



JORDMORFORBUNDET NSF

Til Helgelandssykehuset HF

Oslo 26.02.19

Postboks 601

8607 Mo i Rana

### **HØRINGSINNSPILL FRA JORDMORFORBUNDET NSF**

*«Vi lever i et land med lang kyst, høye fjell og mye vær. Uansett hvilken modell vi velger trenger vi en ryggrad av lokalsykehus som kan håndtere både det som haster og det som ikke haster».*  
*Helseminister Bent Høie*

**Innledning:** Jordmorforbundet NSF takker for at vi er bedt om å gi høringssvar på Helgelandssykehusets rapport, og vil i dette innspillet komme med vår anbefaling for struktur og lokalisering av framtidens Helgelandssykehus som vi mener best kan løse framtidens behov for spesialisthelsetjenester i regionen. NSF har 110.000 medlemmer der våre jordmødre og sykepleiere totalt sett representerer den største medlemsmassen i Helgelandssykehuset.

Vårt hovedsynspunkt er at Jordmorforbundet ikke støtter rapportens konklusjon med ett lokalsykehus på Helgeland. Helgeland har i dag 4. lengste reiseavstand til sykehus i landet selv med sine tre eksisterende sykehus. Reiseavstanden vil øke betydelig med ett fellessykehus på Helgeland for pasienter, ambulanse, pårørende og ansatte. Den lengste vektete gjennomsnittlige reisetiden for pasientene får man ved å legge ett felles sykehus til Mo i Rana. Dette lokaliseringalternativet vil gi helt uakseptabel transporttid i akutte situasjoner for 10-15 prosent av befolkningen det nye sykehuset skal betjene. Muligheten for pasientlekkasjer vil være avhengig av en rekke faktorer, men reisetid vil være en særlig viktig faktor. Konklusjonen i rapporten vil føre til nedbygging og sentralisering av fødetilbudet, og samtidig true pasientsikkerheten til store deler av innbyggerne på Helgeland.

Helgelandssykehuset må følge nasjonale føringer for fødselsomsorgen der det stilles krav til de regionale helseforetakene om at det ikke skal foretas økonomisk motiverte omstillinger som fører til et dårligere fødetilbud i regionen. Jordmorforbundet mener det er behov for en grundigere utredning av eventuelle endringer av føde- og akutttilbudet før sykehusstrukturen på Helgeland endelig vedtas.

### **Dette er de viktigste områdene for Jordmorforbundet NSF å belyse i denne omgang:**

1. Nasjonale føringer for fødselsomsorgen
2. Et trygt føde- og barseltilbud
3. Framtidens sykehustilbud for innbyggerne på Helgeland

**Nasjonale føringer for fødselsomsorgen.** Stortinget vedtok i 2016 [Nasjonal helse- og sykehusplan](#), som er grunnlaget for utviklingen av sykehusene. Det var bred politisk enighet om at vi fortsatt skal ha både små og store sykehus med akuttfunksjoner i Norge. Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre nærhet til fødetilbud, også utenom de store kvinneklinikkene. Fødetilbudet er en sentral del av Helgelandssykehusets virksomhet. Konsekvenser for fødetilbudene ved eventuelle omlegginger i sykehusstilbudet på Helgeland må av den grunn risikoutredes med en egen ROS analyse. Jordmorforbundet vil påpeke at det er sterkt uheldig dersom det foretas endringer på Helgeland som vil gjøre det vanskeligere å oppfylle kvalitetskravene til fødselsomsorgen, fastlagt av Helsedirektoratet i veilederen «Et trygt fødetilbud» (2010). Stortinget påla i forbindelse med behandling av St.meld. nr. 12 (2008–2009) de regionale helseforetakene å utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Planen skulle også omfatte svangerskaps- og barselomsorgen. De regionale helseforetakene fikk samtidig ansvaret for følgetjenesten. *Hovedkonklusjonen var at tilbudet til gravide, fødende og barselkvinner skulle styrkes betydelig. Det er her presisert at fødetilbudet ved norske sykehus ikke skal svekkes av økonomiske årsaker, og at helseministeren må stille krav til de regionale helseforetakene om at det ikke skal foretas økonomisk motiverte omstillinger som fører til et dårligere fødetilbud.*

Stortinget har nylig vedtatt på bakgrunn av en sterk sentralisering av fødetilbudet at det ikke skal legges ned flere fødeavdelinger i Norge. I mai 2018 fikk forslaget om «Stortinget ber regjeringen sikre en trygg og fremtidsrettet fødselsomsorg ved å sikre dagens fødeinstitusjoner» flertall i Stortinget. I den siste regjeringserklæringen fra Granvolden ligger det til grunn at regjeringen vil jobbe for et helhetlig og trygt fødetilbud i små og store sykehus (2019). Disse nasjonale føringene må Helgelandssykehuset ta hensyn til i sine videre planer for sykehusstrukturen på Helgeland.

**Et trygt fødetilbud.** Helgelandssykehuset leverer spesialisthelsetjenester til befolkningen på Helgeland, og har tre fødeinstitusjoner i henholdsvis Brønnøysund, Sandnessjøen og Mo i Rana. Opptaksområdet for hele Helgelandssykehuset omfatter i underkant 80 000 personer, fordelt på 18 kommuner. Helgeland strekker seg fra Trøndelag til Saltfjellet, til litt nord for Mo i Rana. Dette utgjør en sjuendedel av hele Norgeskystens lengde. Helgelandssykehusets avdelinger befinner seg i en langstrakt region mellom Nordlandssykehuset i nord og Namsos sykehus i sør. Helgeland er preget av spredt bosetting med en stor andel bosatt på øyer, og betydelige avstander.

Fødselsomsorgen nasjonalt er i endring. Gjennom de siste årene har det skjedd store endringer i fødselsomsorgen som preges av en sterk sentralisering av fødetilbudet. Fruktbarhetstallet for norske kvinner faller, og ligger nå på 1,7 barn per kvinne. Vi har også flere eldre førstegangsfødende. Fra 1970 og fram til i dag har gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Norge steget fra 23 til 29 år. Samtidig observeres det økt BMI hos gravide, økt antall minoritetskvinner som føder og flere gravide med alvorlig grunnlidelse. Dette innebærer økt risiko og fare for komplikasjoner både før, under og etter fødsel. Dette er forhold som krever økt innsats i fødselsomsorgen både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. En fødsel er aldri risikofri. Tall fra medisinsk fødselsregister viser at det i 2017 blant annet oppstod komplikasjoner for kvinner i fødsel som listet opp under:

- 26 prosent av kvinnene opplevde unormal blødning i forbindelse med fødsel (mer enn 500 ml blodtap).
- 1,4 prosent av kvinnene fikk fødselsrift som affiserte endetarmsmuskulatur og dermed ble suturert av lege på operasjonsstue, og krevde ekstra oppfølging i barseltid.
- 185 kvinner opplevde at morkaken løsnet. Det er en livstruende tilstand for mor og barn.
- 9 prosent akutte keisersnitt, altså keisersnitt utført etter fødselsstart.

- 2,6 prosent av kvinnene hadde svangerskapsforgiftning.

I løpet av de 40 siste årene har antallet fødeinstitusjoner i Norge blitt redusert fra rundt 160 til 45. Det er fjernet 115 fødeavdelinger. To fødeinstitusjoner på Helgeland er nå nedleggingsstruet, hvis det eventuelt bygges ett stort sykehus på Helgeland. Over 6.000 barn er de siste 15 årene blitt født ufrivillig utenfor sykehus i Norge (Gunnarson). Risiko for dødelighet ved fødsel utenfor fødeinstitusjon er tre ganger høyere enn i fødeinstitusjon, viser ny norsk forskning av Hilde Engjom (2018). Funn viser at risikoen for komplikasjoner dobles dersom reisevei til fødeinstitusjon er over en time. For de som reiser mellom en og to timer, øker risiko til 3,3 prosent, og for reisetid over to timer før fødende utgjør risikoen 4,5 prosent. Etter WHO's beregningsmodell hadde vi allerede i 2009 for få akuttinstitusjoner for fødende i Norge. Etter den tid er det lagt ned flere fødeavdelinger. Fødselslege Hilde Engjom ved Haukeland universitetssykehus har forsket på 637.000 fødsler i Norge de siste ti årene og funnet en klar sammenheng mellom reisevei og komplikasjoner:

- Opptil en dobbelt risiko for livstruende komplikasjoner for fødende med mer enn én times reisevei til fødeinstitusjon.
- Kvinner med ikke planlagte fødsler utenfor institusjon har tre ganger høyere risiko for at barnet dør under eller i løpet av første døgn etter fødselen.
- Andelen kvinner mellom 15 og 45 år som hadde mer enn én times reiseavstand, økte med ti prosent fra 2000 til 2010. Tallet på fødeinstitusjoner med akuttfunksjon i Norge ble i den perioden lavere enn Verdens Helseorganisasjon anbefaler.
- Fra 2000 til 2009 økte registrerte komplikasjoner hos mor. Engjom undersøkte derfor alvorlige komplikasjoner ved svangerskapsforgiftning som er kvalitetssikret av Medisinsk Fødselsregister; som eklampsi (kramper) og HELLP (reduert blodprosent, leverfunksjon og blodplater). Disse tilstandene krever tett overvåking og forløsning. Hun fant at førstegangs fødende kvinner med reisevei over 1 time hadde økt risiko for eklampsi og HELLP. Risikoen økte og hos noen grupper flergangsfødende. Kvinner med kjent risiko fødte ved større akuttinstitusjoner, men tilstandene forekom uforutsett ved alle typer fødeinstitusjoner.
- Risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor sykehus er dobbelt etter sentraliseringen. Av 60.000 fødende årlig føder rundt 400 av disse ufrivillig utenfor fødeavdelinger. Tallet stiger.

Funnene til Engjom viser at reiseavstand og type fødested påvirker overlevelse for mor og barn i fødsel. Dette understreker at kyndig hjelp under fødsel og tilgang til nær fødeinstitusjon med akuttfunksjoner er avgjørende faktor for alle kvinner på Helgeland. Funnene i rapporten konkluderer med at størrelsen på fødeklirikken ikke er vesentlig for kvalitet på fødetilbudet. Små fødestuer gir ingen høyere risiko for fødende, viser tallene til forskerne i Bergen som har sett nærmere på alle fødsler i Norge gjennom elleve år. Med denne forskningen til grunn anbefaler ikke Jordmorforbundet en eventuell nedleggelse av fødeavdelinger, eller en omlegging fra fødeavdelinger til fødestuer på Helgeland. Sykehus med akuttberedskap og fødetilbud er en grunnstein i vårt solidariske velferdssamfunn, der folk skal ha likeverdige tjenester i hele landet. Det innebærer at beredskap, trygghet og kvalitativt gode helsetjenester skal gjelde i alle deler av landet. Reisetiden til sykehus er lang nok på Helgeland med tre sykehus. Norge har lav spedbarn- og mødredødelighet. Det er samtidig dokumentert gjennom tilsyn, forskning og brukererfaringer at utviklingen i fødsels- og barselomsorgen nå går i feil retning. Funnene og lovbruddene viser tydelig at fødetilbudet totalt sett har blitt dårligere en rekke steder – og at fødselsomsorgen bærer preg av å ha blitt redusert til en minimumstjeneste. Det finnes heller ingen bevis for at sentraliseringen og nedleggelse av landets

fødeavdelinger har gjort fødsler tryggere. Risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor sykehus er doblet. Av 60.000 fødende årlig føder rundt 450 av dem ufrivillig utenfor fødeavdelinger, og tallet er stabilt høyt. Følgetjeneste av jordmor til fødende med lang reisevei er heller ikke sikret i mer enn 20 prosent av kommunene. Fødsler på veien gir økt risiko for dødelighet og alvorlige komplikasjoner for både mor og barn. Komplikasjoner blir ikke oppdaget like tidlig som før, og oppfølgingen svikter i både fødsels- og barselomsorgen på grunn av stadige kutt i tilbudet. Kuttene gir også kortere liggetid på sykehus, færre barselsenger og reduksjon i barseloppfølging som fører til at et samlet fagmiljø reagerer og slår alarm på bakgrunn av alvorlige hendelser som kunne vært unngått.

I august 2017 ga Regional perinatalkomité i Helse Sør-Aust en bekymringsmelding til direktøren. Komiteen fant store mangler i fødetilbudet. Kun én av tre fødeavdelinger varslet helsestasjonen ved tidlig hjemreise. Kvinner ved store sykehus blir oftere sendt hjem mot sin vilje av kapasitetsutfordringer. Det ble rapportert om økt forekomst av uoppdaget fødselsdepresjon, høyt blodtrykk, blødninger eller infeksjon hos mor, og om små barn med dehydrering, vektnedgang, gulsott og infeksjoner eller uoppdaget hjertefeil. Hendelser som, ifølge komiteen i landets største helseregion, kunne ha vært unngått ved tilstrekkelig jordmor-oppfølging. En rapport fra 2017 fra Folkehelseinstituttet viser at landets store sykehus skårer dårlig på opplevd tilfredshet, spesielt på barseloppholdet. Kvinnene savner tilgjengelige jordmødre, tilstrekkelig informasjon og veiledning. Helsetilsynet mener manglene i barselomsorgen medfører en betydelig risiko for svikt, og tilsynet etterlyser faglige krav fra myndighetene og en klar fordeling av oppgaver og ansvar. Fagmiljøene som nå alarmerer om alvorlige hendelser, er perinatalkomiteer, jordmødre, barneleger og fødselsleger. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i fjor viser at kun to av ti familier får hjemmebesøk av jordmor som de har krav på rett etter hjemkomst. Ifølge nye tall fra Rikshospitalet, OUS, velger kun åtte prosent av de fødende tidlig hjemreise innen 24 timer. Leder i Norsk barnelegeforening er tydelig i sin tale. I Dagsavisen uttalte han at sykehus først og fremst er opptatt av å spare liggedøgn, og han sier: «Vi frykter alvorlige konsekvenser for de nyfødte». Legeforeningen sa i komitéhøringen at det ikke er dokumentert at tidligere utskrivning er et trygt alternativ. De mindre og mellomstore fødestedene får bedre skår i brukerundersøkelser på fødsels og barseltilbudet, da det jevnt over er mindre kapasitetsutfordringer der. Dette understreker viktigheten av å opprettholde antall fødeavdelinger på Helgeland for å sørge for god kvalitet på regionens fødselsomsorg.

**Lokalisering og rekruttering.** Jordmorforbundet NSF er opptatt av at befolkningen på hele Helgeland har krav på helsetjenester av god kvalitet. Sykehustilbudet må lokaliseres i nærheten av der folk bor for å skape nødvendig pasientsikkerhet, tilgjengelighet og trygghet. Reisetid til sykehuset vil være sentralt både i øyeblikkelig hjelp-situasjoner og i fødselsomsorgen der reisetid til sykehus kan være et spørsmål om liv eller død. Det som bedrer prognose og reduserer dødelighet ved akutte tilstander innen fødselsomsorg og andre traumer er redusert tid til lokalsykehus med akuttfunksjon, da det i slike situasjoner oftest er behov for kirurgisk intervensjon.

**Utreddning av konsekvenser for Helgeland ved en eventuell nedleggelse av fødetilbud og lokalsykehus.** Det er en vesentlig svakhet ved rapporten at sykehustilbudet ikke ses samlet for Helgelands befolkning, der både endringer i fødetilbudet og akuttfunksjoner er risikovurdert med tanke på bosettingsmønster, geografi, vær, samfunnskonsekvenser og samferdselsutfordringer i regionen. Dette gjør det vanskelig for beslutningstakerne å sikre en helhetlig utvikling og gode sykehustjenester på Helgeland. Torben Wisborg ved nasjonalt kompetansesenter for traumatologi oppsummerer dagens viten om transporttid til sykehus slik: «Lengre transporttid gir høyere dødelighet». Av denne grunn er det rimelig at så mange fødende og akutt dårlige pasienter som mulig har kort reisevei til lokalsykehuset. Dette kan være særlig viktig ved hendelser som morkakeløsning, truende asfyksi, slag eller infarkt, ved fødsler eller alvorlige ulykker. Asfyksi er en

kvelningstilstand hos barnet som følge av utilstrekkelig oksygentilførsel. Det er den viktigste årsak til den høye dødelighet før, under og straks etter fødselen. Asfyksi kan opptre før fødselen (fosterasfyksi) hvis oksygentilførselen fra morkaken gjennom navlestrengen av en eller annen grunn blir hindret.

Rapporten handler mest om lokasjon. Hovedspørsmålet er imidlertid hvordan vi skal løse fremtidens utfordringer i et pasientperspektiv. Risikoen er stor for at prisen blir for høy, både i kostnader og i et dårligere tilbud til befolkningen. Vi ber om at langsiktige konsekvenser for regionen ved en eventuell nedleggelse av lokalsykehus og lokalisering belyses før endelig avgjørelse. Helgelandssykehuset har i årevis hatt sommerstengte fødeavdeling/fødestue rullerende på fire uker. Dette har medført at kvinner fra Brønnøysund og omland på Helgeland har måttet reise inn til Mo i Rana en uke før termin i påvente av fødsel. Mange får da en reisevei på fire timer, og de blir borte fra familie og barn i både to til tre uker. Hvis ett hovedsykehus blir lagt til Mo i Rana vil dette bli en permanent situasjon for fødende sør på Helgeland? Jordmorforbundet NSF ber om begrunnelser og resultatet av eventuelle kartlegginger som er gjort ved forslaget om å avvikle en eller to av fødeavdelingene i regionen. Vi ser ikke hvordan dette forslaget kan gi innbyggerne på Helgeland et bedre tilbud når ny forskning fra Hilde Engjom viser at reisetid er avgjørende faktor for overlevelse i fødselsomsorgen?

**Helgelandssykehuset slik det organiseres i dag rangeres på topp i en rekke tilbud og driver godt med overskudd.** Som pasient har du rett på lik behandling, uansett hvor du bor, hvor mye du tjener og hvem du er. Slik er det ikke i Norge i dag, ifølge Helsedirektoratets tall som viser at tilsynelatende like pasienter kan få helt ulike tilbud avhengig av hvor i landet de bor. Helsedirektør Bjørn Guldvog er bekymret for forskjellene mellom norske sykehus. Når det gjelder kvalitet, er det ikke dokumentert at kvaliteten i sykehus automatisk blir bedre av at sykehusene blir større. Helsedirektoratet har selv slått fast at det er kvalitetsforskjeller mellom sykehus i Norge, men at denne linjen ikke går mellom store og små sykehus. Helsetjenestene som leveres på Helgelandssykehuset er i norgestoppen innen både i kvalitet og innovasjon. Helsetilbudet er svært godt og har fått en rekke priser innenfor akuttbehandling av blodpropp/slag, landets beste fødselsomsorg, godt hjertetilbud, god akuttbehandling av de dårligste pasientene, best AMK respons, svært godt arbeidsmiljø, lavt sykefravær, god slagbehandling samt rehabilitering og høy pasientsikkerhet. Sykehusene skårer høyt i nasjonale pasienterfaringsundersøkelser, og der utmerker fødeavdelingen i Sandnessjøen seg som ligger helt på topp på landsbasis med Mo i Rana hakk i hæl. Sandnessjøen sykehus utmerker seg i tillegg positivt i forhold til arbeidsmiljøundersøkelser og har et svært godt medisinsk fagmiljø. Kvalitet på behandlingen er ifølge analyser av Oslo Economics noe bedre i Sandnessjøen.

**Når det gjelder effektivitet, er det heller ikke dokumentert at ett stort sykehus driver mer effektivt og bruker mindre helsekroner, enn to eller tre små.** De fleste sykehusfusjoner en har forsket på, viser heller det motsatte. Det er ingen stor faglig uenighet om at avansert, spesialisert behandling av sykdommer som alvorlig kreftsykdom, avansert brannskadebehandling, store traumer, hjertekirurgi, og hjernekirurgi bør sentraliseres til større sykehus. Imidlertid er det desentralisering, ikke sentralisering, av akuttfunksjoner - inkludert fødselsomsorg og kirurgi - som gir bedre overlevelse og behandlingsresultat når de vanligste tidskritiske tilstander oppstår. Modellen med DMS i en eller flere av byene på Helgeland byr også på store utfordringer med hensyn til fagmiljø og rekrutteringsmuligheter, og vil derfor ikke anbefales av Jordmorforbundet som erstatning for et fullgodt sykehus tilbud som innbyggerne får gjennom et fullverdig lokalsykehus.

**Det er viktig at man lærer av gjennomførte sykehusprosjekter.** Ferske erfaringer fra Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold viser at man bygger nye sykehus som er for små i forhold til folkets reelle behov for helsetjenester. Aftenposten meldte nylig at «Ansatte sier opp i protest, akuttmottaket er overfylt og kapasiteten sprengt. Sykehuset Østfold skulle være prakteksemplaret på

et moderne sykehus, men siden åpningen i 2015 har problemene stått i kø». I 2017 hadde sykehuset Østfold 3800 korridorpasienter. Det nye Østfold sykehus skulle faktisk bli Norges første uten korridorpasienter, men i januar 2018 økte sykehuset fra fem til ti korridorpasienter per avdeling. Dette viser at nye sykehus har færre sengeplasser og sprengt kapasitet fra første stund. For eksempel har nye St. Olavs 200 færre sengeplasser enn det forrige. I Helse Midt må de kutte 200 årsverk og fjerner en rekke tilbud for å finansiere ett sykehus. Der foreslår de også å kutte kostnader ved å legge ned en fødeavdeling, før de slår sammen Molde og Kristiansund sykehus. Nye sykehus bygges også med færre barselsenger, som forringer barseltilbudet på tross av at nybakte mødre har krav på å ligge på sykehus etter fødsel til amming er etablert og babys ernærings situasjon er tilfredsstillende, jf. Nasjonale barselretningslinjer.

De siste 30 årene har norske sykehussenger blitt redusert med 50 prosent. For tretti år siden var det 22.000 somatiske senger i Norge. Beleggsprosenten var 78 prosent. I dag er sengeantallet halvert, til ca. 10.800 senger, viser tall fra Legeforeningen. Beleggsprosenten har økt til 93 prosent. En rapport fra Riksrevisjonen, som evaluerte Samhandlingsreformen i årene 2012–2016, konkluderte med at det ble kuttet 308.000 liggedøgn på sykehus i denne perioden. Jordmorforbundet mener det er bekymringsfullt at Norge ligger i førersetet når det kommer til overfylte sykehus og utskrivning av pasienter tidlig. For sykehusene er det lagt til grunn en utnyttelsesgrad av somatiske senger på 90 prosent. Dette vet vi er risikabelt både med tanke på infeksjonsfare, overbelegg og korridorpasienter.

**Fødselsomsorgen bærer preg av å ha blitt redusert til en minimumstjeneste.** Helsevesenet i Norge er ikke bare et servicetilbud for alle som er syke, skadet eller skal føde. Det er et foretak. Det betyr at budsjettet må gå i balanse og produksjonen må holdes så høy som mulig for å skaffe de forskjellige avdelingene inntekter. Som hos andre bedrifter kan det ikke brukes mer penger enn det som tjenes inn. Går hovedinntekten til fødeavdelingen – som jo er fødsler – ned, blir det røde tall. Tidligere hadde sykehusene også underskudd, men de ble dekket. Regningen for god behandling og helse var verdt pengene. Dette har endret seg. Mindre penger inn i dag betyr kutt i kostnader i morgen. Kvinneklubben i Bergen legger opp til liggetid på 8 timer etter fødsel for 40 prosent av de fødende, Stavanger og resten av de store fødeavdelingene følger hakk i hel. Slik det økonomiske systemet i fødselsomsorgen er rigget, blir det fristende for økonomene i helseforetakene å ta ut det økonomiske potensialet som ligger i å bruke minst mulig ressurser på fødsels- og barselomsorg. Systemet er rigget helt likt som i det private næringsliv. Det dyreste for alle bedrifter, fødeavdelingen inkludert, er personale. Status på Ullevål nå er at de senker antall leger på dagtid og setter heller de samme legene på innteksbringende poliklinikker. God og trygg drift blir paradoksalt til et stort problem for fødeavdelingene som kan vise til gode resultater. Fødeavdelingen på Sandnessjøen gjør for eksempel færre keisersnitt enn landsgjennomsnittet. Dette er bra for mødre, men gjør seg dårligere på bunnlinjen. Et keisersnitt gir nesten fire ganger inntekten for fødeavdelingen sammenlignet med en vaginal fødsel. Det er også færre alvorlige rifter som gir mindre operasjonskoder. Godt nytt for mødre, men dårlig for bunnlinjen til fødeavdelingen og sykehuset. Barna som fødes på Helgelandssykehuset er jevnt over friskere enn snittet. Det er helt fantastiske nyheter, men dårlige barn er god inntekt for sykehuset.

Jordmorforbundet er kritisk til hvorfor det er slik at det som er bra for mødre og barna, er dårlig for fødeavdelingens økonomi. Vi vil advare mot denne måten å drive sykehusøkonomi på. Systemet virker mot sin hensikt når produksjonen på fødeavdelingen ikke belønner god behandling og resultater, men heller strammer inn budsjettet etter all den harde jobben mot konstant forbedring. Jordmorforbundet mener at denne utviklingen må snu. Når helsetap og prognosetap er viktig, er det vanskelig å se for seg deler av helsetjenestene der en slik logikk er mer relevant enn for fødselsomsorgen. I denne sårbare perioden dannes grunnlaget for mestring og god helse i et

livsløpsperspektiv. En satsing på en trygg og tilgjengelig fødselsomsorg gir ikke bare flere barn, men flere friske barn som fødes på trygge fødeavdelinger, med nok ressurser.

**Transport-, vær- og geografiutfordringer på Helgeland.** Helgeland har størst båtavhengig øybefolkning i Norge. Vi mener at de lange reiseavstandene som kan medføre betydelig risiko for fødende og pasienter med akutte tilstander gjør det nødvendig å prioritere gode, desentraliserte helsetilbud på Helgeland.

Prehospitaltjenester ved Helgelandssykehuset har beregnet at samlet reisetid med ambulanse (bil eller båt) vil være noe kortere ved sykehus i Sandnessjøen enn i Mo i Rana, og at det vil være behov for en bilambulanse mer dersom sykehuset legges i Mo i Rana. Siden de klimatiske forholdene er utfordrende store deler av året utpeker Sandnessjøen sykehus seg som det beste alternativet for å få livsviktig helsehjelp tidsnok. Sandnessjøen utpeker seg slik som den beste plasseringen for å nå sykehuset med henholdsvis helikopter, ambulanse og båt for majoriteten av innbyggerne på Helgeland. Helgelandsbrua er eneste adkomst til Sandnessjøen sykehus bilveien fra nord, og denne broen stenges med lysregulering ved svært sterk vind. Undersøkelser viser likevel at dette inntreffer så sjelden at det vil ha en helt marginal virkning på tilgjengeligheten.

Regularitet til ambulanshelikoptrene er en nøkkelfaktor å ta med i betraktningen når sykehusstruktur skal avgjøres. Jordmødre har mer enn en gang opplevd at flytransport har vært umulig, på grunn av uvær eller at flyteamet har vært ute på andre oppdrag. Det har også vært tilfeller der været har forårsaket ising på helikopteret på tur til Mo i Rana. Helikoptrene i luftambulansetjenesten er i dag ikke sertifisert for å kunne fly under isingsforhold. Spesielt er dette aktuelt ved flyoperasjoner på innlandet. Rapporten viser til at de nye redningshelikoptre av typen AW101 vil ha avisingsutstyr som gjør at de kan ha samme regularitet i isingsforhold som fly har. Instrumentflyging vil kunne øke gjennomføringsevne for oppdrag med helikopter uten utstyr for avising, men fly på innlandet vinterstid vil uansett være mer krevende i dårlig vær enn å fly på kysten. Det må også vektlegges at det har vært en aktiv nedbygging av ambulanshelikopter-kapasiteten på Helgeland. Helse Nord valgte fra juni 2018 å innføre et kategori-2 ambulanshelikopter (T2) på Brønnøysund-basen. Tidligere var det kategori-3 helikopter (AW-139) på basen. Dette medfører langsommere transport og redusert kabinkapasitet. Tilgjengelighet med helikopter fra kysten til et sykehus i Mo i Rana vil være svært begrenset i vintersesongen. En løsning med ett sykehus lokalisert i Mo i Rana, vil kunne gi et dårlig tilbud til innbyggerne på kysten i tilfeller der det er behov for øyeblikkelig hjelp. Kombinasjonen av svært lang reisevei med bil og båt og dårlig tilgjengelighet med helikopter må kunne regnes som lite heldig. Selv om det bor et begrenset antall mennesker i de mest utilgjengelige øysamfunnene, er det mer enn 15 000 innbyggere på Helgeland som vil ha mer enn to timer i bil- og båtambulanse til et sykehus i Mo i Rana, og som vil risikere at helikopter ikke er et alternativ grunnet vanskelige flyforhold. Det kan derfor argumenteres for at kun ett sykehus på Helgeland ikke bør lokaliseres i Mo i Rana. Ved gjennomgang av erfaringene fra akutte situasjoner med kansellerte luftambulansoppdrag er de to klart hyppigste årsakene vært vind og dårlig sikt. Dette er ikke forhold som vil endre seg i overskuelig framtid som følge av de nevnte tekniske utbedringene ved helikoptertjenesten. Det er også betenkelig å gjøre seg avhengig av at en større del av pasienttransportene skal skje med helikopter på Helgeland. I tillegg må det nevnes at ambulansetjenestene er i dag, på samme måte som legevaktene, sentralisert i stor grad i alle deler av landet.

**Konklusjon: Jordmorforbundet anbefaler ikke en nedbygging med nedleggelse av spesialisthelsetjenester og fødetilbud på Helgeland. Det vil føre til et dårligere helsetilbud for store deler av befolkningen på Helgeland.** Forskning viser at desentralisering, ikke sentralisering, av akuttfunksjoner - inkludert fødselsomsorg og kirurgi - gir bedre overlevelse og behandlingsresultat når de vanligste tidskritiske tilstander oppstår. Jordmorforbundet mener at Helgelands befolkning samlet sett er best tjent med at sykehustilbudet består i regionen. Det innebærer at alle fødeavdelinger på Helgeland blir opprettholdt, samt fødestua i Brønnøysund. Jordmorforbundet mener at den eneste bærekraftige løsningen for Helgelandssykehuset vil være gjenbruk og oppgradering av eksisterende bygningsmasse ved sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen med bakgrunn i disse hovedargumentene:

- Over 6.000 barn er de siste 15 årene blitt født utenfor sykehus i Norge. I sykehusene er tallene for dødelighet under fødsel forbedret over år, mens tallene for dødelighet under fødsler utenfor sykehus ikke har hatt en slik forbedring (Gunnarsson, m.fl. 2013). Reiseavstand og type fødested påvirker overlevelse for mor og barn i fødsel. Dette understreker at kyndig hjelp under fødsel og tilgang til nær fødeinstitusjon med akuttfunksjoner en av nøkkelfaktorene for et trygt helsetilbud for framtida på Helgeland.
- Funnene i forskningen fra Engjom viser tydelig at nær tilgang til fødeinstitusjoner er avgjørende for overlevelse i fødsel og at alle typer fødeinstitusjoner må kunne håndtere akutte komplikasjoner. Det må derfor satses på to likeverdige lokalsykehus med akuttfunksjon og fullverdige fødetilbud i henholdsvis Sandnessjøen og på Mo i Rana. Et overordnet anslag tilsier at to sykehus som bygger videre på dagens bygninger i stedet for ett helt nytt sykehus kan gi en redusert investeringskostnad på kort sikt i størrelsesorden 500-700 millioner kroner. Fødende har krav på følgetjeneste med jordmor hvis reisevei til fødested tar mer enn en og halv time, og helseforetakene er ansvarlig for organisering og dekning av kostnader til dette. Med tre fødeinstitusjoner vil foretaket redusere følgetjeneste kostnader betydelig.
- Tilgjengelig fødetilbud og tilgjengelighet i øyeblikkelig hjelp-tilfeller gi vesentlig bedre pasientsikkerhet for innbyggerne i regionen ved to sykehus fremfor ett. Dersom det ene sykehuset lokaliseres i innlandet, og det andre på kysten, vil for eksempel utfordringen med flyforhold for helikoptre kunne reduseres. To sykehus vil også redusere utfordringen knyttet til stengte veier og lange reiseveier med bil og båt.
- Framtidens sykehusstruktur må ha som hovedmål å ivareta et best mulig tilbud for hele Helgeland, med befolkningens behov for helsetjenester og pasienten i fokus, jamfør føringene i Nasjonal helse og sykehusplan. ***Nærhet til fødetilbudet er et sentralt tilbud som gir viktig trygghet for innbyggere.***

På vegne av Jordmorforbundets styre

Nestleder Kristin Holanger

Jordmorforbundet NSF



Referanseliste:

[https://www.hblad.no/wp-content/uploads/2019/01/OE-rapport-2018-34-Sykehusstruktur-Helgeland\\_.pdf](https://www.hblad.no/wp-content/uploads/2019/01/OE-rapport-2018-34-Sykehusstruktur-Helgeland_.pdf)

Enhet for Prehospitaltjenester Helgelandssykehuset (2018): Pasienttransport på Helgeland – akutte transporter og planlagte reiser, URL: <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf>

The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study; Emergency Medicine Journal sept. 2007

<https://helse-nord.no/helsefaglig/kvalitet-og-pasientsikkerhet/helse-nords-forbedringspris/best-pa-forbedring-i-helse-nord-belønnes-med-en-kvart-million>

<https://helgelandssykehuset.no/nyheter/en-av-de-beste-i-landet-pa-responstid>

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/02/12/her-er-de-best-pa-fodselsomsorg/>

<https://helgelandssykehuset.no/nyheter/over-300-fodsler-i-sandnessjoen-og-best-i-landet-pa-fodsels-og-barselsomsorg>

<https://helgelandssykehuset.no/nyheter/pris-for-akuttmedisinsk-forbedring>

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/02/17/kvinner-og-barns-helse-settes-i-spill-i-fodselsomsorgen/>

<https://www.nrk.no/hordaland/ny-undersokelse--avstand-til-klinikken-avgjorende-for-fodende-1.13466790>

<https://www.nrk.no/hordaland/lang-reisevei-for-a-fode-kan-doble-sjansen-for-komplikasjoner-1.14130798>

<https://nordnorskdebatt.no/article/hull-i-beredskapen-i-nord>

<https://www.banett.no/nyheter/Debatt/2019/01/03/Sykehusvalg-og-transporttider-18176641.ece>

[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30499-4/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30499-4/abstract)

<https://www.nettavisen.no/nyheter/innenriks/naer-dobbelt-sa-mange-barn-fodt-under-transport-i-fjor/3423384022.html>

Braathen F. Det nye sykehuset skulle ha 0 korridorpasienter. I fjor måtte 3800 ligge på gangen. Aftenposten 17.3.2018.

<https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/iPa0Rw/Det-nye-sykehuset-skulle-ha-0-korridorpasienter-i-fjor-matte-3800-ligge-pa-gangen> (11.4.2018)

<https://www.aftenbladet.no/familieogoppvekst/Hvert-ar-bli-400-barn-fodt-utenfor-sykehus-Tiril--Eirik-og-Kasper-er-tre-av-dem-10682b.html>

<https://www.nrk.no/nordland/feiret-baby-nummer-300--samme-dag-ble-sykehuset-foreslatt-nedlagt-1.14324377>

<https://www.nrk.no/norge/bekymret-for-okende-forskjeller-pa-norske-sykehus-1.13700048>

<https://www.vg.no/forbruker/helse/i/4dXMPG/raser-mot-nedbyggingen-av-norske-sykehus-pasienters-liv-settes-i-fare>