

Rapport om organisering av framtidig  
**FØDSELSOMSORG**  
i Helse Nord

**Prosjektgruppe  
Februar 2003**

## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	3
<b>1. Innledning</b> .....	4
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Faglige krev til fødeinstitusjoner.....	6
1.3 Fødetilbudet i Helse Nord, status i dag .....	8
1.4 Drift av fødestuer, ansvar og økonomi .....	9
<b>2. Vurderingselementer relevante for organiseringen av</b> .....	10
<b>    fødselsomsorgen i Helse Nord</b>	
2.1 Begreper.....	10
2.2 Svangerskapsomsorg, pasientseleksjon og kontinuitet.....	11
2.3 Ledsagelse ved transport til føde-enhet.....	12
2.4 Fritt sykehusvalg.....	13
2.5 Sentrale føringer.....	13
2.6 Framskrivning av fødselstall.....	14
2.7 Dataunderlag.....	16
2.8 Avstander og reisetider.....	18
<b>3. Organisering av kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord.....</b>	20
3.1 Forholdet mellom organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg.	22
<b>4. Løsningsmodeller for organisering av fødselsomsorgen i de ulike helseforetakene</b> .....	23
4.1 Helse Finnmark HF .....	24
4.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF .....	25
4.3 Hålogalandssykehuset HF .....	26
4.4 Nordlandssykehuset HF.....	27

4.5 Helgelandssykehuset HF .....	28
<b>5. Konsekvenser</b> .....	30
5.1 Kapasitet og ressursmessige forhold .....	30
5.2 Rekruttere og beholde personell .....	30
5.3 Økonomiske konsekvenser .....	31
<b>6. Konklusjoner og anbefalinger</b> .....	32

## Sammendrag

På oppdrag fra Helse Nord RHF har en prosjektgruppe gjennomgått organiseringen av fødselsomsorgen i landsdelen. Utvalget har hatt 15 medlemmer fra fagmiljøene i regionen, Helse Nord RHF og Sosial- og helsedirektoratet. Mandatet har vært å beskrive nåsituasjonen og antatt utvikling, samt skissere alternative løsninger som kan optimalisere kvalitet, tilgjengelighet, kostnadseffektivitet og utdanning.

Det er redegjort for myndighetenes krav, trender i faglig utvikling, innsatsfaktorer og utvikling i fødselstall. Utvalget har tatt til etterretning analyser av avstander og reisetider som Helse Nord's kirurgiutvalg parallelt har foretatt. Utvalget fastslår at endringer som eventuell nedleggelse av akutt kirurgisk beredskap ved noen sykehus vil få den konsekvens at gjeldende sykehus da ikke kan opprettholde en fødeavdeling. Videre har man tatt til etterretning uttalelse fra Nasjonalt Råd for fødselsomsorg som fraråder delt (alternerende beredskap) mellom to sykehus. Organisering av fødselsomsorg aktualiserer mange divergerende standpunkter, og på noen punkter har det ikke vært konsensus i utvalget. Hovedkonklusjonene nedenfor var enstemmig med unntak av at 2 medlemmer mener at dagens situasjon med 3 fødeavdelinger for Hålogaland HF er et fullgodt alternativ.

Utvalget konkluderer med at det ikke er behov for vesentlige endringer i fødselsomsorgen i Helse Finnmark HF, UNN HF og Nordlandssykehuset HF. Men for Hålogaland- og Helgelandsykehuset HF erkjennes behov for endringer, og følgende skisseres:

Fødeavdelingen i Harstad bør videreutvikles som fødeavdeling, men for fødeenhetene i Stokmarknes og Narvik bør følgende alternativer utredes:

- Både Stokmarknes og Narvik organiseres som fødestuer eller legges ned.
- Stokmarknes organiseres som fødestue eller legges ned, Narvik videreføres som fødeavdeling
- Narvik organiseres som fødestue eller legges ned, Stokmarknes videreføres som fødeavdeling

Fødeavdelingen i Mo bør videreutvikles som fødeavdeling, men for fødeenhetene i Mosjøen og Sandnessjøen bør følgende alternativer utredes:

- Både Mosjøen og Sandnessjøen organiseres som fødestuer
- Mosjøen drives videre som fødestue, mens Sandnessjøen opprettholdes som fødeavdeling
- Mosjøen legges ned og fødslene overføres til Sandnessjøen hvilket gir en fødeavdeling i Sandnessjøen med omtrent 350 fødsler/år

## 1. Innledning

Styret i Helse Nord RHF vedtok i møte 28.08.02 å nedsette 2 prosjektgrupper for å utrede framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helse Nord. Det ble nedsatt en prosjektgruppe for hvert av fagområdene. Denne rapporten er overlevert fra prosjektgruppen som har utredet forslag til framtidig organisering av fødselsomsorgen i Helse Nord.

I henhold til strategidokument for Helse Nord samt styringsdokument fra eier og fra Helse Nord til helseforetakene, er omstrukturering et satsingsområde for perioden. Bakgrunnen er både utviklingen innen kirurgi, med stadige nisjedeling og grenspesialisering, de ressursmessige utfordringer knyttet til dette, og de økonomiske utfordringene de nærmeste årene. Med det befolkningsgrunnlaget vi har i vår region er det verken økonomi eller personell til å opprettholde dagens struktur på tjenestetilbudet.

Fødselsomsorgen skal også vurderes og differensieres med utgangspunkt i den nivåinndeling som Statens helsetilsyn har anbefalt i sin rapport 1/97, og som Stortinget ga sin tilslutning til under behandlingen av akuttmeldingen. Organiseringen av fødselsomsorgen skal ta utgangspunkt i antallet fødsler pr. år, og definere minstekrav til bemanning og kompetanse, herunder vaktberedskap. Flere av fødeavdelingene ved sykehusenhetene i det enkelte foretak vil ikke kunne oppfylle disse forutsetninger, og må derfor inngå i en helhetlig organisering av fødetjenesten i helseforetaket. Omleggingen skal kvalitetssikres slik at forutsetningene om god svangerskapsomsorg og god seleksjon for valg av fødested blir oppfylt.

Prosjektgruppen har bestått av:

Bjørn Backe,	Førsteamanuensis, Kvinneklubben, St.Olavs hospital, prosjektleder
Margit Steinholt,	avd.overlege, Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen
Tone Sparr,	avd.overlege barneavdelingen, Helse Finnmark HF, Hammerfest
Willy Nøstdahl,	avd.overlege Hålogalandssykehuset HF, Narvik
Ingar N. Vold,	avd.overlege Nordlandssykehuset HF, Lofoten
Bjørn Nygård,	foretaksledelsen Hålogalandssykehuset HF ( tiltrådte 01.01.03)
Nina Schmidt,	jordmor, Alta sykestue
Jarle Musum,	kommunelege, Storslett/Sonjatun
Inger-Lill Pedersen,	jordmor, Fødestua Sonjatun
Ingebjørg Fagerli,	Den Norske Lægeforening, regionsutvalget
Lise Thomassen,	Den Norske Jordmorforening, regionsrepresentant

Sølvi Taraldsen,	rådgiver Sosial- og helsedirektoratet/ sekr. Nasjonalt Råd for fødselsomsorg
Nina Hesselberg,	med.systemansvarlig amb./nødmeldetjenesten Helse Nord RHF
Finn Henry Hansen,	strategi- og prosjektdirektør, Helse Nord RHF (ut av gruppen 06.01.03)
Einar Hannisdal,	fagdirektør, Helse Nord RHF (tiltrådte gruppen 06.01.03)
Trude Grønland,	rådgiver Helse Nord RHF, sekretær for gruppen

## 1.1. Bakgrunn

I strategidokumentet for Helse Nord HF (styrevedtak 18.06.02) står at Helse Nord vil:

*Gjennomgå organiseringen av akuttberedskapen innen helseforetak (med særlig fokus på fødselsomsorgen og kirurgien) med sikte på å optimalisere løsningene med hensyn til kvalitet og kostnadseffektivitet”.*

I strategisk plan for Helse Nord som er oversendt Helsedepartementet, står det:

*Fødeomsorg: Stortinget har vedtatt at Statens Helsetilsyns nivådeling av fødeinstitusjoner skal legges til grunn for organisering av tilbud til fødende, samt at fødselsomsorgen skal organiseres som et differensiert og desentralisert tilbud. Helse Nord ønsker en systematisk og faktabasert gjennomgang av fødetilbudet i regionen, basert på dokumentasjon, kriterier og standarder utarbeidet bl. annet av Nasjonalt Råd for fødselsomsorg.*

Prosjektet Organisering av kirurgisk akuttberedskap og Fødselsomsorg ble vedtatt av styret i Helse Nord 28.08.02 (Styresak 78.-02). Prosjektets mandat er formulert i tre punkter:

1. *Gjennomgå faglige prinsipper for, og organiseringen av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helse Nord. Foreta en systematisk og faktabasert gjennomgang av hhv kirurgi og fødselsomsorg i regionen. For sistnevnte skal gjennomgangen baseres på dokumentasjon, kriterier og standarder utarbeidet av Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Statens Helsetilsyn.*
2. *Med sikte på å optimalisere løsningene med hensyn til kvalitet, tilgjengelighet, kostnadseffektivitet og utdanning: Gi vurderinger av alternative måter å organisere det kirurgiske akuttmedisinske tjenestetilbudet og fødetilbudet i regionen og gi innstilling på foretrukne alternativer.*
3. *På grunnlag av resultatene fra 1 og 2 utarbeides forslag til konkret utforming av de aktuelle tilbudene i de enkelte HF. Forslagene skal ivareta de overordnede målsettinger i Helse Nords RHF's strategiplan.*



## **Nivå 2 Fødeavdeling**

**minimum 400-500 fødsler**

*”Fødeavdelingene vil kunne motta de fleste fødende og kunne gi operativ fødselshjelp, men vil måtte overføre til kvinneklinikk fødende med alvorlige komplikasjoner eller de fødende der det er forventet behov for behandling av det nyfødte barn ved nyfødtavdeling”. Det heter videre:*

- Som hovedregel skal vaktberedskapen ivaretas av spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. En vaktordning vil kreve minst 4 kompetente leger.
- Avdelingen må også ha anestesiserice som muliggjør behandling av dårlige nyfødte og mulighet til å tilby fødende epiduralanestesi døgnet rundt.
- Operativ forløsning bør kunne skje innen 30 minutter etter at behovet har oppstått.
- En fødeavdeling må ha barnelegeservice slik at nyfødte kan bli undersøkt av barnelege før de forlater avdelingen.

## **Nivå 3 Fødestue**

**minimum 40 fødsler**

*”Fødestuene vil kunne motta fødende uten spesielle komplikasjoner og hvor det ikke er forventet operativ forløsning eller spesielle behandlingsbehov hos de nyfødte”.  
”En fødestue har kontinuerlig beredskap av jordmor. Fødestuen har også en tilknyttet lege, og dersom denne ikke er spesialist i fødselshjelp må det medisinsk faglige systemansvar klarlegges”.*

I alle de refererte dokumenter som har forholdt seg til dette forslaget om nivådeling er det påpekt at kravene til fødselstall for de ulike nivåene, ikke må sees på som absolutte krav. Dette er også drøftet og understreket i utredningen *Faglige krav til fødeinstitusjoner*. Sosialkomiteen har understreket dette i sitt framlegg til Stortinget, og representanter som hadde ordet under Stortingsbehandlingen tok også opp dette poenget. Det er altså bred enighet om at tallene ikke representerer absolutte krav.

I sammenheng med omstrukturering av fødselsomsorgen i Helse Nord oppfatter også vi fødselstallene som ligger til grunn for nivåene som veiledende. Det må blant annet tas geografiske hensyn (reisetider, kommunikasjonsforhold). Det må også tas hensyn til pasientsammensetningen ved at de tre enhetene i regionen med barneavdeling (Tromsø,

Bodø, Hammerfest) får tilført kompliserte pasienter fra andre fødeenheter, og derfor har et tyngre pasientklientell enn de mindre fødeenhetene.

I Helse Nord er sykehusene organisert i helseforetak. I henhold til styrevedtak skal den medisinske virksomheten i hvert helseforetak organiseres i én avdeling for hver spesialitet, det vil si at fødselshjelpen i ett foretak skal samles i én avdeling, slik at det i Helse Nord nå skal være 5 fødeavdelinger med systemansvar for fødselsomsorgen i sitt geografiske område. De enkelte fødeenhetene i foretakene er:

#### **Helse Finnmark**

Kirkenes

Hammerfest

Alta Helsesenter

(Nordkapp fødestue, Honningsvåg, har vært stengt i en periode og gruppa har ikke sikker informasjon om det er planlagt å ta opp driften igjen)

#### **UNN:**

KK i Tromsø

Sonjatun

Lenvik

#### **Hålogalandssykehuset**

Narvik

Harstad

Stokmarknes

(Andøy fødestue har ikke planlagte fødsler, og er derfor å anse som nedlagt)

#### **Nordlandssykehuset**

KK i Bodø

Lofoten

(Steigen fødestue har ikke planlagte fødsler, og er dermed å anse som nedlagt)

#### **Helgelandssykehuset**

Mosjøen

Sandnessjøen

Brønnøysund

Rana

#### **1.4 Drift av fødestuer – ansvar og økonomi**

Foretakene har ansvaret for fødselshjelpen i regionen. Ansvaret omfatter også de lokale fødestuene som er drevet av kommunene. Fylkeskommunene har tidligere gitt økonomisk kompensasjon til kommuner for driften av fødestuene.

Ansvarsforholdene ved fødestuer er omtalt i Helsetilsynets utredning Faglige krav til fødeinstitusjoner (1996). Ansvaret kan deles opp i yrkesutøverens personlige ansvar, arbeidsgivers ansvar og systemansvaret. Systemansvaret er nærmere definert i Faglige krav, det dreier seg om å etablere trygge retningslinjer, rutiner og prosedyrer. Systemansvaret er nå flyttet fra fylkeskommunen til foretaket. I de lokale foretakene i Helse Nord er den faglige virksomheten innen hver spesialitet slått sammen i en avdeling. Etter utvalgets syn må systemansvaret ivaretas av foretakets fødeavdeling.

Etter helsereformen har det oppstått uklarhet om de økonomiske forholdene omkring driften av fødestuer. I Budsjettinnstillingen fra Sosialkomiteen til Stortinget (Budsjett-innst. S.nr.11 2002-2003) står det at komiteens flertall anser drift av fødestuer for å være en del av spesialisthelsetjenesten og således fra 1.januar 2002 et eneansvar for de regionale helseforetakene. Der foretakene opprettholder driften ved fødestuene, må foretakene gå inn med full driftsdekning ved disse fødestuene skriver Sosialkomiteens flertall som ikke kan se at kommunene har noe som helst ansvar for den økonomiske drift av de eksisterende fødestuene.

Etter forslag av komiteen har Stortinget bedt regjeringen foreta en gjennomgang av fødestuenes finansiering og komme tilbake til Stortinget med dette. Drift av de godkjente offentlige fødestuene skal være foretakenes ansvar, faglig og finansielt, heter det i vedtaket.

Uklarhet om økonomien setter driften av fødestuer i fare. Dette kan lett føre til utrygghet både blant de ansatte og i befolkningen. Jordmødrene som arbeider på fødestuer har ofte et større ansvar enn jordmødre på fødeavdelinger blant annet med tanke på seleksjon, og de faglige utfordringene er store. Usikkerhet utløst av vedvarende diskusjoner om økonomi, vil lett kunne føre til rekrutteringsvansker. Små fødeenheter med få ansatte vil være sårbare, og det er viktig at de driftsmessige forhold mellom foretak og kommune avklares.

## 2. Vurderingselementer relevante for organiseringen av fødselsomsorgen i Helse Nord

### 2.1 Begreper, terminologi

I denne utredningen er begrepet fødeenhet forsøkt brukt konsekvent, fordi en fødeavdeling kan omfatte flere fødeenheter ( f.eks. omfatter fødeavdelingen i Hålogaland de tre fødeenhetene ved sykehusene i Stokmarknes, Narvik og Harstad).

#### *Fødestue:*

Fødestue (nivå 3) er en fødeenhet med 40 til 4-500 fødsler, de fødende skal være friske uten spesielle komplikasjoner i svangerskapet. Begrepet fødestue benyttes både om de tradisjonelle fødestuene som ligger isolert fra sykehus (f.eks. Alta, Lenvik, Sonjtun, Brønnøysund) og om fødestue i lokalsykehus (som f.eks. Lofoten, Tynset, Rjukan, Odda). Lavrisiko enhetene i Oslo (Aker sykehus) og Bergen (Storken) er også fødestuer.

Fødestuene er beskrevet i Faglige krav til fødeinstitusjoner (Helsetilsynet 1997). På New Zealand er fødestuer i lokalsykehus vanlig, omtrent 1/3 av alle fødende forløses ved slike institusjoner (Backe 1999) og erfaringene er gode. Modellen med fødestue i lokalsykehus er utprøvd i praksis ved Lofoten sykehus i årene 1997 og 1998 (Vold og medarb. 2001, Holt og medarb. 2001).

Ved Lofoten sykehus ble det valgt å ha operativ vaktberedskap med kirurg eller gynekolog i prosjektperioden, og dette er senere videreført. Det er imidlertid ikke noe absolutt eller formelt krav at det skal være slik beredskap. Det vil si at man godt kan etablere fødestue i et lokalsykehus som ikke har operativ beredskap (kan utføre keisersnitt).

Tall og erfaringer fra Lofotprosjektet kan legges til grunn i vurderinger som gjelder omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer (Lofotprosjektet, sluttrapport). I dette prosjektet fulgte man prinsippet om at kvinnene kunne være hjemme inntil start av rier, og fødestuetilbudet gjaldt også førstegangsfødende. Før omlegging av driften dekket fødeavdelingen omtrent 90 % av fødslene i opptaksområdet, etter omleggingen var det cirka 70% av de fødende som sognet til Lofoten sykehus som faktisk fødte der (Lofotprosjektet, sluttrapport). Totalt ble 8,2 % overflyttet Nordland Sentralsykehus under fødselen,

motsvarende tall fra fødestuene i landet er cirka 5% (Schmidt m.fl. 2002). På landsbasis er det 40 % av de fødende som er førstegangsfødende. Dersom fødestuetilbudet ikke skal omfatte førstegangsfødende kan vi ut fra tallene fra Lofotprosjektet anslå at tilbudet vil dekke rundt 50% av fødslene i opptaksområdet. Overflyttingsprosenten vil bli lavere, knapt 5%.

Fødestuer og fødestuer i lokalsykehus kalles også ”jordmorstyrte fødeenheter”, et uttrykk som er vanlig brukt i engelskspråklig litteratur (Hundley m. fl. 1994, Turnbull m. fl. 1996, Nolan 2001, Holt m.fl. 2001). Dette uttrykket understreker arbeidsformen, ved at det er jordmor som selvstendig vurderer og avgjør om den fødende skal tas imot og forløses der, eller tar avgjørelsen om å sende kvinnen til en fødeenhet med større ressurser dersom det skulle oppstå problemer underveis i fødselen. Dette i motsetning til situasjonen ved fødeavdelinger, hvor jordmødrene vil kunne tilkalle lege.

Den medisinske forskjell mellom tradisjonelle fødestuer og fødestuer i lokalsykehus er at fødestuer i lokalsykehus vil kunne ha nytte av de andre funksjonene i sykehuset dersom det skulle oppstå en akutt situasjon. Uttrykket ”modifisert fødestue” eller ”Lofotmodellen” brukes om fødestue i lokalsykehus med beredskap for å kunne utføre keisersnitt. Dette er en variant av fødestuemodellen som er valgt ved Lofoten sykehus, men det er ingen forutsetning for å ha fødestue at sykehuset har beredskap for keisersnitt.

Det er ikke meningen at fødestuer i lokalsykehus skal ha andre kategorier fødende enn andre fødestuer. Behandlingsmessig representerer de det samme tilbudet.

## **2.2 Svangerskapsomsorg, pasientseleksjon og kontinuitet.**

Nivådelingen tar utgangspunkt i at de fødende selekteres etter faglige prinsipper.

Bare de med ukompliserte svangerskap og fravær av risikofaktorer kan føde ved en fødestue. Dette stiller større krav til svangerskapsomsorgen enn et system med mindre grad av seleksjon.

Ved de fleste fødestuene er det jordmødrene ved fødestua som står for svangerskapsomsorgen i opptaksområdet, slik at de fødende møter de samme jordmødrene under fødselen som i svangerskapsomsorgen, og dermed er sikret å treffe jordmødre de kjenner og som omvendt kjenner den fødende. I praksis organiseres dette som teambasert

omsorg, det vil si at flere jordmødre deler på omsorgen. Det er dokumentert at denne formen for kontinuitet kan være en fordel (Waldenstrom m.fl. 2000), og ved f.eks. fødestuene i Brønnøysund, Lofoten, Alta og Sonjatun er dette gjennomført. Erfaringene er gode.

Denne formen for kontinuitet i omsorgen for gravide og fødende ble også vektlagt ved to viktige konferanser i Forskningsrådets regi i 1999: Legkvinnekonferansen og Fagkonferansen i Bodø. I Sosialkomiteens innstilling (nr 300 2000-2001) er det understreket at dette prinsippet bør følges, og det er drøftet forskjellige måter dette kan gjøres på ved små fødeenheter så vel som ved store sykehus.

Det var ingen dissens i Sosialkomiteen om dette og det framkom heller ingen dissens i Stortingets behandling av saken. Det må derfor konstateres at det er politisk enighet om at man bør arbeide for at gravide når de kommer i fødsel skal møte jordmødre de er kjent med fra svangerskapsomsorgen. Her må det noen avklaringer til, både i forhold til kommunejordmorrollen, og i relasjon til mange primærlegers definisjon av fastlegerollen.

Utvalget mener at svangerskapsomsorgen bør utvikles slik at både prinsippet om sikker seleksjon og prinsippet om kontinuitet gjennom svangerskapsomsorg og fødsel blir ivaretatt. Det innebærer et økt samarbeid med primærhelsetjenesten, ved at jordmødrene ved fødeenhetene i større grad også arbeider i svangerskapsomsorgen i enhetens opptaksområde. Det arbeides nå etter disse prinsipper ved fødestuene i Brønnøysund, Alta, Sonjatun, Lofoten sykehus og ved fødeavdelingene på Stokmarknes, i Sandnessjøen, Narvik og Mosjøen. Også ved UNN selges jordmortjenester til Tromsø kommune. Modellene er noe forskjellige og utviklingen er ikke kommet like langt alle steder, men det er enighet om intensjonen.

### **2.3 Kommunejordmortjenesten – ledsagelse ved transport til fødeenhet.**

I Ot. prop. nr 60 (1993-94) ble det framholdt at fødende med reisevei over 1 time burde ha kvalifisert ledsagelse til fødestedet. I Sosialkomiteens innstilling til Stortinget refereres dette, og det står at *”komiteen ber derfor Regjeringen sørge for at kvinner som har lang vei til fødeavdeling, sikres forsvarlig følgetjeneste”*. Dette er ikke formulert som romertallsvedtak.

Transporttjenesten mellom sykehus/mellom fødeenheter er et ansvar for spesialisthelsetjenesten og påligger derfor Helse Nord RHF. Det er ikke klarlagt hvem som har ansvaret for følgetjeneste for friske kvinner som er i begynnende fødsel og som reiser til

nærmeste fødeenhet. Kommunehelsetjenestens rolle, spesielt kommunejordmortjenestens rolle er uavklart i denne sammenheng, det er også påpekt i Sosialkomiteens innstilling. Her er det også vist til Helsepersonellovens §7 om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

Det er neppe hensiktsmessig at foretakene etablerer en omfattende organisasjon med jordmødre i vaktberedskap for å ledsage friske gravide i ambulansene til fødeenheter. Det er også vanskelig å se at distriktskommuner med få fødsler, som det her er tale om, vil kunne etablere ordninger med kommunejordmødre i vaktberedskap hjemme. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp (jfr. Helsepersonelloven) gjelder nødtilfelle og representerer unntakene. Det er vanskelig å planlegge et tjenestetilbud basert på at kommunejordmor skal rykke ut etter denne bestemmelsen hver gang en fødende fra hennes kommune kommer i fødsel og skal reise til fødeavdelingen. På den andre siden vil en kommunejordmor i en mindre kommune ha oversikt over sine pasienter slik at hun har muligheten til å innrette seg med tanke på en viss beredskap når en av pasientene er kommet til termin.

Utvalget konstaterer at spørsmålet om å sikre en forsvarlig følgetjeneste, forutsettes avklart av sentrale helsemyndigheter.

#### **2.4 Fritt sykehusvalg.**

I Norge gjelder prinsippet om fritt sykehusvalg ved elektive innleggelser. Det vil si at en gravid kvinne som ikke ønsker å føde ved en fødestue, står fritt i å velge et annet fødested.

I akutte situasjoner (øyeblikkelig hjelp) gjelder ikke regelen om fritt sykehusvalg. Når den fødende blir innlagt i en fødeinstitusjon på grunn av begynnende fødsel, foreligger imidlertid en øyeblikkelig hjelp situasjon. I slike tilfelle er det helsepersonellens oppgave å vurdere om fødselen kan tas hånd om lokalt, eller om kvinnen må overflyttes annen fødeinstitusjon. Det vil si at det er jordmors ansvar å avgjøre om kvinnen kan tas imot ved en fødestue, og det er jordmors oppgave å overflytte den fødende til en fødeenhet med mere ressurser etter faglig vurdering. Den ansvarlige (jordmor) ved fødeenheten avgjør hva hun kan ta ansvar for, innenfor de prosedyrer og regler som den systemansvarlige har ansvaret for.

#### **2.5 Sentrale føringer**

I Stortingets vedtak ligger at det skal være et desentralisert og differensiert tilbud om fødselshjelp. Der fødselstallet er så lavt at enheten av faglige grunner (jfr. faglige krav til

fødeinstitusjoner) ikke kan drives som fødeavdeling, vil omgjøring til fødestuer i lokalsykehus være et alternativ til nedleggelse av fødetilbudet. Nedleggelse av fødeenheter i regionen er dermed aktuelt hvis enheten har et så lavt fødselstall at virksomheten av faglige grunner ikke bør videreføres.

Prosjektgruppen mener at målsettingen om et desentralisert og differensiert tilbud om fødselshjelp kan ivaretas hvis fødeavdelinger som har for lavt fødselstall i forhold til de faglige retningslinjene, omorganiseres til fødestuer i lokalsykehus. Dersom ressursmessige og geografiske hensyn taler i denne retning, må man alternativt vurdere nedleggelse.

Omorganisering fra fødeavdeling til fødestue i lokalsykehus innebærer en krevende omstillingsprosess (jfr. Lofotprosjektet, Sluttrapport). Der valget står mellom nedleggelse, sammenslåing med annen fødeenhet eller omorganisering til fødestue, forutsettes hvert av alternativene vurdert.

## **2.6 Framskrivning av fødselstall fylkesvis og i enkelte sykehusområder**

Nedenfor er det satt opp en oversikt over utviklingen i fødselstall fram til 2020 for de tre fylkene Nordland, Troms og Finnmark. Kilden er Statistisk Sentralbyrås rapport siste befolkningsframskrivninger for perioden 2003-2020. Det er valgt midlere alternativ for fruktbarhet. Tabellgrunlaget er tilgjengelig på internett (<http://www.ssb.no/folkfram/>).

<b>År</b>	<b>Nordland</b>	<b>Troms</b>	<b>Finnmark</b>
<b>2002</b>	2733	1 889	959
<b>2003</b>	2688	1 899	973
<b>2004</b>	2 678	1 895	968
<b>2005</b>	2 667	1 884	968
<b>2010</b>	2 576	1 816	946
<b>2015</b>	2 607	1 842	973
<b>2020</b>	2 677	1 914	1 000

Konklusjonen er at det kan forventes stabile fødselstall i 20 år framover, og at fødselstallet vil være på samme nivå som i dag. Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til

framskrivningene, både med tanke på fruktbarhet (antall barn pr. kvinne), flyttemønster og innvandring.

Utviklingen i de enkelte lokalsykehusområdene er beregnet ut fra tall fra samme kilde. I tabellen nedenfor er det satt opp prognoser over fødselstallene i de kommunene som søgner til noen aktuelle lokalsykehus. Sykehusområdene er hentet fra Samdata sykehus 2/00.

Kommunene som inngår i de enkelte områdene er:

Stokmarknes:	Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy.
Narvik:	Narvik, Salangen Gratangen, Lavangen, Hammarøy, Tysfjord, Evenes, Ballangen.
Mosjøen:	Vefsn, Grane. Hattfjelldal
Sandessjøen:	Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Træna.
Lofoten:	Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes
Harstad:	Lødingen, Tjeldsund, Harstad, Kvæfjord, Skånland, Bjarkøy, Ibestad, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg
Hammerfest:	Hammerfest, Kautokeino, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp, Porsanger, Karasjok, Lebesby
Kirkenes:	Vardø. Vadsø, Gamvik, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger

Tabellen viser prognoser for årlig fødselstall fram til 2020 i hvert lokalsykehusområde.

	2002	2003	2004	2005	2006	2010	2015	2020
<b>Stok-nes</b>	352	354	354	353	353	339	343	349
<b>Narvik</b>	321	321	321	321	321	313	318	329
<b>Mosjøen</b>	198	181	180	179	178	172	175	179
<b>S-sjøen*</b>	310	307	305	301	299	290	295	300
<b>Mo</b>	375	375	372	371	369	359	367	379
<b>Harstad**</b>	398	420	420	416	415	402	404	411
<b>Lofoten</b>	257	257	257	257	256	250	252	257
<b>Kirkenes</b>	340	357	358	359	358	351	363	371
<b>H-fest***</b>	619	616	610	609	606	595	610	629

\*) Inkl Brønnøysund fødestue  
 \*\*) Inkl Lenvik fødestue  
 \*\*\*) Inkl Alta fødestue

Konklusjonen er at også i disse kommunene kan det forventes stabile fødselstall i 20 år framover. Det er en viss forskjell mellom kalkulerte og faktiske fødselstall for de første fire årene i oversikten, de faktiske fødselstallene er til dels betydelig lavere. Dette indikerer usikkerheten i beregningene.

Usikkerheten til tross, forutsatt at planleggingen av fødselsomsorgen kan ta utgangspunkt i dagens fødselstall; fordi prognosene viser en ganske stabil situasjon.

## 2.7 Dataunderlag.

Nedenfor vises aktivitetstall innhentet fra fødeenhetene i Helse Nord, for de siste 3 årene.

Foretak/ institusjon	2000			2001			2002		
	Fødsler	Sectio (%)	Tang/vac (%)	Fødsler	Sectio (%)	Tang/vac (%)	Fødsler	Sectio (%)	Tang/vac (%)
<b>Finnmark HF</b>									
Kirkenes	360	13	6	302	14	6	303	15	2
Hammerfest	542	12	9	448	13	6	498	14	6
Alta	128	-	-	115	-	-	113	-	-
<b>UNN HF</b>									
Sonjatun	55	-	2	58	-	2	62	-	-
Lenvik	143	-	1	124	-	-	131	-	-
UNN	1489	17	5	1389	16	6	1353	16	6
<b>Hålogaland</b>									
Harstad	438	12	4	391	15	6	377	16	4
Narvik	267	12	3	248	11	6	260	13	8
Stokmarknes	352	14	6	318	12	4	333	16	3
<b>NLSH HF</b>									
NLSH Bodø	1075	17	7	1037	18	9	995	22	8
Lofoten	164	3	2	182	8	2	156	5	4
<b>Helgeland</b>									
Rana	364	13	4	326	13	4	350	20	6
Sandnessjøen	215	13	7	267	16	5	218	15	10
Mosjøen	192	11	2	175	10	7	138	13	4
Brønnøysund	53	-	-	57	-	-	45	-	-

Ved enkelte av enhetene sees ganske stor variasjon i keisersnittsprosenten fra år til år. Noe av dette er tilfeldig variasjon som blir mer utpreget når fødselstallet er lavt. Noe av variasjonene kan også tilskrives skiftende gynekologdekning, og gjenspeiler vikarproblematikk og rekrutteringsvansker.

Fordi de små fødeenhetene sender risikofødende fra seg, skulle man forvente at keisersnittsprosenten var høyere ved de enhetene som får tilført pasienter (dvs. Hammerfest, Tromsø og Bodø). Tabellen ovenfor viser imidlertid ingen klare forskjeller mellom disse enhetene og de mindre enhetene.

I 1999 var det 13,3 % keisersnitt i landet (Nordland 14,2 Troms 13,3 Finnmark 13,8). I 2000 var den nasjonale raten 13,5% (Nordland 13,8 Troms 15,5, Finnmark 13,1). Det vil si at forekomsten av keisersnitt i Helse Nord ikke skiller seg fra gjennomsnittet for landet (Medisinsk fødselsregister 2003).

Antall hjemler for gynekologer per foretak etter opplysninger per 06.12.02 er framstilt nedenfor. Nordlandssykehuset og UNN er ikke med i oversikten.

Helseforetak/institusjon	Gynekologer		Vaktordning	Vakt type
	Overl.	Ass.leger		
Helgelandssykehuset, Rana	2	1	3-delt (kir.deltar)	Hjemmevakt
Helgelandssh. Sandnessjøen	2		4-delt (kir.deltar)	Hjemmevakt
Helgelandssykeh. Mosjøen	1 ( + innleie av og til)		4-delt (kir.deltar)	Hjemmevakt
Hålogalandssykh. Narvik	2		2-delt	Hjemmevakt
Hålogalandssh. Harstad	4	1	4-delt /4-delt	Hjemmevakt
Hålogalandsh. Stokmarknes	2		3-delt (kir.deltar)	Hjemmevakt
Helse Finnmark, Kirkenes	3		2-delt	Hjemmevakt
Helse Finnmark, Hammerfest	4	2	4-delt / 4-delt	Hjemme/ 50% Aktiv

Det er vanlig (jfr. Faglige krav til fødeinstitusjoner) å anta at det trenges 3-4 gynekologhjemler for å etablere en stabil vaktordning basert på spesialister. Fra tabellen ser man at 5 fødeenheter har 1 eller 2 hjemler og dermed er svært sårbare både ved planlagt og tilfeldig fravær.

Tabellen ovenfor viser at det er 4 enheter hvor kirurger deltar i vaktordningen ved fødeenheten, slik det også gjøres ved Lofoten sykehus. Dette er en svært sårbar ordning, det har lenge (jfr. Faglige krav til fødeinstitusjoner) vært klart at man ikke kan basere seg på at kirurger deltar i vakt ved fødeavdelinger. I nær framtid må man regne med at dette vil opphøre. Kirurger vil reservere seg for å delta fordi de ikke har kompetanse innen fødselshjelp. Det er også vanskelig å skaffe kirurgvikarer som vil delta i vakt ved fødeavdelinger.

Ved 6 av de 11 fødeavdelingene i Helse Nord er det altså vaktordninger som ikke er i tråd med forutsetningene for stabile vaktordninger, og som i stor grad er basert på entusiasme hos deltakerne som er langt mer bundet enn det mange aksepterer i dagens arbeidsliv. Når det gjelder kirurgenes deltagelse uttrykker dette en innsats utenom det vanlige, som er basert på en kompetanse og interesse som ikke kan forutsettes hos kirurger.

Det forhold at et flertall av fødeavdelingene i Helse Nord har vaktordninger som er basert på deltakernes entusiasme og frivillige medvirkning, er ett av flere argumenter for omorganisering av fødselshjelpen.

## **2.8 Avstander og reisetider.**

Dette avsnittet er sammendrag fra utredningen om akuttkirurgi, og det henvises til denne rapporten for nærmere detaljer om metode, resultater, kart etc.

Ambulansetjenesten er nå organisert som en del av spesialisthelsetjenesten, og er Helse Nord RHF's ansvar. Helse Nord disponerer i dag 10 flygende enheter, 23 ambulansebåter og 120 døgnbemannede ambulansbilder fordelt på 90 ambulansestasjoner. I rapporten om akuttkirurgisk virksomhet i Helse Nord er det i kapittel 4 foretatt en detaljert gjennomgang av transportproblematikken. I innledningen heter det at "lange reisetider fra steder med liten befolkning er noe vi må akseptere for at sykehusene skal være store nok til å gi et faglig forsvarlig tilbud. utfordringen blir å finne en modell som både tar hensyn til folkemengde og transporttid".

De vurderingene av kommunikasjonsforholdene som er gjort i kirurgirapporten, er i stor grad bestemmende for vurderingene av å opprettholde akutt kirurgisk beredskap. Nedenfor er det gitt et sammendrag av kapittel 4 i kirurgirapporten.

### **Helse Finnmark HF**

I rapporten heter det: "Her er det spesielt lange transportveier. Landbasert transporttid fra Kirkenes til Hammerfest tar over 8 timer. Selv om Finnmarkskysten er dekket av gode luftambulansesystemer, vil klima og natur erfaringsmessig legge begrensninger som gjør at befolkningen til tider er avhengig av bakketransport. Det gjør at begge sykehus bør ha kirurgisk døgnberedskap."

## **UNN HF**

Her er bare ett sykehus med akuttberedskap (Tromsø).

## **Hålogalandssykehuset HF**

En indikator for hvor god ambulansedekningen er, er kjøretid er for å dekke 90 % av befolkningen. Med unntak av én kommune (Lødingen), kan 90 % av befolkningen i Hålogalandssykehuset i dag nås med ambulanse innen 30 minutter, for de langt fleste kommunene er tallet 20 minutter eller lavere (Lødingen er et unntak med 40 minutter). Det heter i rapporten at internt i foretaket er utfordringene for transport av pasienter størst mellom Vesterålen og Harstad- området, og mellom Tysfjord vest/Hamarøy og avdelingen i Harstad. Kommunene på Senja (Tranøy, Torsken og Berg) er tatt ut av beregningene fordi antall innleggelser ved UNN fra disse kommunene er betydelig høyere enn til Hålogalandssykehuset. I relasjon til fødselshjelpen betyr dette mindre, fordi Lenvik fødestue dekker disse kommunene. Hamarøy og Tysfjord vest er også tatt ut, fordi det allerede i dag er diskutert å flytte ansvaret for akuttmedisinsk beredskap til Bodø (NLSH). Det er utarbeidet anslag for transporttider mellom sykehusene for ulike modeller. Konklusjonen i rapporten er at dersom man ønsker ett sykehus med kirurgisk akuttberedskap er Harstad det beste alternativet, Stokmarknes nest best og Narvik det minst gunstige. Dersom man ønsker to akuttisykehus er kombinasjonen Harstad/Narvik best, Harstad/Stokmarknes nest best og Narvik/Stokmarknes minst gunstig.

## **Nordlandssykehuset**

Rapporten drøfter konsekvensene ved å legge ned akuttberedskap ved Lofoten sykehus. I dag må akuttransport av pasienter fra Lofoten til Bodø foregå med lufttransport. Dette er væravhengig, spesielt har flyambulansetjenesten begrensninger mens redningshelikopteret har god regularitet. Når Lofast-forbindelsen er åpnet (cirka 2007?) vil det være omlag 250 km å kjøre fra Leknes til Harstad. Konklusjonen i kapitlet om transport i kirurgirapporten er at dersom beredskapen reduseres ved Lofoten sykehus, vil ingen av de skisserte alternativer (Bodø, Stokmarknes, Harstad) kunne betjene noe av Lofoten innen 2 timer, mot dagens status hvor hele befolkningen som sogner til Lofoten sykehus i dag kan nå det innen 2 timer.

## **Helgelandssykehuset HF**

De tre lokalsykehusene dette omfatter dekker i dag 17 kommuner. Det er luftambulansbase i Brønnøysund med helikopter og fly. Regulariteten ved lufttransport kan være et problem på

grunn av værforhold, og i rapporten heter det at organiseringen av akuttkirurgisk beredskap på Helgeland ikke bør baseres på helikoptertransport.

Dersom man ønsker én institusjon med akuttberedskap er Mosjøen den mest sentrale, dersom man kun legger bosetting og transportforhold til grunn. Sandnessjøen er nest best og Rana den minst gunstige plasseringen. Dersom man ønsker to akuttstusykehus vil kombinasjonen Sandnessjøen/Rana være best, Mosjøen/Rana nest best og Sandnessjøen/Mosjøen minst gunstig.

### **3. Organisering av akuttkirurgisk beredskap i Helse Nord RHF.**

I rapporten fra kirurgiutvalget er det i kapittel 6 foretatt en diskusjon av 3 modeller for beredskap:

#### Modell 1: Heldøgns (24 timers) kirurgisk akuttberedskap.

Her menes døgnkontinuerlig akuttkirurgisk beredskap innen ett eller begge de kirurgiske fagområdene ortopedi eller bløtdelskirurgi (normalt mage-tarm kirurgi). Det skal være anestesilege, anestesisykepleier og operasjonssykepleier i døgnkontinuerlig vakt.

#### Modell 2: Begrenset kirurgisk beredskap.

Begrensningen vil ligge i en avkorting av døgnberedskapen ved at operasjonsstueberedskapen på ukedagene opphører for eksempel kl 1900, slik at det bare er kirurg på hjemmevakt på kveldstid og netter, samt i helger.

#### Modell 3: Ingen akuttberedskap, men etablering av en spesialistpoliklinikk med tilhørende dagkirurgisk virksomhet.

Her menes spesialistpoliklinikk samt dagkirurgi, denne modellen gir også mulighet til spesialistvurdering av akutte tilfelle på dagtid. Utvalget viser i denne sammenheng også til rapporten Distriktsmedisinske Senter (DMS), utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i oktober 2002. Røros sykehus har denne modell.

I rapporten er disse modellene kort diskutert. Det kan også vurderes å kombinere disse modellene. Utvalget poengterer at foretaksstrukturen innebærer at flere sykehus er

organisatorisk bundet sammen, driftsmessig og ledelsesmessig. Dette gir bedre anledning til å koordinere den kirurgiske virksomhet innen foretaket, i tråd med de forventninger om endret oppgavefordeling og bedret struktur på helsetjenesten som finnes i begrunnelsen til sykehusreformen (Ot.prop. nr. 66 (2002-2001)). Utvalget foreslår at ett av sykehusene utnevnes til ansvarsenhet eller systemansvarlig for kirurgi, i de foretakene som har mer enn ett sykehus. Utvalget diskuterer også modellen med avgrenset beredskap (modell 2), og påpeker at dette gir en uforutsigbar tjeneste både for befolkningen og primærhelsetjenesten. Videre heter det at det antas at modellen vil være kostnadskreven og at den sammenlignet med dagens ordning representerer et så lite inngrep at det ikke gir effekt i forhold til utdanning og økonomi.

Kirurgiutvalget mener at det i hvert HF må være ett hovedsykehus med full beredskap, selv om det i tillegg kan være et med begrenset beredskap. Den konkrete utformingen må gjøres i det enkelte HF, som må forholde seg til de 3 skisserte modeller. Begrenset beredskap anbefales kun i Finnmark og Lofoten pga. de vanskelige geografiske forhold.

Kirurgutredningen foreslår følgende organisering av akuttkirurgisk virksomhet i de enkelte foretakene:

#### Helse Finnmark HF.

Det foreslås i rapporten at både Kirkenes og Hammerfest opprettholder heldøgns (24 timers) akutt beredskap, ut fra en geografisk begrunnelse.

#### UNN HF

Dette sykehuset har den laveste innleggelsesrate for øyeblikkelig hjelp av samtlige sykehus i Helse-Nord RHF. Utvalget foreslår ingen endringer i vaktberedskap.

#### Nordlandssykehuset HF

Spørsmålet om å opprettholde akuttberedskap ved Lofoten sykehus avhenger av vurderingen av transportmulighetene fra Lofoten.

## Hålogalandssykehuset HF, Helgelandsykehuset HF

Det er ikke grunnlag for å opprettholde full akuttkirurgisk beredskap ved alle tre lokalsykehusene/avdelingene i disse to HFene.

### **3.1 Koordinering av organisering av fødselshjelp og akutte kirurgiske tjenester i Helse Nord.**

Bortsett fra de to kvinneklinikkene UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø og Hammerfest sykehus, samt Rana sykehus og Harstad sykehus som begge har i underkant av 400 fødsler, er fødselstallet ved de andre fødeavdelingene i Helse Nord så lavt at disse avdelingene i prinsipp kunne vært drevet som fødestuer, jfr. *Faglige krav til fødeinstitusjoner*. De geografiske vurderingene vårt utvalg må gjøre, skiller seg ikke vesentlig fra vurderingene i utvalget for akutt kirurgi, og det vises til utredningene i kapittel 4 i rapporten om akutt kirurgi.

Dersom man reduserer den kirurgiske akuttberedskapen slik at operasjonsstueberedskap/ anestesiberedskap opphører ved et av lokalsykehusene, vil konsekvensen for fødeavdelingen være enten driftsomlegging til fødestue, eller nedleggelse av fødetilbudet ved sykehuset. Omvendt kan man godt tenke seg en fødeenhet drevet som fødestue i et lokalsykehus som har akutt kirurgisk beredskap.

Det er på den andre siden ikke realistisk å opprettholde operasjonsberedskap ved et lokalsykehus utelukkende av hensyn til fødevirksomheten, fordi fødselstallet ved disse sykehusene er så lavt. For eksempel vil 300 fødsler årlig ved en fødeavdeling føre til anslagsvis 45 keisersnitt (15%), hvorav rundt halvparten er planlagt. Av øyeblikkelig hjelp keisersnittene vil de fleste skyldes langvarige fødsler, det vil si at hastegraden er relativ. Erfaringsmessig vil omtrent halvparten av øyeblikkelig hjelp keisersnittene skje på dagtid (Backe 1990). 300 fødsler resulterer dermed i cirka 20 øyeblikkelig hjelp keisersnitt årlig, hvorav 10 på ukurant tid. De fleste øyeblikkelig hjelp keisersnittene vil enten kunne utsettes noe, eller de vil kunne forutsies en viss tid i forveien f. eks. på grunn av langvarig fødselsforløp. Dette innebærer at operasjonsberedskapen vil bli utnyttet i liten grad.

Tallmaterialet i kirurgi prosjektet understøtter dette, og viser at virksomhet innen fødselshjelp utgjør en liten andel av øyeblikkelig hjelp virksomheten ved lokalsykehusene. De gode resultatene fra fødestuer i Norge og internasjonalt reflekterer nettopp at de fødselskomplikasjonene som tilsier keisersnitt, i regelen kan forutses.

### ***Delt beredskap***

Fra Helgelandsykehuset har det vært foreslått at to nabosykehus (Sandnessjøen og Mosjøen) skulle dele beredskapen, for eksempel slik at avdelingene byttet på f.eks. hver 2. uke om å ha gynekolog på vakt og å ha operasjonsberedskap. Denne modell er tatt opp prinsipielt i NOU 1989:9 "Hvis det haster". Her heter det at modellen med alternerende beredskap er vanskelig å forholde seg til både for pasienter og publikum, og modellen får en negativ vurdering. I kirurgiprojektet er denne modellen vurdert uaktuell for akutt kirurgisk virksomhet.

Helse Nord RHF har forelagt spørsmålet for Nasjonalt Råd for fødselsomsorg, som fraråder denne modellen. Prosjektgruppen finner derfor ikke aktuelt å vurdere organisasjonsmodeller som innebærer at akutt kirurgisk eller fødeberedskap alternerer mellom nabosykehus.

## **4. Løsningsmodeller for organisering av tjenestetilbudet innen fødselsomsorg og kvinnesykdommer i det enkelte foretaket.**

I hvert foretak skal virksomheten innen en spesialitet organiseres én avdeling, jfr. tidligere. Dette vil ha fordeler for samarbeid og oppgavefordeling. Vårt utvalg mener at det må være en eller minst en fødeenhet som er klassifisert som fødeavdeling (nivå 2) i hvert foretak. På samme måte som for den kirurgiske virksomheten (jfr. tidligere) er det rimelig at denne avdelingen blir pålagt systemansvar for de andre fødeenhetene i foretaket.

Ved de to store sykehusene i Helse Nord (Tromsø og Bodø) er det lange tradisjoner for utadvendt virksomhet mot de andre fødeavdelingene i regionen. Noen eksempler er organisert hentetjeneste for premature og syke nyfødte basert på kvalifisert personell fra barneavdeling og bruk av luftambulansetjeneste; målrettet kursvirksomhet for fødeavdelingens personell og kommunehelsetjenesten; gjennomgang av perinatal dødsfall; utarbeidelse av rutiner osv. Denne utadrettede virksomheten er forbilledlig, og ved

omorganisering av fødselshjelp i regionen må man etter utvalgets mening legge til rette for at denne virksomheten kan fortsette.

Noen fødestuer er nylig nedlagt, blant annet på grunn av lavt fødselstall. Stort sett dreier det seg om steder hvor de fødende har lang reisetid til fødeenhet. Slike steder er det særlig viktig at kommunejordmortjenesten og svangerskapsomsorgen fungerer godt.

#### **4.1 Helse Finnmark HF**

Det er nå 2 fødeavdelinger (Nivå 2) og 1 fødestue (Nivå 3). Fødestua i Honningsvåg er etter vårt kjennskap ikke i drift. Dersom det vurderes å gjenoppta drift med planlagte fødsler i Honningsvåg, vil minimumstallet på 40 fødsler årlig kanskje være vanskelig å nå.

##### **Hammerfest:**

Fødeenheten i Hammerfest hadde 498 fødsler (i 2002). Her er fylkets barneavdeling. Risikofødsler tilføres Hammerfest fra de øvrige fødeenhetene i Finnmark. Det er ikke grunnlag for å foreslå endringer i status som fødeavdeling (nivå 2).

##### **Alta:**

Fødeenheten i Alta er en fødestue (nivå 3), med 113 fødsler (2002). Det er ikke grunnlag for å foreslå endringer.

##### **Kirkenes:**

Fødeavdelingen (nivå 2) i Kirkenes hadde 303 fødsler (2002). Det er ikke barneavdeling, slik at fødende med antatt behov for pediatrik omsorg så langt mulig blir sendt til Hammerfest eller Tromsø. Det er ikke barnelege til stede hver dag, men det er ukentlig besøk av barnelege.

Ut fra fødselstallet kunne fødeenheten i Kirkenes vært en jordmorbasert fødeenhet (nivå 3), dvs. den kunne vært drevet etter Lofoten-modellen med en driftsomlegging til fødestue. Mot dette kan anføres at avstanden mellom Kirkenes og Hammerfest er svært stor (541 km).

Utvalget foreslår å opprettholder beredskap i Kirkenes tilsvarende nivå 2 (fødeavdeling), av geografiske grunner.

Utvalget vil generelt foreslå at alle fødeenhetene i Helse Nord involverer jordmødrene i svangerskapsomsorgen, for å sikre at kvinnene under fødselen skal ha en jordmor de kjenner

fra før. Også Helse Finnmark bør utrede i hvilken grad dette er realisert, og arbeide for å fremme dette prinsipp. Dette representerer en stor utfordring der avstandene til fødestedet er store.

Utvalget har også diskutert behovet for å etablere en ny fødestue i indre Finnmark. Dette kan være aktuelt å foreslå på grunn av reiseavstanden og for å styrke helsetjenestetilbudet til den samiske befolkningen. Det er utenfor utvalgets mandat å foreta en reell vurdering. Dette forslaget bør drøftes og utredes nærmere av Helse Nord og Finnmark HF.

## 4.2 UNN HF

Det er tre fødeenheter: To fødestuer (nivå 3) og en kvinneklinikk (nivå 1):

**Lenvik** er fødestue med 131 fødsler (2002)

Ved Lenvik fødestue er jordmødrene ikke engasjert i svangerskapsomsorgen i Lenvik kommune, men i nabokommunene. Dette bør endres. Det er et sentralt prinsipp at de fødende blir forløst av en jordmor de kjenner fra svangerskapsomsorgen. Dette er realisert ved de andre fødestuene i Helse Nord.

**Sonjatun** er fødestue med 62 fødsler (2002)

**Kvinneklinikken ved UNN** er kvinneklinikk (nivå 1) med 1353 fødsler (2002).

Sosialkomiteens føringer om at kvinner i fødesituasjonen bør bli hjulpet av jordmødre som de kjenner fra før og føler seg trygge på, representerer en ny og kvalifisert utfordring for store avdelinger. I sosialkomiteens innstilling er det skissert modeller også for store fødeavdelinger i byer. De fleste mindre fødestedene i Helse Nord har tatt opp disse prinsippene og det er naturlig at også de større fødeavdelingene forsøker å organisere virksomheten i tråd med Sosialkomiteens anbefalinger.

Systemansvaret for fødselsomsorgen inkluderer ansvar for begge fødestuene i foretaket og bør ligge ved UNN avdeling Tromsø.

Oppsummeringsvis er det utvalgets mening at UNN HF bør utrede hvordan prinsippet om differensiert fødselsomsorg kan ivaretas for de fødende som sogner til UNN avdeling

Tromsø. Systemansvaret for fødestuene må ivaretas, og utvalget har også pekt på at jordmødrene bør involveres i svangerskapsomsorgen for de fødende som sogner til Lenvik fødestue. Disse forhold bør utredes og justeres, men utover dette vil ikke utvalget foreslå større endringer i organiseringen i fødselsomsorgen ved UNN.

### **4.3 Hålogalandssykehuset.**

Dette omfatter 3 fødeavdelinger (nivå 2) og en fødestue (nivå 3). Det er ingen barneavdeling ved Hålogalandssykehuset, slik at fødende med høy risiko for tidlig fødsel eller andre tilstander som krever pediatrik omsorg, blir sendt til UNN eller Nordlandssykehuset Bodø.

#### **Harstad**

Fødeavdeling 377 fødsler (2002)

#### **Stokmarknes**

Fødeavdeling 333 fødsler (2002)

#### **Narvik**

Fødeavdeling 260 fødsler (2002)

#### **Andøy**

Andøy er en fødestue (21 fødsler i 2000). Etter våre opplysning er det nå ikke lenger planlagte fødsler der. Dersom dette er riktig må vi anse fødestua som nedlagt.

Etter utvalgets mening er det ikke grunn til å opprettholde dagens modell med 3 fødeavdelinger. Flertallet i utvalget avviser dermed forslaget fra en faggruppe i Hålogaland om å opprettholde den eksisterende organisering av fødselsomsorgen. Utvalgets medlemmer Willy Nøstdahl og Ingebjørg Fagerli mener at dagens situasjon med 3 fødeavdelinger for Hålogaland HF er et fullgodt alternativ.

Ifølge kirurgiprojektet vil det ikke være grunnlag for å opprettholde akutt kirurgisk beredskap ved alle de 3 sykehusene Harstad, Narvik og Stokmarknes, jfr. rapporten. Det er rimelig å anta at akutt kirurgisk beredskap blir beholdt på Harstad sykehus, ut fra en vurdering av sykehusets beliggenhet (jfr. kapittel 2). Harstad har den største fødeenheten, og det skal være (minst) en fødeavdeling i foretaket.

Utvalget er enige om at fødeavdelingen i Harstad bør beholdes som fødeavdeling (nivå 2).

Alle de tre fødeenhetene i foretaket er i dag fødeavdelinger (nivå 2), noe som forutsetter akutt kirurgisk beredskap. De endelige vurderingene må justeres i forhold til prosjektet om akuttkirurgi. Et scenario vil være at kirurgisk beredskap opphører både på Stokmarknes og i Narvik, et annet scenario er at akutt kirurgisk beredskap videreføres ved den ene av de to avdelingene.

Dersom akutt kirurgisk beredskap ved ett av de to sykehusene opphører, blir operasjonsstue beredskap og anestesiberedskap avviklet. Det fører til at fødeenheten enten må legges ned eller endres til fødestue (nivå 3). Opphører akutt kirurgisk beredskap ved begge sykehusene, må fødeavdelingene legges ned, alternativt at den ene eller begge videreføres som fødestue (nivå 3).

Følgende modeller bør dermed utredes:

- 1 Både Stokmarknes og Narvik organiseres som fødestuer (nivå 3), eller legges ned.
- 2 Stokmarknes organiseres som fødestue (nivå 3) eller legges ned, Narvik videreføres som fødeavdeling (nivå 2).
- 3 Narvik organiseres som fødestue (nivå 3) eller legges ned, Stokmarknes videreføres som fødeavdeling (nivå 2).

Basert på tallene fra Lofotprosjektet vil 8 % av de som starter fødselen lokalt bli overflyttet, og 70 % av de fødende som sogner til en fødestue vil kunne bli forløst der. Dersom førstegangsfødende utelukkes fra å føde ved fødestuer, vil om lag halvparten av de fødene tas imot og rundt 5 % vil bli overflyttet, jfr. tidligere. I konsekvensutredningen bør man legge disse tallene til grunn.

#### **4.4 Nordlandssykehuset**

Dette omfatter en fødestue (nivå 3) og en kvinneklinikk (nivå 1).

##### **Lofoten sykehus**

Er en fødestue (nivå 3) med 156 fødsler (2002). Omleggingen av driften til fødestue ved Lofoten sykehus har vært vellykket og danner modellen for den omorganisering som på nasjonal basis planlegges for fødsler i lokalsykehus.

### **Kvinneklubben Bodø**

Dette er kvinneklubben (nivå 1) med 995 fødsler (2002). Her er det også barneavdeling som tar imot nyfødte som trenger intensivbehandling.

Kvinneklubben mottar de fleste kategorier risikofødende, herunder premature fødsler, både fra Hålogalandssykehuset og Helgelandsykehuset. Derfor anser utvalget at enheten tilfredsstillende kravet til kvinneklubben, selv om fødselstallet er lavere enn 1 500 fødsler (jfr *Faglige krav til fødeinstitusjoner*). Utvalget vil anbefale at også Nordlandssykehuset utreder hvordan Stortingets målsetting om differensiert tilbud og prinsippet om at fødende kvinner skal bli hjulpet av en jordmor de kjenner, blir ivaretatt. Spesielt gjelder dette i relasjon til de som føder ved Kvinneklubben Bodø. Siden de fleste mindre fødestedene i Helse Nord forsøker å arbeide etter disse prinsippene er det etter utvalgets oppfatning naturlig at også de større fødeavdelingene forsøker å organisere virksomheten i tråd med Sosialkomiteens anbefalinger.

Etter utvalgets syn er det ikke aktuelt å foreslå eller utrede endringer i organiseringen i fødselsomsorgen ved Nordlandssykehuset. Dersom akutt kirurgisk beredskap opphører ved Lofoten sykehus, må Nordlandssykehuset vurdere om fødestuedriften skal fortsette eller om fødeenheten må legges ned.

### **4.5 Helgelandsykehuset.**

De 4 enhetene utgjøres av 3 fødeavdelinger (nivå 2) og en fødestue (nivå 3).

#### **Rana:**

Fødeavdeling med 350 fødsler (2002).

#### **Mosjøen:**

Fødeavdeling med 138 fødsler (2002).

#### **Sandnessjøen:**

Fødeavdeling med 218 fødsler (2002)

#### **Brønnøysund:**

Fødestue med 45 fødsler (2002). Systemansvaret er plassert ved fødeavdelingen i Sandnessjøen.

Etter utvalgets oppfatning er det ikke aktuelt å foreslå endringer ved Brønnøysund fødestue. På bakgrunn av de sentrale vurderinger av alternierende beredskap som er referert i kapittel 6, er det ikke aktuelt å gå inn i en realitetsvurdering av den foreslåtte modell med alternierende beredskap mellom Sandnessjøen og Mosjøen (jfr. prosjekt ”Delt beredskap”).

Fødeavdelingen i Rana er omtrent like stor som Sandnessjøen og Mosjøen til sammen. Foretaket skal ha (minst) en fødeavdeling, og det er en rimelig vurdering at den største avdelingen (Rana) opprettholdes som fødeavdeling (nivå 2). Det er også rimelig å anta at den akutt kirurgiske beredskapen ved Rana sykehus blir opprettholdt.

I den endelige vurderingen av Sandnessjøen og Mosjøen vil beslutningen om hvor akutt kirurgisk beredskap opprettholdes, være utslagsgivende. Dersom akutt kirurgisk beredskap opphører ved et lokalsykehus, vil fødeenheten enten måtte legges ned eller gjøres om til fødestue.

Følgende alternativer bør dermed utredes:

1. Både Mosjøen og Sandnessjøen organiseres som fødestuer (nivå 3).
2. Avdelingen i Mosjøen drives videre som fødestue (nivå 3), mens Sandnessjøen opprettholdes som fødeavdeling (nivå 2).
3. Avdelingen i Mosjøen legges ned og fødsleene overføres til Sandnessjøen som ut fra dagens tall vil får omtrent 350 fødsler årlig. Sammenlignet med alternativet å ha fødestue i Sandnessjøen og en for liten fødeavdeling i Mosjøen, vil denne modellen komme gunstigere ut i forhold til transport, og dekker også bedre Brønnøysund fødestues behov i relasjon til overflytting.

I vurderingen av modellene kan man som nevnt ta utgangspunkt i tallene fra Lofotprosjektet, som indikerer at 8 % av de som starter fødselen lokalt vil bli overflyttet og i alt 70 % av de fødende som sogner til en fødestue vil kunne bli forløst der. Dersom fødestua bare skal ha flergangsfødende vil den kunne dekke rundt 50 % av de fødende, og 5 % vil bli overflyttet.

## **5. Konsekvenser**

Konsekvensene av de alternative modellene skal utredes av lokale prosjektgrupper i fase 2 (mars/april). Noen av de momenter som gruppene må ta standpunkt til, er nevnt nedenfor.

### **5.1. Kapasitet og ressursmessige forhold**

Ifølge de oversiktene over liggetid og sengetall ved fødeavdelingene som Helse Nord har, er det ikke kapasitetsproblemer i regionen.

Internasjonalt er det en klar trend i retning av kortere liggetid etter fødsel. Dette har konsekvenser for planlegging av nye sykehus, hvor antall barselsenger blir sterkt redusert. Det blir oppmuntret til tidlig hjemreise og pasienthotell etableres som alternativ. Kommunale jordmortjeneste og gode permisjonsordninger for fedrene gjør det også lettere med hjemreise kort tid etter fødselen.

Det er derfor grunn til å anta at alle alternativene som er skissert under punkt 4 vil kunne gjennomføres uten at det krever investeringer ved de fødeenhetene som får tilført fødepasienter fra enheter hvor driften legges om.

### **5.2 Rekruttere og beholde personell**

Ved lokalsykehus har det ofte vært vanskelig å rekruttere spesialister. Små avdelinger med en eller to gynekologer er sårbare, blant annet fordi ferieavvikling og annet fravær gjør at det ofte er behov for vikarer. I slike stillinger kan det være en utfordring å holde seg faglig oppdatert og få nye impulser. Hvis man vurderer å opprettholde fødeavdeling (nivå 2) av geografiske grunner selv om fødselstallet er lavere enn forutsatt i *Faglige krav*, må det drøftes hvilke tiltak man kan treffe.

Rekruttering av leger til utdanningsstillinger i fødselshjelp og kvinnesykdommer er nå uproblematisk. Helse Nord bør kunne utdanne det antall spesialister man har behov for i regionen. I relasjon til spesialistutdannelsen bør utdanningskapasitet og aktuelle samarbeidsordninger mellom utdanningsavdelingene og lokalsykehusene, drøftes.

Det er generell jordmormangel i landet, blant annet fordi mange går ut av jordmorvirksomhet og over i andre yrker. Det har også vært vanskelig å få besatt enkelte kommunejordmorstillinger, blant annet på grunn av at det har vært deltidsstillinger. Det er

positive erfaringer med kombinerte stillinger hvor jordmødre arbeider både ved en fødeenhet og i kommunehelsetjenesten.

I tillegg til bør det kort drøftes hvordan man skal ivareta kompetansekrav og det jordmorfaglige ansvaret ved fødestuene. Jordmorutdanninga er tradisjonelt orientert mot å utdanne jordmødre som skal arbeide i fødeavdelinger ved sykehus. Det kan f.eks. være en fordel om nyansatte har en viss yrkeserfaring. Egne kurs for jordmødre ved fødestuer og hospiteringsordninger er også momenter som bør diskuteres.

I mandatet til Nasjonalt råd for fødselsomsorg heter det at de skal utarbeide forslag til seleksjonskriterier for lavrisikoenheter, bemanningsnormer, videreutdanning og krav til praktiske ferdigheter. Det vil således etterhvert komme detaljerte retningslinjer.

### **5.3 Økonomiske konsekvenser**

Utvalget har så langt gjort prinsipielle vurderinger. Det har derfor ikke vært mulig å vurdere kostnader i denne fase av prosjektet. I henhold til prosjektets mandat skal relaterte kostnader vurderes før det besluttes omorganisering. Slike vurderinger krever lokal innsikt. Derfor tilrår utvalget at gruppene i hvert foretak i løpet av neste fase i prosjektet, skal foreta en vurdering av økonomiske konsekvenser av omorganisering. På dette punkt har således utvalget ikke fullt ut besvart mandatet.

De kostnader som er relevante i denne sammenheng er foretakets kostnader enten relatert til drift av fødeenheter eller til økt transport av pasienter mellom fødeenhetene. Dersom en fødeavdeling omorganiseres til fødestue vil dette gi kostnadsreduksjon lokalt fordi vaktberedskapen opphører. Det er tilstrekkelig kapasitet ved alle fødeavdelingene i Helse Nord slik at en moderat økning i fødselstall på grunn av omlegging av drift ved et nabosykehus, bør kunne absorberes uten at det automatisk skal utløse større, ekstra kostnader.

## 6. Konklusjoner og anbefalinger

Utvalget har hatt tre møter som har vært preget av grundige diskusjoner. Utkastene er diskutert i gruppa, som i tillegg også har gitt skriftlige innspill. Det er konsensus om det meste i rapporten, men rimeligvis ikke full enighet.

Utgangspunktet er at en viss omorganisering innen fødselsomsorgen er påkrevet for å tilfredsstillende tilsynsmyndighetenes faglige krav, som Stortinget har sluttet seg til. Det er redegjort for dette i punkt 1 i rapporten. Utvalget har gjennomgått de premissene som bør legges til grunn for omorganiseringen (punkt 2). Punkt 4 inneholder utvalgets anbefalinger. De anbefalingene som går på endringer av dagens fødeenheter er summert punktvis nedenfor.

### **Helse Finnmark:**

- Ingen endring i eksisterende struktur utover å vurdere behov for en ny fødestue.

### **UNN**

- Ingen endring i eksisterende struktur

### **Hålogalandsykehuset**

Harstad videreføres som fødeavdeling. Følgende tre forslag bør utredes:

- Både Stokmarknes og Narvik organiseres som fødestuer eller legges ned.
- Stokmarknes organiseres som fødestue eller legges ned, Narvik videreføres som fødeavdeling
- Narvik organiseres som fødestue eller legges ned, Stokmarknes videreføres som fødeavdeling

### **Nordlandssykehuset**

- Ingen endring i eksisterende struktur

### **Helgelandsykehuset**

Fødeavdelingen i Rana opprettholdes som fødeavdeling. Følgende tre alternativ utredes:

- Både Mosjøen og Sandnessjøen organiseres som fødestuer
- Mosjøen drives videre som fødestue, mens Sandnessjøen opprettholdes som fødeavdeling
- Mosjøen legges ned og fødsleene overføres til Sandnessjøen

## Referanser:

Faglige krav til fødeinstitusjoner (Helsetilsynet 1997),

Backe, B. Desentralisert obstetrikk og kamp mellom allmennleger og jordmødre på New Zealand. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1936-8

Backe B. A circadian variation in the duration of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1990; 70: 465-468.

Vold IN, Holt J, Johansen MV, Backe B, Øian P. Modifisert fødestuedrift - et alternativ for små fødeavdelinger? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 941-5

Holt J, Vold IN, Backe B, Johansen MV, Øian P. Child births in a modified midwife managed unit: Selection and transfer according to intended place of delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2001, 80: 206-12

Fødeenhet i lokalsykehus. "Lofotprosjektet". Sluttrapport 1999.

Waldenstrom U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. Birth 2000; 27: 156-67.

Fødsler i Norge 1999 - 2000. Årsmelding 2003, Medisinsk fødselsregister, Universitetet i Bergen.

Nolan M.

Midwife-led units. A natural home for childbirth?  
Pract Midwife. 2001; 4: 22-3

Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H, Twaddle S, Gilmour WH, McGinley M, Reid M, Johnstone I, Geer I, McIlwaine G, Lunan CB. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. Lancet. 1996; 348: 213-8.

Hundely VA, Cruickshank FM, Lang GD et al. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. BMJ 1994; 309: 1400-4.

Schmidt N, Abelsen B, Oian P Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81:731-7