

Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Sosial- og helsedirektoratet
ved divisjonsdirektør Hans Petter Aarseth

Deres ref:
Saksbehandler STA
Vår ref: 08/3070
Dato: 13.02.08

Sluttrapport

Medlemmene i Nasjonalt råd for fødselsomsorg fratrådte sine verv i brev til Sosial- og helsedirektoratet 2. november 2007, under henvisning til en langvarig vanskelig dialog med Helse- og omsorgsdepartementet. Det avgåtte rådet avgir med dette sin sluttrapport til direktoratet. Rapporten inneholder en kort oppsummering av bakgrunnen for rådets mandat og en oversikt over rådets virksomhet, samt en vurdering av omstillingsprosessen og av faglige og strukturelle problemstillinger knyttet til den.

Bakgrunn

Strukturen for fødeinstitusjoner i Norge har vært gjenstand for diskusjoner og utredninger hos helsemyndigheter og i fagmiljø i en årrekke. Helsedirektoratet nedsatte i 1991 et utvalg for å utrede modeller som kunne sikre faglig forsvarlig fødselshjelp ved små sykehus med vanskelig rekruttering. Statens helsetilsyns utredning "Faglige krav til fødeinstitusjoner" ble laget på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet i 1997. NOU 1998:9 "Hvis det haster..." om akuttmedisinsk beredskap anbefalte at "Faglige krav til fødeinstitusjoner" ble lagt til grunn for organisering av fødselsomsorgen. Departementet anbefalte så i akuttmeldingen (St.meld. nr 43 1999-2000) at Helsetilsynets faglige krav ble gjort veiledende for planleggingen av den fremtidige fødselsomsorgen og at fødselshjelpen differensieres med hensyn til hvilke fødende som kan mottas hvor.

Stortinget vedtok under behandlingen av akuttmeldingen i 2001 å gjøre Helsetilsynets nivådeling av fødselsomsorgen gjeldende. Denne nivådelingen er basert på krav til fødselstall og bemanning, og deler fødeinstitusjoner i tre nivåer: Kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Samtidig ble det gjort følgende vedtak:

"Stortinget ber regjeringen opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorgen med flerårig funksjonstid som skal bistå i omstillingsprosessen, kvalitetssikring og evaluering av drift i forbindelse med organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg."

Rådet ble oppnevnt av departementet i 2001 og fikk følgende mandat (i 2002):

Rådet skal på nasjonalt nivå bistå de regionale helseforetak i omstillingsprosessen. Rådets kontakt mot virksomheter og lokale fagmiljø må skjå i samråd med de regionale helseforetak. Videre skal rådet komme med anbefalinger om forhold som kan påvirke omstillingsprosessen og sikre kontakt mot eksisterende fagmiljø på området. Med bakgrunn i dette skal rådet:

- 1. Bistå i omstillingsprosessen gjennom rådgivning vedrørende faglige, administrative og organisatoriske forhold. Bistå i informasjonsarbeid rettet mot befolkningen og fagmiljø.*

2. *Ha en sentral faglig rolle når det gjelder kvalitetssikring og evaluering av omlegging av drift. Utarbeide forslag til seleksjonskriterier for lavrisikoenheter, bemanningsnormer, videreutdanning og krav til praktiske ferdigheter. Utarbeide forslag til felles registrerings skjema for utkomme av hver enkelt fødsel og alle overflyttinger. Komme med forslag angående transport av fødende og nyfødte. Utrede ansvarsforhold ved drift av fødestuer.*
3. *Bistå i annet utredningsarbeid knyttet til svangerskaps – og fødselsomsorg, blant annet forslag om trygderefusjon for jordmødre og vurdering av jordmortjenesten og følgetjenesten i kommunene.*

Rådet skal rapportere til Sosial – og helsedirektoratet.

Det lå en lang prosess bak stortingsvedtakene. "Faglige krav til fødeinstitusjoner" fikk bred tilslutning fra høringsinstansene, inkludert faginstansene, i 1996. Romertallsvedtakene i Stortinget var enstemmige. Likevel var det klart at en omstilling ville bli vanskelig, først og fremst fordi nivådelingen av fødeinstitusjoner ville innebære omgjøring av flere små fødeavdelinger til jordmorstyrte fødestuer. Det måtte forventes at hver slik omgjøring ville være omstridt og møte motstand lokalt. Opprettelsen av et nasjonalt faglig råd som skulle bistå direkte i omstillingsprosessene må sees på denne bakgrunnen.

Bak prosessen frem mot stortingsvedtakene lå det en vanskelig drifts- og rekrutteringssituasjon ved mange små fødeavdelinger gjennom mange år. Tidligere var disse avdelingene drevet av kirurger, etter hvert ofte sammen med en gynekolog. Fagutviklingen innenfor begge fag, med økende spesialisering og overvåking av risikosvangerskap og fødsler, bidro til at kirurgene ikke lenger ville ha ansvar for fødeavdelingene. Gynekologer og kirurger var i hovedsak enige om at det var riktig. Det ble etter hvert opprettet noe flere gynekologstillinger, men mange små avdelinger hadde en og to gynekologer i vakt, varierende vaktberedskap og baserte seg på systematisk bruk av vikarstafetter.

Samtidig kom det gode resultater fra små jordmordrevne fødestuer både i Norge og andre land. I fagmiljøene, både i Norge og internasjonalt, var det et økende fokus på demedikalisering av normale fødsler. Moderne fødselshjelp har gitt store helsegevinster for mor og barn, men har også ført til at normale, fysiologiske fødsler håndteres som risikohendelser. Høyt teknologisk overvåking og økende grad av medisinsk intervensjon i normale fødselsforløp fører også til komplikasjoner. Verdens helseorganisasjon (WHO) har demedikalisering av normale fødsler som ett av sine ti prinsipper for perinatal omsorg, prinsipper som de internasjonale organisasjonene for gynekologer og fødselsleger (FIGO) og jordmødre (ICM) har gitt sin tilslutning til.

Omstillingsprosessen fra fødeavdelinger til fødestuer

Rådet hadde første møte i mai 2002 og hadde i løpet av året møter med ledelse og fagmiljø i alle RHFene for å informere om stortingsvedtakene og den faglige bakgrunnen for dem, og diskutere utfordringer i fødselshjelpen i det enkelte regionale helseforetak. Foretaksreformen var trådt i kraft ved årsskiftet og RHFene startet gjennomganger av struktur og funksjonsfordeling innenfor flere fagfelt.

I 2002 hadde 27 av 57 fødeinstitusjoner under 500 fødsler per år. To av disse var fødeavdelinger med mellom 400 og 500 fødsler, mens 12 var fødeavdelinger med under 400 fødsler (134 - 398). Tretten var fødestuer med fødselstall mellom 12 og 158.

I juni 2003 vedtok foretaksmøtene i Helse Nord og Helse Vest omgjøring til fødestuer ved tre fødeavdelinger: Mosjøen og Narvik, med fødselstall på hhv 134 og 258, og Lærdal, som hadde 229 fødsler i 2002.

Rådet var i løpende dialog med administrasjon og fagfolk i Helse Nord og Helse Vest fra planleggingsfasen, deltok i prosjektgrupper og interne og eksterne møter, ga vurderinger og etablerte i samråd med RHFene en faglig rådgivningsgruppe for hver avdeling som skulle legges om til fødestue. Rådgivningsgruppens oppgave var å bistå i omleggingen av virksomhet og rutiner og å følge fødestuens virksomhet blant annet basert på gjennomgang av alle overflyttinger, instrumentelle forløsninger og avvikshendelser.

Omgjøringsvedtakene ble møtt med sterk motstand, både av lokale fagfolk, lokalpolitikere og lokalbefolkning generelt. Dekningen i lokale medier var betydelig, og fokus var rettet mot at en fødestue var faglig uforvarlig og ville sette gravide og nyfødtes liv og helse i fare. Fagfolk ved de berørte sykehusene gikk kraftig ut mot helsemyndighetene og egen foretaksledelse på folkemøter og i lokalpresse og advarte kvinner mot å føde ved fødestuer. Nasjonalt råd for fødselsomsorg, som myndighetenes og sykehuseiernes faglige rådgiver, ble en sentral motpart.

Forsterket fødestue og medvirkning fra kirurgene

Avdelingene i Narvik og Lærdal var vedtatt omlagt til såkalt forsterkede fødestuer, dvs. fødestuer med beredskap for nødkeisersnitt. Dette var etter modell fra Lofoten sykehus, der fast ansatte kirurger og gynekolog samarbeider om en slik beredskap, og derfor kan ta i mot en større andel fødende enn det en vanlig fødestue kan.

Dette skapte en situasjon der kirurgene kunne stanse en omlegging av fødselsomsorgen, og der fokus ble rettet mot kirurgien, ikke fødestuene. Kirurgene avsto å gå inn i en slik ordning. Særlig i Narvik gikk de hardt ut med argumenter om faglig uforvarlighet, og det ble forsøkt ført forhandlinger over flere år. I 2005 rådet Nasjonalt råd for fødselsomsorg Helse Nord til å ikke gå videre med forhandlinger. Dokumentert og vedvarende mangel på samarbeidsvilje fra legenes side måtte etter rådets vurdering ansees som en forsvarlighetsrisiko ved drift av en forsterket fødestue. En forsterket fødestue er en samarbeidsmodell som krever god forankring hos legene i det lokale fagmiljøet og er ikke en modell det er enkelt å implementere utenfra. Rådet anbefalte i stedet omlegging til en vanlig fødestue uten kirurgisk beredskap.

I november 2005 ba Helse Nord Helse- og omsorgsdepartementet om å få omgjøre vedtaket om forsterket fødestue i Narvik fordi man ikke maktet å gjennomføre det. Departementet svarte først i 2008, men gir ikke endelig svar. I vedtak i foretaksmøtet med Helse Nord 28. januar heter det at Helse Nord skal føre en prosess med brukere, ansatte og lokalt folkevalgte om fremtidig struktur for fødselsomsorgen ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) før det fattes endelig vedtak om eventuell oppheving av vedtaket fra 2003. (Etter at Hålogalandssykehuset ble nedlagt som helseforetak ble Narvik en del av UNN fra 1. januar 2007). Fødeavdelingen har en fast gynekolog og hadde 230 fødsler i 2007.

I Lærdal sa jordmødrene opp sine stillinger. Helse Førde gikk i gang med å etablere en vanlig fødestue i sykehus uten kirurgenes medvirkning, etter modell fra sykehusene på Tynset og Rjukan, på tross av sterk lokal motsand. Det ble tilsatt nye jordmødre og engasjert vikarer fra andre fødestuer. Motstanden lokalt var stor og medieoppmerksomheten betydelig på landbasis. Samme dag som fødestuen åpnet i januar 2004 satte Helse Vest beslutningen i Helse Førde til side og slo fast at beredskap for nødkeisersnitt skulle ivaretas, inntil videre med innleide gynekologer. En vikarstafett med gynekologer fra sykehusene i Lund og Malmø, som hadde vært i Lærdal i flere år, ble forlenget.

Den faglige rådgivningsgruppen for fødestua i Lærdal var satt sammen av fødselsleger, jordmødre, barnelege og kommunelege fra Helse Førde, kommunehelsetjenesten i indre Sogn og Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Gruppen gikk gjennom resultatene ved fødestuen etter auditprinsippet hvert halvår og pekte på en rekke eksempler der seleksjonskriterier og retningslinjer for overflytting ikke ble fulgt. Det ble gitt råd til fødestua, Helse Førde/ Helse Vest om endringer og oppfølging, men rådene ble ikke fulgt opp.

I mars 2006 skrev Nasjonalt råd for fødselsomsorg til Helse Vest med kopi til HOD at de faglige rådene fra rådgivningsgruppen i liten grad ble fulgt opp og at det var liten vilje til endring i Lærdal. Når jordmødre eller de gynekologene som jordmødrene kontakter handler som de er vant med fra fødeavdelinger vil det oppstå situasjoner som ikke skal oppstå på en fødestue. Fødsler som krever overvåking og intervensjon er krevende og setter behandlingsskjeden i sykehuset på prøve. Fødestuen fungerte i praksis fortsatt som en liten fødeavdeling, med rundt 10 % operative forløsninger. Vikargynekologene hadde tatt kraftig avstand fra fødestuemodellen i mediene og viste i klinisk praksis at de ikke hadde til hensikt å følge den opp. Rådet kunne ikke innestå faglig for virksomheten ved fødestua i Lærdal og la derfor ned rådgivningsgruppen for fødestua.

I juni 2005 sendte rådet en statusrapport for rådets arbeid til direktoratet og HOD. Rapporten ga blant annet en vurdering av omstillingsprosessen i Narvik og Lærdal og pekte på nødvendige grep som etter rådets vurdering måtte tas. Rådet skriver at det finner det vanskelig å planlegge videre arbeid med omlegging til fødestuer og nivådeling av fødselsomsorgen før det tas beslutninger som kan føre omstillingen videre.

Mangel på handlingsrom for RHFene

Det ble etter hvert klart for rådet at RHFene oppfattet at de ikke hadde handlingsrom til å gjennomføre omleggingene som møtte så stor motstand lokalt. Det var klart at departementet hadde gitt Helse Vest og Helse Nord beskjed om at man ikke ønsket at det ble etablert vanlige fødestuer i Lærdal og Narvik. De regionale helseforetakene startet ut med et tydelig mandat og et enstemmig stortingsvedtak, men møtte massiv motstand fra lokalpolitikere, lokale medier, lokalbefolkning og lokale fagfolk – og fikk ingen signaler fra Helse- og omsorgsdepartementet om støtte til gjennomføring av egne vedtak.

I stedet fikk man permanente stillingskriger. Det må ha fremstått som rasjonelt for RHFene å la være å endre noe - også der det var fattet endringsvedtak.

Gynekologstafetten i Lærdal sikret ro for Helse Vest. I Narvik ba Hålogalandssykehuset og deretter Helse Nord foretaksmøtet om å reversere vedtaket om omgjøring til forsterket fødestue, uten å få svar. Ingen RHF kunne vurdere å gå videre med nivådelingen og sette i gang omlegging av andre fødeavdelinger som ikke fyller faglige krav til fødeinstitusjoner. Resultatet har vært ødeleggende for tilliten til fødestuetilbudet lokalt.

I Mosjøen ble omgjøring til vanlig fødestue gjennomført fra høsten 2006 etter år med debatt om hvor uforsvarlig det ville bli. Fagfolk på sykehuset har konsekvent uttrykt motvilje og skepsis, og samarbeidet med primærhelsetjenesten har vært lite fleksibelt. Her ble også gjennomføringen av vedtaket utsatt rett før det skulle iverksettes i 2004. Etter betydelig lokalpolitisk motstand besluttet Helse Nord å beholde kirurgisk beredskap, og gjennomføre en såkalt forsterket fødestue, fram til åpningen av tunnelen gjennom Korgfjellet. Utsettelsen kombinert med manglende endelige beslutninger for de to andre fødeavdelingene har bidratt til at motstanderne har hatt berettiget håp om å reversere omgjøringen i Mosjøen. Resultatet er et vedvarende fokus på risiko og uforsvarlighet ved fødestuer gjennom år, og at befolkningen mangler tillit til fødetilbudet. Man har aldri kommet så langt som til å bygge et tilbud som i samarbeid med kommunehelsetjenesten kunne gi fødende erfaring med et trygt og godt fødetilbud. Fødselstallet i 2007 var 39 totalt.

Usikkerhet med hensyn til mandatet

Gjennom 2006 og 2007 har rådet fortsatt å peke på disse forholdene i dialogen med departementet og etter hvert opplevd en økende usikkerhet med hensyn til eget mandat. Det var en uholdbar situasjon å være forpliktet på et omfattende og operativt mandat i en omstilling som helsemyndighetene ikke lenger syntes å være villige til å gjennomføre. Rådet ba derfor om en avklaring fra departementet, som viste til stortingsvedtakene og ikke ønsket å diskutere problemstillingen. Sosial- og helsedirektoratet, som har vært rådets sekretariat, støttet rådet i ønsket om en avklaring av departementets tenkning om omstillingen.

Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

Fra 2006 har Helse- og omsorgsdepartementet varslet at det vil komme en helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Rådet har sammen med Sosial- og helsedirektoratet, fagforeninger og andre vært invitert på møter om dette. Departementet ga våren 2007 direktoratet i oppdrag å levere innspill med tre ukers frist til et problemnotat for planen, og ba direktoratet gjøre dette i samarbeid med rådet.

I september 2007 la HOD ut et problemnotat om Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen på sine nettsider. I notatet konstateres det at stortingsvedtakene har vært vanskelige å gjennomføre, men det inneholder ingen vurdering av omstillingsprosessene. Hvorfor har noen omstillingsprosesser gått bra, andre ikke? Har HODs egen håndtering av omstillingsprosessene hatt noen betydning? Det tas likevel på en vagt formulert måte avstand fra det faglige grunnlaget for nivådelingen og omstillingen. Det foreslås "å justere de faglige retningslinjene slik at de vektlegger andre tiltak for å sikre kvalitet og kompetanse enn fødselstall". Man foreslår "å etablere et nytt nasjonalt råd for fødselsomsorg med hovedformål å være en arena for dialog mellom brukere i bred forståelse, representanter for tjenestene og helseforvaltningen", og anfører at det innebærer en endring i forhold til dagens råd, som er av mer faglig karakter.

Rådet var ikke gjort kjent med noe av innholdet i problemnotatet, ingen av forslagene var diskutert med rådet og rådet hadde ikke sett dokumentet. Likevel heter det at Nasjonalt råd for fødselsomsorg er faglig rådgiver for HOD i arbeidet med den nasjonale strategien.

Departementet foreslår i praksis å avslutte omstillingen som var rådets mandatområde, og skriver i statsbudsjettet at de vil legge sine forslag til justeringer frem for Stortinget i løpet av 2008. Forslaget om å opprette et nytt nasjonalt råd og departementets manglende vilje til samarbeid med rådet om den nye nasjonale strategien for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen kunne ikke oppfattes på annen måte enn at departementet ikke har tillit til rådet. Rådet besluttet derfor å fratru sine verv.

Rådets øvrige arbeid i funksjonstiden

Rådet har forsøkt å arbeide bredt inn mot fagmiljøene og arrangert en rekke kurs, seminarer og konferanser med stor deltakelse.

Det er arrangert seks kurs i praktisk og teoretisk akutt fødselshjelp spesielt for jordmødre og leger med tilknytning til fødestuer. Kursene ble holdt på Sommarøy i Troms, Lillehammer, Sogndal, Bodø og Tynset. Hensikten har vært å bidra til faglig kvalitet ved fødestuene, både de som startet opp som fødestuer etter vanskelige omstillinger, og de etablerte fødestuene, som er små og sårbare miljøer. Kursene har vært etterspurt og det har vært ventelister til dem.

I 2003 ble det avholdt en fødestuekonferanse med 100 deltakere i Svolvær, der det ble invitert jordmødre ved fødestuer og avdelinger som var vedtatt lagt om, leger ved sykehus og i kommuner med fødestuer, administrativt personell i helseforetak med fødestuer og aktuelle fagforeninger.

I 2004 ble det avholdt en todagers idedugnad om differensiering av fødselsomsorgen med 40 spesielt inviterte fagpersoner fra store fødeavdelinger.

I 2005 arrangerte rådet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet en nasjonal konferanse med 500 deltakere i Bergen om en kunnskapsbasert og differensiert svangerskaps- og fødselsomsorg.

I 2005 ble det også avholdt en konferanse om samhandling og differensiering på Hankø med 250 deltakere.

I 2006 lanserte rådet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet en nasjonal handlingsplan for å redusere sfinkterskader (overrivning av endetarmens lukkemuskel i forbindelse med en fødsel). Dette var en oppfølging av Helsetilsynets funn ved landsomfattende tilsyn ved 24 fødeinstitusjoner i 2004. Der fant man store forskjeller mellom fødeavdelinger og generelt for høy forekomst av sfinkterskader.

I handlingsplanen ble det blant annet foreslått iverksatt intervensjoner ved fem store fødeavdelinger. Resultatene vil sannsynligvis bli publisert i 2008/9, men så langt er de lovende, med en halvering av rupturfrekvensen som lå på 4-5 %.

I 2007 ble det holdt praktisk og teoretisk kurs i forebygging og behandling av sfinkterskader for fødeinstitusjoner i Helse Nord i Tromsø. Fordi rådet trakk seg ble de andre planlagte regionale kursene avlyst.

Rådet har utarbeidet skjema og rutiner for tilleggsregistrering av fødsler ved og overflyttinger fra fødestuene. Av grunner utenfor rådets kontroll har iverksettingen av tilleggsregistreringen blitt svært forsinket. Medisinsk fødselsregister og Sosial- og helsedirektoratet sender i disse dager ut et registreringsskjema som etter hvert vil gi vesentlig bedre data om fødsler som er planlagt eller finner sted på fødestuer.

Rådet har avgitt en rekke vurderinger til RHFene, særlig Helse Nord og Helse Vest, skrevet artikler og kronikker og har generelt lagt vekt på å være tilgjengelig og i løpende dialog med fødestuer og helseforetak. Det er gitt gjesteforelesninger og gjennomført studiebesøk til New Zealand og Nederland, der fødselsomsorgen er organisert etter prinsipper om desentralisering og differensiering.

Stortingets vedtak innebar at fødselsomsorgen generelt skulle differensieres, og det gikk frem av Sosialkomiteens innstilling at seleksjon og utvikling av lavrisikotilbud også gjaldt for de større fødeavdelingene. Fra 2003 deltok rådet i planlegging av differensieringsprosjekter ved Sykehuset Østfold i Fredrikstad, Sykehuset Asker og Bærum/Bærum kommune, Sykehuset Buskerud i Drammen og UNN/Tromsø kommune. De tre siste av disse har også mottatt prosjektstøtte. I tillegg har rådet deltatt med rådgivning i forbindelse med etablering av differensiert fødetilbud ved flere avdelinger, blant annet i Tønsberg, Kristiansand og Stavanger. Rådet har ellers bistått Sosial- og helsedirektoratet i utredning av en rekke saker.

Faglige vurderinger

Det lå noen sentrale faglige vurderinger til grunn for Faglige krav til fødeinstitusjoner og stortingsvedtakene om nivådeling. Når dette nå skal revideres er et viktig spørsmål om de faglige vurderingene fortsatt er holdbare og relevante.

For det første: Er det et kvalitetsproblem ved de små fødeavdelingene? Og har det i så fall sammenheng med bemanning og med fødselstall?

For det andre: Kan lavrisikofødende føde trygt på en fødestue?

Kvalitet og fødselstall

Mange små fødeavdelinger drives med en og to faste gynekologer som kan ha vakt alene opptil to uker i strekk, og leier inn vikarer. Det blir stor belastning og liten mulighet til å etablere et faglig miljø for de faste. Arbeidet på en fødeavdeling er et utpreget teamarbeid som setter store krav til kommunikasjon og kunnskap om rutiner i behandlingsskjeden, både i og utenfor sykehuset. Derfor er det alltid komplisert når det kommer vikarer, og særlig når det er vikarer i mange funksjoner. Det forekommer for eksempel at både vakthavende anestesilege, operasjonssykepleier og gynekolog er ukjente på sykehuset.

Det er vel kjent at misforståelser og dårlig kommunikasjon ofte er medvirkende til uheldige hendelser i fødselshjelpen. Det er en av grunnene til at utstrakt bruk av vikarer har betydning for kvalitet. Noen vikarer kommer igjen år etter år og kjenner sykehuset, men det underkommuniseres ofte at det er variabel kvalitet på vikarene. Det er en klinisk erfaring at mange av de virkelig uheldige utfallene ofte inntreffer når det er

vikarer som har vakt. Ofte dreier det seg om komplikasjoner som alltid er vanskelige å håndtere, men som likevel kunne ha hatt et bedre utfall hvis de kjente legene hadde vært på jobb. Noen avdelinger har tatt konsekvensen av disse erfaringene og skifter på å stenge om sommeren for å unngå vikarer, av kvalitetshensyn.

Marginal bemanning og konstant avhengighet av vikarer er et kvalitetsproblem, og det henger sammen med lave fødselstall. Der fødselstallene er lave er det enda vanskeligere å rekruttere gynekologer som kan tenke seg å bli, fordi legene ønsker seg rimelige vaktordninger, større volum, større faglig miljø og noen å støtte seg til når det oppstår vanskelige situasjoner.

Faglige krav til fødeinstitusjoner la til grunn at en fødeavdeling måtte ha minst fire gynekologer i vakt og anslo et minimumsantall instrumentelle forløsninger, seteforløsninger og keisersnitt en lege bør ha per år. Ut fra dette beregnet man et fødselstall på 4-500 pr år. Det er åpenbart at det ikke ligger vitenskap bak tallene og at det ikke går noen klar forsvarlighetsgrense her. Det er samtidig helt klart at det er kvalitetsproblemer ved mange små fødeavdelinger og at det er en sammenheng mellom disse og fødselstall og bemanning. Det er like klart at fødselstall alene ikke er et godt kriterium for kvalitet.

Et argument mot grenser basert på fødselstall i problemnotatet fra HOD er at det fører til at avdelinger holder på pasienter som burde føde et annet sted. Det er utvilsomt uheldig at det fokuseres på å beholde fødende, men det er en konsekvens av mangel på gjennomføringsevne, ikke av grenser for fødselstall. Det er opprettholdt en situasjon over år der Stortingets vedtak ikke er gjennomført, og der små fødeavdelinger har følt seg kontinuerlig truet. Hvis man hadde bestemt seg for en struktur som følge av vedtakene kunne noen av de minste avdelingene vært gjort om til fødestuer, fødselstallet på nærliggende fødeavdelinger ville økt, fagmiljøet der kunne styrkes og ingen trengte å telle fødsler løpende for å holde et fødselstall oppe.

Fødeavdelinger med under 400 fødsler er svært små og andre land anbefaler langt høyere fødselstall. Det er tankevekkende at man i Sverige har ønsket fødeavdelinger med minst 1000 fødsler per år, mens HOD åpenbart mener at en grense på 400 fødsler per år er for høyt. Departementet tar til orde for at det ikke skal være noen grense for hvor små fødeavdelinger bør være, og synes å mene at i fødselshjelpen er det ingen sammenheng mellom volum og kvalitet.

Er det trygt å føde på fødestuer?

Kunnskapssenteret laget en rapport på oppdrag fra Helse Nord i 2006, der det konkluderes med at kunnskapsgrunnlaget er for svakt til å si om det er forskjell i resultater mellom fødeavdelinger og fødestuer. Britiske NICE (National Institute for Clinical Excellence) kom med rapporten "Intrapartum Care, care of healthy women and their babies during childbirth" i september 2007. Denne rapporten sier også at det ikke er tilgjengelig studier av god kvalitet, men at dataene tyder på at kvinner som planlegger fødsel hjemme eller i en jordmorstyrt enhet, har større sannsynlighet for en normal fødsel. Det sies samtidig at man ikke har tilstrekkelige data om mulig risiko mht planlegging av fødested. Det anbefales at kvinner blir tilbudt å velge om hun vil føde hjemme, i en jordmorstyrt enhet eller på en fødeavdeling og at hun skal få tilstrekkelig informasjon om hva ulike fødesteder kan tilby. Det anbefales at man unngår klinisk intervensjon der hvor fødselen går normalt fremover og mor og barn har det bra.

Det er vanskelig å lese ut av slike kunnskapsoppsummeringer om det er mer eller mindre trygt å føde på en fødestue eller en fødeavdeling. Kravene til metode er slik at det nesten er umulig å gjennomføre gode nok studier. For fødende måtte man selektere gravide i grupper som var klinisk like, og så randomisere (fordøle tilfeldig) til fødsel ved sykehus eller fødestue. Det er grunn til å tro at det vil være vanskelig å rekruttere fødende til en slik randomisering. Fordi komplikasjoner forekommer så sjelden, og et lite antall kvinner føder på fødestuer, ville studien måtte omfatte svært mange kvinner og pågå i mange titalls år før man fikk resultater som kunne vise forskjell i perinatal eller neonatal død. Slike studier kommer man neppe til å få.

Man må altså bruke andre data. Det er godt dokumentert at det er færre instrumentelle forløsninger (keisersnitt og vakuump/tang) og mindre bruk av riestimulerende stoffer hos fødende som planlegger å føde på fødestuer. Vi vet at dette er intervensjoner som medfører økt risiko for komplikasjoner for mor og barn. Data fra norske fødestuer viser lite intervensjon, lav overflyttingsgrad og gode resultater for mor og barn.

Motstanden mot omgjøringsvedtakene fra 2003 står i sterk kontrast til oppslutningen om fødestuene ved sykehusene på Tynset (Sykehuset Innlandet) og i Odda (Helse Fonna) og de andre etablerte fødestuene. Fødeavdelingen på Tynset ble gjort om til fødestue i 1997 mens Odda la om til fødestue i 2002. Begge steder var det klart at fødeavdelingen ville bli lagt ned, og fagfolkene etablerte på svært kort tid et fødetilbud som lokalbefolkning og fødende sluttet opp om. På Tynset føder rundt 70 % av fødepopulasjonen. Odda, som er en forsterket fødestue med beredskap for keisersnitt, tar hånd om 80 % av de fødende. Fødestuen er en integrert del av fødetilbudet i Helse Fonna og har bedre resultater for lavrisikofødende enn Haugesund og Stord, de to fødeavdelingene i foretaket.

Det er altså mulig å få det til der beslutninger blir iverksatt og det er vilje blant fagfolkene til å bygge et fødestuetilbud. Da kan det bygges opp et tilbud de fødende har tillit til og etterspør. Fødestuene er driftsmessig robuste og kan tilby friske gravide en sammenhengende svangerskaps- og fødselsomsorg. Noen fødende vil måtte reise for å føde på en fødeavdeling, og noen vil ønske å reise til en fødeavdeling. Omgjøring til fødestuer er et grep som gjør det mulig å opprettholde et fødetilbud for de med normale svangerskap, samtidig som man sentraliserer risikofødslene.

En sentralisering av hele fødetilbudet vil være fullt forsvarlig de fleste steder. Vår vurdering er at det vil være et faglig fornuftig alternativ dersom man forlater fødestuemodellen. Det vil imidlertid være i strid med stortingsvedtakene om en desentralisert fødselsomsorg og med Soria Moria-erklæringen.

Lokalsykehusrapporten fremholdt behovet for strukturendringer innenfor fødselsomsorgen, men viste til at det var varslet en helhetlig strategi for dette feltet, og gikk derfor ikke videre med forslag. Forslagene i HODs problemnotat om ny strategi for fødselsomsorgen tyder på at departementet vil bevare dagens struktur.

I tillegg argumenteres det for at alle fødeinstitusjoner bør ha beredskap for keisersnitt og mulighet for epiduralbedøvelse, og for at skillet mellom fødestuer og små fødeavdelinger ikke er hensiktsmessig. Her er departementet langt inne i faglige diskusjoner som fagmiljøet må føre videre.

Vi er helt på det rene med at det departementet har presentert er et problemnotat til en strategi og ikke selve strategien. Rådets medlemmer har trukket seg og vil bare som enkeltpersoner være deltakere i den videre debatten. Vi vil kommentere følgende:

Det stor forskjell på seleksjon og håndtering av fødsler og komplikasjoner på en fødestue og en fødeavdeling, og retningslinjene for dette må være helt klare.

Hvis det skal gis epidural og gjøres keisersnitt ved alle fødeinstitusjoner (og man ikke skal sentralisere), må man basere enda flere institusjoner på vikarer enn i dag eller legge ned fødestuer - eller begge deler.

Hvis HOD mener det er faglige grunner til at man ikke bør omgjøre de minste fødeavdelingene til fødestuer, må man vurdere om det bør ha konsekvenser for de fødestuene som er i drift i dag.

Konklusjon

Etter vårt skjønn er de faglige vurderingene i "Faglige krav til fødeinstitusjoner", NOU 1998:9 "hvis det haster ... om akuttmedisinsk beredskap" og akuttmeldingen (St.meld. nr 43 1999-2000), fortsatt relevante og holdbare. Sttingsvedtakene i 2001 var fornuftige og det faglige grunnlaget for dem er ikke svekket.

Helse- og omsorgsdepartementet varslet høsten 2007 at de vil legge frem forslag for Stortinget om å justere vedtakene om nivådeling. Årsaken er at vedtakene har vært vanskelige å gjennomføre. Det faglige grunnlaget trekkes i tvil, men den faglige dokumentasjonen for departementets synspunkter mangler. Det foretas heller ingen analyse av helsemyndighetenes håndtering av omstillingsprosessene. Slik vi ser det har Helse- og omsorgsdepartementet i stor grad bidratt til at omstillingen stanset opp ved å ikke gi helseforetakene handlingsrom til å iverksette sttingsvedtakene.

Dermed fortsetter de mangeårige strukturproblemene i fødselsomsorgen som har vært utredet siden tidlig på 90-tallet. Flere små fødeavdelinger drives med utstrakt bruk av vikarer med variabel kvalitet. Disse bør omgjøres til fødestuer slik at risikofødsleene sentraliseres, eventuelt legges ned slik at alle fødsleene sentraliseres. Det siste er faglig forsvarlig, men er i strid med nasjonal helsepolitikk. Hvis man heller ikke skal gjøre om til fødestuer velger man å sementere et strukturproblem og påtar seg ansvar for et kvalitetsproblem.

Med vennlig hilsen

Pål Øian professor/avdelingsoverlege, Tromsø (tidligere leder)

Bjørn Backe (s) professor/overlege, Trondheim
Stine Bernitz (s) fag- og forskningsjordmor, Fredrikstad
Torunn Eikeland (s) seksjonsoverlege, Haugesund
Atle Klovning (s) fastlege/førsteamanuensis, Bergen/Oslo
Steinar Pleym - Pedersen (s) avdelingsdirektør, Gravdal
Lisbeth Strømme (s) avdelingsjordmor, Rjukan