

Framtidig svangerskaps-, fødsels- og barseomsorg i UNN HF

Sluttrapport fra lokal gruppe for svangerskaps-, fødsels- og barseomsorgen UNN HF.

Bakgrunn:

St. meld nr 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet.

Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. Helsedirektoratet april 2010.

Rammeverk for arbeidet med svangerskaps- fødsels- og barseomsorg i lokale arbeidsgrupper. Helse Nord 2010.

Mandat fra Helse-Nord gitt i brev 30.08.10 fra Arthur Revhaug, Trude Grønlund og Anca Heyd.

Gruppens medlemmer:

Martin Grønberg (overlege, Tromsø, leder), Lise Thomassen (avdelingsjordmor, Tromsø), Hanne Johansen (seksjonsleder Fødestua Sonjatun), Vivi-Ann Johnsen (avdelingsleder, Nordreisa kommune), Herbjørg Fagertun (enhetsleder Nordreisa kommune), Karin Næsvold (brukerrepresentant), Kari Fiske (seksjonsleder, Narvik), Ann-Marie Waldahl (seksjonsleder, Harstad), Hans Krogstad (overlege, Harstad), Anne-Grete Larsen (seksjonsleder, Fødestua i Midt-Troms), Anna-Sofie Chaboud (kommuneoverlege, Lenvik kommune), Bente Mietinen (plastillitsvalgt Tromsø, Norsk sykepleierforbund), Gunnbjørg Andreassen (jordmor, Tromsø).

Overlege Claus Klingenberg (Barne- og ungdomsklinikken, Tromsø) deltok i diskusjonen omkring pediatri-tjenesten.

Det var planlagt representasjon for overordnet samarbeidsorgan (OSO) og Dnlf, men ingen personer ble oppnevnt. Barseomsorgen er ikke utfyllende drøftet da kvalitetskravene her ufullstendige.

Det har vært avholdt to møter og det har vært stor grad av enighet innad i gruppen. Kun Vivi-Ann Johnsen og Hanne Johansen har valgt å uttrykke dissens.

Vi vil avgi følgende uttalelse:

Vi er glade for at det nå kommer kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF har spesielle utfordringer knyttet til dette, både geografisk og strukturelt. Vårt helseforetak omfatter én (liten) Kvinneklinikk, to (små) fødeavdelinger og to fødestuer hvorav én er liten (Fødestua Sonjatun) og én den største frittstående fødestue i landet (Fødestua i Midt-Troms). Alle er organisatorisk en del av Kvinneklinikken og derved Klinik for kirurgi, kreft og kvinnehelse,

UNN HF. Det er ingen forsterkede fødestuer i UNN HF. Alle enheter har samme fødedatasystem, men ikke felles (slik som er tilfelle for elektronisk pasientjournal), en klar ulempe i kvalitetsarbeidet. Det er heller ikke god integrasjon mellom elektronisk pasientjournal og fødedatasystem, dette kan gi opphav til brudd på journalforskriften.

Fødestallene for 2009 var som følger.

Fødestuer:

Fødestua Sonjatun: 27

Fødestua i Midt-Troms: 118

Fødeavdelinger:

Narvik: 263

Harstad: 395

Kvinneklinikk

Tromsø: 1481

Det skal nevnes at kvinner fra Nord- og Midt-Troms som føder i Tromsø ofte har sitt barselopphold ved en av fødestuene, og de har ofte hatt sine svangerskapskontroller her.

I videre omtale representerer betegnelsen UNN alle enhetene, mens omtale av enkeltsteder gjøres med tilføyelse av stedsnavn.

De foreslåtte kvalitetskrav (med de presiseringer som er gjort i rammeverket fra Helse Nord), vil, når de tas til følge, påvirke vår organisasjon. Ved endringer i andre lokale helseforetak, vil fødeinstitusjonene i UNN kunne påvirkes på en måte vi ikke har kunnet ta i betraktning.

Kompetansekrav

Ansvarsforhold

Jordmødre ved de to fødestuene er i dag ansatt i kommunene. Dette reguleres av samarbeidsavtaler. Selv om dette har fungert godt, anbefaler vi at avtalene revurderes. Det er uheldig at den som har ansvar (UNN HF), ikke er arbeidsgiver. Dette sees ikke som et stort problem i forhold til kvalitetskravene, men på sikt bør jordmorstillingene overføres til UNN HF, og det må lages avtaler som gjør at UNN kan selge tjenester til kommunene innenfor svangerskapsomsorgen (primærhelsetjeneste, jfr. nåværende ordning i Tromsø kommune).

Kurs, trening, hospitering

Dette anses i hovedsak allerede godt ivaretatt hva fødestuene angår. Det har ikke vært formaliserte krav til dette ved fødeavdelinger/kvinneklinikk. Det må legges til rette for at leger og jordmødre kan hospitere regelmessig ved andre enheter i foretaket (eller annet foretak), og for

fødestuejordmødrene må regelmessig hospitering være obligatorisk. Fødestua Sonjatun har de største utfordringene siden det er et lite antall jordmødre til å dele på oppgavene, samtidig som et lavt fødselstall øker behovet for hospitering. Det må være klare avtaler for dekning av lønn, reise og opphold ved hospitering. Likeledes må ansvarsforholdene være avklart. Det må også være klare krav til innholdet i hospiteringen

Kurstilbudet innenfor obstetikk er ikke stort for verken jordmødre eller leger (leger i spesialisering (LIS) har imidlertid obligatoriske kurskrav og kurstilbud). Lav bemanning i forhold til driftssituasjonen vanskeligjør også deltakelse. Dette kan ikke løses på annen måte enn å øke bemanningen. Fødestuejordmødre har spesielle behov som må ivaretas gjennom nasjonale kurs. De trenger også møteplasser. De regionale helseforetak må være pådrivere i organiseringen av dette. Det må også stilles til rådighet tilstrekkelige midler slik at fagpersonell kan delta på kurs, møter og konferanser.

Det må også finnes en klar plan for videre-, etterutdanning og kompetanseheving for andre yrkesgrupper i fødselsomsorgen, i hovedsak gjelder dette barnepleiere eller medarbeidere med tilsvarende funksjoner.

Egentrening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner på fødeavdelingen gjøres i dag ved de fleste fødeinstitusjoner i foretaket. Dokumentasjonen er ikke alltid tilfredsstillende, men dette lar seg løse. Det er sannsynligvis gunstig at alle enhetene gjør dette etter samme mal og med årlig innrapportering. Ved UNN Tromsø har man de siste år ikke kunnet prioritere regelmessige treninger på akutsituasjoner innen fødselshjelpen. Dette skyldes i hovedsak bemanningssituasjonen og andre prioriterte kvalitetsforbedrende prosjekter. Situasjonen har blitt akseptert siden akuttberedskap og faglig kompetanse er tilgjengelig til en hver tid.

Utarbeidelse av forpliktende planer er den eneste måten å synliggjøre ressursbehovet på. Siden slike planer for en stor del ikke er utarbeidet kan derfor dette ikke tallfestes i dag.

Det er regelmessig undervisning i resuscitering v/barnelege ved alle UNNs fødeinstitusjoner utenom Tromsø, og det gjøres egentrening som loggføres.

Kompetanseheving i primærhelsetjenesten

Ansvar er hos regionalt helseforetak. De lokale helseforetakene kjenner sine samarbeidspartnere best. Internt i foretaket finnes formelle og uformelle møteplasser, det gjelder å få til en god utnyttelse av disse. Kommunikasjonen mellom lokalt helseforetak og primærhelsetjenesten må forbedres. Her finnes i mindre grad formelle møteplasser. Disse må altså etableres, fortrinnsvis etter en regional modell med lokale tilpasninger. Det vil være naturlig å starte arbeidet med å invitere fastleger som allerede er tilknyttet foretaket via praksiskonsulentordningen, DMS og lignende til å delta i denne diskusjonen. Det foreligger allerede en prosjektrapport fra UNN-Tromsø (2010), "Helhetlig svangerskaps- fødsels- og barselomsorg", som kan gi veiledning i hvordan slik samarbeid etableres.

Fastlegene kan ikke tvinges til å ta i mot våre tilbud, det er derfor viktig at de oppfatter det som tilbys som interessant og nødvendig. Vi har heller ikke god nok oversikt over hva som er deres behov. Det samme gjelder de kommunejordmødre som ikke er tilknyttet en fødeinstitusjon. Kontakt mellom disse og helseforetaket er ikke organisert. Det kan den bli, men ikke uten en forutgående kartlegging av behov.

Bemanning

Gynekologer

Tromsø

14 årsverk for fast ansatte gynekologer (hvorav 4 tilknyttet gynekologisk kreftavdeling), 8 årsverk for LIS Det er i dag 8-delt tilstedevakt både for overlege og LIS, kravene til Kvinneklinikk er altså oppfylt. Overlegene knyttet til gynekologisk kreftavdeling har ikke vakter ved fødeavdelingen. Avdelingen har svært lite vikarbruk, og vaktbelastningen blir uforholdsmessig høy i perioder med ferieavvikling. Det er mulig å gå ut av vakt ved fylte 58 år, og hittil har én overlege benyttet seg av dette.

Kvalitetskravene legger opp til en sentralisering av risikofødsler, og belastningen på avdelingen dersom disse kravene opprettholdes, måtte vil økes. Det er tendens til økende spesialisering når det gjelder håndtering av risikosvangerskap. Det er ikke lenger slik at "alle gjør alt". Det er derfor behov for å styrke legebemanningen i Tromsø. Det sies i "Et trygt fødetilbud": Bemanningen i kvinneklinikkene må styrkes som følge av mer sentralisering av fødslene og økt kompleksitet i pasientgruppen" Tromsø utdanner hele tiden gynekologer, men dette har i liten grad kommet andre avdelinger i UNN til gode. Det må arbeides med en rekrutteringsstrategi som gjør UNN HF attraktivt for gynekologer.

Narvik

1.6 årsverk for fast ansatte overleger, ingen LIS. Det er utstrakt vikarbruk for å gjennomføre en 3-delt vaktturnus, men i hovedsak kjente vikarer. Kvalitetskravene tilsier fire heltidsansatte gynekologer i firedelt vakt. Selv om det åpnes for noe vikarbruk er dette meget utfordrende. Rekruttering har vist seg vanskelig. Det er også spørsmål om det lave fødselstallet kan forsvare en slik kapasitet på gynekologsiden, det vil bli lite praktisk fødselshjelp på hver.

Harstad

4 årsverk for fast ansatte overleger, av disse er 2,5 besatt, men bare to er for tiden vaktbærende. Én overlege pensjoneres om kort tid. I tillegg to årsverk (én hjemmel) LIS. Utstrakt vikarbruk for å bemanne 4-delt vaktordning, i hovedsak kjente vikarer. Kvalitetskrav, som nevnt over, krever at alle stillinger fylles. Harstad har tidligere klart å rekruttere spesialister, men det er noe usikkert hvordan situasjonen er i dag. Satsing på egne LIS er sannsynligvis det mest bærekraftige, men tar også lengre tid.

Jordmødre

Fødestua Sonjatun 5,3 jordmorårsverk, hvorav 2,3 i kommunene.

Fødestua i Midt-Troms 7 jordmorårsverk, hvorav 1,6 i kommunene.

Narvik 7,75 jordmorårsverk, hvorav 1,1 i kommunene.

Harstad 12,5 jordmorårsverk, hvorav 1,5 i kommunene.

Tromsø 33,65 jordmorårsverk, hvorav 2,9 i kommunene.

Rammeverket presiserer at alle kvinner bør ha en jordmor hos seg i aktiv fase av fødselen. Dette tilsier økt bemanning av jordmødre, kanskje særlig i Tromsø., men samlet vil et slikt krav føre til økt jordmorbehov generelt. Det skal være slik at det er "tid til faglig fordypning, kvalitetsarbeid i avdelingen, opplæring av kolleger". Videre: "En jordmor må ha ansvaret for fagutviklingen". Dette er krav som ikke imøtekommes med dagens bemanning, kanskje spesielt i Tromsø, hvor det i tillegg skal være plass til undervisning av medisiner- og jordmorstudenter.

Anestesi- og operasjonspersonell

Kvinneklinikken i Tromsø oppfyller de foreslåtte krav. Harstad og Narvik oppfyller i hovedsak kravene som presisert i rammeverket, men det er usikkert om katastrofekeisersnitt kan utføres innen 15 min. Dette vil kreve at anestesilege og operasjonssykepleier rutinemessig tilkalles sammen med gynekolog i alle situasjoner der det kan bli aktuelt med operativ forløsning. (Personell i hjemnevakt kan vanskelig pålegges raskere responstid enn 30 min). Verken Harstad eller Narvik har barnelege. Resuscitering av syke nyfødte utføres av jordmor og anestesipersonell. Det må derfor finnes en plan for opplæring og trening av disse slik at dette fungerer også i perioder med høy vikarbruk.

Seleksjonskriterier

Disse finnes og er implementert i UNN. De nye kravene kan føre til mindre endringer i lokale seleksjonskriterier, men dette er uproblematisk

Pediatritjenesten

Barnelege finnes bare ved UNN -Tromsø. Fødestua i Midt-Troms må omorganisere slik at friske nyfødte undersøkes av et fåtall leger med interesse for faget. Dette kan gjøres ved å inngå avtale med fastleger lokalt som allerede har tilknytning til UNN via andre avtaler. Dagens ordning, der denne undersøkelsen foretas av veiledet turnuskandidat, er utilfredsstillende. Det må videre påses at nyfødte v/UNN-Tromsø er undersøkt før evt. tidlig utreise selv om dette ikke erstatter undersøkelse tredje dag. For øvrig foregår undersøkelse av friske nyfødte på en tilfredsstillende måte ved UNNs fødeinstitusjoner. Harstad har i tillegg ambulerende barnelege fra Tromsø.

Neonatalservice fungerer i hovedsak godt, men det er problematisk at nyfødt-intensivavdeling flere ganger årlig stenges av kapasitetshensyn. Det må utredes om UNN-Tromsø har en nyfødt-intensivkapasitet som står i forhold til behovet, men det kan se ut til at denne uansett må styrkes.

Følgetjeneste

Mange fødende i UNNs opptaksområde bor innen 1.5 times reisetid til fødested. De største avstandene finnes i Nord-Troms. Følgetjenesten i Nord-Troms ivaretas i dag av jordmødre tilknyttet Fødestua Sonjatun, og dette har gjennom mange år vist seg som en robust ordning. Følgetjeneste i deler av Midt-Troms og Senja ivaretas av jordmødre fra Fødestua i Midt-Troms, dette har også fungert godt. Disse ordningene må videreføres. Det gjenstår da for UNN å etablere forpliktende samarbeidsavtaler med kommunehelsetjenesten i de kommuner som ikke omfattes av

fødestuesamarbeidet. Vi antar at UNN ikke er det eneste foretak i denne situasjonen, og at regionalt helseforetak legger føringer for denne prosessen. Først når behovet er kartlagt, kan interkommunale løsninger vurderes. Det er sannsynlig at dette vil gi behov for styrking av kommunejordmørtjenesten i noen kommuner. Vi deler den regionale arbeidsgruppens oppfatning av at jordmor sannsynligvis er best egnet til å vurdere transportbehovet. Imidlertid kan vi ikke lage krav som medfører at vakthavende lege ikke kan foreta denne vurderingen hvis jordmor ikke er tilgjengelig.

Implementering i foretaket

Det må legges til rette for bedre elektronisk kommunikasjon mellom kommunejordmødre, fastleger og spesialisthelsetjeneste i lokalt helseforetak utover det som gjelder enkeltpasienter og som ivaretas av elektronisk pasientjournal. Noe foreligger, men er lite kjent og brukes lite, et klart tegn på at det ikke er godt nok. Et optimalt samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste krever IKT-løsninger som ikke lar seg gjennomføre av personvern hensyn. Igjen er det slik at UNN neppe er alene om dette problemet, og det må kartlegges hvordan andre foretak har løst dette. IKT-avdelingen er en sentral medspiller her.

De foreslåtte kvalitetskrav vil føre til økt bemanningsbehov flere steder, og rekruttering (både av leger og jordmødre) kan bli et sårbart punkt. Det er derfor nødvendig å se på fødselsomsorgens struktur. Vi har diskutert følgende alternativer og vektlagt både kvalitetskrav og geografiske hensyn:

- 1) **Alle fødeinstitusjoner beholdes, men styrkes for å møte kvalitetskravene.** Dette medfører en styrking av jordmorbemanningen i alle institusjonene. Det medfører også at gynekologdekningen i Harstad og Narvik styrkes betydelig. I Et trygt fødetilbud anføres det "tilkallingstid for gynekologer på maksimalt 20 minutter". Dersom dette kravet blir stående kan det kreve omlegging til tilstedevaktordning også ved fødeavdelingene. Det vil også være nødvendig med oppgradering av anestesi- og operasjonsstueberedskap både i Harstad og Narvik. Denne modellen er minst krevende i forhold til ledsager-/følgetjeneste.
- 2) **Det gjøres endringer i nåværende fødestruktur.** Ut fra antall fødsler er det en mulig løsning å endre fødetilbudet ved Sonjatun slik at fødsler ikke lenger planlegges dit. Flertallet av kvinner i Nord-Troms føder i dag ved UNN-Tromsø. En slik endring vil derfor ikke gi et særlig større behov for følgetjeneste. Dette alternativet vil kunne gi et økt behov for ambulansetjeneste (inkl. luftambulansetjeneste).
- 3) **Det gjøres endring i nåværende fødeavdelingsstruktur.** Rekruttering av det nødvendige antall gynekologer må antas å være vanskelig. I prinsippet kan to endringer være mulige:
 - a) Én fødeavdeling fjernes helt, og den gjenværende overtar alle funksjoner fra denne.
 - b) Alternativt kan én fødeavdeling omgjøres til fødestue og én avdeling beholdes. Dersom alle legehjemler overføres fra en avdeling til en annen, vil sistnevnte være bemannet i henhold til kvalitetskravene. Det vil også være mulig å beholde poliklinisk gynekologi på det stedet som

mister sin fødeavdeling. Jordmorsituasjonen er noe mindre avklart, men behovet kan komme til å øke ved begge de berørte steder.

- 4) **Endring i både fødestruktur og fødeavdelingsstruktur.** Dette vil i praksis innebære at det gjennomføres tiltak som skissert i punkt 2 og 3 over.

Det synes ikke fornuftig eller realiserbart at 8 spesialister (+LIS) på to sykehus skal dekke et antall selekterte fødsler (lav til middels risiko) som er under halvparten av det samme antall spesialister dekker i Tromsø (inkl. alle med høy risiko) (Alternativ 1).

Vi mener også at alternativ 3a vanskelig lar seg gjennomføre. Det er her mulighet for flytting av ressurser fra den nedlagte til den gjenværende, men man kan ikke regne med at dette vil fungere fullt ut. Det vil også bli store avstander for en del fødende i Hålogalandsområdet med utfordringer for følgetjenesten.

Vi mener at alternativ 2, 3b og 4 er gjennomførbare. For alternativ 2 gjelder: Behovet for jordmødre i Nord-Troms vil sannsynligvis ikke bli mindre (følgetjeneste, beredskap og svangerskapskontroller), men vaktordninger kan endres noe. Nedleggelse av fødetilbudet vil kunne gi dårligere forhold for rekruttering av jordmødre til Nord-Troms. For alternativ 3b gjelder: Den avdeling som omgjøres til fødestue, vil anslagsvis ha et fødselstall på ca 40 % av det opprinnelige. Samtidig vil behovet for jordmorledsager øke. Den avdeling som beholdes, vil få økt antall fødende og trenger styrket bemanning (også innenfor anestesi/operasjon, men det vil kun gjelde ett sykehus). Det vil kunne gi rom for flere LIS, noe som må antas være rekrutteringsmessig gunstig. Større volum og fagmiljø vil også kunne virke positivt på rekruttering av både spesialister og LIS. Disse betraktningene gjelder også alternativ 4.

Regionalt helseforetak må velge hvilke endringer som skal foretas for å møte kvalitetskravene. Når dette er gjort, kan lokale helseforetak starte arbeidet med praktisk organisering av tjenestetilbudet. Helhetlig omsorg og ansvar for følgetjeneste vil også kreve forvaltningsmessige ressurser som må forankres i klinikkstrukturen.

Dissens:

Hanne Johansen og Vivi-Ann Johnsen anfører:

DMS Nord-Troms ønsker å opprettholde fødestuens tilbud i nåværende form for fortsatt å gi et samlet tilbud innen den desentraliserte fødselsomsorgen. Begrunnelsen er at fødestuen ligger tre timer unna UNN-Tromsø (noe som for noen brukere medfører 4-5 timers reisevei), og derfor må ha en god akuttberedskap. Det å beholde og rekruttere jordmødre kan bli vanskeligere ved en eventuell nedgradering av dagens tilbud i forhold til kontinuitet og kvalitet. For å oppfylle kravene ber vi om at nåværende 30 % stilling for jordmor økes til 100 %, slik at det til sammen blir seks hele stillinger. Med seks stillinger skal hospitering ved større institusjoner og følgetjeneste kunne ivaretas.

Tromsø 01.11.10
For arbeidsgruppen
Martin Grønberg

