

Styresak 27/2011: Desentralisert fødselsomsorg i Helgelandssykehuset – videre arbeid

Møtedato: 27.04.11

Møtested: Telefon

I tråd med krav om innføring av nye kvalitetskrav til fødselsomsorgen, har administrasjonen i Helgelandssykehuset hatt flere muntlige orienteringer til styret, om innhold, utvikling og faglige konsekvenser av dette arbeidet. Vi er nå kommet i en fase der vi bør kunne starte en implementering. I denne sammenhengen ser vi det som viktig å orientere styret om hvilken framdrift som Helgelandssykehuset må følge i lokal tilpassing av kvalitetskrav, basert på Helse Nord`s styresak 31-2011, Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid.

- Implementering av nye kvalitetskrav i Helgelandssykehuset er et arbeid som både må ha lokalt fokus og framdrift i 2011, men samtidig følge en felles framdrift i regionen basert på den Handlingsplan som Helse Nord vil komme fram til i etterkant av pågående høringsprosess i regi av Helse Nord. Høringsfristen er satt til 1.juni 2011.

Jamfør tidligere rapport fra lokal gruppe på Helgeland – Helhetlig plan for svangerskap – fødsel og barselomsorg, er det allerede kartlagt at implementering av nye kvalitetskrav blant annet vil redusere fødselsvolumet på Helgeland og samtidig øke behovet for kompetanse og personellressurser på jordmødre og gynekologer. I styrevedtaket 31-2011 legger også styret i Helse Nord RHF vekt på nødvendigheten av at kvaliteten på tjenestene er i tråd med nasjonale faglige krav og ønskeligheten av å opprettholde en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord. Det vises også til at Handlingsplanen skal synliggjøre økonomiske og personellmessige konsekvenser av de tiltak som foreslås iverksatt. Planen, med forslag til framtidig organisering av fødselsomsorgen i landsdelen, skal behandles av styret i Helse Nord RHF, i etterkant av høringsrunde er gjennomført.

- Fra helseforetakets er det viktig å ha kontinuerlig fokus på kvalitetskravene og arbeide aktivt for å tilrettelegge prosedyrer og kommunikasjon mellom fødeinstitusjonene som et ledd i å imøtekomme disse.
- Når handlingsplan fra helse Nord foreligger vil vi innrette oss til innhold og framdrift i denne.
- Foretaksledelsen vil ila mai, ta initiativ til å møte faggruppe for fødselsomsorgen og lokal ledelse på enhetene, for å få kartlagt hvilke tiltak som kan - og bør gjøres på kort og lang sikt i vårt nedslagsfelt.
- Som et ledd i implementering av nye krav om organisering er det også tilrådning i nasjonal veileder "Et trygt fødetilbud" – om å avklare ledelse og ansvar for fødestuer inn mot fødeavdelinger i helseforetaket. Dette er en diskusjon vi vil ta med fagmiljøene i helseforetaket.
- Samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kommuner vil vi avvente med å ferdigstille til høringsprosess er ferdig, men samtidig ha fokus på dette arbeidet på Dialogmøter med samtlige kommuner på Helgeland i løpet av våren og i møte med OSO, juni 2011.
- Ut fra overnevnte er det ønskelig at det leveres en felles høringsuttalelse til Helse Nord, fra fagmiljøet innen fødselsomsorg i Helgelandssykehuset.

VEDTAKSFORSLAG:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar foretakets plan på framdrift i implementering av nye kvalitetskrav i fødselsomsorgen til orientering
2. Styret ber om å få forelagt en detaljert og oppdatert plan og oversikt over framdrift, tiltak og konsekvenser når Helse Nord har utarbeidet felles handlingsplan.

Fred A. Mürer
Kst foretaksdirektør

Saksbehandler: Randi Erlandsen, Kommunikasjonssjef / sykepleiefaglig sjef

Vedlegg: Styresak 31-2011 Helse Nord RHF
 Høringsnotat fra Helse Nord RHF, 11. 04.2011
 Helhetlig plan for svangerskap – fødsel og barselomsorg Helgeland 2011-2014

Møtedato: 24. mars 2011

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Anca Heyd/Kristian I. Fanghol

Dato: 18.3.2011

Styresak 31-2011 Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid

Sakspapirene var ettersendt.

Formål/sammendrag

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er et behandlingsforløp, hvor ansvaret er delt mellom flere i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I all hovedsak er resultatene i denne behandlingskjeden i Norge gode, men det er fortsatt muligheter for forbedringer både på det enkelte område og i samspillet mellom ulike nivåer og tjenester. For å sikre god kvalitet på tjenestene må det arbeides systematisk på mange felt. Det gjelder organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon.

Formålet med saken, i tillegg til planen fra regional faggruppe, er å få beslutning om å lage en regional tiltaksplan som skal konkretisere hvilke handlinger som er nødvendig for å kunne utvikle en desentralisert fødselsomsorg som har de kvaliteter veilederen foreskriver. Tiltaksplanen skal inneholde personellmessige og økonomiske vurderinger av de forslag som fremmes, og det skal gjøres en risikovurdering av mulighetene for å nå kvalitetskravene.

Kvalitetskravene til fødselsomsorgen, slik de foreligger i nasjonal veileder fra Helsedirektoratet, er resultat av et omfattende faglig arbeid. De skal sikre at fødselsomsorgen også i fremtiden skal være trygg, forutsigbar og av høy kvalitet. For å oppfylle kvalitetskravene for fødselsomsorgen må det arbeides bl.a. på følgende områder:

- Funksjonsdeling i en desentralisert fødselsomsorg
- Samhandling mellom fødeinstitusjoner og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- Følgetjeneste
- Rekruttering

En regional faglig faggruppe har vurdert konsekvensene av forslag til kvalitetskrav bl.a. for funksjonsfordelingen, slik de forelå i høringen høsten 2010. Dette dannet grunnlaget for Helse Nord RHF's uttalelse til de foreslåtte kvalitetskravene. Nå foreligger disse i form av en nasjonal veileder som skal settes i verk lokalt i et samspill mellom ulike tjenester i kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten. For å innfri kvalitetskravene, skal det brukes tid, slik det forutsettes i veilederen:

"Oppfølgingen av kravene i veilederen vil måtte skje som utviklingspregede prosesser som går over tid." (Kvalitetskrav til fødselsomsorgen, s. 1.)

Ulike lokale forhold vil skape ulik tilpasning i den endelige utformingen av tilbudene. Kravene til kvalitet, her under pasientsikkerhet, skal være de samme over hele landet.

Kvalitetskravene i veilederen erstatter den tidligere ensidige oppmerksomheten om antall fødsler pr. fødeenhet som grunnlag for å fastlegge nivå. I Helse Nord har kravet til antall fødsler vært praktisert med skjønn.

Adm. direktør vurderer det som en selvfølge at kravene til kvalitet, slik de er formulert i Helsedirektoratets veileder, også skal komme befolkningen i Nord-Norge til gode. Å ha en kvalitet på tjenesten som ikke reflekterer nasjonale standarder vil ikke være akseptabelt overfor brukerne av tjenestene og fungere svært negativt for rekruttering av fagfolk. I tillegg er det ansvarsmessig uaktuelt. Dette betyr også at endring i funksjonsfordeling kan skje, dersom det viser seg umulig å oppfylle kravene. Samtidig er det adm. direktørs vurdering at det, ikke minst i et samfunnmessig perspektiv, er ønskelig å opprettholde en desentralisert fødselsomsorg.

Bredde og kvalitet på offentlig tjenestetilbud er også av betydning for sikring av bosetting m. m.. Nøkternt sett er sannsynligvis endringer i organisering av fødselsomsorgen de facto minst betydningsfullt for den enkelte kvinnen og den nyfødte (en til to hendelser i livet for de fleste), samtidig som det har stor betydning for et sykehus og et lokalsamfunn.

Sett i lys av det utviklingsarbeidet som må til for å oppfylle kvalitetskravene og ønsket om fortsatt å ha en desentralisert fødselsomsorg, foreslår adm. direktør at det lages en regional tiltaksplan for fødselsomsorgen. Denne skal bl.a. bygge på det arbeidet som er gjort i den regionale faggruppen. Innføring av nye standarder og krav, som til dels er vesentlig skjerpet fra dagens situasjon, kan bare gjennomføres via en regional tiltaksplan som har i seg de handlinger og de ressurser som skal til for å bringe tjenesten opp på det nivå som beskrives.

Når vi etter et omfattende faglig arbeid har kartlagt hva som skal til, fått vurdert tiltakene og de økonomiske, faglige og personellmessige konsekvensene, kan vi på et transparent og forutsigbart grunnlag ta stilling til videre utvikling av en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord.

Her legges derfor til grunn at funksjonsfordelingen i en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord nå videreføres i tråd med dagens ordning fram til tiltaksplanen er utarbeidet. Det innebærer at den eneste endring som nå vil skje, er at den forsterkede fødestuen i Nordlandssykehuset Lofoten legger om sin seleksjonspraksis i tråd med de faglige premisser som gjelder for en jordmorstyrt fødestue, men med opprettholdelse av beredskapsordning som sikrer muligheten for nødkeisersnitt. Nordlandssykehuset HF blir bedt om å planlegge og gjennomføre dette.

Bakgrunn

Regjeringen har på bakgrunn av Stortingsmelding nr. 12 *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* pålagt de regionale helseforetakene, sammen med berørte kommuner og brukerrepresentanter, å utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen.

Arbeidet med planen har vært organisert i to nivåer: en regional arbeidsgruppe og lokale arbeidsgrupper i hvert helseforetak. Brukermedvirkning og samarbeid med kommunene i opptaksområdet har vært vektlagt. Styret i Helse Nord RHF behandlet planen som en konsekvensvurdering av de foreslåtte kvalitetskrav.

Styret vedtok bl.a. følgende:

”Når nasjonale kvalitetskrav er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, vil Helse Nord RHF gjennomføre en endelig behandling av regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Planen vil i tillegg til nasjonale kvalitetskrav også bygge på lokale planer for

det enkelte helseforetaks område. En bred høringsrunde til berørte interessenter, deriblant kommunene, vil være en viktig del av arbeidet.”

De viktigste kravene som stilles i veilederen *Et trygt fødetilbud* gjelder organisering av tjenesten med tanke på bemanning, arbeidsdeling (seleksjon), informasjon til brukere, kompetansebygging og vedlikehold og oppfølging av kvalitetskrav. Samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten gis ny og stor betydning likeså samhandling på tvers av institusjonsnivå.

Kravene tar utgangspunkt i et differensiert fødetilbud, dvs. at fødselsomsorgen er organisert på forskjellig nivå: kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer.

- **Kvinneklinikker** er høyspesialiserte enheter. De kan ta imot alle fødende, har høy beredskap og spesialfunksjoner som nyfødtavdeling med kompetanse for respiratorbehandling.
- **Fødeavdelinger** kan motta de fleste fødende og tilby operativ fødselshjelp og smertelindring. Fødende med alvorlige komplikasjoner eller fødende, der det ventes at barnet vil trenge behandling ved en nyfødtavdeling, må imidlertid overføres til kvinneklinikk.
- En **fødestue** har kompetanse til å behandle friske fødende hvor en ikke forventer komplikasjoner under fødselen eller operative forløsninger. Fødestuen har godkjente retningslinjer for hvilke typer fødende som kan mottas og retningslinjer for overføring av fødende til institusjon med nødvendig kompetanse.

Den regionale gruppen har i januar 2011 hatt en gjennomgang av endelige kvalitetskrav i forhold til Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Gruppen vurderer situasjonen slik at ingen av regionens fødeinstitusjoner oppfyller nye krav til punkt og prikke. Gruppen er på det rene med at det vil ta tid å implementere kravene i sin helhet og foreslår at det jobbes videre med implementering på følgende områder:

- Funksjonsdeling i en desentralisert fødselsomsorg
- Samhandling mellom fødeinstitusjoner og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- Følgetjeneste
- Rekruttering

Her tas initiativ til utvikling av en tiltaksplan som skal synliggjøre hva som skal til for å nå de kvalitetskrav som er innført. Når dette foreligger, vil styret i Helse Nord RHF bli forelagt en sak, hvor beslutninger kan gjennomføres på et transparent og likt grunnlag for de ulike enheter. Tiltaksplanen skal være basert på dokumentert kunnskap, og det skal gjøres risikovurderinger bl.a. med hensyn til framtidig utdanning og rekruttering.

Kvalitetsforbedring ved innføring av nye kvalitetskrav

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Perinatal dødelighet som er mål for folkehelse, er nå så lav i Norge at vi ikke kan forvente noe særlig videre fall (Medisinsk fødselsregister).

Dette området er gitt ytterligere oppmerksomhet i Stortingsmelding nr. 12 *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Bakgrunn er to delt:

- Tilbakemelding fra brukere viser at tjenesten ofte oppleves som fragmentert og lite sammenhengende.

- En oppsummering av tilsynssaker viser at det svikter i organisering og ledelse. Enkelte sentrale punkter som fremheves er svikt i kommunikasjon og samarbeid, uklare ansvarsforhold, kompetansesvikt, blant annet manglende innsikt i nasjonale retningslinjer ved kompliserte fødsler og manglende etterlevelse av prosedyrer ved fødselskomplikasjoner.

Kvalitet er et sammensatt begrep og kan ha flere innfallsvinkler. Ved helsetjenester kan det blant annet dreie seg om hvordan den enkelte helsepersonell utøver arbeidet sitt, men også i hvilken grad helsetilbudet er organisert på en slik måte at det tilrettelegges for at arbeidet kan utføres på en god og korrekt måte. Disse to sidene er så viktige at de plasseres i begrepet medisinsk forsvarlighet og krav til oppfyllelse stilles i form av norsk lov. I Helsepersonelloven presiseres:

”Arbeidet skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”(Helsepersonelloven § 4), og *”virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”* (Helsepersonelloven § 16).

Det er denne siste delen av helsetjenesten hvor en forventer kvalitetsheving med de nye kvalitetskravene. Ved implementering av nye kvalitetskrav vil man altså oppnå en kvalitetsforbedring på systemnivå.

Det største problemet i vår region er at systemene som finnes er meget sårbare og avhengig av enkeltpersoner for å fungere. Det er ofte utstrakt bruk av vikarer, gjerne på flere områder og for flere yrkesgrupper. Dette kan skape usikkerhet, da vikarer ofte ikke er godt nok kjent med lokale rutiner og prosedyrer, og det ikke alltid settes av god nok tid for opplæring. Indirekte vil dette øke risikoen for at det gjøres feil. I tillegg må kompetansehevende tiltak og arbeid med fagutvikling og rutiner vike for høyere prioriterte oppgaver når bemanningen mange plasser er marginal. Dette er utførlig redegjort for i Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg..

Ved implementering av kvalitetskrav oppnår man på sikt:

- **større forutsigbarhet**, og med det en større trygghet i fagmiljøet og for pasienter
- **sikkerhet** ved å definere risikogrupper og fordi seleksjonskriteriene er klare og tydelige og kjent for alle
- **redusert risiko** for å gjøre feil ved å sikre stabile og kjente fagmiljøer
- **trygghet** ved at den gravide vet hva som venter henne, og at helsepersonell kommuniserer med hverandre (Økt samhandling på tvers av nivåer og mellom spesialisthelsetjeneste og kommune er et vesentlig krav i veilederen.)
- **økt kompetanse** hos alt helsepersonell ved kursing på tvers av nivåer og tjeneste, og ved hospitering

Et sentralt tema i det videre arbeid, og som en tiltaksplan særlig må fange opp, er nødvendigheten av og realismen i å skaffe mer fagfolk av ulike profesjoner. For legespesialister mangler Helse Nord både stillingshjemler og kandidater til stillingene. Det er behov for å styrke utdanningskapasiteten. I tabellen nedenfor er det presentert en oversikt over status.

Antall hjemler **overleger gynekologi** fra Nasjonalt Råds database, oppdatert 18. februar 2011:

Institusjon	Antall tildelte hjemler i NR databasen overleger gynekologi	Antall årsverk besatt ifølge HF (nov 10)	Antall årsverk ubesatt ifølge HF-et (nov 2010)
Hammerfest	4	4	1
Kirkenes	2	3	1,4
Tromsø	14	11	0
Harstad	5	2,5	2
Narvik	1	1,6	0
Bodø	7	7	1
Vesterålen	3	2	0
Lofoten	1	1	0
Mo i Rana	4	4	1
Sandnessjøen	3	2	1
	44	38,1	6,4

For jordmødre vil det også være behov for flere stillinger. Også her kan det bli problemer med å rekruttere folk.

Bemanning

Nasjonal veileder med nye kvalitetsmål erstatter tidligere krav, der nivået på den enkelte fødeenhet var bygd på antall fødsler pr. fødeenhet. Flere av fødeavdelingene i Helse Nord har i dag en bemanning som er marginal/i nedre grense av de foreslåtte kvalitetskravene. Dette gjelder Helse Finnmark Kirkenes, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Harstad, Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik, Nordlandssykehuset (NLSH) Stokmarknes og Helgelandssykehuset Sandnessjøen.

Det vises til forslag til regional plan fra regional faggruppe. Gruppen mener at UNN Narvik bør omgjøres til fødestue på grunn av vansker med rekruttering. Dette er i tråd med synspunktet til lokal faggruppe i UNN som mener at det bør være en fødeavdeling og en fødestue i Narvik/Harstad-området.

Videre mener gruppen at NLSH Lofoten bør omgjøres til jordmorstyrt fødestue, da veilederen sier at forsterkede fødestuer ikke lenger kan forsvares faglig. Dette er også i tråd med lokal faggruppe i Nordlandssykehuset HF som sier at alternativet fødeavdeling ikke vurderes som realistisk. I tillegg påpekte gruppen framtidige utfordringer med fødselsomsorgen på Helgeland. Volumet av fødsler som finnes der, er ikke tilstrekkelig for fire fødeenheter, og fødeavdelingene burde hatt flere fødsler..

Samhandling mellom fødeinstitusjoner og samhandling mellom primær og spesialisthelsetjeneste

Samhandling på tvers av institusjon og nivå er et sentralt punkt, hvis man skal lykkes med virkelig å oppnå en kvalitetsforbedring i fødselsomsorgen. Det er en rekke krav i veilederen for fødselsomsorg som skal sikre at den gravide virkelig får det tilbudet som er skreddersydd for hennes behov og som samtidig er trygt og oppleves som helhetlig. Den regionale gruppen mener at arbeidet på dette området må gjøres på tre plan:

- Oppgaver som må løses av primær- og spesialisthelsetjenesten i felleskap i de lokale samarbeidsorganene og mellom kommuner og fødeinstitusjon
- Oppgaver som løses i et fagråd for gynekologi og fødselshjelp, slik at en samkjøring av tjenesten og dermed forutsigbarhet for brukerne sikres
- Kvalitetssikrende tiltak som gjøres i regionale og lokale perinataalkomiteer. Dette arbeidet er allerede påbegynt.

En oversikt over oppgaver som må løses i felleskap og ansvarsområder gis i vedlegg 1.

Følgetjeneste

Ansvar for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til de regionale helseforetakene 1. januar 2010. Ansvar for transporten knyttet til følgetjenesten ligger allerede på de regionale helseforetakene på lik linje med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste.

Den regionale gruppen har ikke kommet frem til en entydig løsning om hvordan oppgaven med følgetjenesten skal løses. Bakgrunn er at kravene rundt følgetjenesten, slik Helse Nord oppfatter dem, gir en del problemer som er vanskelig å løse.

Den regionale faggruppen har vært usikker hvordan disse problemene kan angripes og har derfor bedt om en avklaring fra Helse- og omsorgsdepartementet som er gitt Helse Nord og de andre helseforetakene både muntlig og i fagdirektørmøte.

Følgetjenesten skal angripes pragmatisk og fleksibelt, avhengig av behov og forhold. Tanken er å bruke fagfolket lokalt hvor den gravide bor for å bygge opp følgetjeneste. Under disse forutsetningene kan en vakt for beredskaps- og følgetjeneste organiseres på forskjellige måter, avhengig av forholdene.

Det må snarest inngås avtaler om følgetjenester for de kommuner hvor dette er en aktuell problemstilling (mer enn 1 1/2 timers reisevei til fødeinstitusjon) som bygger på ovennevnte forståelse og på lokale forhold (geografi, behov, tilgjengelighet av jordmor etc.).

Rekruttering

De nye kvalitetskravene stiller fødselsomsorgen foran store utfordringer, når det gjelder bemanning både i spesialist- og i primærhelsetjenesten. Dette gjelder for alle yrkesgrupper som er involvert i fødselsomsorgen og i spesiell grad jordmødre og gynekologer. Fagmiljøene bl.a. ved Universitetssykehuset Nord-Norge har framholdt dette svært tydelig. En viktig del av det videre arbeidet med implementering av kvalitetskravene, uansett funksjonsfordeling, vil derfor være utdanning og rekruttering av disse yrkesgruppene, og ikke minst tiltak for å beholde disse.

Den regionale gruppen ser dette som den største utfordringen og mener at det her vil dreie seg om en prosess som vil ta mange år. Gruppen anbefaler at det jobbes med en handlingsplan som skisserer hvordan denne oppgaven kan løses på sikt. Arbeidet med denne planen vil være omfattende og må foregå i samarbeid på regional og lokal plan. Den må omhandle kartlegging av behov og utdanningskapasitet, tiltak for utvidelse av utdanningskapasitet, rekrutteringstiltak – både kort- og langsiktige, tiltak for stabilisering og tiltak for kompetansebygging og vedlikehold, spesielt i områder med lavt volum. Fleksibilitet vil være en viktig suksessfaktor, likeså nettverksbygging og samarbeid.

En forutsetning for dette arbeidet er at man har ressursene på plass, og en plan må derfor også kartlegge finansielle implikasjoner og synliggjøre ressursbruk og behov.

Den regionale gruppen mener at det er behov for en satsning på svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, hvis man skal lykkes med implementering av nye krav og med å bygge opp et stabilt bærekraftig tilbud.

Adm. direktørs vurdering

Nasjonale kvalitetskrav for fødselsomsorgen omhandler en rekke områder. Implementering av en regional plan skal sikre at svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen har en slik standard at den enkelte fødende har rimelig lik sjanse til et forutsigbart og positivt utfall av hendelsen. Det er mange utfordringer i gjennomføringen av veilederen som vil kreve systematisk arbeid over flere år, før en er i mål. Veilederen skal implementeres regionalt i en lokal kontekst som også må reflektere avstander, kommunikasjonsmessige forhold m. m..

Særlig problematisk for alle fødeenheter i Helse Nord er tilgangen på helsepersonell og spesielt legespesialister i fødselshjelp. I den nasjonale veilederen heter det om dette:

- *Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger*
- *Vikarstafetter bør unngås*
- *Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer*
- *Korttidsvikarer benyttes kun unntaksvis i kortere perioder*
- *Vaktordningen skal som en hovedregel ikke være hyppigere enn 4-delt. Unntak fra dette kan bare aksepteres i kortere perioder. Det må sikres et tilstrekkelig antall leger til ordningen slik at det er mulig å ta hensyn til behovet for regulert fravær i form av ferier, avpassering og tid til faglig oppdatering/fordypning, herunder avtalefestede permisjoner og kurs*

Nasjonal veileder med nye kvalitetsmål erstatter tidligere krav, der nivået på den enkelte fødeenhet var bygd på antall fødsler pr. fødeenhet. Flere av fødeavdelingene i Helse Nord har i dag en bemanning som er marginal/i nedre grense av de foreslåtte kvalitetskravene. Dette gjelder Helse Finnmark Kirkenes, UNN Harstad, UNN Narvik, Nordlandssykehuset Vesterålen og Helgelandssykehuset Sandnessjøen.

Ved flere enheter er det heller ikke det antall stillingshjemler som skal til for å dekke opp de krav til vakthypighet som følger av veilederen.

Det vises for øvrig til forslag til regional plan fra regional faggruppe. Gruppen mener at UNN Narvik bør omgjøres til fødestue på grunn av vansker med rekruttering. Videre mener gruppen at Nordlandssykehuset Lofoten bør omgjøres til jordmorstyrt fødestue da veilederen sier at forsterkede fødestuer ikke lenger kan forsvares faglig. I tillegg påpekte gruppen framtidige utfordringer med fødselsomsorgen på Helgeland, jf. at det er relativt få fødsler og fire fødeenheter.

Sett fra Helse Nord RHF's side er det svært krevende å avgjøre hvordan implementering av veilederen skal angripes. Ikke minst dersom en skal legge til grunn en umiddelbar innføring med de mulige konsekvenser det kan ha bl.a. for nivå på de ulike fødeenhetene.

På den ene side kan en legge de foreslåtte faglige krav strikt til grunn og gjøre en vurdering av den enkelte enhet basert på dagens situasjon. Da er flere av fødeavdelingene i en nedre grense. Dette kan framstå som vilkårlig, all den stund veilederen innføres fra et bestemt tidspunkt, og det er litt tilfeldig hvilken situasjon en har ved den enkelte enhet.

Videre må vår saksbehandling håndtere like tilfeller og situasjoner rimelig likt, samtidig som Helse Nord må ha trygghet for at det er faglig kvalitet på virksomheten som drives uansett kvalitetskrav. Det tilsier at det må gjøres en nøye vurdering av den enkelte fødeavdeling. Regional faggruppens syn veier her svært tungt. Ikke minst er problematiseringen av rekrutteringssituasjonen viktig i lys av det omfattende arbeid som har vært gjort i hele landsdelen for å skaffe fagfolk på et felt hvor det nasjonalt er sviktende rekruttering.

Når det gjelder Nordlandssykehuset Lofoten er det etter adm. direktørs vurdering nødvendig for Nordlandssykehuset umiddelbart å endre seleksjonskriteriene for fødsler i tråd med de som gjelder for jordmorstyrte fødestuer. Videre vil adm. direktør, for å komme trygghetsbehovet for befolkningen i møte, opprettholde en beredskap som i dag for å håndtere nødkeisersnitt. En slik beredskap oppfattes i seg selv ikke å være i strid med kvalitetskravene. Brudd på kravene skjer, når en gjennomfører keisersnitt/fødsler som skulle og kunne vært håndtert ved fødeenhet på høyere nivå. Nordlandssykehuset vil bli bedt om å følge dette opp.

Adm. direktørs innfallsvinkel er, på dette stadiet i prosessen, at vi nå skal styrke fødselsomsorgen, i tråd med intensjonen i veilederen. Det skjer ut fra nye og økte faglige krav og i lys av det samfunnsmessige engasjementet det er for tjenesten. Så kan en ut fra et prioriteringsmessig synspunkt stille spørsmål ved om det er riktig at økte ressurser skal tilfalle dette fagområdet.

På denne bakgrunnen foreslås at det utarbeides en regional tiltaksplan som skal konkretisere strategier og tiltak for å bringe den desentraliserte svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Helse Nord på nivå med kravet i veilederen, jfr. regional handlingsplan.

Det skal legges særlig vekt på tiltak som styrker utdanningskapasiteten og et systematisk rekrutteringsarbeid. Rekrutteringsprosjektet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer blir en viktig del av en slik regional handlingsplan. Her blir samarbeid med fagmiljøene ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø avgjørende for å kunne lykkes med å øke utdanningskapasiteten.

I arbeidet bes også utredet alternative modeller for å dekke opp bemanningen ved mindre fødeenheter for kortere eller lengre perioder, slik at sårbarheten reduseres. I arbeidet skal personellmessige og økonomiske konsekvenser kartlegges og det skal gjøres risikovurderinger av de tiltak som foreslås.

Videre må samhandling i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten sikres ved å etablere et regionalt fagråd som ivaretar koordinering og avklaring av kvalitetskrav som har overordnet betydning og ved å sette i gang et samarbeid med primærhelsetjenesten med målet å løse felles oppgaver.

Følgetjeneste må formaliseres, og det må lages fleksible løsninger avhengig av geografi og forhold som sikrer at fødende får oppfølgingen de trenger, hvis de bort langt unna fødeinstitusjon.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 113-2010 Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord – konsekvenser av forslag til nasjonale kvalitetskrav, oppfølging av styresak 60-2009/3 og styresak 56-2010 og Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen.*
2. Styret i Helse Nord RHF vil understreke nødvendigheten av at kvaliteten på tjenestene er i tråd med nasjonale faglige krav og ønskeligheten av å opprettholde en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord.
3. For å sikre en kvalitet på tjenesten som er i tråd med veilederen og opprettholde en bærekraftig desentralisert fødselsomsorg ber styret i Helse Nord RHF adm. direktør om å utarbeide en regional tiltaksplan for å utvikle fødselsomsorgen. Utdanning, rekruttering og stabilisering av fagfolk er de mest sentrale temaer.
4. Handlingsplanen skal synliggjøre økonomiske og personellmessige konsekvenser av de tiltak som foreslås iverksatt. Før planen, med forslag til framtidig organisering av fødselsomsorgen i landsdelen behandles av styret i Helse Nord RHF, skal det gjennomføres en omfattende høringsrunde.
5. Styret i Helse Nord RHF vil særlig understreke utfordringen med rekruttering av spesialisert helsepersonell. I handlingsplanen må en særlig grundig vurdere framtidsperspektivene på dette området og hvilken betydning personellsituasjonen har for mulighetene for å oppfylle kravene til kvalitet i Helse Nord desentraliserte fødselsomsorg, og hvilke tiltak som kan settes i verk. Rekrutteringsprosjektet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer blir her særlig viktig.
6. Nordlandssykehuset Lofoten videreføres som jordmorstyrt fødestue med beredskap for nødkeisersnitt, jfr. premissene i saksutredningen. Nordlandssykehuset HF bes om å følge dette opp.
7. Det etableres et fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Rådet skal definere felles retningslinjer ved implementering av kvalitetskrav som trenger avklaring på overordnet behov (jfr. oversikt i saksbehandlingen) og være adm. direktørs rådgivende organ i spørsmål som er viktig for å sikre en god svangerskaps- og fødselsomsorg.
8. Helseforetakene skal i samarbeid med kommunene lage plan for å løse felles oppgaver, jfr. oversikt i saksbehandlingen.

9. Helseforetakene skal i samarbeid med kommuner lage avtaler som sikrer at følgetjeneste for gravide er ivaretatt. Avtalene skal bygge på forståelsen som er beskrevet i saksbehandlingen.
10. Et høringsnotat basert på denne styresaken sendes på bred høring. Styret ønsker innspill til den skisserte planen, før planarbeidet starter.

Bodø, den 18. mars 2011

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Overordnede oppgaver i veilederen *Et trygt fødetilbud* som må løses på tvers av institusjoner/institusjonsnivå – oversikt

Vedlegg 1: Overordnede oppgaver i veilederen "Et trygt fødetilbud" som må løses på tvers av institusjoner/institusjonsnivå

Oppgaver som skal behandles i fagråd	Oppgaver som skal behandles av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i fellesskap	Oppgaver som skal behandles i perinatalkomite
Lage mal for pasientinformasjon om den regionale og lokale organisering av svangerskaps - fødsels - og barselomsorgen og om hva innholdet i tjenestene omfatter.	Utarbeide lokal tilpasset pasientinformasjon om den regionale og lokale organisering av svangerskaps - fødsels - og barselomsorgen og om hva innholdet i tjenestene omfatter etter mal fra fagrådet.	Regionale helseforetak og kommunene bør tilby regelmessige tverrfaglige emnekurs til fastleger, helsesøster, fysioterapeuter og jordmødre.
Frist: senest 01.01.12	Frist: senest 01.01.12	
Lage mal for skriftlig informasjon på sykehuset til familiene om videre oppfølging fra helsestasjonen	Utarbeide lokal tilpasset skriftlig informasjon på sykehuset til familiene om videre oppfølging fra Helsestasjonen etter mal fra fagrådet	
Behandle seleksjonskriterier. Definere en felles forståelse og praksis for Helse Nord ved de kriterier som er vidt formulert og som gir rom for interpretasjon eller som krever en nærmere presisering.	Inngå avtaler om følgetjeneste etter mal fra Hdir? HN?	
Lage system for oppfølging av kvalitetskravene/melderutiner og definere viktige områder som bør meldes inn til RHFet	Lage lokale tilpassede maler for oppfølging av gravide etter kriterier som er definert i Retningslinjer for svangerskapsomsorgen	
Definere innhold i opplæringsprogram for nyansatte og vikarer	Det skal arrangeres faste samarbeidsmøter mellom allmennleger, helsesøstere, jordmødre og andre i kommunen i fellesskap med ulike grupper og instanser i helseforetakene. Etablere faste møteplasser.	
Lage regionale retningslinjer for kasuistikkgjennomgang etter avvik og kompliserte fødsler felles for både leger og jordmødre		
Lage regionale retningslinjer for obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner på fødeavdelingen (blødninger, vanskelig skulderforløsning, operative forløsninger, gjenopplivning osv.) (hvem skal delta, hvor ofte, hvem har ansvaret etc.)		
Lage retningslinjer for obligatorisk hospitering for både jordmødre og leger på alle institusjonsnivå (krav til innhold, hvor ofte, hvor lenge etc.)		

Deres ref.:

Vår ref.:
2010/495-67

Saksbehandler/dir.tlf.:
Anca Heyd, tlf. 75 51 29 81
og Anne May Knudsen, tlf. 75 51 29 29

Sted/dato:
Bodø, 11. april 2011

Høring:

Videre arbeid for å innføre nasjonale kvalitetskrav til fødselsomsorgen i Helse Nord

Helse Nord RHF sender på høring det videre arbeidet i regionen for å innføre de vedtatte nasjonale kvalitetskravene for fødselsomsorgen. Kvalitetskravene er nedfelt i veilederen fra Helsedirektoratet "Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" (desember 2010).

Høringsfristen er 1. juni 2011. Høringssvar sendes elektronisk til e-post: postmottak@helse-nord.no.

Helse Nord ønsker høringssvar fra alle interesserte.

Helse Nord håper at også fagmiljøer i spesialist- og kommunehelsetjenesten som har synspunkter på rekruttering og faglige spørsmål, vil fremme sine meninger og forslag i denne høringen. Oppfordringen trekker vi spesielt fram fordi vi av erfaring vet at fagmiljøer i varierende grad deltar i slike høringer.

Innledning

Styret i Helse Nord har behandlet innføring av nasjonale kvalitetskrav til fødselsomsorgen flere ganger, nå sist i styremøte 24. mars 2011. Kvalitetskravene skal innføres i de 15 fødeinstitusjonene vi har i landsdelen i dag. Funksjonsfordelingen slik den er beskrevet i veilederen skal ligge i bunn i tilbudet:

- **Kvinneklinner** er høyt spesialiserte enheter. De kan ta imot alle fødende, har høy beredskap og spesialfunksjoner som nyfødtafdeling med kompetanse for respiratorbehandling.
- **Fødeavdelinger** kan motta de fleste fødende og tilby operativ fødselshjelp og smertelindring. Fødende med alvorlige komplikasjoner eller fødende der det ventes at barnet vil trenge behandling ved en nyfødtafdeling, må imidlertid overføres til kvinneklinner.
- **Fødestuer** har kompetanse til å behandle friske fødende hvor en ikke forventer komplikasjoner under fødselen eller operative forløsninger. Fødestua har godkjente retningslinjer for hvilke typer fødende som kan mottas og retningslinjer for overføring av fødende til institusjon med nødvendig kompetanse.

Med bakgrunn i at kvalitetskravene ikke anbefaler fortsatt drift av eksisterende forsterkede fødestuer, presiserer styret i Helse Nord at den forsterkede fødestua i Nordlandssykehuset Lofoten skal videreføres som jordmorstyrt fødestue. Fødestua skal følge kriteriene for hvilke gravide som kan føde ved fødestua (seleksjonskriteriene) som gjelder for fødestue. Kirurgisk akuttberedskap/gynekolog i vakt skal være kompetent til å gjennomføre nødkeisersnitt under nærmere definerte forhold.

Det er mange arbeidsoppgaver som ligger foran både spesialist- og kommunehelsetjenesten for å oppfylle målene som kvalitetskravene setter. For å få et best mulig grunnlag for å gjennomføre arbeidet ønsker styret i Helse Nord RHF en høring og innspill til dette arbeidet. Nedenfor skisserer Helse Nord RHF hvilke arbeidsprosesser som er tenkt satt i gang i spesialisthelsetjenesten. Vi trekker også fram sju punkter med spesielle utfordringer som det må arbeides med. Helse Nord RHF ønsker innspill på prosess, de sju punktene og også andre synspunkter.

Grunnlagsdokumenter

Til grunn for denne høringen ligger følgende dokumenter (lenker til elektroniske versjoner):

Nasjonal veileder fra Helsedirektoratet:

[Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav til fødselsomsorgen](#)

Styresaker i Helse Nord:

[Styresak 31-2011: Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid](#)

[Styresak 113-2010: Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord – konsekvenser av forslag til nasjonale kvalitetskrav](#)

[Vedlegg styresak 113-2010: Regional plan med konsekvenser av forslag til nasjonale kvalitetskrav](#)

[Styresak 56-2010: Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg](#)

Prosesen framover

Det skal brukes tid på å innføre kvalitetskravene i fødselsomsorgen i Helse Nord, og arbeidet må gjøres av og i samarbeid mellom flere aktører. Så langt er disse prosessene skissert:

- **En regional tiltaksplan**, der utdanning, rekruttering og stabilisering av fagfolk er de mest sentrale temaer. Tilgang på og rekruttering av fagfolk til fødselsomsorgen er den aller største utfordringen i Helse Nord. Helse Nord foreslår at tiltaksplanen utarbeides av en bredt sammensatt arbeidsgruppe.

Tiltaksplanen skal synliggjøre økonomiske og personellmessige konsekvenser av de tiltakene som foreslås iverksatt. Planen skal også inneholde en risikovurdering av muligheten for å realisere de målsetninger/forutsetninger som må oppfylles.

Før behandling i styret i Helse Nord, skal planen sendes på høring.

- Etablere fagråd for fødselshjelp og kvinnesykdommer. Fagrådet skal være administrativt rådgivende organ i spørsmål som er viktig for å sikre en god svangerskaps- og fødselsomsorg. Rådet skal også bidra til å utvikle en lik praksis i Helse Nord basert på oppdatert kunnskap og innenfor de ressursrammer som foreligger. Umiddelbare oppgaver på fagrådet i forbindelse med å innføre kvalitetskravene vil bl.a. være:
 - Definere en felles forståelse og praksis for Helse Nord for de seleksjonskriteriene som i veilederen fra Helsedirektoratet er vidt formulert og som gir rom for tolkning eller krever nærmere presisering.
 - Lage melderutiner/system for å følge opp kvalitetskravene.
 - Definere innhold i opplæringsprogram for nyansatte og vikarer.
 - Lage regionale retningslinjer som sikrer at avvik eller kompliserte fødsler gjennomgås i lege og jordmorgruppen etter faste rutiner.
 - Lage regionale retningslinjer for obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner på fødeavdelingene/kvinneklinnikkene.
 - Lage retningslinjer for obligatorisk hospitering for jordmødre og leger i alle fødeinstitusjoner (fødestue, fødeavdeling og kvinneklinnikk).
- Samarbeid helseforetak og kommunehelsetjeneste. Spesialist- og kommunehelsetjenesten har flere oppgaver som må løses i fellesskap for å få innført kvalitetskravene. Dette er blant annet:
 - Inngå avtaler om følgetjeneste.
 - Lage lokal, tilpasset oppfølging av gravide etter kriterier som er definert i veilederen.
 - Etablere faste møteplasser/samarbeidsmøter mellom fastleger, helsesøstre, jordmødre og andre grupper i kommunene og helseforetaket.
- Annet: Det vil også være oppgaver som må løses i andre fora og gjennom det daglige arbeid både i kommunen og helseforetaket. Et eksempel er perinatalkomiteer (perinatal betyr tida rett før og etter fødsel for spedbarnet), sammensatt av fagfolk i spesialist- og kommunehelsetjenesten som bl.a. skal tilby kurs.

Sju utfordringer

I denne høringen framlegger Helse Nord sju utfordringer som vi ønsker forslag og innspill til, for å ta med i det videre arbeidet.

1. Rekruttering og utdanning

De nye kvalitetskravene stiller fødselsomsorgen foran store utfordringer for å sikre nødvendig bemanning både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette gjelder alle yrkesgrupper som er involvert i fødselsomsorgen og i spesiell grad jordmødre og gynekologer. For eksempel stilles det konkret krav om at fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen på en fødeavdeling, at vikarstafetter unngås og at det ved vikarbruk brukes faste vikarer.

Vaktordningene skal som hovedregel ikke være hyppigere enn firedelt.

En viktig del av det videre arbeidet for å innføre kvalitetskravene vil være utdanning og rekruttering, og ikke minst beholde disse yrkesgruppene. Helse Nord har etablert et eget utdanningsprogram for gynekologer, som allerede er under oppstart. Dette blir svært viktig for om vi lykkes med rekrutteringen.

Helse Nord skal lage en tiltaksplan for rekruttering og utdanning. Arbeidet med planen må foregå i samarbeid på regionalt og lokalt plan. Den må omhandle kartlegging av behov og utdanningskapasitet, tiltak for utvidelse av utdanningskapasitet, rekrutteringstiltak, både kort- og

langsiktige, tiltak for stabilisering og tiltak for kompetansebygging og vedlikehold i sær i områder med få gravide/fodsler. Fleksibilitet vil være en viktig suksessfaktor, likeså nettverksbygging og samarbeid.

Helse Nord ønsker i denne høringen meninger og forslag om hvordan vi kan rekruttere bedre, innen alle yrkesgrupper i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Vi ønsker også forslag til hva utdanningsprogrammet for gynekologer kan inneholde for å gjøre det mest mulig attraktivt.

2. Kompetansehevende tiltak

Et annet område, som også griper inn i rekruttering og å beholde fagfolk, er kompetansehevende tiltak og etter- og videreutdanning av de medarbeiderne som allerede arbeider i svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen.

Helse Nord ønsker bl.a. innspill til:

- Hvilke hospiteringsordninger er det behov for?
- Hvordan kan hospiteringsordninger organiseres?
- Hvilke kompetansehevende tiltak har kommunene behov for fra spesialisthelsetjenesten?
- Hvordan sikre at kommunene aktivt bruker kompetansehevende tiltak fra spesialisthelsetjenesten?

3. Seleksjonskriteriene

Kvalitetskravene til fødselsomsorgen stiller helt spesifikke kriterier for hvilke gravide som kan føde på en fødestue, en fødeavdeling eller på kvinneklinikk. Disse seleksjonskriteriene er en av pilarene for det gode og differensierte fødetilbudet vi har i Norge i dag.

Noen seleksjonskriterier i veilederen er helt klare og utvetydige, mens noen åpner for tolkning. Helse Nord RHF mener at seleksjonskriteriene bør tolkes og innføres likt. Derfor ønsker vi at de som har synspunkter på seleksjonskriteriene og en eventuell tolkning av disse bidrar i denne høringen.

4. Kvalitetsindikatorer

Kvalitetskravene til fødselsomsorgen foreslår 11 kvalitetsindikatorer for fødselshjelpen (se veilederen side 13-14). Det skal arbeides videre med disse indikatorene, også nasjonalt. Helse Nord RHF ønsker i denne høringen forslag til hvordan vi kan ruste oss til å innføre og oppfylle disse kvalitetsmålene best mulig.

5. Følgetjeneste

Ansvar for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til regionale helseforetak 1. januar 2010. Ansvar for transporten knyttet til følgetjenesten ligger allerede på de regionale helseforetakene på lik linje med ansvar for andre pasientreiser og ambulansetjeneste.

Intensjonen i kvalitetskravene er at det skal eksistere en god følgetjeneste for gravide som har lenger enn 1,5 timers reisevei og har behov for følgetjeneste. Det betyr at jordmor eller lege undersøker den gravide, og i samarbeid med fødeinstitusjon, avgjør om hun har behov for spesiell transport (bil/båt/fly) og eventuelt følge av jordmor eller lege.

Jordmødrene og kommunelegene, som i praksis utfører følgetjeneste, er ansatt i kommunene (og noen kommuner har ikke jordmødre). Følgetjeneste har, for kvalitetskravene kom, vært en bor-tjeneste for kommunene. Nå skal det etableres en forutsigbar og faglig forsvarlig følgetjeneste. Følgetjenesten er og blir en delt tjeneste mellom kommunehelsetjenesten (lege/jordmor) og

spesialisthelsetjenesten (ambulanse). Dess lenger unna fødeinstitusjon en gravid bor, jo mindre beredskap på følgetjeneste har hun. Det er ikke jordmødre i nærheten som kan ha døgnberedskap. Det vil kreve et stort antall jordmødre som må ansettes for å fylle en beredskapsordning. Dette er ikke mulig i Helse Nord og det er heller ikke stort nok behov for å ha en omfattende beredskapsordning bestående av jordmødre.

Slik betalingssystemet per i dag fungerer, skjer betaling for utrykning etter takst pr. utrykning/følge. Det er ingen betaling for vaktberedskap, men ansvaret er lagt til spesialisthelsetjenesten. Et uavklart spørsmål som må avgjøres av sentrale myndigheter er hvor mye nye ressurser den nye ordningen vil kreve og hvordan skal dekkes.

Helse Nord ønsker at arbeidet med å etablere følgetjenesten skal sikre nødvendig faglig kvalitet på en fleksibel måte, avhengig av behov og forhold. En mulighet er å bruke fagfolk lokalt hvor den gravide bor for å bygge opp følgetjeneste. Under disse forutsetningene kan en vakt for beredskaps- og følgetjeneste organiseres på forskjellige måter, avhengig av forholdene, for eksempel:

- Ordning med kontinuerlig interkommunalt vakt samarbeid for kommuner som ligger geografisk samlet, og som har et visst fødselsvolum. Der det finnes fødestuer er det naturlig å bruke jordmødre på fødestuen til følgetjenesten.
- Lokalt tilgjengelig beredskapsapparat hvor det ikke er tilgang til jordmødre. Her må man benytte det apparatet som finnes lokalt, altså legevakt i kombinasjon med ambulansetjenesten. I disse tilfeller vil det være nødvendig å sikre tilstrekkelig kompetanse hos de lokale aktører.
- Behovsutløst beredskapsordning for enkeltstående kommuner med lavt fødselstall. Noen kommuner har per i dag en ordning med at jordmor går inn i vaktperiode fra seks dager før termin og inntil fødsel. Da har de vakt hele døgnet kontinuerlig i denne perioden. I kommuner med få fødsler kan det være realistisk ordning så fremt det er en jordmor som aksepterer slike arbeidsbetingelser. Det anbefales ikke som en ordning i kommuner med over ti fødsler. Det gir uforutsigbare arbeidsforhold for jordmor, og er en utilfredsstillende og uklar løsning når det gjelder situasjoner som kan oppstå uavhengig av oppgitt termin.
- Opphold i nærheten av fødestedet i påvente av fødsel kan være et alternativ der hvor det ikke er mulighet for å bygge opp en lokal følgetjeneste.

Helseforetak og kommuner skal inngå avtaler om følgetjenester for de kommuner hvor dette er en aktuell problemstilling (mer enn 1,5 timers reisevei til fødeinstitusjon).

Helse Nord ønsker i denne høringen forslag og innspill til hvordan følgetjenesten kan organiseres og hvordan helseforetak og kommuner ønsker at arbeidet med avtaler om følgetjeneste organiseres i praksis. En ønsker også innspill på hva felles maler for avtaler bør inneholde.

6. Samarbeidsmøter

Nye kvalitetskrav stiller store utfordringer til samhandling både mellom forskjellige nivå i spesialisthelsetjenesten, men også mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det stilles krav til faste møtearenaer.

Helse Nord ønsker innspill på hvordan dette samarbeidet kan organiseres, hvilke arenaer som kan brukes og hvem som ansees som naturlige samarbeidsparter. Like viktig er det å komme med innspill på innholdet/oppdraget til de forskjellige møtearenaene.

7. Oppfølging

Side 6 av 7

Når kvalitetskravene over tid innføres, er det behov for å følge dem opp. Helse Nord ønsker i denne høringen forslag til hvordan Helse Nord og helseforetakene kan følge opp at kvalitetskravene etterfølges og fungerer.

Oppsummering

Helse Nord ønsker å høre den planlagte prosessen framover og de sju skisserte utfordringene. Vi tar gjerne i mot også andre synspunkter. Høringsfristen er 1. juni 2011. Høringssvar sendes på e-post til: postmottak@helse-nord.no. Alle som ønsker er velkomne til å delta i høringen.

Vedlegg 1:

Side 7 av 7

Vedtak i styret i Helse Nord 24. mars 2011 i styresak 31-2011: Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 113-2010 Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord – konsekvenser av forslag til nasjonale kvalitetskrav, oppfølging av styresak 60-2009/3 og styresak 56-2010* og Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.
2. Styret i Helse Nord RHF vil understreke nødvendigheten av at kvaliteten på tjenestene er i tråd med nasjonale faglige krav og ønskeligheten av å opprettholde en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord.
3. For å sikre en kvalitet på tjenesten som er i tråd med veilederen og opprettholde en bærekraftig desentralisert fødselsomsorg ber styret i Helse Nord RHF adm. direktor om å utarbeide en regional tiltaksplan for å utvikle fødselsomsorgen. Utdanning, rekruttering og stabilisering av fagfolk er de mest sentrale temaer.
4. Handlingsplanen skal synliggjøre økonomiske og personellmessige konsekvenser av de tiltak som foreslås iverksatt. Før planen, med forslag til framtidig organisering av fødselsomsorgen i landsdelen behandles av styret i Helse Nord RHF, skal det gjennomføres en omfattende høringsrunde.
5. Styret i Helse Nord RHF vil særlig understreke utfordringen med rekruttering av spesialisert helsepersonell. I handlingsplanen må en særlig grundig vurdere framtidsperspektivene på dette området og hvilken betydning personellsituasjonen har for mulighetene for å oppfylle kravene til kvalitet i Helse Nord's desentraliserte fødselsomsorg, og hvilke tiltak som kan settes i verk. Rekrutteringsprosjektet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer blir her særlig viktig.
6. Nordlandssykehuset Lofoten videreføres som jordmorstyrt fødestue. Kirurgisk akuttberedskap/gynekolog i vakt skal kunne gjennomføre nødkeisersnitt, jfr. premissene i saksutredningen. Nordlandssykehuset HF bes om å følge dette opp.
7. Det etableres et fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Rådet skal definere felles retningslinjer ved implementering av kvalitetskrav som trenger avklaring på overordnet behov (jfr. oversikt i saksbehandlingen) og være adm. direktors rådgivende organ i spørsmål som er viktig for å sikre en god svangerskaps- og fødselsomsorg.
8. Helseforetakene skal i samarbeid med kommunene lage plan for å løse felles oppgaver, jfr. oversikt i saksbehandlingen.
9. Helseforetakene skal i samarbeid med kommuner lage avtaler som sikrer at følgetjeneste for gravide er ivarettatt. Avtalene skal bygge på forståelsen som er beskrevet i saksbehandlingen.
10. Et høringsnotat basert på denne styresaken sendes på bred høring. Styret ønsker innspill til den skisserte planen, før planarbeidet starter.

Helhetlig plan for svangerskap – fødsel og barselomsorg



**Et samarbeidsprosjekt mellom kommunehelsetjenesten og
spesialisthelsetjenesten
Helgeland 2011 – 2014**

Innholdsfortegnelse

Helhetlig plan for svangerskap – fødsel og barselomsorg	57
Innledning.....	59
Sammendrag.....	60
Prosess.....	60
Brukermedvirkning	61
Tillitsvalgte.....	61
Kommuner.....	61
Arbeidsgruppen	61
Del 1. En beskrivelse av dagens situasjon på Helgeland	62
1.1 Nå-situasjon for svangerskapsomsorgen og følgetjeneste	62
Oppgavedeling	63
Arbeidsgruppens anbefalinger for svangerskapsomsorgen.....	64
Følgetjeneste og beredskap	65
Situasjon på Helgeland:.....	67
Oversikt over kommuner der reiseavstand til fødeinstitusjon overstiger 1,5 timer	67
Arbeidsgruppens forslag for å imøtekomme krav om følgetjeneste	67
Nå-situasjon – fødeavdelinger og fødestuer.....	68
Del 2. Tiltak for å imøtekomme kvalitetskravene på fødeavdelinger og fødestuer.....	69
Overordnet krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling og personellbehov...	69
2.1 Tiltak for å imøtekomme krav - fødeavdelinger	69
Overordnet krav til organisering, oppgave- og personellbehov - fødestuer.....	70
2.1 Tiltak for å imøtekomme krav - fødestuer	71
2.3 Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling til å imøtekomme kvalitetskrav til fødeavdelinger og fødestuer	73
2.4 Anestesi – og operasjonsberedskap.....	73
2.5 Gynekologsituasjon på Helgeland samt betraktninger ved kvalitetskrav	75
2.6 Faglige føringer	76
Nye grupper som skal føde ved kvinneklinikk:	77
2.7 utfordringer for å imøtekomme krav til bemanning og kvalitetskrav	78
Del 3 Presentasjon av ulike modeller basert på å kvalitetskrav og seleksjonskriterier	78
Del 4 Avslutning	81

Innledning

Oppdraget med å utarbeide en felles helhetlig plan for fødselsomsorgen på Helgeland, mellom helseforetaket og kommunene er vedtatt som en oppfølging av Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009), ”En gledelig begivenhet” og påfølgende rapport *Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. Arbeidet er satt i verk i regi av Helse Nord RHF, som en del av Oppdragsdokumentet for 2010, og kan sluttføres når nasjonale kvalitetskrav er endelig vedtatt.

Arbeidet har hatt som mål å skaffe en felles oversikt over de ressurser som er tilgjengelige innenfor dette området både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten på Helgeland. I tillegg er det gjort kartlegginger på muligheter og konsekvenser ved implementering av nye kvalitetskrav, som er foreslått i rapporten ”Et trygt fødetilbud”. I forbindelse med arbeidet har det også vært viktig å skissere alternative driftsmodeller til dagens struktur, med utgangspunkt i et felles faglig tilbud for gravide kvinner og hennes familie på Helgeland. Arbeidsgruppen har arbeidet ut fra mandat og rammeverk fra Helse Nor RHF.

Da barselomsorgen skal belyses nasjonalt i egen utredning, vil denne rapporten i mindre grad definere nye eller endret behov for denne omsorgen.

I hovedsak vil vi i dette ”foreløpige” overordnede planutkastet for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen på Helgeland, presentere følgende hovedpunkter, fordelt på kapittel 1 – 3 i rapporten:

- 1. En beskrivelse av dagens situasjon**
 - Dagens bemanning i kommuner og i sykehus
 - Antall fødsler, oppgavedeling, kommunikasjonslinjer
 - Arbeidsgruppens anbefalinger for oppgavedeling framover mellom primær og spesialisthelsetjeneste og mellom faggrupper
- 2. Tiltak som må iverksettes for å imøtekomme kvalitetskravene på fødeavdelinger og fødestuer - framtidig organisering og personellbehov**
 - Tiltak for å imøtekomme krav i kommuner
 - I fødeinstitusjonene i helseforetaket
 - Arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger
- 3. Presentasjon av mulige modeller for framtidig organisering**
 - For fødeinstitusjoner
 - Alternative driftsmodeller
- 4. Avslutning**

Sammendrag

Det er gledelig at kvaliteten på svangerskap -fødsel og barselomsorgen som fagmiljøene lenge har ønsket fokus på, nå vil bli satt i system nasjonalt, regionalt og lokalt. Dette er både positivt og nødvendig. Dog vil det føre til både utfordringer og dilemmaer, så vel for den gravide kvinne og hennes familie samt for den organisering og drift av fødetilbud som vil måtte følge av endring i krav til kvalitet og ressurser. Denne rapporten vil ikke omhandle økonomiske konsekvenser, men retter seg mot faglige tilbud, muligheter og utfordringer.

Helgeland er en geografisk spredt region med 18 kommuner, omgitt av mange øyer og flere fjelloverganger. Helgelandsregionen har en befolkning pr. 1.1.2010 på **75 534 innbyggere** eksklusive Bindal som bruker sykehuset i Namsos som sitt lokalsykehus.

Helgelandssykehuset HF er et lokalsykehusforetak med tre sykehusenheter; Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen. Helseforetaket har forøvrig et tyngdepunkt i Brønnøysund med spesialistpoliklinikk, dialyseenhet, fødestue og Distrikts psykiatrisk senter (DPS). Helseforetaket har personell – og driftsansvar for 4 fødeinstitusjoner: Fødeavdeling i Mo i Rana og Sandnessjøen samt jordmorstyrte fødestuer i Brønnøysund og ved sykehusenheten i Mosjøen. Fødeinstitusjonene hadde i 2009: 770 fødsler. Prognosen for 2010 er noenlunde lik 2009.

Gjennom kartlegging av status på tjenesten er det gledelig å registrere at det for tiden er relativt stabil legedekning i de største kommunene i regionen, mens det er større gjennomtrekk og med det variabel stabilitet i enkelte av de minste kommunene.

Det er etablert jordmortjeneste i alle kommuner. Det er små stillingsbrøker i de fleste kommunene, noe som gir store utfordringer med å møte sterkere krav til økt beredskap og kompetansevedlikehold. 8 av kommunene kjøper jordmortjeneste fra helseforetaket.

Oppgavedelingen mellom primær – og spesialisthelsetjenesten har forbedringspotensialer som både vil trygge tilbudene og styrke samhandlingen mellom nivåene.

Interkommunale løsninger vil være et godt bidrag for å både møte faglige krav og skape mer robuste fagmiljø for framtiden.

For å møte sterkere kvalitetskrav, økt beredskap og strengere seleksjonskrav til fødeavdelinger, ser vi klart at dagens driftsstruktur og bemanningsnivå vil møte store utfordringer. Med stor respekt for god faglighet i foreslåtte krav, vil det bli langt flere gravide kvinner enn tidligere, som må planlegge - og være forberedt på lengre reisevei og større forberedelser til fødsel. Med dagens struktur og det ”gjenværende fødselsvolum” på Helgeland, vil det samtidig bli en utfordring å kunne etablere et bærekraftig og stabilt fagmiljø i både sykehusenheter og fødestuer.

Økte ressurskrav til allerede sårbare enheter og kommuner vil fordre krav til tettere samarbeid mellom kommunenes forvaltningsnivå og helseforetaket enn det tidligere har vært tradisjon på.

Arbeidet med rapporten viser allikevel at Helgeland har potensial for å kunne møte de faglige kravene, noe som vil være avgjørende for å ivareta og trygge framtiden og de tilbud som skal møte den gravide kvinne og hennes familie.

Prosess

Helgelandssykehuset og kommuner på Helgeland har i løpet av 2010 gjennomført dialogmøter der blant annet helhetlig plan for fødselsomsorgen har vært tema, i form av løpende informasjon om status i arbeidet, nasjonalt, regionalt – og plan for lokal framdrift.

Arbeidet med etablering av felles overordnet samarbeidsorgan på Helgeland (OSO), nærmer seg slutfasen og det ventes at dette skal være operativt i første halvdel av 2011. Som en del av det vil også klinisk samarbeidsutvalg (KSU) være en samhandlingsarena der fagpersonell fra helseforetak og kommuner vurderer faglige spørsmål i samhandlingssaker og gir råd til OSO for videre behandling.

Det er naturlig at et videre overordnet arbeid med helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barsel på Helgeland, blir en del av dette arbeids – og beslutningsområde.

Brukermedvirkning

Brukerrepresentasjonen i arbeidsgruppen har vært valgt av brukerutvalget for helseforetaket. Representanten har i arbeidet hatt fokus mot brukernes interesser spesielt med tanke på bedring av informasjon og fokus på likemannarbeid.

Tillitsvalgte

Det har vært viktig for arbeidet å forankre prosessen inn mot arbeidstakersiden gjennom foretakstillitsvalgt fra Fagforbundet. Representanten møter øvrige tillitsvalgte i månedlige møter og har mulighet for videreformidling av gjensidig informasjon og innspill.

Kommuner

Helgeland strekker seg over et stort geografisk område. Med den kommunestruktur som regionen har, var det viktig å ha med en representant fra Kommunenes sentralforbund som kunne representere kommunene på Helgeland. Dette har vært en god bidragsyter i diskusjoner, i arbeidet og for gjensidig informasjon mot kommuner med tanke på kartlegginger og innspill.

Arbeidsgruppen

Følgende har deltatt i lokal arbeidsgruppe:

- Randi Erlandsen, informasjonssjef /sykepleiefaglig sjef for helseforetaket og leder for gruppen
- Per Arne Reinertsen, leder faggruppe føde /gynekologi Sandnessjøen (tom 26.10.2010)
- Britt Blaunfeldt Petersen, kommuneoverlege Hattfjelldal
- Johanne Skjølberg, representant KS Helgeland
- Elsa Enge, foretakstillitsvalgt Fagforbundet helseforetaket
- Torbjørn Uhre, kommunelege Alstahaug og representant regional arbeidsgruppe
- Heidrun Vollan, kommunejordmor Hattfjelldal og Grane
- Mette Lise Adolfsen, jordmor, fødeavdelingen i Mo i Rana (sekretær i møter)
- Karin Nilsen, avdelingsjordmor, fødestuo i Mosjøen
- Lisbeth O. Eliassen, avdelingsjordmor, fødeavdelinga i Mo i Rana
- Ann - Åse Baustad, avdelingsjordmor fødestua i Brønnøysund
- Gørild Igelbu, avdelingssjef og avdelingsjordmor, føde/gyn avdeling, Sandnessjøen
- Bente Hjelseth, seksjonsleder og gynekolog Mo i Rana
- Hanne Rynning, kommunejordmor Mosjøen og jordmor ved fødestuen i Mosjøen
- Marit Angermo NFU - brukerrepresentant

Del 1. En beskrivelse av dagens situasjon på Helgeland

1.1 Nå-situasjon for svangerskapsomsorgen og følgetjeneste

- **Dagens bemanning i kommuner**
- **Antall fødsler**
- **Oppgavedeling**
- **Arbeidsgruppens anbefalinger**

Status og oversikt per kommuner:

Kommune	Innbyggere	Fødsler 2009 Helgeland / *SSb – totalt i landet	Leger	Jordmor	Kompetanseheving / Trening
Rana	25282	HF 277 / 291- SSb	22	100 % - fast	Ingen prosedyre
Hemnes	4584	HF 44 / 55 - SSb	4	75 %	ingen prosedyre - felles trening med f-avdeling MiR
Nesna	1786	HF 19 / 19 - SSb	2	20 %	Ingen prosedyre
Rødøy	1281	HF 2 / 8 - SSb	2	10 %	Ingen prosedyre
Lurøy	1900	HF 18 / 19 - SSb	2		
Træna	489	HF 8 / 8 - SSb	1		
Dønna	1431	HF 22 / 22 - SSb	2	5 %	
Herøy	1618	HF 4 / 5 -SSb	2	5 %	
Alstahaug	7196	HF 66 / 69 - SSb	7	75 %	Stor velvillighet - utfordring med bemanning
Leirfjord	2140	HF 25 / 25 - SSb	2	40 %	
Brønnøy	7660	HF 85 / 103 - SSb	10	75 %	Organisert kompetanseprogram
Sømna	2041	HF 15 / 20 - SSb	2	25 %	
Vevelstad	510	HF 3 / 5 - SSb	1	10 %	
Vega	1288	HF 9 / 10 - SSb	2	10 %	
Vefsn	13388	HF 128 / 131 - SSb	12	100 %	Ingen prosedyre -stor velvillighet
Hattfjelldal	1444	HF 18 / 16 - SSb	2	40 %	Internundervisning mellom leger / jordmødre
Grane	1496	HF 11 / 11 - SSb	2	40 %	Internundervisning mellom leger / jordmødre
	75 534	770 – 817 - SSb	77		

Kjøp av jordmortjeneste		
Nesna kommune - kjøp av jordmortjeneste	Helgelandssykehuset	20 %
Vevelstad kommune - kjøp av jordmortjeneste	Helgelandssykehuset	10 %
Rødøy kommune – kjøp av jordmortjeneste	Helgelandssykehuset	10 %
Sømna kommune - kjøp av jordmortjeneste	Helgelandssykehuset	25 %
Brønnøy kommune - kjøp av jordmortjeneste	Helgelandssykehuset	75 %
Herøy kommune - kjøp av jordmortjeneste	Helgelandssykehuset	5 %
Dønna kommune - kjøp av jordmortjeneste	Helgelandssykehuset	5 %
Vefsn kommune – kjøp av jordmortjeneste	Helgelandssykehuset	45 %

* Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser fødselstall totalt for Helgeland uansett fødested.

Oppgavedeling

Kommunene har ansvar for svangerskapsomsorgen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for fødselsforløpet. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005, gir primærhelsetjenesten et godt grunnlag for å vurdere hvilke pasienter som har behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten på et gitt tidspunkt i svangerskapet.

St. melding nr 12 ” En gledelig begivenhet” slår også fast at svangerskapsomsorgen skal være forankret i primærhelsetjenesten. Nå-situasjonen på Helgeland oppfattes ikke tilfredsstillende sett fra primærhelsetjenestens side. Tilfeldigheter avgjør hvor den gravide går til kontroll. Gravide som henvender seg til en fødeavdeling direkte blir mottatt for svangerskapskontroller der uten henvisning og uavhengig av om det dreier seg om risikosvangerskap eller ikke. Dette oppleves å være i strid mot gjeldende retningslinjer.

Situasjonen skaper usikkerhet hos den gravide og fører til ulikheter i helsetjenestetilbudet. Kommunikasjonen mellom nivåene er for dårlig og praksisen fører også til fare for "pulverisering av ansvar" og kan skape mulige feilkilder.

Primærhelsetjenesten legger til grunn at ukompliserte svangerskap skal ivaretas av primærhelsetjenesten og at risikosvangerskap henvises til 2.linje tjenesten. Primærhelsetjenestens oppfatning er at henvisningsplikten også må gjelde svangerskapsomsorgen slik at spesialisthelsetjenesten fungerer som en 2.linjetjeneste og ikke som en 1.linjetjeneste.

Arbeidsfordelingen mellom 1.linjetjenesten og sykehusene må være basert på faglige kriterier og gjeldende retningslinjer.

Bemanning

Det er grunnleggende for best mulig kvalitet at det er tilstrekkelig bemanning med både leger, jordmødre og helsesøstre for at svangerskaps- og barselsomsorgen skal fungere i kommunene. Det er mange kommuner på Helgeland og de fleste av disse har jordmor i brøkstillinger. Det er ønskelig for rekrutteringen og stabiliseringen at flere kommuner går sammen og deler på jordmortjeneste i større stillingsbrøker. Kommune må ha tilstrekkelig ressurser / bemanning: lege og jordmor - for å kunne tilby gravide et reelt valg for hvem de velger å til kontroller hos.

Kompetanse

Kommunene må ta et større ansvar for kompetanseheving og sette det som et krav for de ansatte. Lokalt kan dette gjøres med regelmessig kursing/ tverrfaglig samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene, i egen kommune eller ved interkommunalt samarbeid. Dette kan eksempelvis innarbeides i fastlegeavtaler og må også gjelde for turnusleger.

Det er stor velvillighet i kommunene for kurs og trenig for personell som deltar i svangerskapsomsorgen. Økonomi og mangel på vikarer kan sette begrensinger på mulighet og omfang av å reise bort for oppdatering, kurs og hospitering. Enkelte steder er det opprettet samarbeid om kompetansevedlikehold mellom kommune og fødeavdeling/fødestue.

Kompetanseheving skjer best ved kurs og møter i regi av foretakene der alle aktører i svangerskapsomsorgen er invitert, inklusive det personell som ivaretar samme omsorg i kommunene.

Hospitering

Det er ønske om at kommunejordmødrene kan hospitere i svangerskapsomsorgen – og i fødselsomsorgen på fødestuer og på fødeavdelinger. For både kommunejordmødrene og enkelte leger i kommunene, er det ønskelig med hospitering på fødeavdeling/ kvinneklinikk for faglig oppdatering og mengdetrening av fødsler. Det er i tillegg ønskelig med hospitering for leger hos jordmor – og leger som utfører ultralydundersøkelser både på normale og på risikosvangerskap.

Seleksjon

Gjeldende retningslinjer for seleksjon av gravide må implementeres og følges av primær - og spesialisthelsetjenesten slik at alle fødeinstitusjonene på Helgelandssykehuset har felles praksis. Jamfør tidligere nevnte retningslinjer og rapporten ”Et trygt fødetilbud”.

Brukerperspektiv

Det må det være valgfritt for den gravide å velge om hun vil gå til kontroller hos jordmor eller lege i svangerskapet. Hvis ikke valget er fritt og det skal styres av kommune/ helseforetak, blir svangerskapsomsorgen satt mange tiår tilbake. Trygghet handler om tillitt! Her må kommunikasjon mellom nivåene forbedres.

En del barn fødes med forskjellige funksjonshemninger og foreldrene sitter ofte igjen med en følelse av at de er alene om dette. Helsepersonell må bli flinkere til å formidle kontakt med *Likemann*. Når det oppdages feil ved fosteret og informasjon ang. dette blir gitt, skulle foreldrene fått tips om at det er foreninger som driver med likemannsarbeid.

Tiltak kan være å lage en informasjons brosjyre som fødeavdelinger / fødestuer og helsestasjon kan formidle til vordende eller nybakte foreldre.

Brosjyren kan brukes som supplement for helsepersonell som mangler kompetanse på gjeldende område. Det optimale er at alle har nødvendig kompetanse, og ikke er redd for å fronte en vanskelig situasjon, med tanke på funksjonshemming.

Brosjyren bør si noe om:

- Nettsted hvor man kan finne opplysninger om antatt diagnose
- Hva fins i kommunene av hjelpetiltak/ støtte ordninger (bør være retta mot førskole alder)
- At foreningene NfU og Ups and DOWNS driver med likemanns arbeid

Arbeidsgruppens anbefalinger for svangerskapsomsorgen

Arbeidsgruppen er enig i at jordmor på fødestuer må ha hatt anledning til å vurdere gravide en eller flere ganger i løpet av svangerskapet for å kunne bidra med seleksjon til riktig fødeinstitusjon. Dette vil gjelde for kvinner som er selektert til å føde på fødestuer. I rapporten vises det til viktighet av at jordmødre bør bli kjent med de kvinnene som sokner til respektive fødestuer.

- Jordmorgruppen mener det kan være god utnyttelse av felles jordmorressurser at alle tilgrensende kommuner kjøper jordmortjeneste fra helseforetaket – og i dette den nærmeste fødeinstitusjon.

Forslaget er problematisk å akseptere fra kommunenes side fordi dette kan medføre en pulverisering av ansvar og kontinuiteten i svangerskapsomsorgen. Kommunikasjon mellom jordmor og lege i kommuner skal i fellesskap kunne etablere en tilfredsstillende svangerskapsomsorg, og det er kommunenes ansvar å sørge for at dette blir ivarettatt.

- Ultralydscreening uke 18 - må foregå hos ultralydkompetent personell, fortrinnsvis på fødeinstitusjon. Denne ordningen må være gjennomgående for hele Helgelandsregionen.

- Det anbefales to årlige møter mellom fødeinstitusjonene, representant for kommuneleger og jordmødre for evaluering og veiledning for å optimalisere samarbeidet.
- Oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten må følge gjeldende retningslinjer og basere seg på henvisninger slik at det er forutsigbare tilbud til den gravide og hennes familie
- Interkommunale løsninger vil stabilisere tilbudene og optimalisere bemanning og rekruttering. Etablere system for faste møtepunkt og etablering av faste prosedyrer for vedlikehold av kompetanseheving og trening / kurs internt i de enkelte kommuner. Etablere interkommunale systemer og prosedyrer som imøtekommer både kompetanse – og beredskapskrav. I dette eventuelt å utnytte felles beredskap
- Etablere arenaer for kompetansevedlikehold i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Involvere 1.linjetjenesten i perinatalkurs som arrangeres i helseforetaket.
- Styrke samarbeid mellom kommuner og helseforetakets fødeinstitusjoner og faggrupper: gynekologer, pediatere og jordmødre. Etablere faste møtepunkt 1-2 gg./årlig for gjennomgang av seleksjonskriterier, rutiner og trening på akuttssituasjoner.
- Etablere hospiteringsordninger for jordmødre og leger mellom kommuner og fødeinstitusjoner
- Iversette nødvendige registreringsrutiner og oppfølgingssystemer med hensyn til registrering av data som imøtekommer kvalitetskravene

Følgetjeneste og beredskap

Ingen av kommunene på Helgeland har avtaler med helseforetaket om følgetjeneste. Behov for konsultasjon og følge til fødeinstitusjon ivaretas av kommunelege, alternativt jordmor på stedet. Jordmor, der denne har mulighet for følge. Dette spesielt i Brønnøysund og Sømna.

Definisjon på følgetjeneste, utdrag fra rapporten ”Et trygt fødetilbud”:

Følgetjeneste er vurdering av kvinner i fødsel/gravide av kvalifisert helsepersonell og at den gravide/fødende får følge av kvalifisert helsepersonell til fødestedet, når det er vurdert som nødvendig. Beredskap i sammenheng med følgetjenesten innebærer organisering av vaktberedskap for kvalifisert helsepersonell. I St. meld. nr. 12 (2008-2009) er det lagt til grunn en rett til følgetjeneste for fødende med veiledende grense på halvannen times reisevei til fødestedet og behov for slik tjeneste.

Det forutsettes at helseforetak og kommuner inngår avtaler om jordmortjenester som sikrer felles ressursutnyttelse og sikrer innbyggerne et forsvarlig helsetilbud når det gjelder følgetjeneste for gravide innbyggere. I mange kommuner vil dette bety at kommunene må prioritere den lokale jordmortjenesten for å få til tilstrekkelig vaktberedskap.

Dersom reisetid til fødested er mer enn 1,5 time skal den fødende vurderes av lege eller jordmor på forhånd med tanke på transportmåte og behov for følge. På slike steder skal det finnes lokaliteter der jordmor kan lede fødselen på en tilfredsstillende måte dersom det vurderes at det ikke vil være tid til å transportere den fødende. Eller at kvinnen kan føde hjemme i ro og fred med jordmorhjelp.

Følgetjeneste er et tilbud og bruk må avgjøres ut fra en individuell vurdering relatert til behov. De fleste fødende vil kunne reise selv til fødeinstitusjonen uten bruk av følgetjeneste. Vaktberedskap med tilbud om en vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for vurdering vil kunne forhindre unødvendige transporter og transportfødsler.

Krav til følgetjeneste, jfr rapport

- Som krav til følgetjeneste fra distrikt og inn til fødeenhet anføres følgende; Jordmor eller legekontakt vurderer klinisk status ved fødsel, har dialog med fødeenhet eller fødestue og vurderer transport med ambulanse - bil/båt/fly og behov for å få følge av jordmor eller lege.

Kvalitetsindikatorer, jfr. rapport

- Andel fødende som har fått vurdering av jordmor eller lege før reise til fødested
- Antall transportfødsler med og uten kvalifisert assistanse.

System for oppfølging av kravene, jfr rapport

- Undervisning, trening og hospitering med aktiv tjeneste eller rotasjonsordninger. Treningen skal foregå sammen med aktuelt helsepersonell som er samarbeidspartnere. Det må etableres system for å dokumentere slik aktivitet.
- Det må også etableres system som sikrer god tjeneste for eksempel ved sykdom og annet fravær.

Krav til kompetanse, jfr rapport

Etablert beredskap for følgetjeneste i samarbeid med ambulansetjenesten og fødestue må være på plass der det vurderes av de regionale helseforetakene og kommunene at det er behov for en slik tjeneste for å øke tryggheten til gravide og fødende. Følgetjenesten må omfatte jordmor eller lege med tilstrekkelig, oppdatert fødselskompetanse”.

Jamfør brev fra Helse Nord RHF vedrørende:

Følgetjeneste for gravide og fødende

Regionale helseforetakene fått ansvaret for følgetjenesten for gravide og fødende fra 1. januar 2010. I dette inngår også ansvaret for beredskap for følgetjeneste.

Helse Nord RHF ber helseforetakene snarest starte kartlegging av status i kommunene vedrørende jordmorledsaging - og beredskap for dette. Jf. også Oppdragsdokument 2010.

Forståelsen av ansvaret

I denne sammenhengen vises det til St.meld. nr. 12 (2008 – 2009) ”En gledelig begivenhet”. Her fremgår det (5.1 Vurdering og konklusjon):

”Det er naturlig å foreslå en til halvannen times reisevei som veiledende grense, men dette vil avhenge av kommunikasjonsforhold, hvor langt fødselen har kommet osv. Behovet for følgetjeneste må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle.”

”Regjeringen foreslår:

- Regionale helseforetak får ansvar for følgetjenesten for gravide til fødested.
- I samarbeid med berørte kommuner må det etableres et system for å vurdere gravide ved akutte problemstillinger og avgjøre hvem som har behov for følge”

Departementet påpeker at i hht. gjeldende rett er det fremdeles et kommunalt ansvar å sørge for lokal jordmortjeneste (jf. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd).

Økonomiske forhold

HOD opplyser at dagens ordning med takstbasert finansiering over folketrygden for følgetjeneste videreføres inntil videre, jfr. [FOR 2007-06-12 nr 608 ”Forskrift om stønad til dekning av utgifter](#)

[til jordmorhjelp](#)". Denne endrer forskrift fra 2005 og kan fra 2007 også inkludere jordmorledsaging med ambulanse.

Situasjon på Helgeland:

Oversikt over kommuner der reiseavstand til fødeinstitusjon overstiger 1,5 timer

Hattfjelldal, Grane, Brønnøy, Sømna, Vevelstad, Vega, Rødøy, Lurøy, Træna

Arbeidsgruppens forslag for å imøtekomme krav om følgetjeneste

Helgeland har utfordrende geografi - fjell og fjord, mange små øy - kommuner som vanskeliggjør ivaretagelse og stabil døgnerberedskap utover de legestillingene som er på de ulike steder i dag. Det vurderes som god regularitet på bilambulanse i distriktet, supplert med båt og stasjonert luftambulans inkludert helikopter med legebemannning.

Tidligere prosedyre med følgetjeneste i Hattfjelldal er avvirket. Behov for følge er endret som følge av en stabil svangerskapsomsorg, bedre informasjon og kommunikasjon med den gravide og hennes familie.

Gruppen er enig i at organisert følgetjeneste med **døgkontinuerlig bemanning av jordmor** er umulig å gjennomføre – for de fleste av kommunene på Helgeland, med utgangspunkt i dagens kommunestruktur og fordeling av antall kommunejordmødre. Dette både av hensyn til organisering / ansatt – forhold, samt det antall kommunejordmødre og de stillingsstørrelser som eksisterer i dag. Et slikt tiltak vil kreve en langt større ressurstilgang spesielt på kommunejordmørsiden.

Forslag til organisering kan være:

- Arbeidsgruppen anbefalinger møter kravet med følgetjeneste til kommuner som har over 1,5 times reisetid til fødeinstitusjon.
- Interkommunale avtaler med sammenslåing av små jordmorstillinger til større og mer stabile stillinger, vi kunne imøtekomme dette noe.
- Det vil uansett stille store krav til økning av antall jordmødre for å dekke opp vaktordning på døgnbasis. Hver enkelt kommune må ta stilling til hva som kreves av følgetjeneste jfr reisetid til fødested og organisering av jordmortjenesten. Dette må avklares i samarbeid med helseforetaket.
- Enhetlig gjennomgående ledelse og ansvarlinje for kommunejordmødre vil kunne være en alternativ modell. Styrker utnyttelsen av gjennomgående kompetanse, på tvers mellom kommuner og fødeinstitusjoner. Modellen er mindre hensiktsmessig sett inn mot interkommunale oppgaver og er uryddig i en arbeidsgiver / arbeidstaker- deling.
- Følgetjeneste vil fordre sterkere integrering av systematisk opplæring av leger, jordmødre og ambulanspersonell. Dette krever jevnlig opplæringsprosedyrer

Utfordringer:

Regularitet i transport kan påvirkes av værforhold. Dette skaper bekymring for Helgeland, spesielt med tanke på en større sentralisering ut av regionen for om lag 150 kvinner / årlig, vurdert ut fra krav til seleksjon og med utgangspunkt i fødselstall fra 2009. Gruppen ser også utfordring i at ansvarsfordelingen i følgetjenesten kan oppfattes to-delt, i og med at kommuner har ansvar for å sørge for lokal jordmortjeneste og HF har ansvar for følgetjenesten og beredskap for denne. Dette vil igjen kunne skape uryddighet og bemanningsutfordringer for jordmødre og deres ansettelsesforhold.

Nå-situasjon – fødeavdelinger og fødestuer

- Dagens bemanning i sykehus og fødestuer
- Antall fødsler, oppgavedeling, kommunikasjonslinjer

Kommunikasjonslinjer

Vedlikehold av kompetanse er et lederkrav. Fødeinstitusjonenes ansatte har i varierende grad jevnlig møter i regi av egen avdeling. Som en del av helseforetaket deltar fødeinstitusjonenes bemanning/ledelse på de ulike aktiviteter som foretaket / egen faggruppe arrangerer. Kompetansenettverk i regi av foretaket og egen faggruppe innen føde – gynekologi og pediatri.

Ledere av fødestuene / fødeavdelingene er underlagt de lederkrav som øvrige ledere i helseforetaket:

Mål og resultatansvar, økonomi og personalansvar, informasjonsdeling, oppgaveprioritering og jevnlig teammøter

Status og oversikt per fødeenhet

Fødeinstitusjoner	Mo i Rana - fødeavdeling	Sandnessjøen fødeavdeling	Mosjøen fødestue	Brønnøysund fødestue
Organisering	Kirurgisk avdeling – seksjonsleder, er gynekolog	Føde – gyn avdeling avdelingssjef med medisinsk rådgiver, er gynekolog	Jordmorstyrt fødestue – kirurgisk område, medisinsk rådgiver 20 % - gynekolog	Jordmorstyrt fødestue, føde-gyn Ssj medisinsk rådgiver 20 % - gynekolog
Fødsler 2008	347	280	42	38
Fødsler 2009	387	265	69	49
Barne - / hjelpepleiere	6 årsverk m/ videreutdanning Alder snitt; ca	4.55 årsverk, 6 stk m / videreutdanning Alder snitt; ca 53 år	2.4 årsverk Alder snitt; 50 år	4.10 årsverk Alder snitt; 51 år
Jordmor	8 årsverk Alder snitt; 30-50 år	9.1 årsverk Alder snitt; 26-60 år	6.6 årsverk Alder snitt; 50 år	3.7 årsverk Alder snitt; 55 år
Gynekologer	4 hjemler - 4 fast ansatte per dato	3 hjemler – 2 ansatt - 1.- vakant	1 hjemmel – dagtid ingen vaktjeneste	ingen
Rekruttering	Ok	Ok. jordmødre	Ok - jordmødre	Variabelt – pt. Ok
Bakvakt jordmor	Ikke etter turnus ringer ved behov	Ikke etter turnus – ringer ved behov	Ja	Bakvakt pt for nyutdannet jordmor
Internundervisning	1 gang / uke	Ikke systematisk Kun m/ LIS- leger. Recusitering av nyfødte er innarbeidet	Undervisning annenhver måned, og har en utarbeidet plan på dette. Loggføres	Organisert internundervisning. Undervisning satt opp i god tid i forveien og sendt ut til de aktuelle, kommunelege og ambhelikopter. 4ganger i året. Loggføres
Trening på prosedyrer	1g / halvår – trening i mellom	Ikke systematisk	Etter prosedyrer	Etter prosedyre
Risikofødende	Ja, innenfor kriterier	Ja, etter kriterier + tvillingsfødsler	Nei	Nei
Hospitering	Nei	Nei	Sporadisk	Sporadisk
Øvrig aktivitet		Svangerskapskontroller poliklinikk	Svangerskapskontroller poliklinikk	Svangerskapskontroller Poliklinikk, dialyse og us. spesialistpoliklinikk
Medisinsk ansvarlig	Gynekolog	A-sjef / med rådgiver	Med -rådgiver	M-rådgiver 20 %
Us av nyfødte	Gynekolog / pediater	Gynekolog / pediater	Gyn/ almennlege	Almennlege

Del 2. Tiltak for å imøtekomme kvalitetskravene på fødeavdelinger og fødestuer

- I fødeinstitusjonene i helseforetaket
- Vurdere organisering og personellbehov
- Arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger

Overordnet krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling og personellbehov

Fødeavdelingene er mellomstore fødeinstitusjoner. De skal håndtere normalt fødende og pasienter med moderat risiko tilpasset avdelingens kompetanse. Et nært samarbeid med kvinneklinikk, herunder drøfting av tvilstilfeller i forhold til seleksjon, er en grunnleggende forutsetning. De minste fødeavdelingene bør vurderes omgjort til fødestuer. Avdelingen må ha minst fire spesialister i fødselshjelp /gynekologi og man bør tilstrebe seks spesialister. Seleksjon og krav til fødeavdelinger vil blant annet avhenge av om det er barneavdeling eller ikke ved sykehuset.

Vaktberedskap på fødeavdeling

- Skal ha gynekologspesialist i vakt
- Tilkallingstid for gynekologspesialist maksimalt 20 minutter
- Vakthavende gynekologspesialist må være tilstede i avdelingen ved risiko fødsler
- Anestesipersonalet skal ha tilstedevakt.
- Anestesipersonalet har sammen med jordmor og gynekologspesialist ansvaret for gjenopplivning av nyfødte
- Anestesiavdelingen skal kunne tilby epidural under fødsel
- Katastrofesnitt skal utføres innen 15 minutter
- Klinisk kjemisk avdeling samt blodbank skal ha døgnvakt
- Fødeavdelinger bør kunne utføre syre - base undersøkelse på navlestrengsblod
- etter fødsel
- Tilgang til kvalifisert undersøkelse av barnet før hjemreise
- Det bør være mulighet for tilkalling av jordmor i bakvakt det er en jordmor alene på vakt

2.1 Tiltak for å imøtekomme krav - fødeavdelinger

Innledning

Fødselstallet for fødeavdelingene på Helgeland er små, men vil uansett kreve samme beredskap og bemanning som ved større avdelinger når nye krav skal implementeres. For både fødeavdelinger og fødestuer vil en av utfordringene med å møte nye faglige krav, være å tilfredsstille bemanningsvolumet på jordmødre. Dette både med hensyn til å skaffe tilstrekkelige antall og klare å etablere et stabilt miljø. Det er ut fra dagens situasjon ikke mulig å imøtekomme disse uten at dette skal gå ut over dagens barnepleierstab.

For å imøtekomme intensjonen med kvalitetskravene er det mest optimale å bemanne avdelingene med 2 jordmødre på alle vakter, alternativt å ha bakvaktsordning, når en jordmor er alene med barnepleier på vakt. I skisserte tiltak for å imøtekomme krav til bemanning tar vi utgangspunkt i å ha 2 jordmødre på alle vakter

Dagens oversikt viser at både Sandnessjøen og Mo i Rana har lav jordmorbemanning på enkelte vakter. Begge avdelinger har arbeid hver 3. helg. Ingen av avdelingene har egen ansvarlig fagutviklingsjordmor. Mo i Rana har fordelt kompetanseansvaret til assisterende avdelingsleder. Sistnevnte avdeling har utfordringer med å kunne tilby heltidsstillinger for jordmødre som ønsker dette, av hensyn til personellbehov i turnus.

Tiltakene for å imøtekomme faglige krav som er skissert under er sammenfallende for begge fødeavdelingene:

Bemanning og beredskap:

Bemanningsøkning for jordmorgruppen totalt for **fødeavdelinger**: $4 + 3 = 7$ årsverk
Eventuelt bemanningsreduksjon for barnepleie på **fødeavdelinger**: $2 + 2 = 4$ årsverk

Status systemer og prosedyrer – fødeavdelinger

Støttesystemer som er ivaretatt på begge fødeavdelinger:

- Resusciteringsrom
- Varslingssystem som ivaretar oppkalling ved behov i akutte situasjoner
- Anestesipersonalet har sammen med jordmor og gynekologspesialist ansvaret for gjenopplivning av nyfødte
- Anestesiavdelingene kan tilby epidural under fødsel
- Klinisk kjemisk avdeling samt blodbank har døgnvakt begge steder
- Fødeavdelingene kan utføre syre - base undersøkelse på navlestrengsblod
- Kvalifisert personell for undersøkelse av barnet før hjemreise er ivaretatt

Støttesystemer og prosedyrer som må innføres eller endres på begge fødeavdelinger:

- Anestesipersonalet må endre turnus og iverksette tilstedevakt på begge steder
- Katastrofekeisersnitt kan ikke utføres innen 15 min i dag, unntatt når alle personalgrupper er tilstede på sykehuset
- Katastrofesnitt bør trenes på slik som andre katastrofeøvelser, og legges inn i katastrofeplan for helseforetaket
- Prosedyrer i forhold til ansvarsfordeling mellom jordmødre og leger må presiseres
- Det må etableres klare retningslinjer for når lege skal tilkalles og informeres ved komplikasjoner.
- Alle retningslinjer må tilpasses de nye kvalitetskravene.
- Dokumentasjonsprosedyrer -loggføring - må forbedres på begge steder
- Hospiteringsordning må inn i turnussystemet på begge steder og bør inngå som en del av kompetanseplanen.
- Alle jordmødre bør ha en uke hospitering ved kvinneklinikk hvert annet år.
- Sandnessjøen må iverksette systemer for bedre oppdatering av kompetanse, trening og må innføre et mer gjennomgående prosedyresystem

Overordnet krav til organisering, oppgave- og personellbehov - fødestuer

Fødestuen organiseres som en enhet i linje til en fødeavdeling eller kvinneklinikk i et helseforetak med avklart ledelse og ansvar. Jordmødre på fødestuen kan være ansatt både i kommunen og kommunen kan kjøpe jordmortjenester av helseforetaket i delt stilling mellom kommune og HF. Det er viktig at dette ikke tilslører ansvarsforholdene og arbeidsgruppen mener derfor at jordmødrene bør være ansatt primært hos en arbeidsgiver og fortrinnsvis den som har det formelle ansvaret for driften av fødestuen. En god utnyttelse av de samlede jordmorressursene må avtales ved skriftlige samarbeidsavtaler.

Overordnede krav til fødestuer:

- Et viktig prinsipp ved drift av fødestuer er at jordmødre som arbeider på fødestuen deltar i svangerskapsomsorgen i kommunene som sokner til fødestuen og blir kjent med de gravide gjennom dette.
- Det skal være organisert regelmessig internundervisning blant fødestuens ansatte, minst en gang hver andre måned. Undervisningen med tema og deltagere må registreres (loggføres)
- Fødestuen skal ha tilsyn av tilknyttet gynekolog/fødselshjelper minst to ganger per år og av barnelege fra helseforetak minst en gang per år. Resultater evalueres og uklårheter vedrørende seleksjonskriterier/rutiner/drift bør tas opp. Det skal vurderes hvilke internundervisning/praktisk trening av akutsituasjoner som må gjennomføres. Dette skal dokumenteres/loggføres.
- Det må eksistere en forpliktende plan for vedlikehold av kompetanse, herunder også tilbud om videre/etterutdanningsplan for fødestuens ansatte, også når det gjelder hospitering og arbeid ved større fødeinstitusjoner, også innen eget helseforetak.
- Det skal foreligge skriftlige prosedyrer for observasjon og behandling av fødende etter mønster fra "Veileder i fødselshjelp 2008". Både seleksjonskriterier og prosedyrer skal godkjennes av ansvarlig jordmor ved fødestuen og leder på helseforetaket, å revideres minst hvert tredje år eller når det er påkrevet
- Det skal være klare melderutiner for tilkalling av personell ved "akutte situasjoner"
- Det må etableres gode rutiner for tilkalling av legevaktlege ved akutte situasjoner
- Det skal foreligge plan for trening, også av hjelpepersonell av "akutte situasjoner" slik som vakuumpålegg/setefødsler, store blødninger, dårlig barn.
- Trening skal foregå regelmessig, minst 2 ganger årlig og aktiviteten skal loggføres på person som trener, samt dato. Legevaktlege må også holde nødvendige ferdigheter ved like
- Registrering av aktiviteten ved fødestuen skal dokumenteres fortløpende. Spesielt er det viktig med god dokumentasjon av alle fødsler og alle overflyttinger under og etter fødsel i fødestuen.
- Fødestuen bør ha samme system for elektronisk registrering av fødsler som finnes ved helseforetaket.
- Årsrapporter ved fødestuer anbefales å ha en nasjonal mal
- Ansvarlig jordmor på fødestuen må melde til leder ved fødeavdelingen i helseforetaket dersom det oppstår uforutsette driftsproblemer.
- Skade/uhell/avvik skal meldes etter lovpålagte retningslinjer.
- Det må være en plan for sjekking av alt teknisk utstyr ved fødestuen i tråd med forskrift for internkontroll

2.1 Tiltak for å imøtekomme krav - fødestuer

Innledning

Fødestuene på Helgeland er små og sårbare, men har klart å holde drift og aktivitet på et akseptabelt nivå de siste 2 årene. Nye krav vil stille store krav til endringer i beredskap og systematisk drift, og vil gi utfordringer på antall stillinger i drift, på relativ liten aktivitet. Sommerstenging i Brønnøysund 4 fire uker, har vært gjennomført siden 2005. Mosjøen har etablert "årsturnus" som sikrer bemanning i ferier - har ferre vakter i vinterperioden og flere i sommerferieavviklingen. Barselpasienter og nyfødte som tilhører området overføres til fødestuene etter forløsning i fødeavdelingene. Svangerskapspoliklinikk inngår i begge avdelinger.

Brønnøysund har lang tradisjon på fødestuedrift, men har de siste årene hatt nedgang i fødselstall. Å oppfylle krav til jordmorbemanning vil fordre et større antall enn status i dag og dreining til flere jordmorstillinger. Dette vil gå ut over dagens barnepleier / hjelpepleierbemanning. Krav om 2 jordmødre på fødsler vil understøtte dette. Praksis for tiden er at det på dagtid er 2 jordmødre med på fødslene. Vaktberedskap i helger og for øvrig der det er nye jordmødre på vakt. Undersøkelser av nyfødte ivaretas av lege i kommunen etter skriftlig avtale.

Fødestuo i Mosjøen har pr dato 2 jordmødre i beredskap. Tilgang på 2 jordmødre er gjennomgående. I sommerferieavviklingen kan det være enkelte vakter med ei jordmor og en barnepleier. Avdelingen har stabil personalgruppe med lavt sykefravær. For fødestua i Mosjøen vil overangen til økt jordmorberedskap merkes i mindre grad, fordi jordmorbemanningen ved omlegging til jordmordstyrt fødestue ble forsterket, i 2004. For begge fødestuene er hospitering vanskelig å gjennomføre grunnet minimal bemanning. Det lar seg gjennomføre med innleie av vikarer.

Tiltak for bemanning og beredskap:

- For å tilfredsstille bemanning med beredskap og følgetjeneste, vil det innebære en total bemanning på 9 årsverk for jordmødre i Brønnøysund.
- Det beregnes å imøtekomme dette ved å omgjøre 4.10 barnepleierstillinger til jordmorstillinger og tilføre 1,2 årsverk utover dette.
- Fødestuen i Mosjøen vil ha samme behov for jordmødre som Brønnøysund, total bemanning 9 årsverk jordmødre. Imøtekomme dette behovet ved å omgjøre 2,4 årsverk barnepleierstillinger til jordmorstillinger.

Bemanning og beredskap:

Bemanningsøkning for jordmorgruppen totalt for fødestuene: $5,3 + 2,4 = 8,7$ årsverk
Eventuelt bemanningsreduksjon for barnepleie på fødestuer: $4.10+2,4 = 6,5$ årsverk

Systemer og prosedyrer - fødestuer

- Tilsyn av gynekolog / eventuelt barnelege må nedfelles i skriftlige prosedyrer og gjennomføres jfr. nye krav.
- Må nedfelles i avtaler og stillingsbeskrivelser
- Forpliktende plan for kompetansevedlikehold og hospitering internt og eksternt må utarbeides og implementeres.
- Hospiteringsordning for alle jordmødre, spesielt nyutdannede for å få mengdetrening og observasjon av risikosvangerskap – og fødsler.

Prosedyrer og system som er ivaretatt begge fødestuer:

- Melderutiner for tilkalling av personell ved ”akutte situasjoner”
- Etablerte rutiner for tilkalling av lege / legevaktlege ved akutte situasjoner
- Regelmessig trening loggføres jfr. tabell.
- Begge fødestuene har gode rutiner for registrering av aktiviteten ved fødestuen skal dokumenteres fortløpende. Det brukes eget skjema med egen spesifisering av alle fødsler og alle overflyttinger under og etter fødsel i fødestuen
- Begge fødestuer rapporterer til linjeleder ved fødeavdelingen i helseforetaket dersom det oppstår uforutsette driftsproblemer, og benytter avvikssystem i helseforetaket ved skade/uhell/avvik, og det foreligger en plan for sjekking av alt teknisk utstyr ved fødestuen i tråd med forskrift for internkontroll

Må følges opp og innføres

- Samtlige fødeinstitusjonene i helseforetaket har samme system – Partus, men foretaket mangler kommunikasjon mellom enhetene. Dette ventes å være på plass ved implementering av felles plattform
- Det utarbeides Årsrapporter ved fødestuene, men det mangler felles mal. Dette må implementeres når nasjonal mal foreligger

2.3 Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling til å imøtekomme kvalitetskrav til fødeavdelinger og fødestuer

Det knyttes bekymring til å få utdannet tilstrekkelig fagpersonell for framtiden. Økte krav fordrer flere jordmorstillinger. På kort sikt fører dette til ønske om omgjøring av barnepleierstillinger til jordmorstillinger, noe som innebærer at disse gjøres ”overflødig”.

Barnepleiergruppen har et verdifullt og viktig fokus på barselomsorgen og har god kompetanse på dette området. Ved omgjøring av stillinger er det opplagt at barselomsorgen svekkes. Det er også uheldig at mulighet for videreutdanning innen spedbarn og barselpleie ikke synes ivaretatt. Denne gruppen vil ”på sikt”, sannsynligvis ha vanskelig med å opprettholde samme faglige nivå som dagens grupper.

Vår anbefaling vedrørende utdanning er at behovet for denne gruppen kartlegges regionalt og nasjonalt og at det derigjennom kan påvirkes til å få opprettet muligheter for videreutdanning innen spedbarn og barselpleie.

Arbeidsgruppen understreker viktigheten med å etablere flest mulig heltidsstillinger for å opprettholde kontinuiteten i arbeidet og ansvaret. Det bør uansett ikke være stillinger under 50 % på fødeenhetene.

Det er særdeles viktig for arbeidet innen fødeenhetene at det raskt gjøres et arbeid for å bringe prosedyrer og etablering av nødvendige kurs – og treningsopplegg i det systemet som tilfredsstiller faglige krav.

Samarbeidet mellom de to fødeavdelingene på Helgeland må styrkes i den forstand at det åpner muligheter for felles utveksling av personell ved spesielle behov. Samarbeidet mellom fødeavdelingene innen helseforetaket skal sammen kunne sørge for å gi fødekvinne og hennes familie et trygt tilbud i samarbeid med omliggende kommuner. Hospiteringsordninger må kunne utnyttes også innenfor helseforetaket.

Mangel på nødvendige IT-løsninger innen programmet Partus må settes i system slik at nødvendig registrering av gravide i overflyttingssituasjoner blir kvalitetssikret. Systemet må også kunne utnyttes med de moduler som finnes, eksempelvis rapportmodul.

Nødvendig medisinsk – teknisk utstyr må skaffes for å imøtekomme faglige krav, eksempelvis krav om elektronisk lagring av CTG-kurver.

2.4 Anestesi – og operasjonsberedskap

Anestesi og operasjonspersonell er en viktig del av fødetilbudet ved fødeavdelinger og kvinneklinikker og er involvert ved smertelindring, forløsning med keisersnitt, resuscitering av nyfødte og akutt situasjoner hos mor.

Kravspesifikasjon:

Vaktberedskap kvinneklinikk (Helsedirektoratet, 2010):

- *Anestesilege samt anestesi sykepleier må ha tilstedevakt*
- *Keisersnitt skal kunne utføres innen 15 minutter*
- *Anestesipersonale skal være tilgjengelig ved gjenopplivning av nyfødte*

Vaktberedskap fødeavdeling (Helsedirektoratet, 2010):

- *Anestesipersonalet skal ha tilstedevakt*
- *Anestesipersonalet har sammen med jordmor og gynekologspesialist ansvaret for*
- *gjenopplivning av nyfødte*
- *Anestesiavdelingen skal kunne tilby epidural under fødsel*
- *Katastrofesnitt skal utføres innen 15 minutter*

Presisering av kravspesifikasjon fra regional gruppe:

Anestesipersonal er et vagt begrep som kan tydes på forskjellige måter. Dette har skapt en del uro og usikkerhet. Inntil en avklaring på høyere nivå foreligger, likestilles begrepet ”anestesipersonell” med **anestesisykepleier**.

Krav til bemanning med operasjonssykepleier nevnes ikke eksplisitt i rapporten ”Faglige krav til fødeinstitusjoner”. Den regionale gruppen er enig at operasjonssykepleier er en naturlig del av et team der man skulle kunne forløse med keisersnitt og kommer derfor med følgende presisering av krav som skal implementeres i de lokale planene:

- **Fødeavdeling må ha operasjonssykepleier i døgkontinuerlig vaktberedskap.**

Mandat til den lokale gruppen:

- Ta stilling til hvordan kravene kan implementeres i Helseforetaket
- Lag forslag til alternative løsninger for implementering av kravene og redegjøre for konsekvensene av de forskjellige alternativene

Mo i Rana

Anestesiberedskap - dagens bemanning 8 stillinger i turnus.

- Aktiv tid til kl 22.00.
- **Nytt behov:** Økning med ca 2 stillinger. Tilgjengelig pr. dato - 1. anestesisykepleiere utover bemanning.
- I beregning med stillinger ligger det 2 på kveld for å ha beredskap. I dette regnet etter 33,6 timer som utgjør en stilling her. Minimumsbehovet ”kan være” 10 stillinger fordelt på 12 personer.

Operasjonsberedskap– dagens bemanning 12 stillinger i turnus.

- Aktiv tid til kl. 22.00
- Oppsettet for 3-delt aktiv turnus for operasjonssykepleierne + dekingen av operasjonssykepleiere på dag.
- **Nytt behov:** Økning med ca 4 stillinger. Tilgjengelige ressurser finnes

Sandnessjøen

Anestesiberedskap – dagens bemanning 7 stillinger i turnus.

- Aktiv tid til kl 21.00.
- **Nytt behov:** Økning med ca 2 stillinger.

- I beregning med stillinger ligger det 2 på kveld for å ha beredskap. I dette regnet etter 33,6 timer som utgjør en stilling her.
- Minimumsbehovet "kan være" 10 stillinger fordelt på 12 personer.
Operasjonsberedskap – dagens bemanning 11,5 stillinger i turnus
- Aktiv tid til kl 21.00
- Tilgjengelig stillinger:
- Oppsett for tredelt turnus + dekning av operasjonssykepleier på dag
- **Nytt behov:** 2.20 stilling

Arbeidsgruppens vurdering av tiltak - operasjon og anestesiberedskap:

Kravene kan implementeres i sykehusenhetene både i Mo i Rana og i Sandnessjøen. Dette vil kreve en total stillingsøkning på om lag 10 stillinger for spesialsykepleier innen operasjon og anestesi.

Utfordringer vil være å få utdannet tilstrekkelig antall og etablere stabilitet i de respektive personellgruppene. I tillegg å ha økte muligheter for å opprette nødvendige stillinger, også med tanke på arbeidsfordeling innen fagfeltene utover beredskapsordning.

Utdanning – kostnadskrevenende for studenter som skal rekrutteres til utdanning. Reise- og bo ulemper blir stadig vektet som for store til at voksne studenter ønsker å ta utdanning. Høgskolene må finne alternative modeller til samlingsbasert undervisning.

Konsekvenser kan bli at enhetene ikke klarer å få tilstrekkelig antall personer i stillingene på begge steder og at vi må etablere stillinger på tvers av enheter. Dette har vært diskutert tidligere i forbindelse med sommerferier og er lite attraktive modeller.

2.5 Gynekologsituasjon på Helgeland samt betraktninger ved kvalitetskrav

Forslag til organisatoriske krav:

- Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved
- fødeavdelinger
- Korttidsvikarer er en nødløsning for kun kortere perioder
- Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer
- Faste vikarer må forpliktes til å delta i regionale og nasjonale fagfora
- Krav til språkkunnskaper hos vikarer, må beherske norsk eller skandinavisk språk
- Krav til kontroll av vikarers kompetanse
- Krav til opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, også vikarer
- Samarbeidsløsninger og nettverksutvikling med nærliggende fødeinstitusjoner bør vurderes

Betraktninger på å imøtekomme krav til bemanning

Selv om gynekologstillingene ved Helgelandssykehuset per dags dato er besatt er det mye som tyder på at rekrutteringssituasjonen for gynekologer ikke blir lettere. Det utdannes i dag mange leger i Norge og norske leger i utlandet. Det utdannes også for få gynekologer i Norge til å fylle avgangen for alderpensjonister. Avdelingene er avhengige av import av spesialister.

Et trygt fødetilbud vil føre til at de store fødeavdelingene må ansette flere spesialister for å fylle sine kvalitetskrav jfr at Kvinneklinikkene skal ha gynekolog i tilstedevakt. Dette er et korrekt kvalitetskrav, men det vil gjøre situasjonen vanskeligere for små sykehus med små fødeavdelinger.

Vaktsystemet

For å dekke vakt gjennom hele året trengs det med dagens system 2,8 årsverk à 38 timer. Da er det regnet aktiv arbeidstid fra kl 07.45 til 16.30 på hverdager, 09 – 13 på lørdag, søndag og

helgedager og resten passiv hjemmevakt. Med en bemanning på 3 med normalarbeidstid vil det altså være bare en gynekolog tilstede til enhver tid.

Ved fødeavdeling skal gynekologene ha tilstedevakt ved risikofødsler som trenger overvåkning. Det må avklares med fagforening Dnlf hvilke arbeidsforhold og betaling en må planlegge for slike stillinger. Krav til fasiliteter på sykehuset f.eks soverom og oppholdsrom. Avtalen blir sannsynligvis felles for hele landet, men det er flest slike fødeenheter i Helse Nord. Arbeidsgruppa i Helse Nord burde ta dette opp med Dnlf. Eventuelt kan en tenke seg hjemmevakt av gynekolog med oppmøtetid 5 min ved risikofødsel på gang.

Oppbygging av gynekologstaben

- 1.prioritet, en overlegestilling til i Sandnessjøen.
 - 2.prioritet, ved ledighet bør gynekologstillingen i Mosjøen inngå i vaktssystemet i Sandnessjøen eller Mo. Eventuelt kan denne være lokalisert et av de to stedene med ambulering til Mosjøen. Det er aktivitetsgrunnlag som er stort nok for en gynekolog i Mosjøen i dag.
 - 3.prioritet den femte gynekologstilling i Sandnessjøen og Mo.
- Den kan evt. dekkes av vikar 12 uker per år

Det innføres obligatorisk hospitering ved større fødeavdeling for gynekologer på små fødeavdelinger. En må planlegge en uke per år.

Er det aktuelt ved KK UNN? Det bør lages en regional plan på hospitering.

Pediatri Helgelandssykehuset

Våre fødeavdelinger kommer i kategorien fødeavdelinger uten barneavdeling
Status pediatersituasjon pr. 20.09.10

Helgelandssykehuset HF – 4 pediaterstillinger

Sandnessjøen:

3 pediaterstillinger derav 2 stillinger besatt pt.
(områdefunksjon - spes. Brønnøy og Mosjøen)
Ingen vaktberedskap for fødeavdelingen

Mo i Rana

1 pediaterstilling - besatt

Arbeidsgruppa i Helse Nord må diskutere om pediater i vakt er tilstrekkelig for å kunne gi kvinner med risikosvangerskap merket * fødeavdeling m/ barneavdeling under seleksjon til fødeavdeling et tilbud. Helgelandssykehuset burde i følge dette ha mulighet til pediater i vakt ved en av fødeavdelingene.

2.6 Faglige føringer

- Seleksjon
- Nye grupper som skal føde ved kvinneklinikk.
- Uten barneavdeling osv
- Videre utfordringer

Seleksjon

Jamfør faglige krav:

Det er sprik mellom faglige krav og Cochrane. Dersom de faglige krav skal innføres vil det føre til at flere gravide går lengre tid før forløsning enn dagens praksis da alle over 41+6 blir sendt til fødeavdeling.

Vår mening er at det ikke er riktig at fødestuer skal ta fødsler inntil uke 42+2. Overtid er definert fra uke 42+0. Cochrane anbefaler forløsning før uke 41+2 for å redusere perinatal mortalitet. Det er ikke enighet om dette mellom norske fødselshjelpere.

Faren for morkakesvikt øker mot uke 42+0 og det kan diskuteres om grensen for fødsel ved fødestue bør være f. eks 41+4. Dette bør diskuteres nærmere i regional gruppe og det anbefales at kriteriene må være lik nasjonalt.

I følge Nordlandssykehuset (dr. Holdø) har de 5 % av de fødende fra lokalsykehusene nå. Det er mest premature fødsler og fødsler der mor har annen sykdom eller en forventer dårlig barn som trenger neonatalavdeling. Det er nok litt flere som er selektert bort fra Helgeland i dag. Noen reiser til Trondheim (misdannelse hos barnet) og til UNN

Nye grupper som skal føde ved kvinneklinikk:

”Et trygt fødetilbud” gir svært strenge krav til seleksjon og en del av de oppramsede kriteriene kan diskuteres. Dette bør også diskuteres i den regionale gruppen.

- Kvinner med seteleie for vaginal forløsning og ytre vending.

Kommentar:

Seteleie finns hos ca 3-4 % og av disse kan ca 50 % føde vaginalt.

- Vekstretardasjon - definert som tilvekst – 22 %.

Kommentar:

Det er et strengt seleksjonskrav hvis andre parametere er normale. % andel?

- Overvekt BMI > 35.

Kommentar:

Øker faren for de fleste svangerskapskomplikasjoner og faren for operativ forløsning. Men øker det faren for dårlig barn hvis der ikke er andre komplikasjoner? Strengt seleksjonskriterium. 5 % av de fødende (?)

- Tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon.

Kommentar:

De vi kjenner til får penicillinprofylakse og er det da grunn til at de skal føde på kvinneklinikk? Lite antall.

Uten barneavdeling ved fødeavdelingen skal også følgende kvinner føde ved Kvinneklinikk:

- Tidligere keisersnitt eller operasjon på livmor som nå skal føde vaginalt.

Kommentar:

Etter MFR tall 7 %. Fare for uterusruptur er 0,5 – 1,7 % (etter graden av ruptur). 1/3 ender i nytt keisersnitt. 2/3 føder vaginalt.

Dette er et svært strengt seleksjonskrav når fødeavdelingene øker beredskapen med tilstedevakt for operasjon, anestesi og gynekolog ved risikofødsler.

- Ved oligohydramnion.

Kommentar: 1-2 % eller mer?

- Polyhydramnion.

Kommentar: Et fåtall.

Videre utfordringer:

- Vil seleksjonskriteriene medføre flere keisersnitt fordi kvinnene ikke vil reise bort? Det vil ikke være ønskelig og alle må følge norsk praksis.
- Mottakerapparatet ved Kvinneklinikk må være akseptabelt for de fødende fra Helgeland. Sykehotellkapasitet? Opphold for barnefar / søsken?

- Det bør utarbeides en regional plan for hvordan man skal løse disse utfordringer som følger som en konsekvens av en større seleksjon.
- Når skal de fødende reise til Kvinneklinikk? I forkant av fødsel eller med flytransport ved begynnende fødsel? Det bør være ens politikk i Helse Nord.
- Økonomi – er lovverket klart på dette i dag?

2.7 Utfordringer for å imøtekomme krav til bemanning og kvalitetskrav Gynekologer:

Begge fødeavdelinger har vaktberedskap på fødeavdeling med gynekologspesialist i vakt.

- Mo i Rana 4 faste gynekologer
- Sandnessjøen 3 faste gynekologer fra april 2011
 - Trenger 2 i Ssj) +1 (MiR) = 3 gynekologstillinger i økning totalt for å opprettholde 4+4 og 1 for oppbakking i fravær / ferier / avspaseringer - overlegepermisjoner
 - Tilkallingstid for gynekologspesialist maksimalt 20 minutter - er ok på begge steder. Nødvendig med konkretisering i fht til katastrofesnitt og responstid 15 minutter.
 - Vaktssystem der gynekologspesialist skal være tilstede i avdelingen ved risiko fødsler, må settes i system på begge steder
 - Leger og jordmødre som har kortvarige vikariater er kjent med avdelingens rutiner og prosedyrer (veiledere)

Rekruttering av gynekologer er avhengig av andre faktorer slik som jobbtilbud til partner (ofte akademikere som har lettere for å få arbeid på store steder), godt arbeidsmiljø, mulighet for forskning, barnehageplass, boligtilbud, friluftsliv

Helgelandssykehuset kan legge til rette for slike faktorer

Etterspørselen på Helgeland etter gynekologvurderinger øker. Enkelte av primærlegene har mindre kompetanse i gynekologi enn tidligere. Det har sammenheng med at det er flere leger som er utdannet i andre land der de ikke får opplæring i praktisk gynekologi. I Sverige og mange andre EU land går kvinner direkte til gynekolog. Arbeidsmengden i gynekologi øker med dette for gynekologene på dagtid. Mens arbeidet ved fødeavdelingene er mest vaktarbeid.

Det er ikke noe problem å sysselsette 4 gynekologer ved avdelingen i Mo i Rana og Sandnessjøen, samt en i Mosjøen på dagtid.

Gyn/ fødeavdelingene i Sandnessjøen og i Mo i Rana har nå hver sin stilling for lege i spesialisering (LIS). Avdelingene er godkjent som gruppe II utdanningsavdelinger og LIS kan ta hele sin gruppe II tjeneste på Helgeland. I tillegg kan de ta et års obligatorisk kirurgitjeneste her. Med økt seleksjon av risikofødende kan vi regne med at tiden som blir godkjent vil bli redusert. Dette har vært diskutert i spesialitetskomiteen før.

Utdanning av legespesialister er tidkrevende for avdelingene, men viktig for rekrutteringen.

Del 3 Presentasjon av ulike modeller basert på å kvalitetskrav og seleksjonskriterier

Innledning:

Det er særdeles viktig for helgelandsregionen at det kan være enighet om å etablere en svangerskapsomsorg og et fødetilbud, som holder nødvendig kvalitet og innfrir nasjonale krav. Vårt felles ansvar er å sørge for et helhetlig tilbud for svangerskap, fødsel og barselomsorg til gravide og fødende kvinner på Helgeland.

Som en konsekvens av implementering av nye krav til et tryggere fødetilbud, vil dette bli utfordrende for helgelandsregionen, innenfor den organisering vi har i dag. Samtidig vil det være avgjørende for å kunne etablere en helhetlig plan, at distriktene og fødestuene blir sterkere integrert i felles utfordringer.

For Helgelands befolkning er det viktig å kunne tilby et faglig forsvarlig fødetilbud. Ved implementering av nye kvalitetskrav som foreslått i "Et trygt fødetilbud", vil helgelandsregionen som en konsekvens av strengere utvelgelse for å føde på små fødeavdelinger, måtte sende ut omlag 150 kvinner til fødsel utenfor helseforetakets institusjoner. Forutsatt implementering som foreslått, vil dette bety et samlet fødselsvolum på Helgeland de nærmeste årene rundt 600 fødsler. Tabell under viser utviklingen i fødselstall fra 2008 – 2010.

	Mo i Rana					Mosjøen					Sandnessjøen					Brønnøysund					HSYK									
	2010	2010 akk	2009	2009 akk	2008	2008 akk	2010	2010 akk	2009	2009 akk	2008	2008 akk	2010	2010 akk	2009	2009 akk	2008	2008 akk	2010	2010 akk	2009	2009 akk	2008	2008 akk	2010	2010 akk	2009	2009 akk	2008	2008 akk
jan	35	35	34	34	29	29	11	11	9	9	2	2	25	25	25	25	18	18	6	6	4	4	6	6	77	77	72	72	55	55
feb	26	61	39	73	16	45	1	12	2	11	4	6	16	41	23	48	26	44	5	11	6	10	1	7	48	125	70	142	47	102
mar	36	97	35	108	30	75	4	16	1	12	4	10	25	66	20	68	20	64	1	12	2	12	5	12	66	191	58	200	59	161
apr	28	125	34	142	34	109	5	21	7	19	4	14	31	97	15	83	22	86	6	18	5	17	2	14	70	261	61	261	62	223
mai	35	160	31	173	27	136	3	24	7	26	3	17	17	114	24	107	28	114	4	22	5	22	7	21	59	320	67	328	65	288
jun	34	194	34	207	30	166	7	31	3	29	5	22	24	138	21	128	23	137	2	24	3	25	3	24	67	387	61	389	61	349
jul	35	229	29	236	34	200	8	39	10	39	1	23	19	157	35	163	37	174	0	24	2	27	0	24	62	449	76	465	72	421
aug	28	257	36	272	24	224	5	44	7	46	4	27	27	184	22	185	25	199	3	27	3	30	2	26	63	512	68	533	55	476
sep	35	292	22	294	34	258	7	51	6	52	2	29	21	205	22	207	21	220	1	28	7	37	4	30	64	576	57	590	61	537
okt	292	30	324	35	293		51	6	58	7	36		205	15	222	18	238		28	3	40	1	31		0	576	54	644	61	598
nov	292	28	352	26	319		51	5	63	4	40		205	30	252	22	260		28	5	45	3	34		0	576	68	712	55	653
des	292	35	387	28	347		51	6	69	2	42		205	13	265	20	280		28	4	49	4	38		0	576	58	770	54	707
Totalt	292		387		347		51		69		42		205		265		280		28		49		38		576		770		707	

Bakgrunn:

Med bakgrunn i dagens struktur med 4 fødeinstitusjoner og relativt liten fødselsaktivitet, vil det totalt sett i institusjonene måtte oppbemannes med:

15 jordmorårsverk, 3 gynekologstillinger, 4-6 operasjonssykepleierårsverk og 4 anestesisykepleierårsverk for å imøtekomme krav til bemanning og beredskap. I dette er det ikke tatt med en eventuell reduksjon av samtlige barnepleierårsverk. Det vil i så fall redusere behovet for tilførsel av årsverk, men ikke behovet for antallet jordmødre som må rekrutteres inn.

Fødestuene vil ikke berøres av lege – og spesialsykepleierbehovet og vil ha en relativt større andel jordmødre enn fødeavdelingene på bakgrunn av krav til bemanning og beredskap. Dette innebærer i tillegg mindre fødselstrening pr. jordmor.

Implementerte krav - fødselsvolum ca 600 fødsler - forutsatt uendret drift og fødselsfordeling på 4 fødeinstitusjoner:

- Fødestuer vil ha ca 100 av 600 fødsler
- Fødeavdelingene i Sandnessjøen og Mo i Rana har da et samlet volum på ca 500 fødsler.
- Med utgangspunkt i fødselstall fra 2008 – og hittil i 2010, vil en videre fordeling tilsi:
- Sandnessjøen vil ha +200 fødsler og Mo i Rana vil ha +300 fødsler
- Altså en nedgang av fødsler for begge fødeavdelinger.
- Fødeavdelingene skal oppbemanne med jordmødre, gynekologer og beredskap for operasjon og anestesi.
- Det vil i tillegg som en konsekvens av seleksjonskravene, være mindre risikofødsende både innlagt i svangerskapet og i fødsel på Helgeland

Forslag:

Overstående innledning og bakgrunn, rapportens innhold, dokumentasjoner og anbefalinger, er lagt til grunn for å foreslå alternative organiseringsmodeller. Dette har vært viktig både for å imøtekomme faglige krav, men også for å bedre stabilisering av nødvendige fagmiljø. Økonomiske konsekvenser har ikke vært beregnet og er heller ikke en del av gruppens mandat.

Arbeidsgruppen har diskutert ulike muligheter for løsning og møter disse utfordringer med faglig enighet. Samtidig deler gruppen en felles bekymring for de forslag som igjen vil kunne resultere i endring av tilbud, konsekvenser for yrkesgrupper, spesielt barnepleiere og jordmødre. Sistnevnte med utfordringer ved å tilfredsstille både kvantitet og kvalitet.

Jamfør faglige krav skal små fødeavdelinger vurderes omgjort til fødestuer. Med skisserte scenario ved full iverksettelse av foreslåtte seleksjonskrav, vil Helgelands fødeinstitusjoner være innenfor denne kategorien. For å imøtekomme gruppens intensjoner med å sørge for et helhetlig tilbud og ivareta krav og forutsetninger i en sårbar region, ser vi det som nødvendig å etablere et mer samlet fødetilbud på Helgeland.

Gruppen skisserer 3 alternative modeller:

- 1. Status som i dag to fødeavdelinger med 4+1 gynekologer – samarbeid mellom enhetene om gynekologdekning og beredskap. Fødestuer uendret.**

Kort begrunnelse:

Alternativet vil oppfylle krav til beredskap og bemanning, men vil være sårbart mht antall fødsler fordelt på flere leger og jordmødre. Gir dårlig utnyttelse av etablert tilstedevakt for støttepersonell. Vil samtidig forsterke behovet for kompetansepåfyll og trening samt hospitering jamfør krav. Vil stille sterkere krav til utnyttelse av felles personellressurser. Ved uendret drift av fødestuer er dette en ressurskrevende modell med marginalt fødselstall. Fødeavdeling uten pediaterberedskap og lavt fødselstall vil i tillegg være mer utsatt for krav om omgjøring til fødestue.

- 2. To fødeavdelinger der en av avdelingene styrkes med å etablere system for pediatervakt for tilkalling ved behov og 4+1 gynekologer i vakt. Fødestuer uendret.**

Kort tilleggsbegrunnelse:

Alternativet vil oppfylle krav til beredskap og bemanning. Modellen vil i tillegg redusere antall overflyttinger til kvinneklinikk / fødeavdeling med barneavdeling, jamfør seleksjonskriterier, spesielt vaginale fødsler etter tidligere keisersnitt. Dette vil kunne gi utslag i å redusere behovet for overflyttinger av ca 80 fødende på Helgeland pr. år. Alternativet gir flere fødsler, styrker kompetanse i avdelingene og øker innleggelser og utnytter bedre etablert bemanning og beredskap. Fortsatt lavt fødselstall pr. fødeavdeling. Ved uendret drift av fødestuer er dette fortsatt en ressurskrevende modell med marginale fødselstall. I modellen legges det ikke opp til å etablere barneavdeling.

Modell 3 alternativ organisering i dagens fødestuer

Deler av arbeidsgruppen ser på dette som et alternativ å arbeide videre med. Representant fra KS og avdelingsjordmødrene støtter ikke forslaget.

3a) To fødeavdelinger og 1 fødestue

For å motvirke et marginalt fødselstall på 2 fødeavdelinger, innebærer dette forslaget at fødsler fra en av fødestuene foregår på fødeavdelingene i Sandnessjøen eller i Mo i Rana. Forslaget kan bidra til å forsterke fødetilbudet på fødeavdelingene med mellom rundt 50-60 fødsler.

Desentralisert fødetilbud er vedtatt som et krav. Det er allikevel få ingen gode argumenter for å ha lavrisikofødsler på fødestuer. I tilknytning til konsekvenser av utvelgelseskriteriene på Helgeland vil flere fødsler på fødeavdelinger være med på å styrke fagmiljøet både hos jordmødre i fødeavdelinger, for leger i utdanning og et nødvendig spesialistmiljø. En modell med en fødestue vil kreve mindre tilførsel av jordmødre enn to fødestuer.

3b) To fødeavdelinger og ingen fødestuer

For å motvirke et marginalt fødselstall på 2 fødeavdelinger, innebærer dette forslaget at alle fødsler på Helgeland foregår på fødeavdelingene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Forslaget kan bidra til å forsterke fødetilbudet på 2 fødeavdelinger med rundt 110 – 120 fødsler per år.

I arbeidet må det legges til rette for å - i samhandling med kommuner og helseforetak, utarbeide en modell som etablerer alternativ drift i dagens fødestuer. Ha fortsatt tilbud om svangerskapskontroller, ultralydundersøkelser, barselomsorg, ammeoppfølging, oppfølging av nyfødte og beredskap for følgetjeneste. Samtidig må modellen ivareta nødvendig beredskap for å forløse kvinner der fødsel er kommet for langt i fht til reise.

Modellen innebærer reiseulemper for flere kvinner i distriktet som må være forberedt til å føde på fødeavdeling. Dette kan tilrettelegges i foretaket. Risikogravide i distriktene må forholde seg til det samme i dagens modell. Følgetjenestebehovet vil kunne øke. Modellen synliggjør et mindre behov for jordmødre og vil kunne ivareta barnepleieres kompetanse i forhold til barsel og ammeoppfølging. Færre jordmorårsverk kan fordeles på vakt for følgetjeneste vurdering for fødsel og transport.

Geografiske utfordringer kan være fornuftig å gå nærmere inn på uten at dette er mer kritisk på noen av stedene. Modell 3a – og 3b, bør uansett kunne diskuteres nærmere.

Del 4 Avslutning

Arbeidet med denne rapporten har vært positivt og har bidratt til å ha fått kartlagt viktige områder som må berøres i arbeidet med en mer detaljert plan mellom helseforetak og kommuner. Arbeidsgruppen knytter allikevel betenknninger til de store konsekvensene for fødselstallet på Helgeland og det omfanget av gravide kvinner og familier som blir en del av de endringer som følger av det. Det er samtidig viktig å understreke at faglige krav og skjerpede rutiner er viktig å få på plass for å trygge framtiden så vel for kvinner og familier, men også for et nødvendig fagmiljø som skal ivareta ansvaret.