



FÖRLOSSNINGSVÅRD VID TRE SJUKHUS

Uppdrag CFOG

Sofie Jacobsson och Anders Sylvan

Innehållsförteckning:

1	Bakgrund	2
2	Arbetsmetod	2
3	Förlossningsvården i Sverige	3
3.1	Förlossningsvård i kris?	3
3.2	Socialstyrelsens uppdrag.....	3
3.3	Riktade statsbidrag	3
4	Förlossningsvården i Västerbotten	4
4.1	Det politiska uppdraget.....	4
4.2	Centrum för Obstetrik och Gynekologi	4
4.3	Förlossningsvården vid NUS.....	5
4.4	Förlossningsvården i Skellefteå.....	5
4.5	Förlossningsvården i Lycksele	5
4.6	Kirurgi- och Anestesiverksamheten i Lycksele	5
4.7	Sjuktransporter	6
4.8	Neonatalvården i länet.....	7
5	Riktlinjer för förlossningssjukvården i landet	7
6	Avvikelse	8
7	Patientsäkerhet	8
8	Handlingsplanen	9
9	Riskbedömningar	11
10	Värdering av förlossningsvården i Västerbotten	11
10.1	Obstetriker/förlossningsläkare	12
10.2	Barnmorskorskor.....	12
10.3	Undersköterskor	13
10.4	Barnläkare	13
10.5	Anestesi­läkare.....	14
10.6	Operationsresurs.....	14
10.7	Kirurgläkare/kärlkirurgi	14
10.8	Universitetssjukvård.....	14
10.9	Utbildningsresurser – barnmorskor, ST-läkare och teamträning.....	15
10.9.1	Barnmorskor.....	15
10.9.2	ST-läkare.....	15
10.9.3	Teamträning.....	16
11	Löneläget för barnmorskor i Västerbotten	17

12	Personalavgångar	18
13	Åtgärdsalternativ – Värdering.....	18
14	Slutsats.....	21
15	Intervjuade – lista.....	22
16	Referenser	23
17	Bilaga	24

1 Bakgrund

Förlossningssjukvården i Västerbotten befinner sig i ett mycket prekärt läge. En mångårig och accelererande brist på förlossningspersonal, främst barnmorskor men nu också förlossningsläkare har resulterat i ett återkommande behov att reducera verksamheten och stänga ned en förlossningsenhet (Lycksele) i samband med storhelger och semesterperiod för att bereda ordinarie personal lagstadgad ledighet. I samband med att den sista gynekologspecialisten i Lycksele i augusti sade upp sin anställning blev det uppenbart att ersättning inte står att finna. Inför planerad stängning under innevarande Jul- och Nyårshelg konstateras att personal inte kan rekryteras, oavsett hyrbolag eller ersättningsstorlek, till att återstarta förlossningsavdelningen i Lycksele med mindre än att beordring av egen personal tillgrips, ett verktyg som inte tidigare använts som allmän instruktion.

Undertecknade har med kort varsel fått uppdraget att med externa ögon värdera situationen, undersöka vidtagna åtgärder för rekrytering och föreslå alternativa eller kompletterande åtgärder för att förbättra möjligheterna till välgrundade beslut angående förutsättningarna för en patientsäker förlossning vid tre enheter i regionen.

2 Arbetsmetod

Med den begränsade tid som varit möjlig för uppdragets genomförande har vi valt att använda oss av intervjuer samt studier av handlingsplaner, rapporter, beslutsunderlag och övrig dokumenterade fakta som belyser våra frågeställningar. Den korta tiden för kvalitetssäkring av faktauppgifter har begränsat djupet på rapporten.

Vi har intervjuat ledningspersoner och medarbetare inom CFOG liksom relevanta personer i angränsande verksamheter och professioner, fackliga företrädare och avslutade medarbetare. Vi har i rapporten avstått från att citera enskilda utan redovisar grupperade beskrivningar och synpunkter.

3 Förlossningsvården i Sverige

3.1 Förlossningsvård i kris?

Förlossningsvården i Sverige har under en lång rad år stått i medialt och politiskt fokus och ofta beskrivits i termer av "kris". Detta till trots är de medicinska resultaten på en hög internationell nivå och har inte försämrats över tid. Det visar Socialstyrelsens årliga förlossningsstatistik¹ som bland annat bygger på kvalitetsregister. Barnadödligheten (fram till 27:e levnadsdygnet) har under den senaste 10-årsperioden varierat mellan 1,3-1,7 per 1000 födda. Såväl allvarliga förlossningsbristningar liksom frekvensen kejsarsnitt bland förstföderskor visar en minskande trend. På den negativa sidan finns dock en tendens till ökning av andelen barn med låga apgar-poäng (tecken på andningsstress) direkt efter förlossning. Andelen återinläggningar på BB efter hemskrivning tenderar också att öka.

Den dominerande mediala frågan har dock varit en tilltagande brist på förlösande barnmorskor vilket resulterat i ett underskott på förlossningsplatser, särskilt under semestertid. Bristen på förlösande barnmorskor har också resulterat i en försämrad arbetsmiljö, där ett stressat arbetstempo riskerar att orsaka medicinska felbeslut liksom minskad möjlighet för återhämtning och vila.

I en rapport som Barnmorskeförbundet publicerat i maj² anges att 54 % av förbundets svarande medlemmar under senaste året övervägt att lämna yrket under året, trots att hela 96% trivs med sitt arbete i hög eller mycket hög grad. Oro för att inte få ut den semester som man önskat anger 51% som skäl, medan 58% samtidigt anger att de fått ut den lagstadgade rätten till fyra sammanhängande semesterveckor i intervallet juni-augusti.

3.2 Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen fick 2016 ett regeringsuppdrag angående förlossningsvården och kvinnors hälsa, utifrån perspektivet jämlik och jämställd vård. Uppdraget gällde bland annat att sammanställa behov av kunskapsstöd och genomföra en fördjupad analys av förlossningsvården. Socialstyrelsens kartläggning visade på brister och stora variationer. Utgångspunkten var bland annat uppgifter i Öppna Jämförelser. Under åren 2016-19 har ett antal delrapporter lämnats. I december 2022 presenterades ett nationellt kunskapsstöd³. I december 2023 kommer också Nationella riktlinjer för förlossningsvården att publiceras.

3.3 Riktade statsbidrag

Regeringen har tecknat ett antal överenskommelser med SKR under de senaste 6 åren med ambitionen att genom statlig styrning förbättra förutsättningarna för en god och jämlik förlossningsvård. Med hjälp av riktade statsbidrag i storleksordningen 5,5 miljarder kr under åren 2016-20 har regionerna tillförts medel med riktade instruktioner. Fokus har legat på att öka bemanning och att säkra önskad uppställning i förlossningsrummet. Kravet på återrapporteringen om hur medlen använts har varit svag och därför finns en stor osäkerhet hur medlen nyttjats och vilken effekt som uppnåtts generellt.

¹ Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2021; SoS art.nr 2022-12-8275

² "Kvinnohälsa är för lågt prioriterat politiskt"

³ "Graviditet, Förlossning och tiden efter"

4 Förlossningsvården i Västerbotten

4.1 Det politiska uppdraget

Med bred politisk enighet såväl inom majoritet som opposition har Hälso- och sjukvårdsnämnden uppdragit till tjänstemannaorganisation att upprätthålla regionens förlossningsverksamhet vid tre enheter; Lycksele lasarett, Skellefteå lasarett och Norrland universitetssjukhus.

Det finns en oklarhet i hur beslut om temporär stängning av en förlossningsavdelning i samband med sommar- eller långhelgsplanering kan fattas. I motsats till andra verksamheter inom regionens sjukvårdsutbud, finns en förväntan att kortvariga förändringar i förlossningsverksamhetens öppethållande inte kan fattas utan politiskt godkännande.

Denna osäkerhet i beslutsfattandet har återkommande bidragit till att besluten kommit sent inför planerade semestrar och storhelger vilket givit konsekvenser med utebliven planeringshorisont inte bara för berörd personal utan också systempåverkade verksamheter.

4.2 Centrum för Obstetrik och Gynekologi

Centrum för Obstetrik och Gynekologi (CFOG) bildas 2017 som en av flera nya länskliniker genom sammanslagning av verksamheterna vid de tre sjukhusen. Syftet med att bilda länsklirik är bland annat att överenskomma om fördelning av det gemensamma sjukvårdsuppdraget mellan enheterna samt att ta ett gemensamt ansvar för bemanning på alla tre sjukhus. Redan innan länsklirikens bildande fanns ett starkt förankrat arbetssätt med läns-gemensamma vårdprocesser. Av intervjuerna framgår att den nya organisationen bidragit till att en regional bemanningsutjämning har skett, men till priset av "rotationströtthet" och mindre kraft på samverkan i utvecklingsuppdraget. Det har också drabbat utbildningsuppdraget med svårare förutsättningar för läkarutbildning, ST-utbildning och handledare och praktikplatser för barnmorskeutbildning.

I dag leds centrum av en regiongemensam verksamhetschef samt ett antal avdelningschefer vid sjukhusens olika enheter. Avdelningscheferna är första linjens chefer för undersköterskor, sjuksköterskor och barnmorskor. Läkarnas närmsta linjechef är i Umeå medicinsk chef, i Skellefteå läkarchef och i Lycksele förlossningsavdelningens avdelningschef.

Verksamhetschefen för CFOG rapporterar till Områdeschefen som i sin tur rapporterar till Hälso-och Sjukvårdsdirektören.

CFOG har i grova drag profilerat sin operativa verksamhet genom att NUS har ansvar för all onkologisk kirurgi men utför i princip ingen, eller mycket liten benign kirurgi. Lycksele och Skellefteå lasarett genomför benign kirurgi på båda enheterna med processansvaret förlagt till gynekologisk specialist i Skellefteå. Frånvaron av slutenvårdsplatser för gynekologi i Skellefteå, under pågående ny/ombyggnation, begränsar för närvarande operationernas omfattning och antal.

4.3 Förlossningsvården vid NUS

Förlossningsvården vid NUS hanterar som regionsjukhus alla typer av graviditeter och förlossningar och kommer 2022 att ha genomfört ca 1700 förlossningar.

Förlossningsavdelningen bemannas dagtid av tre barnmorskor, kvälls/jour-tid av två, i tillägg till undersköterskor. Utöver detta finns en tjänst som koordinerings-barnmorska, som på 50% delas av två erfarna barnmorskor. Denna tjänst är ett påtagligt resultat av den sk förlossningsmiljarder som delats ut i riktade statsbidrag under senare år.

Bemanningsituationen för barnmorskor har under flera år gradvis försämrats. En allt större andel av passen bemannas nu med timvikarier, långtidsvikariat och hyrbarnmorskor. Schemamodellen är fast schema enligt Allmänna Bestämmelser (AB) men det finns ändå en stor efterfrågan på flexibilitet och att ordinarie personal tar extrapass.

4.4 Förlossningsvården i Skellefteå

I Skellefteå genomförs årligen ca 800 förlossningar. Förlossningsavdelningen bemannas dygnet runt av minst två barnmorskor.

Skellefteå beskrivs både internt och externt som den förlossningsenhet som har den mest välförsörjda barnmorskebemanningen. Det förklaras delvis av en historiskt stabil gynekologiklinik med tillgång till läkarstöd, intern utbildning och utvecklingsverksamhet vilket också bidragit till en stark kollegial sammanhållning. En annan positiv bemanningsfaktor är att förlossning och mödrahälsovård är samlad under samma organisation och ledning. Det har resulterat i flera rotationstjänster där barnmorskor tjänstgör både i förlossningsvård och på MVC.

Trots detta utgångsläge har man på senare tid varit beroende av hyrpersonal för att klara sommarperioderna. Hyrpersonal utgör dessutom en förutsättning för att man ska kunna bidra med roterande barnmorskor som stöd till Lycksele.

4.5 Förlossningsvården i Lycksele

I Lycksele genomfördes under 2021 och 2022 mindre än 300 förlossningar/år och är därmed sett till antalet förlossningar Sveriges minsta enhet. Förlossningsavdelningen bemannas dygnet runt av två barnmorskor.

Barnmorskebemanningen i Lycksele lider idag av konsekvenserna av en djupgående personalkonflikt sedan lång tid tillbaka. Den nödvändiga konflikthanteringen har under senaste året resulterat i ett stort antal uppsägningar. Det finns varierande uppfattningar om i vilken mån konflikten nått en lösning. I dag vittnar den tjänstgörande personalgruppen om att det råder arbetsro och tillförsikt på arbetsplatsen.

Bemanningen innan julhelg består av tre ordinarie barnmorskor på ett bemanningsschema av 12 tjänster. Övriga positioner bemannas av roterande barnmorskor, vikarier och hyrbarnmorskor på långa och återkommande uppdrag.

4.6 Kirurgi- och Anestesiverksamheten i Lycksele

Kirurgi, anestesi, operation, IVA och akutmottagning är idag ett eget verksamhetsområde under lokal ledning i Lycksele. Samtliga delar ingår i det lokala systemet för en fungerande

förlossningsverksamhet. Bemanningssituationen är förhållandevis stabil med undantag för gruppen anestesiläkare.

Som resultat av en generationsväxling finns i dag endast **en** ordinarie anestesiläkare med bakjournskompetens. På ST-läkarsidan har tillväxten varit god men utmaningen är att kunna behålla färdiga specialister på plats i Lycksele efter fullbordad utbildning. Anestesiin bemannar 4 läkarpositioner dagtid och har två dygnet-runt-jourlinjer; helikopterjour och anestesijour.

Bemanningsläget är beroende av en relativt stabil pool av återkommande hyrläkare inom anestesi. För att komma i fråga för detta krävs både bred och djup kompetens, med erfarenhet att hantera barn i nyföddhetsperioden.

Situationen är naturligt skör och försvåras bland annat av två viktiga faktorer;

1. Schabloniserad jour.

Principen har använts vid lasarett under många år för att möjliggöra rekrytering av bakjournlinjer med stor variation i jourbelastning. Det nu av Läkarförbundet uppsagda avtalet har inte förhandlats på nytt och frånvaron av schablonavtal utgör en klart hämmande faktor för ny/återrekrytering av såväl anestesiläkare, gynekologer som andra bakjourer.

2. Helikopterjour.

Ett förslag har lagts fram om att bryta ur den medicinska bemanningen i helikopterverksamheten från Lycksele-kliniken till länsverksamheten Ambulanssjukvård. Ett fullföljande av en sådan organisationsförändring bedömer vi vore ett dråpslag för anestesiinverksamheten och därmed möjligheten för Lycksele lasarett att överleva som akutsjukhus på sikt.

4.7 Sjuktransporter

Ambulansberedskapen i Västerbottens inland har av kostnadsskäl naturligt dimensionerats mot en relativt gles nyttjandefrekvens. Detta innebär då en väsentlig sårbarhet när varje ambulanstransport ofta betyder låsning av resursen under relativt lång tid beroende på de långa transportavstånden från inlandet, inte sällan mot kusten.

För Lycksele finns två dagambulanser, varav en nattetid, samt tillgång till ambulanshelikopter. Under vinterperioden, med osäkert flygväder för helikoptern, blir transportkapaciteten nattetid inte sällan en trång sektor. Vid transportbehov till Nus står Lycksele under lång tid helt utan transportfordon i närområdet för t.ex. akuta hjärtinfarkter eller stroke.

Denna konsekvens behöver övervägas vid beslut om längre stängningar av förlossningsverksamhet eller akut gynekologi då efterfrågan på akuta sjuktransporter naturligt ökar.

4.8 Neonatalvården i länet

I Sverige föds cirka 115 000 barn per år, i Västerbotten 2 700–2 800. Omkring 10% av alla nyfödda behöver mer avancerad vård än den som kan erbjudas på BB. Detta sker då på en neonatalavdelning på länssjukhus eller regionsjukhus.

Barn- och ungdomsklinikens avdelning för neointensivvård har ett samlat ansvar för Regionen Västerbottens specialistvård av för tidigt födda i enlighet med Svenska Neonatalförenings nationella rekommendationer. Utöver intensivvården på Nus bemannas också ett transportteam med dygnet-runt-beredskap för kuvöstransporter både i regionen, sjukvårdsregionen och på en nationell arena. Såväl ambulans, helikopter som Umeåbaserat ambulansflyg utgör transportresurs. Rollen innebär också ett utbildningsuppdrag för att upprätthålla nödvändig neonatal kompetens på de övriga sjukhusen i regionen. Det gäller såväl kompetensutveckling av barnläkare vid länssjukhus som teamträningar på alla sjukhus.

5 Riktlinjer för förlossningssjukvården i landet

Det saknas idag sammanhållna nationella riktlinjer förlossningsverksamhet. Regeringen gav i juni 2021 Socialstyrelsen i uppdrag att utforma Nationella riktlinjer för förlossningsvården. Utgångspunkten är att stora variationer förhindrar jämlik vård och tillgänglighet, att vårdprocesserna skiljer sig mellan regioner. Det som redovisades dec 2002 är ett nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå, "Graviditet, förlossning och tiden efter". Uttryckliga rekommendationer om hur vården ska organiseras inom mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård ges inte i detta kunskapsstöd. Socialstyrelsens kommande publikation som väntas under 2023 rör arbete med att ta fram stöd för prioriteringar för graviditets- och förlossningsvården och tiden efter. Det är således oklart om Socialstyrelsens arbeten kommer att resultera i riktlinjer om hur vården inom mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård bör organiseras.

LÖF har med ett nationellt expertråd arbetat med projektet Säker Förlossningsvård som i sin andra bearbetning under 2013–17 tagit fram ett kunskapsunderlag med ett dussintal separata instruktioner. Under 2022 startades den tredje projektomgången som efter en pågående pilot beräknas vara i full omfattning från hösten 2023.

Bemanningen vid den normala förlossningen är av ovanstående skäl inte nationellt definierad. I många regionala vårdprogram förutsätts att en barnmorska följer en födande under den aktiva förlossningsfasen. Det finns också en nationell konsensus om att två barnmorskor samtidigt bör närvara under själva utdrivningsskedet, då detta har betydelse för uppkomsten av förlossningsbristningar. Vid en eventuell bristning rekommenderas två barnmorskor (alt. barnmorska/läkare) verifiera typen av bristning för att optimera förutsättningarna för en korrekt suturering.

Av detta följer att en förlossningsavdelning behöver bemannas med minst två barnmorskor, dygnet runt, även när förlossningstalen är låga.

Tillgången på barnläkarkompetens och neonatalvård i anslutning till förlossningsverksamheten saknar nationella riktlinjer men Svenska Neonatalföreningen tog 2019 fram en nationell rekommendation⁴.

Av de övergripande slutsatserna framgår bland annat;

- Att alla förlossningsenheter i landet ska dygnet runt ha en direkt tillgänglig barnjour och ett team som kan utföra neonatal hjärt-lungräddning samt ha vårdplatser för neonatal vård. Rutinmässigt postnatal överflyttning av sjuka nyfödda barn till annat sjukhus är inte förenligt med jämlik vård

6 Avvikelser

Avvikelseberättelser och avvikelseanalys är grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet och som också avspeglar en verksamhets patientsäkerhetsmedvetande. Under perioden 2017–2022 har 215 avvikelser som rör CFOG Lycksele registrerats i regionens avvikelsesystem Platina. Det motsvarar i genomsnitt knappt 36 registrerade avvikelser per år, vilket kan betraktas som lågt antal och tillåter inte någon djupare analys. Möjligen ses en tendens till fler avvikelser per år senaste åren men det går inte att bedöma om det är en följd av ökat antal inträffade avvikelser eller om det är en följd av en ökad benägenhet att rapportera avvikelser.

Avvikelserna rör hela CFOG's verksamhet och är inte begränsade till förlossningsverksamheten. Merparten avvikelser rör bristande rutiner avseende dokumentation, provhantering och kommunikation och har inte lett till vårdskada. Det finns ett fåtal avvikelser, både inom gynekologin och obstetrik/förlossning, där brister i rutiner och oklarheter om ansvarsfördelning lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och där anmälan enligt lex Maria upprättats. Därutöver finns patientnämndsärenden som rör bristande bemötande.

7 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen⁵ och handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Patienten ska heller inte komma till skada på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen⁶ upprätthålls. Några grundläggande förutsättningar för en säker vård, och därmed en hög patientsäkerhet, är enligt Socialstyrelsen, en engagerad ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer och att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete samt att det finns en god säkerhetskultur där vårdskador förhindras bland annat genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

⁴ Nationell rekommendation, Arbetsgruppen för Transporter och Centralisering, Svenska Neonatalföreningen (april 2019)

⁵ Patientsäkerhetslag (2010:659)

⁶ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

I samverkan mellan Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Neonatalföreningen drev Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) projektet Säker Förlossningsvård under 2007–2011 och som inkluderade landets samtliga förlossningskliniker. Syftet med projektet var att minska förlossningsskador på barn, i första hand CP-skador orsakade av undvikbar syrebrist i samband med förlossningen. En andra fas av Säker Förlossningsvård pågick mellan 2013–2017. I denna projektomgång följdes första fasen upp samt att även riskgraviditeter och skador på mamman (främst bäckenbottensskador) inkluderades. Projekten resulterade i en rad patientsäkerhetshöjande rekommendationer, checklistor och utbildningsmaterial. Återkommande teamutbildningar i neonatal hjärtåterupplivning (HLR) och rekommendation om två närvarande barnmorskor vid utdrivningsskedet kan lyftas fram som åtgärder som har förbättrat förlossningsvården.

Kända rutiner och återkommande utbildnings- och träningstillfällen av svåra eller sällanförekommande situationer eller handgrepp är en viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Likaså att få öva handläggning av akuta situationer tillsammans med andra yrkesgrupper som ingår i ett team som tar hand om patienter med akuta/livshotande tillstånd. Teamutbildning i neonatal-HLR är exempel på en viktig situationsövning som riktar sig till flera olika yrkeskategorier i ett team och som bör upprepas minst årligen.

Ett effektivt patientsäkerhetsarbete försvåras av en personalsituation där beroendet av ”stafetter” eller andra former av vikarier omöjliggör en kontinuitet och tid för utbildning/fortbildning av personalen. Att flera yrkeskategorier som ingår i ett team utgörs av stafetter eller vikarier gör det särskilt svårt att tillförsäkra att alla får den utbildning och kännedom om de rutiner som behövs för en säker vård.

För många medarbetare i hälso- och sjukvården innebär otillräcklig utbildning, träning och övning i handläggning av akuta, livshotande situationer en så stor stressfaktor att man aktivt undviker arbetsplatser där man kan utsättas för det.

8 Handlingsplanen

I juni 2021 beslutade Hälso- och sjukvårdsnämnden⁷ (HSN) att uppdra till Hälso- och Sjukvårdsdirektören att säkerställa stabil bemanning av barnmorskor i regionen. Ett arbete med en handlingsplan inleddes av en utsedd styrgrupp. Handlingsplanen upprättades, vilken återrapporterades, bereddes och återremitterades under ett år innan den politiskt kunde beslutas.

I en fördjupad granskningsrapport⁸ från revisionskontoret, Region Västerbotten som presenterades i december 2022 riktas kritik mot HSN för att nämnden inte säkerställt tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll över arbetet med nämndens handlingsplan för långsiktigt säkrad bemanning med barnmorskor i förlossningsvården. Revisionen bedömde att förseningar i arbete sannolikt fördröjt genomförandet av åtgärder för att säkra bemanningen.

⁷ HSN 812-2021

⁸ REV 15–2022

“Handlingsplan SFOG, långsiktig bemanning av förlossningsvården” godkändes av HSN⁹ i juni 2022 som principiell inriktning. Beslutet omfattade inga budgettillskott. Handlingsplanen inrymmer 13 avgränsade områden som bearbetats. Av dessa har fem områden prioriterats:

1. Barnmorskeledd förlossning i Lycksele

Inom detta område finns en plan för genomförandet och ett antal aktiviteter för att kunna starta i oktober 2023. Genomförandet kräver dock en projektorganisation och att egen personal och ledning kan allokteras i tillräcklig omfattning för att fokusera på uppbyggnaden. Budgetbehov och beslut om medel saknas.

2. Satsning för att göra arbete på förlossningen attraktivt

Området innehåller åtta separata åtgärder. Tre är klarmarkerade men också här saknas budgetbeslut. Budgetbehovet för dessa tre åtgärder är ca 16-20 mkr/år. Av de tre åtgärderna är ”reduktion av veckoarbetstid för nattjänstgörande barnmorskor” den mest högprioriterade och av verksamheten efterfrågade.

3. Kompetenshöjning och mentorskap

Området innehåller sju åtgärder. Tre är klarmarkerade med ett budgetbehov < 3 mkr .

4. Separata akuta och planerade besök till förlossningen

Området innehåller behov av lokalombyggnad i Umeå som behöver utredas. Klart att genomföras i Skellefteå när pågående nybyggnadsarbetet avslutats.

5. Följsamhet till samma riktlinjer över länet

Arbetet pågår och beräknas klart i april 2023.

Vår bedömning:

En handlingsplan har arbetats fram, initialt på tjänstepersonsnivå, men efter hand också med involvering av verksamheten med egna medarbetare och fackliga representanter. Vi delar revisionens bedömning att den sena involveringen av verksamhetens egen personal och fackliga representanter fördröjt arbetet. Handlingsplanen är samverkad och det finns ett politiskt inriktningsbeslut. Sammantaget finns stor potential att förbättra förutsättningarna för en ökad och stabilare bemanning på medellång och lång sikt. Det krävs då betydande budgetförstärkningar för att genomföra prioriterade delar av planen men politiska beslut saknas i dagsläget. Det är orealistiskt att dra slutsatsen att någon av åtgärderna har möjligheten att säkra bemanningssituationen på kort sikt. Denna handlingsplan löser därför inte behovet av bemanning i det korta perspektivet; veckor till ett halvår.

⁹ HSN 752-2021

9 Riskbedömningar

I utredningsdirektivet ingår att värdera följande risker:

- 1. Till följd av bemanningsläget finns en risk att vi inte kan bedriva en patientsäker förlossningsvård på tre orter i länet.*
- 2. Ytterligare rotation av personal mellan enheterna kan medföra en risk att fler barnmorskor och gynekologer lämnar sina tjänster och allvarligt försvårar möjligheten att fullgöra CFOG:s uppdrag i länet.*

Vår riskbedömning:

1. Nuvarande bemanningsläge medger inte en patientsäker förlossning på tre orter. I Lycksele kan idag gynekologpositionen inte kontinuerligt bemannas med kvalificerad bakjournskompetens. Även med nya tillfälliga och enstaka hyrpersonalslösningar för gynekologer och barnmorskor kan idag inte en acceptabel patientsäkerhet för det nyförlösta barnet uppnås.
2. Krav på ytterligare rotation på personal inom Region Västerbotten, såväl barnmorskor som gynekologer, medför en påtaglig risk för ytterligare uppsägningar som allvarligt hotar CFOG:s möjlighet att upprätthålla sitt nuvarande uppdrag. Denna bild är samstämmig vid intervjuer med såväl ledning, aktiva eller avslutade medarbetare och fackliga representanter på samtliga tre orter.
3. En längre stängning av förlossningsverksamhet och akut gynekologi i Lycksele med ökade transportavstånd vid akuta graviditets- och förlossningskomplikationer medför risk för ett sämre omhändertagande av kvinnor i Södra Lappland och patientsäkerhetsrisker som inte bör negligeras. Konsekvenserna kan mildras med hjälp av organisatoriska åtgärder och förstärkt transportkapacitet.

10 Värdering av förlossningsvården i Västerbotten

Som alla sjukvårdsprocesser är förlossningsprocessen komplex och beroende av ett antal funktioner, kompetenser och samverkansformer. Processen är inte starkare än sin svagaste länk. I dag är den svagaste länken tillgången till obstetriker/förlossningsläkare vid enheten i Lycksele, medan tillgången till barnmorskor över tid varit den övergripande och långsiktiga kapacitetsbegränsningen i regionen.

Förlossningsverksamheten i Lycksele är ytterligt beroende av funktion och samverkan med övriga verksamheter på sjukhuset. Centralt är akutmottagningen, operationsavdelningen och intensivvård med anestesiläkare. Stabil bemanning och kompetens är därför förutsättning för en långsiktigt hållbar verksamhet.

Operationsverksamheten för benign gynekologin vid Lycksele lasarett är också en viktig komponent för CFOG:s uppdrag både ur produktionssynpunkt och som bas för utbildning av ST-läkare och specialister.

CFOG:s förlossningsverksamhet är också en viktig del i Nus funktion som universitetssjukhus med universitetssjukvård. Den kliniska verksamheten är en praktikplattform för läkarutbildningen.

Vi har identifierat några funktioner och nyckelkompetenser som är nödvändiga beståndsdelar i förlossningsprocessen oberoende av om enheten är lokaliserad till Umeå, Skellefteå eller Lycksele;

10.1 Obstetiker/förlossningsläkare

Förlossningsläkaren har det övergripande medicinska ansvaret för den gravida kvinna och det ofödda fostret. Vid alla former av medicinska komplikationer och avvikelser i förhållande till den normala förlossningen skall barnmorskan tillkalla läkarstöd. Läkarens bedömning och åtgärder är en nödvändig del av ett patientsäkert omhändertagande.

I Umeå finns idag med liten, eller ingen marginal, de tjänster som krävs för att bemanna nuvarande uppdrag. Vi uppfattar att trenden är vikande med återkommande uppsägningar, nyrekryteringen är svag och risken för ett snart bristläge är stor. Det gäller inte bara förlossningsläkare utan gynekologspecialister över hela CFOG. Under en treårsperiod har överläkare/specialisttjänster på grund av avslut eller minskad arbetstid reducerats motsvarande 5,86 heltidstjänster. Under motsvarande tid har 1,58 heltider nyrekryterats, vilket ger ett negativt nettoresultat på - 4,28 heltidstjänster.

I Skellefteå saknas ett flertal bakjournskompetenta förlossningsläkare för att upprätthålla en jourlinje. Uppdraget klaras idag av en grupp motsvarande 3,5 bakjourstjänster med stor lojalitet och flexibilitet, men man är också beroende av en väl fungerade stafettkedja. Systemet är sårbart och tolererar inte ytterligare uppsägningar. Läkare under utbildning finns i relativt god numerär, men det kommer att dröja flera år innan dessa uppnår bakjournskompetens. Under en tvåårsperiod har överläkare/specialisttjänster på grund av avslut eller minskad arbetstid reducerats motsvarande 2,2 heltidstjänster. Ingen nyrekrytering av den kompetensen har skett.

I Lycksele saknas sedan november 2022 egen gynekologspecialist då den sista fasta läkaren lämnade sin tjänst. Hyrläkare går inte att rekrytera via avrop eller andra rekryteringsvägar oavsett ekonomisk ersättningsnivå, under nuvarande förutsättningar. Utrymmet för intern omfördelning i regionen har i realiteten uttömts.

10.2 Barnmorskorskor

Barnmorskan har genom sin legitimation ett eget medicinskt ansvar vid de förlossningar som hen ansvarar för och skall kunna bedöma när en normal förlossning övergår i risk eller komplikation där läkarstöd är nödvändigt.

Tillgången på barnmorskorskor har haft en vikande trend under en rad av år och den generella bristen är noterbar vid alla tre enheter. Under flera år har antalet barnmorskorskor, trots inhyrd personal och timvikarier, inte varit tillräcklig för att säkra bemanning på tre enheter under sommarledighet och julhelger, vilket resulterat i stängningar under perioder.

I Umeå klaras bemanningen under terminstid med en mix av egna barnmorskorskor, timvikarier och inhyrda långtidsvikarier under förutsättning att egen personal med stor flexibilitet går in och tar extra pass. Osäkerheten i schemaläggning i kombination med en ansträngd arbetsmiljö medför att situationen inte är långsiktigt hållbar. Förutsättningarna att i nuvarande läge bemanna andra enheter (Lycksele) är därmed i praktiken obefintliga.

Under 2022–23 har barnmorskor genom uppsägning eller minskad arbetstid reducerats motsvarande 10,15 heltidstjänster. Under samma tid har nyrekrytering skett med 5,8 tjänster vilket ger en negativ nettoeffekt på - 4,35 heltidstjänster.

Skellefteå har i dag den mest stabila förutsättningen för barnmorskebemanning men har ändå behov av hyrbarnmorskor, bl a för att kunna stödja Lycksele med bemanning. Under 2022–23 har barnmorskor genom uppsägning eller minskad arbetstid reducerats motsvarande 6,5 heltidstjänster. Under samma tid har nyrekrytering skett med 1,0 tjänster vilket ger en negativ nettoeffekt på - 5,5 heltidstjänster.

Lycksele har idag en närmast total avsaknad av egna barnmorskor, två positioner av 12 är idag egna barnmorskor. Med hjälp av hyrpersonal på långtidskontrakt, vikarier och rotationsstöd har situationen hållits under armarna men klarar inte en långhelg eller semesterperiod. Bemanningsläget omöjliggör idag eget aktivt deltagande i handlingsplanen för långsiktig bemanning då allt fokus ligger på schemaplanering och bemanning. Under 2022–23 har barnmorskor genom uppsägning eller minskad arbetstid reducerats motsvarande 3,0 heltidstjänster. Under samma tid har nyrekrytering av 2,0 nyutbildade barnmorskor skett, vilket ger en negativ nettoeffekt på - 1,0 heltidstjänster.

10.3 Undersköterskor

Undersköterskor finns idag i alla personalteam på förlossningsavdelningarna och utgör en viktig kompetens som bland annat stöttar i barnmorskans arbete under aktiv förlossning. Även om det finns utmaningar i bemanningshänseende har vi inte identifierat verksamhetskritiska begränsningsfaktorer i dagsläget. Vi har därför inte djupstuderat undersköterskornas bemanningssituation. Vi noterar, inte minst i Skellefteå, att den allmänna konkurrensen på arbetsmarknaden med brist på yrkeskompetenser utvecklar sig till en potentiell bristsituation också för undersköterskor.

10.4 Barnläkare

Barnläkarens roll i förlossningsprocessen är att ha beredskap att stötta vitalfunktioner om det nyförlösta barnet har svårigheter att upprätthålla egen andningsfunktion. Enligt riktlinjerna utfärdade av svenska neonatalföreningens arbetsgrupp för transporter och centralisering skall barnläkare finnas tillgänglig på alla enheter som bedriver förlossningsvård, alla tider på dygnet.

I Umeå finns barnläkarkompetens i form av sjukhusbunden neonatalspecialist i jourtjänst dygnet runt och med neonatal intensivvård på sjukhuset. Tillgången till neonatalläkare är för närvarande förhållandevis stabil.

I Skellefteå finns en barnavdelning med barnläkare i jour dygnet runt. Funktionen har varit stabil med egna läkare under lång tid. Sjukhuset har resurser för egen neonatalvård på en grundläggande vårdnivå.

I Lycksele saknas slutenvård för barn varför barnläkare enbart finns dagtid under vissa veckodagar. Bristen på barnläkare under jour har under lång tid ersatts med narkosläkare i dygnet-runt-jour. Då neonatalvård saknas i Lycksele finns en transportberedskap att med ambulans, helikopter eller ambulansflyg inom 60-90 min finnas på plats med neotransportteam från Umeå.

Avsaknaden av neonatalkompetens och vårdplatser i Lycksele medför att alla nyfödda med behov av någon form av andningsstöd, intensivare övervakning eller infusionsbehandling behöver transporteras och vårdas i Umeå. Behovet uppstår i genomsnitt ett tiotal gånger per år till en transportkostnad på ca 250 tkr per gång.

10.5 Anestesiläkare

Anestesiläkare är en resurs som kan nyttjas vid andningssvårigheter eller när andra vitalfunktioner är hotade hos det nyförlösta barnet.

I Umeå är utgörs denna kompetens väsentligen av neonatalspecialister men anestesiläkare ingår också i jourteamet.

I Skellefteå ingår narkosläkare naturligt i teamet vid behov efter komplicerade förlossningar. Egna samtränade narkosläkare finns i jourlinjen.

I Lycksele har barnläkarkompetens jourtid sedan lång tid ersatts av narkosläkare. En äldre erfaren generation narkosläkare är nu ersatt av yngre specialister och en brist i numerären kräver återkommande hyrläkare. Även om erfarenhet av barnanestesi förväntas av inhyrda narkosläkare saknas inte sällan den team-samträning som kan krävas för att upprätthålla en basal (barn)patientsäkerhet.

Förutsättningar för att Skellefteå och Umeå bemannar en barnläkarnärvaro dygnet runt i Lycksele saknas idag. Ett beordrat uppdrag idag skulle på kort sikt äventyra Barn- och ungdomsklinikens totalbemanning.

10.6 Operationsresurs

Varje förlossningsenhet måste ha tillgång till dygnet-runt-öppen operationsavdelning för bland annat kejsarsnitt av varierande angelägenhetsgrad, bemannad med van personal som operationssjuksköterskor, narkossjuksköterskor, undersköterskor och narkosläkare

I såväl Umeå, Skellefteå som Lycksele finns tillgång till en välfungerande operationsresurs dygnet runt med erfarenhet att hantera akuta kejsarsnitt eller blödningskomplikationer.

10.7 Kirurgläkare/kärlkirurgi

Komplikationer vid förlossningar med stora blödningar är sällanförekommande men kan ställa krav på assistans av kirurg med kärlkirurgisk erfarenhet.

Kärlkirurgiska specialister finns bara vid enheten i Umeå men kirurgisk erfarenhet att hantera blödningar finns vid samtliga tre sjukhus. Tillgången till egna specialister i kirurgi är ingen omedelbar bristresurs.

10.8 Universitetssjukvård

En grundläggande förutsättning för sjukvårdssystemet i en region med universitetssjukhus är att vården kan bedrivas med de akademiska kvalitetsmått som begreppet universitetssjukvård inbegriper. Det förutsätter att akademiska tjänster är bemannade med kvalificerade forskare, att forskningsinfrastruktur och pågående forskning finns på plats. Det kräver också infrastruktur för utbildning av läkare med tillgång till kliniska utbildningsplatser.

Nus har historiskt en stark forskningstradition inom gynekologin. Tillväxten underifrån är dock inte given då såväl ST-läkare, nyblivna specialister som erfarna gynekologspecialister har lämnat sina tjänster i högre utsträckning än vad som är önskvärt för att kunna bibehålla en stabil bemanning och rekrytera nya forskare. Bemanningsproblematiken i regionen har sannolikt accelererat denna utveckling.

Det kan också noteras att Nus inte erhållit något område för Nationellt Högspecialiserad Vård (NHV) inom gynekologi eller obstetrik. Det var ett svaghetstecken att tacka nej till att söka och erhålla vårdområdet endometriosis för NHV vid utlysningen för ett par år sedan. Möjligen var avsaknaden till operationsmöjligheter för benign kirurgi vid Nus en bidragande faktor till det beslutet.

10.9 Utbildningsresurser – barnmorskor, ST-läkare och teamträning

10.9.1 Barnmorskor

Barnmorskeutbildning bedrivs vid 12 högskolor eller universitet i Sverige. Tre av dessa, Umeå, Uppsala och Borås, genomförs som distansutbildning. Det innebär i praktiken att utbildningen på distans i högre grad än övriga kan betraktas som nationell ur ett sökperspektiv. Söktrycket i landet är högt och det går idag ca 5 sökanden på varje tillgänglig utbildningsplats.

Umeå är den enda utbildningsorten norr om Dalälven och har efter ett tillskott på 10 höjt antalet utbildningsplatser till 45 årligen.

Andelen barnmorskor med tjänstgöringsbas i Västerbotten som examineras vid Umeå universitet är dock förhållandevis låg, då en stor andel utgörs av nationella sökanden, och matchar därför varken lokal efterfrågan eller regionens behov.

Regionen har återkommande övervägt att köpa så kallad "uppdragsutbildning" för att tillgängliggöra lokal utbildning. Denna möjlighet begränsas dock av tillgången på praktikplatser med handledning, som i dagens läge inte enkelt kan utökas. Konsekvensen blir att regionen riskerar att upprätthålla en större andel utbildningsplatser till nationellt sökande än övriga regioners utbildningar, medan regionala behov trängs undan. Ett exempel på bristande matchning av utbildningssystemets förmåga gentemot sjukvårdens behov.

10.9.2 ST-läkare

ST-utbildningen av gynekologer i regionen är en förutsättning för långsiktigt hållbar bemanning. Inget av sjukhusen har i dag så komplett verksamhet att all ST-utbildning kan förläggas till samma ort. Med nuvarande regional uppgiftsfördelning förutsätts därför en viss rotation under utbildningen för att erhålla en komplett praktik.

I Umeå noteras en vikande förmåga att behålla och examinera ST-läkare till fullgångna specialister i gynekologi, vilket bidrar till nuvarande kompetenstapp. Konsekvensen av pågående högspecialisering, fragmentering av vården och utlokalisering av benign basgynekologi bidrar sannolikt till att skapa mindre attraktiva utbildningsplatser.

I Skellefteå är antalet ST-läkare under utbildning gott medan antalet handledande specialister kan bli en begränsningsfaktor.

Lycksele har bara i begränsad omfattning nyttjats för ST-utbildning och praktisk färdighetsträning. Förutsättningarna för handledning i benign gynekologisk kirurgi har varit goda men underutnyttjas. Med nuvarande total brist på specialistläkare är förutsättningarna för ST-handledning i Lycksele mycket begränsade.

Rådande situation påverkar också ST-utbildningen för allmänläkare som inte får den randutbildning de behöver i gynekologi/obstetrik.

10.9.3 Teamträning

CEPS är ett utbildningskoncept som utvecklats på Centrum för Patientsimulering, Södersjukhuset och nu tillämpas på ett 40-tal av landets 45 förlossningskliniker. Utbildningen är en praktisk träning av multidisciplinära team för tidskritiska procedurer enligt väl beprövat CRM-metod (Crew Resource Management) som används såväl inom sjukvården som i t.ex flygsäkerhetsarbete. Med CEPS-träning avses här i första hand proceduren vid omhändertagande av nyförlöst andningspåverkat barn.

I Region Västerbotten är ambitionen att alla enheter minst en gång årligen genomför träning med befintliga ordinarie team.

I Umeå utförs en för neonatalteam tillämpad och utvidgad team-utbildning utanför CEPS-konceptet. Under två veckor på höst- och vårtermin genomförs totalt 24 halvdagsutbildningar där såväl barnmorska, neo-sjuksköterskor, barnläkare, neonatalog och intensivvårdsläkare återkommande deltar. Det innebär att alla teammedlemmar minst en gång årligen teamtränas.

I Skellefteå genomför CEPS-träningen regelbundet med egna instruktörer och egen personal. Det finns en lång tradition av återkommande internt utvecklingsarbete och vidareutbildning.

I Lycksele genomförs CEPS-träning en vecka årligen då ett instruktörsteam från Umeå på plats i Lycksele genomför teamträningar med intern personal. Förutsättningen är att egen eller långtidsvikarierande personal kan bemanna teamen. Utbildningen förlorar sitt värde om ingående team är korttidsrekryterad hyrpersonal, vars återkommande närvaro vid skarpa situationer är tveksam.

Med anledning av pandemiavbrott och bemanningsläge har CEPS-träning inte gjorts sedan 2019. Nästa planerade utbildning under våren 2023.

11 Löneläget för barnmorskor i Västerbotten

Det finns en allmän uppfattning bland medarbetare och fackliga representanter att lönenivån för barnmorskor i Västerbotten är lågt och sjunkande, i en nationell jämförelse. Även om löneskillnaderna i statistiska mätetal inte är avsevärda är den interna uppfattningen och det rykte som detta medför problematisk och en tydligt hämmande rekryteringsfaktor. I tabell 1 redovisas medianlönen för olika barnmorskekatégorier i RV och riket som helhet, som statistiken redovisas till arbetsgivarorganisationen Sobona. Uppgifter om rikets lönenivåer för 2022 är ännu inte redovisade.

Tabell 1 - Medianlön barnmorskor

År	Kategori	Medianlön RV	Medianlön Riket/SKR	Skillnad
2019	Alla barnmorskor	36 885		
	Barnmorska vårdavd.	36 350	37 500	-1 150
	Barnmorska mott/rådgivn.	37 480	37 200	+ 280
2020	Alla barnmorskor	37 350		
	Barnmorska vårdavd.	36 740	38 300	-1 560
	Barnmorska mott/rådgivn.	38 400	38 200	+ 200
2021	Alla barnmorskor	38 493		
	Barnmorska vårdavd.	38 175	39 100	- 925
	Barnmorska mott/rådgivn.	38 833	39 200	- 367
2022	Alla barnmorskor	39 775		
	Barnmorska vårdavd.	38 300	Ej publicerat för 2022!	
	Barnmorska mott/rådgivn.	40 010	Ej publicerat för 2022!	

12 Personalavgångar

Inom både läkar- och barnmorskeprofessionerna har det skett ett kontinuerligt kompetenstapp under senare tid. Tabell 2 visar nettoeffekten av de uppsägningar, tjänstledigheter och arbetstidsförkortningar som skett, uttryckt i heltidstjänster under en tvåårsperiod.

Tabell 2- Personalomsättning omräknat i heltidstjänster

År	Kategori	Sjukhus	Avslut	Nyrekrytering	Netto
2022-2023	Barnmorska	Umeå	10,15	5,8	- 4,35
2022-2023	Barnmorska	Skellefteå	6,5	1,0	- 5,5
2022-2023	Barnmorska	Lycksele	3,0	2,0	- 1,0
Summa:					- 10,85
2021-2023	Överläk/spec	Umeå	6,86	1,58	- 5,28
2021-2022	Överläk/spec	Skellefteå	2,2	0	- 2,2
2021-2022	Överläk/spec	Lycksele	2,0 (öl/bakjour)	0,5 (spec.)	- 1,5
Summa:					- 8,98

Vi kan också konstatera att bemanningsutvecklingen återkommande direktrapporterats såväl till den högsta tjänstepersonsledningen som till Hälso- och Sjukvårdsnämndens arbetsutskott.

13 Åtgärdsalternativ – Värdering

1. Bemanning till varje pris

CFOG har politikens uppdrag att bemanna samtliga tre sjukhus för förlossningsvård. Utöver den stängning av förlossningsavdelningen in Lycksele, som genomförs över julhelgen 2022-23 t.o.m. 23 januari, finns inget beslut om fortsatt stängning.

Vår bedömning är att nästa steg för att söka kortsiktigt bemanna Lycksele Lasarett kräver beordring i första hand av gynekologspecialister från Umeå, sedan alla försök att via hyrbolag, oavsett ekonomisk nivå eller schemamodell, rekrytera läkare har uttömts.

Den omedelbara effekten med beordring av läkare är att ytterligare uppsägningar från specialister är en trolig konsekvens. En sådan utarmning av läkargruppen i Umeå och regionen hotar inte bara bemanningsläget i Lycksele utan hela CFOGs möjlighet att upprätthålla regionvård. Även om man

kortsiktigt skulle kunna upprätthålla förlossningsvården i Lycksele under någon eller några månader med beordrad personal, kan det allmänna rekryteringsläget inte säkerställas under en sådan kort period. Tvärt om är då risken att den "nedgående spiralen" når än djupare.

2. Återstart av Lyckselemodellen med konsultbolagshjälp

Vår bedömning är att det finns en möjlighet att återstarta förlossningsverksamheten i Lycksele. Detta skulle kräva en periods stängning för att befintlig ledning och personal skulle få koncentrera sig på återuppbyggnadsarbetet och säkra bemanningsförutsättningarna och arbetsmetoder för återstart. Att under pågående förlossningsverksamhet med minimal bemanning utföra detta projektarbete har redan prövats och saknar förutsättningar att lyckas.

Att nu med helt egen kraft och helt i egen regi med nuvarande prövade arbetsmetoder återrekrytera läkare och barnmorskor skulle sannolikt ta relativt lång tid och vara förenat med de systemrisker som detta utdragna förlopp innebär.

En alternativ lösning är därför att söka upphandla ett konsultbolag som tar totalansvar för bemanning av såväl läkar- som barnmorskekompetens som komplement till nuvarande personalstab med uppdrag att succesivt växla över till bemanning i egen regi. Detta är prövat vid andra förlossningskliniker och verksamheter, med viss framgång. Vi värderar inte om den så kallade "Lyckselemodellens" genomförande är en förutsättning men anser att den bör prövas för att utröna attraktionskraften för långsiktig bemanning på barnmorskesidan. Eventuella patientsäkerhetsrisker med barnmorskeledd förlossningsvård behöver följas noga för att inte riskera en sänkt förlossningskvalitet.

Förutsättningarna för att under begränsad tid lyckas med detta kväver allokering av resurser för projektledning, personalen och ledningens deltagande och att en skyndsam upphandling genomförs, möjligen direktupphandling om marknaden är begränsad. Vi har inte ekonomiskt resursberäknat ett sådant projekt men det kommer att innebära att kostnaden per förlossning i Lycksele under lång tid framöver blir väsentligt högre än på de två övriga sjukhusen. En överkostnad som kan motiveras av den gynnsamma systemeffekt förlossningsverksamhet innebär för Lycksele lasarett och vårdnivån i Södra Lappland.

Detta handlingsalternativ är inte heller utan risker. I ett nationellt perspektiv har varje längre stängning av en förlossningsavdelning lett till dess permanenta nedläggning på sikt. En avgörande skillnad i Västerbotten är om uppdraget läggs ut med tydligt fokus, tidssättning och resurssättning för återstart. Stängningen behöver vara så lång att återstartarbetet hinner fullföljas, och inte omedelbart följas av en semesterstängning. En längre stängning medför däremot risk att tillståndet med två förlossningsenheter i regionen normaliseras och återstartskraften för Lycksele avtar.

3. Långsiktigt hållbar och patientsäker förlossning på tre enheter

Att utifrån nuvarande förutsättningar skapa en modell som upprätthåller en långsiktigt hållbar och patientsäker förlossning på tre enheter är inte säkert genomförbar. Inget annat svenskt sjukhus har visat att det är möjligt att med så låga förlossningstal, mindre än 300 per år, bibehålla förlossningsverksamheten över tid. Trots de låga förlossningstalen har Lycksele tidigare lyckats upprätthålla en acceptabel patientsäkerhet. Den byggde på relativt stabil bemanning och samtränat multidisciplinärt team. För att återskapa detta behöver bemanningen byggas systematiskt, hållbart genom redundans och inte bygga verksamhet på enstaka "eldsjälar". Det behöver skapas attraktivitet i tjänsteutformningen och flexibla schemalösningar. Lönenivån för barnmorskor kan inte vara sämre än rikets genomsnitt. Tid måste allokeras för utvecklingsarbete och handledning. Ambitionen måste vara att bemanna alla förlossningsenheter i regionen för årsbehovet så att man av egen kraft klarar sommar- och andra ledighetsperioder då vikarier inte går att räkna med. Den långsiktiga arbetsmiljön på förlossningsenheterna måste vara dräglig där inbyggd stress och framför allt oron för schemaändringar med kort varsel undanröjs. Integrering av mödrahälsovård och förlossning under samma ledning behöver nog övervägas.

Barnläkarkompetens i Lycksele också under jourtid kommer sannolikt att vara ett nationellt krav som man inte långsiktigt kan blunda för. Under en förnyad övergångsperiod kan modellen med stabil narkosläkarkompetens som ersättning sannolikt tillämpas utan att patientsäkerheten äventyras. Vi ställer oss dock tveksamma till att det är en framtida långsiktigt hållbar lösning för bibehållen säker och jämlik vård.

I det fall de ekonomiska konsekvenserna av ovanstående långsiktiga förslag i handlingsplanen är för höga för regionens totalekonomi är det viktigt att i tid slå fast detta. Då blir den naturliga konsekvensen att politiskt ompröva beslutet om att upprätthålla tre förlossningsenheter i regionen. Det är vår bedömning att om man behåller båda spåren parallellt, stram budget och handlingsplan utan reella resurser, kommer det att skapa frustration och förvirring i organisationen och accelerera den negativa spiralen.

14 Slutsats

1. Vi bedömer att de i uppdragsdirektivet identifierade riskerna är högst relevanta.

2. Vi bedömer att samtliga möjliga åtgärder för att förhindra en omedelbar neddragning är identifierade, prövade och utan tillräcklig effekt i närtid.

För att förhindra en permanent neddragning finns förutom beslutad handlingsplan ytterligare bemanningsbefrämjande åtgärder att föreslå;

- Upphandling av totalentreprenad i Lycksele i ett återstartsläge under 2023
- Återställa jourschabloner
- Erbjuder seniora/nypensionerade barnmorskor attraktiva villkor för återanställning/stöttande uppgifter
- Översyn av operationsutrymmet i Umeå för en breddning av regionvården och ST-utbildningspotentialen

3. Den beslutade handlingsplanen och de åtgärder som kan genomföras i närtid förändrar inte behovet av neddragen verksamhet i det korta perspektivet, enligt vår bedömning.

Umeå 2023-01-09

Sofie Jacobsson

Anders Sylvan

15 Intervjuade – lista

Olov Granqvist, verksamhetschef för Centrum för Obstetrik och Gynekologi, CFOG

Anna-Carin Wihlbäck, överläkare, docent, Norrlands universitetssjukhus

Magnus Hedström, områdeschef för länssjukvårdsområde 1

Lena Hägglund avdelningschef, CFOG Norrlands universitetssjukhus

Maria Andersson, barnmorska, koordinator förlossningsavd, Norrlands universitetssjukhus

Jeff Wennerlund, överläkare, kirurg och lokalt facklig företrädare Lycksele lasarett.

Ellinor Berglund, avdelningschef, CFOG Lycksele lasarett

Linda Långström, biträdande avdelningschef, CFOG Lycksele lasarett

Kimberly Jonsson, barnmorska, förlossningen, Lycksele lasarett

Ulrica Näslund, barnmorska, mödravårdscentralen, Lycksele lasarett

Patricia Håkans, barnmorska, gynmottagningen, Lycksele lasarett

Erika Broman Häggblad, barnmorska, skyddsombud för SRAT, Lycksele lasarett

Elin Fällström, barnmorska, hyrpersonal, förlossningen, Lycksele lasarett

Annika Idahl, överläkare, docent, Norrlands universitetssjukhus

Isabell Zemrén, områdeschef, Närsjukvård Södra Lappland

Jolanta Wróblewska, överläkare, medicinsk chef, Barn- och ungdomskliniken, Norrlandsuniversitetssjukhus

Fredrik Hegardt, överläkare, bitr. medicinsk chef, Barn- och ungdomskliniken, Norrlands universitetssjukhus

Eva Vikberg Martinez, överläkare, Barn- och ungdomskliniken, Lycksele lasarett

Monica Vindling, överläkare, processledare benign kir CFOG Skellefteå sjukhus.

Bo Reinert, vikarierande pensionerad narkosöverläkare, Lycksele lasarett

Maria Örnberg, överläkare, kirurg-ortoped, chefläkare, Lycksele lasarett

Anna Rilfors, avdelningschef CFOG, Skellefteå sjukhus

Johanna Sundqvist, överläkare, CFOG, Skellefteå sjukhus

Mariah L Johansson, avdelningschef-läkarchef CFOG, Skellefteå

Jenny Olsson, avdelningsordförande, Vårdförbundet

John Lundqvist, överläkare, anesthesi- och intensivvård, Lycksele lasarett

Ann-Sofie Kyrk, verksamhetschef, Kirurgi-ortopedi, Akuten, An/Op/IVA, Lycksele lasarett

Erik Bjurulf, överläkare och tidigare gynekologispecialist vid Lycksele Lasarett

16 Referenser

1. **Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2021**; SoS art.nr 2022-12-8275. www.socialstyrelsen.se
2. **"Kvinnohälsa är för lågt prioriterat politiskt"** – Rapport om barnmorskors arbetsmiljö, kompetensutveckling och semestersituation. Svenska barnmorskeförbundet, maj 2022
3. **Graviditet, förlossning och tiden efter** – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt Nivå, april 2022. www.socialstyrelsen.se
4. **Nationell rekommendation** – Svenska Neonatalföreningen, arbetsgruppen för transport och centralisering, april 2019. www.neo.barnlakarforeningen.se
5. **Patientsäkerhetslag (2010:659)** – www.riksdagen.se
6. **Hälso-och sjukvårdslag (2017:30)** – www.riksdagen.se
7. **HSN 812-2021**
8. **REV 15-2022**
9. **HSN 752-2021**

17 Bilaga

Nedan redovisar vi det givna uppdragsdirektivet daterat 2022-12-13;

Uppdrag utvärdering av vidtagna åtgärder för att upprätthålla förlossningsvård vid tre sjukhus inom Region Västerbotten samt förslag på fler möjliga åtgärder.

Bakgrund och nuläge

Verksamheten inom Centrum för obstetrik och gynekologi (CFOG) har ett uppdrag att bedriva en patientsäker förlossningsvård vid tre enheter inom regionen; i Lycksele, Skellefteå och Umeå. Under 2022 kommer ca 260, 790 respektive 1700 förlossningar att äga rum vid de tre enheterna. Under åren har svårigheterna att bemanna förlossningsvården med både barnmorskor och gynekologer ökat, vilket resulterat i ett konstant och ökande behov av hyrpersonal. Det senast året har läget försämrats ytterligare med stora svårigheter att kunna avropa hyrpersonal. Extraordinära åtgärder har vidtagits som t.ex rotationstjänstgöring mot relativt höga ersättningar, avrop utanför avtal och intensiva rekryteringsinsatser. En handlingsplan med ett flertal aktiviteter är sedan maj 2022 aktiverad och delar är under införande. Vissa åtgärder som kräver utökade ekonomiska ramar är ännu ej beslutade. Diskussioner pågår om att organisera arbetet inom CFOG för att underlätta rotationstjänstgöring mellan mödrahälsovård och förlossning och skapa ökad attraktivitet i barnmorsketjänster. I handlingsplanen finns också en föreslagen modell för enheten i Lycksele som bygger på barnmorskeledda förlossningar.

Uppkomna risker

1. Till följd av bemanningsläget finns en risk att vi inte kan bedriva en patientsäker förlossningsvård på tre orter i länet.
2. Ytterligare rotation av personal mellan enheterna kan medföra en risk att fler barnmorskor och gynekologer lämnar sina tjänster och allvarligt försvårar möjligheten att fullgöra CFOG:s uppdrag i länet.

Uppdrag

Utifrån det bemanningsläge vi befinner oss idag önskar vi en extern bedömning av:

- om de identifierade riskerna är relevanta
- om ytterligare möjliga åtgärder som kan förhindra en neddragning av verksamheten är identifierade och undersökta
- om den framtagna handlingsplanen och de åtgärder i den som kan genomföras i närtid förändrar ställningstagandet om behov av neddragen verksamhet

Anders Sylvan (extern konsult) och Sofie Jacobsson (chefs läkare) ges uppdraget att utreda ställda frågeställningar. Uppdraget skall utföras skyndsamt och redovisas regiondirektör och hälso- och sjukvårdsdirektör senast 230109

Tommy Svensson
Regiondirektör

Brita Winsa
Hälso-och sjukvårdsdirektör