

Brukerkonferanse:

svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg



Oslo, 26. mai 2008



I regi av Liv laga – organisasjon for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg, og samarbeidspartnere

1	Bakgrunn for konferansen.....	1
1.1	Innledning	1
1.2	Hensikt	1
1.3	Tidligere brukerundersøkelser	1
	Legkvinnekonferansen – en kvalitativ undersøkelse.....	1
	Kvantitative undersøkelser	2
2	Deltakerne	3
2.1	Rekruttering	3
2.2	Sammensetning	3
3	Arbeidsform og setting	3
3.1	Medarrangører.....	3
3.2	Program.....	4
	Kaféseminaret.....	4
	Tematikk.....	4
4	Resultater	4
4.1	Differensiert omsorg	5
	Svangerskap.....	5
	Fødselen.....	5
	Barseltiden.....	6
4.2	Pasientsikkerhet og kvalitetssikring.....	6
	Kontinuitet (tilbud hele døgnet, hele året).....	6
	Færrest mulig helsepersonell.....	6
	Trygghet	6
	Respekt (kommunikasjon).....	6
	Høy grad av brukermedvirkning	6
	Rutiner 6	
	Kompetanseheving	7
	Systematikk	7
	Forskning.....	7
	Generelt 7	
4.3	Kontinuitet, med vekt på barsel	7
4.4	Brukerperspektiv vs fagperspektiv	8
	Trygghet – fagkompetanse	8
	Trygghet – egne kunnskaper	8

Kommunikasjon	8
Kontinuitet.....	8
Differensiert tilbud – reelle valg!	8
4.5 Psykiske reaksjoner i svangerskap, fødsel og barseltid.....	9
Informasjon i svangerskapet.....	9
Bli sett – tid og omsorg	9
Mer aksept og åpenhet om psykiske reaksjoner.....	9
Mer fokus på psykisk helse i svangerskap, fødsel og barseltid.....	9
Små fødeavdelinger er positivt, bedre oppfølging	9
Kvalifisert personell!	9
Bli oppmuntret til at alle bør reflektere over egen livssituasjon	9
Alle bør bli tilbudt fysisk og psykisk 6-ukerskontroll for fødekvinne.....	10
Samtale om fødselen før de reiser hjem vil trygge fødekvinne.....	10
5 Oppsummering.....	10
5.1 Trygghet.....	10
5.2 Tilstedeværelse.....	10
5.3 Informasjon og medbestemmelse	10
5.4 Kontinuitet	11
6 Evaluering.....	11
6.1 Praktisk gjennomføring.....	11
6.2 Rekruttering	12
6.3 Resultater	12
Vedlegg 1 Deltakernes evaluering konferansen.....	13
Vedlegg 2 Program for brukerkonferansen	19
Vedlegg 3 Beskrivelse av Kaféseminar	20
Vedlegg 4 Forberedelser til brukerkonferansen	21
Vedlegg 5 Presentasjonen holde på kvalitetskonferansen.....	23

1 Bakgrunn for konferansen

1.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gav ved juletider 2007 Kvinneuniversitetet i Nord (KUN) i oppdrag å arrangere konferansen «Kvalitet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen». Konferansen skulle være en del av arbeidet med en ny helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I forbindelse med denne konferansen ønsket Liv laga å arrangere en brukerkonferanse dagen før med samme tematikk, og som kunne gi innspill om brukeres erfaring og perspektiv på fagkonferansen.

1.2 Hensikt

Målet med konferansen var å gjennom gruppe- og prosjektarbeid få et bredt bilde av brukernes opplevelser og ønsker anno 2008. Vi ønsket å samle brukere fra hele landet med ulike alder og bakgrunn (geografisk, sosialt, økonomisk og mht utdanning) for å utveksle erfaringer og ønsker. Vi ville spesielt få med oss fedre og medmødre, fordi de som partnere spiller en svært viktig rolle som støttespillere og deltakere i svangerskapet, fødselen og barseltida. De er en gruppe som ikke ofte nok blir inkludert i dagens helsetjenester og som sjelden blir spurt om sine opplevelser og ønsker. I tillegg ønsket vi å rekruttere brukere med første- eller andrehåndserfaring med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i andre land. Deres kunnskap vil være svært nyttig fordi de kan se norske tjenester i et større perspektiv, og fordi vi vet at kulturforskjeller og språkvansker gir utfordringer både under svangerskap, fødsel og i barselomsorgen.

1.3 Tidligere brukerundersøkelser

Offentlige instanser har gjort både kvalitative og kvantitative undersøkelser.

Legkvinnekonferansen – en kvalitativ undersøkelse

I 1999 arrangerte Helsetilsynet en legkvinnekonferanse, over to dager. 500 kvinner fikk invitasjon og spørreskjema tilsendt per post. 96 kvinner takket ja og returnerte spørreskjema. Skjemaet dannet utgangspunkt for videre utvelgelse, og i alt 23 kvinner deltok til slutt på selve konferansen, som varte i to dager. Menn var ikke invitert, og mødre som ammet spedbarn fikk ikke anledning til å delta. Konferansen drøftet flere problemstillinger basert på svar fra spørreskjemaet.

Legkvinnekonferansen fra 1999 er referert i en egen rapport (Statens Helsetilsyn: IK-2691 «Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen»).

Budskapet fra konferansen er sammenfattet i fem hovedpunkter:

Kontinuitet og sammenheng

Svangerskap, fødsel og barsel må i minst mulig grad organiseres som atskilte bolker. Tjenester må samordnes, og organiseres slik at man får sammenheng mellom de ulike fasene.

Ideelt sett ønskes svangerskapskontroller, fødsel og barseloppfølging hos samme jordmor. Organisering i team kan være en god løsning. Mulighet for omvisning på fødeavdelingen, samtale med fødselsjordmor etter fødselen, mulighet for å ta rekontakt med jordmor som hadde svangerskapskurs/omvisning på føden nevnes som tiltak som kan bedre situasjonen.

Fagliggjøring av helsepersonellens lytteevne og -vilje

Helsepersonell må se, lytte og tilpasse sin hjelp utfra dialog med den enkelte, slik at man kan unngå unødige krenkelser og at den enkelte ikke blir hørt. Kommunikasjon og empati må vektlegges sterkere i utdanning, videreutdanning, planlegging og veiledning

Rutiner og redskap for individuell oppfølging

Legkvinnekonferansen foreslår et individuelt «fødselskart» som redskap for individuell oppfølging. Det er uforutsigbart hvordan fødselen vil forløpe for den enkelte, men vi har mye kunnskap om mulige forløp. Kvinnen må forberedes på det uforutsigbare, og «fødselskartet» må være en prosessrapport og et avtaledokument som kan diskuteres og revideres underveis.

Trygghet – medisinsk sikkerhetsnett og nærhet

To typer trygghet: trygghet ifht faglighet, kompetanse og ressurser, og trygghet i forhold til egen kropp og relasjoner. Et ønske om å kunne ha begge typer trygghet. Om man ønsker tjenester på et lavere nivå skal man likevel kunne føle seg trygg.

Økonomi, ressurser og regnestykker

Regnestykkene er for små og for snevre. Det er basale behov som ikke dekkes; behov for ren og behagelig seng, dusj/hygiene, nok tøy. Regnestykkene er for små når kvinner settes opp mot hverandre.

Kvantitative undersøkelser

TNS gallup utførte i 2003 en undersøkelse om Svangerskapsomsorgen på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet. Spørreskjema ble sendt til 2.500 par/mødre, hvorav 54% svarte. Både mødre og fedre har svart på undersøkelsen.

Folkehelseinstituttets store Mor og barn undersøkelse (MoBa) er en pågående undersøkelse som til slutt skal omfatte 100.000 svangerskap. Data fra MoBa gjøres kun tilgjengelig for forskere.

2 Deltakerne

2.1 Rekruttering

Vi forsøkte å rekruttere deltakere bl.a. gjennom informasjon til alle landets helsestasjoner, ved at plakater og flyere ble spredd i byer og tettsteder, gjennom oppslag på nettforum og foreldrenettsider, gjennom e-post-informasjon til alle landets fødesteder og via våre samarbeidsorganisasjoner. Dessverre var det vanskeligere å rekruttere deltakere enn vi først hadde antatt. Vi hadde i utgangspunktet et mål om mellom 30 og 50 deltakere, men endte til slutt opp med 27 påmeldte, hvorav 23 møtte.

2.2 Sammensetning

Av 27 påmeldte deltakere møtte 23 på konferansen som ble avholdt på Haraldsheim Vandrerhjem i Oslo.

I etterkant sendte vi et anonymt evalueringsskjema til de 26 deltakerne som oppga e-postadresser. Resultatet ligger i vedlegg 1. I tillegg besvarte 18 av 23 deltakere et anonymt spørreskjema delt ut på konferansen.

- 13 av 18 har høyere utdanning, 5 har utdanning tilsvarende videregående eller ungdomsskole.
- 5 var ansatt i praktiske helseyrker, med variert bakgrunn.
- Halvparten (10) var i foreldrepermisjon eller hjemmeværende, og de resterende i deltids- eller heltidsjobb.
- 4 var ettbarnsforeldre, 7 var tobarnsforeldre og 6 deltakere hadde tre barn. Deltakerne hadde tilsammen 42 barn født i tidsrommet 1972-2008.
- 2 kvinner hadde født hjemme, 2 på fødestue. 4 hadde født på mykenhet, og 13 deltakere hadde født på fødeavdeling/ kvinneklinikk.

Blant deltakerne var en far, to generasjoner kvinner og omlag 10 babyer i alderen 4 uker til 1 år. To barnevakter var innleid for å avlaste foreldrene og passe barna ved behov, slik at også mødre som ammet eller av andre årsaker ønsket å ha barnet hos seg under konferansen også skulle få anledning til å delta.

3 Arbeidsform og setting

Konferansen ble holdt på Haraldsheim Vandrerhjem i Oslo mandag 26. mai. Lokalene hadde direkte utgang til bakkeplan, slik at foreldre med barnevogner hadde enkel adkomst og konferansens yngste «deltakere» kunne sove ute i vognene.

3.1 Medarrangører

Konferansen ble holdt i samarbeid med Bygdekvinnelaget, Kvinne- og familieforbundet, Fødsel i fokus, Jordmorforeningen og Allmennlegeforeningen.

For å sikre best mulig arbeidsprosess og resultat av konferansen hyrte vi firmaet Sølvpilen Prosjektdesign. Sølvpilen er en profesjonell aktør som tilrettelegger og gjennomfører workshops, møter, samlinger og seminarer.

Synnøve Karlsen fra Sølvpilen bistod i planleggingen og organiseringen av konferansen. Hun hadde flere forslag til arbeidsformer og sammen kom vi frem til at «Kaféseminar» ville være den mest hensiktsmessige. Synnøve Karlsen fungerte som ordstyrer og ledet brukerkonferansen.

3.2 Program

Dagen var delt i to. Først ble de fem temaene presentert. Deretter arbeidet deltakerne med temaene i grupper. Se vedlegg 2.

Kaféseminaret

Etter presentasjonene fordelte deltakerne seg på fem «kafébord». Deltakerne fikk selv velge hovedtema, men med en fordeling som sikret deltakere på alle grupper. Det ble servert kaffe/te og noe å bite i. Hver gruppe utnevnte en kafévert for sitt bord, som ble sittende gjennom hele kaféseminaret. Hver gruppe fikk så en oppgave innen ett av de fem temaene som de skulle jobbe med. Etter å ha diskutert oppgaven i den opprinnelige gruppen ble deltakerne (med unntak av kaféverten) fordelt på de andre gruppene og diskuterte de andre gruppens oppgaver. På denne måten fikk hver enkelt deltaker delta i diskusjonen rundt flere av hovedtemaene. .

I siste fase ble den opprinnelige gruppen samlet igjen. De som har vært på besøk hos andre grupper kom med sine innspill etter impulsene og ideene de hadde fått, og kaféverten oppsummerte innspill som hadde kommet til gruppens arbeide. Kaféseminaret ble avsluttet med at hver gruppe presenterte en oppsummering av diskusjonen rundt sitt hovedtema.

For ytterligere beskrivelse av kaféseminaret, se vedlegg 3.

Tematikk

Deltakerne hadde på forhånd blitt oppfordret til å tenke gjennom både generelle problemstillinger og problemstillinger knyttet direkte opp til hvert av de fem temaene:

- Differensiert omsorg
- Brukerperspektiv vs fagperspektiv
- Kontinuitet, med vekt på barsel
- Psykiske reaksjoner i svangerskap, fødsel og barseltid
- Pasientsikkerhet og kvalitetssikring

Se vedlegg 4 for liste over problemstillingene med utdypinger.

4 Resultater

Resultatene fra brukerkonferansen ble presentert på departementets konferanse for alle aktører innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg dagen etter (PPT vedlagt). Innen hvert tema

skulle brukerne løse en oppgave, oppgaven står i kursiv. Gruppene presenterte sine resultat i plenum og resultatene her er basert på disse presentasjonene, samt gruppenes notater.

4.1 Differensiert omsorg

«Lag en skisse på hvordan et differensiert omsorgssystem bør fungere. Skissen skal både være realistisk og ta hensyn til regionale forskjeller».

Temagruppen konkluderte med at dersom vi skal ha en differensiert fødselsomsorg må tre forutsetninger være på plass:

- Nok jordmødre, én per fødekvinne i aktiv fase
- Nok fødeplasser
- Ulike typer fødetilbud i nærheten av bosted.

Temagruppen oppsummerte videre sine punkter slik:

Svangerskap	Fødsel	Barsel
Informasjon om tilgjengelig tilbud	Medbestemmelse	Valgfrihet
Reell valgfrihet jordmor/lege	Tilstedeværelse jordmor	Familieorientering
Kurs grupper - omvisning fødested	Far – mulighet til aktiv deltakelse	Oppfølging hjemme eller på bosted.

Svangerskap

Kvinnene må på et tidlig tidspunkt få informasjon om det tilbudet som er tilgjengelig. Informasjonen må gis uhildet av den helseprofesjonelles holdninger til tilbudet.

Kvinnene kan i dag som prinsipp velge om de vil følges opp hos jordmor, lege eller begge. Dessverre er det for få jordmorstillinger til at dette er mulig i praksis. Temagruppen etterlyser en reell valgfrihet mellom jordmor og lege, noe som innebærer at det må være jordmødre tilgjengelig for de kvinnene som ønsker oppfølging og kontroller hos jordmor.

Som et tredje punkt mener temagruppen at paret må få tilbud om forberedende kurs med omvisning på fødested.

Fødselen

Brukerne ønsker medbestemmelse under fødselen. Parets tanker og ønsker må høres, og paret må få informasjon slik at de kan delta i de beslutninger som tas. Dette er lovpålagte rettigheter jfr. Pasientrettighetslovens paragraf 3.2.

Jordmor skal være tilstede når fødekvinnen trenger det, slik anbefalingen også er i WHO's retningslinjer for fødselsomsorgen.

Far/medmor skal få ta en aktiv del når han/hun og fødekvinnen ønsker det.

Alle tre kravene er, i følge erfaringene til konferansens deltakere, lettere å oppnå ved hjemmefødsel eller fødestue/mykenhet. En ordning med doulatjeneste etterlyses.

Barseltiden

Brukerne ønsker valgfrihet i forhold til hva slags oppfølging de får etter fødselen. Noen trenger avlastning ifht barnet, andre ønsker å ha barnet hos seg. Noen ønsker tidlig hjemreise, andre ønsker å være noen dager ekstra på barselavdelingen, f.eks. til amming er veletablert.

Temagruppen ønsker også en familieorientering av barselomsorgen. Både mor og far/medmor har del i begivenheten, samt eventuelle eldre søsken. Mulighet for familierom og mulighet for partner å være tilstede også etter selve fødselen er ett ønske oppsummert i kommentaren: «Far er ikke en gjest, han er en del av familien!»

Barseltiden strekker seg også lengre enn selve barseloppholdet på fødeavdelingen. Brukerne ønsker mulighet for oppfølging hjemme eller nært bostedet etter hjemreise, enten denne skjer tidlig eller etter «normert» tid.

4.2 Pasientsikkerhet og kvalitetssikring

«Hvordan kan pasientsikkerheten best ivaretas i alle tre fasene? (svangerskap, fødsel og barsel). Utvikle to tiltak innenfor hver fase. Hvilke utfordringer finnes på de enkelte stedene; fødestuer, små avdelinger og store avdelinger?»

Temagruppen kom frem til at de samme tiltakene er nødvendige i alle de tre fasene:

Kontinuitet (tilbud hele døgnet, hele året)

Kvinnene må ha et trygt tilbud, uavhengig av når på året de har termin, og uavheging av bosted. Det må være nok fødeplasser tilgjengelig til at man kan være trygg på å få plass.

Færrest mulig helsepersonell

Tilbudet må organiseres slik at kvinnen ikke må forholde seg til flere enn høyst nødvendig, slik at kontinuitet i relasjoner sikres.

Trygghet

Både *reell* trygghet, ved at tilbudet er forsvarlig, men også *opplevd* trygghet, ved at innholdet i tjenestene er forutsigbart. Der hvor reiseveien er lang må det finnes tilbud om følgetjeneste m.m.

Respekt (kommunikasjon)

Paret må møtes med respekt for sine ønsker, opplevelser og erfaringer.

Høy grad av brukermedvirkning

Paret må få anledning til selv å påvirke sin fødsel og fødselsopplevelse.

Rutiner

De ulike avdelingen må ha tydelige (skriftlige) rutiner som også vikarer kjenner til. Rutinene må gi retningslinjer for hva som skal gjøres komplikasjoner oppstår.

Kompetanseheving

Helsepersonell må få tilbud om fagutvikling og videreutdanning slik at det faglige nivået kan være oppdatert i forhold til ny forskning og nye retningslinjer.

Systematikk

Det må finnes nasjonale standarder som definerer f.eks når og hvordan en fødsel skal igangsettes og på hvilke indikasjoner. Gode og tydelige rutiner som alle kjenner til – også vikarene, og som blir fulgt er helt nødvendig. Og når rutinene blir brutt må bruddene rapporteres, personalet må lære av feilene gjennom systematisk arbeid og i alvorlige tilfeller må bruddene få konsekvenser for de involverte. Ligger feilen på systemnivå (eks. for få folk på vakt i forhold til oppgavene) må dette få konsekvenser for ledelsen

Forskning

Det trengs forskning som slike nasjonale standarder kan bygge på.

Generelt

Det må være et fødetilbud som tar hensyn til ulikhetene i vårt langstrakte land. Et desentralisert tilbud er en forutsetning for spredt bosetning. Et sentralisert tilbud gir ikke nødvendigvis større trygghet eller bedre kvalitet på tjenesten.

I stedet for å legge ned og omstrukturere, må kompetansen styrkes og en bedre rekrutteringsjobb gjøres. Der hvor avstandene er lange, må sikkerhet under transport prioriteres.

Foreldrene ønsker at svangerskapsomsorgen skal forberede dem på fødselen og barseltida. Mange brukere ønsker flere svangerskapskontroller, flere ultralyd-undersøkelser og mulighet til oppfølging hos jordmor. Brukerne ønsker mer informasjon om mulige fysiske og psykiske problemer slik at de kan være obs på symptomer og få hjelp til å ta tak i problemene tidlig. Pasientsikkerhet må også gjelde brukernes psykiske helse.

4.3 Kontinuitet, med vekt på barsel

«Hva er de tre viktigste områdene innenfor kontinuitet som det bør fokuseres på – beskriv dem kort. I tillegg skal dere beskrive hva dere mener bør gjøres for at kontinuiteten skal ivaretas. «

a) Sammenheng fra første kontroll til 6 ukers kontroll. Paret bør i størst mulig grad få møte de samme fagfolkene under hele forløpet, og gjerne følges opp av et lite team av fagpersoner der hvor det ikke er mulig å følge opp en-til-en. (ABC-modell)

b) Bedre og mer barselomsorg tilgjengelig på sykehuset og i hjemmet etter hjemreise. Mange familier har behov for tettere oppfølging de første ukene etter fødsel enn det som tilbys i dag. I andre land (bl.a Nederland) finnes ordninger med barselhjelpere/husmorvikarer som kan komme hjem og gi familien nødvendig hjelp til å få hverdagen til å gå rundt og etablere rutiner.

c) Faglig kompetanse. Helsepersonellet må være oppdaterte og ha god kompetanse på mor og barns helse og amming. Mor og barn må følges opp i barseltiden, med sjekk av fysisk og psykisk

helse. Paret må bli tatt på alvor med sine spørsmål og eventuelle bekymringer, slik at de kan mestre sin nye hverdag.

Tillit -> trygghet -> relasjoner -> bli forberedt.

Kontinuitet i relasjoner gir grunnlag for trygghet og å bli forberedt.

4.4 Brukerperspektiv vs fagperspektiv

«Hva mener dere om utsagnet 'det har aldri vært så trygt å føde som nå'. Bruk egne erfaringer i diskusjonen. Oppsummer diskusjonene deres i 5 nøkkelpunkter og kom med en anbefaling for hvordan situasjonene kan bedres.» Temagruppen oppsummerte sin diskusjon i følgende punkter:

Trygghet – fagkompetanse

Kvinnen må ha tilgang på faglig dyktig helsepersonell som også har gode kommunikasjonskunnskaper og empatiske evner, og lytter til pasienten. Det må være ressurser tilgjengelig for faglig oppdatering av helsepersonellet.

Trygghet – egne kunnskaper

Kvinnene ønsker og trenger kunnskap om egen kropp og om fødselsprosessen. Gjennom kunnskap om fødselen som en naturlig prosess, og informasjon om fordeler og ulemper for mor og bar ved keisersnitt, sammenlignet med en naturlig fødsel får paret bedre forutsetninger for å være med og planlegge sitt eget fødselsforløp.

Kommunikasjon

Det må være god kommunikasjon mellom fagpersonell og mellom fagpersonell og bruker. Ulike profesjoner må kunne samhandle til brukerens beste. Paret må få informasjon som gir realistiske forventninger. Det må være et økt fokus på psykisk helse, man må tørre å spørre.

Kontinuitet

Det må være godt samarbeid mellom helsepersonell og overfor bruker. Informasjonen som gis må være kvalitetssikret og entydig. Barselomsorgen må styrkes slik at det blir bedre kontinuitet fra svangerskap til fødsel til barseltid. Det må være store nok stillingsbrøker til å sikre jordmørtjeneste til de brukerne som ønsker dette.

Differensiert tilbud – reelle valg!

Vi trenger både fødeavdelinger, fødestuer og dyktige jordmødre. Alt innen rimelig avstand fra bruker, samt mulighet for trygge hjemmefødsler. Paret må på informasjon om hvilke valgmuligheter som finnes slik at de kan ta et reelt valg.

4.5 Psykiske reaksjoner i svangerskap, fødsel og barseltid

«Hva er viktige fokusområder for å forebygge psykiske problemer i svangerskap, fødsel og barseltid – og hvem har ansvar for å ivareta dem?»

Det er jordmor og lege som har hovedansvaret, men da må myndighetene og ledelsen i HF, kommuner m.fl sette av nok tid og ressurser til samarbeid, kompetanseheving og omsorg, samt tiltak for utsatte familier

Temagruppen foreslår flere forbyggende tiltak:

Informasjon i svangerskapet

Informasjon kan gjøre kvinnen bedre forberedt på det naturlige forløpet, og på eventuelle komplikasjoner. Kvalitetssikret informasjon fra helsearbeidere kan bidra til å forebygge fødselsangst.

Bli sett – tid og omsorg

Jordmor og lege må ha tid til å se og høre kvinnen, på svangerskapskontrollene, under fødselen, og i tiden etter. Mye kan forebygges ved at opplevelser bearbeides direkte etter hendelsen.

Mer aksept og åpenhet om psykiske reaksjoner

Ved å snakke om og synliggjøre at de psykiske reaksjonene forekommer kan man også gi rom for å søke hjelp, og forståelse for at slike reaksjoner oppstår.

Mer fokus på psykisk helse i svangerskap, fødsel og barseltid

Lege og jordmor må være obs på psykiske reaksjoner, og spørre konkret hvordan man har det både fysisk og psykisk.

Små fødeavdelinger er positivt, bedre oppfølging

Bedre kontakt mellom barselkvinne og jordmor/personal både forebygger plager og gjør det lettere å oppdage begynnende problemer.

Kvalifisert personell!

Personalet må ha kjennskap til psykiske reaksjoner, kunne oppdage disse, og fremfor alt kunne gi informasjon, omsorg og helsehjelp som trykker fødekvinne.

Bli oppmuntret til at alle bør reflektere over egen livssituasjon

Psykisk helse må på dagsordenen nasjonalt, på alle samfunnsarenaer. Hvordan har jeg det selv, og hvordan har naboen det?

Alle bør bli tilbudt fysisk og psykisk 6-ukerskontroll for fødekvinner

Samtidig som den fysiske etterkontrollen gjøres må det stilles konkrete spørsmål om hvordan kvinnen og den nybakte familien har det, og om man eventuelt trenger hjelp.

Samtale om fødselen før de reiser hjem vil trygge fødekvinnene

Gjennom å snakke om, og få hjelp til å bearbeide fødselsopplevelsen, kan senere fødselsangst eller plager forebygges.

5 Oppsummering

Kafèseminar-metoden gjorde at deltakerne fikk delta i diskusjonene rundt flere av temaene, og fordype seg spesielt i ett tema. Uavhengig av temaområde ble enkelte hovedpunkter fremhevet som spesielt viktige.

5.1 Trygghet

Trygghet var gjennomgangstema i flere diskusjoner og flere av gruppene listet dette opp som konkrete forutsetninger for et godt tilbud. I diskusjonene om trygghet bygget deltakerne på definisjonen fra Legkvinnekonferansen: faglig trygghet og trygghet i forhold til egen kropp. De ytret et ønske om at begge trygghetsfølelsene skal være mulige å oppnå. Informasjon og kommunikasjon gjentas som viktige stikkord for å oppnå trygghet. Kunnskap, informasjon og medbestemmelse gir trygghet og forutsigbarhet. Kontinuitet i form av faste fagpersoner ble flere ganger nevnt som en konkret og viktig trygghetsskapende faktor.

Det ble også klart at trygghet er et spørsmål om forutsigbarhet og tilgjengelighet av helsetjenestene. Flere steder er lokale tilbud preget av periodevis eller permanent stenging/reduisering – noe som gir lite forutsigbarhet. Følgetjeneste er nevnt som et minimumstiltak for å øke tryggheten når reiseveien blir (for) lang.

5.2 Tilstedeværelse

Brukerne har et behov for å bli sett og møtt, og få hjelp når man trenger det. Felles for de gode fødselsopplevelsene deltakerene har hatt er at man har hatt fagpersoner tilgjengelig som har tid, eller tar seg tid, til å være tilstede i de situasjonene brukerne trenger dem. Flere steder er fødetilbudet i dag preget av at man ikke er tilstrekkelig bemannet til å ta seg av hver enkelt fødekvinne slik fødekvinnen ønsker og trenger. Jordmor tilstede under aktiv fødsel er et konkret ønske fra brukerne som krever at bemanningsressursene er tilstrekkelige. Dette ønsket er også i tråd med WHO's anbefalinger for fødselsomsorgen.

5.3 Informasjon og medbestemmelse

Pasientrettighetsloven er entydig i at man som pasient både skal tilbys informasjon og få medbestemmelsesmulighet i valg av behandling. Brukernes erfaringer viser at dette ikke alltid

fungerer i praksis. Deltakerne ønsker å bli tatt på alvor og få medvirke i eget svangerskap og fødsel, og få tilstrekkelig oppfølging i barseltiden. Parets erfaring og opplevelser i situasjonen må respekteres og tas på alvor. Den kunnskap kvinnen og evt. partner/ledsager sitter med kan være avgjørende for at korrekte beslutninger tas slik at utfallet likevel blir godt. Gjensidig respekt og kommunikasjon sikrer at parets bekymringer høres og vektlegges.

5.4 Kontinuitet

Mulighet til å forholde seg til de samme fagpersonene gjennom hele forløpet gir trygghet og forutsigbarhet. Det gir også en tidskontinuitet ved at svangerskap, fødsel og barseltid henger naturlig sammen. Ofte er kontinuitet lettere å oppnå ved små avdelinger, til tross for at disse har færre å ta av når vaktkabalene legges opp. Her har deltakerne en konkret oppfordring til helseforetakene: Kanskje kan også større avdelinger lære noe ved å organisere sitt personell i mindre team?

Kontinuitet i form av samsvarende og entydig informasjon er også en viktig faktor for trygghet. Den informasjon som gis må være kvalitetssikret og så standardisert som mulig, slik at man ikke risikerer ulike og motstridende råd avhengig av hvem man spør. Informasjonsbehovet er udiskutabelt, det er også en rettighet pasienten har nedfelt i pasientrettighetsloven. Utfordringen for helsemyndighetene er å møte behovet og tilby offentlige informasjonskanaler som supplement og korrektiv til kjerringråd og brukernes egne disusjonsfora.

Behovet for omsorg gjelder både i svangerskapet, under fødselen og i barseltiden, igjen er informasjon og kontinuitet viktige stikkord. Valgfrihet i forhold til oppfølging, og å møte helsepersonell med kompetanse og empati er også faktorer som nevnes.

En gruppe hadde særskilt fokus på psykisk helse og hadde flere konkrete forslag til hvordan fokuset på psyke kan økes både i svangerskap, under fødsel og i barseltiden. En annen gruppe hadde tilsvarende fokus på pasientsikkerhet og kvalitetssikring. Det offentlige helsevesenet har mye godt å lære av andre næringers systematiske arbeid for internkontroll og å sikre gode interne rutiner.

Alt i alt er stikkordene og konklusjonen mye lik de konklusjonene som ble gjort av Legkvinnekonferansen. Samtidig er debatten sett i lys av den informasjonsvirkelighet som nå er gjeldende – med nettsider, informasjonstilbud og jungel av mer eller mindre seriøse tilbud. Det ble også tydelig i diskusjonene at fødetilbudene flere steder trues av periodevis eller permanent stenging.

6 Evaluering

Det ble sendt ut en egen evaluering til deltakerne høsten 2008. Resultatene fra denne evalueringen ligger i eget vedlegg.

6.1 Praktisk gjennomføring

Det var lagt opp til en litt for stram tidsplan ifht innledningene. Arrangementet kom senere i gang enn planlagt da flere av deltakerne ankom forsinket. I tillegg var det flere av innleiderne

som brukte mer tid enn avsatt. Det var ikke satt av tid til direkte debatt mellom innledere og deltakere, men dette var flere ganger aktuelt og deltakerne ytret konkret ønske om at dette hadde vært en mulighet. Alt i alt fikk vi tid til de oppgavene som skulle løses og Kafèseminaret fungerte fint som diskusjonsforum og arbeidsmetode.

6.2 Rekruttering

Det var vanskeligere å rekruttere deltakere enn vi hadde forventet. Ved eventuelt lignende arrangement senere er det viktig å få ut informasjonen tidligere. Vi fikk spredt mindre informasjon i kontaktnettene til de ulike samarbeidspartnerne enn vi hadde håpet og forventet. Informasjon om konferansen ble sendt alle helsestasjonene i Norge, men materialet var klart for sent og det var langt fra alle steder informasjonsmateriellet ble gjort tilgjengelig og kjent for brukerne av helsetjenestene.

En årsak til at PR-materiell ble klart for sent var at finansieringen av konferansen lenge var usikker. Lang behandlingstid flere steder gjorde at konferansen i stor grad måtte planlegges på minimumsbudsjetter. Vi kunne ikke love hjelp til reiseutgifter for hverken deltakere eller innledere, og det var vanskelig å planlegge omfanget av markedsføringen. Både kommuner og lokale aksjonsgrupper valgte å sponse sine brukerrepresentanter til konferansen, og dette bidro til at vi likevel hadde en viss geografisk spredning blant deltakerne. Ved eventuelle senere arrangementer av samme karakter vil det derfor være en fordel å ha sikker finansiering i forkant slik at markedsføring kan planlegges og deltakere med lang vei kan tilbys sponing.

Vi hadde opprinnelig et mål om 30-50 deltakere, men endte opp med 23, hvorav en mann. Vi fikk altså heller ikke med oss så mange menn og medmødre som vi hadde ønsket. Vi hadde også et ønske om å samle oss erfaring fra helsetjenestene i andre land, men dette ble i liten grad aktuelt blant de faktiske deltakerne.

6.3 Resultater

Resultatene fra deltakernes diskusjoner ble oppsummert samme dag og presentert for departement og fagfolk på KUNs Kvalitetskonferanse påfølgende dag. På denne måten ble brukernes helt ferske tanker og betraktninger presentert for et bredt publikum av fagfolk. Flere av deltakerne fra Brukerkonferansen deltok også på Kvalitetskonferansen, og Brukerkonferansen var representert med deltakere i hvert av de tre diskusjonspanelene på konferansen. Resultatene fra konferansen har også dannet grunnlag for Liv lagas arbeid opp mot departement og myndigheter i forbindelse med Stortingsmeldigen som er varslet fredag 13. februar.

Vedlegg 1 Deltakernes evaluering konferansen

Skjemaer > Rapport for Brukerkonferansen 26. mai 2008

Dato 13.02.2009 17:08
Innleverte besvarelser 20
Ikke-innleverte besvarelser 0
Invitasjoner godkjent 26

1. Om deg

Besvares av alle, spørsmålene om antall barn er formulert for kvinnene, men mannen kan svare utfra hvor mange barn partneren har født osv.

1.1. Din alder *

-20	0	0.0%
20-30	3	15.0%
30-40	11	55.0%
40-50	3	15.0%
50+	3	15.0%

1.2. Antall barn *

Hvor mange barn har du født?

1	4	20.0%
2	6	30.0%
3	9	45.0%
4	1	5.0%
5	0	0.0%
6	0	0.0%
7 eller flere	0	0.0%

1.3. Flerlinger *

Har du født tvillinger eller flerlinger?

Nei	20	100.0%
Ja	0	0.0%

1.4. Har du tatt keisersnitt? *

Nei	19	95.0%
Ja	1	5.0%

1.5. Hvis du har tatt keisersnitt, hva slags og hvor mange?

Hadde du planlagt snitt eller akutt keisersnitt (planla vaginal fødsel), dvs hastesnitt eller katastrofesnitt?
http://www.barnimagen.com/barnimagen_site/innhold/tema/f_dselen/keisersnitt_hva_er_det

- hastekeisersnitt, 1
- Ingen keisersnitt

1.6. Hvor bor du? *

Bygd	5	25.0%
Tettsted	5	25.0%
By	6	30.0%
Storby	4	20.0%

1.7. Deltok du på konferansen? *

Ja	17	85.0%
Nei	3	15.0%

1.8. Hvor har du født?

Hjemme	1	3.8%
Mykenhet (ABC e.l.)	4	15.4%
Fødestue	5	19.2%
Liten fødeavdeling (lokalsykehus)	5	19.2%
Stor fødeavdeling (kvinneklinnikk, stort sykehus)	11	42.3%

2. Før konferansen

Besvares av alle

2.1. Hvordan fikk du vite om konferansen? *

Dette spørsmålet er det svært viktig for oss å få svar på slik at vi til en senere anledning vet hvilken type markedsføring som er mest effektiv

Leste om konferansen på Internett (vennligst fortell adresse i neste spm)	7	33.3%
Fikk en e-post fra en venn, slektning, bekjent	0	0.0%
Fikk e-post fra en organisasjon (vennligst fortell hvilken i neste spm)	6	28.6%
Så en plakate eller et oppslag (vennligst fortell hvor i neste spm)	0	0.0%
Fikk en løpsedel eller brosjyre (vennligst fortell hvor i neste spm)	0	0.0%
Fikk tips muntlig fra en venn, slektning, bekjent	2	9.5%
Fikk tips muntlig fra andre (organisasjon, helsestasjon e.l., fortell hvor i neste spm)	6	28.6%

2.2. Hvor fikk du informasjon? *

Fortell hvor du fikk informasjon om konferansen, f.eks. Liv laga, Babyverden, Tettinntil, Helsestasjonen, Ammehjelpen, Bygdekvinnelaget etc.

- Tett inntil
- babyverden
- Jeg er medlem i den lokale sanitetsforeningen. Vår forening hadde fått forspørsel om å være med på dette.
- Barnimagen.com
- Bygdekvinnelaget
- Min gode venninne holdt meg informert
- Via Ingeborg i Liv Laga
- Liv Laga hadde tatt kontakt med min jordmor. Jordmor kontaktet og tipset meg.
- Liv laga
- Liv laga
- Bygdekvinnelaget
- www.barnimagen.com
- Liv laga
- Liv laga
- På siden til babyverden og derfra til Liv laga.
- Liv laga
- Fikk informasjon fra Føderiket hvor siste barn ble født
- fra Liv laga
- Liv laga
- Jeg tror det var babyverden

2.3. Fikk du nok informasjon på forhånd? *

For lite	2	10.0%
Passe	18	90.0%
For mye	0	0.0%

2.4. Hvorfor meldte du deg på konferansen? *

Din motivasjon for å delta.

- Jeg ønsket å bidra til at det ble fokusert på en mangfoldig fødselsomsorg, altså hjemmefødsler etc.
- syns jeg hadde noe viktig og komme med som kan være med å hjelpe andre
- Jeg dro sammens med en annen vennine. Vi skulle ha med oss baby begge to. Interessant møte.
- Engasjert og interessert i temaet. Hadde en del dårlige erfaringer fra føde og barsel.
- Fordi dette temaet var oppe på vårt årsmøte. Det er svært viktig for alle kvinner, og burde være det for alle menn! Sentralisering er ikke et gode for noe, hverken fødeavdelinger, skoler, sykehjem. Nærhet betyr som oftest trygghet.
- Jeg fikk sterke oppfordringer og fødselsomsorgen er område som ser ut til å prioriteres ned i det offentlige helsevesen (noe som gjerne henger sammen med mangelen på pressgrupper).
- Ønsker å bidra til å øke kvaliteten på fødselsomsorgen og antall fødeplasser i Hovedstaden
- Fordi dette er tema som engasjerer meg sterkt. Her jeg bor opplever jeg at mye ikke fungerer. Eks: Sommerstengte fødeavdelinger, manglende følgetjeneste, allmennleger som ikke synes at jordmødre er nødvendig i svangerskapsomsorgen. Jordmødre i bygdene har for små stillingsbrøker. Allmennleger kan for lite om svangerskap, fødsel og barseltid.
- For å: * knytte viktige kontakter * fremme viktigheten ved at små fødeavdelinger ikke må legges ned, men heller styrkes. At det er viktig at vi beholder et desentralisert fødetilbud i Norge, og at også kvinner i Nord-Norge, så vel som i sør skal ha mulighet til å ha fullverdige fødeavd. innen "rimelig" nærhet. * sette fokus på at fødetilbud ikke må sommerstenge - det skaper uro, utrygghet og økt risiko for den fødende og barnet. *at jeg ønsker å være med å kjempe for at kvinner i hele landet skal oppleve at den svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen de møter er god, trygg og kvalitativ.
- Informasjonsflyt mellom faggruppene, fint at brukerne får ytret seg.
- Fordi det var interessant å høre mer om en for meg ny organisasjon
- Etter å ha født 3 barn fordelt over 9 år, merker jeg veldig godt hvordan tilbudet til gravide har blitt dårligere, selv når jeg trekker fra forskjellen i oppfølging av en førstegangsfødende og flergangsfødende. Med nr 1 og 2 fikk jeg komme til 14 svangerskapskontroller på 41 fullgatte uker. Med nr 3 (som jeg fødte i juni 2008) var jeg kun inne til totalt 7 kontroller i løpet av 42 fullgatte uker! Jeg jobber i barneverntjenesten, og ser at det er behov for å komme tidligere på banen ifht familier som sliter. Jordmødrene og helsesøstrene de ENESTE som har muligheten til å se hvordan det står til med de aller minste barna, siden de ikke går i barnehage ennå. Da er det helt nødvendig å ha nok tid til dette, slik at man blir kjent med mor/ barn, får gitt nok informasjon osv. Slik oppfølgingen nå fungerer, kan jeg ikke se at man skal kunne følge opp noe som helst, utover det rent kliniske.
- Interesse
- Det er et aktuelt arbeidsområde i organisasjonen der eg jobbar.
- Dette interesserer meg veldig.
- Leder i sykehusets venner Harstad
- For å formidle gode opplevelser fra å føde ved Føderiket (jordmødre ved fødestue under Rikshospitalet) i motsetning til tidligere lite gode sykehusfødsler
- Fordi jeg er engasjert i fødselsomsorg og var spent på å høre foredragene og høre brukernes stemmer.
- Dette var en konferanse som behandlet et veldig viktig tema. Det viser seg jo at det er behov for denne konferansen, og kanskje også flere under samme overskrift.
- Jeg følte at jeg ikke hadde fått den hjelpa jeg trengte hos vanlig lege.

3. Konferansen

Besvares av de som deltok

3.1. Hva synes du om valg av tema?

Veldig dårlig	0	0.0%
---------------	---	------

Dårlig	0	0.0%
Middels / OK	3	17.6%
Bra	6	35.3%
Veldig bra	8	47.1%

3.2. Hva synes du om presentasjonene og foredragsholderne?

Presentasjonene sett under ett, var foredragsholderne flinke til å presentere stoffet sitt og var det de la fram interessant og relevant for resten av dagen?

Veldig dårlig	0	0.0%
Dårlig	0	0.0%
Middels / OK	2	11.8%
Bra	10	58.8%
Veldig bra	5	29.4%

3.3. Hva synes du om gruppearbeidet?

Hvordan fungerte kafeseminaret, var du fornøyd med opplegget, fikk dere gode samtaler og bra samarbeid på gruppene?

Veldig dårlig	0	0.0%
Dårlig	0	0.0%
Middels / OK	6	35.3%
Bra	8	47.1%
Veldig bra	3	17.6%

3.4. Hva synes du om lokalet?

Veldig dårlig	0	0.0%
Dårlig	0	0.0%
Middels / OK	5	29.4%
Bra	9	52.9%
Veldig bra	3	17.6%

3.5. Hva synes du om maten?

Veldig dårlig	0	0.0%
Dårlig	2	11.8%
Middels / OK	8	47.1%
Bra	5	29.4%
Veldig bra	2	11.8%

3.6. Hva synes du om konferansen totalt sett?

Veldig dårlig	0	0.0%
Dårlig	0	0.0%
Middels / OK	1	5.9%
Bra	8	47.1%
Veldig bra	8	47.1%

4. Om konferansen

4.1. Er det noe som burde vært gjort annerledes før eller underveis?

- Mere info om tema som skal diskuteres. Fåre tenke mere på de ulike temaene. Gjerne mye dokumentasjon, eller linker til aktuelle tema og foredragsholdere.
- syntes det var bra.
- Flere burde deltatt, men ser at det er vanskelig å få med de som dette angår mest siden de er i en alder hvor barn og jobb krever sitt.
- Bedre forvarsel. Mindre ordrik informasjon på forhånd! Lengre tid til spørsmål og dialog med foredragsholdere. Eventuelt færre foredragsholdere.
- Mere tid. Synes det gikk veldig fort. Skulle gjerne hatt mer tid til å diskutere og fått mer tid til å få ting skriftlig ned på papir.
- Ikke noe jeg kommer på.
- OK

4.2. Har du i ettertid tenkt på noe du gjerne ville sagt som ikke kom fram?

- Jeg ser at Liv laga fokuserer mye på at fødeavdelinger ikke må stenge om sommeren. Det er vel og bra å jobbe for det, men det endrer ikke det faktum at mange kvinner er redde for å føde og ikke har fått så mye informasjon på forhånd at de tør å stole på kroppen sin. Jeg er opptatt av at kvinner trenger mer informasjon om hva fødsel er, for å kunne stole på at kroppen deres faktisk kan klare det. (At det ikke er flaks hvis det går bra) Det hjelper ikke å gi kvinner et rom på et sykehus når de ikke vet hva fødsel er, og kjemper imot kroppen sin. Hva kan gjøres for å endre dette?
- At jordmødre og leger må bli pålagt å samarbeide til pasientens beste. ikke stå på hver sin "tue" og tro de vet alt best selv.
- Massevis
- Vi bør alle bruke sterkere krutt og mer tabloide virkemidler for å nå fram. Føler at vi nærmer oss et veiskille der vi trenger reell bedring av kvaliteten på tilbudet og psykisk ivaretagelse under fødsel.
- Dette med at allmennleger motarbeider jordmørtjenesten. Det er mange interne konflikter både i kommunen her jeg bor og i noen av nabokommunene. Eksempel er at legene bestemmer at kvinnene kun får to kontroller hos jordmor. Resten skal taes hos allmennlege. Dette er ikke valgfrihet. Dette har legene bestemt selv om jordmor hadde tid og lyst til å ta flere kontroller. Det er i strid med retningslinjene for svangerskapsomsorgen. Men legene bryter ikke noe lov.. så da er det ikke så lett å ta dem..
- Nei, følte det var lett å ta ordet

4.3. Andre kommentarer?

- Jeg opplevde innlegget fra legen som merkelig. Hun var ikke oppdatert på de siste 20 års forskning når det gjelder hva som skaper fødselskomplikasjoner. Håper Liv Laga kan oppdatere legeföreningen når det gjelder det faktum at planlagt hjemmefødsel er et trygt alternativ for friske gravide.
- STÅ PÅ: Dette er viktig!!
- Det er historiene fra virkeligheten som gjør inntrykk. En del av politikernes prioriteringer styres (dessverre) gjennom media og å få mediaoppslag er dermed en mulighet til å få større oppmerksomhet rundt området. Ulempen er at førstegangsfødende kan bli (mer) skremt.
- Veldig bra tiltak at dere arrangerte konferansen. Vil oppmuntre dere i Liv Laga til å forsøke å følge det opp på et vis. Bra å treffes.
- Lykke til videre!

Vedlegg 2 Program for brukerkonferansen

Tid	Ansvarlig	Tema/aktivitet
09:00	Lotusbarn og Liv laga	Registrering, mingling, produktsalg
10:00	Liv laga og Sølvpilen	Velkommen, presentasjon av oss og dagen
10:10	Tone Dorthe Sletten, Allmenlegeforeningen	Dagens tjenester
10:30	Liv laga	Hva vet man om hva brukerne mener?
10:40	Jordmor Annett Michelsen	Differensiert omsorg
11:00	Jordmødrene Anne Hedvig Mellbye Pfeffer og Lise Gaudernack	Brukerperspektiv vs fagperspektiv
11:20		Pause
11:30	Jordmorstudent Kjersti Sletten, med flere	Kontinuitet, med vekt på barsel
11:50	Spesialpsykolog Aslaug Haug, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse	Psykiske reaksjoner i svangerskap, fødsel og barseltid
12:10	Rolf Gunnar Jørstad, Norsk pasientskadeerstatning	Pasientsikkerhet og kvalitetsikring
12:30	Sølvpilen og Lotusbarn	Lunsj og mingling, produktsalg
13:15	Sølvpilen	Kafé (gruppearbeidet), inkl oppsummering av gruppene
16:30	Liv laga og Sølvpilen	Oppsummering om dagen/avslutning
17:00	Alle som vil	Pizza!

Vedlegg 3 Beskrivelse av Kaféseminar

Dette er en øvelse for gruppearbeid hvor man hurtig oppnår involvering, resultater og ikke minst deling av gruppearbeidene på en rask, effektiv og motiverende måte. Kaféseminar er også godt egnet hvis man ønsker å jobbe med flere tema samtidig og deltakerne får mulighet til å spille inn på alle tema.

Deltakerne plasseres i grupper rundt bord, gjerne i typisk kaféstil med kaffe og noe å bite i på bordene, noe lett musikk i bakgrunnen og informer om at nå er vi på kafé.

På hvert enkelt bord ligger det flip-over-ark og tusjer. Oppgaven gruppen skal arbeide med kan være skrevet på flip-over-arket på forhånd, eller deles ut som et "menykort" når oppgaven starter.

Det utnevnes en kafévert på hvert bord som blir ansvarlig for å følge kaféinstruksen og notere fra diskusjonen. Etter å ha løst første oppgave blir deltakerne bedt om å gå til nytt bord, bortsett fra kaféverten.

Kaféverten forteller de nye deltakerne hva oppgaven er og hva som har kommet opp i diskusjonen fra forrige gruppe. De besøkende får i oppgave og komme med innspill og gjerne stille spørsmål ved det gruppen har gjort. Målet er å verdiforøke arbeidet som allerede er gjort. (Ut fra tidsrammene velger vi hvor mange slike omganger med kafébesøk på ulike bord en ønsker å gjennomføre.)

I siste fase ble den opprinnelige gruppen samlet igjen. De som har vært på besøk hos andre grupper kommer med sine innspill etter impulsene og ideene de har fått, og kaféverten oppsummerer innspill som har kommet til gruppens arbeide.

Tilslutt presenterer gruppen sitt arbeide i noen oppsummerende punkter.

Vedlegg 4 Forberedelser til brukerkonferansen

Deltakerne hadde på forhånd blitt oppfordret til å tenke gjennom både generelle problemstillinger og problemstillinger knyttet direkte opp til hvert av de fem temaene:

- Hva er dine erfaringer?
- Hva fungerer?
- Hva er du fornøyd med?
- Er helsetjenestene på ditt hjemsted organisert på en spesielt bra måte?
- Hva er viktig for deg når du møter helsevesenet?
- Hva savner du?
- Hva fungerer ikke?
- Blir din fysiske og psykiske helse ivaretatt?
- Forbereder svangerskapsomsorgen deg på fødselen og barseltida?
- Er du trygg på deg sjøl og på å få den hjelp du trenger?

Differensiert omsorg

Dvs. ulike typer tilbud til ulike type fødsler, fra hjemmefødsel og fødestue til kvinneklinikker med alle typer smertelindring, mulighet for keisersnitt og medisinsk ekspertise

- Hvilke erfaringer har du? Hadde du en reell mulighet til differensiert omsorg? Ønsket du det?
- Hva er fordeler/ulempes med differensiert omsorg?
- Hvordan bør differensiert omsorg organiseres i store byer, små byer, på bygda?

Brukerperspektiv vs fagperspektiv

Dvs. fagfolk sier at det har aldri vært så trygt å føde som nå, samtidig virker det som brukerne blir mer og mer utrygge

- Hva gjør deg trygg, hva gjør deg utrygg?
- Hvordan spiller informasjon fra, og kommunikasjon med henholdsvis andre brukere og fagfolk, inn på din trygghetsfølelse?
- Hvor mye medbestemmelse ønsker du? Vil du sjøl kunne bestemme om du vil f.eks. ha keisersnitt? Eller skal slike avgjørelser tas av de med medisinsk kompetanse?

Kontinuitet, med vekt på barsel

Dvs. at samme person; eller gruppe personer; eller mange personer med samme «filosofi» følger opp brukeren gjennom alle tre fasene, evt. at alle involverte fagpersoner/grupper har et velfungerende samarbeid.

- Er kontinuitet like viktig for alle?
- Har du opplevd kontinuitet?
- Hvordan kan man få til kontinuitet hos deg, på ditt hjemsted? Alternative og kreative løsninger?

- Hvem bør ha ansvar for barselomsorgen? Hvilke tjenester skal barselomsorgen inneholde?
- Hva er dine erfaringer med barselomsorgen? Hva trengte du fra helsepersonell, familien og vennene dine?
- Forberedte svangerskapsomsorgen deg og din evt. partner dere på barseltida?

Psykiske reaksjoner i svangerskap, fødsel og barseltid

Hva er dine erfaringer med psykens påvirkning på fødselen og fødselens påvirkning på psyken?

- Ble din, partneren og barnets psykiske helse ivaretatt?
- Kan psykiske problemer forebygges? Hvordan?

Pasientsikkerhet og kvalitetssikring

Har du følt deg trygg på at tjenestene har holdt et høyt faglig nivå?

- Hva kan gjøres for å kvalitetssikre tjenestene i alle tre fasene?
- Hvordan kan pasientsikkerheten best ivaretas i alle tre fasene?
- Hvordan kan brukerne være trygge på tjenestene på fødestuer, små avdelinger og store avdelinger? Hvilke faremoment finnes de enkelte stedene?
- Hvordan kan pasientsikkerheten ivaretas ved transport? Hvem har ansvaret? Når må man ha følgetjeneste?
- Er det faglige tilbudet godt uavhengig av tid på døgnet og året? Eller er det variasjoner ifht døgn, ferie m.m.?

Vedlegg 5 Presentasjonen holde på kvalitetskonferansen

Lysbilde 1



Lysbilde 2

Liv laga
organisasjon for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

- Stiftet 4. mars 2008
- Tuftet på arbeidet til «Aksjon mot fødekaos»
- Visjon: at alle som føder barn i Norge skal:
 - få den **omsorg** de trenger
 - bli møtt med **respekt** for sine valg og ønsker
 - til enhver tid gjennom svangerskap, fødsel og barseltid føle seg **trygge**.

Liv laga – organisasjon for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg ble stiftet 4. mars i år. Vi etterfølger og følger opp arbeidet til Aksjon mot fødekaos, som vi drev ad-hoc i to år.

Vi arbeider for at alle som føder barn i Norge skal:

få den **omsorg** de trenger

bli møtt med **respekt** for sine valg og ønsker

til enhver tid gjennom svangerskap, fødsel og barseltid føle seg **trygge**.

Hvem er vi ?

- 83 medlemmer, på under tre måneder
 - Vanlige medlemmer og støttemedlemmer
 - 20-90 år
 - En brukerorganisasjon, men for alle
- Styret: Fire kvinner med åtte fødsler
 - Live G. Kjølstad, Oslo; Eva Vassdal, Narvik
 - Siv-Lise Bendixen Stærk, fysioterapeut, Oslo
 - Ingeborg Altern Vedal, førstekonsulent, Oslo

På under tre måneder har vi fått 83 medlemmer, både vanlige og støttemedlemmer, deriblant tre oldemødre på 90! Vi er en brukerorganisasjon, men alle som støtter visjonen vår kan bli medlemmer og vi har både jordmødre og leger på vår medlemsliste.

I styret sitter fire kvinner, med til sammen åtte unike svangerskaps- fødsels- og barselopplevelser. I tillegg til disse er vi lidenskaplige samlere av andres! Vi har et styremedlem i Narvik: førskolelærer Eva Vassdal. I Oslo sitter tre av oss: producer Live Glesne Kjølstad, Ingeborg Altern Vedal som arbeider i administrasjonen ved juridisk fakultet og har bl.a. en Cand.mag innen samfunnsvitenskap på cv'en. Selv heter jeg Siv-Lise Bendixen Stærk og er fysioterapeut. Jeg har ikke jobbet med gravide eller nyfødte, men har erfaring som helseprofesjonell i sykehus og har kanskje en litt annen infallsvinkel enn de andre brukerrepresentantene.

Lysbilde 4

Brukerkonferanse

- Første brukerkonferanse
 - Inspirert av Legkvinnekonferansen
 - 24 Kvinner, 1 mann og en haug barnevogner
 - Todelt: presentasjoner og gruppearbeid
 - Fem tema
 - Differensiert omsorg
 - Psykiske reaksjoner
 - Brukerperspektiv vs fagperspektiv
 - Kontinuitet, med vekt på barsel
 - Pasientsikkerhet og kvalitetssikring

Liv laga i samarbeid med Bygdekvinnelaget, Kvinne og familieforbundet, Fødsel i fokus, Jordmorforeningen og Allmennlegeforeningen arrangerte i går Norges første brukerkonferanse om svangerskap, fødsel og barsel.

Konferansen var inspirert av Legkvinnekonferansen fra 1999.

En far og to generasjoner kvinner, til sammen 2 deltakere sammen med ? babyer

Vi delte dagen i to. Først presenterte ulike fagfolk fem tema. Deretter satt deltakerne sammen i grupper og diskuterte de samme temaene. Resultatene av dette gruppearbeidet vil vi presentere i dag, sammen med det vi fra tidligere vet om brukernes erfaringer og ønsker. Vi arbeidet med de samme temaene som skal behandles i sesjonene i dag, samt to andre som vi synes er viktig:

Differensiert omsorg

Psykiske

reaksjoner

Før vi går inn på resultatene vil vi kort gjøre rede for andre undersøkelser vi også lener oss på.

Offentlige brukerundersøkelser

- Legkvinnekonferansen fra 1999
 - Arrangert av Helsetilsynet
 - Representativt utvalg, 23 kvinner av 96 «påmeldte»
 - Ikke menn
 - Ikke mødre med spedbarn
 - 2 dager
- Svangerskapsomsorgen 2003 (TNS)
 - TNS Gallup og Sosial- og helsedirektoratet
 - Skjema sendt 2.500, 54 % svar, begge kjønn
- Mor og barn (MoBa), Folkehelseinstituttet

Offentlige instanser har gjort både kvalitative og kvantitative undersøkelser.

I 1999 arrangerte Helsetilsynet en legkvinnekonferanse, over to dager.

500 fikk invitasjon og spørreskjema, 96 takket ja, og 23 kom. Menn var ikke invitert og mødre med spedbarn ble utelukket. Svar på spørreskjemaet var grunnlag for problemstillingene.

Det finnes to kvantitative undersøkelser. Direktoratets undersøkelse fra 2003 handler kun om svangerskapsomsorgen. Den ble utført av TNS Gallup, sendt til 2.500 par/mødre og av disse svarte 54%

Folkehelseinstituttets store Mor og barn undersøkelse skal omfatte 100.000 svangerskap. Der er det spørsmål bl.a. om hvor de gravide går til kontroll, om de får tilstrekkelig informasjon, og hvorvidt de fødende følte seg trygge under fødselen. MoBa kunne vært en fantastisk kilde til data, men spørsmålene om helsetjenestene er for få og det er kun ett skjema til far (15. svangerskapsuke). Dessuten er dataene kun tilgjengelig for forskere.

Lysbilde 6

Private undersøkelser

- Internettgallup desember 2006 (MoB)
 - Babymedia og Aksjon mot fødekaos
 - 11.448 svar, 1% menn
- Internettgallup sommer/høst 2007
 - Aksjon mot fødekaos i samarbeid med Foreldre&Barn (F&B) og GRAVID
 - 1.827 (4 % menn); 1.326 (2 % menn) svarte
- «Tråder» i ulike forum, e-post, m.m.

Vi har også noen private undersøkelser. Disse er ikke like representative bl.a. fordi de forutsetter at deltakere har tilgang til Internett. De gir likevel en pekepinn.

Spesielt Mor og Barn, utført av barnimagen med innspill fra fødeaksjonen, hadde mange deltakere. Men undersøkelsen hadde få spørsmål relevante for oss.

I fjor sommer gjennomførte bladene Foreldre&Barn og GRAVID to undersøkelser der fødeaksjonen hadde forfattet spørsmålene. I tillegg til disse tre finnes det en undersøkelse om barsel gjennomført av tre jordmorstudenter og tre lokale studier, men disse har vi ikke studert, kun fått referert.

Vi har også vært aktive på en del forum. Forumtråder og e-posthenvendelser ligner kvalitative undersøkelser, der vi får lese om folks erfaringer og ønsker.

Tall: Svangerskapsomsorgen

- Mange går til jordmor, flere til lege
 - Alternativene ikke uttømmende
 - Jordmor: kommunal, privat, fødestue eller sykehus
 - Gynekolog: privat eller sykehus
 - Lege: fastlege, HS, annen spesialist (sykehus)
 - Jordmormangel
- Mange er fornøyde! 77–87 %
 - Forskjeller mellom fylkene og bygd–by
 - Flere er «svært fornøyde» med jordmor enn lege
 - Misfornøyde: 5–13% (høyest fastlege)

Hva sier så statistikken? 70 til 78 prosent går til jordmor, mens 80 til 85 prosent går til lege. Fordi det er satt for få alternativ gir ikke disse tallene et helt korrekt bilde. Av de som ikke går til jordmor ønsker 40% å gjøre det (Gravid)

Et stort flertall er fornøyde, det er noen forskjeller mellom fylkene og type bosted bygd–storby. Flere er «svært fornøyde» med jordmor enn med lege og flere er misfornøyd med legen enn jordmora.

Går til jordmor: TNS: 70% MoB: 78%, GRAVID: 75%

Går til lege: TNS 85% Gravid. 80%

GRAVID-tall:

82-83 % fornøyde

65% svært fornøyde med jordmor

5 % misfornøyd med jordmor

51 % svært fornøyde med lege

13 % misfornøyde med lege

Bygda mest fornøyd med jordmor, jevnt lege

TNS 2003: 87 % fornøyde

Mest fornøyd med kommunal jordmor og privat lege/jordmor

Fylkesvise forskjeller

Mor-og-barn 2006: 77 % fornøyde

Tall: Fødselsomsorgen

- Trenger mer data, knyttet opp til fødeenhet
- Mange er fornøyde med oppfølging
 - Totalopplevelse fødeavdeling og barsel 69 % fornøyde, 4 % svært misfornøyde (MoB)
 - De fleste følte seg trygge under fødsel 85 %
 - Vaginal fødsel: litt mer trygge på stue enn sykehus
 - Hastesnitt: mer utrygge på stue enn sykehus
 - Sammenheng tilstedeværelse og trygghet
 - Mange fikk medbestemmelse

Når det gjelder fødselsomsorgen mangler vi gode, sikre data. Vi har kun de private undersøkelsene, MoBa vil kunne gi noen svar, men vi trenger også undersøkelser knyttet opp til kommune og fødeenhet.

Mange er fornøyde med oppfølgingen under fødselen og på barsel, mens en liten andel er svært misfornøyde, ifølge Babymedias undersøkelse.

De fleste følte de var trygge under fødselen, høyest score fikk fødestuene, bort sett fra ved hastesnitt (2 personer). Sammenheng tilstedeværelse og trygghet er stor: Av de som svarte at jordmor var nok tilstede under fødselen var bare 6 % utrygge. Tilsvarende for jordmor ikke nok tilstede: 38 % utrygge.

80 % følte de hadde medbestemmelse.

Tall fra F&B: Fornøydheten blant de som har født på henholdsvis 94 % fødestue, 89% sykehus, 88% hjemme

2 stk med hastesnitt på fødestue, begge utrygge. Hastesnitt sykehus: 60 % trygge. Planlagt snitt 90 % trygge.

Tok jordmor og annet helsepersonell nok hensyn til dine ønsker under fødselen? 80% ja

Fikk du den smertelindringen du ønsket under fødselen? 80% ja

Tall: Barselomsorgen

- Under 40 % mener svangerskapskontrollene forbereder på barseltiden
 - Jordmor forbereder bedre enn lege
- Mer fornøyd med stuer enn avdelinger
 - Ammeproblem ved hjemreiser
 - Tidlig hjemreise
- Helsest./h.søster: 65 % fornøyd (MoB)
 - 15 % ikke tilbud om hjemmebesøk (F&B)

Tallene for barseltiden er nedslående.

Under 40 % mener svangerskapskontrollene forbereder på barseltiden, men jordmor forbereder bedre enn lege.

For mange er misfornøyd med barseloppholdet, men det er flere av de som fødte på fødestue enn fødeavdeling som mener de fikk god oppfølging. 1/3 reiste hjem uten at amminga var etablert, det var litt verre på sykehusene, enn stuene. Tallene er noe usikre fordi de er knyttet opp til hvor kvinnen fødte, ikke hvor hun fikk barselomsorg. Kvinner som sogner til ei fødestue har ofte barsel der sjøl om de føder på sykehus.

Det er færre som er fornøyd med helsestasjonen og helsesøster enn med de andre helsetjenestene. 15 % fikk ikke tilbud om hjemmebesøk.

TNS 37% mor, 36% far; GRAVID 31 % Både lege og jordmor 30 %

Jordmor 39 % Lege

Fikk dere god nok oppfølging av helsepersonell på sykehuset? 80% fødestue, 70% avdeling.

På fødeavdelinger hadde i underkant av 70% godt etablert amming ved hjemreiser, fødestuer litt over 70%. Men tallene er ut fra hvor de fødte, ikke hvor barsel var. Mange har barsel på fødestuer! 3/5 reiste hjem 1, 2 eller 3 dager etter fødselen. 14% ville vært på sykehuset lengre. 33 % kunne reist tidligere hjem hvis de fikk hjemmebesøk av jordmor

Liggetid F&B:

Inntil ett døgn 7 %

To døgn 20 %

Tre døgn 33 %

Fire døgn 20 %

Fem døgn eller mer 21 %

Legkvinnekonferansen 1999

- Kontinuitet og sammenheng – mellom begivenheter og mellom folk.
 - Ideelt: svangerskapskontroller hos jordmor som hjelper ved fødsel, og oppfølging hos denne etter fødselen.
 - Minimum: samtale med jordmor som tok i mot barnet etter fødsel
- Fagliggjøring av helsepersonellens lytteevne og –vilje

Legkvinnekonferansen i 99 er sammenfattet i en egen rapport. Kontinuitet er et hovedpunkt. Svangerskap, fødsel og barsel er ikke adskilte bolker, men aspekter ved samme hendelser. Da blir det kunstig å dele opp tjenestene. Tjenestene må samordnes. Det er langt frem til den ideelle situasjonen, med kontroller, fødsel og barselkonsultasjoner hos samme jordmor, men noen ting kan gjøres: samtale en-til-en etter fødsel med jordmor som tok imot barnet, mulighet for å ringe jordmor som hadde svangerskapskurset i barseltiden, tilbud om omvisning/info fra fødeavdelingen

Fagliggjøring av helsepersonellens lytteevne og vilje. Helsepersonell må se, lytte og tilpasse sin hjelp utfra dialog med den enkelte. Kommunikasjonsevne bør ikke være tilleggskompetanse, men er grunnleggende. Kommunikasjon og empati må vektlegges sterkere i utdanning, videreutdanning og veiledning

Rammer og retningslinjer

Systemer og organisasjon

Ressurser

Kunnskap og holdninger

Legkvinnekonferansen 1999

- Rutiner og redskap: individuell oppfølging
 - Individuelt fødselskart – Prosessrapport og avtaledokument, revideres underveis
- To typer trygghet
 - Medisinsk trygghet (fagkompetanse, ressurser, teknologi)
 - Trygghet i forhold til egen kropp, og i forhold til hjelperne

Som redskap for individuell oppfølging foreslås: "Fødselskart":

Fra helsevesenets side: info om påbudte og anbefalte punkter i forløpet, minstestandard man kan forvente, og tilbudet utover minstestandard

Fra kvinnen: info om ønsker, behov, forventninger, bekymringer og ressurser

Legkvinnekonferansen def to typer trygghet: medisinsk og ifht egen kropp

De to typene trygghet vektet ulikt av ulike kvinner. Hvor skal grensen gå for kvinnens egne beslutninger? Ifht KS og i fht hvem som får hjemmefødsel og hvordan hjemmefødsel møtes av fagpersoner ellers.

Mer av den medisinske kompetansen kan trekkes ut av sykehusene, og mer av det nære og hjemlige kan trekkes inn i institusjonene

Legkvinnekonferansen 1999

- Det er for lite penger i systemet når kvinnene etterlyser er basale behov!
 - Nok mat
 - Gode madrasser i senger (mtp bekkenløsning etc)
 - Lydisolering fra andre fødende
- Legkvinnekonferansen må leses og brukes

God mat og nok mat burde være en selvfølge. Å føde sammenlignes ofte med en treningsøkt, i ekstreme tilfeller med Birkerbeinerrennet. Etter slike prestasjoner trenger man god mat, og nok mat, og gjerne mat utenom faste oppsatte måltider.

Gode senger med madrasser som gir hvile også for kvinner med bekkenløsning burde ikke være mangelvare.

Rapporten fra Legkvinnekonferansen avslutter med et ønske om at arbeidet skal brukes og tas til etterretning. Mye har skjedd. Flere av ønskene er tatt med når man har utarbeidet nasjonale retningslinjer tidligere. Men fortsatt etterlyses mat, senger, ammehjelp på barsel, og individuell oppfølging og informasjon. Brukes rapporten?

Differensiert omsorg

- Vedtaket om differensiert omsorg må følges opp
 - Nok jordmødre (en-til-en)
 - Nok fødeplasser
 - Ulike typer fødetilbud i nærheten av bosted
- Hjemmefødsel og «lavenheter»
 - Lønnsomt å føde «naturlig» og «sakte»
 - Tilbud må markedsføres, få tid til å feste seg
- Jordmødre og smertelindring

Som sagt arbeidet vi med fem tema i dag. Deltakerne ble bedt om å lage en skisse på hvordan et differensiert omsorgssystem bør fungere. Skissen skulle være realistisk om ta hensyn til regionale forskjeller.

Skal vi ha differensiert fødselsomsorg må tre forutsetninger være på plass.

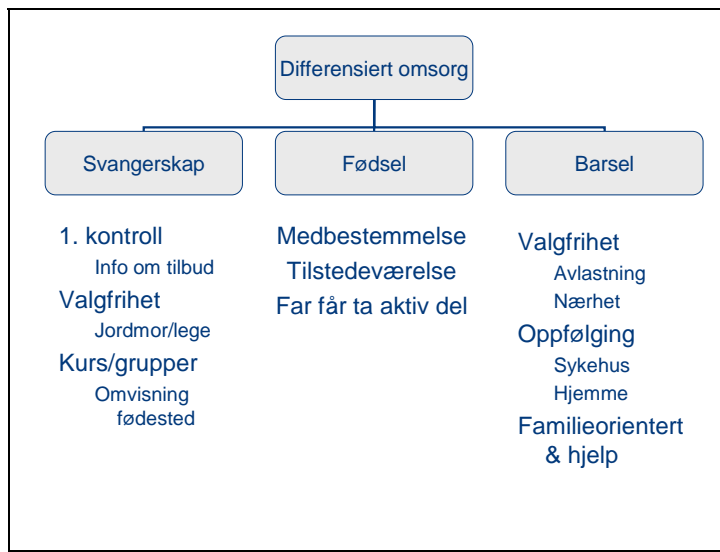
Nok jordmødre, én per fødekvinne i aktiv fase

Nok fødeplasser

Ulike typer fødetilbud i nærheten av bosted

Skal vi ha fødsler på «laveste nivå» det være lønnsomt for helseforetakene å la kvinnene føde rolig og la naturen gå sin gang, de må få ta aktiv del i sin egen fødsel. I Oslo er Føderiket nedleggingstrua et år etter oppstart. Skal slike «mykenheter» overleve må tilbudene markedsføres, spesielt ovenfor fastlegene som på første kontroll skal veilede kvinnen i valg av fødeplass – er skepsisen blant legene for stor? I næringslivet vet man at det kan ta tre år for en nystartet bedrift å bli godt etablert og lønnsom. Føderiket må få penger til markedsføring og ro til bli «kjent» i markedet.

Lysbilde 14



Skissen er delt i tre faser. På første svangerskapskontroll må kvinnene få informasjon om tilbudene og uhildet veiledning. Det må være en reell valgfrihet mht. hvor kvinnene skal ha svangerskapskontrollene. Foreldrene må få forberedende kurs inklusiv omvisning på fødested.

Under fødselen skal kvinnen ha medbestemmelse. Jordmor skal være tilstede når fødekvinnen trenger det og far skal, om han ønsker det, få ta en aktiv del. Alle disse tre kravene er det lettere å oppnå ved hjemmefødsel og på fødestue/mykenhet. Brukere etterlyser også en god doulaordning i Norge.

Barsel må styrkes og kvinnene må få mer valgfrihet. Ønsker hun avlastning eller ha barnet hos seg hele tiden? Vil hun ha oppfølging på sykehuset eller hjemme? En kvinne fortalte om utryggheten hun følte ved hjemreise etter først og andre fødsel etter flere dager på barsel, mens hun etter siste fødsel på Føderiket var trygg til å reise hjem etter få timer. Hvordan kan foreldrene bli trygge? Barselomsorgen skal være familieorientert og foreldrene være sikre på at de får hjelp. Husk: Far er ikke en gjest, han er en del av familien!

Psykiske reaksjoner, forebygge

- Ansvar:
 - jordmor og lege og andre i «teamet»
 - myndighetene og ledelsen i HF, kommuner
 - samarbeid, kompetanseheving, omsorg og tiltak
- Informasjon i svangerskapet! Bli sett – tid og omsorg.
- Mer aksept og åpenhet om psykiske reaksjoner
- Mer fokus i svangerskap, fødsel og barseltid
- Små fødeavdelinger er positivt!
- Kvalifisert personell!
- Bli oppmuntret til å reflektere over egen livssituasjon.
- Alle bør bli tilbudt fysisk og psykisk 6-ukerskontroll
- Samtale om fødselen før hjemreise

Innenfor temaet psykiske reaksjoner i svangerskap, fødsel og barseltid fikk deltakerne følgende oppgave: Hva er viktige fokusområder for å forebygge psykiske problemer i svangerskap, fødsel og barseltid – og hvem har ansvar for å ivareta dem?

Det er jordmor og lege m. fl. som har ansvaret, men da må myndighetene og ledelsen i HF, kommuner osv sette av nok tid og ressurser til samarbeid, kompetanseheving og omsorg, samt tiltak for utsatte familier

Forbyggende tiltak:

Informasjon i svangerskapet!

Bli sett – tid og omsorg.

Mer aksept og åpenhet om psykiske reaksjoner

Mer fokus på psykisk helse i svangerskap, fødsel og barseltid

Små fødeavdelinger er positivt, bedre oppfølging

Kvalifisert personell!

Bli oppmuntret til at alle bør reflektere over egen livssituasjon.

Alle bør bli tilbudt fysisk og psykisk 6-ukerskontroll for fødekvinne, komme automatisk.

Samtale om fødselen før de reiser hjem vil trygge fødekvinne. God nok barselomsorg til å oppdage eventuelle problemer.

Brukerperspektiv

- Trygghet, fagkompetanse
 - Faglig dyktig, empati, ser og lytter til brukeren
 - Resurser til faglig oppdatering
- Trygghet, egne kunnskaper
 - Om egen kropp
 - Om fødselsprosessen
 - Det går vanligvis bra!
 - Naturlig prosess
 - Øke kunnskapene: +/- naturlig fødsel vs KS for mor og barn

På temaet brukerperspektiv vs. fagperspektiv fikk deltakerne denne utfordringen: Hva mener dere om utsagnet "det har aldri vært så trygt å føde som nå". Bruk egne erfaringer i diskusjonen. Oppsummer diskusjonene deres i 5 nøkkelpunkter og kom med en anbefaling for hvordan situasjonene kan bedres

Kvinnene trenger trygghet på at fagfolkene har rett kompetanse

God tilgang på faglig dyktig helsepersonell med gode empatiske evner, som ser og lytter til brukeren

Resurser til faglig oppdatering

De trenger trygghet på seg sjøl, egne kunnskaper

Om egen kropp

Om fødselsprosessen

Det går vanligvis bra!

Naturlig prosess

Øke kunnskapene til mødrene. Fordeler og bakdeler ved naturlig fødsel vs keisersnitt for mor og barn

Brukerperspektiv

- Kommunikasjon og informasjon
 - Fagpersonell i mellom og i **samhandling** med bruker
 - Å skape realistiske forventninger
 - Obs på psykisk helse
- Kontinuitet
 - Godt samarbeid mellom helsepersonellet og overfor bruker
 - Styrke barselomsorgen
 - Større stillingsprosent for jordmødre!

Kommunikasjon og informasjon

Fagpersonell i mellom og i **samhandling** med bruker

Å skape realistiske forventninger

Obs på psykisk helse

Kontinuitet

Godt samarbeid mellom helsepersonellet og overfor bruker

Styrke barselomsorgen

Større stillingsprosent for jordmødre!

Oppfølging av samme personer i hele fasene vil øke både den opplevde og den reelle tryggheten.

Brukerperspektiv

- Differensiert tilbud: Reelle valg!
 - Både fødeavdelinger, fødestuer og dyktige jordmødre.
 - Alt innen rimelig avstand fra bruker, samt mulighet for trygge hjemmefødsler.
 - Informasjon om valgmulighetene!
- Tidlig bearbeiding av vonde fødselsopplevelser

Det er viktig med et differensiert tilbud slik at kvinnen og hennes partner får reelle valg!

Da må vi ha både fødeavdelinger, fødestuer og dyktige jordmødre, alt innen rimelig avstand fra bruker, samt mulighet for trygge hjemmefødsler. Ikke minst må brukerne få informasjon om valgmulighetene!

Skal brukerperspektivet overlape bedre med fagperspektivet må altså følgende være på plass: Trygghet på fagkompetanse; og seg sjøl; god kommunikasjon og informasjon; kontinuitet og et reelt differensiert tilbud.

Tidlig bearbeiding av vonde fødselsopplevelser og erkjennelsen av at «å føde kan være en flott opplevelse» (et sjokk og en aha-opplevelser for mange!) vil også kunne hjelpe den enkelte kvinne.

Kontinuitet

- Sammenheng 1. kontroll til 6 ukers kontroll
- Bedre og mer barselomsorg på sykehuset og daglig i hjemmet. (Husmorvikar)
- Faglig kompetanse
- Nøkkelord
 - Tillit
 - Trygghet
 - Relasjoner
 - Bli forberedt

Deltakerne ble bedt om å identifisere de tre viktigste områdene innen kontinuitet og hvordan kontinuiteten best kan ivaretas.

De vil ha en sammenheng fra første kontroll i svangerskapet til 6 ukers kontroll etter fødselen, slik som på mykenheter, helst samme person, i hvert fall et lite team.

Bedre og mer barselomsorg tilgjengelig på sykehuset og daglig i hjemmet. (Nederlandsk modell.) (Husmorvikar)

Kompetansen hos helsepersonell om barseltida må være høy.

Nøkkelord

Tillit

Trygghet

Relasjoner

Bli forberedt

Bedre barselomsg

- Basale behov: Mat, ro, ammeseng- og stol
- Familierom eller enerom. Far og besøkstid.
- Hjelp og info: amming og MME. Ikke press.
- Mer kunnskap om komplikasjoner etc.
- Bli tatt på alvor
- Styrke helsestasjoner, hjemmebesøk.
- Ettersamtale
- Rett til betalt perm for far
- Avlastning hjemme ved kolikk etc

Svært mange har negative opplevelser i tida etter fødselen. Dels er det helt basale behov de ikke får oppfylt, slik som mat tilgjengelig hele døgnet og ei seng brei nok til amming.

Mange har hatt vonde opplevelser med flermannsrom fordi de var i en helt annen situasjon enn kvinnene de delte rom med; fordi de andre stadig hadde besøk eller på annet vis forstyrra ro og søvn; fordi de var alene uten avlastning og visittida var for kort til at far kunne hjelpe og støtte; fordi de var redde for å forstyrre.

Hjelp og informasjon om både amming og alternativer etterlyses. Mange sliter med ammingen og ikke alle får kvalifisert hjelp. En del føler et sterkt ammepress, og at det er vanskelig å få god informasjon om MME og flaskemating.

Enkelte har opplevde at barselavdelingen og helsestasjonen ikke har tilstrekkelig kunnskap om mulige komplikasjoner for seg sjøl eller barnet etter fødselen. Dermed får de ingen behandling, eller får feilbehandling. Brukernes opplevelser og observasjoner må bli tatt på alvor!

Hvor fornøyde brukerne er med helsestasjonene varierer sterkt, men for mange forteller om manglende ressurser og evner til god oppfølging, og at de ikke fikk hjemmebesøk sjøl da de ba om det.

En ettersamtale med fødselsjordmor, gjerne også etter noen uker når hormonene har roet seg og det nye livet har falt mer på plass, er viktig for flere.

Mange har følt behov for avlastning hjemme, særlig med kolikkbarn. De ønsker seg hjemmebesøk av helsearbeider, en husmorvikar eller at alle fedre får betalt permisjon etter fødselen. Foreldre forteller at det er vanskelig å komme inn i gode likestillingsvaner når far blir utestengt fra barsel og heller ikke kan være hjemme de første ukene.

Pasientsikkerhet og kvalitetssikring

- Kontinuitet
 - Personal
 - Tilbud hele døgnet, hele året
 - Nok fødeplasser 24/7/52, ikke føde alene
 - Ikke feriestenging
- Respekt (kommunikasjon) og å bli tatt på alvor, brukermedvirkning
 - Kvinnens vs legens obs. av symptomer

Utfordringen lød: Hvordan kan pasientsikkerheten best ivaretas i alle tre fasene? Utvikle to enkelt tiltak innenfor hver fase. Hvilke utfordringer finnes på de enkelte stedene; fødestuer, små avdelinger og store avdelinger?

Deltakerne fant ut at det er de samme tiltakene som trengs i alle tre fasene:

Kontinuitet i form av færrest mulig folk å forholde seg til (utfordring på store avdelinger) og i form av et verdig tilbud hele døgnet, hele året. I tett befolkede områder er utfordringen å ha nok fødeplasser slik at kvinnene slipper å føde aleine på samleband. I mindre byer og tettsteder er feriestenging et problem. Kvinnene skal ha et trygt tilbud, også om de har termin i fellesferien!

Brukerne vil bli møtt med respekt og å bli tatt på alvor. Brukermedvirkning og god kommunikasjon er viktig! For eksempel klager brukere over leger som ikke lytter og undersøker, og som dermed feilbehandler. Kontinuitet minsker faren for «misforståelser» og lignende.

Pasientsikkerhet og kvalitetssikring

- Systematikk
- Forskning
- Systematikk
- Rutiner
 - Tydelige rutiner som også vikarer kjenner til
 - Kompetanseheving
 - Konsekvens

Det er behov for mer forskning og et mer systematisk arbeid. Hvorfor er det ikke nasjonale standarder om for eksempel når fødsel skal settes i gang? For mye er overlatt til den enkelte overlege. Gode og tydelige rutiner som alle kjenner til – også vikarene, og som blir fulgt er helt nødvendig. Og når rutinene blir brutt må bruddene rapporteres, personalet må lære av feilene gjennom systematisk arbeid og i alvorlige tilfeller må bruddene få konsekvenser for de involverte. Ligger feilen på systemnivå (eks. for få folk på vakt i forhold til oppgavene) må dette få konsekvenser for ledelsen

Pasientsikkerhet og kvalitetssikring

- Fødetilbud i hele landet, tilpasse geografi
 - Desentraliserte tilbud
 - Styrke og bedre kompetanse framfor nedbygging og omstrukturering
 - Sikkerhet i transport?
- Flere kontroller, 2 UL. Jordmordekning.
 - Bedre forberedelse
 - Informasjon om psykiske og fysiske probl.

Det må være et fødetilbud som tar hensyn til ulikhetene i vårt langstrakte land.

Hvis politikerne virkelig vil at folk skal bo utenfor de store byene må vi ha et desentraliserte tilbud.

I stedet for å legge ned og omstrukturere, må kompetansen styrkes og en bedre rekrutteringsjobb gjøres. Hva slags signaler sendes til den unge Telemarkinger når Rjukan fødestue legges ned? Hvem vil bo et sted der fødetilbudet og dermed også svangerskapsomsorgen og kontinuiteten raseres?

Med lange avstander mellom hjemmet og fødestedet må man også arbeide mer med sikkerhet under transport. Hvilket tilbud er nødvendig og hvem har ansvaret når noe går galt?

Mange brukere vil ha flere svangerskapskontroller som standard og helst to UL, fordi de vil ha nødvendig informasjon tidlig, og fordi de er redde og vil øke sjansen for at evt. sykdom og skade blir oppdaget. Mange forteller også at det er fullt hos jordmor eller at hun er for lite tilgjengelige. Jordmordekninga må bli bedre, både i kommunene og på sykehusene!

Foreldrene ønsker at svangerskapsomsorgen skal forberede dem på fødselen og barseltida, og blant annet gi mer informasjon om mulige fysiske og psykiske problemer slik at de kan være obs på symptomer og få hjelp til å ta tak i problemene tidlig. Pasientsikkerhet må også gjelde brukernes psykiske helse.

Informasjon

- Stort informasjonsbehov – hvem dekker behovet?
 - Nettsteder for foreldre – ressurs eller "skremselspropaganda"?
- Helsevesenet og fagpersoner må ta innover seg at folk har et stort informasjonsbehov, og dekke dette!

Det blir sagt at det går en hårfin grense mellom tilstrekkelig informasjon til å trygge, og for mye informasjon som skaper utrygghet. Dagens brukere av helsevesenet har mange kilder for å innhente informasjon. Foreldrenettsteder er hyppig brukt, og tilbyr kvalitetssikret informasjon i ulik grad, og lekfolk-erfaringer i rikt monn. For mye informasjon innhentet fra feil kilde kan skape utrygghet. Desto viktigere at helsevesen og fagfolk tar folks informasjonshunger på alvor og tilbyr den informasjonen som etterspørres, på en måte som kan trygge og gjøre brukerne i stand til å mestre.

Rett til informasjon og medvirkning

Pasientrettighetsloven:

- **§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning**

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (

- **§ 3-2. Pasientens rett til informasjon**

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Det er et paradoks for oss at det stadig oppgis at informasjonen er for dårlig og at kvinnen ikke blir hørt og ikke får være med i beslutninger om egen og barnets helse. Det er ikke bare et behov for informasjon og medvirkning som kvinnen har, det er en lovpålagt rettighet. Å få informasjon om egen helse og mulige behandlingsmetoder er ikke et urimelig krav.

Lysbilde 26

Oppsummering

- Trygghet
 - Faglig, og i forhold til egen kropp
- Omsorg
 - Å bli sett og møtt, og få hjelp når man trenger det
- Respekt
 - Å bli tatt på alvor og få medvirke
- Kontinuitet
 - Gir trygghet og forutsigbarhet
- Evaluering?

Ingen utfyllende kommentarer J

Trenger både kvantitative og kvalitative undersøkelser jfr. Jordmorstudentene

Bruk rapporten fra Legkvinnekonferansen og vår konferanse!