



Direktøren

Styresak 75/11

Fødetilbudet i Lofoten - oppfølging av RHF-styrets sak 31-2011

Saksbehandler:
Paul Martin Strand

Saksnr.: 2010/1791
Dato: 09.09.2011

Bakgrunn for saken:

Helse Nord gjorde i sak 31/2011 slikt vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 113-2010 Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord – konsekvenser av forslag til nasjonale kvalitetskrav, oppfølging av styresak 60-2009/3 og styresak 56-2010* og Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.
2. Styret i Helse Nord RHF vil understreke nødvendigheten av at kvaliteten på tjenestene er i tråd med nasjonale faglige krav og ønskeligheten av å opprettholde en desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord.
3. For å sikre en kvalitet på tjenesten som er i tråd med veilederen og opprettholde en bærekraftig desentralisert fødselsomsorg ber styret i Helse Nord RHF adm. direktør om å utarbeide en regional tiltaksplan for å utvikle fødselsomsorgen. Utdanning, rekruttering og stabilisering av fagfolk er de mest sentrale temaer.
4. Handlingsplanen skal synliggjøre økonomiske og personellmessige konsekvenser av de tiltak som foreslås iverksatt. Før planen, med forslag til framtidig organisering av fødselsomsorgen i landsdelen behandles av styret i Helse Nord RHF, skal det gjennomføres en omfattende høringsrunde.
5. Styret i Helse Nord RHF vil særlig understreke utfordringen med rekruttering av spesialisert helsepersonell. I handlingsplanen må en særlig grundig vurdere framtidsperspektivene på dette området og hvilken betydning personellsituasjonen har for mulighetene for å oppfylle kravene til kvalitet i Helse Nord desentraliserte fødselsomsorg, og hvilke tiltak som kan settes i verk. Rekrutteringsprosjektet innen fødselshjelp og kvinnesykdommer blir her særlig viktig.
6. **Nordlandssykehuset Lofoten videreføres som jordmorstyrt fødestue. Kirurgisk akuttberedskap/gynekolog i vakt skal kunne gjennomføre nødkeisersnitt, jfr. premisene i saksutredningen. Nordlandssykehuset HF bes om å følge dette opp.**
7. Det etableres et fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Rådet skal definere felles retningslinjer ved implementering av kvalitetskrav som trenger avklaring på overordnet behov (jfr. oversikt i saksbehandlingen) og være adm. direktørs rådgivende organ i spørsmål som er viktig for å sikre en god svangerskaps- og fødselsomsorg.
8. Helseforetakene skal i samarbeid med kommunene lage plan for å løse felles oppgaver, jfr. oversikt i saksbehandlingen.

9. Helseforetakene skal i samarbeid med kommuner lage avtaler som sikrer at følgetjeneste for gravide er ivaretatt. Avtalene skal bygge på forståelsen som er beskrevet i saksbehandlingen.

10. Et høringsnotat basert på denne styresaken sendes på bred høring. Styret ønsker innspill til den skisserte planen, før planarbeidet starter.

Vedtaks punkt 6. viser til 'premissene' i saksutredningen. Saksutredningen har ingen samlet framstilling av slike premisser, men under Adm.Dir's vurderinger finner man mellom annet:

" Nasjonale kvalitetskrav for fødselsomsorgen" omhandler en rekke områder. Implementering av en regional plan skal sikre at svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen har en slik standard at den enkelte fødende har rimelig lik sjanse til et forutsigbart og positivt utfall av hendelsen. Det er mange utfordringer i gjennomføringen av veilederen som vil kreve systematisk arbeid over flere år, før en er i mål. Veilederen skal implementeres regionalt i en lokal kontekst som også må reflektere avstander, kommunikasjonsmessige forhold m. m..

Særlig problematisk for alle fødeenheter i Helse Nord er tilgangen på helsepersonell og spesielt legespesialister i fødselshjelp. I den nasjonale veilederen heter det om dette:

- *Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger*
- *Vikarstafetter bør unngås*
- *Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer*
- *Korttidsvikarer benyttes kun unntaksvise i kortere perioder*
- *Vaktordningen skal som en hovedregel ikke være hyppigere enn 4-delt. Unntak fra dette kan bare aksepteres i kortere perioder. Det må sikres et tilstrekkelig antall leger til ordningen slik at det er mulig å ta hensyn til behovet for regulert fravær i form av ferier, avspasering og tid til faglig oppdatering/fordypning, herunder avtalefestede permisjoner og kurs*

Nasjonal veileder med nye kvalitetsmål erstatter tidligere krav, der nivået på den enkelte fødeenhet var bygd på antall fødsler pr. fødeenhet."

og spesifikt for Lofoten:

" Videre mener gruppen at Nordlandssykehuset Lofoten bør omgjøres til jordmorstyrt fødestue da veilederen sier at forsterkede fødestuer ikke lenger kan forsvares faglig." .. og "Når det gjelder Nordlandssykehuset Lofoten er det etter adm. direktørs vurdering nødvendig for Nordlandssykehuset umiddelbart å endre seleksjonskriteriene for fødsler i tråd med de som gjelder for jordmorstyrte fødestuer. Videre vil adm. direktør, for å komme trykghetsbehovet for befolkningen i møte, opprettholde en beredskap som i dag for å håndtere nødkeisersnitt. En slik beredskap oppfattes i seg selv ikke å være i strid med kvalitetskravene. Brudd på kravene skjer, når en gjennomfører keisersnitt/fødsler som skulle og kunne vært håndtert ved fødeenhet på høyere nivå. Nordlandssykehuset vil bli bedt om å følge dette opp."

Fra 2006 har fødertilbudet i Lofoten inkludert både øyeblikkelig-hjelp og elektive keisersnitt. Det nye vedtaket innebærer en endring av seleksjonskriteriene for fødsler i Lofoten tilpasset jordmorstyrt fødestue og opphør av elektive keisersnitt. Den medisinskfaglige beredskapen har frem til nå vært ivaretatt av den stedlige gynekolog i Lofoten samt sykehusets to faste generelle kirurger. Den faste gynekolog er nå innvilget permisjon til 01.06.2013.

Saken ble av ordførerne i Lofoten tatt opp i Regionalt samarbeidsorgan (RESO) første gang i mars 2011, umiddelbart etter Helse Nord RHF Styrets vedtak, i sak 16/2011. Ordførerne/ kommunenes representanter ga uttrykk for misnøye med prosess fra Helse Nord i forkant av vedtaket og misnøye med et vedtak som ble oppfattet å være en løsning 'ikke i samsvar med veilederens tydelige grenseoppgang mellom fødestue og fødeavdeling'. Videre ga ordførerne uttrykk for at den ønskede løsning var fødeavdeling ved Lofoten sykehus. Ordførerne ønsket å bli holdt orientert i den videre

prosess, de ønsket et møte med faglig (lokal og HF) og administrativ ledelse i Nordlandssykehuset for å drøfte saken.

Adm Dir NLSH HF opplyste at seleksjonskriterier for jordmorstyrt fødestue var under umiddelbar innføring, at NLSH HF lojalt ville følge vedtaket fra overordnet organ, men også at det var nødvendig med avklaringer med Helse Nord RHF rundt begreper benyttet i vedtaket. Videre ville NLSH HF holde RESO Lofoten orientert, og gjennomføre slikt møte ved anledning.

Saken har senere vært tatt opp under orienteringer/eventuelt i flere RESO møter. Siste gang i RESO møte den 05.09.2011 hvor NLSH HF møtte med bred representasjon fra faglig og administrativ ledelse lokalt og sentralt. NLSH HF orienterte her om de fire alternativer man i perioden har vurdert mht å effektivere Helse Nord Styrets vedtak i sak 31/2011 og hvilken løsning Adm Dir ved NLSH HF har besluttet, se i det følgende.

Nordlandssykehuset avga sitt hørings svar til 'Videre arbeid for å innføre nasjonale kvalitetskrav til fødselsomsorgen i Helse Nord' i brev til Helse Nord RHF av 31.05.2011, med oppfølgende brev til Helse Nord RHF av 30.06.2011, 01.07.2011 og 19.07.2011.

I brev til Helse Nord av 29.04.2011 bekreftet NLSH HF at seleksjonskriterier for jordmorstyrt fødestue var umiddelbart innført i tråd med premisene i Helse Nord's styresak 31/2011, videre ba NLSH HF om ***"et særskilt møte med Helse Nord RHF for å få eventuelt avklart og dokumentert at NLSH skal legge en annen definisjon av 'nødkeisersnitt' og/eller annen definisjon av 'nødvendig kompetanse enn veielederens' til grunn ved vår planlegging av mulig løsning i Lofoten"***.

Bakgrunnen for henvendelsen var et ønske om presisering av tre begreper anvendt i Helse Nord Styrets vedtak mht Lofoten. Disse var

- **'Nødkeisersnitt'** - fordi begrepet 'nød' ikke er brukt i helselovgivningen og ikke er vanlig terminologi knyttet til beskrivelse av hastegrad ved keisersnitt.
- **'Beredskap'** - da det var vurdert som viktig å klargjøre hva som konkret var forventet av dette tjenestetilbudet
- **'Kirurgisk akuttberedskap'** – fordi dette begrepet i Helse Nord Styrets vedtak ble anført parallelt med 'gynekolog'. Da kirurgisk akuttberedskap de facto er et tjenestetilbud og gynekolog er en spesialist kunne vedtaket forstås som å åpne for at beredskapen kunne ivaretas også av spesialister i generell kirurgi selv om veileder anbefaler at keisersnitt bør utføres av gynekologer

Behovet for å få slik avklaring var forsterket av at NLSH HF gjennom avslutning av en aktuell tilsynssak vedrørende Kvinneklinikken i Bodø var blitt kjent med at Statens Helsetilsyn i brev av 04.04.2011 til NLSH HF forutsatte at Helsedirektoratets faglige veileder, IS-1877, publisert 13.12.10, skulle legges til grunn som et kvalitetskrav til fødselsomsorgen allerede fra publikasjonstidspunktet. Videre framkom det i Statens helsetilsyn sin avgjørelse følgende:

"Kravet til forsvarlige helsetjenester innebærer blant annet at virksomheten sørger for tilstrekkelig bemanning, herunder bemanning til å håndtere samtidighetskonflikter....Det bør imidlertid være rutiner for hva man skal gjøre og hvem som skal tilkalles hvis det oppstår en situasjon som krever medvirkning av flere erfarne leger"

Møte med Helse Nord RHF ved fagavdelingen ble avholdt ved NLSH 6. juni d.å. NLSH HF mottok deretter i e-post følgende presisering av begrepet nødkeisersnitt og beredskap for nødkeisersnitt:

Fagavdelingen i Helse Nord legger følgende definisjoner til grunn for forståelse av oppdraget:
Nødkeisersnitt:

keisersnitt som utføres i en nødsituasjon

- hvis pasienten ikke kan overflyttes pga av vær
- når situasjonen vurderes slik, at forløsning av medisinske grunner må skje raskere enn man klarer å gjennomføre med akutt transport

Beredskap for å utføre nødkeisersnitt:

- Krav til beredskap i henhold til krav for beredskap som foreligger på en fødeavdeling ved lavrisikofødsler. Det skal ikke forekomme risikofødsler på fødestuen med mindre det oppstår en nødssituasjon jfr. definisjonen ovenfor.
- Seleksjonskriterier for fødestuer i henhold til krav i veileder "Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner" skal alltid følges.

NLSH HF vurderte dette svar slik at det fortsatt var åpent/uklart om vedtakets bruk av begrepet 'Kirurgisk akuttberedskap' kunne forstås som å åpne for at beredskap kunne ivaretas av spesialister i generell kirurgi.

NLSH HF har i prosessen fram til Adm Dir's beslutning vurdert fire alternative løsninger for å effektivere Helse Nord Styrets vedtak i sak 31/2011.

Alternativ 1. Videreføre beredskapsløsning slik den har vært praktisert i Lofoten fra 2006.

- En slik løsning ville måtte håndtere det forhold at innføring av seleksjonskriterier for jordmorstyrt fødestue medfører at de to kirurgene og gynekologen ikke lengre ville kunne vedlikeholde sin kompetanse gjennom elektive keisersnitt foretatt i Lofoten. De foregående år har dette vært 10-15 pr år. I 'høringsuttalelse til Helse Nord RHF fra kirurgene med keisersnittberedskap ved Gravdal sykehus' har kirurgene selv omtalt dette slik (pkt 2 av 5):

"Teamtrening er ett sentralt element i kvalitetssikring av tilbudet. Dette er kjent fra akuttmedisin og ambulansetjenesten. Vi ser ingen grunn til at dette ikke skal gjelde keisersnittberedskapen. I nødsituasjoner må alt gå fort og velorganisert og dette fås best til i kjente arbeidsomgivelser hvor enhver kjenner til sine oppgaver. Det er urealistisk å forvente at ett team som sendes på hospitering på ett større sykehus vil få tilgang til håndtering av nødssituasjoner når en avdelingsansvarlig klinikkssjef ikke kjenner til den faglige kvaliteten til teamet. Og når hospitering bare omhandler gjennomføring av elektive keisersnitt så er teamtrening på lokalnivå mer effektiv. Det må også vurderes hvor realistisk det blir å sende ett team for trening når bemanningen til daglig er så marginal at dette vil kun være mulig med innleie av flere vikarer, leger, jordmødre, operasjonssykepleiere og anestesipersonell".

I brev til NLSH HF har kirurgene opplyst at de trer ut av dagens beredskapsordning fra 01.10.2011 med bakgrunn i manglende vedlikehold av kompetanse for keisersnitt etter at seleksjonskriteriene ble innført mars/april 2011. NLSH HF vurderer det verken praktisk eller økonomisk gjennomførbart å etablere en teamtrening mht keisersnitt (med tilstrekkelig frekvens og deltakelse) for det berørte personellet i Lofoten ved annet sykehus eller HF. En hospiteringsordning som sikrer tilstrekkelig antall keisersnitt for operasjonsteam og kirurger i Lofoten vil føre til at store deler av den operative beredskapen i Lofoten må hospitere ved andre sykehus i ukevis. Rent praktisk vil dette nærmest umuliggjøre å vedlikeholde akuttberedskapen på sykehuset i flere måneder av året.

- I og med RHF's presisering av beredskapskravet til 'Krav til beredskap i henhold til krav for beredskap som foreligger på en fødeavdeling ved lavrisikofødsler,' kan det forventes at veilederens norm om "Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger" også vil gjelde den bemanning som inngår i beredskapsordning? Tilslutning fra Helsetilsynet vil i så fall å være nødvendig.

- I brev til NLSH HF har kirurgene anført at det er nødvendig at en fremtidig ordning med kirurger som del av keisersnittberedskapen skal godkjennes fra fagforeningene sin side. Med fagforeningene forstås her Norsk kirurgisk forening. Adm Dir NLSH HF anser det meget lite sannsynlig at Den Norske Legeforenings fagorgan (Norsk kirurgisk forening) skal fravike sitt tidligere standpunkt om at generelle kirurger ikke bør stå ansvarlig for å utføre keisersnitt ved norske sykehus.

Administrerende Direktør NLSH HF har ikke funnet å kunne beslutte en løsning som gitt i alternativ 1. Dette begrunnet i kompleksitet og usikkerhet gitt i foranstående punkter.

Alternativ 2. Ivareta beredskapskravet ved den jordmorstyrte fødestuen i Lofoten med fast bemanning slik en fødeavdeling med beredskap for lavrisikofødsler skal bemannes ifølge "Veilederen".

En slik løsning er omtalt i brev av 30.06.2011 fra NLSH HF til Helse Nord. Her forutsetter NLSH HF forsøksvis at Helse Nord's presisering av beredskapskravet 'i henhold til kravet for beredskap som foreligger på en fødeavdeling ved lavrisikofødsler' innebærer at det til enhver tid må være gynekolog i vakt ved NLSH Lofoten med en utrykningstid på 30 minutter.

NLSH HF anfører blant annet i dette brevet: *"Dette innebærer at NLSH må rekruttere ytterligere 3 gynekologer til Lofoten i tillegg til den faste gynekologen som er ansatt i dag slik at kravet om 4 faste gynekologer er oppfylt. Verken utdanningskapasitet eller rekrutterings erfaringer tilsier at det vil være mulig å bygge opp et tilfredsstillende stedlig gynekologmiljø i Lofoten på kort sikt. Bruk av korttidsvikarer, evt. fra byrå vil i overskuelig fremtid være den mest realistiske løsning. Dette er som kjent en ordning som ikke anbefales. I forhold til Helse Nord's styrevedtak av 24. mars 2011, hvor det er fokusert på utdanning, rekruttering og stabilisering av fagmiljø, er NLSH ikke i stand til å utforme en strategi som innen overskuelig fremtid skal kunne sørge for en komplett og stabil stedlig gynekolog bemanning i Lofoten. Det lave fødselstallet ved en jordmorstyrt fødestue i Lofoten er heller intet incitament for å trekke gynekologer til klinisk virksomhet ved fødestuen.*

Utover dette vil det være nødvendig med hospiteringsordninger både for de stedlige gynekolog(er) og operasjons- og anestesipersonell ved en større fødeavdeling eller kvinneklinikk for vedlikehold av kompetanse i å gjøre keisersnitt. Dette fordi en streng seleksjon i henhold til gjeldende seleksjonskriterier for fødestuer vil innebære at behovet for å gjøre nødkeisersnitt vil inntreffe svært sjeldent. Hyppigheten av slik hospitering bør etter vår oppfatning være 2 ganger per år. Nordlandssykehuset har laget følgende budsjettsskisse for 4 gynekologer i 100% stilling:

<i>4 gynekologer, inkl sos kostnader</i>	<i>kr</i>	<i>9,0 mill</i>
<i>Hospitering</i>	<i>kr</i>	<i>0,4 mill</i>
<i>Innleie v hospitering</i>	<i>kr</i>	<i>0,4 mill</i>
<i>Utstyr, kurs mv</i>	<i>kr</i>	<i>0,2 mill</i>
<i>Sum</i>	<i>kr</i>	<i>10,0 mill</i>

Man har da tatt utgangspunkt i "gjeldende pris i dagens marked" og ikke ordinær tariff lønn. Dette er et overslag – lønnsutfordringen kan være enda høyere."

Administrerende Direktør vurderer det lave fødselstallet ved en jordmorstyrt fødestue i Lofoten, og fraværet av elektive keisersnitt, til å være en meget utfordrende rekrutteringsbarriere i forhold til gynekologer til klinisk virksomhet ved fødestuen. Dette i en i utgangspunktet meget vanskelig rekrutteringssituasjon mht gynekologer i Nord-Norge.

Videre vil det ikke være mulig å finansiere en slik løsning innen HF'ets budsjettrammer og det vurderes ikke sannsynlig å få en slik løsning finansiert fra de regionale opptrappingsmidler for

fødetilbudet. Det samme forhold gjelder tilgang på NR nummer for gynekologer for HF og regionalt.

Administrerende Direktør NLSH HF har ikke funnet å kunne beslutte en løsning som gitt i alternativ 2.

Alternativ 3. Ivareta beredskapskravet ved den jordmorstyrte fødestuen i Lofoten ved ambulering av gynekologer fra Bodø og Vesterålen sykehus i fire/seks-delt-ukes-turnuser ved fødeavdelingen Lofoten sykehus.

Beredskap dekket av 2 stedlige gynekologer, hvorav minst 1 er del av en ambuleringsstafett fordelt på 4-6 faste personer fra Bodø og Vesterålen. Forbeholdet 'hvorav minst en' tar høyde for permisjon for den faste gynekolog.

- Vil i likhet med alternativ 1 innebærer at det til enhver tid vil være gynekolog i vakt ved NLSH Lofoten med en utrykningstid på 30 minutter
- Alternativet forutsetter at Veilederens 'Vikarstafetter bør unngås' ikke vil omfatte en beredskapsordning ivaretatt ved hospiteringer med gynekologer fra samme klinikk i samme HF.
- Alternativet forutsetter at hospiterende gynekologer ikke vil ha behov for teamtrening ved elektive keisersnitt med lokalt akutt team. Det øvrige operasjonsteamet i Lofoten må vedlikeholde sine kunnskaper gjennom den ordinære akuttkirurgiske virksomhet som er fundamentet for den generelle kirurgiske beredskapen ved sykehuset. Med trente og erfarne gynekologer i teamet vil disse kunne veilede ved sjeldne prosedyrer med keisersnitt.
- En slik ambuleringsordning forutsetter med dagens regelverk frivillighet men det kan være mulig å knytte nye stillinger for spesialister til en ambuleringsplikt.

Verken Kvinneklinikken i Bodø eller fødeavdelingen i Vesterålen oppfyller veilederens normer for gynekolog ressurser, og tilgjengelige ressurser ved disse enheter har vært vurdert som særlig knappe også før nye kvalitetsnormer legges til grunn. Innføring av nye veilederens normer forutsetter en styrking med 4 + 1 overleger, samt 2 + 1 LIS leger ved disse lokasjoner. Ref. brev til Helse Nord RHF av 31.05.2011 med oppfølgende brev til Helse Nord RHF av 01.07.2011 og 19.07.2011. Gitt en slik styrking med finansiering og tildelte spesialisthjerner (mulig med noe behov noe utover dette) ville en slik hospiterende ordning med stor sannsynlighet kunne etableres. Helse Nord RHF forutsetter imidlertid at den nødvendige ressursoppbyggingen ved opptrappingsplanen fødetilbudet skal finne sted over en 3-4 års periode. Administrerende Direktør forutsetter derfor at det ikke er noen realisme i å forutsette at en slik opptrapping, med tilhørende 'egenregi løsning' for Lofoten kan la seg realisere de nærmeste to år.

Administrerende Direktør NLSH HF har ikke funnet å kunne beslutte en løsning som gitt i alternativ 3.

Alternativ 4. Ivareta beredskapskravet ved den jordmorstyrte fødestuen i Lofoten ved en 'vikarstafett' (fire/seks-delt-ukes-turnuser) av inneleide gynekologer fra byrå.

Beredskap dekket av 2 stedlige gynekologer, hvorav minst 1 er del av en ambulansstafett fordelt på 4-6 faste personer fra innleid byrå. Forbeholdet 'hvorav minst en' tar høyde for permisjon for den faste gynekolog. Vikarinneleien vil kunne ha kostnader i størrelsesorden 3 -4 millioner kroner pr år. Byrå har bekreftet leveransekapasitet i forhold til slik bestilling. NLSH HF har ikke budsjetterammer for slik innleie og ordningen vil måtte søkes finansiert over de regionale opptrappingsmidler for fødetilbudet. Intet tilsagn gitt pr dato.

- Vil i likhet med alternativ 1 og 2 innebærer at det til enhver tid vil være gynekolog i vakt ved NLSH Lofoten med en utrykningstid på 30 minutter

- Alternativet forutsetter at Veilederens 'Vikarstafetter bør unngås' ikke vil omfatte vaktordning for beredskapsordning for nødkeisersnitt ved jordmorstyrt fødestue.
- Alternativet forutsetter at gynekologer innleid fra firma ikke vil ha behov for teamtrening ved elektive keisersnitt med lokalt akutt team. Det øvrige operasjonsteamet i Lofoten må vedlikeholde sine kunnskaper gjennom den ordinere akuttkirurgiske virksomhet som er fundamentet for den generelle kirurgiske beredskapen ved sykehuset. Med trente og erfarne gynekologer i teamet vil disse kunne veilede ved sjeldne keisersnitt prosedyrer.
- Alternativet innebærer at jordmor/avdelingsleder ressurs må avsettes med 50 % stilling i inntil 1 år for å administrere ordningen og sikre lokal opplæring/oppfølging av vikarer.

Etter en samlet vurdering er direktøren kommet til at kun alternativ 4 er mulig å gjennomføre innenfor en horisont på 1-2 år. Alternativet er besluttet å skulle ha virkningsdato fra 01.10.2011. Gitt en forsert tilgjengelighet for NLSH HF til de regionale opptrappingsmidlene fødetilbudet, som behovsmeldt i brevene fra NLSH HF av 01.07.2011 og 19.07.2011 og noe styrket utover dette, vil denne ordningen muligens kunne avløses av alternativ 3 i løpet av de første år.

I tillegg til det aktuelle beredskapskravet er en følge av den umiddelbare innføringen av veilederens seleksjonskriterier for jordmorstyrt fødestue i Lofoten at behovet for jordmødre organisert i følgetjeneste kan øke. Det må opprettes vaktberedskap for følgetjenesten for kvinner i fødsel. Denne skal da brukes både til overflyttinger fra Lofoten sykehus til høyere nivå (Stokmarknes eller Bodø) og til ledsagelse av kvinner fra hjemkommune i Lofoten til planlagt fødested der reisevei er over 1,5 time. Behovet er 1,5 - 2 nye jordmødre, som forventes finansiert fra de regionale opptrappingsmidler for fødetilbudet. Slikt tilsagn ikke gitt pr dato.

Styret inviteres til å fatte slikt vedtak:

1. Styret ved NLSH HF er av den oppfatning at Helse Nord Styrets vedtak vedrørende organiseringen av fødetilbudet Lofoten i sak 31/2011 innen en 1-2 års horisont kun vil kunne operativt realiseres på faglig- og økonomisk-forsvarlig vis ved en løsning basert på to stedlige gynekologer, hvorav minst 1 er del av en ambuleringsstafett fordelt på 4-6 faste personer fra innleid byrå. Løsningen må omfatte tilførsel av jordmor/avdelingsleder ressurs tilsvarende 50 % stilling i inntil 1 år for å sikre lokal opplæring/oppfølging av vikarer og administrere ordningen. Og, som følge av styresakens premiss om snarlig innføringen av veilederens seleksjonskriterier for jordmorstyrt fødestue med tilhørende behov for å opprettes vaktberedskap for følgetjenesten i fødestuen, må fødestuen Lofoten tilføres jordmor ressurser tilsvarende 1,5 - 2 stillinger.
2. Styret ved NLSH HF er av den oppfatning at gjennomføringen av tiltakene som gitt i pkt 1 er forutsigbare konsekvenser av Helse Nord Styrets beslutning om en beredskap for nødkeisersnitt, utover veileders krav og norm, for fødestuen i Lofoten, samt sakens premisser om snarlig og forsert tilpasning til nye Veileders seleksjonskriterier. Begge forhold er avvikende i forhold til premisser og forutsatt framdrift i organisering av det øvrige fødetilbud i landsdelen. Styret ber derfor Helse Nord fullfinansiere tiltakene ved forsert anvendelse av opptrappingsmidlene for fødetilbudet i Nord Norge.
3. Styret ved NLSH HF ber Helse Nord vurdere allerede fra 2012 å fullfinansiere og tilgjengeliggjøre slike ressurser til NLSH HF som behovsmeldt i brev 01.07.2011 og 19.07.2011. Dette vil muliggjøre en tidlig omlegging til en løsning hvor beredskapen ivaretas ved hospitering av gynekologer fra eget HF.

Direktøren trakk punkt 3 i innstillingen og fremmet forslag til nytt punkt 3:

3. Styret ved NLSH HF ber Helse Nord vurdere allerede fra 2012 å fullfinansiere og tilgjengeliggjøre slike ressurser til NLSH HF som behovsmeldt i brev 01.07.2011 og 19.07.2011.

Alternativt bes Helse Nord finansiere en opptrappingsplan for perioden 2012-2013 med sikte på realisering av alternativ 3 innen 1.1.2014.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt med nytt punkt 3.

Vedtak:

1. Styret ved NLSH HF er av den oppfatning at Helse Nord Styrets vedtak vedrørende organiseringen av fødetilbudet Lofoten i sak 31/2011 innen en 1-2 års horisont kun vil kunne operativt realiseres på faglig- og økonomisk-forsvarlig vis ved en løsning basert på to stedlige gynekologer, hvorav minst 1 er del av en ambuleringsstafett fordelt på 4-6 faste personer fra innleid byrå. Løsningen må omfatte tilførsel av jordmor/avdelingsleder ressurs tilsvarende 50 % stilling i inntil 1 år for å sikre lokal opplæring/oppfølging av vikarer og administrere ordningen. Og, som følge av styresakens premiss om snarlig innføringen av veilederens seleksjonskriterier for jordmorstyrt fødestue med tilhørende behov for å opprettes vaktberedskap for følgetjenesten i fødestuen, må fødestuen Lofoten tilføres jordmor ressurser tilsvarende 1,5 - 2 stillinger.

2. Styret ved NLSH HF er av den oppfatning at gjennomføringen av tiltakene som gitt i pkt 1 er forutsigbare konsekvenser av Helse Nord Styrets beslutning om en beredskap for nødkeisersnitt, utover veileders krav og norm, for fødestuen i Lofoten, samt sakens premisser om snarlig og forsert tilpasning til nye Veilederes seleksjonskriterier. Begge forhold er avvikende i forhold til premisser og forutsatt framdrift i organisering av det øvrige fødetilbud i landsdelen. Styret ber derfor Helse Nord fullfinansiere tiltakene ved forsert anvendelse av opptrappingsmidlene for fødetilbudet i Nord Norge.

3. Styret ved NLSH HF ber Helse Nord vurdere allerede fra 2012 å fullfinansiere og tilgjengeliggjøre slike ressurser til NLSH HF som behovsmeldt i brev 01.07.2011 og 19.07.2011. Alternativt bes Helse Nord finansiere en opptrappingsplan for perioden 2012-2013 med sikte på realisering av alternativ 3 innen 1.1.2014.