

Helgelandssykehuset 2025

Fødetilbudet

Oktober 2019

Intern arbeidsgruppe
15.10.2019

Innhold

1. Innledning.....	2
1.1 Arbeidsgruppens oppdrag.....	2
1.2 Arbeidsgruppens arbeidsmetode og møteplan	2
2. Sammendrag	3
3. Definisjoner og begrepsbruk	4
4. Organisering av fødetilbudet på Helgeland – dagens situasjon 2019.....	8
4.1 Rekruttering og stabilisering	10
4.2 Samarbeid med kommunene og ambulansetjenesten	12
4.3 Samarbeid med NLSH og UNN.....	13
4.4 Dagens situasjonsbilde for fødetilbudet på Helgeland - oppsummert	14
5. «Landets beste fødetilbud på landets beste lokalsykehus» - et mulig fremtidsbilde for fødselsomsorgen på Helgeland	15
5.1 Innledning og forutsetninger.....	15
5.2 Organisering	16
5.2.1 Et stort akuttisykehus (en fødeavdeling på Helgeland)	16
5.2.2 Ett stort akuttisykehus og et akuttisykehus på Helgeland.....	18
5.2.3 Forutsetninger for å lykkes, på kort og lang sikt	22
5.2.4 På hvilken måte kan DMS inngå i fødselshjelpen på Helgeland.....	23
5.3 Rekruttering og stabilisering	25
5.3.1 Forutsetninger for å lykkes med rekruttering, på kort og lang sikt.....	27
5.4 Samarbeid med kommuner og ambulansetjeneste	28
5.5 Samarbeid med NLSH og UNN.....	29
5.6 Faglig og teknologisk utvikling.....	30
5.7 Interimsperioden.....	31
6. Arbeidsgruppens anbefaling	32
7. Avsluttende kommentarer	32

Referanseliste

Vedlegg

1. Innledning

I forbindelse med prosessen Helgelandssykehuset 2025 er det i styresak 100/2018 og styresak 5/2019 fattet vedtak at det skal gjennomføres vurderinger av ulike forhold, deriblant fødetilbudet. Det er utarbeidet en modell for hvordan arbeidet skal gjennomføres og prosessplane er besluttet av styret i styresak 38/2019.

Proessen skal sikre stor grad av involvering, både av ledelse, fagansatte og tillitsvalgte. Dette innbefatter at det er nedsatt arbeidsgrupper som skal forberede ulike fagområder som dekker styrets bestilling i et beslutningsgrunnlag.

Arbeidsgruppen for utredning av fødetilbudet består av: Beate Aspdal (prosjektleder), Lisbeth Eliassen (avdelingsleder føde Mo i Rana), Sølvi Hestnes (avdelingsleder føde Sandnessjøen), Margit Steinholt (overlege gyn Sandnessjøen) og Bente Hjelseth (overlege gyn Mo i Rana).

Det kommenteres at fagmiljø fra Mosjøen og Brønnøysund ikke direkte er representert i arbeidsgruppen, men at dette menes ivaretatt gjennom faglig- og ledelsesmessig representasjon.

Den 30.4.19 ble det gjennomført et styreseminar ang fødetilbud, med inviterte innledere fra ulike fagmiljø i Norge. Formålet med seminaret var å belyse utfordringer og mulige løsninger for det framtidige oppdraget på Helgeland. Seminaret var bygd opp rundt de samme spørsmålene som de øvrige styreseminarene som har behandlet tema knyttet til 2025-arbeidet:

- Hva er mulig om 5-10 år?
- Hvorfor er det mulig?
- Hvordan er det mulig?

Helgelandssykehusets egne fødeavdelinger og fødestua i Brønnøysund bidro også med innlegg.

1.1 Arbeidsgruppens oppdrag

Felles for alle ansvarsområdene og arbeidsgruppene er tydeligere definert av administrerende direktør (adm.dir), der tema skal belyses på et **generelt nivå**; det vil si hva er viktig og mulig/aktuelt for Helgeland, uavhengig av lokalisasjon. Arbeidsgruppen skal ikke komme med anbefaling om lokalisering.

Temaet belyses gjennom:

- Nasjonale retningslinjer for fødselsomsorg
- Regionale retningslinjer
- Forskning og vitenskapelig litteratur
- Egen kunnskap og erfaring fra fagområdet
- Styremøter, styrevedtak og styreseminarer i Helgelandssykehuset

Arbeidsgruppen skal utarbeide en rapport, som i første omgang skal gi status og informasjon til adm.dirs ledergruppe og styret. Arbeidet skal danne grunnlag for adm.dirs styresak november 2019.

1.2 Arbeidsgruppens arbeidsmetode og møteplan

Arbeidsgruppen startet sitt arbeide den 13.5.19 og har totalt hatt 10 arbeidsmøter, der to har vært fysiske møter og resten på skype.

I tillegg har prosjektleder hatt informasjonsmøter med adm.dirs ledergruppe, brukertilvalget og foretakstillitsvalgte (FTV). Arbeidsgruppen har levert statusmelding i september 2019.

Rapport overleveres adm.dir den 15.10.19.

2. Sammendrag

Adm.dir i Helgelandssykehuset har oppnevnt en arbeidsgruppe som har fått mandat til å utarbeide en rapport som skal belyse fødetilbudet i Helgelandssykehuset 2025. Arbeidsgruppen skal på faglig grunnlag drøfte ulike modeller. Arbeidsgruppens mandat tillater ikke å si noe om lokalisering. Dette har gjort diskusjonen krevende fordi tilgjengelighet til tjenestene er en viktig faktor i kvalitet og opplevd trygghet.

Helgelandssykehuset har i dag et fødetilbud med høy kvalitet. Fødselstallene går imidlertid nedover, både nasjonalt og regionalt. Siden 1980-tallet har det vært ca. 28 % nedgang i antall fødsler på Helgeland. I Nordland har fødselstallene gått ned fra 2,02 pr 1000 kvinne i 2009, til 1,54 barn pr 1000 kvinne i 2018.

I tillegg er det utfordrende å rekruttere tilstrekkelig fagpersonell (gynekologer og pediatere) til to fødeavdelinger. For å opprettholde kvalitet i en framtidig tjeneste ser arbeidsgruppen derfor at endringer er nødvendige.

Vi har drøftet følgende modeller:

- Et stort akuttsykehus (en fødeavdeling) på Helgeland
- Et stort akuttsykehus og et akuttsykehus på Helgeland med fødetilbud bare på det store akuttsykehuset eller begge steder.
- På hvilken måte DMS kan inngå i svangerskapsomsorgen på Helgeland

Vi har spesielt sett på rekruttering og stabilisering. I rapporten foreslår vi ulike tiltak som kan være avbøtende, på kort og lang sikt.

Vi har videre drøftet hvordan samarbeidet med kommunene og ambulansetjenesten må tilpasses. Her har vi blant annet sett at Helgelandssykehuset i dag ikke har en tilfredsstillende ordning når det gjelder jordmor i følgetjeneste. I tillegg har vi kort drøftet hvordan samarbeid med høyere nivå i fødselshjelpen i Nord-Norge (Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Tromsø) i framtiden må opprettholdes. Til slutt har vi kommet med noen innspill til hvordan man i større grad kan ta i bruk helseteknologi innenfor svangerskapsomsorgen.

Arbeidsgruppen anbefaler at man i framtidig modell på Helgeland samler fødetilbudet i ett felles fagmiljø. I denne modellen inngår opprettholdelse av fødestua i Brønnøysund. Arbeidsgruppen anbefaler ikke opprettelse av flere fødestuer på Helgeland, men ser at man kan benytte DMS i svangerskapsomsorgen og eventuelt følgetjenesten for jordmødre.

Mange gravide og fødende i Helgelandssykehusets nedslagsfelt har allerede i dag lang vei til fødeavdeling. Forutsetningen for å lykkes med modellen med en felles fødeavdeling på Helgeland er at tilgjengeligheten for flest mulig av pasientene bli best mulig. Prehospital tjeneste og e-helseteknologi kan i begrenset grad oppveie for ulempen med lang transport for fødekvinne.

Arbeidsgruppen vil påpeke at en felles fødeavdeling forutsetter omfattende investeringer i bygningsmasse både mht tekniske føderom og tilbud for overnatting for ventende, pårørende og barselpasienter. Ingen av dagens fødeavdelinger er rustet til å ta imot alle fødekvinne på Helgeland på helårsbasis.

3. Definisjoner og begrepsbruk

I dette kapitlet refereres Helsedirektoratets definering av sentrale begreper og strukturer i dagens fødselsomsorg; hva som skiller fødestue, forsterket fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. (Helse- og omsorgsdepartementet, «En gledelig begivenhet»). I tillegg hentes det inn erfaringer fra andre steder i landet fra presentasjonene i styreseminaret den 30.4.19.

Hva er forsvarlig fødselshjelp

Svangerskap og fødsel er et fagområde hvor faglige avgjørelser kan få store konsekvenser. Det er viktig at systemet har gode, kjente og aksepterte prosedyrer og rutiner som bidrar til best mulig kommunikasjon, samarbeid og ansvarsfordeling og at dette dokumenteres tilstrekkelig. Jordmor skal være kvalifisert til selvstendig å bistå den fødende under en normal fødsel og bistå sammen med lege ved kompliserte fødsler. Jordmor må ha kompetanse til oppgaver som skal utføres ved kompliserte fødsler, der beslutningen tas av lege og inngrep eller behandlingen utføres av lege. Det vil derfor være forskjellig i de forskjellige typene fødeinstitusjoner. Systematisk arbeid med å sikre at nødvendig personell er til stede og at de har tilstrekkelig kompetanse, betinger en kartlegging av hvilke behov virksomheten har. Det forutsetter videre at virksomhetens ledelse har ansvaret for å legge til rette for opprettholdelse av nødvendig kompetanse blant personalet. Det må forventes at helseforetakene har oppmerksomheten rettet mot oppdatering og vedlikehold av kunnskap. Og at helseforetakene til enhver tid bestreber seg på å følge gjeldende faglige anbefalinger innenfor fagfeltet. (Helsedirektoratet, «Et trygt fødetilbud»).

Organisering, oppgave- og funksjonsfordeling

Helhetlige forløp er en faglig forutsetning for å iverksette en desentralisert fødselsomsorg. Tidlig hjemreise, hvor kommunen får ansvaret for oppfølgingen av friske kvinner og nyfødte i barseltiden, forutsetter at kommunehelsetjenesten har tilgjengelig kompetanse og ressurser med nødvendig kapasitet til å ivareta oppfølgingen den første tiden etter fødsel.

Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i et avklart samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. En overføring av oppgaver forutsetter kompetanseutvikling og beredskap i kommunen med en vaktordning slik at familiene kan ta kontakt ved behov når det oppstår uavklarte problemer. (Helsedirektoratet, «Et trygt fødetilbud»).

Fødestue

Fødestue er et fødetilbud til friske kvinner med et normalt svangerskap som ønsker å føde der. Jordmødrene tilbyr svangerskapsomsorg og gjør en fortløpende vurdering og seleksjon i samarbeid med kvinnens fastlege og spesialisthelsetjenesten ved behov. I distriktet representerer fødestuene en jordmorfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide, fødende og barselkvinner, også dem som ikke føder på fødestuen.

Fødestue er jordmorstyrt, men skal være tilknyttet en fødeavdeling eller kvinneklinikk. Ansvar og kompetanse for det forløpingsmessige ligger hos jordmor på fødestue og i linjen til fødeavdeling eller kvinneklinikken fødestuen er tilknyttet.

Fødestuen skal ha etablert samarbeid med legevakt eller annen kommunal instans for å kunne tilkalle lege for hjelp i akutte situasjoner. Lege skal ha akuttmedisinsk kompetanse, men trenger ikke å ha forløpingskompetanse (Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud).

Veilederen fra Helsedirektoratet har angitt overordnede krav til fødestuer, som omhandler internundervisning, tilkalling, samarbeid med legevaktslege, tilsyn, seleksjonskriterier og dokumentasjon av aktiviteten.

I styreseminar den 30.4.19 fikk styret i Helgelandssykehuset presentert flere modeller for drift av fødestuer i Norge; Alta, Innlandet og Midt-Troms, i tillegg til fødestua i Brønnøysund. Alle disse fødestuene er jordmorstyrte. Driftsmodellene er ulike, men alle gir et tilbud til lavrisikofødende og for denne gruppen kompenseres de for lang reisevei. I tillegg gis det poliklinisk tilbud til gravide og i barsel.

I presentasjonene fremkommer det at det er krevende å gå fra å være fødeavdeling til å bli fødestue. Flere «omorganiserte» fødestuer har blitt nedlagt etter en tid. Bakgrunnen for dette er både nedgang i antall fødsler, rekrutteringsutfordringer og at de fødende ønsker å føde på fødeavdeling.

«Lofotprosjektet» - Forsterket fødestue:

Fødestua i Lofoten har en særskilt organisering. Bare lavrisikofødende kan planlegge fødsel der. På grunn av lang reisevei til annet sykehus og spesielle værforhold, er det gynekolog i vakt som kan utføre nødkeisersnitt, hvis den fødende ikke kan transporteres til Stokmarknes eller Bodø. En slik ordning krever at der til enhver tid finnes akutt kirurgisk beredskap med operasjonsteam og anestesilege i tillegg til gynekolog.

Oppsummering av presentasjonene finnes i vedlegg 2. Alle presentasjonene er også tilgjengelig på Helgelandssykehuset sine nettsider (<https://helgelandssykehuset.no/om-oss/helgelandssykehuset-2025/presentasjoner/presentasjoner-2019>)

I henhold til seleksjonskriteriene kan inntil 30 % av fødepopulasjonen føde ved jordmorstyrt fødestue, hvis de ønsker det.

Fødeavdeling

En fødeavdeling skal ta hånd om kvinner med normale fødselsforløp 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.

En fødeavdeling må være tilknyttet sykehus med akutt medisinsk og kirurgisk beredskap. Det skal være gynekolog og anestesilege i vakt og det skal være mulig å utføre akutte keisersnitt. Det medisinskfaglige ansvaret ivaretas av gynekolog og det skal foreligge avklart ansvarsforhold mellom gynekolog, jordmor og andre yrkesgrupper i avdelingen (Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud).

Fødeavdelingene må ha gynekolog tilgjengelig på vakt til enhver tid. Da har sykehuset også gynekolog tilgjengelig for å hjelpe gynekologiske pasienter som trenger akutt behandling. Dette kan være komplikasjoner i tidlig svangerskap, underlivsbetennelser, cyster som å opereres. En del kvinner med magesmerter må vurderes og behandles av gynekolog og kirurg i fellesskap.

Over 90 % av fødepopulasjonen kan føde ved fødeavdeling.

Kvinneklinikk

Kvinneklinikk skal ha tilgang til spesialkompetanse innen fødselshjelp. De skal kunne ivareta både de normalt fødende og de med stor risiko for komplikasjoner, dvs. fødsler der den fødende har kjente risikofaktorer.

Kvinneklinikkene skal ha tilgang til kompetanse i nyfødttmedisin og flere andre relevante spesialiteter. (Helsedirektoratet, Et trygt fødetilbud).

Fødende, der det er kjent at barnet kan få behov for innleggelse på nyfødttavdeling eller der mor kan få behov for behandling fra andre spesialister enn gynekologer, skal føde på Kvinneklinikk.

5-10 % av fødepopulasjonen på Helgeland, føder på kvinneklinikk.

Selektering/overflytting

Alle som er selektert til å føde på kvinneklinikk må regne med å reise til fødested en viss tid før fødsel, selv om en prøver å minimere tiden så mye som mulig. De som må reise får tilbud om overnatting i form av hotell som dekkes i sin helhet av helseforetakene. Kvinnen bestiller selv reise til fødested via Pasientreiser. Far/medmor kan følge med, men må dekke reise selv og betaler et mellomlegg for overnatting. Far/medmor kan få dekket utgiftene hvis det foreligger en medisinsk indikasjon for å ha med ledsager.

Seleksjonskriterier

Hensikten med et differensiert fødetilbud er å sikre kvinnen et variert fødetilbud, basert på kvinnens egne ønsker, samt sikre god seleksjon av risikogravide etter gitte kriterier. Kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer i svangerskapet eller ved fødselen, må flere steder påregne lengre reisevei for å føde. (Helsedirektoratet, «Et trygt fødetilbud»). Dette gjelder for kvinner fra Helgeland som må reise til Bodø og Nordlandssykehuset.

Helse Nord, ved Fagrådet, har utarbeidet regionale seleksjonskriterier for fødende. De er tilpasset forholdene i Nord Norge og avviker en del fra seleksjonskriteriene som er angitt i Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud». Helgelandssykehuset følger den regionale prosedyren (DocMap). Se vedlegg 1: Seleksjonskriterier.

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsmessige utfordringer må ses i sammenheng med at svangerskap og fødsel er en normal livshendelse og ikke en sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, «en gledelig begivenhet»). Samtidig er det en svært sentral hendelse i folks liv hvor det i gitte situasjoner kan stå om liv og død, både for mor og barn. I de senere årene har etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer, faglige retningslinjer og medisinske kvalitetsregistre stått sentralt i det nasjonale kvalitetsarbeidet. Det gjelder også svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor føde er:

- Keisersnitt. Frekvens og komplikasjoner
- Andel fødende med store fødselsrifter
- Andel fødsler uten inngrep = normale fødsler
- Barn med Apgar score < 7 etter 5 min.
- Antall dødfødte og neonatalt døde
- Andel induksjoner = kunstig igangsetting av fødsel
- Andel med riestimulering under fødsel, både hos førstegangs- og flergangsfødende
- Kvinners egen erfaring med fødsels- og barselomsorgen

Fødeavdelingene på Helgeland er ganske like og ligger på eller under landsgjennomsnittet når det gjelder keisersnittfrekvens, induksjonsfrekvens, barn med lav Apgar og dødfødte. Det blir arbeidet kontinuerlig for å holde kvaliteten oppe. Eksempel på to kvalitetsindikatorer som rapporteres vises i tabell 1.

Tabell 1:

Indikatorer	Rana	Sandnessjøen
Fødsler 2018	286	316
Epidural	77 (27 %)	121 (38 %)
Bruk av Syntocinon	29 (10 %)	47 (15 %)

Følgetjeneste

Fødende kvinner har krav på nødvendig helsehjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. pasient og brukerrettighetsloven §§ 2-la og 2-lb. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for at tilbudet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er sammenhengende og helhetlig.

Den veiledende grensen er på en til halvannen time reisevei til fødeinstitusjon som er beskrevet i St.meld. nr. 12 (2008-2009). Nasjonalt råd for fødselsomsorgs uttalelse:

"Følgetjenesten har to hovedhensikter. Den ene er å sikre medisinsk faglig forsvarlighet. Den andre er å skape trygghet for den gravide underveis til fødeinstitusjon. Følgetjenesten må ha kompetanse i grunnleggende fødselshjelp, dvs. kunnskap om faresignaler, forløsning, komplikasjoner, samt å ta seg av den nyfødte. Rådet anbefaler at det organiseres følgetjeneste der hvor det er reisevei utover halvannen times reisevei til fødested, og at regionalt helseforetak må ta ansvar for denne tjenesten på linje med ambulansetjenesten. Den praktiske gjennomføringen kan for eksempel skje i samarbeid mellom en eller flere kommuner."

Forankring av lokal jordmortjeneste ble omtalt i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Meldingen legger til rette for bedre tilgjengelighet og en sammenhengende tjeneste gjennom samarbeidsavtaler som helseforetak og kommuner inngår og som sikrer felles utnyttelse av ressursene. Kompetanse i fødselsomsorg er av særlig betydning i områder med lang vei til fødeinstitusjon, og avtalene må inkludere beredskap for følgetjeneste. Stortinget sluttet seg til dette ved behandlingen av meldingen, og kommuner og helseforetak er nå pålagt å inngå samarbeidsavtaler innenfor jordmortjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven av 24. juni 2011 nr. 30 § 6-2.

Kommunens ansvar for svangerskapsomsorg og oppfølging etter fødsel er uendret. Ansvar for beredskap i følgetjenesten er ført ut av kommunen og over til helseforetak. Oppgaven ble pålagt fra 1.januar 2010 og den omfatter følgetjeneste til fødeinstitusjon. De regionale helseforetak har ansvaret for å sørge for forsvarlige helsetjenester i sin region. I dette ligger å sørge for et forsvarlig tilbud om følgetjeneste til alle fødende, uavhengig av bosted (Johnsen/Mo, Intern rapport om Samhandling med kommunene).

4. Organisering av fødetilbudet på Helgeland – dagens situasjon 2019

Fødetilbudet på Helgeland er organisert i tre små enheter; fødeavdeling i Rana og Sandnessjøen, samt fødestue i Brønnøysund. Fødestuo i Mosjøen ble lagt ned i 2016. Det er opprettholdt et poliklinisk tilbud for gynekologiske pasienter, samt gravide i Mosjøen. Sandnessjøen har det organisatoriske og medisinskfaglige ansvaret for tilbudet i Mosjøen, samt det medisinskfaglige ansvaret for Brønnøysund.

Antall fødsler på Helgeland

I 2018 ble det født 55.100 barn i Norge. Det er 1500 færre enn i 2017 (SSB). Fruktbarheten har falt hvert eneste år siden 2009 og er nede på 1,56 barn pr kvinne. Det finnes ikke nok kunnskap om hvorfor fødselstallene har vært nedadgående siden 2009. I Nordland har fødselstallene gått ned fra 2,02 pr 1000 kvinne i 2009, til 1,54 barn pr 1000 kvinne i 2018. 2009 var et toppår nasjonalt med 1,98 barn pr. 1000 kvinne. Tallene er hentet fra SSB-data.

Tabell 2: Fordeling av fødte og fødsler på Helgeland i 2018

Helgeland	2108 Antall innbyggere	Antall fødte 2018 SSB	Hvor mange av disse ble født i HSYK MIR + SSJ + BRS
Bindal ¹	1486	17	0+0+0
Sømna	2020	16	1+9+5
Brønnøy ²	7948	47	3+24+14
Vega	1221	11	0+8+3
Vevelstad	506	6	0+6+0
Herøy	1790	22	0+21+0
Alstahaug	7450	68	4+58+0
Dønna	1403	12	0+10+0
Leirfjord	2307	31	1+28+0
Træna	454	4	1+4+0
Vefsn	13448	119	17+94+0
Grane	1463	13	1+12+0
Hattfjelldal	1411	6	1+3+0
Nesna	1805	14	9+4+0
Hemnes	4503	41	36+3+0
Rana	26230	241	201+21+0
Lurøy	1920	19	6+9+0
Rødøy	1249	12	5+2+0
Totalt	78614	699	286+316+22 624

¹ Kvinner i Bindal føder i Namsos. Dette fordi kommunen av geografiske årsaker tilhører Helse Midt

² En andel av de fødende fra Brønnøysund og nærliggende kommuner føder på fødestuen i Brønnøysund. I 2018 var dette 22

Blått felt angir kommuner der de fødende må reise i dag, uten at vi har definert lengde på reisevei.

Som det fremgår av tabell 2 var det 75 barn (699 – 624) fra Helgelandkommuner i 2018 som ikke ble født i Helgelandssykehuset. I hovedsak skyldes dette seleksjon til høyere nivå, men det kan også være fødende fra Helgeland som har født på annet sted (studenter, flyttet, reise). 17 fra Bindal fødte i Namsos.

Tabell 3: Utvikling fødsler fordelt på enhetene i perioden 2015 - 2018

Sykehus/fødestue	2015	2016	2017	2018
Sandnessjøen	268	275	283	316
Mo i Rana	327	300	285	286
Mosjøen	24	22	-	-
Brønnøysund	46	50	33	22
Totalt	665	647	601	624

Som tabell 3 viser har antall fødende i Sandnessjøen økt siden 2016. En av årsakene er at oppfølgingen av de fødende fra Vefsn, Hattfjelldal og Grane er lagt under Sandnessjøen og de fleste fra Mosjøen føder derfor i Sandnessjøen.

Sommeravvikling/sommerstengning

Fødeenheterne i Rana og Sandnessjøen har siden 2013, fast alternert på å ha stengt/åpen avdeling i sommermånedene. Hver avdeling bytter på å ha stengt og avvikle ferie i 4 uker, mens den andre har åpent og ansvar for fødende fra hele Helgeland. Fødestua i Brønnøysund stenger også 4 uker, fortrinnsvis når Rana har stengt grunnet lang reisevei for de fødende. Årsak til en slik fordeling er å sikre best mulig kvalitet på arbeidet som utføres. Gjennom å holde åpent/stengt minimerer en bruk av vikarer i alle ledd.

Åpen periode: Avdelingen har styrket bemanning. Mulighet for overnatting for gravide i påvente av fødsel. Utvidet barseltilbud med flere familierom.

Stengt periode: Åpen poliklinikk med gynekolog og jordmor for ultralyd, oppfølging av risikogravide, samt ø-hjelpshenvendelser. I tillegg er det jordmor i døgn-beredskap for vurdering av fødende og ev. følge til sykehus. Dersom behov for følge til sykehus, skal åpen avdeling ha **imøtekjøring** for å redusere tiden beredskapsjordmor ikke er tilgjengelig i hjemstedskommune.

Løsningen er innarbeidet og fungerer godt, men var utfordrende ved oppstart. Bedre reisevei etter Toven-tunellen ble ferdig og blir ytterligere bedre når E6 er ferdig utbedret.

4.1 Rekruttering og stabilisering

Fødestua i Brønnøysund, samt fødeavdelingene i Mo i Rana og Sandnessjøen ledes av jordmor, som er avdelingsleder. Fødeavdelingene i Mo i Rana og Sandnessjøen har gynekolog i vakt 24/7. Gynekologer fra Sandnessjøen ambulerer til Mosjøen og Brønnøysund for å utføre polikliniske oppgaver. Tjenesten er ikke tenkt å skulle dekke akutt fødselshjelp.

Tabell 4: Fordeling av kompetanse (kilde: presentasjoner fra seminaret 30.4.19)

Sykehus/enhet	Gynekologer/ LIS	Barneleger	Jordmødre	Barnepleiere	Selger tjenester til
Sandnessjøen	5/2	3 ÅV	15 ÅV (inkl. MSJ)	3 ÅV	Lurøy, Dønna, Herøy og Leirfjord
Mo i Rana	5/2	0 ²	13,5 ÅV	3,3 ÅV	Nesna, Rødøy, Lurøy, Rana
Brønnøysund ¹	30 %	0	6 ÅV	2, 85 ÅV	Vega, Vevelstad, Brønnøysund, Sømna

¹ Jordmødrene på fødestuen i Brønnøysund betjener dialysetilbudet og spesialisttjenestepoliklinikk, i tillegg til fødestuen.

² Barneleger fra SSJ skulle egentlig ambulere til MIR. Det jobbes nå med å få på plass en ambuleringsordning av barnelege fra NLSH til Mo i Rana

Rekruttering og tilgjengelighet av gynekologer

Det har alltid vært vanskelig å rekruttere gynekologer til de to fødeavdelingene på Helgeland. Det er som regel ikke norsktalende søkere til overlegestillinger som lyses ut og det er sjelden søkere fra andre nordiske land. En av grunnene kan være at avdelingene er små. I tillegg er det generell mangel på gynekologer nasjonalt. Samtidig er vakthyppheten stor, med vakt hvert fjerde døgn, som er krevende. Overleger > 60 år har krav på å slippe vakter. Dette er en spesiell utfordring på Helgeland der flere av overlegene nærmer seg, eller er i denne aldersgruppa. Yngre ferdigutdannede spesialister foretrekker å arbeide i større fagmiljøer, der også vaktbelastningen er mindre.

Tabell 4 gir et bilde av at man ikke har utfordringer knyttet til rekruttering på Helgeland. Tabellen avspeiler ikke hele virkeligheten.

Søkingen til LIS 2 stillingene (utdanningsstillinger) i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer er svært god på begge føde- og gynavdelingene på Helgeland.

Tabell 5: Alderssammensetning gynekologer Helgelandssykehuset pr 2019

Sykehusenhet	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 64 år	Over 65 år
Mo i Rana	3	1	1	
Sandnessjøen	0	1	3	1
Brønnøysund	0	0	(ambulerer ca. 30 %)	0

Rekruttering og tilgjengelighet av barneleger

I følge Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud», er det ikke krav om at det skal være barnelege/pediater ansatt ved en fødeavdeling. Men det er en stor fordel å ha det. Pediater bør ha det faglige ansvaret for de nyfødte barna, ha ansvar for prosedyrer vedrørende barna under barselopphold, undersøke nyfødte og undersøke barn som er syke i nyfødtp perioden.

Pr 2019 er det kun Sandnessjøen som har tilsatte barnelege. Målet var at det skulle etableres en ordning med ambulering, men avdelingen har ikke hatt kapasitet til å gi pediatrik service til alle enhetene i Helgelandssykehuset. Mo i Rana har opprettet dialog med NLSH for å få på plass en ambuleringsordning etter modell fra Lofoten i løpet av høsten 2019.

Tilgangen på barneleger til Helgelandssykehuset har vært dårlig. Det har vært rekruttert utenlandske barneleger. De kommer ofte fra store barneklonikere og er spesialisert i deler av pediatri faget. Pediatrik avdeling har ikke utdanning av LIS leger.

Gynekologene på Mo i Rana gjør nyfødttundersøkelsene. Anestesilege har ansvaret for de akutt dårlige nyfødte i samarbeid med jordmor og gynekolog. Nyfødte på fødestue i Brønnøysund blir undersøkt av kardiolog ansatt i Brønnøysund.

Tabell 6: Alderssammensetning barneleger Helgelandssykehuset pr 2019

Sykehusenhet	40 – 50 år	50 – 60 år	60 – 65 år	Over 65 år
Mo i Rana	0	0	0	0
Sandnessjøen	1	1	0	1

Rekruttering og tilgjengelighet av jordmødre og barnepleiere

Fødeavdelingene i Mo Rana og Sandnessjøen har for tiden god rekruttering av jordmødre og barnepleiere.

Det er krevende å rekruttere jordmødre til fødestua i Brønnøysund. Nyutdannede jordmødre finner det skremmende å skulle ha ansvar for fødsler på en enhet uten tilgang til operativ eller anestesilogisk støtte. Brønnøysund har avtale om back-up fra legevakt og helikopterlege i akutte situasjoner, men kan ikke tilby operativ fødselshjelp.

Tabell 7: Alderssammensetning jordmødre Helgelandssykehuset pr 2019

Sykehusenhet	20 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 64 år	Over 65 år
Mo i Rana	2	4	8	2	0
Sandnessjøen (inkl. MSJ)	4	5	3	4	0
Brønnøysund	1	1	0	3	1

Rekrutteringssituasjonen for barnepleiere er god og stabil. Utfordringen ligger i å kunne tilby barnepleiere heltidsstillinger.

Rana har 3,3 årsverk barnepleier fordelt på 4 stillinger (2 x100%, 1x80% og 1x50%)

Sandnessjøen har 3,0 årsverk barnepleier fordelt på 4 stillinger (1x85%, 1x80%, 1x75%,1x60%)

Brønnøysund har 3 årsverk barnepleier

Tabell 8: Alderssammensetning barnepleiere Helgelandssykehuset pr 2019

Sykehusenhet	20 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 64 år	Over 65 år
Mo i Rana	1		1	2	
Sandnessjøen (inkl. MSJ)	1	2	1		
Brønnøysund		2		1	

4.2 Samarbeid med kommunene og ambulansetjenesten

Sandnessjøen, Brønnøysund og Rana har inngått avtale om salg av jordmortjenester til omkringliggende kommuner på Helgeland, jmf. tabell 4.

Avtalene varierer mellom 5 - 50 % stilling og er knyttet opp mot svangerskapskontroller i den enkelte kommune. Avtalene innbefatter ikke følgetjeneste.

Følgetjeneste/overflytting

Som det fremgår i kapittel 3 så har: *«Fødende kvinner har krav på nødvendig helsehjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. pasient og brukerrettighetsloven §§ 2-la og 2-lb.» Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for at tilbudet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er sammenhengende og helhetlig.*

Den veiledende grensen er på en til halvannen time reisevei til fødeinstitusjon som er beskrevet i St.meld. nr. 12 (2008-2009). For Helgelands vedkommende gjelder dette fødende i Træna, Grane, Hattfjelldal og nordre del av Rødøy.

Helgelandssykehuset har i dag kun avtale om følgetjeneste i Hattfjelldal. Avtalen går ut på at dersom en fødende i Hattfjelldal har behov for ledsager ifb transport, kommer ambulansen fra Sandnessjøen med jordmor. Utover dette tilstreber man tidlig innleggelse i sykehus dersom det er tegn til komplikasjoner. Dette er ikke en optimal løsning.

Helseforetaket har pr. i dag, ut over dette, ingen tilbud om følgetjeneste. Det praktiseres møtekjøring med ambulanse der det er nødvendig. Under sommeravvikling organiseres det beredskapstjeneste/ følgetjeneste mellom Mo i Rana og Sandnessjøen.

For fødende som må overflyttes akutt til høyere omsorgsnivå, grunnet fødsel eller andre komplikasjoner, koordineres overflytting via AMK Helgeland og utføres ved bruk av ambulansfly, helikopter eller ambulanse. Behov for jordmorfølge, eller annet følge, avgjøres i hvert enkelt tilfelle. For å sikre en best mulig kontinuitet er tjenesten knyttet opp mot faste jordmødre i avdelingen.

Samhandlingsseksjonen i Helgelandssykehuset jobber pr tiden med å få etablert ledsagerordning for Rødøy kommune.

Pr i dag mangler Helgelandssykehuset en avtale med øvrige kommuner, der man synliggjør fagspesifikke detaljer, beskrivelse av oppgaver og ansvarsavklaring.

Transportfødsler

Ifølge Medisinsk fødselsregister har andelen ikke-planlagte hjemmefødsler og transportfødsler ligget stabilt på rundt 0,6 prosent i perioden 1999 til 2017. I 2017 skjedde 336 av 56.543 fødsler utenfor sykehus – under transport, ufrivillig hjemme eller andre steder. Overlege Pål Øian ved UNN, presenterte i sin gjennomgang med arbeidsgruppen et materiale som viste at det er få transportfødsler i Norge, ca. 200 pr år. De fleste transportfødsler (absolutte tall) skjer i sentrale strøk og ikke i Nord-Norge. De kan i sin forskning ikke finne holdepunkter for å si at sentralisering de siste tiårene har ført til noen vesentlig økning i transportfødsler (vedlegg 1).

Hilde Marie Engjom (vedlegg 1) har i sin forskning avdekket at man de siste årene har fått færre fødeinstitusjoner i Norge, noe som har bidratt til redusert tilgjengelighet. Dette har ført til økt risiko for komplikasjoner hos kvinnene og barnet. Fordeling av nytte og ulemper må inngå i planlegging og overvåking av fødselsomsorgen.

Omfanget av transportfødsler ved Helgelandssykehuset ligger på samme nivå som landsgjennomsnittet, altså 0,6 prosent. Dette betyr at gjennomsnittlig 3 – 4 kvinner føder ved ikke planlagte hjemmefødsler og under transport årlig.

4.3 Samarbeid med NLSH og UNN

Det er i dag etablert et godt og nært samarbeid med både Nordlandssykehuset (NLSH) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Samarbeidet med NLSH har et større omfang, da de er nærmeste kvinneklinikk. NLSH tar imot fødende som av ulike grunner ikke kan føde i Helgelandssykehuset. Noen gravide på Sør-Helgeland velger å føde i Namsos eller St.Olav (Trondheim).

- UNN: Nyfødtavdeling med de minste premature, uke 24-26
- NLSH: Vår nærmeste kvinneklinikk. Føden tar imot de fleste risikogravide fra oss. (JMF seleksjonskriteriene)
- Nyfødtavdelinger med pediater i vakt. Avdelingen kan kontaktes døgnet rundt for konferering, råd og assistanse.
- Henteteam (kuvøseteam) er livsviktig og verdifullt for HSYK, der den ene sykehusenheten ikke har pediater og ingen har pediater i vakt. Ingen har barneavdeling.
- Henteteamet, bestående av pediater og sykepleier, rykker ut og henter premature og syke nyfødte som trenger behandling utover det vi kan gi lokalt. Henteteamet er livsnødvendig og forsvinner det, trues vår eksistens.

4.4 Dagens situasjonsbilde for fødetilbudet på Helgeland - oppsummert

Helgelandssykehuset har i dag en organisering av fødetilbudet som er meget bra og gir et godt tilbud til de fødende på Helgeland. Tjenesten har vært under endring, med bortfall av fødetilbud i Mosjøen.

Til tross for gjennomførte tilpasninger, ser vi nå at man også framover er nødt til å gjøre endringer for å sikre et trygt og godt faglig tilbud til de fødende. Siden 1980-tallet har det vært ca. 23 % nedgang i antall fødsler på Helgeland (fra ca. 900 til nå ca. 700.) Dette er også en nasjonal trend. I tillegg ser vi at befolkningstilveksten på Helgeland går ned. Det blir derfor krevende å skulle opprettholde flere fødeinstitusjoner når fødselstallene synker dramatisk.

Situasjonsbildet for fødetilbudet på Helgeland kan oppsummeres i følgende punkter:

- Det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig fagpersonell til to likestilte fødeavdelinger på Helgeland. Det er økende krav til bemanning og beredskap i fødselstjenesten.
- Aldersframskriving av dagens personell (overleger/gynekologer) i Helgelandssykehuset, viser at vi om kort tid vil være i en kritisk personellsituasjonen.
- Helgelandssykehuset har hatt en god praksis med å utdanne egne jordmødre og delvis også gynekologer. Dette til tross, vil Helgelandssykehuset ha en kritisk mangel på gynekologer og barneleger om noen få år. Nasjonalt er det allerede i dag mangel på jordmødre, gynekologer og barneleger.
- Mindre fødeavdelinger har en høy og krevende vaktbelastning på gynekologene. Uten gynekologer kan man ikke opprettholde et fødetilbud.
- Mindre fødeavdelinger er ikke spesielt rekrutterende, da fagmiljøene blir for små grunnet lav aktivitet og antall fødsler.
- Strukturprosessen (2025) antas å kunne ha påvirkning på rekrutteringen, da en del unge ønsker å avvente en avgjørelse knyttet til lokalisering før de velger Helgelandssykehuset som sitt framtidige arbeidssted.
- Fødepopulasjonen endres, med flere eldre fødende og fødende med økt risiko (overvekt og diabetes). Dette stiller økende krav til fagkompetanse.
- De fødende på Helgeland er vant til å måtte reise når de skal føde (se tabell 2).
- De fødende/gravide og ansatte er vant til å forholde seg til alternerende sommerstenging mellom Mo i Rana og Sandnessjøen.
- Pre-hospital tjeneste er en viktig faktor for å sikre at de fødende har et trygt fødetilbud. I en eventuell ny modell kan det stilles ytterligere forventninger til både tilgjengelighet og kompetanse både i båt, ambulanse-, helikopter- og flytjenesten.
- Følgetjeneste for kommuner med over 1,5 timers reisetid til fødested er ikke på plass

5. «Landets beste fødetilbud på landets beste lokalsykehus» - et mulig fremtidsbilde for fødselsomsorgen på Helgeland

I kapittel 5 beskriver vi hvordan man i en ny organisatorisk modell på Helgeland kan møte utfordringene som fremkommer i kapittel 4 og oppsummert under pkt. 4.4. Premissene for arbeidsgruppens forslag er satt av styret i Helgelandssykehuset, styret i Helse Nord og administrerende direktør i Helgelandssykehuset.

5.1 Innledning og forutsetninger

Styret i Helgelandssykehuset vedtok den 18.6.19 å utrede følgende lokaliseringalternativer. Se tabell 9.

Tabell 9: Styrevedtak i styresak 59/2019 fra den 18.6.19

Alternativ	Stort akutt sykehus (SA)	Akutt sykehus (A)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Distriktmedisinsk senter (DMS)
0-alternat.	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund		
2a (1)	Mo i Rana		Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund
2a (2)	Sandnessjøen og omegn*		Mo i Rana	Mosjøen	Brønnøysund
2a (3)	Mosjøen og omegn		Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund
2b-1 (1)	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund	
2b-1 (2)	Sandnessjøen	Mo i Rana	Mosjøen	Brønnøysund	

* Sandnessjøen og omegn (herunder Leirfjord), jfr. HN RHF sak 68/ 2019, pkt. 4

Helseministeren og Helse Nord har presisert at det i Helse- og sykehusplanen åpnes for at «et akutt sykehus kan ha akutt kirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig». (St.mld. 11, pkt. 12.11).

I planens punkt 12.9 står det: *ved endringer i det akutt kirurgiske tilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket. Det må være tilgjengelig anestesilege/anestesiteam og operasjonspersonell for akutte hendelser og keisersnitt. Det forutsettes derfor at det er kirurgisk virksomhet på sykehus med fødeavdeling».*

Mandat for vårt arbeid er konkretisert fra adm.dir i Helgelandssykehuset:

- Belys/utred saken på et generelt nivå, det vil si hva er viktig og mulig/aktuelt for Helgeland, uavhengig av lokalisasjon.
- Beskriv hva som er mulig, hvorfor det er mulig og hvordan det er mulig

Med bakgrunn i disse føringene **kan arbeidsgruppen ikke diskutere eller konkludere ang. valg av lokalisering**. Vårt mandat begrenser seg til å diskutere og konkludere for hvilken organisatorisk modell arbeidsgruppen mener er den mest bærekraftige for Helgelandssykehuset.

På bakgrunn av både styrevedtak og mandat fra adm.dir vil vi diskutere følgende modeller:

- Ny modell med et stort sykehus
- Ny modell med et stort akuttsykehus og et akuttsykehus
- På hvilken måte DMS, i ny modell, kan inngå i fødselshjelpen

0-alternativet har vi beskrevet i kap. 4 (dagens organisering).

Vi vil se på fordeler og muligheter ved de ulike modellene, samt synliggjøre hvilke ulemper modellene kan gi. I tillegg vil vi diskutere og foreslå tiltak for å opprettholde den faglige kvaliteten og tryggheten i befolkningen.

Arbeidsgruppen har tolket mandatet dithen at tilbudet ved fødestua i Brønnøysund videreføres som i dag. I alle modellene som diskuteres under er derfor fødestua i Brønnøysund med, selv om den ikke eksplisitt er nevnt.

5.2 Organisering

I dette kapitelet ser vi på fordeler og ulemper/utfordringer ved de forskjellige modellene styret i Helgelandssykehuset har besluttet å utrede i Helgelandssykehuset 2025.

Det er viktig å understreke at vår arbeidsgruppe ikke kan eller har kompetanse til å gi en uttømmende oversikt over alle konsekvenser eller tiltak i rapporten. Spesielt gjelder dette for områder der vi uttaler oss på vegne av andre (kommunene, NLSH og UNN). En del av foreslåtte tiltakene er ikke avstemt med de samarbeidende miljø. Dette skyldes i all hovedsak tidsmangel.

Vi har ikke foretatt noen økonomiske beregninger.

Vi velger å synliggjøre fordeler og ulemper i tabellarisk form, der vi kompletterer med tekstlig beskrivelse.

5.2.1 Et stort akuttsykehus (en fødeavdeling på Helgeland)

I kapittel 3 refereres definisjonen av ei fødeavdeling. I tabellen nedenfor har vi tatt for oss fordeler/muligheter og ulemper/utfordringer vi ser ved å organisere fødetilbudet til ett sted (ei fødeavdeling), samt kommet med forslag på avbøtende tiltak.

Tabell 10: Fordeler og ulemper med en fødeavdeling på Helgeland

Fordeler og muligheter	Kommentarer
Samle kompetanse og etablere et stort fagmiljø	Fagmiljøet blir større, noe som bidrar til å redusere sårbarheten. Store fagmiljø er rekrutterende og stabiliserende. Økt mulighet for å kunne utdanne flere egne.
Flere fødsler og økte ferdigheter	Omfang fødsler er en nedadgående trend. Å samle alle fødsler i en enhet vil kunne bidra til å opprettholde kompetansen hos de ansatte.
Enklere å rekruttere	Større fagmiljø er i seg selv rekrutterende. Lavere vaktbelastning og større utviklingsmuligheter.

Enklere å drive fagutvikling	Man vil ha større tilgang til kompetanse på flere nivåer (barnepleiere, jordmødre, gynekologer og pediatere). Kompetanseoverføring på tvers blir mye enklere.
Større gynekologiske fagmiljø	Pasientene ønsker den beste behandling som finnes. Det krever spisskompetanse. I en større enhet kan spesialistene i større grad konsentrere seg om deler av faget.
Kan bli en rimeligere «in-house» driftsmodell	Men man kan se for seg at man vil ha behov for færre ansatte i de ulike kategorier i en fødeavdeling, sammenlignet med dagens organisering med to fødeavdelinger.
Forventer mindre behov for vikarer (jordmor og gynekolog)	I dag er begge fødeavdelingene avhengig av å leie inn vikarer for jordmødre og gynekologer. Dette er naturlig nok et fordyrende element. I noen tilfeller kan innleie av vikarer være positivt, der man får tilført ny kompetanse fra andre fagmiljø.
Kan øke tilbudet, også pediatri	I dag er det kun pediatere i Sandnessjøen. Disse inngår ikke i en vaktberedskap og tjener derfor fødetilbudet kun på dagtid. I en ny modell med en fødeavdeling på Helgeland, vil man kunne se for seg å etablere beredskap i pediatri.
Kan gi tilbud til flere fødende	Når fagkompetansen økes og fagmiljøet blir større, kan man på sikt se for seg å utvide fagtilbudet til de fødende på Helgeland, eks. ved etablering av barneavdeling.
Kan frigi gynekolog- og jordmorrressurser til å bruke de desentralt	Et større fagmiljø vil også kunne åpne for å bruke fagressurser desentralt og i samarbeid med kommunene på Helgeland. Enten i form av følgetjeneste eller poliklinisk tilbud.
Styrke spesialistutdanningen i kvinnesykdommer og fødselshjelp	Et bærekraftig fagmiljø vil naturlig ha en positiv konsekvens på utviklingen av utdanningsforløpet for spesialistene.
Ulemper og utfordringer	Forslag til avbøtende tiltak:
Det blir flere pasienter som må reise – transportfødsler kan øke. Avhengig av modell kan noen fødende få lengre reisevei enn i dag.	Å samle hele fødetilbudet i en fødeavdeling kan bety at flere må reise, avhengig av lokalisering. Dette kan bety at antallet transportfødsler går opp. Risikoreduserende tiltak som kan iverksettes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle ambulansearbeidere må ha gjennomgått relevante kompetanseprogrammer 2. Tilrettelegge for pasienthotell, der de fødende (og pårørende) får tilbud om å bo i forkant av fødsel. 3. Følgetjenesten m/ jordmor må på plass og organiseres på en bedre måte. 4. Noen ambulanser/båter kan utstyres og bemannes med spesiell tanke på de fødende. 5. Tilrettelegge for at sykepleierressurs tilknyttet helikopter- og flytjenesten er jordmødre 6. På sikt etablere barneavdeling – pediater i vakt
Pårørende kan få lengre reisevei	Man kan i en framtidig organisering med en fødeavdeling vurdere: <ol style="list-style-type: none"> 1. De fødende får tilgang på enerom der partner gis mulighet til overnatting 2. Pasienthotell/hotell i nærheten er viktig
Pasientlekkasje til andre helseforetak	Lang reisevei til fødested kan bety at noen velger å føde i andre regioner/foretak. For å minimere dette må tilbudet på Helgeland ha god kvalitet og optimale ordninger knyttet til følgetjenester, i samarbeid med kommunene.

Flere ansatte må ambulere	Organisering av fødetilbudet i <u>en</u> fødeavdeling innebærer at flere ansatte må ambulere. Det må etableres gode ordninger for ambulering.
Flere ansatte må pendle	Organisering av fødetilbudet i <u>en</u> fødeavdeling vil innebærer at flere av dagens ansatte vil måtte pendle. Dette forutsatt at den ansatte selv ikke ønsker å flytte nært arbeidsplass. Omfang av pendling vil avhenge av hvorvidt DMS-strukturen skal inneholde gynekologisk poliklinikk med fast ansatt spesialist. Det må etableres gode ordninger for pendling (funksjonell turnus). På sikt vil pendling avta, da framtidige medarbeidere mest sannsynlig vil bosette seg nærmest mulig arbeidsstedet.
Et større miljøavtrykk	Med økt pendling og ambulering vil man kunne risikere et større miljøavtrykk. Dette kan reduseres ved å tilrettelegge for et utvidet og tilpasset kollektivtilbud. I tillegg ambulerings- og pendlerordninger som er koordinert og hensiktsmessige.
Et endret «trykk» mot kommuner, hvis de fødende ønsker å reise tidligere hjem (grunnet avstander)	En sentralisert struktur vil kunne føre til at de fødende ønsker et sterkere oppfølgingstilbud fra kommunal sektor (både i forkant og etterkant av fødsel). Det må sikres ressurser og kompetanse i det kommunale tjenestetilbudet for å kunne håndtere en slik endring. Fra Helgelandssykehuset må dette koordineres av seksjon for samhandling (avtaler).
Følgetjeneste må etableres og fungere	For å trygge den fødende befolkningen med lange avstander, må det etableres god følgetjeneste med jordmor.
Samferdselsutfordringer	Store utbedringer av E6 på Helgeland vil føre til redusert reisetid for dagens fødende ift i dag. Øke kollektivtilbudet.

5.2.2 Ett stort akuttisykehus og et akuttisykehus på Helgeland

I en slik modell vil man kunne organisere fødetilbudet på flere måter:

1. En fødeavdeling på det store akuttisykehuset og ingen fødeinstitusjon på akuttisykehuset
2. En fødeavdeling på det store akuttisykehuset og fødestue på akuttisykehuset
 - a. Jordmorstyrt fødestue (slik vi har i Brønnøysund)
 - b. En fødeavdeling på det store akuttisykehuset og en fødestue på akuttisykehuset med døgnberedskap av gynekolog (Lofotmodell)
3. En fødeavdeling på det store akuttisykehuset og en fødeavdeling på akuttisykehuset

Alternativ 1: Beskrevet under pkt. 5.2.1 og utledes derfor ikke nærmere i dette kapitlet.

Alternativ 2a: Fødeavdeling på det store akuttssykehuset og jordmorstyrt fødestue på akuttssykehuset

I dette alternativet organiseres fødetilbudet i ei stor fødeavdeling på det store sykehuset og en fødestue på akuttssykehuset. Fordeler, muligheter, utfordringer og ulemper som fremkommer for modell 1 (se tabell 10) gjelder også for dette alternativet nærmest i sin helhet.

Innlederne på seminaret i Brønnøysund presenterte ulike driftsmodeller for jordmorstyrt fødestue i tilknytning til et stort akuttssykehus. Flere av disse var etablert med bakgrunn i lang reiseavstand til akuttssykehuset. Alle viser til nedadgående aktivitet, av ulike grunner som er nevnt i rapporten. I noen regioner oppleves fødestuer å være et godt supplement til akuttssykehuset og fungerer etter hensikten (vedlegg 2, samt presentasjoner på Helgelandssykehuset sine nettsider).

Tabell 11: Fordeler, muligheter, ulemper og tiltak for fødeavdeling i det store akuttssykehuset og jordmorstyrt fødestue på akuttssykehuset (i tillegg til det som fremkommer i tabell 10)

Fordeler og muligheter	Kommentarer
Kortere reisevei for lavrisikofødende (fødestue)	Flere lavrisikofødende vil ha tilgang til fødetilbud geografisk nærmere sitt bosted.
Risikofødende kan få en kompetent vurdering (fødestue)	Flere vil få et geografisk nærmere tilbud til å få foretatt nødvendige vurderinger av fagpersonell. Seleksjon.
Fødende kan få føljetjeneste fra fødestue	Dette forutsetter at bemanningen er tilstrekkelig og at man får jordmorfølge fra fødestue.
Flere fødende er sine nærmere pårørende	Pårørende får også kortere avstand i bla barselstiden
Mindre personell som må flytte	Deler av dagens personell på fødeenheten kan fortsatt jobbe på sitt kjente arbeidssted (geografisk)
Mindre miljøavtrykk	Mindre reisende (fødende, pårørende og personell)
Mindre ambulansetransport	Flere fødende reiser på egen hånd
Mulig færre transportfødsler	Færre som må reise vil sannsynligvis kunne føre til at omfanget transportfødsler ikke øker på Helgeland.
«Overflødig» personell (i alt 1) vil kunne opprettholde jobb på nåværende arbeidssted	Færre som ev trenger å flytte eller å pendle, da man kan jobbe på fødestuen
De fødende har en valgmulighet	Den fødende kan selv velge hvilket nivå de ønsker å føde på
Ulemper og utfordringer	Forslag til avbøtende tiltak:
Krevende å omstille en fødeavdeling til fødestue	Viser til seminar BRS (vedlegg 1). Forslag til avbøtende tiltak: <ol style="list-style-type: none"> 1. Man må forutsette felles ledelse 2. Streng seleksjon 3. Svangerskapsomsorg må ivaretas av jordmødrene på fødestua, i samarbeid med kommunen 4. Gode lønns- og arbeidsvilkår 5. Kreativ og engasjert ledelse (motivasjon/pådriver) 6. Gode hospiteringsordninger utenfor foretaket
Krevende å bygge opp en ny fødestue, der man i dag ikke har fødetilbud	Det vil være utfordrende å etablere en fødestue der man i dag ikke har et fødetilbud. Det må i så fall sikres god ressurstilgang og oppbygging av et kompetent og bærekraftig fagmiljø. Man må tilrettelegge for gode samarbeidsrutiner, ambuleringsvilkår og kompetansetiltak. Arbeidsgruppen ser dette som både arbeidskrevende og kostnads-krevende.

Fødestue gir tilbud til max. 30 % av de fødende (lavrisiko)	Jmf. Seleksjonskriterier. Dette betyr at omfang av fødsler på fødestuen kan bli lavt. Man må derfor se om det er andre oppgaver som kan ivaretas av jordmødre/personell, etter modell fra BRS
Tendens viser at færre kvinner velger å føde på fødestue	En nasjonal trend. Kan mulig motvirkes hvis man har høgt kompetent personell og en god kvalitativ tjeneste. Ambulering og samarbeid. Dette er krevende, da dette er ønsket hos fødende.
Utfordrende å rekruttere jordmødre til fødestuer	Jordmorutdanningen bør endres, slik at man nyutdannede jordmødre selvstendig vil kunne håndtere en normal fødsel.
Få fødsler på fødestue gir redusert kompetanse og erfaring	Etablere gode og funksjonelle hospiteringsordninger. Etablere rulleringsordninger mellom nivåene, men det kan også vanskeliggjøre rekruttering til fødeavdelingen.
Kan oppstå akutte og uforutsette situasjoner på tross av god seleksjon	Fødestue har ikke kompetanse eller ressurser til å kunne håndtere slike situasjoner. Viktig å gjøre riktig seleksjon.

Alternativ 2b: En fødeavdeling på det store akuttsykehuset og en fødestue på akuttsykehuset med døgnberedskap av gynekolog

En fødestue med døgnberedskap av gynekolog bruker de samme seleksjonskriterier som jordmorstyrt fødestue. Den vil gi tilbud bare til lavrisikofødende. Gynekolog i vakt kan gjøre nødkeisersnitt hvis det uten forvarsel skulle oppstå behov for det.

Denne modellen forutsetter at det er kirurgisk døgnberedskap med anestesi, operasjon og intensiv på akuttsykehuset. Der må være gynekologvakt døgnkontinuerlig. Flere gynekologer blir bundet opp med vakt på fødestuen. De vil likevel bare gi tilbud til en liten gruppe lavrisikofødende. Samtidig blir det tilsvarende færre gynekologer tilgjengelig for fødeavdelingen ved det store akuttsykehuset.

Modellen er svært krevende og det er årsaken til at den bare finnes i Lofoten. Der er det lang transportvei og innimellom svært utfordrende værforhold. I Lofoten har de en løsning der to gynekologer har vakt, en uke kontinuerlig vakt av gangen. Det må være vakt med krav til kort responstid (oppmøtetid). Denne vaktordningen er ikke attraktiv. Den er nok heller ikke i tråd med bestemmelsene i Arbeidsmiljøloven.

I Lofoten har Nordlandssykehuset i mange år hatt fokus på at strenge seleksjonskriterier må følges. Hvis ikke oppstår der situasjoner der fødende ikke har vært sendt i tide selv om de burde ha vært på et høyere nivå i utgangspunktet. Det kan f.eks være at det blir behov for barnelege. Der har vært flere eksempler på slike hendelser.

Jordmødre som arbeider i en slik fødestue, har faglig støtte når de finner det nødvendig.

Arbeidsgruppen vil sterkt fraråde denne modellen. Norsk gynekologisk forening har i alle sammenhenger frarådet modellen (også da den i sin tid ble innført i Lofoten).

Alternativ 3: En fødeavdeling på det store akuttsykehuset og en fødeavdeling på akuttsykehus

En slik modell forutsetter kirurgisk akuttbereidskap på akuttsykehuset og gynekolog i vakt på begge sykehusene. Arbeidsgruppen mener at dette i praksis betyr at vi opprettholder dagens struktur, som er beskrevet i kapittel fem (0-alternativet).

Tabell 13: Fordeler, utfordringer og tiltak for fødeavdeling på det store akuttsykehuset og fødeavdeling på akuttsykehus

Fordeler og muligheter	Kommentarer
Gravide og fødende kjenner dagens organisering	Befolkningen vil ikke oppleve endringer i dagens fødetilbud på Helgeland
Reisevei for fødende blir ikke endret	Ingen er nødt til å reise mer eller lengre enn i dag
Flere er nærmere pårørende	Ingen flere pårørende er nødt til å reise mer enn i dag
Personell må ikke flytte	Ansatte opprettholder sitt fysiske arbeidssted og dagens arbeidsforhold
Dagens ambulanseplan kan opprettholdes	Vil mulig ikke bli nødvendig å gjøre de store endringer av ambulanseplanen
Uendret miljøavtrykk	Forutsatt at ambulanseplanen opprettholdes, vil man kunne forvente at miljøavtrykket blir uendret. Mulig mindre grunnet nedgang i antall fødsler.
Opprettholder dagens omfang av ambulansetransport	En mulig nedgang grunnet færre fødsler
Samme nivå på omfang av transportfødsler	Opprettholder man dagens struktur vil det sannsynligvis ikke bli endring i omfang transportfødsler. Prehospital tjeneste kan gjøre tiltak som tidligere presentert.
Alternerende sommerstengning	Må opprettholdes for å kunne avvikle sommerferie
Dagens samarbeid med kommunehelsetjenesten kan videreutvikles	Samarbeidet fungerer godt i dag, men kan mulig videreutvikles til å omfatte flere kommuner enn i dag.
Ulemper og utfordringer	Forslag til avbøtende tiltak:
Små fagmiljø – innenfor alle profesjoner tilknyttet fødetilbudet	Hospitering for alle yrkesgrupper, felles faglige retningslinjer, kompetansebygging
Dagens hospiteringsordning utenfor eget foretak, fungerer dårlig	De får i dag i hovedsak kun være observatører. Det må tilrettelegges avtaler og ordninger som sikrer at våre ansatte får reell trening i aktiv fødselshjelp.
Lave fødselstall	Vanskelig å skulle foreslå tiltak som kan være avbøtende, da dette også er en nasjonal trend. Økning i antall fødsler vil måtte bety økt tilflytting til Helgeland.
Nøkkelpersonell når aldersgrense	Gjelder i hovedsak gynekologer. Det må iverksettes spesielle rekrutteringstiltak for å sikre at man har tilstrekkelig fagkompetanse.
Vanskelig å rekruttere	Det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig fagpersonell til to likestilte fødeavdelinger på Helgeland, spesielt i omstillingsprosesser. Økt oppmerksomhet på å utdanne egne og iverksette særskilte rekrutteringstiltak for utvalgte faggrupper innenfor fødselsomsorgen
Vaktberedskap under sommerstengning	Avtalene i dag for beredskapsvakter er for dårlige. Disse må endres og forbedres.
Høg vaktberedskap	Med små fagmiljø og få ansatte, vil vaktbelastningen naturlig bli både høg og krevende.

Utfordrende med fagutvikling	Kan mulig økes ved større grad av samarbeid og felles ledelse. Ressurskrevende.
Kostbar modell	Krever dobbelt opp av vaktlinjer i flere fagområder. Kan vurdere om det er mulig at personell kan benyttes til andre oppgaver
Fortsatt behov for vikarer og innleie	Dagens situasjonsbilde sannsynliggjør at man fortsatt vil ha behov for innleie for å dekke opp behovet.
Mindre muligheter til å utvikle tilbudet	Dette begrenses av at fagmiljøene på de enkelte enhetene blir for små. Vanskelig å se at to små fødeavdelinger vil ha kapasitet og økonomi til å opprette nye tilbud eks barneavdeling.
Utfordrende å frigi fagressurser desentralt	I en slik modell vil det meste av ressursene være knyttet opp til oppgaver og funksjoner i dagenes fødetilbud og spesialisthelsetjeneste. Ev se på samhandlingsordninger som kan øke omfanget av samhandling med kommunene.
Endret fødepopulasjon	Krever mer og annen kompetanse, samt økte ressurser. Kan mulig imøtekommes ved kompetanseheving og tilsetting av tilstrekkelig kompetent personell.
Følgetjeneste ikke på plass	Dagens organisering av følgetjeneste på Helgeland må gjennomgås og det må etableres ordninger som er i henhold til retningslinjer og krav.

5.2.3 Forutsetninger for å lykkes, på kort og lang sikt

Som det framgår i de ovennevnte modeller er det ulike utfordringer og muligheter som gjør seg synlige. Samtidig ser vi at noen utfordringer er av en mer overbyggende karakter, eksempelvis demografi og rekruttering. Tendensen viser også at flere fødende ønsker å føde på større enheter med store fagmiljø.

Arbeidsgruppen mener derfor at man er nødt til å tilrettelegge for en modell som kompenserer for disse utviklingstrekkene.

Nedenfor oppsummerer vi en del forslag på tiltak som vi mener kan vurderes og iverksettes, på kort eller lang sikt. Vi har definert kort sikt å være «etter at helseministeren har vedtatt ny struktur og innen fem år» og lang sikt til å være i et 5-10 års perspektiv. Det som foreslås etablert på kort sikt, gjelder også som tiltak et lengre tidsperspektiv.

Tabell 14: Tiltak på kort og lang sikt for fødselsomsorgen på Helgeland

Forslag til tiltak som kan vurderes:	Kort sikt Innen fem år	Lang sikt 5-10 år
Det må tilrettelegges for gode interne utdanningsmuligheter, som sikrer langsiktig rekruttering og kompetanseheving	X	
Tilrettelegge for en struktur som er bærekraftig ift rekruttering, kvalitet og kompetanse		X
Helseforetaket må legge til rette for gode bo- og barnehagetilbud	X	
Økt forskning og kvalitetsutvikling	X	
Øke tilgangen på pediaterkompetanse, som igjen vil åpne for muligheten til å øke tilbudet for barn, inkludert de nyfødte	X	
Mål om pediater i vakt, noe som vi øke det faglige tilbudet og gi flere fødende tilbud på Helgeland		X

Etablere barneavdeling på Helgeland		X
Videreutvikle poliklinisk tilbud for fødende med fødselsangst	X	
Enkeltrum til de fødende, med bo- og overnattingsmulighet for fedre	X	
Isolat med undertrykk	X	
Flere tekniske føderom	X	
Pasienthotell/barselhotell		X
Overnattingstilbud til de pårørende i nærliggende geografi		X
Sykepleiepersonell i prehospitale tjenester bør også være jordmødre og tjenestegjøre på alle «prehospitale flater»	X	
Prehospital tjeneste (på alle flater) må øke sin kompetanse knyttet til fødende	X	
Samhandlingen og samarbeidet med kommunene utvikles ytterligere, der de fødende opplever et «sømløst» forløp	X	
Det må opprettes følgetjeneste i alle kommuner der dette er ønskelig/nødvendig	X	
Tilbud om innskrivningssamtaler	X	
Tilpasset tilbud til fødende fra andre land og kulturer	X	
Gode ambuleringsordninger	X	

5.2.4 På hvilken måte kan DMS inngå i fødselshjelpen på Helgeland

I dagens struktur har vi fødestue etablert i Brønnøysund. Det jobbes nå parallelt med å etablere et DMS i Brønnøysund og Fødestua vil organisatorisk bli en del av dette når bygget står ferdig i 2021-2022.

Det finnes i dag flere regioner som fortsatt har fødestuer i sine regionale tilbud. I hovedsak er disse etablert for å avbøte på lange reiseavstander. Dette fikk vi flere presentasjoner om på styreseminaret i Brønnøysund den 30.4.19.

På Helgeland har det vært stor oppmerksomhet i befolkningen om at man ikke skal redusere antall fødesteder i ny struktur. Andre steder i Norge har man ved nedleggelse av fødeavdeling, erstattet tilbudet med en fødestue. Dette ble også gjort i Mosjøen. Erfaringer viser at det kan være krevende å omstille fra fødeavdeling til fødestue, både for de fødende og de ansatte.

Det har vært fødestue i Brønnøysund siden 1930 og drift i dagens lokaler siden 1978. Modellen har vært fleksibel, der jordmødrene også betjener dialyseaktiviteten. På den måten har man fått utnyttet ressursene på en god måte.

Arbeidsgruppen mener det er naturlig at det ved et DMS er et poliklinisk tilbud til de gravide (fødepoliklinikk) på lik linje med den øvrige spesialisthelsetjenesten foretaket tilbyr. Øvrige tjenester til gravide og ev barselkvinner, må utvides i samarbeid med vertskommunen.

Tabell 15: Bruk av DMS (fødepoliklinikk) i ny modell for fødselshjelpen på Helgeland

Fordeler og muligheter	Kommentarer
Kortere reisevei for gravide til poliklinisk tilbud	Å tilrettelegge for tilbud til gravide på DMS vil gi flere større geografisk nærhet til dette tilbudet
Fødende kan få en kompetent vurdering	Uten å måtte reise så langt, vil man få en faglig og kompetent vurdering når man er gravid
Fødende kan få følgetjeneste fra DMS	Gravide som er ikke er lavrisikofødende kan få bistand og følge ved behov, fra kjent jordmor tilknyttet DMS
Mindre personell som må flytte	Opprettes det poliklinisk tilbud til fødende på DMS (på dagens lokalisasjoner), vil færre ansatte måtte flytte, pendle eller ambulere
Mindre miljøavtrykk	Mindre reising for både pasienter og ansatte
Etablere «fødepoliklinikk» på flere steder på Helgeland	Gjennom bruk av DMS-strukturen
Jordmødre og annet personell, kan ivareta andre oppgaver på DMS	Etter modell fra Brønnøysund, der jordmødre også ivaretar oppgaver tilknyttet dialyse. Utnytte ressursene.
Økt faglig og administrativt samarbeid med kommunene	Fagmiljø og fagpersoner i hhv DMS/spesialisthelsetjeneste og kommune vil geografisk være nærmere hverandre
Ulemper og utfordringer	Forslag til avbøtende tiltak:
Kan være ressurskrevende å ha tjenesten på mange steder	Hvis DMS-ene skal ivareta eks følgetjeneste på flere steder vil dette innebære beredskap. Dette kan bli kostbart. Man kan alternativt se på en ordning der beredskap ivaretas i prehospital tjeneste. Kompetanse og utstyr må i så fall være på plass. Tilrettelegge for ordningen «kjent jordmor»
Avstand til fagmiljø	Man må se på utstrakt form for hospitering, slik at alle jordmødre og fagpersonell får nødvendig trening og kompetanse. Organisere i en linje/felles ledelse. Hospiteringsordninger
Rekrutteringsutfordringer	Man kan på sikt oppleve at det blir krevende å rekruttere fagkompetanse til flere små miljø. Men dette kan styres gjennom felles ledelse og langsiktig rekrutteringsplanlegging.
Utfordrende med fagutvikling	Tilrettelegge for fagutvikling på tvers av geografi. Må være en del av det totale fagmiljø – felles ledelse.
Behov for vikarer og innleie	Vurdere driftsformer der perioder med alturnerende stenging avbøter for behovet for innleie.

5.3 Rekruttering og stabilisering

Rekruttering har gjennom hele arbeidet med rapporten kommet opp som et sentralt tema og kritisk faktor. Det er derfor tatt inn under drøftingen av hvert alternativ i under pkt. 5.2.1, 5.2.2 og 5.2.3. Da vi mener at rekruttering og stabilisering er en avgjørende faktor, ønsker vi på et overordnet grunnlag å trekke frem forhold som vi mener er av betydning. Et sentralt og overordnet spørsmål er «Hvilken kompetanse er Helgelandssykehuset nødt til å ha, for å dekke et fødselsomfang på Helgeland ihht forventet fødselsutvikling (5-10 år)?».

Vi velger å synliggjøre dette i en tabell, der vi med fargekoder forsøker å angi risikoforholdet mellom de ulike modellene, for et utvalg av kriterier som vi mener har betydning for framtidig rekruttering.

Grønn = lav risiko

Gul = medium risiko

Rød = Høg risiko

Vi ønsker å poengtere på nytt at vi i også denne oversikten forutsetter vi at fødetilbudet i Brønnøysund opprettholdes som i dag. Når vi i tabellen omtaler fødestue, er dette i tillegg til fødestua i Brønnøysund. I tabellen omtaler vi modellene gjennom å angi antall fødeenheter og ikke sykehusenheter.

Tabell 16: Noen faktorer som har betydning for rekruttering og stabilisering (risikovurdert)

Kriterier knyttet til rekruttering og stabilisering	Ei fødeavdeling	To fødeavdelinger	Ei fødeavdeling og ei fødestue i akuttsykehus
Høg aktivitet og mange fødsler har betydning for rekruttering	Alle fødsler sentralisert til ett sykehus gir mer erfaring og kompetanse for den enkelte. Dette vil kunne påvirke rekruttering positivt	For få fødsler på begge enheter til å opprettholde kompetansen på lang sikt, kan hemme rekruttering og stabilisering	Utfordrende å rekruttere til fødestua, grunnet lav aktivitet. Rekruttering til fødeavdeling på sykehuset vil ikke påvirkes i stor grad
Størrelse på fagmiljø har betydning for rekruttering	Store fagmiljø rekrutterer best	Konkurransen om ressursene. Små fagmiljø er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig til	Utfordrende å rekruttere til fødestua Rekruttering til fødeavdeling på sykehuset vil ikke påvirkes i stor grad
Rekruttering av jordmødre, gynekologer og pediatere	Store fagmiljø rekrutterer best	Konkurransen om fagressursene mellom enhetene. Kan tenke at det blir ekstra utfordrende for akuttsykehuset	Utfordrende å rekruttere alle disse kategorier til fødestua Rekruttering til fødeavdeling på sykehuset vil ikke påvirkes i stor grad
Rekruttering av spesialsykepleiere og overleger anesthesi (operasjon, intensiv og anesthesi)	Store fagmiljø forventes å rekruttere best. Et stort akuttsykehus vil ha et behov for spesialsykepleiere for flere av fagområdene	Er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig personell i dag. Kan tenkes at det blir spesielt utfordrende for akuttsykehuset, men dette avhenger av hvilken annen	Er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig personell i dag. Kan tenkes at det blir spesielt utfordrende for akuttsykehuset, men dette avhenger av hvilken annen akuttmedisinsk

		akuttmedisinsk tjenesteportefølje som skal tilbys i akuttstusykehuset	tjenesteportefølje som skal tilbys i akuttstusykehuset
Interne muligheter for fagutvikling	Gode utviklingsmuligheter internt, da man er samlokalisert med flere profesjoner	Utviklingsmulighetene kan begrenses ift hvilken fagkompetanse man har i enheten. Må tilrettelegge for faglige utviklingsprosesser på tvers av enheter	Fagutviklingsmulighetene på fødestua er mer krevende enn for fødeavdelingen
Spesialistutdanning av gynekologer	Større fagmiljø gir et større vaksjikt. Man kan ha flere under spesialisering med et større fagfelt. Man kan mulig tilby en større del av spesialistutdanningen lokalt.	Mindre tilgang og mindre fagmiljø er spredt på to enheter.	Det er ikke spesialistutdanning på fødestua. Samme muligheter som under ei fødeavdeling.
Ambulering påvirker rekruttering	Hvis fødetilbudet sentraliseres til en enhet, vil man ha større grad av ambulering ut til kommune og DMS. Dette kan påvirke rekruttering.	Forutsatt at man har tilgjengelige ressurser, vil man kunne organisere med forholdsvis lav grad av ambulering (dagens struktur)	Litt mindre behov for ambulering, da man har tilbud på flere lokalisasjoner.
Høg vaktbelastning påvirker rekruttering	Ett stort fagmiljø vil gjøre det mulig å spre vaktbelastningen	Mindre fagmiljø fører til høg vaktbelastning	Nesten lik vaktbelastning som for ett sykehus (lege)
Interimperioden er utfordrende for rekruttering og stabilisering	Mulig flere av dagens ansatte ikke ønsker å pendle til nytt felles arbeidssted. Det vil bli meget vanskelig å rekruttere til den enheten som mister tilbudet. Det vil bli lettere å rekruttere til enheten som blir hovedsykehus	På legesiden vil det bli like vanskelig som det er i dag.	Mulig flere av dagens ansatte ikke ønsker å pendle til nytt felles arbeidssted. Det vil bli meget vanskelig å rekruttere til den enheten som mister tilbudet. Det vil bli lettere å rekruttere til enheten som blir hovedsykehus
Mulig å få tak i vikarer og innleie	Et stort fagmiljø kan være mer attraktivt å vikariere på. Tryggere	Mindre fagmiljø er litt mer sårbart og har behov for innleie og vikarer	Utfordrende på fødestua, men på fødeavdeling ikke like utfordrende
Spesialisering er rekrutterende	Et stort fagmiljø vil kunne tilby en mer spesialisert tjeneste.	Mindre mulighet for spesialisering grunnet mindre fagmiljø og mindre aktivitet	Et stort fagmiljø vil kunne tilby en mer spesialisert tjeneste på gyn og føde på fødeavdelingen. Ikke på fødestua

5.3.1 Forutsetninger for å lykkes med rekruttering, på kort og lang sikt

Rekruttering og stabilisering er om mulig det området som er mest kritisk og utfordrende. Uten at man har et stabilt, kompetent og velfungerende fagmiljø, vil man ikke kunne opprettholde en faglig forsvarlig fødselstjeneste. Tabellen ovenfor synliggjør det arbeidsgruppen mener er av avgjørende betydning; å tilrettelegge for en struktur som sikrer en etablering av et stort og sterkt fagmiljø. De andre modellene vil i større grad ha usikkerhet knyttet til framtidig rekrutteringsevne og stabilisering av fagpersonalet.

Arbeidsgruppen er fullt ut klar over at rekruttering ensidig ikke er avhengig av fagmiljøets størrelse, og at det finnes kompensierende tiltak som vil kunne redusere rekrutteringsutfordringene innenfor fødselsomsorgen i Helgelandssykehuset. Men vi er samtidig nødt til å erkjenne at tilgangen på spesialister innenfor gynekologi og pediatri er særdeles presset nasjonalt. Det vil derfor være vanskelig å se for seg at man i framtiden vil øke attraktiviteten som arbeidssted, uten at man gjennomfører noen strukturelle tilpasninger.

Nedenfor oppsummerer vi en del forslag på tiltak som vi mener kan vurderes og iverksettes, på kort eller lang sikt. En del av tiltakene er sammenfallende med tiltak som er foreslått under organisering i tabell 14.

Vi har definert kort sikt å være «etter at helseministeren har vedtatt ny struktur og innen fem år» og lang sikt til å være i et 5-10 års perspektiv. Det som foreslås etablert på kort sikt, gjelder også som her som tiltak på lang sikt.

Tabell 17: Tiltak på kort og lang sikt for å sikre rekruttering og stabilisering for føde på Helgeland

Forslag til tiltak som kan vurderes:	Kort sikt Innen fem år	Lang sikt 5-10 år
Tilrettelegge for en modell som er bidrar til å gjøre fagmiljøene store og robuste		X
Det må tilrettelegges for gode interne utdanningsmuligheter, som sikrer langsiktig rekruttering og kompetanseheving, helst med lokal forankring	X	
Modell som gjør at fødetilbudet er tilgjengelig for flest mulig av de gravide/fødende	X	
Tilrettelegge for gode bo- og barnehage tilbud	X	
I større grad legge til rette for økt forskning og kvalitetsutvikling	X	
Øke fagtilbudet for pasientgruppene (eks barneavdeling)		X
Vaktbelastning som tilpasses alder og familieforhold		X
Tilrettelegge med optimale fysiske fasiliteter (rom og utstyr)		X
Gode lønns- og arbeidsvilkår	X	
Gode ambuleringsordninger	X	
Gode utviklingsmuligheter	X	
God ledelse og godt arbeidsmiljø	X	

5.4 Samarbeid med kommuner og ambulansetjeneste

Som det fremgår av tabell 5 så har Sandnessjøen, Brønnøysund og Rana inngått avtale om salg av jordmortjenester til omkringliggende kommuner på Helgeland. Erfaringene med salg av jordmortjenester er så langt meget gode.

Avtalene varierer mellom 5 - 50 % stilling og er knyttet opp mot svangerskapskontroller i den enkelte kommune. Avtalene innbefatter ikke følgetjeneste.

I kapittel I Helse- og omsorgsdepartementets veileder «Et trygt fødetilbud» fremgår det hvordan Helse- og omsorgsdepartementet har organisert avtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Den nasjonale rammeavtalen legger eksisterende overordnede ansvars- og organisasjonsstrukturer til grunn og har som mål å sikre brukere et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, inkl. svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Avtalen understøttes så videre ved inngåelse av lokale samhandlingsavtaler.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag (2009) å etablere flerårige helhetlige og lokalt tilpassete planer for fødetilbudet i regionene sammen med berørte kommuner, som skal skape rammer for videre samhandling og utvikling. Det skal inngås avtaler mellom helseforetak og kommuner som sikrer felles og god utnyttelse av blant annet jordmorressursene, samt beredskap for følgetjenesten og hvordan denne tjenesten skal utføres. Herunder inkludert hvordan en følgetjeneste skal være en del av den akuttmedisinske kjeden og hvordan ambulansetjenesten i denne sammenheng skal brukes (se pkt. 4.2).

Regionale hensyn som geografi, kommunestørrelse og tilgang på personell må ivaretas og man må tilpasse samarbeidsavtalene lokale forhold. I områder med lavt befolkningsgrunnlag bør man se på mulighetene for interkommunalt samarbeid.

I Aalborg i Danmark, organiseres distriktjordmortjenesten etter «Kjent jordmor-prinsippet». Tjenesten er delt inn team på 3 jordmødre, som hver har ansvar for ca. 150 gravide. Jordmødrene fordeler svangerskapskontroller, beredskap og barselomsorg mellom seg etter turnus. Målet med ordningen er at den gravide og hennes familie skal sikres kontinuitet og trygghet gjennom å måtte forholde seg til så få omsorgspersoner som mulig (Tidsskrift for jordemødre DK, Kendt jordmoderordning i Aalborg).

Ordningen er godt etablert og fungerer stadig bedre, ikke minst etter at det ble innført en revidert og forbedret arbeidstidsordning for jordmødrene.

I Vester-Norrland i Sverige startet de, i 2017, opp prosjektet «Barnmorska hela veggen» etter modell fra Danmark. Prosjektet har hatt sine utfordringer, spesielt på jordmorsiden. Prosjektet avsluttes i 2019 og blir presentert på DNJ's jordmorkongress i oktober.

Vi ser flere fordeler med denne modellen, men den er muligens ikke er like egnet for norske forhold og geografi. Det er i den sammenheng viktig å nevne at det er forholdsvis små forhold på Helgeland der mange av de gravide/fødende opplever å ha nærhet til jordmødre i både kommunal- og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen mener å finne at den mest bærekraftige langsiktige løsningen for en framtidig fødselsomsorg på Helgeland er å samle denne i et stort fagmiljø. Dette igjen vil bety at samhandlingsavtalene med kommunene må gjennomgås og tilpasses ny modell/organisering.

Samtidig vil man måtte gjøre nødvendige tilpasninger av dagens ambulanseplan og prehospital tjeneste må tilpasse sin driftsmodell ny sykehusstruktur på Helgeland. Dagens ambulanseplan må nødvendigvis tilpasses slik at man best mulig minimerer reisetid og konsekvenser for de fødende.

Prehospital tjeneste på Helgeland betjener også de fødende og har tilført egne ansatte nødvendig kompetanse. Spesielt i forbindelse med sommerstengning har det vært gjennomført opplæringstiltak som skal sikre at personell på alle flater har nødvendig kompetanse for å ivareta fødende i transport.

Man kan også se for seg å ytterligere utvide kompetansen i prehospital tjeneste for å øke kvaliteten og tryggheten i befolkningen hvis det blir strukturelle endringer i fødselstilbudet på Helgeland. Dette kan eksempelvis være å sikre at sykepleierpersonell som deltar i lufttransport også skal ha kompetanse som jordmor. Et annet forslag er å fysisk tilrettelegge med utstyr i ambulanser/båter som er mer tilpasset fødende enn hva det er i dag.

Arbeidsgruppen ønsker å understreke at de overordnede retningslinjer og føringer på flere områder er utfordrende å forstå og gir mulighet til å utøve skjønn. Det opereres med begreper som «veiledende», «bør», «grunnleggende fødselshjelp» og «forsvarlig tilbud om følgetjeneste». Det framkommer ikke med tydelighet at følgetjeneste skal bemannes med jordmor.

Arbeidsgruppen oppfordrer Helgelandssykehuset å gå i forhandlinger med kommunene om å få etablert en funksjonell følgetjeneste, i henhold til forskriftene. Dette bør gjøres, uavhengig av modell. Arbeidsgruppen understreker nødvendigheten av å få på plass ordninger knyttet til følgetjeneste i de kommuner som har lengere enn 1,5 times reisetid. Ambisjonen bør være at følgetjenesten innebærer følge av jordmor når den fødende er i aktiv fødsel og avstand til akuttsykehus er større enn 1,5 time.

5.5 Samarbeid med NLSH og UNN

Regionsykehuset er det sykehuset som helseregionen har utpekt som sitt hovedsykehus, og som har det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester (Nasjonal helse- og sykehusplan pkt. 12.10). For Helgelandssykehuset er dette UNN.

Dagens samarbeid med NLSH og UNN er meget godt og henteteamet er livsviktig for syke nyfødte på Helgeland. Uansett modell ser man sterkt behovet for å opprettholde dette gode og viktige samarbeidet.

Man kan se for seg at Helgelandssykehuset på sikt har ønske og ambisjoner om å opprette egen barneavdeling. I en slik modell vil man uansett være avhengig av dagens samarbeid med NLSH og UNN. En slik langsiktig ambisjon vil best oppnås gjennom et avklart samarbeid med fagmiljøene i Bodø og Tromsø.

Som det fremgår i kap. 5, så jobbes det med å få på plass en ambuleringsordning av pediater ved NLSH til Mo i Rana. Dette etter modell fra Lofoten. Det er som nevnt svært krevende å få rekruttert pediater til Helgeland, mens det ved NLSH har en større dekning.

5.6 Faglig og teknologisk utvikling

Innovasjon er ikke en lovpålagt oppgave, men det er et viktig virkemiddel for å videreutvikle tjenestene og sikre at forskningsresultater blir tatt i bruk. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) i samarbeid med de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle et system for å dokumentere både kommersiell innovasjon av nye varer og produkter og tjenesteinnovasjon i helseforetakene (Nasjonal helse- og sykehusplan pkt. 15.2).

Også dette området trenger vi ikke å differensiere mellom de ulike modellene, da ny struktur på Helgeland uansett innbefatter fødende som må reise. Man må se på om det finnes teknologiske muligheter for å trygge de fødende på Helgeland, uavhengig av struktur.

Det er i dag blitt en utvidet oppmerksomhet knyttet til hvordan man kan utnytte teknologi i helsetjenesten. For fødselstjenesten har mulig ikke teknologiutvikling hatt samme «gjennomslagskraft» som for en del andre fagområder.

Dette til tross så ser vi at vi på Helgeland i større grad kunne ha tatt i bruk tilgjengelig teknologi som kunne ha bidratt til å trygge de fødende og effektivisere fødselshjelpen, om kun da i begrenset omfang.

Skype blir i økende grad benyttet i poliklinisk avstandsoppfølging av pasienter. I flere av modellene som i dag kjøres gjør man bruk av «støttepersonell» som bistår pasienten på hjemstedet. Man kan mulig se for seg økt bruk av skype som dialogverktøy mellom den gravide og gynekolog, da gjerne med jordmor fysisk tilstede sammen med pasient. I dag benyttes telefon i oppfølging av gravide med diabetes, som mulig kan vurderes å erstattes med bruk av skype. Det samme gjelder også for kvinner med fødselsangst.

Det er igangsatt et prosjekt i Helse Nord der man skal se på muligheten av å innføre telementoring i kirurgien. Dette er et utstyr som gir operatør bistand fra et annet «nivå» til å rettlede under et inngrep. Det vil også være mulig å kunne benytte dette utstyret ved gynekologiske operasjoner.

På St.Olav har de tatt i bruk varsling på mobiler ifm katastrofe-keisersnitt, der man gjennom mobilalarm innkaller teamet, dørene i operasjonsarealene åpner seg automatisk og nødheisen går automatisk til riktig bestemmelsessted (Sykehusbygg, presentasjon 7.10.19).

Man kan øke bruken av presentasjonsfilmer i forhold til i dag. Filmer har i større grad økt informasjonseffekt enn bare tekst.

En stor utfordring er at verktøyene Partus og DIPS ikke kommuniserer. Dette fører til mye ekstra manuelt registreringsarbeid. Partus er elektronisk fødedatastystem. DIPS er elektronisk pasientdatasystem/pasientjournal.

I dag har den gravide egne «helsekort», som er manuelt og papirbasert. Det er sterkt ønskelig at dette blir utviklet og «app-basert», der informasjonen som registreres kommuniserer med fødeavdelingen. I dag finnes det en app som heter «Esnurra», til bruk av vekstregistrering og terminbestemmelse. Denne kunne med fordel ha kommunisert med Partus og DIPS.

Kommunikasjonsflatene utvikler seg stadig og dagens/framtidens fødende vil i mye større grad være komfortable med å forholde seg til ny teknologi.

5.7 Interimsperioden

Interimsperioden, fra beslutning om ny modell til vedtaket skal gjennomføres i praksis, må forventes å bli svært krevende for avdelingen som eventuelt mister funksjoner. En ombyggings-/oppbyggingsfase vil kunne ta flere år og i denne perioden vil fødeavdelingen som eventuelt skal opphøre/nedgraderes neppe være spesielt attraktiv for arbeidssøkende legespesialister og jordmødre (Schmidt, seminar i Brønnøysund).

Dersom Helgelandssykehuset vedtar en modell som fører til at begge av dagens fødeavdelinger må flytte (samlokaliseres), kan dette tenkes å dempe de negative effektene i interimsperioden noe.

Det er viktig å understreke at ingen av dagens to fødeavdelinger, Rana og Sandnessjøen, har fysiske forhold som gjør det mulig om å ta hånd om alle fødslene på Helgeland på nåværende tidspunkt. Det mangler viktige fasiliteter som tekniske føderom, isolater, asfyxirom (gjenopplivingsrom for syke nyfødte) og enerom for barselkvinner. Årsaken til at sommerstengingen fungerer godt, er at resten av sykehuset går på lavdrift og den åpne fødeavdelingen kan låne pasientrom for barseldamer på andre avdelinger.

6. Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppen anbefaler at man i framtidig modell på Helgeland samler fødetilbudet i ett felles fagmiljø. I denne modell inngår opprettholdelse av fødestua i Brønnøysund. Arbeidsgruppen anbefaler ikke opprettelse av flere fødestuer på Helgeland, men ser at man kan benytte DMS i svangerskapsomsorgen og eventuelt følgetjenesten for jordmødre.

Mange gravide og fødende i Helgelandssykehusets nedslagsfelt har allerede i dag lang vei til fødeavdeling. Forutsetningen for å lykkes med modellen med en felles fødeavdeling på Helgeland, er at tilgjengeligheten for flest mulig av pasientene bli best mulig. Prehospitale tjenester og e-helseteknologi kan i begrenset grad oppveie for ulempen med lang transport for fødekvinne.

Arbeidsgruppen vil påpeke at en felles fødeavdeling forutsetter omfattende investeringer i bygningsmasse både mht tekniske føderom og tilbud for overnatting for ventende, pårørende og barselpasienter. Ingen av dagens fødeavdelinger er rustet til å ta imot alle fødekvinne på Helgeland på helårsbasis.

7. Avsluttende kommentarer

Arbeidet med denne rapporten har vært omfattende og arbeidsgruppen er klar over at foreslåtte anbefaling vil gi reaksjoner. Arbeidsgruppen er også klar over at det kan være forehold som ikke oppleves å ha blitt gitt tilstrekkelig oppmerksomhet eller uttømmende drøftet. På grunn av tidsfaktoren har det ikke vært mulig å gi et mer nyansert bilde enn det som foreligger i rapporten.

Det er viktig for arbeidsgruppen å understreke at vi anbefaler en modell som tar utgangspunkt i dagens utfordringer, både regionalt og nasjonalt. Anbefalingen tar utgangspunkt i mandatet og bygger på **faglig argumentasjon** for hvordan arbeidsgruppen best mener man kan møte utfordringene i Helgelandssykehuset.

Referanseliste:

Helsedirektoratet (2010)	Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav i fødselsomsorgen
Helse- og omsorgsdepartementet (2008)	St.meld.nr. 12, En gledelig begivenhet
Helse- og omsorgsdepartementet (2015)	Meld. St. 11, Nasjonal helse- og sykehusplan
N. Schmidt (2019)	Presentasjon den 30.4.10: Erfaringer fra fødetilbud i Alta og på Ahus – hvordan ser fremtiden ut.
A.G. Rånes (2019)	Presentasjon den 30.4.10: Statistikk fra fødestua i Midt-Troms
A, Skotte (2019)	Presentasjon den 30.4.10: Jordmorstyrt fødestue i sjukehus
H. Engjom (2019)	Presentasjon den 30.4.10: Fødselsomsorg i Norge
L. Eliassen (2019)	Presentasjon den 30.4.10: Føden i Mo i Rana
S. Hestnes (2019)	Presentasjon den 30.4.10: Fødeavdelingen i Sandnessjøen
P. Øian (2019)	Presentasjon den 19.06.19: Hva vil kjennetegne framtidens fødetilbud i spesialisthelsetjenesten?
Johnsen/Mo (2019)	Intern rapport 2025: Samhandling med kommuner på Helgeland
Tidsskrift for jordemødre DK, aargang 19	Kendt jordemoderordning i Aalborg
Styret i Helgelandssykehuset	Styresak 100/2018
Styret i Helgelandssykehuset	Styresak 5/2019
Styret i Helgelandssykehuset	Styresak 38/2018

Vedlegg:

1. Seleksjonskriterier
2. Oppsummering fra presentasjonene fra eksterne innledere den 30.4.19

Seleksjonskriterier

1. Fødestuer

Fødestue er et fødetilbud til friske kvinner med et normalt svangerskap som ønsker å føde på fødestue. Gravide må være forberedt på overflytting til sykehus dersom komplikasjoner oppstår før/under eller etter fødsel.

Kvinner som kan føde på fødestuer

- Friske flergangsfødende
- Friske førstegangsfødende ≤ 35 år
- Et normalt svangerskap
- Bærer et foster i hodeleie
- Ingen kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner
- Tidligere normale svangerskap og fødsler
- Fødselen starter spontant mellom fullgåtte svangerskapsuker 36 +0 og 41 +6 dager
- Kontroll av den gravide etter uke 41 +3 kan gjøres på fødestue v/jordmor så fremt det finnes CTG og ultralydkompetanse
- Fødselen er definert som lavrisiko når riene starter og er fortsatt normal frem til etter barnets fødsel
- Kvinner som tidligere har vært forløst med tang/vakuum og hvor det ikke forventes gjentakelsesrisiko kan føde på fødestue etter individuell vurdering i dialog med ansvarlig fødeavdeling/kvinneklinikk
- Moderat overvekt, pregravid BMI > 27. Kvinner med pregravid BMI mellom 27 og ≤ 30 kan føde på fødestue etter individuell vurdering. Den som har pasienten har ansvar for vurderingen. Vurderingen dokumenteres i journal.

Fødestuer vil i gitte situasjoner overflytte kvinner til en fødeavdeling. Det vil vanligvis være behov for kompetent ledsager under syketransporten, både før og etter fødsel. Det er utarbeidet detaljert instruks om hvilke komplikasjoner som gjør at en fødende må overflyttes til fødeavdeling under fødsel.

2. Fødeavdelinger

Fødeavdelingene er fødeinstitusjoner av svært ulik størrelse. Enhetene skal ta hånd om kvinner med normale forløp 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. Seleksjonen og kravene til fødeavdelinger vil blant annet avhenge av om det er barneavdeling eller ikke ved sykehuset. De fødende i fødeavdeling får tilbud om epiduralbedøvelse. Keisersnitt og annen operativ forløsning kan gjøres innen påkrevd tidsrom.

Gynekolog har ansvar for risikofødende.

Kvinner med følgende risikofaktorer, i tillegg til lavrisikofødende, kan føde på fødeavdeling, eller høyere nivå:

- Hypertensiv sykdom, mild og moderat preeklampsi
 - Alvorlig preeklampsi forløses lokalt etter individuell vurdering
- Overvektige pasienter, Pregravid BMI > 30 og < 35)
 - Pasienter med Pregravid BMI mellom 35 og 40 kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering. Den som har pasienten har ansvar for vurderingen. Vurderingen dokumenteres i journal.

- Undervektige pasienter Pregravid BMI < 19)
- Estimert fostervekt > 4500 g
- Trombofilier med moderat risiko
- Tidligere alvorlig komplikasjon under svangerskap eller fødsel
- Induksjoner
- Kvinner som er omskåret med antatt behov for legekompentanse
- Førstegangsfødende > 35 år
- Svangerskap $\geq 41 + 4$
- Pasienter som har kjent mindre liv over flere dager
- Langvarig vannavgang > 24 timer
- Kostregulert diabetes, velregulert
- Preterm fødsel $\geq 35 + 0$ dager
 - Antatt friske premature uten kompliserende faktorer (veksthemming¹, tvillinger/flerlinger, alvorlig preeklampsi eller annen patologi) mellom fullgått uke 32 og 35 kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest
- Epilepsi uten anfall i svangerskapet evt. i dialog med kvinneklinikk
- Tvillingfødsler
 - Planlagt elektiv keisersnitt ved termin
 - Tvillinger > 36 uker uten veksthemming og planlagt forløsning med keisersnitt
 - Tvillinger > 35 uker kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest

Følgende fødsler bør foregå i sykehus med barneavdeling:

- Oligohydramnion³
 - Oligohydramnion⁴ >35 uker kan føde på fødeavdeling uten barneavdeling etter individuell vurdering
- Polyhydramnion⁵
- Planlagt vaginal fødsel etter tidligere operasjon på livmoren (individuell vurdering av de som har født vaginalt etter tidligere keisersnitt)
 - Kan føde på fødeavdeling uten barneavdeling under forutsetning at de håndteres som risikofødende og relevant personell er tilstede. Ved behov for induksjon gjøres individuell vurdering i dialog med kvinneklinikk/ fødeavdelingen i Hammerfest.
- Kvinner med dårlig regulert kostregulert diabetes
- Insulinkrevende diabetes > fullgått uke 35 og uten organkomplikasjoner kan føde på fødeavdeling i Hammerfest

3. Kvinneklinikker

Kvinneklinikkene er de største fødeinstitusjonene med tilgang til spesialkompetanse innen fødsels-hjelp. De skal kunne ivareta både de normalt fødende og de med stor risiko for komplikasjoner, dvs. fødsler der den fødende har kjente risikofaktorer.

Pasienter med følgende risikofaktorer skal føde på kvinneklinikk

- Diabetes mellitus (insulinkrevende)
 - > 35 uker uten kompliserende faktorer kan forløses på fødeavdeling i Hammerfest, ved tvil i dialog med barneavdelingen i Tromsø
- Dårlig regulert kostregulert diabetes, kan også forløses på fødeavdeling i Hammerfest
- Preeklampsi (alvorlig)

- Kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering evt. i dialog med kvinneklinikken ved gestasjonsalder > 35 uker
- Foster med påvist utviklingsavvik (med behov for intervensjon kort tid etter fødsel)
- Veksthemning
 - < 35 uker skal forløses på kvinneklinikk
 - > 35 uker kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest
 - > 37 uker uten tilleggssykdommer kan forløses på fødeavdeling etter individuell vurdering i dialog med ansvarlig kvinneklinikk
- Flerlinger/vaginale tvillingfødsler
 - > tvillinger 35 uker kan forløses på fødeavdelingen i Hammerfest

Eksterne innspill fra seminar den 30.4.19

Nedenfor presenterer vi en kort vurdering antatte risiko- og konsekvenser reduksjon av innleie vil ha for pasientene, de ansatte og økonomien.

Fremtidens fødetilbud i spesialisthelsetjenesten (Pål Øian)

(Presentert for arbeidsgruppen i eget skypemøte – han ble forhindret fra å delta på seminaret)

Pål Øian	Beskrivelse
Myndighetskrav	Nivå 1- fødestuer > 40 fødsler pr år Nivå 2 - fødeavdelinger > 400 – 500 fødsler pr år Nivå 3 – kvinneklinikker > 1500 fødsler pr år Stortingsmelding nr. 12 (2009) «En gledelig nyhet» Har myndighetenes krav ført til endringer etter 2010-budskap: <ul style="list-style-type: none"> • Alle landets fødeinstitusjoner har innført seleksjonskriterier hvor gravide kan føde • Flere fødeinstitusjoner mangler skriftlige prosedyrer som beskriver jordmors og vakthavende leges ansvarsområder under fødsel • Fødeavdelingene har mange ubesatte legestillinger, og noen avdelinger hadde problemer med å oppfylle kravet om firedelt vakt • Undervisning og praktisk trening var i liten grad tverrfaglig og obligatorisk
Demografi	99 % av alle fødsler i Norge skjer på fødeinstitusjon Totalt 47 fødeinstitusjoner i 2005, hvorav 15 var i Helse Nord
Forskningsprosjekter	Hvor anbefales lavrisiko gravide å føde (UK): <ul style="list-style-type: none"> • Anbefalt lavrisiko for førstegangsfødende er fødsel i planlagt jordmorledet enhet Fødestueprosjekt 2008 – 2010 <ul style="list-style-type: none"> • Skaffe viten om fødestuefødsler, både for de som fødte der og for de som ble overflyttet. Årsak til overflytting, transportmiddel Oppsummering: <ul style="list-style-type: none"> • God oppslutning • Seleksjon fungerte bra • Overflytting u fødsel 6,9% - etter fødsel 3,7 % • Hyppigste årsak til overflytting er langsom framgang i åpningstid • Det er ikke vær eller ikke-tilgjengelig transportmiddel som er årsak til at fødsel skjer uplanlagt • Keisersnittfrekvens på forsterkede fødestuer var 9,3 %, ved overflytting 11,8 %
Transportfødsler	Omfanget er lite, ca 200 pr år i Norge Ledsagertjeneste ikke godt organisert

	Risiko er særlig knyttet til for tidlige fødsler De fleste transportfødsler skjer i sentrale strøk, ikke i Nord-Norge Ingen holdepunkter for å si at sentralisering siste tiårene har ført til noen vesentlig økning i transportfødsler (kvinnens holdning til når man skal forlate hjemmet)
Tilsynssaker	I perioden 2006 – 2013: ca 300 saker. Avvik mellom det som meldes fra pasient/pårørende og fødeinstitusjonene
Framtidens fødetilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Antall fødeinstitusjoner vil være avhengig av faktorer som tilgjengelighet, kvalitet, økonomi og nasjonale retningslinjer (St.meld. nr. 12 (2008-2009), Et trygt fødetilbud, Hdir 2010). Økt krav til robuste fødeinstitusjoner (drift/bemannings). • Økt krav til å dokumentere resultater (ikke bare standardstatistikk fra MFR/Partus), men også uheldige hendelser. Økt krav til oppfølging og læring av uheldige hendelser. • Fordeling når det gjelder fødestuer og små fødeavdelinger blir gjenstand for diskusjon. • NICE guideline anbefaler nå lav-risikogravide å føde i lav-risikoenhet (freestanding or alongside) framfor obstetrisk avdeling pga mindre intervensjoner med samme resultat for barn . Bør få betydning i Norge. <p>Min erfaring: Bare fødestuedrift hvis jordmødre lokalt ønsker dette!</p>

Erfaringer og organisering fødestua Tynset

Risikoområder	Beskrivelse
Tynset	Inngår i Helse Innlandet. 25000 i opptaksområdet, 210 årsverk, akuttkirurgi, ortopedi, indremedisin, fødestue, CT/MR
Fødestua	Mål: å kunne tilby fødende i Fjellregionen en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg. 5,2 årsverk for jordmor (p.t. fordelt på 8 jordmødre), 4,9 årsverk for hjelpepleier i spedbarn- og barselpleie (p.t. fordelt på 8 hjelpepleiere) Avdelingsjordmor i 100 % i turnus; ca 30 % til ledelse, 2-3 jordmødre har spesialkompetanse i ultralyddiagnostikk av gravide og ivaretar "rutine"-ultral lyd i 18-20. svangerskapsuke og vekstkontroller i svangerskapet etter henvisning. 3 jordmødre har spesialkompetanse i akupunktur, 1 jordmor tilsatt i 15 % som fagutvikler Har nå ca. 60 fødsler pr år.
Oppgaver	Svangerskapsomsorg i samarbeid med kommunene, Ultralydundersøkelse av gravide, Fødselsomsorg, Barselomsorg Følgetjeneste for gravide, Barsel-/ammepoliklinikk 24/7, Prevensjonsveiledning, Praksisplass for helsefagarbeiderelever
Andre krav	Skal delta i svangerskapsomsorgen i kommunene som sokner til fødestuen, Organisere regelmessig internundervisning, Undervisning med tema og deltakere må registreres/loggføres. Tilsyn av tilknyttet gynekolog/fødselshjelper minst to ganger pr år og av barnelege fra helseforetak minst en gang pr år, Nyfødtvurdering utføres av LIS1

	<p>Resultater evalueres og internundervisning/praktisk trening av akutsituasjoner må gjennomføres og dokumenteres/loggføres</p> <p>Forpliktende plan for vedlikehold av kompetanse. Skal ikke være sectioberedskap.</p> <p>Systematisk trening og simulering på både normale fødsler og akutte situasjoner. Hospitere med aktiv tjenestegjøring på fødeavdeling og kvinneklinikk. Opprettholde kompetanse bedre ved å være to stykker under fødselen</p>
Geografi	170 km til Trondheim, 200 km til Elverum, 340 km til Oslo
Seleksjonskriterier	<ul style="list-style-type: none"> • Svangerskapets varighet ved begynnende fødsel < 37.0 uker eller > 41.6 uker • Førstegangsfødende kvinne • Alder < 17 år ved begynnende fødsel • Kvinnens høyde < 155 cm • Kvinnens BMI > 35 ved svangerskapets start • Perinatal mortalitet/morbiditet i forrige svangerskap • Tidligere sectio • Komplisert vaginalforløsning i forrige svangerskap • Tidligere eller nåværende sykdommer hos den gravide • Forhold eller komplikasjoner ved den aktuelle graviditet • Forhold under fødsel • Forhold etter fødsel

Erfaringer fra fødetilbudet i AHUS og Alta

Nina Schmidt	Alta og Ahus
Fremtiden	Befolkningstrender og bosetting. «Birth plase in England», «jordmor hele vegen» og «God start»
Alta	20000 innbyggere, nærmeste fødeavdeling Hammerfest 140 km, krevende vær og stengte veier.
Fødestua	67 fødsler i 2018. Åtte jordmødre og ultralydkompetanse. Kommunelege i vakt, svangerskapsomsorg, seleksjon, ultralyd, barselomsorg, følgetjeneste, ungdommens helsestasjon og kvinnehelse.
Erfaringer fra Alta	Spennende jobb, selvstendig – hele forløpet, kontinuitet for kvinnene, engasjement og interesse, jordmorstudenter, gode resultater, fornøyde brukere og oppslutning om fødestuen.
Studier	To studier om fødsler ved fødestuer i Norge viste svært gode resultater. Trygt å føde på fødestue dersom seleksjonen er god
Utfordringer	Færre fødsler, kamp om fødende, mediekampen. Fødestuen er et valg, man kan ikke pålegge kvinner å føde der...
AHUS	4647 fødsler i 2017 (4 leger på vakt). I Helse Nord ble det født 4582 barn i 2017 – fordelt på 15 fødesteder, antall leger på vakt??
Innhold og utfordringsbildet AHUS	Mange studenter, hospitanter, forskning, prosjekt, rapportering, kvalitetsprosjekter, møter, undervisning og opplæring. Økonomi og ENDRING. Daglig utfordringer med å få dekket vakter, avviksmeldinger, bemanning for aktivitetstopper, sommer og ferie.

	Høykompetent og aktivt miljø, stort fagmiljø, givende og spennende, utfordrende med seleksjon, hektisk, svært mange kontroller (helseatlas), må avvise fødsler – til andre sykehus.
Nasjonale føringer	Presenterte flere retningslinjer, St.meldinger og andre meldinger knyttet til utviklingen av fødsels- og svangerskapsomsorgen
Hva ønsker brukerne	Medisinsk trygghet, kompetente fagfolk, teknologi, tilhørighet, nærhet og kommunikasjon. Kontinuitet i omsorgen, forutsigbarhet og respekt
Forskning og funn	<ul style="list-style-type: none"> - Birth place in England: jo lavere nivå, jo bedre resultater for friske gravide kvinner - Caseload midwifery: kontinuitet av jordmor gjennom svangerskapet og fødsel gir bedre utfall og brukertilfredshet - Ålborg: 70 % av kvinnene fødte med kjent jordmor (Sollefteåmodellen) - «Lofotprosjektet». En forsterket fødestue med mulighet for keisersnitt. 65 – 85 fødsler i året - Utfordrende å gå fra fødeavdeling til fødestue. Utfordrende å endre eksisterende strukturer. Presenterte eksempler på hvordan endringer er blitt håndtert på fire steder i Norge
Framover 1	Befolkningsvekst i store byer, endret bosettingsmønster, flere kvinner er eldre ved fødsel, høyere kroppsmasseindex, sykdommer i svangerskapet, gravid etter prøverørsbefruktning, flere fra ikke-vestlige land, nye retningslinjer for overtid fører til mange induksjoner, teknologi- app og nettbrett
Fremover 2	<p>Hva er best for kvinnene? Hva vil moderne kvinner ha? Hvordan utnytte ressursene best? Hvordan er tilgangen til kompetent arbeidskraft?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flest mulig må få mulighet til å føde normalt - Gode desentraliserte tilbud - God svangerskapskontroll - God følgetjeneste - Vi vet hva som gir gode resultater; trygghet, kompetanse og kontinuitet

Erfaringer fra fødetilbudet i Midt-Troms

Anne Grete Rånes	Fødestua i Midt-Troms
DMS Finnsnes	Ligger under UNN. 11600 innbyggere i Lenvik kommune. Dialyse, korttidsavdeling, intermediæravdeling, opptreningsavdeling og føde. Døgnbemannet legevakt i kommunen.
Fødestua	Drives av Lenvik kommune. Folketallet i nedslagsfeltet er 28000 innbyggere. Ca. 300 fødsler årlig. Ca. 30% av de fødende i nærområdet, føder på fødestua. Landets største fødestue. Åtte stillinger. Alltid to jordmødre tilgjengelig 24/7. Fødselshjelp, svangerskapsomsorg 2.linjetjeneste, barsel. Sommerstegning.
Tilleggsoppgaver	Ledsagere ved behov for transport eller overflytting til sykehus. Interkommunal jordmortjeneste for fem kommuner i Midt-Troms. Praksisplass for studenter, ambulanspersonell, jordmorstudenter og turnusjordmødre.

Geografi	Fjelloverganger, høyfjell og rasfare. Perioder med kolonnekjøring og stengt i dager – opp til uker
Avstander	Finnsnes – Tromsø 160 km. Mange har over en times kjøring til fødestua. Personell vurderer behov for videre transport og ev transportmetode/følge.
Luftambulanse	Fått bedre dekning etter at det ble etablert ambulanshelikopter på Evenes. Utfordringen med helikoptre er at de kan være ute på oppdrag. Ambulansefly ofte uaktuelt. Akutt-tur med ambulanse er stort sett å foretrekke. Kreativitet er viktig (aske-Island). Seleksjon hjelper oss til å være føre var.
Transportfødsler 1	I løpet av 10 år: Det har vært 10 transportfødsler mellom fødestua og sykehus
Transportfødsler 2	I løpet av 10 år: Det har vært 32 transportfødsler underveis til fødestua/hjemmefødsler
Noen oppsummeringer	<ul style="list-style-type: none"> - 100 fødsler i året er en «magisk grense» - Sjelden det skjer fødsler mellom fødestua og UNN, de fleste på tur inn til fødestua. - Mange velger å innlegges i Tromsø, eller venter hos venner og familie – og kjører selv. - God bruk av kompetanse og ressurser - Allsidige arbeidsoppgaver - Et trygt fødetilbud, tross store avstander - Kjente jordmødre - God seleksjon før, under og etter fødsel - Lavterskeltilbud for alle – døgnåpent - Litt uryddig organisatorisk modell, der UNN finansierer mens kommunen ivaretar driften (Ledelse, bestemmelser, prosedyrer og rutiner, opplæring) - God samhandling med UNN, poliklinikker, vakthavende, barnelege, gynekolog. Felles fagdag

Fødselsomsorg i Norge ved Hilde Marie Engjom

Hilde Marie Engjom (f 1974) tok medisinsk embetseksamen i Bergen i 2000 og arbeider som lege ved Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus. Veiledere: Kari Klungøy, Nils-Halvdan Morken, Ole Frithjof Norheim.

Hentet fra nettsiden til Universitetet i Bergen:

«Fødselshjelp omfatter både grunnleggende omsorg for foreldre og barn, og høgteknologisk overvåking og behandling. Mellom 1979 og 2009 vart tallet på fødeinstitusjoner i Norge redusert fra 95 til 51. Vi nytta data fra Medisinsk Fødselsregister (MFR) og Statistisk sentralbyrå til å studere hvordan tilgang til fødeinstitusjon og fødselssted påverkar utkomme for mor og barn.

Vi fant at tilgang til fødeinstitusjon vart redusert. Andelen kvinner mellom 15 og 45 år som hadde mer enn en times reiseavstand økte med 10 % fra 2000 til 2010. Tallet på fødeinstitusjoner med akuttfunksjon vart lågere enn tilrådinga fra Verdas Helseorganisasjon. På landsbasis vart risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon dobla fra 1979-83 til 2004-09.

Det var lav risiko for at barnet dødde under fødsel eller første levedøgn i fødeinstitusjonene, og retningslinjene for overflytting av kvinner med risikofaktorer ble fulgt. Sammenligna med institusjonsfødsler var risiko for at barnet døde i samband med fødselen tredobla ved ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon.

Fra 2000 til 2009 økte registrerte komplikasjoner hos mor. Vi undersøkte derfor alvorlige komplikasjoner ved svangerskapsforgiftning som er kvalitetssikra av MFR; eklampsi (kramper) og HELLP (reduisert blodprosent, leverfunksjon og blodplater). Disse tilstandene krever tett overvåking og forløsning. Vi fant at førstegangsfødende kvinner med reisevei >1 t hadde økt risiko for eklampsi og HELLP. Risikoen økte og hos noen grupper flergangsfødende. Kvinner med kjent risiko fødte ved større akuttinstitusjoner, tilstandene forekom uforutsett ved alle typer fødeinstitusjoner.

Studiene viser at det er nyttig å bruke nye digitale verktøy sammen med tradisjonelle registerstudier. Funna talar for at kyndig hjelp under fødsel og tilgang til fødeinstitusjon er viktig for alle kvinner. Dette bør inngå i planlegging og overvåking av fødselsomsorga. Vi treng betre kunnskap om andre alvorlige fødselskomplikasjoner hos mor og om sykdom og dødsfall hos nyfødte etter første levedøgn».

Hilde Marie Engjom	Hvilken rolle spiller reiseavstand og fødeinstitusjon for utkomme for mor og barn
Hypotese	Sentralisering av fødselsomsorgen fører til økt reisetid men bedrer utkommet for kvinne og barn
Mål	Studere om reisetid til fødeinstitusjon og fødeinstitusjonstype påvirker utkommet for kvinne og barn i Norge
Drøfting	Fødselsomsorg i Norge er god Få kvinner og barn dør Retningslinjer for videretilvising ser ut til å bli fulgt Alle fødeinstitusjoner må kunne handtere akutte komplikasjoner
Konklusjon	Redusert tilgang til institusjoner i form av lang reisetid - redusert tilgjengelighet Redusert tilgang og tilgjengelighet - økt risiko for komplikasjoner hos kvinna og barnet Fordeling av nytte og ulemper bør inngå i planlegging og overvåking av fødselsomsorgen Bedre kunnskap om alvorlige komplikasjoner hos mor, og alvorlig sjukdom og dødsfall hos nyfødte etter første levedøgn.
Reisetid konklusjon	Unplanned birth outside institution Highest perinatal mortality Strongly associated with longer travel time 2% of the delivery related perinatal mortality in the population Selective referral was well implemented Neonatal morbidity and perinatal deaths 1-28 days in further studies

Styreseminar 22. oktober – spørsmål fra styret

I diskusjonen, etter presentasjon av rapport om fødetilbudet, kom følgende spørsmål fra styret:

1. *Prognoser for reduksjon av fødsler pr. kvinne, hva er trenden? > demografisk utvikling. Vise til prognoser for fødsler på Helgeland 2019 > 2035?*
2. *En ev. barneavdeling, mer for kronisk syke barn enn nyfødte. Ønsker mer om dette i beslutningsgrunnlaget – hvordan bedre tilbudet til barn generelt?*
3. *Mer om alternativ transport > mer bruk av fly/helikopter, helikopter versus båt/bakketransport – hva kan det bety for de ulike strukturmodellene?*
4. *Si noe om transport på hvert alternativ*
5. *Fordeler om ulemper ved struktur med en fødeavdeling/to fødeavdelinger*
6. *Hvordan er dagens tilbud, i nasjonal målestokk? Hvor mange hjemmefødsler/transportfødsler?*
7. *Lofotmodellen – fordeler/ulemper?*

Arbeidsgruppen har dessverre ikke hatt anledning gjennomføre et eget møte for å svare på disse tillegsspørsmålene, men har kommunisert på mail og gir følgende tilbakemelding på spørsmålene:

1. I rapportens pkt. 4 er det gjengitt kort om utviklingstrekkene for fødselstallene i Norge og Nordland. Arbeidsgruppen ønsker å understreke at det som kan ha påvirkning på fødselstallene er, i tillegg til naturlig svingning (1995 var et toppår), er befolkningsøkning og betydelig tilflytting av asylsøkere. Nye tall lagt fram på Norsk gynekologisk forenings årsmøte i Bodø 25.10, viser en dramatisk nedgang i fødsler i de tre nordligste fylkene, spesielt siden 1995. Det er samtidig nedgang i antall kvinner i alderen 15-49 år. Denne trenden skjer i de fleste vestlige land, og det er ikke holdepunkter for å anta at utviklingen på Helgeland skal være annerledes. Arbeidsgruppen har lite tro på at fødselstallene kommer til å øke betydelig de neste 15 år. <https://helgelandsykehuset.no/fag-og-forskning/forskning/hvorfor-gar-fodselstall-ned-i-nord-norge>
2. I mandatet til dette arbeidet inngår ikke avklaringer om hvordan man i en ny struktur skal håndtere det faglige og totale tilbudet til barn. Arbeidsgruppen har for øvrig ikke pediatrik kompetanse. Dette spørsmålet må tas opp i Helgelandsykehusets utviklings- og strategiarbeid og fagdirektør.
3. Arbeidsgruppen har kun i begrenset grad drøftet prehospital sin rolle i fødselshjelpen. Det ligger utenfor arbeidsgruppens mandat å vurdere de ulike transportformene opp mot hverandre. Dette må framkomme nærmere i foretakets ambulanseplan og prehospital strategi.
4. Alle alternativ/modeller vil gjøre bruk av prehospital tjeneste og transport. Da arbeidsgruppen ikke har drøftet lokalisering, blir det utfordrende gjøre en vurdering av transport i denne sammenheng.
5. Dette spørsmålet mener arbeidsgruppen er besvart under pkt 5.2.2 og fremkommer i tabell 13.
6. Omfang av hjemmefødsler/transportfødsler er 0,6 %. Dette er nærmere beskrevet under pkt. 4.2.
7. Arbeidsgruppen mener at dette er besvart under pkt. 5.2.2, uten at modellen er beskrevet i samme tabell-format som de øvrige. Arbeidsgruppen mener denne modellen ikke er å anbefale og så derfor ikke nytten av å diskutere fordeler og ulemper på samme måte som de andre modellene.