

Fagleg og politisk grunnlag for gjenoppretting av fødeavdelinga i Lærdal

Utgreiing til møte med statsråd Sylvia Brustad, Helse- og omsorgsdepartementet, 8.5.2006

Innhald

- 1 Hovudpunkt/samandrag
- 2 Går det bra på fødestova i Lærdal no? Om ”avvik”
- 3 Økonomiske konsekvensar ved ei oppgradering frå fødestove til fødeavdeling
- 4 Mistydingar om det tidlegare fødetilbodet i Lærdal
- 5 Det faglege grunnlaget for ei fødeavdeling
- 6 Ei fødeavdeling i Lærdal er ikkje i strid med gjeldande politikk for fødselsomsorga
- 7 Andre alternativ: nedlegging av fødetilbodet eller vanleg fødestove
- 8 Prosessen som førte til at fødeavdelinga likevel vart lagt ned, og problema som følgde

Denne utgreiinga argumenterer for at fødestova i Lærdal bør oppgraderast til fødeavdeling og oppsummerer og strukturerer fleire tidlegare innspel til departementet. Det legg vekta på dei *faglege, økonomiske og formelle* sidene av saka og går ikkje inn på den tidlegare politiske prosessen, det enorme folkelege engasjementet, dei store demonstrasjonane og den massive mediedekninga som har prega striden kring fødetilbodet i Lærdal kontinuerleg frå 2001 til i dag.

Forfattarane har vore sentrale i dei to aksjonsgruppene som arbeidde mot nedlegging av fødeavdelinga i Lærdal frå sommaren 2001 (JFL)/hausten 2002 (FLS) og fram til vedtaket om forsterka fødestove vart sett i verk i mars 2004. Ingen av oss har nokon tilknytning til Helse Førde, anna enn som brukarar/pasientar.

1 Hovudpunkt/samandrag

Fødselsomsorga i Sogn kom i eit uføre etter at den velfungerande og populære fødeavdelinga ved Lærdal sjukehus vart omlagd til forsterka fødestove i mars 2004. Fødselstalet i Lærdal gjekk ned frå kring 250 i 2001-02 til 122 i 2005 medan Helse Førde føresette 160-70 fødsjar på fødestova. Det har vist seg svært vanskeleg å rekruttera dei jordmødrene som bur i distriktet til fødestova – 50 prosent av turnusen er i dag dekt opp gjennom faste avtalar med jordmødrer frå Sverige og Haukeland. Problema har forplanta seg til svangerskapsomsorga i kommunane.

Dei siste månadene har ein lagt særleg vekt på unngå liknande såkalla ”avvik” som Nasjonalt råd viser til i brevet til Helse Vest 8.3.2006. Konsekvensen er at fødande kvinner i Sogn har fått eit *dårlegare tilbod* som følgje av at seleksjonen til fødestova er hardare, altså at fleire enn før ikkje får føda der.

Jamvel Nasjonalt råd vedgår at gynekologberedskapen har vist seg å vera livreddande i to tilfelle. Det verste som gjerast mot fødselsomsorga i Sogn er å fjerna denne beredskapen.

Ei fødeavdeling vil sannsynlegvis ikkje vera dyrare å driva enn dagens fødestove, truleg heller billegare (pga. større lokal rekruttering), og ein vil få utnytta ledig gynekologkapasitet langt meir kostnadseffektivt.

Ved ei formell oppgradering til fødeavdeling kjem ein bort frå den absurde situasjonen i dag der kvinner i/rett etter fødsel på grunn av ”fødestoveprinsippet” blir overførte til Førde for bagatellmessige komplikasjonar trass i at fødestova har gynekologi-, anesthesi- og operasjonsstoveberedskap og tilgjengeleg barnelege med fullgod kompetanse og kapasitet til å ordna opp.

Ei fødeavdeling vil gjera at langt fleire sognakvinner kan få føda i sitt eige nærrområde framfor å reisa opptil to timar lenger til Førde/Voss. Trass i gynekologi- og operasjonsstoveberedskapen er seleksjonen i Lærdal som ved ei vanleg fødestove utan beredskap.

Ei oppgradering til fødeavdeling vil vera *i tråd med politikken for fødselsomsorga slik han vert førd i dag*. Det blir ikkje lenger arbeidsaktivt for å gjera om små fødeavdelingar til fødestover. Hadde Lærdal framleis hatt ei fødeavdeling, er det usannsynleg at nokon i dag hadde prøvd å gjera ho om til fødestove.

Seksjonsleiar for fødestova, Sigrid Lysne, har oppsummert situasjonen slik på spørsmål om sjukehuset burde få att ei fullverdig fødeavdeling: *”- Eg trur det hadde løyst mange av problema ja. Både for oss og for jordmortenesta i distrikta. Det ville gitt oss ei meir stabil jordmordekning i heile Indre Sogn. Slik som eg ser det er [det] ikkje store ressursar som skal til. Både gynekolog, barnelege og døgnberedskap på operasjon er til stades i dag.”*¹

Ei oppgradering til fødeavdeling i Lærdal er det viktigaste som kan gjerast for å gjenoppretta den skrantande tilliten til Helse Førde/Helse Vest i Sogn. Det vil vera ei djerv politisk handling som set sluttstrek for mange års tvil og uro kring fødetilbodet i Lærdal, og det vil vera ei handling som vil bli svært godt motteken i heile Sogn og Fjordane.

2 Går det bra på fødestova i Lærdal no? Om ”avvik”

¹ Sogn Avis, 8.3.2006.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg gav brevet 8.3.2006 melding om dei la ned rådgjevingssgruppa for fødestova i Lærdal, og dei gav ein knusande kritikk av måten fødestova vart drive på. Det var tre møte i rådgjevingssgruppa før ho vart lagt ned, og referata frå møta fortel tydeleg kva typar ”avvik” det var snakk om:²

- Fem gonger hjelpte ein gynekolog slitne mødrer å få barnet ut med vakuum i staden for å senda kvinna 14 mil i ambulanse til Førde for å få gjort det same der.
- To gonger har fødestova teke imot kvinner som venta tvillingar og som difor ikkje skulle fått lov til å føda i Lærdal. Helikopter kunne ikkje landa på grunn av sterk vind. Den eine fødselen var komen for langt til å kunna sendast i bilambulanse, i det andre tilfellet var alle vegar frå Lærdal stengde. (Det var her rådgjevingssgruppa kom med dei kreative framlegga om å senda kvinna i ein ikkje-eksisterande skyssbåt forbi rasstaden på Kjøsnesfjorden, og å landa på ferjeleiet på Fodnes fordi det var betre vindforhold der – noko Luftambulansen i Førde seinare har avvist.)
- Fleire gonger har gynekologane ved fødestova teke akutte keisarsnitt. To av dei var livreddande, og dei to er dei einaste rådgjevingssgruppa ”godkjende”.

Det må presiserast at Nasjonalt råd *ikkje* har karakteriserte aktiviteten til gynekologane som uforsvarleg. Kritikken går på at ”fødestuemodellen ikke har vært fulgt”, at ”Lærdal fødestue fortsatt fungerer som en tradisjonell fødeavdeling” og at ”vikargynekologene ... ikke er fortrolige med fødestuemodellen.”

Det som Nasjonalt råd aldri fekk med seg, var at det ikkje har vore liknande tilfelle sidan hausten 2005. Den nyttilsette avdelingsleiaren, Sigrid Lysne, har prioritert svært høgt å få fødestova på stell slik at seleksjonen av kven som får føda der skjer i tråd med seleksjonskriteria og at fødekvinne blir overførte til Førde i tråd med retningslinene i dei tilfella det er mogleg. Etter det me kjenner til har det ikkje vore akutte keisarsnitt dei siste månadene i Lærdal. Om dette er et resultat av tilfeldigheter eller av den strengare tolkinga av fødestovekriteria, er det vanskeleg å uttala seg om.

Når meldingane no går ut på at *det går bra* ved fødestova i Lærdal, er det nok rett om ein ser det i lys av dei kriteri og retningslinene som låg til grunn for opprettinga av den modifiserte fødestova.

Men for fødekvinne som opplever uventa komplikasjonar ved fødselen, er det *verre enn nokon gong* på fødestova i Lærdal, nettopp fordi retningslinene blir følgde så pertentleg. Den absurde situasjonen er no at kvinner etter kriteria for fødestova skal overførast før eller i fødsel for å ta alle typar operative forløyseringar *sjølv om det sit ein gynekolog på vakt like ved sjukehuset som kunne ha gjort det* og det er beredskap ved operasjonsstova.

Like absurd er det at føretaksgrensene gjer at kvinner i fødsel skal overførast til Førde sentralsjukehus (138 km med 15 minutt ferje og mest 600 kr t/r i ferje-/bompengar for mannen som ligg på hjul i bil), ikkje til fødeavdelinga på Voss sjukehus (105 km *utan* ferje og utan bompengar). Dei klare signala frå Helse Førde er at alle skal til Førde fordi det er betre økonomi for helseforetaket. I praksis vil kvar kvinna blir send, vera ei avveging i høve til faglege vurderingar.

² Referat frå møte 21.-22.3.2004, 14.2.2005 og 27.-28.9.2005, rådgjevingssgruppa for fødestova i Lærdal, Nasjonalt råd for fødselsomsorg.

Ein del kvinner frå sørsida av fjorden (Årdal, Lærdal, Aurland), som er førehandsselektert vekk frå Lærdal, vel sjølv å reisa til Voss i staden for Førde på grunn av kortare avstand. Det gjeld t.d. planlagde keisarsnitt, overvektige gravide, prøverørsbarn og dei som tidlegare har teke keisarsnitt. Det er då verdt å merka seg at Voss sjukehus i praksis ikkje har høgare beredskap enn Lærdal. At desse kvinnene må føda så langt heimanfrå, er altså i realiteten unødvendig og berre eit resultat av dei rigide kriteria for fødestova.

3 Økonomiske konsekvensar ved ei oppgradering frå fødestove til fødeavdeling

Helse Førde har ikkje lagt fram overslag over kva det vil kosta å driva ei fødeavdeling jamført med dagens fødestove. Sentrale representantar for helseføretaket har likevel uformelt vore svært klåre overfor oss på at ei oppgradering til fødeavdeling iallfall ikkje vil bli dyrare, truleg heller billegare enn dagens fødestove.

For å få turnusen for gynekologar, jordmødrer og barnepleiarar til å gå rundt, går fødestova med ei minimumsbemanning som i realiteten gjer at det er stor ledig kapasitet på fødestova. Den tidlegare fødeavdelinga med kring 250 fødsjar årleg hadde to gynekologstillingar og 6 jordmorstillingar. Dagens fødestove med kring 120 fødsjar årleg har ei gynekologstilling og kring 6,5 jordmorstillingar. Attpåtil blir halvparten av dagens jordmorturnus dekt av små stillingsprosentar for jordmødrer frå Haukeland og Sverige. Med ei fødeavdeling vil ein spara desse utgiftene fordi ein sannsynlegvis vil kunna dekkja behovet på fødestova med lokale jordmødrer som i dag ikkje vil arbeida der.

I tillegg vil ein få utnytta gynekologen som til kvar tid er til stades og i dag har mykje ledig kapasitet. På grunn av "fødestovemodellen" får gynekologane i dag ikkje gjera gynekologiske operasjonar om det ikkje er absolutt naudsynt ved ein akutt, livsfarleg situasjon. Alle andre pasientar med behov for gynekologiske inngrep må i dag, heilt unødvendig, reisa til Førde. På grunn av dette tilviser kommunelegane ofte kvinnene til Førde også for undersøkingar slik at dei berre har éin stad å forhalda seg til. Slik mister gynekologane i Lærdal oppdrag dei faktisk kunne ha utført.

4 Mistydingar om det tidlegare fødetilbodet i Lærdal

Det har fått festa seg fleire mistydingar i dei sentrale politiske miljøa om historia til fødetilbodet i Lærdal. Nasjonalt råd skriv i brevet 8.3.2006: "Lærdal sjukehus har fra midten av 1970 tallet hatt én gynekologstilling, som sammen med kirurgene dekket vaktberedskap ved fødeavdelingen." *Dette er feil* – frå 1992 til 2004 hadde Lærdal to gynekologstillingar, og kirurgar har ikkje delteke i fødetenesta.

"Zwart-saka": Me har ved andre høve opplevd direkte referansar frå sentrale politikarar til denne saka som grunngeving for at fødeavdelinga i Lærdal måtte leggjast ned. Frå 1979 til 1992 hadde Lærdal berre éin gynekolog. Etter at eit oppslag i VG i 1997 sette i gang saka, vart gynekolog Dick Jan Zwart fråteke lisensen av Helsetilsynet for å ha opptrekk uforsvarleg ved ti tilfelle som hadde resultert i fødselsskadar. Etter ein lengre prosess i rettssystemet, vann Zwart på alle punkt i 2002, fekk attende lisensen og ein million kr i erstatning. Retten slo fast at arbeidstilhøva var uforsvarlege.³

³ Bergens Tidende, 17.7.2002, <http://www.bt.no/lokalt/sf/article108283.ece>

Vellukka gynekologstafett: Sogn og Fjordane fylkeskommune tok konsekvensen av problema i Lærdal kring 1990, og frå 1992 hadde Lærdal to gynekologistillingar, éi fast og éi dekt opp av eit legenettverk. Frå 2004 har legenettverket vore vidareført for å oppfylle kravet om keisarsnittberedskap ved fødestova.

Gynekologane som stadig inngår i stafetten, kjem frå universitetssjukehusa i Lund, Malmö og Göteborg. Dei deltek i vaktberedskapen ved dei store fødeavdelingane på desse sjukehusa og er svært kompetente. Dei 11 gynekologane som deltek i stafetten i dag, har vore i Lærdal i 7-10 år, og ni av dei har doktorgrad.⁴ Dei er ettertrakta som vikarar både på Førde sentralsjukehus og universitetssjukehus andre stader i landet.

Ordninga har vore svært stabil og tilført sjukehuset verdfull kompetanse. Fleire av dei svenske gynekologane har no hatt ei tilknytning til Lærdal i over 10 år. Dette har vist seg som ei svært stabil, robust og god ordning. Det må strekast under at ordninga blir administrert av sjukehuset sjølv og at gynekologane blir rekrutterte personleg av leiaren for nettverket. Dette går altså *ikkje* gjennom vikarbyrå.

Den nye fødeavdelinga: Etter Zwart-saka gjorde fylkeskommunen og sjukehuset ein stor jobb med å byggja opp fødeavdelinga, som i 1992 fekk årets "Fødsel i fokus"-pris og sidan har vore *svært populær og nytt stor tillit i regionen – difor dei sterke reaksjonane då avdelinga vart lagt ned.*

5 Det faglege grunnlaget for ei fødeavdeling

Den tyngste faglege grunngevinga for at det bør vera ei fødeavdeling og ikkje ei fødestove i Lærdal, ligg i vurderingane til fagmiljøet i Helse Førde i den omfattande strategiprosessen 2002-03.

Fødeavdelinga i Lærdal med kring 250 fødselar årleg oppfylte ikkje kravet i nivåinndelinga for fødselsomsorga (400 fødselar) som Stortinget vedtok i juni 2001, og det er *den einaste grunnen* til at spørsmålet om omdanning til fødestove kom opp. Ingen stilte korkje på det tidspunktet eller seinare i prosessen spørjeteikn ved den faglege kvaliteten ved fødeavdelinga i Lærdal.

I strategiprosessane som Helse Vest og Helse Førde sette i gang hausten 2002, vart det lagt føringar om at ei streng tolking av dei nasjonale retningslinjene for fødselsomsorga skulle leggjast til grunn. Helse Vest blinka dermed alt hausten 2002 ut fødeavdelingane på Voss, Nordfjordeid og i Lærdal for omdanning til fødestove. Den faglege arbeidsgruppa for føde/gyn som var breitt samansett frå alle sjukehus i Helse Førde, var svært klår i tilrådinga i desember 2002:⁵

⁴ Dei 11 legane i nettverket i dag er C.B. Dr. med., overlege frå Kvinneklubben, Universitetssjukehuset i Lund (spesialkompetanse i ultralyd og cancerkirurgi); T.B. Dr. med., overlege med leiingsansvar frå Kvinneklubben, Universitetssjukehuset i Lund (spesialkompetanse i endoskopisk kirurgi og cancerkirurgi); B.C. Dr. med., professor II, overlege frå Kvinneklubben, Universitetssjukehuset i Lund (spesialkompetanse i endokrinologi, tumorbiologi, kirurgi); A.H. Dr. med., overlege med leiingsansvar frå Kvinneklubben, Universitetssjukehuset i Lund (spesialkompetanse i obstetikk); J.P. Dr. med., overlege frå Kvinneklubben, Universitetssjukehuset i Lund (spesialkompetanse i utgreiing og behandling av urininkontinens, laparoskopisk kirurgi og cancerkirurgi); A.R. Avd.lege fra Kvinneklubben, Universitetssjukehuset i Malmø (spesialkompetanse i endoskopisk kirurgi); og Pål Wølner-Hanssen Dr.med., professor II, overlege med leiingsansvar frå Kvinneklubben, Universitetssjukehuset i Malmø (spesialkompetanse i infertilitet, infeksjonar, endoskopisk kirurgi). Sistnemnde er leiar for nettverket.

H.S. Dr. med., sjef for fødeavdelingen på Universitetssjukehuset i Malmø

J.G. Dr.med., professor II, Sahlgrenska Universitetssjukehus, Göteborg (spesialkompetanse i endoskopisk kirurgi)

N.W. Avd.lege på Kvinneklubben, Universitetssjukehuset i Malmø

J.J.P.C. Dr.med, professor II, seksjonssjef for gynekologi på Universitetssjukehuset i Malmø (spesialist i gynekologisk kirurgi)

⁵ Strategiplan Helse Førde 2003. Rapport frå Arbeidsgruppe for gyn./fødetenester og barneavdeling, Helse Førde desember 2002.

”Økonomisk innsparing ved å velje nedlegging av gyn-/fødeteneste eller oppretting av fødestove ved Lærdal sjukehus er i ein størrelsesorden som ikkje oppveg vesentlege høve som nærleiken til ei fødeavdeling med fagleg god forsvarlegheit.”

Den same arbeidsgruppa leverte i mars 2003 ei tilleggsutgreiing om oppretting av ei *forsterka* fødestove i Lærdal, men heldt oppe tilrådinga om at Lærdal framleis burde ha fødeavdeling og konkluderte.⁶

At Statens Helsetilsyn finner det fagleg forsvarleg å opprette fødestove, betyr ikkje at det gynekologiske fagmiljø er samde i denne utvikling. Ein finner ikkje oppretting av fødestove i Lærdal, med eller utan gynekolog på dagtid, ynskjeleg av fleire tilhøve:

- *Fra et obstetrisk synspunkt vil oppretting av ein fødestove fram for ein fødeavdeling ved LSH vorte eit fagleg tilbakesteget. Uansett seleksjonsgrad vil det kunne opstå situasjoner under fødsel som vil krevje umiddelbare handlingstiltak fra gynekolog.*
- *Over halvdelene av fødselene fra Lærdalsområdet vil ikkje kunne finne sted ved LSH. Kvaliteten med nærleik til føde-tenesta forsvinner.*
- *Nokon kvinner vil skulle transporterast frå Lærdal til Førde i fødsel, primært med helikopter om vejrforholdene tillet det. Det medfører belastning for den fødande og potensiell risiko for barnet. I tillegg til menneskelege belastningar, medfører det utgiftar til helikopter-transporten.*
- *Transportutgiftar til ambulans med jordmorfylgje må òg påreknast for dei kvinnene som er selektert til å skulle føde ved FSS, Voss sykehus el. Haukeland sykehus.*
- *Betydninga av topografiske/geografiske forhold, ferje- avhengigheit, vejrforhold på vinterstid, belastning for kvinne og hennar familie ved lang avstand til fødeinstitusjonen, behov for innleggingar ”i påvente av fødsel” mv, - er diskutert i tidlegere utgreiing fra ” arbeidsgruppe for gyn/fødetenester og barneavdeling”.*

I *høyringsrunden* kom det eit unisont råd om å halda oppe fødeavdelinga i Lærdal. Dei to fagleg mest autoritative høyringsfråsegnene kom frå Fylkeslegen og frå perinatalkomiteen i Sogn og Fjordane, som baa gjekk imot omdanning til fødestove.

Det er stor fagleg usemje om det forsvarlege med fødestover, og kjernepunktet i usemja er i kor stor grad ein kan gjera ein sikker seleksjon av risikofødselar på førehand. Tal som Nasjonalt råd for fødselsomsorg sjølv har lagt fram, gjer at det er stor grunn til å stilla spørjeteikn ved det faglege grunnlaget nivåinndelinga og ideologien til Nasjonalt råd har bygt på. I perioden 1999-2003 vart heile 16 prosent av kvinnene som kom til vanlege fødestover for å føda, overførte til sjukehus i fødsel (197 av 3161).⁷ På dei vanlege fødestovene måtte det i same periode utførast seks akutte keisarsnitt. Rapporten oppsummerer sjølv: "Keisarsnittene kunne utføres ved disse fødestuene fordi det tilfeldigvis var riktig personale tilstede i de konkrete situasjonene. ... Det er i ettertid vanskelig å vite utfallet dersom kvinnene hadde blitt overflyttet til fødeavdeling i de akutte tilfellene." Det skal òg leggjast til at alle dei seks tilfella var hjå fleirgongsfødande kvinner.

6 Ei fødeavdeling i Lærdal er ikkje i strid med gjeldande politikk for fødselsomsorga

Grunnlaget for at det kom i gang ein prosess med omlegging av fødeavdelinga i Lærdal til fødestove, var eine og åleine Stortinget sitt romartalsvedtak i samband med handsaminga av akuttmeldinga i juni 2001:

⁶ Tilleggsrapport frå Arbeidsgruppe for gyn./fødetenester og barneavdeling, Helse Førde mars 2003.

⁷ Kartlegging av fødestuer og modifiserte fødestuer 1999-2003, Nasjonalt råd for fødselsomsorg 2005.

”Stortinget ber Regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen.”

Eit sentralt kriterium i nivåinndelinga var at ei fødeavdeling burde ha minst 400 fødselar årleg.⁸ Men det som knapt kom fram i den offentlege debatten, var *hovudgrunnlaget* for denne 400-grensa, nemleg at ein la til grunn 4-delt gynekologvakt og såg 100 fødselar årleg som eit minimum per gynekolog. Det var dette adm.dir Leif Kapstad i Helse Førde tok utgangspunkt i då han tilrådde å halda oppe fødeavdelingane i Lærdal:

”Vikarstafett kan i seg sjølv vere ei utfordring, men i denne samanheng vil desse spesialistane ha tilstrekkeleg fødselsvolum i sitt basissjukehus. Den fast tilsette gynekologen vil truleg fylle eit krav om 100 fødselar pr år.”⁹

Også i det politiske miljøet innsåg ein at det fanst andre og like gode måtar å organisera små fødeavdelingar i distrikta på enn den eine modellen Helsetilsynet føreskreiv for å oppfylla volumkravet for gynekologane. Ein samla sosialkomite på Stortinget sa fyrste gongen alt i 1997 at 400-grensa ikkje måtte oppfattast som absolutt,¹⁰ og dette er gjenteke i ei rad komiteinnstillingar dei siste åra.

I 1996 var det 14 fødeavdelingar med færre enn 400 fødselar årleg. Lofoten, Tynset og Rjukan vart omlagde til fødestover *før* nivåinndelinga var vedteken. Odda kom etter i 2003, men utan at Nasjonalt råd var inne – Odda var dessutan i praksis drive som ei fødestove lenge før den formelle omlegginga.¹¹ Så kom dei tre omleggingane Nasjonalt råd var involverte i, Narvik, Mosjøen og Lærdal, som alle var lite velluka – Narvik så lite vellukka at vedtaket vart reversert før det vart sett i verk. For dei ca. 10 andre fødeavdelingane som etter nivåinndelinga skulle vorte fødestover, har arbeidet anten aldri kome i gang eller vorte stogga av helseføretaka sjølve eller på politisk nivå.

Nasjonalt råd har sjølv uttrykt klårt at politikken på feltet i praksis er lagd om:¹² *”[Rådet] finner det vanskelig å planlegge vidare arbeid med omlegging til fødestuer og gjennomføring av nivåinndelingen av fødselsomsorgen før det tas beslutninger som kan bringe denne omstillingen vidare.”* Jf. Statsbudsjettet for 2006 der Nasjonalt råd heller prioriterer *”et differensiert fødetilbud ved fødeavdelinger og kvinneklinikker.”* At sentrale medlemmer i Nasjonalt råd også sjølve har store problem med å få sitt eige kart til å høva med terrenget, fekk ein eit meir kuriøst døme på i vinter. Medlem av rådet Nina Schmidt tok då til orde for å gjere om fødestova i Alta til fødeavdeling. På grunn av lang veg til næraste fødeavdeling (14 mil), skulle 10-20 prosent av fødselane på fødestova eigentleg vore på ei fødeavdeling.¹³

Med andre ord har den praktiske politikken dei siste åra vore vore at fødeavdelingar godt kan ha under 400 fødselar berre drifta er fagleg forsvarleg.

7 Andre alternativ: nedlegging av fødetilbodet eller vanleg fødestove

I strategiarbeidet 2002-03 greidde Helse Førde ut både nedlegging av fødetilbodet i Lærdal og nedgradering til ei vanleg fødestove utan akuttberedskap. Både desse alternativa vart i realiteten forlate tidleg i prosessen då

⁸ *Faglige krav til fødeinstitusjoner*, Statens helsetilsyns utredningsserie 1-97.

⁹ Sak 035/03 V ”Ny strategi for Helse Førde – endeleg vedtak”, saksutgreiing til styremøte i Helse Førde 28.5.2003.

¹⁰ Innst.S.nr.237 (1996-1997) (om St.meld. nr. 24), avgjeve 3.6.1997.

¹¹ *Faglige krav til fødeinstitusjoner*, Statens helsetilsyns utredningsserie 1-97.

¹² *Status etter tre år og utfordringene framover*. Rapport fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg, juni 2005, s. 11.

¹³ *Altaposten*, 28.2.2006.

det vart laga ei tilleggsutgreiing om forsterka/modifisert fødestove, hovudsakleg grunna geografi og tryggleik. Det reelle spørsmålet i den avgjerande fasen var såleis å halda oppe fødeavdelinga eller nedgradering til forsterka fødestove.

Nasjonalt råd ser ut til å vera dei einaste som ønskjer ei nedgradering til vanleg fødestove eller ei nedlegging av heile fødetilbodet. I brevet 8. mars skriv Rådet at det "hele tiden [har] hevdet at den beste måte å sikre et permanent og trygt tilbud til fødende kvinner i denne delen av Sogn er med en tradisjonell fødestue i lokalsykehuset, uten keisersnittberedskap."

Me går ut ifrå at nedlegging av fødetilbodet eller vanleg fødestove politisk er *heilt uaktuelle alternativ* i Lærdal. Alternativa er sterkt frårådd av fagmiljøet i Helse Førde. Dei vil dessutan vera i strid med heile det faglege og politiske grunnlaget for opprettinga av den forsterka fødestova der det vart lagt avgjerande vekt på den tryggleiken som keisersnittberedskapan gjev jamført med ei vanleg fødestove. Referata frå rådgevingsgruppa til Nasjonalt råd stadfester dette i og med at det etter omlegginga til fødestove faktisk er utført minst to livreddande keisersnitt i der det ikkje hadde vore tid til overføring, og der den normale seleksjonen ikkje fanga opp dei to som risikotilfelle.

Sidan det ikkje er kirurgar ved Lærdal sjukehus og ortopedane ikkje reknar seg som kompetente til å utføra keisersnitt og difor har nytta retten sin til å reservera seg mot dette, er gynekologvakta det einaste som kan sikra ein akseptabel tryggleik for dei som føder ved Lærdal sjukehus. *Det verste som kan gjerast mot fødselsomsorga i Sogn er at gynekologvakta blir fjerna.*

8 Prosessen som førte til at fødeavdelinga likevel vart lagt ned, og problema som følgde

Då saka om ny strategi skulle opp til endeleg avgjerd i styret i Helse Førde 28.5.2003, følgde *adm.dir. Leif Kapstad* dei eintydige faglege råda:

Adm.direktør opplever det som ei utfordring å vekte dei ulike kvalitetselementa i fødetenestene mot kvarandre. Faglege føringar frå Statens helsetilsyn og Nasjonalt Råd for fødselsomsorg, samt frå Helse Vest, er eintydige i høve volumkrav og seleksjon av fødande. Politiske føringar frå Stortingets sosialkomite er lite eintydige, men opnar opp for stor grad av lokalt skjøn. Ønskja frå befolkninga slik den blir uttrykt i høyringsfråsegner og i folkeaksjonar er eintydige for å oppretthalde fødeavdelingane som i dag.

Adm.direktør vil på grunnlag av dette legge fram ei endra tilråding til styret i høve det som låg til grunn i høyringsframlegget til Ny strategi. Adm.direktør gjer framlegg om at fødeavdelingane ved Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus vert oppretthaldne.

[Tilråding til vedtak:]

Fødeavdelingane ved Lærdal sjukehus og ved Nordfjord sjukehus vert oppretthaldne med dagens tenestetilbod. Helse Førde skal iverksette kompetansetiltak som kompenserer for lave fødselstal m.a. ved å inngå avtale om systematisk hospitering for gynekolog og jordmødre ved store fødeavdelingar.

Styremøtet i Helse Førde 28.5.2003 følgde ikkje tilrådinga frå adm.dir, men vedtok med 5 mot 4 røyster dette:¹⁴

¹⁴ Protokoll frå styremøte i Helse Førde, 28.5.2003.

Nytt punkt 6 i framlegg til vedtak frå Herlof Nilssen [repr. Helse Vest], Per Ytrehus [styreleiar], Kjell Opseth [nestleiar]:

Fødeavdelinga ved LSH vert omgjordt til forsterka fødestove/modifisert fødestove. Fødeavdelinga ved Nordfjord sjukehus vert oppretthalden. Styret ber administrasjonen nøye følge utviklinga m.a. med omsyn på utvikling i fødselstal og rekruttering av rett kompetanse.

Styret i Helse Vest vedtok 11.6.2003 å gjera om fødeavdelinga i Lærdal til forsterka/modifisert fødestove, og det same vart vedteke av helseminister Dagfinn Høybråten i føretaksmøtet 18.6.2003 etter tilråding frå Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Sosial- og helsedirektoratet. Vedtaket skulle likevel ikkje setjast i verk før Helse Vest kunne dokumentera at ein del vilkår var oppfylte – viktigast var kravet om forsvarleg keisarsnittberedskap.

Føretaksmøtet vedtok i januar 2004 at føresetnadene var oppfylte og at vedtaket kunne setjast i verk. Det hadde ikkje lukkast å få vanlege kirurgar til å ta keisarsnittberedskapen, så den svenske gynekologstafetten måtte vidareførast.

Store problem gjorde at den nye fødestova ikkje kom i gang før i mars 2004. Særleg store vart problema av at alle jordmødrene på den gamle fødestova slutta hausten 2003 fordi dei meinte ei fødestove i Lærdal ville gje eit uverdig tilbod til dei fødande. Leiaren for Storken i Bergen vart henta inn som avdelingsleiar, og det vart oppretta ei luftbru med jordmødrer, m.a. frå Lofoten, for å halda fødestova i gang. I denne fyrste fasen (mai 2004) var den eine hendinga som det har vorte tilsynssak av etter at fødestova opna. Ein unge døydde utan at jordmødrene tok bedømbart inkomst-CTG og utan at dei reagerte på misfarga fostervatn og tilkalla gynekolog. Helsetilsynet retta seinare lagt sterkare kritikk mot systemet som fødestova var drive etter enn mot dei to jordmødrene.

Også *kommunehelsetenesta* vart hardt råka av omlegginga til fødestove. ”Fødestovemodellen” føreset eit tett samarbeid mellom fødestova og kommunehelsetenesta i svangerskapsomsorga, men dei fleste kommunejordmødrene i Sogn var like skeptiske til omlegginga som jordmødrene på fødeavdelinga. På sørsida (Årdal, Lærdal, Aurland) har ein delvis i samarbeid med fødestova fått dekt opp jordmorvakta i kommunane. På nordsida (Leikanger, Sogndal, Luster) må derimot legar dekkja opp 50 prosent av turnusen fordi lokale jordmødrer ikkje ynskjer å delta i ei vaktordning som føreset tett samarbeid med ein fødestovemodell dei meiner er uverdig for kvinnene.

Fødselstal: Helse Førde rekna med 160-170 fødsjar årleg på ei forsterka fødestove i Lærdal. Talet var i 2005 122 fødsjar, og med hardare seleksjon ser det iallfall ikkje ut til å bli høgare i 2006. Den tidlegare fødeavdelinga hadde 233 fødsjar i 2002 og 270 fødsjar i 2001, som var dei to siste åra der drifta ikkje var råka av den komande omlegginga til fødestove. Nasjonalt råd opererer konsekvent og tendensiøst med ”230” som talet på fødsjar ved den tidlegare fødeavdelinga medan snittalet for dei siste åra altså låg på kring 250.

Omdanninga til fødestove skjedde etter ein lang og kvass strid med store demonstrasjonar, massiv mediedekning, til dels òg på nasjonalt nivå, engasjement i politiske miljø og intern strid i helseføretaket. Helse Førde slit framleis med dårleg omdøme og manglande tillit i Sogn etter denne prosessen.

Samstundes må det strekast under at leiinga ser ut til å ha lukkast med å stabilisera drifta såpass dei siste månadene at fødestova i dag skulle utgjera eit framifrå grunnlag for ei fødeavdeling. Det er eigentleg berre snakk om å byta ut skiltet og justera kriteria.

I prosessen har konsekvensane av fødeavdeling kontra fødestove ikkje vore sett i samanheng med det generelle tilbodet i gynekologi i regionen. At omsynet til kvinnehelse ikkje har vore vurdert, er ein veikskap ved prosessen. Både i høve til planlagde undersøkingar/inngrep og akutte tilstandar, er tilbodet vorte svært mykje dårlegare ved at kvinner i alle aldrar no må reisa til Førde for å få gjort det som gynekologane i Lærdal ikkje får lov til. At ei kvinne frå Luster eller Årdal, som har spontan abort, skal belastast med den lange reisa til Førde for ei utskraping som tek nokre få minutt, er ikkje verdig når høgt kvalifiserte gynekologar sit i beredskap i Lærdal med full lønn.