.
- Spedbarnsdødeligheten i Norge er i dag under 3 pr 1000 levende fødte.
- Blant barn som ble født før 32 svangerskapsuke i 2000 døde 12,1 % første levemåned, tilsvarende tall i 2013 var 9,2 %.
- Til tross for bedring i overlevelse for de mest for tidlig fødte barna vil de oftere enn andre få problemer når de vokser opp, blant annet har de økt risiko for cerebral parese, lungesykdommer, lærevansker og ADHD.
- Andelen barn som fødes for tidlig med alvorlige misdannelser har holdt seg forholdsvis konstant gjennom mange år og er i dag rundt 3 % av alle fostre /fødte, inkludert svangerskapsavbrudd som er utført på grunn av sykdom eller misdannelse hos fosteret.

Helse og sykdom hos barn og unge

- Forekomst av selvrapportert astma var 18 % i 2008 . Det mangler landsekkende undersøkelser. Ut i fra tall fra reseptregisteret ser det ut til at antallet har økt de senere årene (2).
- Forekomst av høysnue 25-30 % (3).
- Forekomst atopisk eksem 17 % hos 2 åringer, 21-35 % hos barn 9-16 år.
- Norge er et av landene i verden med høyest forekomst av type 1 diabetes diagnostisert hos barn. 32 pr 100 000 pr år. Tilstanden krever tett oppfølging for å unngå alvorlige komplikasjoner på både kort og lang sikt (4).
- En studie av 12-15 åringer i Trøndelag viste at 17 % var regelmessig plaget av hodepine, magesmerter, ryggsmarter eller smerter i armer/bein (5). Forbruket av smertestillende har steget betydelig siden 2001 (6).
- Mellom 140 og 150 barn under 15 år rammes hvert år av kreftsykdom. I aldersgruppen under 15 år økte overlevelsen for akutt lymfatisk leukemi fra 75 til 84 % i perioden 1985 til 2009.

- Nesten 1000 barn blir årlig innlagt sykehus pga væsketap som skyldes rotavirus infeksjon. Fra 2014 ble rotavirus innført i vaksinasjonsprogrammet.
- Betydelig nedgang i ulykkesdødsfall siste 60 år, men til tross for dette, er ulykker fortsatt en viktig dødsårsak blant barn og unge. Ulykker er årsaken til 20 % av dødsfall alder 0-17 år. Dessuten forårsaker ulykker skader med varierende grad av alvorlighet. Små barn (0-4 år) er spesielt utsatt for brannskader.
- 15-20 % av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst depresjon og atferdsproblemer. Omtrent 8 % har så alvorlige problemer at det tilfredsstiller kriterier til en psykisk lidelse. I aldersgruppen 15-19 år er det en sterk økning i antallet som bruker antidepressive medikamenter (7).
- Forekomst av overvekt og fedme blant førskolebarn i Finnmark var 19 % (fedme alene 5 %) i 2007(8), forekomsten var 15 % i landsomfattende utvalgsundersøkelse i 2008(9). Mye tyder på at Nord Norge ligger høyere i forekomst sammenlignet med resten av landet (10, 11). Forekomst av overvekt og fedme varierer mellom urbane og rurale områder, samt med foreldrenes utdanning og inntekt (11). 77 % av barn med fedme vil også ha fedme i voksen alder (12) og barnefedme utgjør en stor risiko for både fysisk og psykisk helse (13).
- Omfang av fysisk vold mot barn varierer i ulike studier. Forekomst av vold utført av foreldre ble oppgitt av 25 %, 8 % opplevde grov vold fra en, 2 % grov vold fra begge og 10 % hadde vært vitne til at en av foreldrene ble utsatt for vold i oppveksten i følge en landsomfattende studie blant elever i 3. klassinger i videregående skole (14).
- 24 % av kvinner og 12 % av menn oppga at de hadde vært utsatt for seksuell krenkende adferd før fylte 16 år i en norsk undersøkelse og er samsvarende med internasjonale tall (15).
- I en undersøkelse fra USA og England rapporterte 8 - 9 % av kvinnene og ca 4 % av mennene at de var utsatt for psykisk vold gjennom barndommen (16).
- 10 % av norske skolebarn utsettes for mobbing i følge en norsk oversikts artikkel (17).
- Vold og overgrep kan skade barnets normalutvikling samt fysisk og psykisk helse. Det er viktig at man oppdager traumene tidlig slik at barna kan få raskt hjelp (15, 16).

Sykdomstilstander i norske barnavdelinger:

Sykdomspanoramaet har endret seg fra 1970-80- tallet hvor alvorlige infeksjonssykdommer dominerte ved barneavdelingene, mens vi nå ser mer av sammensatte lidelser som påvirker både fysisk og psykisk helse samt kroniske sykdommer som astma, allergi, eksem, diabetes og epilepsi.

”Tidligere var akutte infeksjonssykdommer en hovedårsak til innleggelse av syke barn. Nå er fokuset rettet mot sykdommer som kan komme til å prege resten av livsløpet, eksempelvis kreft, medfødte misdannelser, stoffskifte sykdommer og organsvikt. Andre tilstander slik som astma, fedme og psykisk lidelse øker i forekomst og krever mer oppmerksomhet fra helsevesenet”, fra Satsingsområder norsk pediatri 2011- 2015 (18).

- Imidlertid er økende antibiotikaresistens hos bakterier en alvorlig trussel for fremtidig medisinsk behandling (1) og kan igjen påvirke sykdomsbildet i barneavdelingene framover.

Mental og psykososial helse hos barn innlagt i barneavdeling

Tall viser at 25-30 % av alle norske barn stifter kontakt med somatisk sykehus før 5 års alder; enten for en akutt eller kronisk, banal eller alvorlig somatisk sykdom. 15 % av norske barn vurderes å inneha en kronisk somatisk sykdom, mens 5 % innehar en alvorlig kronisk somatisk sykdom; dvs. sykdom som affiserer barnet gjennom hverdagen. De mest vanlige sykdommene er astma, allergi, eksem, epilepsi og diabetes. 2-3 % av norske barn blir født med en eller annen form for medfødt misdannelse. De fleste studier av barn og unge med alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom, medfødt misdannelse eller fysisk funksjonshemming viser 2-3 ganger økt forekomst av mentale, psykososiale og familiære problem sammenlignet med somatisk friske barn; gjennomsnitt 25-50 % i de fleste studier(19).

Medisinsk uforklarlige fysiske plager eller funksjonelle kroppslige plager (Functional Somatic Symptoms, FSS) utgjør en stor utfordring i klinisk arbeid ved barneavdelingene. I en studie blant 5-7 åringer fra Danmark fant man at forekomsten av FSS var 23,2 % og symptomer fra ben, magesmerter og hodepine var dominerende (20). Flere studier har vist en assosiasjon mellom funksjonelle kroppslige plager og angst, depresjon i barnealder samt svekket fysisk og psykisk helse senere i livet. Somatiseringen starter tidlig og forfattere understreker nødvendigheten av preventive tiltak (20, 21)

Det ble i 1960-70 årene konstatert at hospitalisering i barnealder kunne medføre økt risiko for langvarige følelses- og atferdsmessige vansker. Et resultat av denne erkjennelse ble ”Forskrifter om barn på sykehus” fra 1988 med påfølgende revisjoner. Forskriftene stadfester barns rettigheter i forhold til opphold kun på sykehusavdelinger tilpasset barns behov, rett til aktivisering og undervisning, samværsrett med pårørende, dekning av pårørendes utgifter og rett til informasjon (22). Til tross for denne forskriften kan man fortsatt stille spørsmål om sykehusinnleggelse kan representere risiko for psykiske problemer, dette pga 3 forhold:

- I. Adskillelse/separasjon pga fravær av nær omsorgsperson eller fra det kjente (“trussel om egen/andres alvorlige skade eller død”).
- II. Tap av kontroll pga sykehusrutiner og behandlingsprosedyrer (“trussel mot egen integritet”)
- III. Smertefulle prosedyrer ift erkjennelsen at barn har sterkere smerteopplevelse, kraftigere smerterespons og større individuell variasjon enn voksne (“trussel mot egen kropp”).

Vanlige senreaksjoner hos det somatisk syke barnet kan være dårlig selvfølelse, forstyrret kroppoppfatning, annerledesfølelse, manglende selvstendighet, isolasjon, avhengige, krevende, grenseutprøvende adferd og psykosomatiske reaksjoner (hodepine, magesmerter), noe som lett legitimerer skolefravær og tilbaketrekking.

Konsultasjon Liaison (CL) – psykiatri

Defineres som psykososialt arbeid/virkosomhet/tjenester rettet mot somatisk barneavdelings pasientgrupper og personale. *Målsettingen er å fremme det somatisk syke barnets mentale helse og psykososial fungering og å bidra til god sykdomsmestring - for derigjennom å forebygge uheldige sykdomskonsekvenser for både pasient og familien; inkludert søsken.* I tillegg brukes denne ressurs i avdelingen ved utredning av barn og unge med sammensatte, kompliserte psykosomatiske tilstander.

Av landets BUP poliklinikker, har omkring 40 % et løpende regulært samarbeid med områdets lokale barneavdeling med minst en fast spesialist deltid (20-50 %) eller fulltids engasjert som BUP CL psykiater. Flere større avdelinger har CL team. Oslo universitetssykehus har 30 stillinger, mens Sykehuset i Østfold (befolkning 260 000), Vestfold (240 000) har begge 3 *100 % stillinger (19, 23).

Barneavdelingen i Finnmarkssykehuset

1982 ble barneposten ved Hammerfest Sykehus åpnet med 15 sengeplasser og faste sykepleiere. Kun en overlege i barnemedisin hadde fram til da hatt døgnkontinuerlig vakt, og man tilsatte overlege nr to i Hammerfest i 1988. Overlegestillingen ved Kirkenes hadde stått ledig siden 1986 og en tredje overlegestilling ved Hammerfest ble opprettet i 1989 under forutsetning av at barnelegene i Hammerfest skulle ambulere til Kirkenes. Fra 1989 startet man arbeidet med å samlokalisere barnepost og fødeavdeling i 5. etasje og 6.juni 1990 åpnet barneombud Trond Viggo Torgersen de nye lokalene med sengetall 15 for store barn og 4 kuvøse plasser. 1.september 1991 fikk barneposten på Hammerfest Sykehus avdelingsstatus med Hans Petter Fundingsrud som avdelingsoverlege. I 1995 fikk avdelingen gruppe II godkjenning for utdanning i barnemedisin og assistentlege ble tilsatt(24).

Sykehusets oppgaver er i følge lov om spesialisthelsetjenester § 3-8 (25)

- 1) **Pasientbehandling**
- 2) **Utdanning av helsepersonell**
- 3) **Forskning**
- 4) **Opplæring av pasienter og pårørende**

1. Dagens behandlingstilbud

Barneavdelingen er foretaksovergripende, har akuttmottak funksjon for hele barnebefolkningen i Finnmark totalt 16 109 <18 år pr 01.01.15 (SSB). Avdelingen tar i mot barn og unge fra svangerskapsalder 32 uker til 18 år og den drives som et barnesenter med ansvar for tilstander innenfor fagområdene barnesykdommer, generell kirurgi, ortopedi og fagområdet øre-nese-hals. Avdelingen har redusert sengetallet og har nå 3 tekniske senger for nyfødte og 8 senger for store barn.

Bemanning

Enhet for sengepost og poliklinikk barn har totalt 24,5 stillinger. 21, 2 er i turnus arbeid mens 3,3 er ansatt på dagtid (avdelingssykepleier 100 %, fagsykepleier 80 %, diabetessykepleier 50 %, assistent 100 %). 21,2 stillinger er akkurat ikke tilstrekkelig for å få en turnus til å gå opp med "hinkehelg" (3+2+3) og man er avhengig av noe innleie.

Beredskap: Barn utsatt for traume hvor traumeteam er utløst og bevisstløse barn tas i mot i akuttmottaket, for øvrig kommer alle barn under 18 år (medisinske, kirurgiske og nyfødte) direkte til akuttrommet eller nyfødtenhet i barneavdeling og blir stabilisert her. Man sikrer da at alle barn blir mottatt og tatt hånd om etter forskrift for barns opphold i sykehus (Forskrift). De blir fortrinnsvis tatt hånd om av samme personale under oppholdet med kunnskap og erfaring med barn, i et miljø tilpasset barnas behov. Et unntak er foreløpig elektive dagkirurgiske barn. Med en slik organisering har avdelingen en beredskaps funksjon i tillegg til å være sengeavdeling. Gjennom ulike vurderinger gjennom årene er man kommet fram til at bemanning på 3 på hver vakt er et minimum for å kunne ivareta innlagte barn i nyfødtenhet, større barn i avdeling (kirurgiske og medisinske) samt mottak av øyeblikkelig hjelp pasienter (nyfødte og større barn). Ved unntakstilfeller der man ikke har innlagte i nyfødtenhet, har man innført sparetiltak ved å unngå innleie ved akutt sykdom hos personale og praktisert bakvaksordning og samarbeid med føde/gynekologisk avdeling.

Enhet for barneleger har 4 overlegehjemler og 2 ordinære hjemler for leger i spesialisering. På grunn av tidligere mangel på bofaste overleger i full klinisk stilling har bemanning på dagtid i lengre perioder bestått av 2 overleger i klinisk arbeid; hhv en avtroppende og en påtroppende i vakt. Tilgang på behandlingsrom ved poliklinikken har derfor vært tilpasset dette behov. Med unntak av 1 overlegestilling (som venter på lege som er gruppe 1 tjeneste i Bergen) er alle legestillingene nå besatt med fast ansatte. To fast ansatte (i totalt 0,75 % stilling) pendler til Hammerfest.

Aktivitet

I 2014 var det totalt 856 innleggelser i barneavdelinga hvorav 574 av disse var innlagt som øyeblikkelig hjelp (67 %). Disse kan fordeles på barnepost kirurgi 298, hvorav 127 ortopedi og 171 generell kirurgi. 558 barnemedisinske pasienter hvorav 69 nyfødte og 489 større barn. Det var 1795 polikliniske konsultasjoner ved barnepoliklinikken i Hammerfest, 272 i Alta, 16 i Karasjok, 273 i Kirkenes, totalt 2356 konsultasjoner.

Ambulering

Alle henvisninger blir vurdert av barnelege i Hammerfest. Ut i fra henvisningsårsak blir det vurdert hvor pasienten skal få tilbud om konsultasjon. Barnenevrologi og mer sammensatte, kompliserte problemstillinger som krever flerfaglig tilnærming lokaliseres til Hammerfest. Avtale om ambulering gjøres med hver enkelt overlege og er basert på frivillighet jfr sentrale avtaler. De senere årene har "pendlerne" vært i flertall blant overlegene, og vært godt motivert for å jobbe ekstra og påta seg ambulering. Dette vil kunne endre seg med flere

bofaste overleger. Sannsynligvis vil man måtte benytte mer innleie. Det er et betydelig antall ambuleringsdager pr år.

Tabell 1 Antall dager med ambulering 2003-2015 (kilde P. Ivan).

År	Alta	Karasjok	Kirkenes	Sum
2003	19	0	57	76
2004	17	0	61	78
2005	20	0	63	83
2006	22	2	75	99
2007	32	5	58	95
2008	16	4	40	60
2009	18	3	42	63
2010	10	2	47	59
2011	4	2	54	60
2012	22	4	42	68
2013	29	1	42	72
2014	40	3	39	82
2015	40	2	44	86

De vanligste diagnosegrupper innlagt i avdelingen (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering SKDE):

Barnemedisinske barn (store barn og nyfødte): Virusinfeksjoner, diabetes mellitus, væsketap, epilepsi, akutte infeksjoner i de øvre luftveier, pneumoni, bronkiolitt, astma, respirasjonssvikt, gastroøsofageal refluks, ulcerøs colitt, funksjonelle forstyrrelser i tarm (inkludert obstipasjon), atopisk dermatitt, prematuritet, respirasjonsbesvær hos nyfødt, smerter i buk og bekken, synkope og prolaps, kramper ikke klassifisert annet sted, uteblivelse av forventet normal utvikling, forgiftninger med terapeutiske legemidler og biologiske substanser, medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander.

Kirurgi, orotopedi, Øre-Nese-Hals: Appendicitt, dislokasjon, intrakraniell skade, brudd i skulder og overarm, brudd i underarm, brudd i kne, legg eller ankel, brannskade, kroniske sykdommer i mandler og adenoid vev, smerter i buk og bekken.

Kapasitet

Det er generelt god kapasitet vedrørende innleggelser, noe mer ventetid på poliklinikk (12 uker) og spesielt kontroller. Begrensende faktor for økt aktivitet på dagtid (dagpasienter og

poliklinikk) har vært leger tilstede på dagtid samt tilgjengelige kontorer både for leger og sykepleiere.

Kompetanse

I barneavdelingen er det ansatt 12 autoriserte sykepleiere med spesialutdanning (10 sykepleiere med videreutdanning barnesykepleie, 1 sykepleier videreutdanning intensiv, 1 sykepleier videreutdanning psykiatri). 1 sykepleier har videreutdanning i diabetes og avdelingen utdanner nå ytterligere 1 sykepleier med denne kompetansen. I tillegg har avdelingen 1 hjelpepleier med kompetanse i EEG undersøkelse, utredning for kramper/epilepsi. Sykepleiere som også rullerer i poliklinikk gjør blant annet følgende undersøkelser: Spirometri, prikktest, allergivaksinasjon, astma/eksem veiledning. Avdelingen tar imot nyfødte fra uke 32 og ungdom opp til fylte 18 år og fungerer som barnesenter som også inkluderer ØNH- barn, kirurgiske, ortopediske sykdommer inkludert brannskader. Innleggelsene spenner derfor bredt i det medisinske fagfeltet. Når det gjelder fagområdet barnemedisin dekkes følgende ferdypningsområder: Nevrologi, gastroenterologi, endokrinologi inkludert diabetes, hematologi/onkologi og en av overlegene i 25 % stilling videreutdanner seg i nyfødt medisin.

Det eksisterer ved barneavdelingen følgende faggrupper som består av leger, sykepleiere og barnepleiere innen fagområdene: Astma/allergi/eksem, endokrinologi og diabetes, nyfødtmedisin, smerte og kirurgi, gastroenterologi og ernæring. I tillegg deltar avdelingen med lege og sykepleiere i nasjonalt legemiddelnettverk for barn. De ulike faggrupper bidrar til fagutvikling ved avdelingen; skaffer seg nye kunnskaper ved litteratursøk, kurs og driver opplæring av kolleger i avdelingen, driver utadrettet virksomhet i forhold til foreldre og kommunehelsetjeneste.

Ved poliklinikkene i Kirkenes, Karasjok og Alta har man hjelpepersonell med kompetanse i spirometri og prikktest. Flowmetri kan utføres ved Alta og Kirkenes og EEG undersøkelse kan utføres på større barn i Kirkenes.

Akutt beredskap og ferdighetstrening

Barnavdelingen har egen utdannet APLS (Advanced Pediatric Life Support) som deltar årlig ved landsdekkende kurs for barneleger og anestesileger i tillegg til lokale instruktør oppdrag i regionen. Flere sykepleiere har BEST fascilitator utdanning og avdelingen organiserer systematisk ferdighetstrening rettet mot nyfødte og større barn flere ganger årlig i samarbeid med akutt, føde og intensiv avdelingene ved Hammerfest Sykehus. I tillegg deltar APLS instruktør og sykepleiere fra barn ved nyfødt resusciterings kurs ved Kirkenes Sykehus i samarbeid med nyfødt gruppa lokalt og barnelege deltar sammen med barnelege fra Tromsø ved nyfødt resusciterings kurs ved fødestua i Alta. Det er ansatt en BEST koordinator i 15 % stilling for å ivareta ferdighetstrening og prosedyrer ved mottak av alvorlig syke barn (barneteam).

Rekruttering og stabilisering

I enhet for sykepleiertjenester har 3 sykepleiere med videreutdanning sluttet siste 2 år, bekymring for økt vaktbelastning i helger har blitt oppgitt som grunn. Det har siste år ikke

søkt sykepleiere med videreutdanning i barnesykepleie til avdelingen og ingen søkere fra Finnmark til videreutdanningen i Tromsø. Det siste halvåret har sykefraværet i avdelingen økt til 12 % og det er en viss bekymring for situasjonen.

Legebemanningen har i flere år vært noe ustabil etter at bofaste overleger ble pensjonister. Utover to nye bofaste overleger fikk man ikke rekruttert flere. Fra 2012 fikk man knyttet til seg en fast overlegestab i deltidstillinger med pendling til Hammerfest. I løpet av 2015-16 kommer to ferdig utdannede overleger med bakgrunn fra Finnmark tilbake til Hammerfest Sykehus etter endt spesialisering. Situasjonen på legesiden ser derfor ut til å være stabilisert og man har hatt god søkning til utdanningsstillinger (LIS).

Barnehabiliteringen

Bemanning

Barnehabiliteringen er et tverrfaglig team på 6 personer bestående av følgende faggrupper: psykologspesialist, fysioterapeut, vernepleier, sosionom og spesialpedagog. Pediatr på barneavdelingen har det medisinskfaglige ansvaret. Pr. i dag deltar barnenevrolog fra barneavdelingen i samarbeid med teamet rundt enkeltbarn når han er tilstede (ca 50% av tiden), et samarbeid som fungerer godt. Det er imidlertid behov for større formalisert tilstedeværelse av overlege i pediatri for å få styrket den medisinske kompetansen i teamet. Til sammenlikning har UNN to 100 % overlegestillinger i pediatri tilknyttet barnehabiliteringen alene.

Aktivitet

Barnehabiliteringen utreder og diagnostiserer barn i våre lokaler. Dette utføres vanligvis som et poliklinisk opphold på 1-2 dager, og hvor min. 3 fagpersoner deltar. Teamet gjør også utredning av barn som er innlagt i barneavdelingen. Teamet ambulerer til alle kommunene i Finnmark ved behov for oppfølging, igangsetting av tiltak, veiledning og opplæring av foresatte/personale rundt barnet. En del av veiledningen og oppfølgingen skjer via telematikk når det er mulig. Barnehabiliteringen holder diagnoserettede kurs både for foreldre og fagpersoner i kommunen og utstrakt kompetanseoverføring.

Kompetanse

Barnehabiliteringen følger retningslinjene i Helse Nord for utredning, diagnostisering og behandling av barn og unge med autismespekterforstyrrelser. Gjennom godt flerfaglig samarbeid siden 2006 har man opparbeidet seg betydelig kompetanse på feltet. I forhold til barn med Cerebral Parese (CP) er det et nasjonalt oppfølgingsprogram (CPOP) hvor barnehabiliteringen er koordinator for oppfølgingen i Finnmark. Barna blir fulgt opp jevnlig, 1 – 2 ggr/år. Dette gjøres i samarbeid med barnenevrolog som har lang erfaring i botox behandling. I tillegg deltar enheten i CPhab, som er et landsomfattende forskningsprosjekt på barn i forskolealder med CP.

Barnehabiliteringen har kompetanse på alternativ & supplerende kommunikasjon og gir veiledning i dette til barn som har behov for det. Barnehabiliteringen har videre god

kompetanse på barn og unge med psykisk utviklingshemming. Dette er en av de største målgruppene innen habilitering.

Vernepleier har videreutdanning i sexologi fra Universitet i Agder, og kompetanse/erfaring fra deltakelse i fagnettverket ”rettssikkerhet for utviklingshemmede ved lovbrudd” i Helse Nord. Spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten) har plikt til å bistå kommunene i forhold til kartlegging og iverksetting av tiltak ift. Helse- og Omsorgstjenesteloven (KHOL) kap. 9, bruk av tvang og makt og denne kompetansen benyttes her.

Samarbeid med andre

- I samarbeid med barneavdelingen etablerer man nå et spiseteam bestående av sykepleier og lege fra barneavdelingen, fysioterapeut, spesialpedagog fra Barnehabiliteringen og dietetiker fra medisinsk avdeling. UNN har ikke lenger kapasitet til å behandle barn fra Finnmark med spisevansker.
- Barnehabiliteringen har fast samarbeid med BUP- vest om utredning i forhold til autismespekterforstyrrelser, 3-4 g/semester. Det samarbeides også med BUP om andre barn som er i ”gråsonen” mellom psykiatri og habilitering.
- Barne- og voksenhabiliteringstjenesten Finnmarkssykehuset samarbeider i forbindelse med overgangen til voksen når pasienten fyller 18 år. Teamene samarbeider også i enkeltsaker når det er behov for spesiell kompetanse som ett av teamene har.
- Barne- og voksenhabiliteringstjenesten i Finnmarkssykehuset har i samarbeid med fylkesmannen i Finnmark utarbeidet ”Håndbok om utviklingshemming og seksualitet, hvordan forebygge og håndtere overgrep” (sist revidert i 2014).
- I samarbeid med fylkesmannen i Finnmark og 4 kommuner, deltar barnehabiliteringen i ”Ressurs- og nettverksgruppe” vedr. KHOL kap. 9, rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemming.
- Barnehabiliteringen samarbeider med NAV – HMS, både om enkeltsaker, og med kursing/opplæring.

I Helse Nord er det etablert flere fagnettverk innen habilitering. Barnehabiliteringen deltar i følgende nettverk:

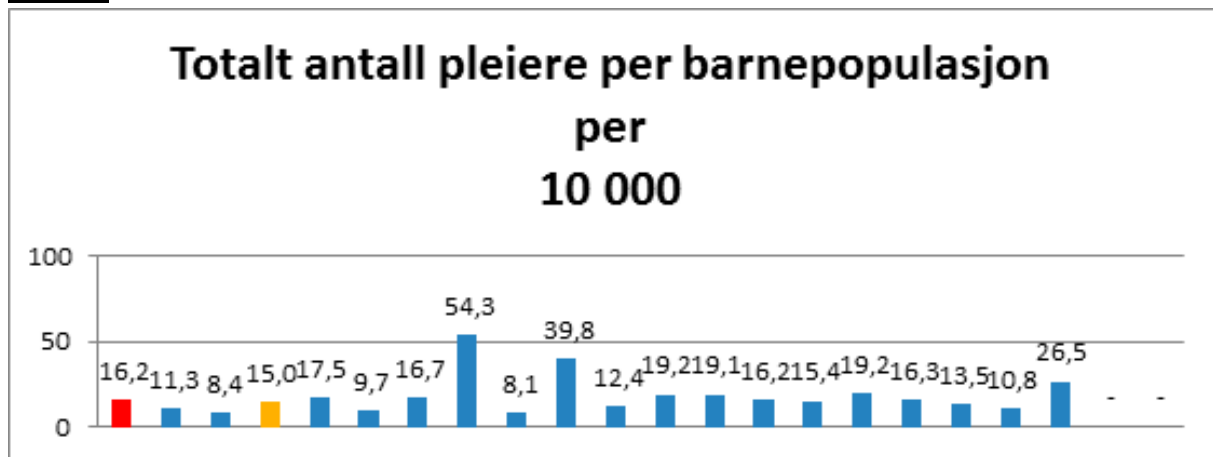
- Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)
- Intensiv habilitering
- Regionalt ledernetverk
- Fagnettverk om seksualitet og funksjonsnedsettelse
- Fagnettverk autisme, tidlig og intensiv opplæring basert på intervensjon anvendt atferdsanalyse (TIOBA)

Sammenlikning med andre barneavdelinger i Norge

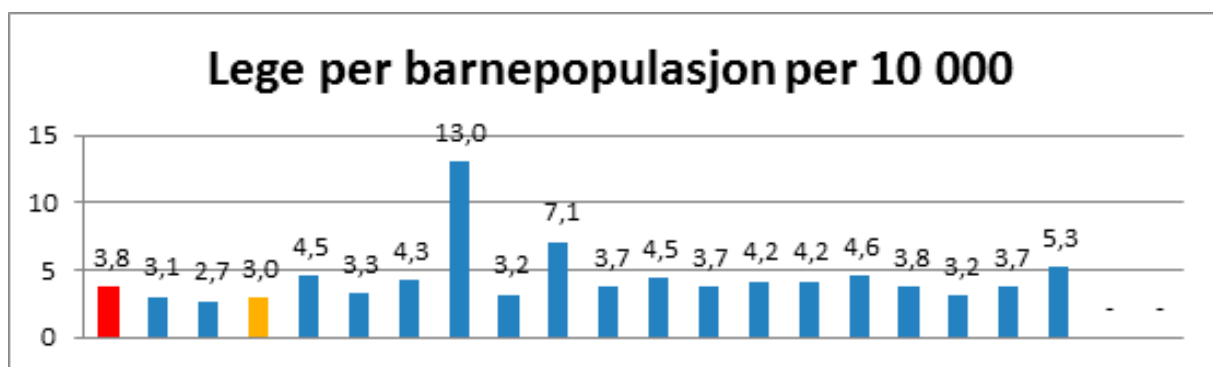
Barneavdelingen leverte informasjon til en nasjonal benchmarking av norske barneavdelinger våren 2013, data fra 2012. Her kan man sammenligne avdelingen med andre med hensyn til dimensjonering og bemanning. Tallene ble presentert på barnelegemøtet i Kristiansand juni 2013 ved leder for barnelegeforeningen, klinikkisjef PhD Jan Petter Odden. Noen av tallene

ble justert i etterkant for enkelte avdelinger (ikke Hammerfest) men hovedtrekkene er de samme. Barneavdelingen i Hammerfest er avmerket gul mens median er rød.
 Det må presiseres at dette er data for 2012 og er upubliserte.

Figur 1

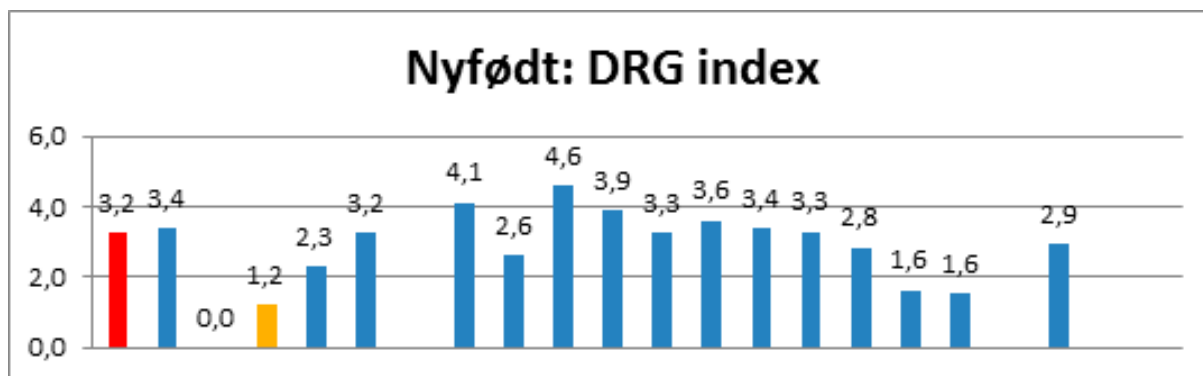


Figur 2

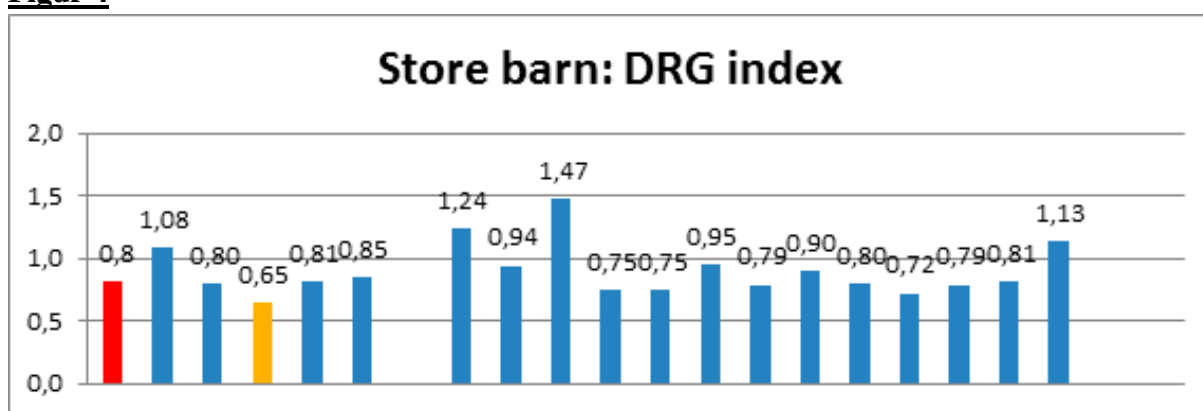


Barneavdelingen i Hammerfest ser ikke ut til å skille seg ut vedrørende bemanning i forhold til barnepopulasjon, ligger noe under median både for pleiere og leger pr barnepopulasjon. Det kan også nevnes at barneavdelingen i Førde med ansvar for 107 000 innbyggere med omtrent samme funksjonsfordeling som barneavdelingen i Finnmark (tar imot barn > 31 uker) har 8 overleger ansatt hvorav 7 i vakt og 4 LIS stillinger. (Meddelt overlege Per Helge Kvistad 27/2-15)

Figur 3



Figur 4



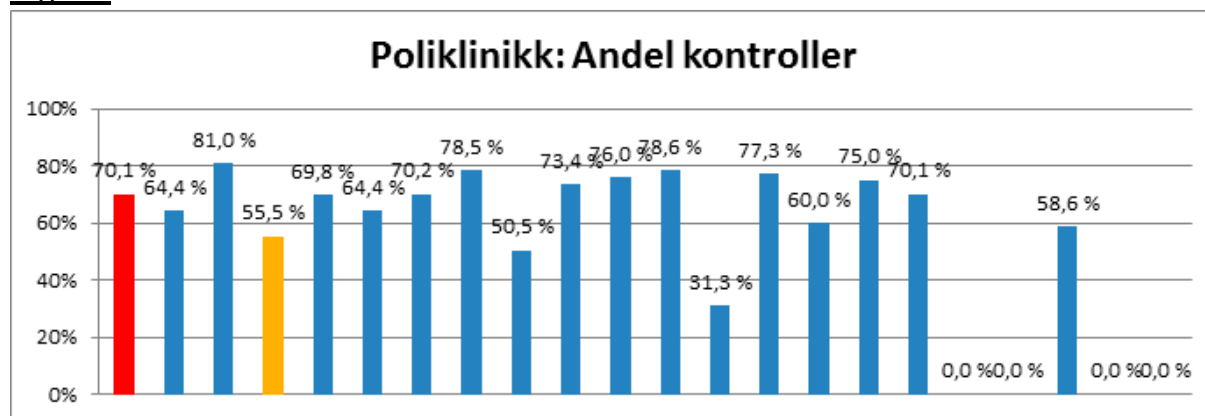
Avdelingen ligger noe lavt i DRG både for nyfødte og store barn, her er det mange faktorer som spiller inn. Spesielt kan små forandringer gjøre store utslag vedrørende nyfødt DRG.

Figur 5



Avdelingen ligger nært median i antall elektive polikliniske konsultasjoner pr befolkning.

Figur 6



Det er et mål å sørge for færre kontroller i forhold til nyhenviste i poliklinikk for å øke kapasitet, poliklinikken i Hammerfest ligger likevel godt under median for kontroller i forhold til landet for øvrig.

I forbindelse med arbeid med helseatlas for barn som er startet i 2015 (Data fra SKDE) uttaler overlege PhD Atle Moen følgende: ” Generelt er forbruksratene for barnemedisin i Finnmark nøyaktige og avdelingen skiller seg fra flere andre mindre barneavdelinger i Norge ved at både innleggelsesrater og poliklinikk-rater ligger rundt gjennomsnittet eller i den nedre delen av det nasjonale variasjonsspekteret. Derfor er det lite trolig at det ligger vesentlige effektiviseringsgevinster eller økonomiske besparelser i å avvikle avdelingen og overføre pasientstrømmen til barneavdelingen ved UNN”

Pasientstrømmer

UNN BUK 2014

- 679 polikliniske konsultasjoner (Alta 247, Sør-Varanger 80 Hammerfest 59)
- 31 innleggelser ved nyfødt intensiv (Alta 9, Sør-Varanger 4, Hammerfest 6)
- 106 dagbehandlinger (Alta 30, Sør-Varanger 11, Hammerfest 14)
- 124 innleggelser (Alta 48, Sør-Varanger 9, Hammerfest 23)

Avansert nyfødtmedisin, akutt kardiologi og pasienter med barnerevmatologiske problemstillinger og kreftmistanke skal ha sin videre utredning, diagnostisering og oppfølging ved UNN i et godt fungerende samarbeid. Det gjelder også andre mer kompliserte problemstillinger som krever utredning på regional nivå.

Ved bruk av fly, kan det bli overflygninger til Tromsø på grunn værforhold. I arbeidsgruppemøter er det kommet opp som tema at man observerer overflygninger selv

om været er bra i Hammerfest og det kan oppleves som at reiseruten var forutbestemt. Arbeidsgruppen har ikke sett nærmere på dette.

Tabell 2. Spesialistkonsultasjoner av barn fra Finnmark (SKDE)

Antall poliklinisk konsultasjoner/spesialistkonsultasjoner, etter boområde og behandler, barn 0-16 år, bosatt i Finnmark, gjennomsnitt, 2011-2013

Boområde/behandler		Antall	Prosent
Alta	Spes.pol. Alta/Alta helsesenter	9	0 %
	Klinikk Kirkenes	7	0 %
	Klinikk Hammerfest	973	47 %
	UNN HF	429	21 %
	Priv. sykehus	1	0 %
	Priv. avt.spes.	611	29 %
	Andre offentlige behandlere	46	2 %
	Alle behandlere	2075	100 %
Hammerfest	Klinikk Kirkenes	1	0 %
	Klinikk Hammerfest	897	84 %
	UNN HF	122	11 %
	Priv. avt.spes.	32	3 %
	Andre offentlige behandlere	21	2 %
	Alle behandlere	1072	100 %
Rest Vest-Finnmark	Klinikk Kirkenes	9	1 %
	Klinikk Hammerfest	835	63 %
	UNN HF	320	24 %
	Priv. sykehus	0	0 %
	Priv. avt.spes.	124	9 %
	Andre offentlige behandlere	37	3 %
	Alle behandlere	1326	100 %
Sør-Varanger	Klinikk Kirkenes	738	77 %
	Klinikk Hammerfest	38	4 %
	UNN HF	155	16 %
	Priv. avt.spes.	2	0 %
	Andre offentlige behandlere	25	3 %
	Alle behandlere	958	100 %
Rest Øst-Finnmark	Klinikk Kirkenes	693	64 %
	Klinikk Hammerfest	151	14 %
	UNN HF	186	17 %
	Priv. avt.spes.	10	1 %
	Andre offentlige behandlere	38	4 %

	Alle behandlere	1079	100 %
--	-----------------	------	-------

Behandling ved UNN varierer mellom de ulike boområdene med 11-24 % .

I følge tall fra SKDE kategoriseres 10 % under diagnose Z.03.8 Observasjon og 47,5 % under Andre diagnoser.(Vedlegg 4)

2. Utdanning av helsepersonell

Avdelingen har 2 leger i utdanningsstilling (LIS) for barnesykdommer hvor man nå får tellende 3 av 5 år til spesialiteten i pediatri. Fast intern undervisning for leger, to forelesningstimer á 45 min. ukentlig avholdes i henhold til retningslinjene. Årlig rapportering til Legeforeningens system for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger (SERUS) og avdelingen fikk siste år god tilbakemelding på utdanningsvirksomheten ved avdelingen. Fra 2015 kreves også etterutdanningsplan for overlegene ved avdelingen. Turnuslegene har til sammen 3 uker i tjeneste ved barneavdelingen integrert i sin medisinske tjeneste og er primærvakt ved akutte innleggelser av barn > 6 uker. Spesialsykepleierstudenter i barnesykepleie har praksis tjeneste ved barneavdelingen. Pediatri er en av de sentrale fagområder på 6.året medisin ved UiT Norges Arktiske Universitet. Ved opprettelse av utdanningstilbud for 6.års studenter i Finnmark vil barnemedisin være ett av hovedområdene det undervises i. Det er beregnet at avdelingen trenger 40 % stillingsøkning av overlege for å kunne ha en buffer for å sikre kapasitet til undervisning. Denne økningen (gjelder også andre avdelinger) inngår i budsjettet til prosjektet "Regionalisering av medisinerstudiet til Finnmark".

3. Forskning

Aktivitetsskolen i Finnmark var en randomisert kontrollert studie (RCT) gjennomført i perioden 2009-2013 for å teste ut hvorvidt ukentlig fysisk aktivitet, veiledning av flerfaglig team samt friluftsskole organisert i grupper av familier (flerfamilie) var mer effektiv behandling for overvektige barn enn veiledning hver familie individuelt (enkeltfamilie). Resultatene er publisert i ADC /BMJ og doktorgrad avlagt desember 2014. Resultatene viste en beskjeden forskjell i favør av *Flerfamilietilbudet* i endring av kjønns- og aldersjustert KMI og midjemål, men ingen forskjell i utvikling i ren KMI. Begge gruppene samlet viste reduksjon av overvekt og bedring i psykisk helse. *Flerfamilietilbudet* kan synes noe mer effektivt, men var også mer ressurskrevende. Samlede resultat kan tyde på at kompetanseheving, systematisk samarbeid mellom 1. og 2.linjetjeneste og løsningsfokuset veiledning har vært til hjelp for familier i begge grupper. Det er planlagt å søke postdoc stipend for å analysere data vedrørende fysisk aktivitet, kondisjon og blodprøver fra studien i tillegg til 3 års resultatene. Det var også opprinnelig planlagt et pasientregister for overvektige barn i forbindelse med utarbeidelse av det nye pasientforløpet ved Finnmarkssykehuset til bruk for kvalitetsutvikling og videre forskning. I tillegg er en ny oppfølgingsstudie under planlegging, basert på erfaringer fra Aktivitetsskolen i Finnmark i et samarbeid med ulike aktører tilknyttet UiT Norges Arktiske Universitet og Tromsø kommune.

4. Læring og mestring

Det drives lærings- og mestrings kurs ovenfor pasienter og pårørende innenfor områdene diabetes, astma, eksem og allergi i tillegg til daglig veiledning av familier i avdeling og poliklinikk. 50 % LMS koordinator ved Hammerfest Sykehus oppleves marginalt for å oppnå mer utadrettet virksomhet.

Flaskehals i pasient forløp identifisert

- Elektiv ultralyd undersøkelse av hjerte hos barn > 1 år med nyoppdaget hjertebilyd eller erkjente hjertefeil som trenger kontroll. Alle barn med denne problematikk har siste år blitt viderehenvist til BUK UNN etter gjeldende praksis og da man ikke lenger har fast ansatt barnelege med cardiologi /ecco kompetanse i Hammerfest. Barn med akutt behov for ultralyd undersøkelse av hjerte skal uansett henvises direkte til UNN etter retningslinjene.
- Kontinuitet innen fagområdene diabetes, barnenevrologi og gastroenterologi.
- Astma, allergi og eksem, nye behandlings muligheter innen allergivaksinasjon har ført til økt pågang.
- Barn med ufrivillig avgang av urin, flaskehals mht behandlings ressurs og kompetanse.
- Barn med ufrivillig avføring, flaskehals mht behandlings ressurs og kompetanse.
- Ved bedre samhandling med kommunen, kan kapasitet utnyttes bedre.
- Barn med fedme. Barnepoliklinikken har pr i dag kapasitet og kompetanse til utredningen, men ikke til selve livsstilsbehandlingen.
- MR undersøkelse av barn i narkose, kan ikke utføres ved Finnmarkssykehuset og må utføres ved BUK, UNN.
- Det er anbefalt at barn i førskolealder med en autismspekterdiagnose gis intensiv opplæring da dette erfaringsmessig er det som gir best resultater. For barnehabiliteringen er det med dagens bemanning ikke mulig å gi slik tidlig intervensjon i det omfanget som er anbefalt.

Fagområder i dag med utviklingspotensial

- Utredning av barn med sammensatt symptombylle.
- Iverksetting av pasientforløp for barn med fedme og deres foreldre som ønsker livsstilsbehandling.
- Barn som mistenkes utsatt for seksuelle overgrep eller mishandling.

Dagens drift oppsummering:

- Dimensjonering av bemanning er nøktern
- Legebemanning dagtid har vært marginal
- Kapasitet vedrørende innleggelse er god, mens kapasitet poliklinikk/dagbehandling bør forbedres og krever både areal og legeressurs

- Avdelingen driver god ambuleringsvirksomhet, ordningen må baseres på frivillighet
- Avdelingen gir foreløpig i liten grad et formalisert tilbud til ”nye” pasientgrupper innen overvekt, sosial pediatri og psykosomatikk
- Kompetanseheving innen barne- og ungdomspsykiatri og sosial pediatri er nødvendig for å utvikle tilbud innenfor disse områdene
- Kontinuerlig kompetanse heving er nødvendig for å gi et godt tilbud med den faglige bredden barneavdelingen representerer i dag

Fremtidig organisering av barneavdelingen

Man ønsker å bedre kvalitet, omfang og tilgjengelighet av tilbudet. Dessuten må avdelingen tilpasse seg dagens sykdomsbilde, som preges av kroniske sykdomstilstander som krever lang oppfølging og overgang til voksen, samt nye sammensatte sykdomstilstander som ikke så lett sorteres under hverken somatikk eller psykiatri alene.

Arbeidsgruppa har innhentet innspill fra ulike aktører og det utpeker seg følgende hovedområder for utvikling.

Større fokus på dagdrift

Arbeidsgruppa foreslår **bedre organisering av poliklinikk**. Det foreslås at en sykepleier i 20 % stilling får ansvar for koordineringen av poliklinikk, booking av rom, logistikk ved supplerende undersøkelser, tilstrekkelig ressurser og kompetanse til stede for de aktuelle pasienter. Dette blir en kvalitetssikring og vil samtidig sikre god ressursutnyttelse av den kompetansen barnepoliklinikken til enhver tid har tilgjengelig. Man regner med å kunne ta denne ressursen innenfor ordinær drift.

Arbeidsgruppa og underutvalg for areal har sett på (og delvis iverksatt) **bruk av rom N5509**. På grunn av vridning fra døgn til dag i 2014, ble sengetallet redusert fra 11 til 8 senger for barne- og ungdomspasienter. Det ble samtidig besluttet å bruke N5509 til kombinert dagbehandlingsrom både for dagkirurgiske og dagmedisinske pasienter samt polikliniske pasienter. Dagkirurgiske barnepasienter tas fremdeles imot sammen med voksne, nå gjenstår kun noen administrative prosedyrer for at barneavdelingen kan ta hånd om disse. Pasientene som allergivaksineres, skal observeres i avdelingen fra minimum 30 minutter til flere timer, avhengig hvor langt de er kommet i behandlingsforløpet. Denne observasjonen krever allergiberedskap med tilgang til oksygen, seng og sykepleier til stede. Dagmedisinske pasienter skal ha behandling med mulighet for overvåkning og seng. Dagkirurgiske pasienter skal tas i mot, vente i forkant av operasjon og observeres på post etter inngrep og inntil de

reiser hjem. Rommet er planlagt delt i to, hvor man ønsker plass til 2 senger hvor sengeliggende pasienter observeres. Den andre del av rommet er tiltenkt allergivaksinerings. Dersom det er behov, kan man også benytte rommet til inneliggende pasienter. Personale i avdelingen vil ha ansvar for dette rommet og det vil ikke kreve ekstra personalressurser (Vedlegg 3).

Man foreslår **2 sykepleiere i poliklinikk** daglig for ivaretagelse av supplerende undersøkelser; spirometri, prikktest, EKG, blodtrykk, undersøkelse i forbindelse med diabetes (infiltrater, stikketeknikk), overvekt (bioimpedans måler, midjemål, høyde, vekt evt. kondisjon) samt opplæring og veiledning innenfor mange områder inkludert astma, allergi, eksem, epilepsi, mage/tarm, overvekt, diabetes, uroterapi, obstipasjon og enkoprese. I tillegg anbefales flerfaglig tilnærming og samtale sammen med lege og andre faggrupper ved mer sammensatte problemstillinger. Man tenker seg en oppgaveglidning fra lege til kompetent sykepleier. På denne måten vil man kunne håndtere flere pasienter og øke kvalitet både på behandling og opplæring/veiledning. Tiltaket er planlagt gjennomført uten økning i personalressurser.

Det er ønskelig å øke aktivitet ved poliklinikk med 2 overleger som har poliklinikk daglig i tillegg til lege i utdanningsstilling (LIS). De senere år har det vanligvis vært kun 1 overlege med full poliklinikk daglig mens overlege 2 har hatt pasienter "innimellom" avdeling og vaktarbeid. Arbeidsgruppa og legene selv har foreslått at man skiller disse rollene og at konsultasjonene i poliklinikk i større grad kan foregå uforstyrret. Det krever at man har 3 behandlingsrom for leger i poliklinikk og at overlege som har ansvar for sengeavdeling har annen kontor plass (Vedlegg 3).

For å få til en bedre legebemannings på dagtid og betjene poliklinikk i Hammerfest, Alta, Kirkenes og Karasjok, foreslås en 50 % overlegestilling. I tillegg anbefales en 50 % stilling overlege / barnenevrolog tilknyttet barnehabilitering.

Dersom man regner at 12 % av de som henvises til spesialisthelsetjenesten fra Finnmark (3035 pasienter i 2014) har behov for å komme til regionalt nivå, så utgjør dette 364 barn, mens det i praksis behandles 679. Det kan derfor være et potensiale for å behandle differansen (vel 300 barn) i eget fylke. Det kan også samsvare med tall fra SKDE vedrørende diagnoser. 57 % hadde andre diagnoser. Det vil også kunne ha betydning om man har tilgjengelig spesialist i fagområdene ØNH og Øye ved Hammerfest Sykehus.

Av de 300 konsultasjonene som det potensielt kan økes med i Finnmark, så er det i de økonomiske beregninger estimert med at 60 av disse kan behandles i Kirkenes og 40 i Alta (9/6 ambuleringsdager). De resterende er beregnet behandlet ved Hammerfest sykehus.

Med et estimat på 500 flere polikliniske konsultasjoner (potensiale for økning 300 av dagens 600 fra Finnmark til UNN samt 200 nye innenfor fagområder som fedme, enurese, sammensatte lidelser, barnehabilitering/ nevrologi) er det gjort et økonomisk estimat.

Driftsøkonomiske konsekvenser som følge av disse endringer

Det er gjort økonomiske estimater med bakgrunn i dagens lekkasje til UNN og en potensiell økning i aktivitet ved Klinikk Hammerfest på 500 konsultasjoner per år. Det er tatt hensyn til

en økning i overlegestilling, økte vare- og driftskostnader, økte ISF inntekter, økte ambuleringskostnader for overleger, samt differansen i transportkostnader av pasienter som i dag blir behandlet ved UNN, men som potensielt kan behandles i Finnmark. I forbindelse med en årlig økning på 500 konsultasjoner i Finnmark, herunder 15 økte ambuleringsdager til hhv. Alta og Kirkenes, er det lagt inn en 100 % barnelegestilling i beregningen, denne med tilhørende driftskostnader. Differansen i pasientreisekostnader er gjort ved å beregne kostnader knyttet til lekkasjen til UNN i dag (300) kontra pasientreisekostnader ved å behandle disse (+200) i Finnmark.

Besparelsen ved å redusere lekkasjen til UNN og øke aktiviteten i Finnmark er som følger;

Aktivitet i dag	Sum
Inntekter	0
Kostnader	
<i>Reisekostnader UNN</i>	3 570 726
Resultat	3 570 726
Forslag til økt aktivitet	
Inntekter	
<i>Økte inntekter (pol kons + 500)</i>	-404 567
Utgifter	
Barnelege	
<i>Overlege (inkl sosiale utgifter)</i>	1 378 919
<i>Økte driftskostnader</i>	12 483
Ambulering	
<i>Ambuleringstillegg faste</i>	19 720
<i>Ambuleringstillegg utenom tj.plan/ innleie</i>	95 370
<i>Innleie HS amb (25%)</i>	36 975
<i>Innleie HS avsp (25%)</i>	12 325
<i>Reisekostnad amb Kirkenes</i>	22 662
<i>Reisekostnad amb Alta</i>	2 296
<i>Kostgodsgjørelse Alta og KS (reiser >12t)</i>	13 490
<i>Hotell amb</i>	5 700
Reisekostnader pasienter	
<i>Pols kons Kirkenes (+60)</i>	104 468
<i>Pol kons Alta (+40)</i>	-
<i>Pol kons HS (+400)</i>	795 945
<i>Økte varekostnader (+500)</i>	50 000
Sum utgifter	2 550 353
Resultat	2 145 786
Differanse kostnader i dag og forslag fremtidig organisering	-1 424 940

Konklusjonen er at foretaket har et potensial for å spare i underkant av 1,5 mnok ved å redusere en lekkasje på 300 konsultasjoner til UNN per år og i tillegg øke aktiviteten ved Klinikk Hammerfest med 200 konsultasjoner per år. Det krever at klinikk Hammerfest får økte ressurser i en overlegestilling for å kunne øke ambuleringsvirksomheten og poliklinisk

virksomhet ved klinikken. Estimert koster disse 300 pasientene foretaket i overkant av 3,5 mnok per år i reisekostnader fra Finnmark til UNN. Denne reisekostnaden vil kunne reduseres til en tredjedel.

Barne -og ungdomspsykiater tilknyttet barneavdelingen

For bedre å kunne ivareta psykisk helse hos kronisk syke barn og utredning av barn med sammensatte lidelser i barneavdelingen, anbefales det at man samarbeider med barne – og ungdoms psykiatrisk poliklinikk (BUP) Hammerfest om en felles barnepsykiater stilling (50/50).

Dette vil ivareta behovet for konsultasjon - liaison psykiatri for barn og unge samt bidra ved barnehabiliteringen ved barnepsykiatriske problemstillinger. Tiltaket er bare kort drøftet med leder ved BUP Hammerfest, Øyvind Krystad, som tror dette kan påvirke rekruttering positivt (stillingen er ubesatt) og sikre LIS legen i barne – og ungdoms psykiatri tellende tjeneste. Tiltaket må utredes nærmere sammen med enhetsleder Øyvind Krystad og klinikk psykisk helsevern og rus.

Barn med fedme

Det er utarbeidet pasientforløp for barn med fedme men for iverksetting er det nødvendig med en sykepleie ressurs. Hvor mange pasienter med fedme har behov for et tilbud fra spesialisthelsetjenesten?

De barna som har alvorlig overvekt med komplikasjoner som for eksempel høyt blodtrykk, søvn apne, alvorlig bekymring for vektoppgangen (26) **skal henvises til spesialisthelsetjenesten parallelt med pågående lokale tiltak.** Dersom 5 % av barnebefolkningen i Finnmark på 16 109 har fedme, så betyr det 805 barn. Dersom 25 % av disse blir henvist så er det snakk om ca 200 barn, med dagens kriterier kan i praksis alle barn over fedme grense henvises. Det nye pasientforløpet innebærer at sykepleier skal være koordinator for inntak og vurdering i flerfaglig team, samt selv være aktiv i pasientbehandlingen. Ved inntak av 5 barn pr dag, betyr det 41 dager pr år ved ett møte, 1 dag pr uke utenom ferier. De fleste vil også trenge minimum en oppfølgende kontroll. Sykepleier bør være tilgjengelig for veiledning på dagtid for familier og helsepersonell i kommunen (vellykket samhandling og nettverk i Aktivitetsskolen). Det foreligger også planer om å opprette kvalitetsregister. 50 % stilling er nødvendig for å ivareta disse oppgaver og det søkes medfinansiering fra Helse Nord til denne ressurs, det søkes om midler på kr.240 000.

Innleie av barnelege for elektiv ultralyd undersøkelse av hjertet

Innleie av barnelege med fordypningsområdet kardiologi for barnekardiologiske problemstillinger inkludert elektiv ultralyd undersøkelse av hjerte hos barn > 1 år ved barnepoliklinikken i omfang tilpasset behov. Tiltaket er allerede forsøkt ut vår 2015 og behovet har ligget på 2-3 dager hver 3. måned.

Synliggjøring av døgntilbud

Det er viktig at fastleger og helsesøstre er informert om at døgnplasser i barneavdelingen også kan benyttes ved uavklarte og sammensatte tilstander i tillegg til forverring av kronisk sykdom. Eksempelvis små barn med spisevansker, alvorlig eksem, uavklart situasjon/ tilstand hvor døgntilbud kan være nødvendig for å utrede og sortere, treg mage og ufrivillig avgang av avføring hvor tømning og innleggelse er nødvendig.

Ungdomsmedisin

Ungdommer med kronisk sykdom trenger et miljø som er tilpasset deres behov og en planlagt overgang til voksenmedisin i samarbeid med medisinsk avdeling. Det vil anbefales å benytte forslag fra ungdommene selv i utforming av tilbudet.

Synliggjøring av det samiske

Miljøet i barneavdelingen bør utformes slik at det også er gjenkjennbart og for samiske barn. Det foreslås at man benytter fagpersonell ved SANKS som konsulenter ved utforming av lekerom og utvikling av prosedyre for bruk av tolk til samiske barn. Det bør også være et mål å rekruttere flere samisktalende ansatte ved avdelingen.

Familiebasert nyfødtsomsorg

Det er anbefalt at premature og syke nyfødte barn får være sammen med sine foreldre i egne familierom der de kan ha 24 timers hud- mot-hud-kontakt og stelles /gis mat av sine foreldre så langt det er mulig. En slik praksis viser bedret vekst, mindre stress, mindre komplikasjoner hos det nyfødte/ premature barnet og oppfyller barns rett til nærvær av foreldre i følge forskriften (22, 27). Avdelingen praktiserer dette i dag i den grad man har rom ledig, men har foreløpig ikke areal for å tilby dette systematisk. Det anbefales samarbeid og erfaringsutveksling med avdelinger som har gjennomført dette med et mål om å utvikle dette tilbudet på sikt.

Utdanning av helsepersonell- nye tiltak

Det foreslås å utvikle individuelle kompetanseplaner for alle ansatte hvor personlige utviklingsmål tydeliggjøres og settes i lys av utviklingen av tjenestetilbudet for øvrig. På legesiden foreslås å tilrettelegge for kompetanseoverføring fra erfaren overlege til dedikert overlege innen fagområdene diabetes, barnenevrologi og gastroenterologi for å sikre kontinuitet og god kompetanse på disse fordypningsområder i avdelingen. På denne måten vil man også forebygge eventuelle flaskehalsar i pasientforløpet. I tillegg må det legges til rette for opprettholdelse og utvikling av kompetanse for alle avdelingens leger innen de generelle fagområdene inkludert astma/ allergi, nyfødtsmedisin, akutt pediatri inkludert sosial pediatri (overgrep og mishandling). Ferdighetstrening vedrørende akutt syke nyfødte og større barn (Barne Best) kontinueres og videreutvikles.

Avdelingen skal fortsette å være et godt læringssted for medisinerstudenter, turnusleger, LIS leger og andre medarbeidere hvor det er godt klima for å stille spørsmål og ta opp alle problemstillinger.

Synliggjøre tilbud om hospitering og/eller eventuell sideutdanning for allmennleger i Finnmark som ønsker praksis i fagområdet barnemedisin.

Forskning og fagutvikling

Oppfordre og tilrettelegge for mastergradutdanning og videre forskning blant ansatte i avdelingen. På denne måten kan man sikre at forskningsbasert kunnskap blir benyttet i avdelingen og kvalitetsutvikling på et høyere nivå. Det vil også da ligge til rette for videreutvikling av nye forskningsprosjekter ved avdelingen. Med hensyn til fagområdet barnefedme bør det utvikles et kvalitetsregister som kan benyttes i forskning og man bør videreutvikle samarbeidet med Universitetet i Tromsø UiT. På sikt kan man også legge til rette for stipendiat stilling tilknyttet barneavdelingen.

Økt samhandling med naturlige samarbeidspartnere

Det er nødvendig med større grad av samarbeid rundt de mer sammensatte og kompliserte problemstillinger i pasientbehandlingen i tillegg til kommunehelsetjenesten, inkludert BUP, SANKS, barnevern, politi, brukerorganisasjoner, Barne- og ungdomsklinikken UNN. Det bør samarbeides med kommunehelsetjenesten om kompetanseheving, nettverksbygging samt lærings og mestrings aktivitet i enda større grad enn i dag.

Arealbehov - Sammendrag

Når man er i en prosess hvor man skal omstille og endre virksomhet for å øke inntjening, må man ha fokus på hvilke areal man har til rådighet. Kvinne- og Barneavdelingen er trangbodd. Det er få muligheter å skaffe hensiktsmessige rom for å øke eksempelvis den polikliniske virksomheten. Slik det er nå, må arealet omdisponeres for å kunne drive effektivt.

- Vi har sett på (og delvis iverksatt) bruk av rom N5509. Rommet er planlagt delt i to, hvor vi ønsker plass til 2 senger hvor man kan ha sengeliggende pasienter som skal observeres. 2. del av rommet er tiltenkt polikliniske pasienter, for eksempel i forbindelse med hyposensibilisering (allergivaksinering). Dersom det er behov, kan man også benytte rommet til inneliggende pasienter.
- Videre har vi sett at avdelingen kommer til å ha behov for 5 behandlingsrom for å drive poliklinisk virksomhet. Disse rommene er tiltenkt brukt i en rullering, slik at de forbeholdes leger og sykepleiere som har polikliniske konsultasjoner. For å få dette til, har vi sett på muligheter for ombygging/omdisponering allerede eksisterende arealer.
- Vi har også sett på mulighet for bruk av "fjernkontor" når klinikken har frigjort for dette. Behovet for kontor er ikke klarlagt.
- Det er også foreslått bruk av flere kontor hvor man klargjør for to arbeidsstasjoner. På den måten kan man gjøre plass for flere personer.

- Gruppen har innhentet uttalelser fra teknisk leder og hygiesykepleier. Det som kom fram i dette møtet, er blant annet at det ikke er ønskelig med å bruke personlige kontor til pasientbehandling.
- Alternativt forslag til løsning kan være å samle alle hotellenhetene i et felles areal, dette er ikke utredet i denne sammenheng.

Andre områder som er vurdert

MR undersøkelse av barn i narkose ble identifisert som flaske hals. Fagmiljøet ved røntgen i Hammerfest har gjort en vurdering på dette; siste 3 år var omfanget av MR us på barn i narkose fra Finnmark totalt 48 barn. Det betyr gjennomsnittlig et barn pr måned. Omfanget er foreløpig lite og da man ikke har nevroradiolog tilstede på heltid som kan kvalitetssikre at undersøkelsen blir god nok, kan man risikere å måtte gjøre den på ny. Miljøet mangler foreløpig tilstrekkelig kompetanse på denne gruppen og finner at kostnadene vil bli for høye i forhold til pasientgrunnlag. Dette er elektive undersøkelser hvor svar ikke vil foreligge før en god tid etter undersøkelse hos barnelege. Miljøet i Kirkenes har gjort sammen vurderinger. Foreløpig er det derfor ikke funnet hensiktsmessig å gå videre med utredning av dette. Man får eventuelt komme tilbake til dette dersom omfanget øker og /eller kapasitet ved UNN blir roverskredet.

Områder som ikke er vurdert

I mandatet stod det også at man skulle vurdere de administrative ressursene. Administrative ressurser tilknyttet avdelingen anses av denne arbeidsgruppa å være et minimum, arbeidsgruppen har ikke vurdert dette nærmere. Etter hva arbeidsgruppa forstår, skal dette ses på i bærekraftgruppen for å harmonisere administrative ressurser i Finnmarssykehuset på de ulike nivåene.

Diskusjon, styrker og svakheter i utredningen

Styrken i denne utredningen ligger i det flerfaglige i arbeidsgruppa, det økonomiske og faglige samarbeidet. Den utadrettede arbeidsformen har gjort at man har hentet innspill og dokumentasjon fra mange aktører, de sentrale forbedringsforslagene skulle derfor være godt forankret i organisasjonen og blant de ansatte.

Svakheten i utredningsarbeidet har bestått i knapphet på tid, kommentert som en sentral risikofaktor i gjennomføring av dette prosjektet. Da saken fikk utsatt styrebehandling, fikk man noe mer tid til sammenfatningen. Noen av forslagene behøver videre utredning sammen med aktuelle samarbeidspartnere før iverksetting. Generelt er ikke risiko i gjennomføring utredet for de ulike tiltak. Det vil for eksempel være usikkerhet knyttet til målet om å behandle flere pasienter i eget fylke da pasienttilfanget ikke bare påvirkes av kapasitet, men også faktorer som omdømme, fremstilling av behandlingstilbud i media, samarbeidsforhold

med fastleger i Finnmark og barnelegemiljøet i Tromsø. Ambulering er avhengig av at leger ønsker dette, avtalen skal være frivillig. Det må også være areal tilgjengelig for eventuell økt ambulering. Man har ikke gått nærmere inn på disse forhold. Rutefly avganger generelt, værforhold og interne rutiner vedrørende bruk av ambulansedy (jfr kommentar s 23) kan også ha innflytelse på pasientstrømmene. Risiko i gjennomføring er også knyttet til frigjøring av areal for poliklinikken i 5 etasje, tilgang til fjernkontor og kontorplasser i 5. etg, samt tilgjengelige ressurser ved teknisk avdeling for iverksetting av nødvendige ombygninger. Tilgjengelig spesialister innen fagområdene øye og ØNH ved Hammerfest Sykehus vil også påvirke pasientstrømmene.

Oppsummering/Anbefaling

Forslag til tiltak fra arbeidsgruppen

Større fokus på dagdrift

- Bedre organisering av poliklinikk
- Dagenhet rom 509 for både dagkirurgiske og dagmedisinske pas samt hyposensibilisering
- 2 sykepleiere i poliklinikk daglig
- 2 overleger i poliklinikk daglig i tillegg til LIS
- Koordinator (sykepleier) i 20 % stilling
- Ambulering Alta, Karasjok og Kirkenes -50 % overlegestilling
- Barnenevrologi/habilitering -50 % overlegestilling

Opprette tilbud for å ivareta psykisk helse

- for kronisk somatisk syke barn
- barn med sammensatte lidelser
- evt akutte BUP senger for avklaring?
- Barnepsykiater ressurs 100 % (1 barnepsykiater stillinger ved BUP hvor 50 % av stilling er knyttet til barneavdelingen)

Opprette tilbud for barn med fedme

- erfaringer fra Aktivitetsskolen, 50 % sykepleier ressurs nødvendig for å iverksette pasientforløp som er utarbeidet og kvalitetsregister.

Tilbud til andre grupper

- Seksuelle overgrep og mishandling (krever kompetanseheving og økt samarbeid)
- Ultralydundersøkelse av barn (innleie av ressurs 3 dager hver 3. måned ser ut til å være tilstrekkelig for å dekke behov)

Synliggjøring av døgntilbud som også kan benyttes ved

- ufrivilling avgang av avføring, treg mage hvor dagtilbud ikke er tilstrekkelig
- innleggelse av små barn med spisevansker
- alvorlig eksem
- uavklart situasjon/ tilstand hvor døgntilbud kan være nødvendig for å utrede og sortere

Nyfødtmedisin

- Familietilbud når areal blir tilgjengelig

Ungdomsmedisin

- tilpassede tilbud til ungdom
- overgang til voksenmedisin

Synliggjøring av det samiske

- Utforming av lekerom
- Bruk av tolk til samiske barn
- Ansette samisk personell

Utdanning av helsepersonell- nye tiltak

- Individuelle kompetanseplaner
- Formell kompetanseoverføring fra erfaren til dedikert overlege vedr nevrologi, gastroenterologi og diabetes
- Tilrettelegging for hospitering leger

Økt samhandling med naturlige samarbeidspartnere

- UNN BUK
- SANKS
- BUP
- Helsesøstre
- Fastleger
- Politi, rettsmyndighet (sosialpediatri)
- Brukere
- Voksenmedisin

Areal nødvendig

- Benytte rom 509
- Tilrettelegge for 5 behandlingsrom i poliklinikk
- Nær og fjernkontor

Vedlegg

Vedlegg 1 **Synliggjøring av alternative modeller**

Vedlegg 2 **Økonomi ved alternativ organisering**

Vedlegg 3 **Utredning arealbehov**

Vedlegg 4 **Pasientstrøm UNN**

Vedlegg 5 **Økonomi fremtidig organisering**

Vedlegg 6 **Innspill til rapport**

Referanser

1. Grøholt EK, Hånes, H. og Reneflot, A. Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge, Helse hos barn og unge. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. 2014;2014(4).
2. Hansen TE, Evjenth B, Holt J. Increasing prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema among schoolchildren: three surveys during the period 1985-2008. *Acta Paediatr.* 2013 Jan;102(1):47-52.
3. Selnes A, Nystad W, Bolle R, Lund E. Diverging prevalence trends of atopic disorders in Norwegian children. Results from three cross-sectional studies. *Allergy.* 2005 Jul;60(7):894-9.
4. Skriverhaug T. Barnediabetes i Norge. [cited 2015 21 th May]; Available from: http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/barnediabetesregisteret_/Sider/enhet.aspx.
5. Larsson B, Sund AM. Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: influences of pain characteristics. *Eur J Pain.* 2007 Jan;11(1):57-65.
6. Lagerlov P, Holager T, Helseth S, Rosvold EO. [Self-medication with over-the-counter analgesics among 15-16 year-old teenagers]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2009 Aug 13;129(15):1447-50.
7. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012 Jun;53(6):695-705.
8. Kokkvoll A, Jeppesen E, Juliusson PB, Flaegstad T, Njolstad I. High prevalence of overweight and obesity among 6-year-old children in Finnmark County, North Norway. *Acta Paediatr.* 2012 Sep;101(9):924-8.
9. Hovengen R, Strand BH. Child Growth Study. Oslo: Norwegian Institute of Public Health 2011 [cited 2011 23.11.]; Available from: <http://www.fhi.no/dav/db81677b89.pdf>.
10. Dvergsnes K, Skeie G. [The development of BMI in 4-year-olds in Tromsø 1980 to 2005]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2009 Jan 1;129(1):13-6.
11. Hovengen RH, H. Overvekt og fedme hos barn og unge-fakta ark med helsestatistikk. Norwegian Institute of Public Health; 2014 [cited 2014 19th August]; Available from: <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/overvekt-hos-barn-og-unge>.
12. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics.* 2001 Sep;108(3):712-8.
13. WHO. Obesity and overweight Fact sheet. WHO; 2015 [cited 2015 18 th May]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
14. Mossige SS, K. Vold og overgrep mot barn og unge-En selvrappotertering blant avgangselever i videregående skole. NOVA. 2007;2007(20).
15. Barne- likestillings- og- inkluderingsdepartementet. Barndommen kommer ikke i reprise-Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017). In: Barne l-oi, editor.2013.

16. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):68-81.
17. Vatn AS, Bjertness E, Lien L. [Bullying and health complaints in children and adolescents]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007 Aug 9;127(15):1941-4.
18. Norsk-barnelegeforening. Satsingsområder for norsk pediatri. 2011.
19. Diseth TH. "Konsultasjon Liaison"-psykiatri; BUP i somatisk medisin. Norsk barne-og ungdomspsykiatrisk forening. 2010.
20. Rask CU. Functional somatic symptoms in 5-7 year old children: assessment, prevalence and co-occurrence. *Dan Med J*. 2012 Nov;59(11):B4537.
21. Campo JV. Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression--developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 May;53(5):575-92.
22. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, (2000).
23. Fundingsrud HP. Rapport fra arbeidsgrupp-CL-team(Konsultasjon-liaison),Barn-og ungdomsklinikken,UNN2015.
24. Fundingsrud HP. Fra "han Torsp" til Internett. 1998.
25. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., (2001).
26. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. 2010.
27. Lyngstad LT, Tandberg BS, Storm H, Ekeberg BL, Moen A. Does skin-to-skin contact reduce stress during diaper change in preterm infants? *Early Hum Dev*. 2014 Apr;90(4):169-72.

Synliggjøring av alternativ organisering

Bemanning på tre sykepleiere (eventuelt 1 erfaren hjelpepleier og 2 sykepleiere) kveld og natt er nødvendig for å ha nødvendig tilsyn og beredskap for både nyfødte og store barn i avdelingen. På grunn av tidligere nedbemanninger er man allerede i dag avhengig av innleie for å få turnus til å gå opp. Ved ytterligere ressurs sparing eller nedbemanning må tilbud for nyfødte og/ eller store barn bli berørt. Her synliggjøres to modeller, siste alternativ (kun poliklinisk behandling) er kun helt kort beskrevet.

Alternativ 1: Ren 5-dagerspost 5/5

Dette innebærer at barneavdelingen stenges i helgene for alle barn, både nyfødte og større barn.

Bemanning barneavdelingen:

Man har tatt utgangspunkt i bemanningsplanen for sykepleierne som foreligger i dag. All bemanning i helgen er tatt bort og man har redusert på dag/aften i uken. Bemanning er redusert fra 3 til 2 nattevakter i ukedagene. Aftenvaktene er også redusert. Samtidig er poliklinikken styrket. Ut fra denne beregning vil man ende opp med stillingsreduksjon på 5,44 stillinger. 4 overlegestillinger sannsynligvis likevel nødvendig for å ha døgnvakter mandag-torsdag samt ambulering. Overlegebemanningen på dagtid er marginal i dag men ville sannsynligvis være mer adekvat i en slik situasjon.

Bemanningsplan ved 5 dagers post storebarn/5 dagers post nyfødte

Vakter	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn	Sum
Natt	0	3	3	3	3	0	0	
Aften	3	4	4	4	3	0	2	
Dag	4	5	5	5	4	0	0	
Polikl.	2	2	2	2	2			
Dia	1	1	1/2					
EEG		1						
Barne-Best			1					
Barneansv.spl.				1/2				

Kommentar:

I denne turnusberegningen har vi tatt bort 3 sykepleiere fra hver nattevakt i helgen, og beholdt 2 sykepleiere på natt i ukedagene. Dette for å opprettholde akuttberedskapen. En slik løsning vil være marginalt mhp forsvarlighet. Vi har tatt bort vakter fra dag og aftenvakter, men styrket poliklinikken. Beregningen vil da utgjøre besparelse på **5.44 stillinger**

Konsekvenser for behandling og beredskap barn

Man kan ikke ta imot medisinske barn i helgene, i praksis fra torsdag til mandag morgen. Syke nyfødte og premature blir ikke innlagt da disse er "langligere" og man kan forvente et lengre behandlingsforløp som kan trekke ut i tid.

Man vil også i mindre grad kunne ta i mot andre ”langligere” som nyoppdaget diabetes, RS bronkiolitter hos de aller minste. Det legges i dag inn i gjennomsnitt 1 medisinsk ØH barn pr dag med 2014 tall. Alle ØH barn må da flys videre til UNN da bakketransport er uaktuelt på grunn av avstand. Det vil måtte transportere minimum tre pas. pr. uke mer ved denne organiseringen. En ikke-kontinuerlig beredskap er utfordrende. Det vil være usikkert om pasienten skal legges inn ved klinikk Hammerfest dersom man ikke er sikker på at pasienten blir ferdigbehandlet innen helgen. Sannsynligvis vil pasientene bli lagt inn ved UNN allerede før avdelingen ved H-fest stenger for helgen. Dermed vil man måtte benytte ambulansfly i ennå større grad og til noe lengre turer. Om denne endringen i seg selv vil føre til overskridelse av dagens flykapasitet og behov for ny base/flere fly, er lite sannsynlig. Man skal likevel ha i bakhodet den generelle økte sentraliseringen som er planlagt og som også medfører økt bruk av ambulansfly. Dersom denne kapasiteten overskrides vil kostnadene øke betraktelig. Økt bruk betyr at flere pasienter må vente avhengig av hastegrad. Ambulansfly/helikopter ressursen er kostbar og kan utgjøre forskjell på liv og død for de pasientene som virkelig har behov for den, den bør derfor styres etter grundig medisinsk vurdering. På grunn av vær og vind er den ikke en pålitelig ressurs, det er ikke alltid man får transportert pasientene til ønsket tidspunkt.

Føde/gyn avdeling

Fødeavdelingen vil ikke kunne ta imot risikofødsler. Omfang fødsler: 2013: 90 patologiske fødsel av totalt 535 (431 Hammerfest) (17 %), 2014: 65 patologiske fødsler av 469 fødsler (382 i Hammerfest) (14 %), i Vest-Finnmark. Man vil tape DRG på disse men samtidig ikke kunne redusere tilsvarende på bemanningen da man fremdeles må opprettholde beredskap.

Kirurgi/ ortopedi:

Finnmarkssykehuset vil likevel kunne ha beredskap for ortopediske og kirurgiske barnepasienter. Det må innredes egne barnestuer, i flg forskrift () og eget personell. De må ikke legges sammen med personer som kan virke skremmende. Denne organiseringen krever dedikert personell på de respektive avdelingene og man må påregne kostnader i forhold til kompetansebygging og areal.

Samarbeid med andre avdelinger vedrørende beredskap:

Avdelingsleder ved **akuttavdelingen i** Hammerfest har uttalt at anesthesiologene ikke kan påta seg det medisinskfaglige ansvaret for de pediatrike pasientene. Anesthesiologene vil fortsatt håndtere akutte syke/skadde barn og vil delta i behandlingen av disse. Det er ikke mulig for anesthesiologene å kurses opp til eller ta etterutdanning som gjør de i stand til å overta pasientansvaret istedenfor barnelegene. Ved redusert volum vil de sannsynligvis ha behov for mer hospitering ved større sykehus, for å sikre volum som forsvarer beredskapen.

Avdelingssykepleier både på anesthesi- og intensivavdelingen har uttalt at de kan stille opp og delta i behandlingen av akutte syke/skadde barn slik de gjør pr. i dag. De kan imidlertid ikke påta seg og overta ansvaret til personell på barneavdelingen.

Avdelingsleder ved **medisinsk avdeling** har uttalt at de verken har kompetanse eller kapasitet til å ta seg av medisinske barn.

Utdanning/kompetanse vedrørende barn:

Det vil ikke være barnelege i vakt i helgene, ingen nyfødte innlagt i avdelingen og kompetanse på nyfødtmedisin både i sykepleie og legegruppen vil dermed forringes betydelig. LIS legene i barnesykdommer vil få mindre tid som tellende tjeneste (Kristiansund med helgestengt fikk redusert sin tjeneste til 18 mndr). Som konsekvens blir det lite attraktivt å søke jobb ved barneavdelingen for LIS leger, som igjen vil påvirke rekrutteringen av overleger negativt. Ved redusert aktivitet og eksponering vil det også få konsekvenser for LIS lege i spesialiteten gynekologi, anesthesiologi, ortopedi og generell kirurgi samt rekrutteringen til disse fagfeltene. Dette vil påvirke rekruttering og stabilisering negativt samt redusere erfaring og kompetanse.

Økonomi ved alternativ 1. (5/5)

Det er gjort økonomiske estimater med bakgrunn i dagens bemanning og aktivitetsnivå. Her er det tatt hensyn til reduserte bemannings-, vare- og driftskostnader, reduserte ISF inntekter, samt økte transportkostnader i forbindelse med en økning i antall ØH-pasienter til UNN. Besparelsen i lønn og sosiale kostnader er beregnet etter ny bemanningsplan og reduksjon i henholdsvis 5,44 stillinger (alternativ 1.) og 1,9 stillinger (alternativ 2.). Gjennomsnittlige driftskostnader per ansatt er redusert tilsvarende. I forbindelse med færre innleggelser ved barneposten og økt pasientflyt til UNN vil klinikken "miste" ISF-inntekter. Grunnlaget for beregning er basert på differansen mellom faktisk pasientstrøm i 2014 og forventet lekkasje til UNN ved begge alternativene. Faktisk aktivitet i 2014 er hentet ut fra DIPS og forventet lekkasje er basert på diskusjon i gruppen omkring konsekvensene knyttet til endring i bemanning og vaktberedskap. Det er beregnet at en ren 5-dagerspost på barneavdelingen vil føre til at alle ØH-henvendelser fra og med torsdag kl. 00.00 til og med mandag kl. 06.00, vil måtte henvises til UNN. Dette utgjør totalt 171 store medisinske barn og 65 patologiske fødsler. En 5/7 bemanning, hvor vaktberedskapen opprettholdes, vil på sin side føre til at de 65 kompliserte fødslene vil kunne bli tatt hånd om ved barneavdelingen. Situasjonen for de store medisinske barna vil imidlertid være den samme som ved alternativ 1. Gjennomsnittlig varekostnad per innleggelse er redusert tilsvarende på varekostnadssiden. Beregning av økning i kostnader knyttet til pasienttransport er gjort med et grovt overslag og basert på tilgjengelig data og priser fra Pasientreiser, klinikk prehospitaltjenester og flytid for AMK. Det er ikke tatt hensyn til en eventuell trekk i rammen for klinikken i forbindelse med at flere ØH-pasienter vil henvises til UNN. Inntektsfordelingsmodellen oppdateres hvert år ut i fra mobilitetskomponenten. Dersom Finnmarkssykehuset overfører pasienter til UNN så vil foretaket få trekk i basisrammen.

De økonomiske estimatene ved alternativ 1. baserer seg på en reduksjon i antall årsverk (5,44) og forventet aktivitetsnivå. Besparelsene og kostnadene fordeler seg som følger;

Alternativ 1 (ren 5-dagers post)	
Reduksjon i lønnskostnader	-3 383 680
Reduksjon vare- og driftskostnader barnepost	-435 407
Reduksjon varekostnader føde/gyn sengepost	-239 435
Tapte inntekter ØH (barn og føde)	4 394 567
Differanse reisekostnader	2 256 598
Økt kostnad alternativ 1	2 592 643
* Det er ikke tatt hensyn til en evt reduksjon i ramme	

Konklusjonen er at alternativ 1 og en ren 5-dagerspost gir foretaket en mer kostnad på i overkant av kr 2,6 mnok. Dette er før en eventuell reduksjon i rammen til klinikken. En reduksjon i 5,44 årsverk utgjør i overkant av kr 3,35 mnok i lønn og sosiale kostnader. I forbindelse med at 171 store medisinske barn og 65 nyfødte/kompliserte fødsler henvises til UNN, vil foretaket få kr 4,4 mnok mindre i inntekter og få økte pasientreisekostnader på kr 2,25 mnok. De reduserte vare- og driftskostnadene er beregnet etter reduksjon i antall stillinger og antall innlagte ved Hammerfest sykehus.

Alternativ 2: 5-dagerspost store barn og 7-dagerspost for nyfødt (5/7)

Modellen innebærer at man har beredskap for nyfødte uken gjennom (7) men ingen beredskap for store barn i helgene (5). Tilbudet for de store barna vil være som beskrevet under alternativ 1.

Bemanning barneavdelingen:

Sykepleierbemanningen blir redusert fra 3 til 2 nattevakter i helgene. Pga forsvarlighet og beredskap, er bemanning opprettholdt på natt for øvrig. Vi har også redusert helgebemanning med en pleier på dag- og aften. Ellers samme bemanning på dag- og aftenvakter. Dette vil gi en reduksjon i sykepleierstillinger på 1,8 stillinger. Legebemanningen vil bli som i dag.

Bemanningsplan ved 5 dagers post store barn/7 dagers post nyfødte

Vakter	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn	Sum
Natt	2	3	3	3	3	2	2	27,7
Aften	4	5	5	4	2	2	2	24
Dag	5	6	6	5	5	2	2	16
Polikl.	1	1	1	1	1			
Dia	1	1	1/2					
EEG		1						
Barne-Best			1					
Barneansv.spl.				1/2				

Kommentar:

I denne turnusberegningen har vi tatt bort en sykepleier fra hver vakt i helgen. Summen utgjør timer man sparer, som utgjør **1.9 stillinger**. Avdelingen har akutfunksjon, og må være i beredskap for å ta i mot blant annet syke nyfødte. Dette betyr at man ikke kan bemanne med hjelpepleiere eller sykepleiere uten neonatalerfaring i helgene.

Konsekvenser for behandling og beredskap:

Ingen akutt beredskap for store barn i helgene, disse må sendes videre til UNN jfr forrige tiltak.

Føde/gyn:

Ved å opprettholde full beredskap for de nyfødte gjennom uken, vil denne organiseringen ikke berøre gynekologisk avdeling, som kan opprettholde sin klinikkoverskridende funksjon mtp. risikofødsler.

Utdanning/kompetanse:

Pga nyfødtberedskapen må man likevel ha vakt for barnelege i helgen men de vil ha mindre å gjøre. Det er pr. i dag usikkert hvilke konsekvenser dette vil få for LIS-leger i spesialiteten pediatri. Sannsynligvis vil tellende tid reduseres også med denne organiseringen.

Økonomi ved alternativ 2. (5/7)

De økonomiske estimatene ved dette alternativet baserer seg på en reduksjon i antall årsverk (1,9) og forventet aktivitetsnivå. Besparelsene og kostnadene fordeler seg som følger;

Alternativ 2 (5/7)	
Reduksjon i lønnskostnader	-1 181 800
Reduksjon vare- og driftskostnader barnepost	-289 765
Tapte inntekter ØH	2 596 943
Differanse reisekostnader	1 232 921
Økt kostnad alternativ 2	2 358 300
* Det er ikke tatt hensyn til en evt reduksjon i ramme	

Konklusjonen er at alternativ 2 og en 5/7 organisering gir foretaket en mer kostnad på i overkant av kr 2,35 mnok. Dette er før en eventuell reduksjon i rammen til klinikken. En reduksjon i 1,9 årsverk utgjør i underkant av kr 1,2 mnok i lønn og sosiale kostnader. I forbindelse med at 171 store medisinske barn henvises til UNN, vil foretaket få kr 2,6 mnok mindre i inntekter og få økte pasientreisekostnader på kr 1,23 mnok. De reduserte vare- og driftskostnadene er beregnet etter reduksjon i antall stillinger og antall innlagte ved Hammerfest sykehus.

3) Kun poliklinisk virksomhet:

Finnmarkssykehuset vil da ikke ha akuttberedskap for barn.

Bemanning og konsekvenser for beredskap barneavdelingen:

Dersom det forventes kun poliklinikkvirksomhet, må denne styrkes med 2 sykepleiere pr. dag, slik at man har 3 pleiere i full stilling/5 dager pr. uke. I tillegg opprettholdet diabetesstilling med 50% og EEG med 20%. Det vil ikke være nødvendig med barnelege i vakt.

Arbeidsgruppen mener det vil være tilnærmet umulig å rekruttere personell og opprettholde et fagmiljø ved denne organiseringen. Dette i realiteten er en avvikling av tilbudet til barn i Finnmarkssykehuset. Arbeidsgruppen har ikke funnet det hensiktsmessig å utrede denne modellen videre og oppfattet ikke mandatet dit hen at man skulle synliggjøre en slik modell.

Felles for alternative modeller

Disse representerer alle grader av redusert beredskap for barnepopulasjonen i fylket. Arbeidsgruppen viser til hendelsen i Kristiansund hvor et barn på 10 mnd. døde under transport. Kristiansund har en 5-dagerspost på barneavdelingen. Barnet som døde ble syk på en fredag, det ble besluttet å se barnet på ny på lørdag hvor beslutningen om innleggelse ble fattet. Utfordringen da var problemer med å få transportert barnet via luften tidsnok både pga. vær og flytekniske momenter. Arbeidsgruppen har fått muntlig orientering om at luftambulansetjenesten er ferdig vurdert i tilsynssaken, de gjorde så godt de kunne slik situasjonen var. Det var erfaren lege på redningshelikopteret som hadde oppdraget. Det som gjenstår for tilsynsmyndighetene å vurdere er bla. organiseringen av tjenesten. I slike situasjoner blir barn vurdert av legevaktslege og kanskje turnuslege. Ingen av disse har spesialkompetanse på barn, de har heller ikke det nettverket en barnelege har mtp. å konferere med kolleger på høyere nivå. Dette, samt flere behandlingsansvarlige, svekker behandlingsløpet og stiller svært store krav til både kommunikasjon, gjennom flere ledd, samt krav til god dokumentasjon.

Andre konsekvenser ved ikke-kontinuerlig beredskap er undermineringen av fagmiljøet for aktuelle avdeling. Innleggende leger vil selv vurdere om pasienter bør legges inn der da de likevel stenger om noen dager. Ingen ønsker unødvendige transporter og en risiko blir at man venter for lenge før man transporterer. Særlig vil dette være risikofylt der man tidligere har vært vant til å ha slik kompetanse. Styret bestemte umiddelbart etter hendelsen at det skulle være barnesykepleier og barnelege på vakt i helgene ved Kristiansund Sykehus (*sjekk*)

Oppsummering alternativ organisering

- Ingen innsparings effekt
- Alvorlige konsekvenser for medisinsk beredskap, fagmiljø og tjenestetilbud

Beregning av konsekvenser alternativ 1. (5/5)

Ny turnus barneavdeling	
Antall stillinger budsjett 2015 barnepost	24
Antall stillinger Alternativ 1 barnepost	18,56
Reduksjon i stillinger	5,44
Fastlønn barnepleier 100%	500 000
Feriepenger (12%)	60 000
KLP (12,4%)	62 000
Sum lønn og sosiale kostnader	622 000
Reduksjon i lønnskostnader Alternativ 1	3 383 680

		Ren 5-dagers (4,5 dgr akutt per uke må sendes)
Kommentarer;		
Innleggelse på barn i 2014	856	
Øyeblikkelig hjelp	574	
Barnemedisinske pasienter - innlagt	558	
Andel barnemedisinske	65 %	
ØH barnemedisinske (når andre regioner)	347	
Større barn - ØH	282	171
Nyfødt - ØH/patologiske	65	65
Sum ø-hjelp 5 dager		236
Sum ø-hjelp 5/7dager		171

Vare- og driftskostnader (besparelse)	
Antall innleggelse 2014 barnepost	856
Varekostnader 2014 barnepost	1 332 957
Sum varekostnader per innleggelse	1 557
Antall stillinger 2015 barnepost	24
Driftskostnader 2014 (etter avskrivninger)	299 601
Sum driftskostnader per ansatt	12 483
Øyeblikkelig hjelp innleggelse alt 1 til UNN	236
Reduksjon i stillinger	5,44
Besparelse vare- og driftskostnader Barnepost	435 407
Antall fødsler 2014	443
Patologiske (kompliserte) fødsler	65
Varekostnader 2014 føde/gyn sengepost	1 631 840
Sum varekostnader per fødsel	3 684
Besparelse varekostnader Føde/gyn sengepost	239 435
Sum besparelse vare- og driftskostnader	674 842

Tap av inntekter	Antall
Øyeblikkelig hjelp barnepost (171)	171
Kompliserte fødsler føden (65)	65
Indeksutvikling BARN 2014 (DRG)	0,732
Indeksutvikling føden 2015 (DRG) 65	0,601
DRG-sats 2015 (50%)	20 747
Tapte inntekter ØH	4 394 567

Rapport D-10018

Store medisinske barn

160,35

1000

200

Kommune	Antall ØH-innleggelse medisinske (65% av 67%)	Fordelingsnøkkel når andre regioner er trukket fra	Akutte innleggelse til UNN (171 ØH store barn)	Type transport	Estimert tid oppdrag-flyplass (time)	Kostnad per time per stasjon	Estimert kostnad oppdrag-flyplass	Flytid	Kostnad flytid	Estimert kostnad taxi til flyplass	Estimert kostnad rutefly (x2)	Estimert kostnad taxi flyplass-hjem	Estimert total kostnad hjemreise	Estimert total kostnad innleggelse
Alta	133	38,5 %	65,8	ambulans	1	1920	126 277	1,50	98 654	13 154	2 716	200	1 056 901	1 281 832
Berlevåg	1	0,4 %	0,6	ambulans	1	9790	6 282	3,50	1 965	128	4 938	200	3 379	11 626
Båtsfjord	3	0,8 %	1,3	ambulans	1	4628	5 939	3,50	3 930	257	4 766	200	6 702	16 571
Tana	2	0,6 %	1,0	ambulans	3	2048	5 913	3,50	2 948	192	4 642	1 925	6 506	15 367
Gamvik	1	0,4 %	0,6	ambulans	1	5714	3 666	2,45	1 376	128	4 904	200	3 357	8 399
Kautokeino	15	4,3 %	7,4	ambulans	3	2783	61 607	1,50	9 685	1 476	2 716	3 648	57 850	129 142
Hammerfest	92	26,5 %	45,2	ambulans	1	2148	97 168	2,50	98 955	9 047	3 710	200	586 141	782 263
Hasvik	3	0,9 %	1,6	ambulans	1	9760	15 656	2,00	2 807	321	2 088	200	4 185	22 648
Karasjok	16	4,5 %	7,7	ambulans	2	2750	42 349	1,45	9 769	1 540	2 326	1 976	44 982	97 100
Kvalsund	10	2,8 %	4,8	ambulans	1,5	2148	15 505	2,50	10 527	962	3 724	941	27 082	53 114

Lebesby	3	0,9 %	1,6	ambulans	2	5530	17 742	2,45	3 439	321	4 904	946	9 899	31 079
Loppa	2	0,6 %	1,0	ambulans	3	13900	40 135	2,00	1 684	192	2 716	3 173	5 853	47 673
Måsøy	5	1,5 %	2,6	ambulans	1	2493	6 399	2,50	5 614	513	2 326	4 068	17 728	29 741
Nordkapp	15	4,3 %	7,4	ambulans	1	2896	21 370	2,15	13 882	1 476	3 910	200	41 218	76 469
Porsanger	17	4,9 %	8,3	ambulans	1	2427	20 245	1,45	10 583	1 668	2 326	200	34 987	65 815
Sør-Varanger	11	3,2 %	5,5	ambulans	1	1911	10 423	2,50	11 931	1 091	3 904	200	28 333	50 686
Nesseby	1	0,4 %	0,6	ambulans	3	2048	3 942	2,50	1 404	128	4 642	1 111	3 774	9 120
Vadsø	12	3,6 %	6,1	ambulans	1	2290	13 959	2,50	13 334	1 219	4 642	200	36 947	64 240
Vardø	4	1,1 %	1,9	ambulans	1	8739	16 822	3,00	5 053	385	4 708	200	10 189	32 064
Totalt	346,45						531 399	45,45	307 539	34 200		19 988	1 986 011	2 824 950

Patologiske fødsler til UNN

Risikofødsler til UNN per år (20%)	65
Kontroll ila svangerskapet	65
Til UNN en uke før fødsel	65

Vest		
40046	Øksfjord ambulansse (til Hasvik)	13 900
40042	Alta ambulansse	1 920
40044	Hammerfest ambulansse	2 148

Kommune	Antall ØH-innleggelsesmedisinske (65% av 67%)	Fordelingsnøkkel når andre regioner er trukket fra	Patologiske fødsler til UNN (65)	Kostnader kontroll taxi til flyplass (tur/retur)	Kostnader kontroll fly (tur/retur)	Pris pasienthotell per natt (1 natt)	Estimerte kostnader kontroll	Kostnader hjem-flyplass-hjem (tur/retur)	Kostnader fly innleggelse (tur/retur)	Kostnader taxi flyplass-sykehus-flyplass	Kostnader pasienthotell (14dgr)	Estimerte kostnader innleggelse	Estimerte kostnader ØH nyfødt
Alta	133	38,5 %	25,00	400	2716	875	99 775	400	5432	400	12 250,00	462 050	561 825
Berlevåg	1	0,4 %	0,24	400	4938	875	1 515	400	9876	400	12 250,00	5 592	7 107
Båtsfjord	3	0,8 %	0,49	400	4766	875	2 947	400	9532	400	12 250,00	11 016	13 962
Tana (fra Vadsø)	2	0,6 %	0,37	3 850	3904	875	3 157	3 850	7808	400	12 250,00	8 893	12 050
Gamvik	1	0,4 %	0,24	400	4904	875	1 507	400	9808	400	12 250,00	5 575	7 082
Kautokeino (fra Alta)	15	4,3 %	2,80	7 296	2716	875	30 537	7 296	5432	400	12 250,00	71 182	101 719
Hammerfest	92	26,5 %	17,20	200	3696	875	82 038	400	7392	400	12 250,00	351 503	433 541
Hasvik	3	0,9 %	0,61	400	2088	875	2 051	400	4176	400	12 250,00	10 504	12 554
Karasjok (fra Lakselv)	16	4,5 %	2,93	3 952	2326	875	20 936	3 952	4652	400	12 250,00	62 207	83 142
Kvalsund (fra Hammerfest)	10	2,8 %	1,83	1 882	3696	875	11 804	1 882	7392	400	12 250,00	40 105	51 909
Lebesby (fra Mehamn)	3	0,9 %	0,61	1 892	4904	875	4 677	1 892	9808	400	12 250,00	14 848	19 525
Loppa (fra Hasvik)	2	0,6 %	0,37	6 346	2088	875	3 406	6 346	4176	400	12 250,00	8 478	11 883
Måsøy	5	1,5 %	0,98	8 136	2324	875	11 059	8 136	4648	400	12 250,00	24 814	35 872
Nordkapp	15	4,3 %	2,80	400	3896	875	14 504	400	7792	400	12 250,00	58 459	72 963
Porsanger	17	4,9 %	3,17	400	2326	875	11 418	400	4652	400	12 250,00	56 128	67 546
Sør-Varanger	11	3,2 %	2,07	400	3904	875	10 737	400	7808	400	12 250,00	43 242	53 979
Nesseby (fra Kirkenes)	1	0,4 %	0,24	2 222	3904	875	1 708	2 222	7808	400	12 250,00	5 532	7 239
Vadsø	12	3,6 %	2,32	400	4642	875	13 710	400	9284	400	12 250,00	51 750	65 460
Vardø	4	1,1 %	0,73	400	4708	875	4 378	400	9416	400	12 250,00	16 439	20 816
Totalt	346,45						331 862					1 308 314	1 640 176

Totale kostnader innleggelse ved UNN Alternativ 1

Kommune	Estimert total kostnad innleggelse (store barn)	Estimerte kostnader (patologisk - 65)	Totale kostnader
Alta	1 281 832	561 825	1 843 657
Berlevåg	11 907	7 107	19 014
Båtsfjord	17 133	13 962	31 095
Tana	15 788	12 050	27 838
Gamvik	8 596	7 082	15 678
Kautokeino	130 525	101 719	232 244
Hammerfest	796 399	433 541	1 229 940
Hasvik	23 049	12 554	35 604
Karasjok	98 496	83 142	181 638
Kvalsund	54 618	51 909	106 527
Lebesby	31 571	19 525	51 096
Loppa	47 914	11 883	59 797
Måsøy	30 543	35 872	66 416
Nordkapp	78 452	72 963	151 415
Porsanger	67 326	67 546	134 872

Sør-Varanger	52 390	53 979	106 370
Nesseby	9 320	7 239	16 559
Vadsø	66 145	65 460	131 605
Vardø	32 786	20 816	53 602
	2 854 791	1 640 176	4 494 967

Differanse reisekostnader Alternativ 1

Kommune	Antall ØH-innleggelses	Akutte innleggelses til UNN (171 store barn når andre regioner er trukket fra)	Patologiske fødsler til UNN (65)	Sum innleggeser HS	Estimert kostnader innleggelse HS	Estimert kostnad per innleggelse ØH (133)	Estimert kostnad innleggelse HS alternativ 1	Estimert kostnad ØH til UNN	Estimert total kostnad Alt 1	Estimert kostnader innleggelse HS	Differanse dagens situasjon versus Alternativ 1
Alta	133	66	25,00	42	1 333 166	10 005	425 020	1 843 657	2 268 677	1 333 166	935 511
Berlevåg	1	1	0,24	0	31 650	24 346	10 090	19 014	29 104	31 650	-2 546
Båtsfjord	3	1	0,49	1	36 457	14 022	11 623	31 095	42 718	36 457	6 261
Tana	2	1	0,37	1	24 786	12 711	7 902	27 838	35 740	24 786	10 954
Gamvik	1	1	0,24	0	20 322	15 632	6 479	15 678	22 157	20 322	1 835
Kautokeino	15	7	2,80	5	381 517	25 520	121 629	232 244	353 874	381 517	-27 643
Hammerfest	92	45	17,20	29	-	-	-	1 229 940	1 229 940	-	1 229 940
Hasvik	3	2	0,61	1	73 210	22 526	23 340	35 604	58 943	73 210	-14 266
Karasjok	16	8	2,93	5	350 571	22 473	111 764	181 638	293 402	350 571	-57 169
Kvalsund	10	5	1,83	3	53 484	5 486	17 051	106 527	123 578	53 484	70 094
Lebesby	3	2	0,61	1	71 442	21 982	22 776	51 096	73 871	71 442	2 430
Loppa	2	1	0,37	1	12 364	6 341	3 942	59 797	63 739	12 364	51 375
Måsøy	5	3	0,98	2	93 202	17 924	29 713	66 416	96 129	93 202	2 927
Nordkapp	15	7	2,80	5	310 130	20 745	98 871	151 415	250 286	310 130	-59 844
Porsanger	17	8	3,17	5	211 926	12 540	67 563	134 872	202 436	211 926	-9 490
Sør-Varanger	11	5	2,07	4	110 677	10 016	35 284	106 370	141 654	110 677	30 977
Nesseby	1	1	0,24	0	15 466	11 897	4 931	16 559	21 490	15 466	6 024
Vadsø	12	6	2,32	4	102 221	8 277	32 589	131 605	164 193	102 221	61 972
Vardø	4	2	0,73	1	53 356	13 681	17 010	53 602	70 612	53 356	17 256
	346,45	171	65,00		3 285 946	276 121	1 047 576	4 494 967	5 542 543	3 285 946	2 256 598

Alternativ 1 (ren 5-dagers post)	
Reduksjon i lønnskostnader	-3 383 680
Reduksjon vare- og driftskostnader barnepost	-435 407
Reduksjon varekostnader føde/gyn sengepost	-239 435
Tapte inntekter ØH (barn og føde)	4 394 567
Differanse reisekostnader	2 256 598
Økt kostnad alternativ 1	2 592 643
* Det er ikke tatt hensyn til en evt reduksjon i ramme	

Beregning av konsekvenser alternativ 2 (5/7)

Ny turnus barneavdeling	
Antall stillinger budsjett 2015	24
Antall stillinger alternativ 2	22,1
Differanse	1,9
Fastlønn barnepleier 100%	500 000
Feriepenger	60 000
KLP	62 000
Sum lønn og sosiale kostnader	622 000
Reduksjon i lønnskostnader Alternativ 2	1 181 800

Vare- og driftskostnader (besparelse)	
Antall innleggelses 2014 barnepost	856
Varekostnader 2014 barnepost	1 332 957
Sum varekostnader per innleggelse	1 557
Antall stillinger 2015 barnepost	24
Driftskostnader 2014 (etter avskrivninger)	299 601
Sum driftskostnader per ansatt	12 483
Øyeblikkelig hjelp innleggelses alt 2 til UNN	171
Reduksjon i stillinger	1,9
Besparelse vare- og driftskostnader Barnepost	289 765

Tap av inntekter	Antall
Øyeblikkelig hjelp	171
Indeksutvikling BARN 2014 (DRG)	0,732
DRG-sats 2015 (50%)	20 747
Tapte inntekter ØH	2 596 943

Kommentarer;		5/7-dagerspost
Innleggelses på barn i	856	
Øyeblikkelig hjelp	574	
Barnemedisinske pasie	558	
Andel barnemedisinsk	65 %	
ØH barnemedisinske (347	
Større barn - ØH	282	171
Nyfødt - ØH/pd	65	-
Sum ø-hjelp 5dagers	236	
Sum ø-hjelp 5/7dager	171	

Rapport D-10018

Store medisinke barn

160,35

1000

200

Kommune	Antall ØH-innleggelses medisinske (65% av 67%)	Fordelingsnøkkel når andre regioner er trukket fra	Akutte innleggelses til UNN (171 ØH store barn)	Type transport	Estimert tid oppdrag-flyplass (time)	Kostnad per time per stasjon	Estimert kostnad oppdrag-flyplass	Flytid	Kostnad flytid	Estimert kostnad taxi til flyplass	Estimert kostnad rutefly (x2)	Estimert kostnad taxi flyplass-hjem	Estimert totalt kostnad hjemreise	Estimert totalt kostnad innleggelse
Alta	133	38,5 %	65,8	ambulanse til flyplass, fl	1	1920	126 277	1,50	98 654	13 154	2 716	200	1 056 901	1 281 832
Berlevåg	1	0,4 %	0,6	ambulanse til flyplass, fl	1	9790	6 282	3,50	2 246	128	4 938	200	3 379	11 907
Båtsfjord	3	0,8 %	1,3	ambulanse til flyplass, fl	1	4628	5 939	3,50	4 492	257	4 766	200	6 702	17 133
Tana	2	0,6 %	1,0	ambulanse til Vadsø, fly	3	2048	5 913	3,50	3 369	192	4 642	1 925	6 506	15 788
Gamvik	1	0,4 %	0,6	ambulanse til flyplass, fl	1	5714	3 666	2,45	1 572	128	4 904	200	3 357	8 596
Kautokeino	15	4,3 %	7,4	ambulanse til Alta, fly til	3	2783	61 607	1,50	11 068	1 476	2 716	3 648	57 850	130 525
Hammerfest	92	26,5 %	45,2	ambulanse til flyplass, fl	1	2148	97 168	2,50	113 091	9 047	3 710	200	586 141	796 399
Hasvik	3	0,9 %	1,6	ambulanse til flyplass, fl	1	9760	15 656	2,00	3 208	321	2 088	200	4 185	23 049
Karasjok	16	4,5 %	7,7	ambulanse til Lakselv, fly	2	2750	42 349	1,45	11 165	1 540	2 326	1 976	44 982	98 496
Kvalsund	10	2,8 %	4,8	ambulanse HF, fly til Tro	1,5	2148	15 505	2,50	12 031	962	3 724	941	27 082	54 618
Lebesby	3	0,9 %	1,6	ambulanse til Mehamn,	2	5530	17 742	2,45	3 930	321	4 904	946	9 899	31 571
Loppa	2	0,6 %	1,0	ambulanse til Alta fly til	3	13900	40 135	2,00	1 925	192	2 716	3 173	5 853	47 914
Måsøy	5	1,5 %	2,6	ambulanse til flyplass, fl	1	2493	6 399	2,50	6 417	513	2 326	4 068	17 728	30 543
Nordkapp	15	4,3 %	7,4	ambulanse til flyplass, fl	1	2896	21 370	2,15	15 865	1 476	3 910	200	41 218	78 452
Porsanger	17	4,9 %	8,3	ambulanse til flyplass, fl	1	2427	20 245	1,45	12 095	1 668	2 326	200	34 987	67 326
Sør-Varanger	11	3,2 %	5,5	ambulanse til flyplass, f	1	1911	10 423	2,50	13 635	1 091	3 904	200	28 333	52 390
Nesseby	1	0,4 %	0,6	ambulanse til Vadsø, fly	3	2048	3 942	2,50	1 604	128	4 642	1 111	3 774	9 320
Vadsø	12	3,6 %	6,1	ambulanse til flyplass, fl	1	2290	13 959	2,50	15 239	1 219	4 642	200	36 947	66 145
Vardø	4	1,1 %	1,9	ambulanse til flyplass, fl	1	8739	16 822	3,00	5 775	385	4 708	200	10 189	32 786

Totalt	346,45		171,0			531 399	45,45	337 380	34 200		19 988	1 986 011	2 854 791
--------	--------	--	-------	--	--	---------	-------	---------	--------	--	--------	-----------	-----------

Differanse reisekostnader Alternativ 1

Kommune	Antall ØH-innleggelse	Akutte innleggelse til UNN (171 store barn når andre regioner er trukket fra)	Estimert kostnader innleggelse HS	Estimert kostnad per innleggelse ØH	Estimert kostnad innleggelse HS alternativ 2	Estimert kostnad ØH til UNN	Estimert total kostnad Alt 2	Estimert kostnader innleggelse HS	Differanse dagens situasjon versus Alternativ 1
Alta	133,25	66	1 333 166	10 005	675 145	1 281 832	1 956 977	1 333 166	623 811
Berlevåg	1,3	1	31 650	24 346	16 028	11 907	27 935	31 650	-3 715
Båtsfjord	2,6	1	36 457	14 022	18 463	17 133	35 596	36 457	-862
Tana	1,95	1	24 786	12 711	12 552	15 788	28 340	24 786	3 554
Gamvik	1,3	1	20 322	15 632	10 291	8 596	18 887	20 322	-1 435
Kautokeino	14,95	7	381 517	25 520	193 208	130 525	323 734	381 517	-57 783
Hammerfest	91,65	45	-	-	-	796 399	796 399	-	796 399
Hasvik	3,25	2	73 210	22 526	37 075	23 049	60 124	73 210	-13 085
Karasjok	15,6	8	350 571	22 473	177 537	98 496	276 033	350 571	-74 538
Kvalsund	9,75	5	53 484	5 486	27 085	54 618	81 703	53 484	28 220
Lebesby	3,25	2	71 442	21 982	36 180	31 571	67 750	71 442	-3 691
Loppa	1,95	1	12 364	6 341	6 261	47 914	54 175	12 364	41 811
Måsøy	5,2	3	93 202	17 924	17 924	47 200	30 543	93 202	-15 459
Nordkapp	14,95	7	310 130	20 745	157 057	78 452	235 509	310 130	-74 621
Porsanger	16,9	8	211 926	12 540	107 324	67 326	174 650	211 926	-37 276
Sør-Varanger	11,05	5	110 677	10 016	56 049	52 390	108 440	110 677	-2 237
Nesseby	1,3	1	15 466	11 897	7 832	9 320	17 153	15 466	1 686
Vadsø	12,35	6	102 221	8 277	51 767	66 145	117 912	102 221	15 691
Vardø	3,9	2	53 356	13 681	27 021	32 786	59 806	53 356	6 450
	346,45	171	3 285 946	276 121	1 664 076	2 854 791	4 518 867	3 285 946	1 232 921

Alternativ 2 (5/7)	
Reduksjon i lønnskostnader	-1 181 800
Reduksjon vare- og driftskostnader barnepost	-289 765
Tapte inntekter ØH	2 596 943
Differanse reisekostnader	1 232 921
Økt kostnad alternativ 2	2 358 300

* Det er ikke tatt hensyn til en evt reduksjon i ramme

Areal ved Kvinne- og barn

”Vurdere hensiktsmessig arealutnyttelse og endringer for mer effektiv drift”

Innledning

I forbindelse med mandatet ”Prosjektutvikling av barneavdelingen ved Finnmarkssykehuset” er det bedt om at arbeidsgruppen ser på arealet ved Kvinne- og Barneavdelingen. Vi er bedt om å:

”Vurdere hensiktsmessig arealutnyttelse og endringer for mer effektiv drift”

Det er satt ned en arbeidsgruppe som skal se på avdelingens arealbehov. Gruppen kommer til å se på avdelingens areal som en helhet, fordi det kommer til å berøre hele avdelingen. Gruppen vil spesielt peke på behovet som gjøres gjeldende i barneavdelingen når man skal svare på oppdraget som er gitt.

I arbeidet med mandatet, har det vært avholdt to møter i gruppen som skulle arbeide med arealbehovet.

Det er synliggjort akutte behov og behov for langsikte løsninger for hele 5. etasje.

Areal til disposisjon

Ved Kvinne- og Barneavdelingen har vi følgende behandlingsrom og kontor disponibel

Romnr			Ant.pers.
C5500C	Overlege	Kontor + behandlingsrom	1
N5501A	Overlege	Kontor + behandlingsrom	1
N5501B	Overlege	Kontor + behandlingsrom	1
N5502A	LIS-lege	Kontor + behandlingsrom	2
N5502B	Sykepleier	Kontor + behandlingsrom	1
N5527	Venterom	Venterom + stellerom for barnpasienter	
N5526	Sekretær	Kontor + skranke	2
N5525	Enhetsleder	Kontor for enhetsleder, barn + fagsykepleier	2
N5524	Sekretær	Kontor postsekretær/rullering	1
N5523	Dia.spl./LIS-lege	Kontor + behandlingsrom	2
N5503	Akuttrom	Brukes til dikteringsrom ved behov	
N5509	Pasientrom	Dagpasienter + spl.behandl./observasjonsrom	
N5521	Møterom	Møterom for avdelingens personale	
N5520	Personalrom		
S5597	Skranke	Oppmøte gyn.pasienter	1
S5577	Venterom		
S5578	Undersøkelserom	Gyn pasienter	
S5593	Kjøkken/spiserom	Tilhører pasienthotellet	
Ø5542	Postsekretærkontor		1
C5530	LIS-lege	LIS-lege gyn.avd.	2
C5531	Overlege	Overlege gyn.avd.	1
S5586	Overlege	Overlege gyn.avd.	1
S5594B	Overlege	Kontor overlege gyn.avd. + sekretær gyn.avd.	2

I oversikten har vi valgt å ikke ta med fellesrom for pasienter, pasientrom, lager eller rom i avdelingen som benyttes av personalet til nødvendige tiltak i forbindelse med pasientbehandling.

Underveis i arbeidet har vi fått avdekket at Kvinne- og Barneavdelingen mangler flere lager, både for senger og utstyr.

Rom N5509

På grunn av vridning fra døgn til dag i 2014, ble sengetallet redusert fra 11 til 8 senger for barne- og ungdomspasienter. Det ble samtidig besluttet å bruke 509 til kombinert dagbehandlingsrom både for dagkirurgiske og dagmedisinske pasienter samt polikliniske pasienter.

Behovet for hyposensibilisering (allergivaksinering) er stort og krever stor plass. Pasientene som hyposensibiliseres, skal observeres i avdelingen min. 30 minutter til flere timer, avhengig hvor langt de er kommet i behandlingsforløpet. Denne observasjonen krever anafylaksiberedskap med tilgang til oksygen, seng og sykepleier til stede.

Dagmedisinske pasienter skal ha behandling med mulighet for overvåkning og seng.

Dagkirurgiske pasienter tas i mot, venter i forkant av operasjon og observeres på post etter inngrep og inntil de reiser hjem.

Avdelingens ønske er å dele 509 med skillevegg m/vindu. Rommet vil da ha plass til to sengeliggende pasienter samt poliklinisk virksomhet. Ved å ha skillevegg med vindu, kan sykepleier lettere observere pasienter i seng, samtidig som man observerer pasienter som er polikliniske.

På sengepost barn er det begrenset plass. Det er planlagt 8 senger til pasienter mellom 0 – 18 år. Dessuten må vi ha tilbud om plass til mødre på nyfødtenheten når det er behov.

Ved presserende tilfeller har vi behov for å benytte N5509 til innlagte pasienter. Ved å dele rommet slik vi har foreslått, vil den muligheten være til stede.

Avdelingen har behov for et eget rom for indusert sputum-undersøkelse (spytprøve). Denne undersøkelsen inngår i utredningen ved mistenkt tuberkulose. Barneavdelingen betjener nesten 25 % av befolkningen i Finnmark (0-18 år) med denne type utredning. Det ble utredet mulighet for å bruke badet i tilknytning til rom N5509 til dette formålet. Etter konferanse med hygienesykepleier og leder for drift og vedlikehold, viser det seg at dette ikke lar seg gjøre ut fra rommets beliggenhet i avdelingen. Imidlertid har man fått opplyst at det planlegges bygging av sputum-rom annet sted i klinikken.

Arealbehov ved framtidig drift av barnepoliklinikken

Sykepleiemottakelse

Barneavdelingen har i dag ett sykepleiekontor tilknyttet poliklinikken. Her utføres blant annet spirometri, prikktest, lengde/vekt målinger, veiledninger osv. Vi har sett at det er for lite med kun et sykepleiekontor ut fra mengden arbeidsoppgaver. Slik det er nå, er det mye unødige forstyrrelser og avbrytelser. Ønsket er at vi skal ha 2 sykepleiekontor. På den måten kan man effektivisere behandling av pasientene på poliklinikken.

Å utvide poliklinikken til to kontor for sykepleiere, er i tråd med planlegging av framtidens drift, hvor det er ønske om å ha to sykepleiere i poliklinikken. Da kan man ha langt flere sykepleiekonsultasjoner. Man kan benytte sykepleierens kompetanse i forhold til veiledning av foreldre og barn vedr. tilstander som overvekt, diabetes, eksembehandling,

inkontinenssymptomer for å nevne noen. Dette fordrer et sykepleiekontor i tillegg til det som allerede eksisterer. Rommet må være stort nok og utrustes slik at man kan gjennomføre prosedyrer som nevnt over.

Behandlingsrom for leger (definert som kontor med undersøkelsesbenk)

I barneavdelingen er det per i dag 5 legekontor hvor det utføres pasientbehandling (C5500C, N5501A, N5501B, N5502A, N5523). Rommene benyttes også til administrative gjøremål. N5502A deles av to LIS leger. Når en har poliklinikk, må lege nr 2, som har ansvar for avdelingen, finne andre steder å utføre sine arbeidsoppgaver, delvis rom N5523 (se under). Rom N5523 benyttes av diabetessykepleier, LIS lege samt turnuslege som tilknyttes avdelingen for kortere/lengre perioder. Diabetessykepleier har pasientkonsultasjoner, og når hun har pasienter, må den som deler kontor med henne, finne andre steder å utføre sine arbeidsoppgaver.

Det foreslås at man i størst mulig grad frigjør behandlingsrom med undersøkelsesbenk til barneleger som skal undersøke og/eller behandle pasienter i avdeling eller poliklinikk. Det betyr i praksis at rommene benyttes til pasientkontakt i form av poliklinisk undersøkelse og evt. undersøkelse av inneliggende pasienter. Rom fordeles etter behov. Målet må være å samle behandlingsrommene i barnepoliklinikken.

En slik ordning fortsetter at det opprettes "fjernkontor", hvor man kan utføre arbeid som ikke er direkte pasientknyttet. På et fjernkontor kan man også oppbevare personlig litteratur, eiendeler samt utføre administrativ virksomhet. Imidlertid må det utredes nærmere hvordan plasseringen kan være. Enhetsledere bør fortrinnsvis være avdelingsnært.

Ved framtidig drift av barneavdelingen foreslås 5 overlegestilling, hvorav 0,5 stilling øremerkes habilitering og 0,5 stilling til ambulerende. Det betyr at man har 4 overleger til stede daglig, hvorav 40 % er administrasjon.

Dette gir følgende behov for behandlingsrom i barnepoliklinikken

- 2 overleger som har generell poliklinikk
- 1 LIS lege som har generell poliklinikk
- 1 overlege tilknyttet habilitering med behov for å gjøre barnenevrologiske undersøkelser i 50 % stilling

Behov for legekontor tilknyttet avdelingsarbeid

- 1 kontor/behandlingsrom for LIS og turnuslege for journalopptak, diktering (i tillegg til dagens akuttrom)
- 1 kontor for overlege som har ansvar for innlagte pasienter og fortløpende veiledning av LIS- og turnuslege.

Tilgang til fjern- og nærkontorplasser: Behovet pr i dag 3. Når bofast overlege nr 4 kommer, blir det ytterligere behov for kontorplass for vedkommende. 1 overlege har pr dato fjernkontor, en deler kontor. Behovet for fjernkontor videre vil være 2.

Løsningsforslag

Kortsiktig forslag

I forbindelse med tilbakekomst fra utdanningspermisjon, ble det umiddelbart akutt behov for kontorplass for overlege barn. En midlertid løsning ble at gyn. overlege og overlege barn delte kontor (rom C5500A). Imidlertid lar det seg ikke gjøre for barneoverlege å ha pasientkonsultasjoner på dette kontoret. Man er avhengig av behandlingsrom for polikliniske konsultasjoner.

Gyn/føde avd. har ansatt fagjordmor. Det er ikke kontorplass for denne funksjonen. En løsning er at møterommet (C5500B) klargjøres for to arbeidsstasjoner. Da kan fagjordmor på gyn/føde dele kontor med diabetessykepleier, som flytter dit. Når diabetessykepleier skal ha pasientkonsultasjoner, må det koordineres rom i poliklinikken.

Et annet grep som må gjøres, er at man får tildelt "fjernkontor" annet sted i klinikken. Da kan man benytte disse til administrativt arbeid når det ikke er behov for å være til stede i avdelingen. Disse "fjernkontorene" kan også brukes av flere fra avdelingen;

- Overleger som ikke har avdelingsansvar og eller fortløpende veiledningsansvar.
- Fagsykepleiere.
- Enhetsledere som evt. jobber med spesifikke oppgaver.
- Faggruppemøter.

I klinikken er det planlagt at en del av administrasjonen skal flytte til søsterhjemsfløyen. Dette vil frigjøre kontor som kan benyttes til "fjernkontor" for administrativ legevirkosomhet. Ved å ta i bruk "fjernkontor", frigjør man behandlingsrom i avdelingen. Imidlertid fordrer det at leger som har avdelingsansvar eller vakt, er til stede i avdelingen. Leger som er satt opp til poliklinisk arbeid kan da benytte behandlingsrommene. Diabetessykepleier kan ha sine konsultasjoner på behandlingsrom, når det legges til rette for det.

I diskusjoner er det kommet fram ulike løsningsforslag på langsiktige tiltak. Det må sies at det var stor uenighet i gruppa. Det settes opp to forslag:

Forslag 1

- Rommene C5500A, C5500B og C5500C bygges om til felles sekretariat med felles skranke. Her kan det bli mulighet for 5 sekretærer å jobbe sammen. Rommene adskilles med vegger og dør i mellom. Dette gir rom for bedre utnyttelse av sekretærfunksjonen ved avdelingen. Det blir mindre sårbart ved sykdom. Dette kan styrke samhold og arbeidsmiljøet. Man gir bedre pasienttilbud og kan samtidig ta i bruk betalingsterminal.
- Felles venterom for gynekologiske og barnepasienter. Rommene S5577 og S5578 slås sammen. Rommet kan brukes som oppholdsrom for hotellets pasienter på ettermiddags/ kveldstid.
- Dagligstuen (S5593) deles i to, hvor et rom benyttes som undersøkelsesrom (UL rom). Dette rommet skal erstatte S5578 samt et "fjernkontor" hvor man kan innrede to arbeidsstasjoner. Dette forutsetter at pasientene benytter dagligstue på sengepost gyn/fødeavd. som oppholds- og spiserom.

Ved dette forslaget frigjør man rommene S5579, N5527 A og B, N5526, N5523, Ø5572. Rom N5527 A/B kan ombygges til stort behandlingsrom. Her får man plass til pasienter med spesielle behov (eks.rullestolbrukere) samt utføre EKKO undersøkelse (UL undersøkelse av hjertet)

Rom N5526 gjøres om til behandlingsrom.

Rom N5524 er lite, men **kan** benyttes til behandlingsrom med undersøkelsesbenk.

Rom N501B kan benyttes som behandlingsrom. Dette krever at lege, som pr i dag benytter kontoret til både poliklinikk og administrativt arbeid, tildeles fjernkontor.

Fordeling av behandlingsrom må planlegges ut fra behov og hensiktsmessighet

Rom N5523 kan benyttes av overlege som har vakt eller avdeling, og LIS-lege.

Enhetsleder for sekretærene inngår ikke i denne planen, og beholder sitt kontor S5594A

Rom Ø5572 kan benyttes til dikteringsrom for gyn.leger, postsekretær eller rom for fagjordmor.

En slik løsning vil gi størst gevinst i forhold til frigjøring av plass i avdelingen.

Forslag 2

- Delvis sammenslåing av sekretærene ved at man oppretter en felles skranke på C5500B og C5500A bygges om til sekretærkontor med to arbeidsstasjoner. Dette innebærer at man beholder postsekretærkontorene både på hhv føde/gyn- og barneavdelingen.

Ved dette forslaget frigjør man venterommet (N5527) på barneavdelingen, men beholder rom C5500C som legekontor/behandlingsrom. Sekretærkontor N5526 frigjøres til behandlingsrom.

Rom S5597 frigjøres til kontor, og her er det mulighet for to arbeidsstasjoner.

Rom Ø5542 og N5524 benyttes fortsatt til postsekretærer, samt at rom Ø5542 også benyttes som arbeidsstasjon for leger.

Rom S5593 bygges om til UL rom og kontor, som foreslått under forslag 1.

Gyn. leger kan ikke ha kontor langt fra avdeling eller poliklinikk da det er mye supervisjon på pasienter som ligger i benholdere. Gyn leger utfører UL-undersøkelse (ikke rtg avd). Dette innebærer at legene ofte dobbelsjekker hverandre. Det er mye oppslagsverk som brukes for å sikre riktig pasientbehandling. Det er derfor ikke hensiktsmessig å ha fjernkontor for gynekologiske leger.

Gevinsten ved denne modellen gir mindre frigjort areal ved at sekretærene benytter 5 kontor ved denne løsningen. Man får frigjort 5 rom i avdelingen som kan omdisponeres til behandlingsrom og kontorplasser.

Det er satt fram flere forslag om utnyttelse av areal for poliklinisk virksomhet. Nevner kort forslag som ikke er redegjort for over;

- Flytte poliklinikken ut av barneavdelingen til andre arealer (tannlegearealene i 1. etg). Dette vil imidlertid kreve endring i personalgruppen på barneavdelingen og muligens åpne opp for flere dagstillinger?
- Utnytte plass utenfor 5. etg. "Fjernkontor". Disse rommene kan benyttes av andre som har behov for rom, eks. faggrupper, møtevirksomhet og lignende
- Frigjøre arealer ved å tømme journalarkivet og bygge om til kontor.

Sammendrag

Når man er i en prosess, hvor man skal omstille og endre virksomhet for å øke inntjening, må man ha fokus på hvilke areal man har til rådighet. Kvinne- og Barneavdelingen er trangbodd. Det er få muligheter å skaffe hensiktsmessige rom for å øke eksempelvis den polikliniske virksomheten. Slik det er nå, må arealet omdisponeres for å kunne drive effektivt.

- Vi har sett på (og delvis iverksatt) bruk av rom N5509. Rommet er planlagt delt i to, hvor vi ønsker plass til 2 senger hvor man kan ha sengeliggende pasienter som skal

observeres. 2. del av rommet er tiltenkt polikliniske pasienter, for eksempel i forbindelse med hyposensibilisering (allergivaksinering). Dersom det er behov, kan man også benytte rommet til inneliggende pasienter.

- Videre har vi sett at avdelingen kommer til å ha behov for 5 behandlingsrom for å drive poliklinisk virksomhet. Disse rommene er tiltenkt brukt i en rulling, slik at de forbeholdes leger og sykepleiere som har polikliniske konsultasjoner. For å få dette til, har vi sett på muligheter for ombygging/omdisponering allerede eksisterende arealer.
- Vi har også sett på mulighet for bruk av "fjernkontor" når klinikken har frigjort for dette. Behovet for kontor er ikke klarlagt.
- Det er også foreslått bruk av flere kontor hvor man klargjør 2 arbeidsstasjoner. På den måten kan man gjøre plass for flere personer.
- Gruppen har innhentet uttalelser fra teknisk leder og hygienesykepleier. Det som kom fram i dette møtet, er blant annet at det ikke er ønskelig med å bruke personlige kontor til pasientbehandling. Det kom også fram at bygging av sputum rom ikke lar seg gjennomføre i avdelingen.
- Alternativt forslag til løsning kan være å samle hotellenhetene i et felles areal, dette er ikke utredet i denne sammenheng.

Pasientstrøm til UNN

Antall døgninnleggelser, etter boområde og behandler, barn 0-16 år, bosatt i Finnmark, gj.snitt, 2011-2013

Boområde/behandler	Antall	Prosent	
Alta	Klinikk Hammerfest	142	63 %
	UNN HF	59	26 %
	Andre offentlige behandlere	24	11 %
	Alle behandlere	225	100 %
Hammerfest	Klinikk Hammerfest	90	81 %
	UNN HF	15	13 %
	Andre offentlige behandlere	6	6 %
	Alle behandlere	111	100 %
Rest Vest-Finnmark	Klinikk Hammerfest	116	69 %
	UNN HF	34	20 %
	Andre offentlige behandlere	19	11 %
	Alle behandlere	169	100 %
Sør-Varanger	Klinikk Kirkenes	8	13 %
	Klinikk Hammerfest	27	44 %
	UNN HF	15	25 %
	Andre offentlige behandlere	11	18 %
	Alle behandlere	60	100 %
Rest Øst-Finnmark	Klinikk Kirkenes	8	6 %
	Klinikk Hammerfest	64	51 %
	UNN HF	41	33 %
	Andre offentlige behandlere	12	10 %
	Alle behandlere	125	100 %

Antall dagbehandlinger, etter boområde og behandler, barn 0-16 år, bosatt i Finnmark, gj.snitt, 2011-2013

Boområde/behandler	Antall	Prosent	
Alta	Klinikk Hammerfest	25	32 %
	UNN HF	33	42 %
	Andre offentlige behandlere	20	26 %
	Alle behandlere	77	100 %
Hammerfest	Klinikk Hammerfest	26	56 %
	UNN HF	15	33 %
	Andre offentlige behandlere	5	11 %
	Alle behandlere	47	100 %

Rest Vest-Finnmark	Klinikk Kirkenes	0	1 %
	Klinikk Hammerfest	18	33 %
	UNN HF	18	34 %
	Andre offentlige behandlere	18	33 %
	Alle behandlere	54	100 %
Sør-Varanger	Klinikk Kirkenes	7	27 %
	Klinikk Hammerfest	3	12 %
	UNN HF	12	47 %
	Andre offentlige behandlere	4	14 %
	Alle behandlere	26	100 %
Rest Øst-Finnmark	Klinikk Kirkenes	1	2 %
	Klinikk Hammerfest	6	15 %
	UNN HF	26	62 %
	Andre offentlige behandlere	9	21 %
	Alle behandlere	42	100 %

Antall poliklinisk konsultasjoner/spesialistkonsultasjoner, etter boområde og behandler, barn 0-16 år, bosatt i Finnmark, gj.snitt, 2011-2013

Boområde/behandler		Antall	Prosent
Alta	Spes.pol. Alta/Alta helsesenter	9	0 %
	Klinikk Kirkenes	7	0 %
	Klinikk Hammerfest	973	47 %
	UNN HF	429	21 %
	Priv. sykehus	1	0 %
	Priv. avt.spes.	611	29 %
	Andre offentlige behandlere	46	2 %
	Alle behandlere	2075	100 %
Hammerfest	Klinikk Kirkenes	1	0 %
	Klinikk Hammerfest	897	84 %
	UNN HF	122	11 %
	Priv. avt.spes.	32	3 %
	Andre offentlige behandlere	21	2 %
	Alle behandlere	1072	100 %
Rest Vest-Finnmark	Klinikk Kirkenes	9	1 %
	Klinikk Hammerfest	835	63 %
	UNN HF	320	24 %
	Priv. sykehus	0	0 %
	Priv. avt.spes.	124	9 %
	Andre offentlige behandlere	37	3 %
	Alle behandlere	1326	100 %
Sør-Varanger	Klinikk Kirkenes	738	77 %
	Klinikk Hammerfest	38	4 %
	UNN HF	155	16 %

	Priv. avt.spes.	2	0 %
	Andre offentlige behandlere	25	3 %
	Alle behandlere	958	100 %
Rest Øst-Finnmark	Klinikk Kirkenes	693	64 %
	Klinikk Hammerfest	151	14 %
	UNN HF	186	17 %
	Priv. avt.spes.	10	1 %
	Andre offentlige behandlere	38	4 %
	Alle behandlere	1079	100 %

Forslag fremtidig organisering

Differanse reisekost på de som nå skal konsulteres i Kirkenes, Alta og HS (+500)

Økt reisekost ambulering for leger

Kostnad overlege

Økte inntekter

Økte vare og driftskostnader

Gjennomsnittlige reisekostnader per pasient (inkl 1. følge)

Gjennomsnittlige reisekostnader (inkl 1. følge)	Estimert kostnad transport (dagens situasjon alternative)	Antall transporter	Overnatting	Snitt reisekostnad
Snitt reisekostnader Finnmark - Hammerfest - Finnmark	419 348	346,45	950	2 487
Snitt reisekostnader Finnmark - Tromsø - Finnmark	3 972 022	346,45	875	11 902

* 7 % fra øst bor på hotell i Hammerfest

* overnatting pasienthotell UNN 50 % av tilfellene

Beregning reisekostnader i dag (lekkasje på 300 til UNN)

Beregning reisekostnader i dag (pol kons i Tromsø)	Antall	Snitt reisekost Finnmark-Tromsø (x2)	Sum reisekost
Finnmark - Tromsø - Finnmark	300	11 902	3 570 726
Sum reisekost i dag			3 570 726

Økte inntekter

Økte inntekter	Antall konsultasjoner	DRG-indeks (pol)	DRG-sats 2015 (50%)	Egenandel (25%)	Sum inntekter
Økning polikliniske konsultasjoner ambulering	100	0,039	20 747		80 913
<i>Kirkenes</i>	60				
<i>Alta</i>	40				
Økning pol kons HS (av disse er 200 fra UNN)	400	0,039	20 747		323 653
	500	0,039	20 747		404 567

Beregning reisekostnader pasienter i fremtiden

Økning polikliniske konsultasjoner	Antall	Snitt reisekost	Sum reisekost
<i>Kirkenes</i>	60	2 487	104 468
<i>Alta</i>	40	0	-
<i>Hammerfest</i>	400	2 487	795 945
Økning pol kons HS	500	1210	900 413

*brukt samme gjennomsnittspris for øst pga like avstander

* snitt reisekost Finnmark-Hammerfest. Forutsetter at 30% av disse bor i Kirkenes (20% av grunnlag)

* forutsetter at disse bor i Alta

* snitt reisekost Finnmark-Hammerfest. Forutsetter at 20% av disse bor i Hammerfest

Økte kostnader ambulering overlege

Kostnader	Antall (dgr)	Antall reiser	Reisekost	Hotell	Sum
Økning barnelege 100%	1	-	1 378 919		1 378 919
Ambuleringstillegg faste (25%)	4	-	4 930		19 720
Ambuleringstillegg utenom tj.plan/innleie (75%)	11		8 670		95 370
Innleie HS pga ambulering (25%)	15	-	9 860		36 975
Innleie HS pga avspasering (amb) (25%)	5	-	9 860		12 325

Avspasering reisetid	Antall konsultasjoner	Antall konsultasjoner per dag	Antall dager amb	Antall reisetimer til avspasering (2 turer)	Antall dgr avspasering
Ambulering					
Kirkenes	60	7	9	20	3
Alta	40	7	6	12	2

Reisekost HS - Kirkenes ambulerende leger

Reisekost amb Kirkenes	9	3	14 112	8 550	22 662
Reisekost amb Alta (km)	6	560	4,10		2 296
Kostgods gjørelse Alta og KS (reiser > 12t)	19	-	710		13 490
Hotell Alta	6	-	950		5 700
Økte kostnader ambulering overlege					1 587 457

Estimert kostnad taxi HS - flyplass - KS	Estimert kostnad rutefly (tur/retur)	Hotell	Estimert kostnad taxi KS - flyplass - HS
400	3904	950	400

Oppsummering

Aktivitet i dag	Sum
Inntekter	0
Kostnader	
Reisekostnader UNN	3 570 726
Resultat	3 570 726
Forslag til økt aktivitet	
Inntekter	
Økte inntekter (pol kons + 500)	-404 567
Utgifter	
Barnelege	
Overlege (inkl sosiale utgifter)	1 378 919
Økte driftskostnader	12 483
Ambulering	
Ambuleringstillegg faste	19 720
Ambuleringstillegg utenom tj.plan/ innleie	95 370
Innleie HS amb (25%)	36 975
Innleie HS avsp (25%)	12 325
Reisekostnad amb Kirkenes	22 662
Reisekostnad amb Alta	2 296
Kostgods gjørelse Alta og KS (reiser >12t)	13 490
Hotell amb	5 700
Reisekostnader pasienter	
Pol kons Kirkenes (+60)	104 468
Pol kons Alta (+40)	-
Pol kons HS (+400)	795 945
Økte varekostnader (+500)	50 000
Sum utgifter	2 550 353
Resultat	2 145 786
Differanse kostnader i dag og forslag fremtidig organisering	-1 424 940

Oppsummering	Sum
Fremtidig organisering	
Økte inntekter	-404 567
Overlegelønn	1 378 919
Økte driftskostnader	12 483
Økte kostnader ambuering	208 538
Økte varekostnader	50 000
Differanse reisekostnader	-2 670 313
Potensiell besparelse	-1 424 940

Innspill

Innspill fra far til barn med kronisk sykdom og en ungdom med samme

- Generelt fornøyd med behandlingen, flinke leger og sykepleiere
- Flexibilitet med timeavtaler.
- Noe logistikk utfordringer med prøvetaking i forkant av kontroller.
- Individuell tilpasning av kontrollene bra.
- Barneavdelingen mest utformet med tanke på barn- litt mer kjedelig for ungdom.
- Barne og ungdom som konsulenter i videre utvikling av tilbudet?

Innspill fra pårørende til barn på dagkirurgi

- Vanlig dagkirurgi er ikke egnet for barn, ber om at dagkirurgien for barn flyttes til barneavdelingen.
- Personalet på voksen dagkirurgi er hyggelig nok, men har ikke kunnskaper om det som er spesielt for barn på sykehus. Lokalene er helt uegnet for barn, spesielt merkbart når barnet må vente flere timer før operasjon
- Dagkirurgi organisert på barneavdelingen ville bedret både lokaler tilpasset barn og personale med kunnskaper om barn
- Dagkirurgi på barneavdelingen vil sannsynligvis sikre at barn blir bedre ivaretatt i forhold til ventetid og utførelsen av de medisinske prosedyrene. Mener også at det dermed vil være med på å hindre at en dagkirurgisk operasjon blir et traume for barnet

Innspill fra Finnmark Legeforening og fastleger i Alta

- Ønske om Konsultasjon Liaison, barnepsykiater i somatisk barneavdeling
- Barnehabilitering kan styrkes med fast barnenevrolog
- Mer ambulering
- Barneavdelingen viktig del av opplæring for turnusleger
- obs ved oppstart 6.års medisinerstudent utdanning i Finnmark
- Ønske om en robust barneavdeling
- Lett å ta kontakt med barnelege i Hammerfest

Innspill fra helsesøstre

- Ønsker samarbeid om og etablering av tilbud for barn med overvekt og fedme
- Ønsker mer samarbeid om pasienter med astma og diabetes
- Veiledning og kompetanseheving

UNN BUK (møte 17.12.14):

- Faste samarbeidsmøter foreslås 2-3 ggr pr år
- Samarbeide om internundervisningen for LIS, deltakelse via videokonferanse
- Etablering av tilbud om MR i narkose ved Finnmarkssykehuset ?
- Vurdering av hjertebilyder hos barn >12 mnd, elektiv ultralyd us av hjertet bør kunne gjøres etter samme modell som Harstad og Narvik med ecco kompetanse som leies inn fra Tromsø eller andre steder
- Behov for at barneleger ved Finnmarkssykehuset også kan gjøre undersøkelser ved mistanke om overgrep, på sikt eget Barnehus i Finnmark?
- Fagområder hvor Finnmark kan avlaste UNN ? Kan gjerne sende overvektspasienter til Hammerfest hvis det etableres tilbud her
-

Innspill Hans Petter Fundingsrud:

- Pasientstrømmer karakteriseres av lekkasje fra Alta til UNN
- God faglig funksjonsfordeling mellom de to avdelingene
- MR undersøkelser på barn i narkose- lite volum?
- Forbruksratene for nedslagsfeltet til barneavdelingen i Finnmarkssykehuset ligger på landsgjennomsnittet og under
- Mer ambulering til Alta
- Tettere dialog med UNN (funksjonsfordeling, pasientforløp, faglig utveksling)
- Arealer i nytt sykehus
- Fokus på store pasientgrupper
- Faglig dybde på utvalgte grupper (overvekt, sosialpediatri)
- Samarbeid med barne og ungdomspsykiatrien om pasient forløp for barn med sammensatte symptom lidelser (Biopsykososialt behandlingsteam, BUK, UNN- "CL teamet")

Innspill SANKS/BUP

- Bedre ivaretagelse av det samiske i barneavdelingen
- Tilbys å være konsulenter i utforming av lekerom samt formalisering av tolketjeneste for samiske barn.
- Samarbeid om evt samisk talende barnelege
- Jobbe for flere samisk talende ved barneavdelinga.
- Mer samarbeid generelt og kunnskap om hverandres tilbud
- Repr for barneavdelingen reiser til Karasjok for å etablere samarbeid

Barnepsykiater Christel Eriksen og leder BUP Hammerfest Øyvind Krystad

- Konsultasjon Liaison – forslag om barnepsykiater stilling tilknyttet barneavdelingen. Kan virke rekrutterende for barnepsykiater stilling ved BUP Hammerfest som enda står ledig. Evt lyse ut 2 stillinger ? Bidrar til at LIS lege ved BUP får godkjent sin tjeneste.

Barnehabiliteringen

- Overlege ressurs ved barn formaliseres. Ressurser ved habilitering kan brukes i utviklingsarbeidet; sosionom, sexologi, førskolelærer, psykolog..

Innspill fra de ansatte ved barneavdelingen

(leger, sykepleiere, kontorpersonale) fullstendig liste side 3- 4.

- Generelt er man godt fornøyd med den faglige bredden i avdelingen
- Det fremheves at det er stabilt kompetent personell i avdelingen med lang erfaring i å ivareta barn og unge
- Engasjement for å bidra til utvikling og ivareta nye oppgaver
- Utvikle tilbud til nye pasientgrupper
- To sykepleiere i poliklinikk istedenfor en
- Ønske om at kompetansen man har blir benyttet
- Ønske om å tilegne og benytte ny kunnskap
- Faggruppe arbeidet bør fornyes
- Nyttiggjøre seg kompetansen sammen med 1.linjetjenesten i pasientbehandling og forebyggende arbeid

Innspill fra ansatte ved barneavdelingen:

Det er kommet inn til sammen innspill fra 14 personer samt innspill fra personell på vakt helga 10-11/1.

Hva fungerer godt?

- Avdelingen gjør allerede en omfattende jobb med god kontroll på det grunnleggende
- Liten, fleksibel avdeling med stor faglig bredde
- Høy grad av stabilitet og kompetanse blant de ansatte som opptrer trygge i sin rolle
- Deling av stillinger blant legene bra for kompetanse
- Avdelingens inndeling i fag grupper er bra
- Vil føle seg trygg her som foreldre
- Nye leger støtter seg på sykepleiere med mye erfaring og kompetanse
- Godt samarbeid innad i avdelingen
- God kultur generelt og god kultur for å ta i mot nyansatte
- Godt samarbeid med andre avdelinger eks v ferdighetstreninger
- Nyter generelt godt omdømme og tillit
- God kroniker omsorg
- Flinke på NIDCAP
- God på å lære hverandre opp når det trengs
- Lov å spørre om råd/ hjelp selv om man har erfaring
- Kontortjenesten fungerer godt. Barneavdelingens ansikt utad, gir god service er glade og profesjonelle
- Habiliteringen en stor styrke med stabile fagfolk med høy kompetanse

Hva kan bli bedre/ forbedringsområder/ ordet fritt:

- Avdelingen har godt potensiale for videreutvikling, vi må vise at vi vil noe, være foregangsavdeling så det blir attraktivt å komme hit
- Vi må ta plassproblemet på alvor
- Fortsatt ivareta bredde – allmennpediatri
- Vi må ta til oss ny forskning
- Utnytte avdelingens potensiale – innleggelse av uklare tilstander- observere eks ”stressede foreldre”
- Vi skal være mer enn en produksjonsavdeling
- Utvikle tilbud til nye pasientgrupper vil gjøre at avdelingen har ”flere bein å stå på”
- Medisinsk ansvar for barnehabiliteringen formaliseres i egen barnelegestilling
- Nærmere samarbeid BUP og barn
- 50% stilling psykolog/barnepsykiater
- Bedre organisering av poliklinikk, en sykepleier ressurs til organisering av poliklinikk ?
- Arealer til poliklinikk må utvides og fornyes
- Astma utredningen kan forbedres (metacholin, belastningstester, tredemølle)
- MR us av barn i narkose?
- Ecco undersøkelse av barn med hjertebilyd
- Henvisninger må behandles fortløpende
- Sykepleiere med kompetanse får større ansvar – jobbglidning og samarbeid lege, veiledning astma, eksem, enurese, overvekt,

- 2 sykepleiere i poliklinikk daglig?
- Diabetes omsorgen fordrer bedre lokaliteter for å møte fremtidens behov (tekniske muligheter)
- Allergivaksinasjon stor pågang, rom og sykepleier ressurs nødvendig. Bedre rutiner, beredskap ved anafylaksi, tilgjengelig seng og surstoff
- Tilstedeværelse av flere barneleger på dagtid, flere i grunnbemanning, forebygger faglig ensomhet i det daglige
- 50% stilling og 100 % vakter- ryddes?
- Ikke ønskelig å ha ansvar for avdeling, vakt, føde og enkelte poliklinikk pas samtidig
- Fra døgn til dag – mindre fokus på vakt delen
- Skal vi ha mer erfaring med kreftbehandling? Hospitering UNN?
- - Familieavdeling for nyfødte?
- Melkebank ?
- Oppfølging av barn på barsel eller både mor og barn hos oss?
- Flere nyfødte fra UNN kan overflyttes til oss?
- Sosionom kompetanse, Foreldres rettigheter ved barns sykdom, systematisk gjennomgang
- Førskole lærer kompetanse- leke terapi
- Synliggjøring av det samiske
- Klima- må tillate at man spør uten at man får en hel forelesning
- God stemning for læring er viktig - utvikling av spilleregler
- Hvordan være en trivelig arbeidsplass?
- Viktig at nye barneleger og turnusleger blir godt tatt i mot
- Mer intern undervisning
- Faggrupper oppleves å ha dårlig gjennomslagskraft
- Faggruppe arbeidet- redefineres?
- Beslutningsprosess vedrørende nye prosedyrer eller prosedyrer som er "out" må forbedres for å unngå forvirring
- "Døtid/ ledig tid " kan brukes til fagutvikling
- Ivareta den kompetansen i avdelingen som allerede finnes
- Man får for lite tid til å fordype seg
- Det trengs kompetanseheving seksuelle overgrep, mishandling, enurese, enkoprese, spirometri, prikktest,
- Mulighet for å reise på kurs, hospitering
- Legens engasjement avgjørende for fagutvikling
- Fagområder fordeles mellom legene
- Stimulere sykepleiere til å ta master utdanning
- Økt ambulering
- Mer utadrettet virksomhet
- Nyttiggjøre kompetansen sammen med 1. linje tjeneste i pasientbehandling samt forebyggende arbeid
- Effektivisering av samhandlingen
- Takstsystem for telefon henvendelser ?
- Synliggjøring av veiledning av kolleger i direkte pasient behandling i kommunehelsetjenesten (helsesøstre, fastleger)
- Mer læring og mestring
- Eneste barneavdeling i fylket med store avstander bør ses på i forhold til ressursbehov