



# Godt nok eller best mulig?

---

## LEDER

ASTRI MARIA LANG

E-post: [alang@ous-hf.no](mailto:alang@ous-hf.no)

Astri Maria Lang er ph.d., spesialist i barnesykdommer og overlege ved Nyfødtintensiv avdeling, Oslo universitetssykehus. Hun er leder for Helse Sør-Østs fagråd for nyfødtmedisin, fødsels- og svangerskapsomsorg.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

Oslo gjentar Stockholms feiltrinn og planlegger landets største fødeavdeling atskilt fra en fullverdig nyfødtintensivavdeling.

Fremtidens storsykehus i Oslo planlegges som tre sykehus med hver sin klare profil: Et stort lokalsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet (1). Mange fagmiljøer opplever at de i liten grad har blitt lyttet til når fag og pasienter har blitt fordelt mellom sykehusene (1).

Barneklubben ved Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for Oslo, men har også en rekke regionale og nasjonale funksjoner som utgjør en stor andel av den daglige virksomheten. I ny struktur skal all barnemedisin *etter* nyfødtperioden lokaliseres på Gaustad. Mange små spesialiteter og alle nødvendige støttefunksjoner samles under ett tak. Dette er en klok og nødvendig beslutning som fagmiljøet har jobbet for i flere tiår.

Når det gjelder nyfødtavdelingen, er det imidlertid kun de regionale og nasjonale funksjonene som planlegges lokalisert til Gaustad. Disse pasientgruppene, som inkluderer premature barn, barn med medfødte hjertefeil og andre intensivkrevende nyfødte legger beslag på hele 60 % av behandlingsdøgnene ved Nyfødtavdelingen per i dag. Intensivbehandling av nyfødte er en tverrfaglig disiplin der nærhet til spesialiteter som barnekirurgi, barnekardiologi, barneanestesiologi og barneradiologi er uunnværlig. Å samlokalisere nyfødtintensiv med all annen barnerettet virksomhet er i tråd med grunntankene i den nye sykehusstrukturen og med nasjonale retningslinjer (2).

Til tross for at tyngden i sykehusets nyfødtmedisinske virksomhet skal (og må) ligge på Gaustad, planlegges det en ny fødeavdeling på Aker med 10 000 fødsler per år. Rikshospitalet skal opprettholde sitt fødetall på knapt 3 000 per år og skal ta hånd om alle risikosvangerskap der sykdom hos mor eller fosteret er erkjent før fødsel. To argumenter benyttes av prosjektledelsen for å forsvare denne strukturen. Det første er fordelingen av lokale og regionale funksjoner (1). Barnemedisin og nyfødtintensiv knyttes tett knyttet opp til de regionale funksjonene på Gaustad, mens fødselsomsorgen tradisjonelt har vært et lokalsykehusansvar. Et enda viktigere argument synes å være tomtebegrensningene på Gaustad, der innlemming av en stor fødeavdeling ikke gis prioritet (3).

I tilknytning til ny fødeavdeling på Aker må det etableres en egen nyfødttenhet, dimensjonert for enkel nyfødtmedisinsk behandling. Beredskap for alvorlig sykdom skal ivaretas av nyfødtleger i rotasjon fra Gaustad. Alle intensivkrevende nyfødte fra Aker planlegges stabilisert lokalt og deretter overflyttet til Gaustad for videre behandling. Dette forutsetter at kapasiteten for nyfødttransporter økes.

Mange barn i Norge fødes på avdelinger der den nyfødttmedisinske beredskapen er tilsvarende det som planlegges på Aker. Men det nye sykehuset skiller seg fra andre på to vesentlige områder: geografi og dimensjon. Mange mindre fødeavdelinger i Norge er etablert for å sikre nærhet mellom bosted og fødetilbud. Innenfor Oslo er ikke geografi noe argument. Et fødetall på 10 000 vil gjøre Aker dobbelt så stor som noen annen fødeavdeling i Norge. Til tross for seleksjon av normale svangerskap til fremtidens Aker, vil det store fødevolumet tilsi at selv sjeldne, uforutsette hendelser ikke blir sjeldne i absolutte tall. 2–3 barn per dag vil trenge initial assistert ventilasjon etter fødsel, 100 barn per år vil trenge avansert hjerte- og lungeredning (4). Om lag 1 % av barn født til termin i Norge mottar intensivbehandling i nyfødtpperioden, tallet øker raskt med økende grad av prematuritet (5). Avhengig av hvor premature barn som tillates født på Aker, vil man årlig måtte regne med minst 100 akutte nyfødtttransporter innad i Oslo universitetssykehus.

I Stockholm har en tilsvarende modell vært forsøkt, og kolleger derfra advarer mot å etablere samme struktur i Oslo (3). Nyfødtenheten på Danderyd med 10 000 fødsler bemannes av leger fra intensiveneheten på Solna og Huddinge, men strever med å rekruttere sykepleiere med adekvat kompetanse. Antallet overflyttinger til intensiveneheten er høyt og døgkontinuerlig transportberedskap er ressurskrevende (3). Intensivtransport av nyfødte er forbundet med økt risiko og bør unngås hvis mulig. I lys av erfaringene fra Stockholm har sykehusene i Göteborg og Helsinki nylig valgt å samle alle sine fødsler og nyfødttintensiv virksomhet på ett sted.

Strukturen for sykehusdrift i Oslo legges nå for mange tiår fremover. Tanken bak å plassere landets desidert største fødeavdeling geografisk adskilt fra fagmiljøet med størst kompetanse på syke nyfødte og øvrige barnemedisinske funksjoner på Gaustad, er vanskelig å forstå. Full samlokalisering av føde- og nyfødttavdelingene gir mening både av faglige og pasientsikkerhetsmessige grunner. I tillegg oppnår man hensiktsmessig drift og unngår kostbar dublering av vaktlag. Når arealknapphet på Gaustad er den eneste reelle begrunnelsen for ikke å velge denne løsningen, ja da tar man seg i å lure på om riktig tomt er valgt?

---

#### REFERANSER:

1. Konseptrapport – Aker og Gaustad (samlet). Hamar: Helse Sør-Øst, 2018. <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/stort-akuttsykehus-pa-aker-og-regionsykehus-pa-gaustad#konseptutredning-aker-og-gaustad> (11.1.2019).
2. Helsedirektoratet. Nyfødttintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet. <https://helsedirektoratet.no/Sider/G-1187-Nasjonalt-faglig-retningsl.aspx> (11.1.2019).
3. Fladberg KL. Oslos nye sykehus på Gaustad vil mangle plass til nyfødte. Dagsavisen 10.12.2018. <https://www.dagsavisen.no/innenriks/oslos-nye-sykehus-pa-gaustad-vil-mangle-plass-til-nyfodte-1.1245447> (11.1.2019).
4. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB et al. Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2015; 132 (suppl 2): S543–60. [PubMed][CrossRef]
5. Moen A, Vonen B et al. Norsk nyfødttmedisinsk helseatlas. Norsk Nyfødttmedisinsk Kvalitetsregister, 2016. [https://helseatlas.no/sites/default/files/Norsk\\_nyfodttmedisinsk\\_helseatlas\\_rapport.pdf](https://helseatlas.no/sites/default/files/Norsk_nyfodttmedisinsk_helseatlas_rapport.pdf) (11.1.2019).

---

Publisert: 18. januar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0031

Mottatt 8.1.2019, godkjent 11.1.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2019. Lastet ned fra [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)