



STRATEGI 2020 HELSE MIDT-NORGE – INNSPILL TIL HØRINGSUTTALELSE FRA DEN NORSKE JORDMORFORENING I NORD- TRØNDELAG.

Synspunkt på forslag til Strategi 2020 Helse Midt Norge:

BARNEAVDELINGEN I HELSE-NORD-TRØNDELAG:

Den Norske jordmorforening i Nord-Trøndelag (Dnj NT) ser med bekymring på forslaget i Strategi 2020 om å redusere antall fødeavdelinger og å legge ned barneavdelingen i Levanger. Forslaget vil ramme hele Barne- og familieklubben i Helse Nord-Trøndelag (HNT).

Gravide og fødende kvinner får et svært redusert fødetilbud i fylket, og premature og syke nyfødte må til St. Olavs hospital for innleggelse. Manglende rekruttering av barneleger og gynekologer vil få negative konsekvenser for kvinnehelse, BUP og Habiliteringstjenesten for barn og unge.

Strategi 2020 foreslår Barneavdelingen omgjort til 5 dagers post uten akuttfunksjon. Begrunnelsen er uttalelsen fra fagnettverket i pediatri om at det ikke er pasientgrunnlag for mer enn to barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap i Helse Midt-Norge (HMN). Dette er tilbakevist ved HMN's egne tall fra 2008 som viser at antall ø-hjelpsinnleggelser ved 4 barneavdelinger i regionen var som følger;

St.Olavs hospital: 3302, **Levanger: 1360**, Ålesund: 882, Kristiansund: 879

Etter medieomtale har HMN nå lovet å ta inn et nytt og endelige dokument fra fagnettverket i pediatri hvor de gir riktige faktaopplysninger som vil legges til grunn for vedtak av Strategi 2020 i HMN.

En omlegging til 5 dagers post betyr i realiteten en nedleggelse av både kuvøseavdelingen og barneavdelingen ved Sykehuset Levanger med omfattende konsekvenser.

Rekruttering:

Uten akuttfunksjon vil barneavdelinga miste sin godkjenning som utdanningsinstitusjon for barneleger, og det vil bli svært vanskelig å oppfylle målet i Strategi 2020 om å ha "faglig sterke, stabile og oppdaterte fagmiljø for å rekruttere og beholde medarbeidere".

Barneavdelinga har per i dag 5 overleger i bakvakt, og har de siste årene hatt en god rekruttering av ass.leger med mange søkere på utlyste stillinger. Tilgangen på ferdige spesialister forventes dermed å bedres i løpet av de nærmeste 2-3 årene. Forslaget om å legge ned akuttfunksjonen ved barneavdelinga har allerede skapt usikkerhet og ført til at ass.leger ikke tør satse på pediatri og gynekologi som spesialitet. Rekrutteringsproblemet vil på sikt bety nedleggelse av barneavdelinga.

Nedleggelse av kuvøseavdelinga:

Kuvøseavdelinga ved Sykehuset Levanger har ca 120-140 innleggelser pr år. Den tar hånd om premature ned til uke 30 og andre syke nyfødte. Noen har behov for noen få dagers innleggelse, mens andre trenger behandling i mange uker. En omlegging til 5- dagers post uten akuttberedskap fra fredag til mandag vil i praksis bety nedleggelse av kuvøseavdelinga.

Det er urealistisk å flytte premature og syke nyfødte i kuvøse eller seng til St. Olavs eller Ålesund på fredag for så å hente dem igjen på mandag morgen.

Hvordan oppleves det for foreldre med syke nyfødte, og for syke barn å reise mellom sykehus, å forholde seg til stadig nytt personale, og å være langt borte fra resten av familie og nettverk i en sårbar fase?

Kuvøseavdelinga har de siste årene vært avlastningsavdeling for premature og nyfødte fra St.Olavs hospital når kapasiteten der ikke har strukket til. Uttalelser fra fagmiljøet i Trondheim viser at det ikke er kapasitet til å ta imot premature og syke nyfødte fra Nord-Trøndelag. Disse kan risikere å bli sendt til Ålesund. Det samme vil gjelde for større barn ved barneavdelinga som blir innlagt for lengre perioder, eller i helg. Barneavdelinga i Levanger har også over 5000 polikliniske konsultasjoner pr. år.

Dnj NT stiller derfor spørsmål om hvilke planer HMN har for å imøtekomme det økte kapasitetsbehovet ved kuvøse- og barneavdelinger i Trondheim og Ålesund? Hvorfor skal man evt. koste på utbygging av nye avdelinger og øking av fagpersonell der når det allerede finnes slike avdelinger i Levanger og Namsos som leverer høy kvalitet på de tjenestene vi er selektert til å utføre? Nedleggelse av akuttfunksjonen ved kuvøse- og barneavdelinga betyr å overføre premature og syke barn som ikke har behov for universitetskompetanse til et sykehus med høyere kostnadsnivå. Dette er ikke i tråd med målene for Strategi 2020.

BUP og Habiliteringstjenesten for barn og unge har et utstrakt samarbeid med barneleger og spesialsykepleiere fra barneavdelinga. BUP er avhengige av å ha barnelege i døgnvakt. Mange barn med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer har behov for hyppige innleggelse, og vil bli unødig hardt rammet dersom HMN's forslag til strategi blir vedtatt.

Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten: Barneavdelinga fungerer som en rådgivende ressurs for helsetjenesten i kommunene i fylket hvor det er få spesialister innen pediatri. En nedleggelse vil skape mye usikkerhet om hvem som kan innlegges, om samhandling og oppfølging.

REDUSERT FØDE- OG GYNEKOLOGITILBUD I NORD-TRØNDELAG:

Strategi 2020 foreslår ”å redusere antall fødeavdelinger for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdeling skal tas med i vurderingen.”

Rapporten ”Et trygt fødetilbud” foreslår strenge kriterier for hvem som kan føde ved fødeavdeling uten døgnbasert akuttbereidskap ved barneavdeling. Fødeavdelinga i Levanger tar i dag imot premature ned til uke 30. Uten kuvøseavdeling vil premature fra uke 35 måtte dra til St.Olavs hospital. Det samme gjelder for gravide og fødende med risikofaktorer som beskrevet i seleksjonskriteriene i ”Et trygt fødetilbud”.

Ved en omlegging til fødestue vil 40-60% av de fødende måtte reise til St.Olavs hospital for å føde. For Sykehuset Namsos utgjør det 170-270 (av totalt ca 430), og for Sykehuset Levanger utgjør det 400-600 (av totalt 1000). Vil det bety at risikogravide må reise til fødestedet i god tid før termin og bo på pasienthotell i påvente av fødsel? Eller vil det medføre økt antall induksjoner av fødsel? For gravide, fødende og deres familier betyr det mye å ha nærhet til sitt lokalsykehus og fødeavdeling.

Følgetjeneste og transportfødsler:

I Strategi 2020 står det at ”en aktivt må sette inn tiltak som hindrer transportfødsler”.

Dnj NT er bekymret for de lange avstandene mange gravide og fødende i Nord-Trøndelag må reise for å føde i Trondheim, og for økende antall transportfødsler.

(Tilleggsinformasjon:

Sykehuset Namsos hadde 55 transportfødsler de siste 5 år. I 2009 fødte 46 kvinner innen to timer etter ankomst. I nedslagsfeltet til Sykehuset Namsos har 136 gravide/fødende reisevei over 1,5 timer og dermed krav på følgetjeneste pr. i dag. Dersom 50% av fødekvinnene selekteres fra Namsos til Levanger vil 275,5 ha behov for følgetjeneste ved fødsel. 54,5 av disse har reisetid over 3 timer.

Dersom 60 % selekteres til Levanger vil 293,2 ha behov for følgetjeneste og 65,4 ha reisetid over 3 timer. Dersom de må til St. Olavs hospital øker reisetiden ytterligere med 1 time og 15 min. For kvinner lengst nord i fylket utgjør dette opp til 5 timers reisevei.

Over 70 % av befolkningen i Nord-Trøndelag bor i nedslagsfeltet til Sykehuset Levanger. Her har det vært ca 6-8 transportfødsler pr. år. Ved omlegging til fødestue i Levanger vil en prøve å få fødende fra Steinkjer og nordover til å føde ved Sykehuset Namsos. Erfaring tilsier at dette blir vanskelig, og at pasientstrømmen istedet vil gå til St. Olavs hospital. Vi har ikke regnet på hvor mange som har behov for følgetjeneste fra området rundt Sykehuset Levanger, men av 400-600 vil det være en god del.)

Vi har fått signaler fra fagmiljøet på St. Olavs hospital at de heller ikke har kapasitet til å ta imot så mange fødende fra Nord-Trøndelag.

For jordmødre i kommunene med beredskapsvakt og følgetjeneste vil en større andel av stillingen gå med til å følge den gravide eller fødende inn til fødested der reisetiden overstiger 1,5 timer. Betydelig lengre reisevei betyr økt risiko for fødsel underveis. Det er både en psykisk og fysisk belastning for den fødende å ligge på en smal bære med økende rier flere timer i en ambulanse, ofte på veier med dårlig standard. Det vil også bety et økt ansvar for jordmor med følgetjeneste ved fødselskomplikasjoner underveis. En ambulanse er ikke et "minisykehus" som noen synes å mene. Ved fødselskomplikasjoner kreves andre fasiliteter og utvidet kompetanse som en ambulansetjeneste ikke har mulighet for å gi.

På landsbasis regner en med at dårlige værforhold vil gjøre transport med ambulanse-helikopter umulig i minst 10% av tilfellene. For klimaharde kystområdene i Nord-Trøndelag vil dette tallet sannsynligvis være høyere. I det siste har askeskyer også vært til hindring for helikoptertransport. Ambulansehelikopter er ikke egnet for fødsel da det er for trangt, og må ned for å lande hvis det blir fødsel underveis.

En sentralisering av fødselshjelpen vil medføre økte transportutgifter, og så langt vi vet finns det ikke oversikter over kostnadene dette vil medføre. HNT har heller ikke budsjettert for dette i inneværende år.

Koordinere fødetilbud med andre regioner: Pga redusert fødetilbud i Nordland drar kvinner fra Bindal og sørlige del av fylket til Sykehuset Namsos for å føde.

Redusert gynekologitilbud: Fødselsfaget kan ikke sees isolert fra gynekologifaget, som utgjør et stort volum og er et viktig helsetilbud til kvinnene i fylket. Et redusert fødetilbud i fylket vil medføre problemer med å rekruttere gynekologer. Et poliklinisk tilbud basert på innleie av vikar-leger vil gi et redusert gynekologitilbud til kvinnene i distriktene, og føre til store ulikheter i forhold til tilbudene kvinnene i de større byene får fra sykehusene og avtalespesialistene der. Ved å opprettholde føde- og gynekologiavdelingene ved sykehusene i Nord-Trøndelag sikrer man et likeverdig gynekologitilbud.

Rekruttering av spesialister i gynekologi og fødselsfag: De siste årene har rekrutteringen av gynekologer bedret seg, og med flere assistentleger i ferd med å spesialisere seg innen gynekologi, er utsiktene til kvalifiserte overleger bedre enn på lenge.

Motsatt, ved omgjøring til fødestue og fødeavdeling uten barneavdeling vil det igjen bli svært vanskelig å rekruttere og beholde gynekologer ved sykehusene.

I dag er flere utdanningsstillinger ved de største sykehusene besatt av ferdig utdannede overleger. Målet bør være at utdanningsstillinger benyttes av utdanningskandidater for å gi

disse et forutsigbart utdanningsløp. Kanskje kan dette også gi bedre rekruttering av spesialister til sykehusene i distriktene?

Strategi og økonomi: Dnj NT forventer at Helse Midt-Norge RHF vedtar å opprettholde og finansiere akuttberedskapen ved barneavdelinga i Levanger og begge fødeavdelingene i Nord-Trøndelag. Dnj NT vil understreke at ved en evt. omlegging til fødestue bør beslutning om plassering ikke delegeres til Helse Nord-Trøndelag HF.

Dnj NT etterspør en konsekvensanalyse der man ser på kapasitet og kostnader når det gjelder:

- økt behov for pasientplasser og personell ved St.Olavs hospital og Ålesund sykehus,
- transport og psykososiale virkninger for syke barn og for foreldre som må flytte mellom sykehus fra Nord-Trøndelag til St.Olavs hospital eller Ålesund sykehus.

Dnj NT ber Helse Midt-Norge RHF vedta å opprettholde og finansiere akuttberedskapen ved barneavdelinga og to fullverdige fødeavdelinger i Nord-Trøndelag de neste ti årene for å sikre kvinner, nyfødte og unge et trygt helsetilbud. Bare slik kan fagpersonell og andre satse på å søke jobb og bosette seg i fylket for å bli! Bare slik kan HMN RHF opprettholde befolkningens tillit til at de får helsehjelp – når de trenger den!

Det synes vi befolkningen i Nord-Trøndelag har krav på og fortjener!

Utfordringer og muligheter.

Befolkningens sammensetning og behov endres:

Dnj NT mener å se økende forekomst av spesifikke og sammensatte lidelser hos gravide og fødende som f.eks fedme, diabetes, fødselsangst, psykososiale lidelser og rusrelaterte problemer. Det er også asylmottak flere steder i fylket og bosetting av folk fra andre land. Vi møter derfor økende antall utenlandske kvinner og med behov for tilrettelegging i form av bl.a tolketjeneste, kulturforståelse og ekstra oppfølging i svangerskap, under fødsel og etter hjemkomst.

Det er viktig å fange opp kvinnene med spesifikke og sammensatte lidelser (og familien deres) tidlig i svangerskapet for å kartlegge behov, forebygge og behandle. Dette er ressurskrevende, men viktig med tanke på familiens utvikling og barns oppvekstvilkår. Det krever en sammenhengende helsetjeneste for svangerskap, fødsel og barselid som foreslått i Stortingsmelding 12. Det forutsetter et nært samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å løse disse utfordringene.

I Nord-Trøndelag har man et godt grunnlag for dette. Kommunejordmødrene jobber tett sammen med sykehusene, og i mange tilfeller er jordmødre fra sykehusene leid ut til kommunejordmortjenesten.

Det er opprettet familieambulatorier ved begge sykehusene som vektlegger å følge opp gravide, fødende og barn hvor det er rusrelaterte og psykososiale problemer. Dette har utgangspunkt i tverrfaglig samarbeid mellom BUP, føde- og barneavdeling.

Økte krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering:

Dnj NT ser positivt på at det stilles høye kvalitetskrav til helsetjenester til gravide, fødende, nyfødte og syke barn. Vi arbeider kontinuerlig for at disse skal få helsetjenester av svært høy kvalitet, og ser at vi vil klare å imøtekomme de kvalitetskravene som stilles i rapporten "Et trygt fødetilbud", forutsatt fortsatt drift av kuvøseavdeling og fødeavdelinger i Nord-Trøndelag.

Gyn-, føde- og barselavdelingene i fylket er i gang med å ISO-sertifisere seg som de første i landet nettopp for å imøtekomme kravene til høy kvalitet og sikkerhet på tjenestene.

Vi tror at en høy faglig standard kombinert med nærhet, tilgjengelighet, kontinuitet og vennlighet og respekt gir kvinner, barn og familier en opplevelse av å få den hjelpen de trenger – når de trenger den. Det skaper forutsigbarhet og trygghet.

Levanger, 20.05.2010

For styret i Den norske jordmorforening i Nord-Trøndelag

Lise Bentzon, leder.

Ann Margareth Haugen, sekretær.