

Liv lagas kommentarer til
Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009)
«En gledelig begivenhet»



Dette høringssvaret er sendt Helse- og omsorgskomiteen tirsdag 24. mars 2009.

Vi har forsøkt å ta med så mange momenter som mulig, men har ikke kunnet svare utfyllende på alle punkter. Ta gjerne kontakt om det er nødvendig med klargjøring eller lignende! Se også våre andre høringssvar på: <http://liv-laga.no/index.php/arbeid/horinger>

Deler av uttalelsen er skrevet i samarbeid med Ammehjelpen.

Tekst markert slik er sitater fra Stortingsmeldingen.

NB! Tallene på overskriftene samsvarer ikke med tallene i meldingen.

1	KAPITTEL 1: REGJERINGENS MÅL	1
1.1	Mye er bra!.....	1
1.2	Faremomenter og mangler	1
2	KAPITTEL 2: FAKTA OM FRUKTBARHET OG FØDSLER.....	2
2.1	Mangler i del om fruktbarhet	2
2.1.1	Fødselsboom hvert 30. år	2
2.1.2	Abort og sen «debut»	2
2.1.3	Hvem er innvandrerbefolkningen?.....	3
2.2	Apropos til resterende deler av kapitlet	3
3	KAPITTEL 3: GRAVIDES OG FØDENDES SÆRLIGE PASIENTRETTIGHETER .	3
3.1	Fritt sykehusvalg	3
3.2	Keisersnitt	4
3.3	Mangler i dette kapitlet	4
4	KAPITTEL 4: EN HELHETLIG SVANGERSKAPSOMSORG	5
4.1	Dagens organisering av svangerskapsomsorgen.....	6
4.1.1	Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver.....	6
4.1.2	Særskilt om jordmortjenesten	7
4.1.3	Fastlegens rolle i svangerskapsomsorgen	8
4.2	Konklusjon	9
4.2.1	Modell 1: Jordmødre i kommunene	9
4.2.2	Modell 2: Jordmødre i helseforetakene	10
4.2.3	Konklusjon.....	12
4.3	Prioritering av grupper med særlige behov	12
4.4	Svangerskapsomsorg til kvinner med innvandrerbakgrunn.....	13
4.4.1	Tolk.....	14
4.5	Fødsels- og foreldreforbereende kurs/temakvelder.....	14
5	KAPITTEL 5: FØLGETJENESTE TIL FØDESTED FOR GRAVIDE	15
6	KAPITTEL 6: ET TRYGT FØDETILBUD	16
6.1	Antall fødsler.....	16
6.1.1	Fødestuer.....	17
6.1.2	Forsterkede fødestuer.....	17
6.1.3	Fødeavdelinger.....	17
6.1.4	Kvinneklinikker	18
6.1.5	Hjemmefødsler.....	18
6.2	Omstillingsprosesser	19
6.3	Rekruttering av fagpersonell.....	19
6.3.1	Gynekologer.....	19
6.3.2	Jordmødre	19
6.3.3	Barnepleiere o.l. yrker.....	20
6.4	Feriestenging	20
6.5	Plan for fødetilbudet i regionen	20
6.6	Nivåinndeling.....	21
6.7	Nettverk.....	21

7	KAPITTEL 7: EN FAMILIEVENNLIG BARSELOMSORG	21
7.1	Innledning	21
7.2	Utviklingstrekk i barselomsorgen	21
7.3	Ansvar for barselomsorgen	23
7.4	Et familievennlig barseltilbud i en sammenhengende modell	23
7.5	Melding om fødsel til kommunehelsetjenesten	24
8	KAPITTEL 8: KVALITET I ALLE LEDD	24
8.1	Kvalitetssikring	24
8.1.1	Keisersnitt	25
8.1.2	Mulige indikatorer.....	25
8.2	Retningslinjer	27
8.2.1	Svangerskapsomsorgen.....	27
8.2.2	Fødselsomsorgen.....	27
8.2.3	Barselomsorgen.....	27
8.2.4	Utarbeidelse	28
8.3	Finansieringsmodell	28
8.3.1	ISF, DRG og kodeverk.....	28
8.3.2	Helseforetak	29
8.3.3	Sammenheng ressursbruk og DRG	29
8.3.4	Illustrasjoner	30
8.3.5	Forslag: Kode knyttet opp til tidsbruk.....	30
9	KAPITTEL 9: ET BREDT BRUKERPERSPEKTIV	31
9.1	Brukermedvirkning	31
9.2	Brukererfaringsundersøkelser	31
9.3	Informasjon	32
10	KAPITTEL 10: ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER.....	32
11	VEDLEGG: INNLEGGET HOLDT PÅ HØRINGSMØTET 18. MARS 2009	33
12	VEDLEGG: BREV FRA EN BRUKER TIL EI LOKAL JORDMOR ETTER SOMMERSTENGINGEN I 2008.....	34

1 Kapittel 1: Regjeringens mål

1.1 Mye er bra!

Vi er glade for at regjeringen i denne meldingen setter tydelige mål. Vi finner dog formuleringen litt underlig og foreslår at komiteen omskriver dette til f.eks.: *Målet er at gravide, fødende og familien, ved hjelp av en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, skal oppleve familieførøkelsen som en gledelig begivenhet.*

Vi ser spesielt godt fornøyd med at¹:

- Regjeringen legger vekt på sterk brukermedvirkning. Brukere må involveres nasjonalt, regionalt og lokalt for at helsetjenesten skal utvikles optimalt.
- Det skal skapes helhetlige pasientforløp, kontinuitet er viktig!
- Regjeringens generelle mål for helsepolitikken er å prioritere de gruppene som trenger det mest (...) en god svangerskapsomsorg kan medvirke til å redusere sosiale ulikheter i helse. En god svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg kan forebygge sosiale, psykiske og fysiske problemer.
- Grupper med særlige behov, herunder kvinner med innvandrerbakgrunn, skal prioriteres. Dette er veldig viktig, og vi håper at bl.a. vårt doulaprosjekt² kan bidra til bedre tjenester for disse kvinnene.
- Regionale helseforetak og kommuner har ansvar for helheten. Dette omfatter både et helsetilbud av høy faglig kvalitet, en helhetlig og trygg svangerskaps- og fødselsopplevelse og en familievennlig barselomsorg. Helhetlig ansvar og organisering skal ivareta kapasitet, kvalitet, kontinuitet, trygghet og samlet ressursutnyttelse. Vi er veldig glade for at regjeringen mener at en familieførøkelse handler om mer enn at mor og barn skal overleve. Å gi familien en trygg opplevelse er en verdi i seg selv, og også viktig ved at det forebygger problemer og øker sjansen for at familien vil ha flere barn. Vi har sett flere eksempler på at regionale helseforetak og kommuner ikke har tatt ansvar for bl.a. god nok kapasitet. Derfor er det bra at regjeringen understreker disses ansvar her.
- Intensjonen i denne stortingsmeldingen er å oppnå bedre helhet i tjenesten. En god intensjon, vil tiltakene skissert virke slik?

1.2 Faremomenter og mangler

Regjering ønsker bedre utnyttelse av ressurser og personell. God utnyttelse er bra, men vi er redde for at formuleringen vil bli brukt til innsparinger som gir et dårligere tilbud. Vi vil ikke at «bedre utnyttelse» brukes som et argument for f.eks. å skjære ned på antall stillinger steder hvor jordmødrene allerede strekker strikken for langt. Eller at gode tilbud som sørger for en god start på familieførøkelsen slik som Storken på Haukeland og Fødeloftet i Stavanger, blir nedlagt fordi tilbudene er «for dyre». Da er perspektivet for kort! Gode tilbud som inkluderer partner er en samfunnsøkonomisk investering. Se også 8.3 Finansieringsmodell.

I avsnitt 1.5 Avgrensning skriver regjeringen: Temaer som for eksempel innføring av nye undersøkelser av fosteret, spørsmål av medisinsk-faglig karakter som for eksempel indikasjon for ultralydkontroller, forløsning med keisersnitt, håndtering av overtidige svangerskap,

¹ Sitatene under er hentet fra side 7 og 8 i meldingen.

² <http://liv-laga.no/index.php/arbeid/prosjekter>

problemstillinger knyttet til svangerskapsavbrudd og regelverket for svangerskapspermisjon, faller utenfor rammen av meldingen. Vi mener at disse eksemplene viser tydelig behovet for nasjonale retningslinjer og at regjeringen i meldingen burde utdypet dette mer, her eller i avsnitt 6.11. Meldingen kunne beskrevet behovet og hvordan det vil bli møtt: ved at direktoratet skal utarbeide forskningsbaserte retningslinjer (med utgangspunkt i norsk praksis og andre lands retningslinjer), og at direktoratet til dette arbeidet vil få (et visst) antall prosjektstillinger.

2 Kapittel 2: Fakta om fruktbarhet og fødsler

2.1 Mangler i del om fruktbarhet

2.1.1 Fødselsboom hvert 30. år

Vi vil gjerne påpeke at det i følge SSB³ ikke bare var en fødselsboom rett etter andre verdenskrig. Fødselsboomen kommer ca hver 30. år, og det har den gjort siden før krigen. Fødselsboomen på midten av 2000-tallet burde derfor ikke ha kommet som en overraskelse, særlig fordi boomen ble forsterket av oppgangstider og gode velferdsordninger som lange permisjoner. Vi er svært skuffet over at ikke de regionale helseforetakene og kommunene forutså dette, og la opp tilbudet deretter. Med tilflytningen til storbyene burde i hvert fall Helse Øst oppgradert tilbudet sitt. Foretaket hadde fått varsel fra SSB om sannsynlig økte fødselstall.

2.1.2 Abort og sen «debut»

Vi synes aborttallene er sjokkerende høye. Vi mener meldingen burde tatt for seg abort, både noe om forebygging av uønskede svangerskap og ikke minst abortveiledning som en del av svangerskapsomsorgen. Abortveiledning må være et offentlig tilbud. Slik det fungerer i dag har det offentlige et tilbud først når avgjørelsen om svangerskapsavbrudd eller gjennomføring av svangerskapet er tatt. For sjelden gir helsevesenet god hjelp, råd og støtte i prosessen frem mot en avgjørelse. Kvinnen har rett til slik hjelp, jfr. lovens⁴ og forskriftens § 2⁵. Vi etterlyser mer problematisering i forskriften, for eksempel psykiske og sosiale konsekvenser av det å få barn og det å avbryte et svangerskap, ikke bare de somatiske-medisinske virkningene. Helsepersonell bør også forsikre seg om at et svangerskapsavbrudd er kvinnens frie og egne valg, at det ikke er noen andre, det være seg barnefar, egne foreldre, venner e.a. som presser henne til det. Meldingen burde oppsummert forskning på området, evt. tatt initiativ til undersøkelser som finner ut hvorfor kvinnene tok abort og hvilken hjelp de fikk i avgjørelsen.

«Fødselsdebuten» kommer stadig senere, fruktbarheten synker med alderen og stadige flere trenger assistert befruktning. Dette må sees i sammenheng med de høye aborttallene for kvinner i 20-årene. Er velferdsordningene for unge foreldre gode nok, det være seg studenter, arbeidsledige, lavtlønnede, enslige mødre eller par? Er samfunnets, Nav-ansattes og helsepersonells holdninger til unge foreldre for negative? Hvordan kan kvinner stimuleres til å få barn når de er mest fruktbare og ikke vente til fruktbarheten har sunket? Meldingen burde også belyst hvilke helsemessige

³ Samtale med Helge Brunborg, forsker, Demografi og levekår

⁴ Lov om svangerskapsavbrudd, <http://www.lovdatab.no/all/hl-19750613-050.html>

⁵ Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften), <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20010615-0635-001.html#2>

konsekvenser assistert befruktning har for mor og barn, både når det gjelder svangerskap og fødsel, og på lang sikt.

Alle kvinner som er 38 år eller eldre tilbys fostervanns- eller morkakeprøve med tanke på Downs syndrom. Slik vi har forstått det tas prøvene for å undersøke om det foreligger kromosomfeil eller visse stoffskiftesykdommer hos fosteret. Tilbudet gjelder m.a.o. ikke bare Downs syndrom.

2.1.3 Hvem er innvandrerbefolkningen?

Vi savner også en definisjon av «innvandrerbefolkningen». Favner definisjonen alle, for mange eller for få av dem som vil trenge særskilt oppfølging? Det er positivt at regjeringen ser at det er viktig å gjøre en ekstra innsats for disse som kanskje har sitt første møte med helsevesenet ved et svangerskap, men det er nødvendig med mer kunnskap om hvem de er og hvilke utfordringer ulike grupper har. Se også våre kommentarer under «Svangerskapsomsorg til kvinner med innvandrerbakgrunn»

2.2 Apropos til resterende deler av kapittelet

Dødeligheten øker litt hvis svangerskapet går over tiden, til uke 43 og 44. Det er uenighet blant sykehus og fagmiljø om når det er riktig å sette i gang en fødsel. Hvor mange dager på overtid kan kvinnen gå før man bør/må starte fødselen? Når er hun på overtid? Et fullgått svangerskap er 40 uker. Det er også viktig å få en avklaring mht termin dato. En del kvinner opplever et stort sprik på når de selv mener terminen er (i fht sist menstruasjon eller mulig befruktningsdato) og ultralydtermin. Rett termin er særskilt viktig ved overtid jfr doktoravhandlingen til Jakob Nakling omtalt i Legetidsskriftet 21/2006⁶

Ifølge Statistisk sentralbyrås siste befolkningsframskriving vil folketallet synke i mellom 137 og 255 kommuner fram til 2020, avhengig av utviklingen i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og nettoinnvandring. SSB operer med ulike framskrivinger basert på bl.a. innvandring, levealder, fruktbarhet og flyttinger, men nasjonal vekst er også en viktig variabel.⁷

3 Kapittel 3: Gravides og fødendes særlige pasientrettigheter

3.1 Fritt sykehusvalg

Retten til fritt sykehusvalg gjelder også for fødende. (...) Dette innebærer at helseforetak ikke kan prioritere kvinner innen eget opptaksområde. Vi er i tvil om fritt sykehusvalg er til brukernes beste jevnt over. Hvis helseforetakene hadde anledning til å prioritere kvinner i eget opptaksområde, ville de bedre kunne planlegge kapasiteten. Samtidig ville flest mulig få kortest mulig vei til sykehuset.

På den annen side er det mange som foretrekker ett bestemt sykehus, f.eks. fordi de tidligere har hatt en traumatisk opplevelse ved sitt lokale sykehus. Det finnes også en del «fødeflyktninger», dvs. gravide som flytter til familie eller venner ved termin fordi deres lokale sykehus er feriestengt m.m. Alle disse kvinnene må også ivaretas.

Hvis foretakene ikke får prioritere lokale kvinner må kapasiteten være stor nok til å at flest mulig kvinner får plass ved sitt lokale sykehus. Kapasiteten må beregnes ut fra fødselstoppene. Hvis foretaket krever fullt belegg (at alle senger er i bruk) på de rolige dagene, vil det nødvendigvis bety

⁶ http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1445366

⁷ <http://statbank.ssb.no/statistikbanken/>

at kvinner enten må føde i gangen/ kontorer/ mottakelsesrom, at fødsler blir framskyndet pga kø eller at kvinner i fødsel blir avvist. Hvilken praksis skal gjelde da?

Det er nødvendig med god informasjon om hvordan og hvem som søker fødeplass, og når dette bør skje. Kan brukeren selv gjøre dette, eller må lege eller jordmor henvise? Kanskje bør det settes en nedre grense, f.eks at fødeplass ikke kan søkes før etter uke 12 i svangerskapet og da blir lokale kvinner prioritert først. Søknadsskjema og oversikt over tilbudet bør ligge lett tilgjengelig på Internett og i trykt form.

Primærhelsetjenesten bør bidra til formidling av informasjon om fødetilbudet og pasientenes rettigheter. I denne setningen må «bør» endres til «skal». Gravide kvinner *må* få informasjon om at kontroller kan foretas hos jordmor, også den første. De må få kvalifisert veiledning i valg av fødested, hva som er fordeler og ulemper ved de ulike tilbudene. Jordmor og fastlege må ha et klart ansvar for å opplyse den gravide om hennes rettigheter, og om det tilbud som er tilgjengelig. Hvis ikke blir det svært tilfeldig ut fra lege og jordmors egne ståsted hva de velger å informere om. Dette er særlig viktig ved hjemmefødsel og «mykenhet» (alternativ fødeenhet som Storken, Fødeloftet, Føderiket og Ullevål ABC). Mange, særlig fastleger, kjenner ikke tilbudet godt nok, og gir ingen eller feil informasjon. God informasjon om alternative tilbud kan avhjelpe presset noe på de fødeavdelingene med størst søkning.

3.2 Keisersnitt

En fødsel med keisersnitt, inklusive operasjonskostnad og ca 6 dagers liggetid i 2008 koster ca 55 000 kroner. En vanlig sykehusfødsel uten operasjonskostnad og med en liggetid på ca fire dager, koster ca 22 000 kroner. Her etterlyser vi flere tall for å kunne sammenligne. Hvor mye koster en fødsel og et barselopphold på ei lokal fødestue, ved en mykenhet og ved hjemmefødsel? Er dette de reelle kostnadene eller de summene som utløses i DRG?

Vi vil også gjøre komiteen oppmerksom på at liggetiden er svært redusert. Det er ikke uvanlig at kvinner skrives ut 4 døgn etter keisersnitt og 2 døgn etter vaginal fødsel. Vi antar derfor at kostnadene er lavere enn skissert over.

Det brukes en del ressurser på å få kvinner som uten medisinsk indikasjon ønsker keisersnitt, til å føde vaginalt. Mykenheter som tilbyr svangerskapsomsorg, og som i større grad oppnår kontinuitet kunne kanskje utnyttes i større grad i dette arbeidet? Disse vil passe for mange kvinner som har et problematisk forhold til fødsel. Det er viktig å finne ut *hvorfor* kvinnen ønsker keisersnitt og *hva* som kan gjøres for at hun skal oppleve vaginal fødsel som trygt. Vi vil understreke at svært mange av kvinnene som ønsker keisersnitt har født før. Å sørge for gode fødselsopplevelser vil kunne forebygge ønsket om keisersnitt ved senere fødsler.

I tilfeller hvor spørsmålet om keisersnitt aktualiseres, skal derfor helsepersonellet gi informasjon om hva keisersnitt innebærer, risiko og andre forhold som kan ha betydning for den faglige forsvarlighetsvurderingen. Vi vil understreke behovet for at informasjonen blir forstått av brukeren. For noen vil det være best med muntlig informasjon, for andre er skriftlig informasjon best, for de fleste vil en kombinasjon være nødvendig for å sikre at de får tilstrekkelig, forståelig informasjon. Muntlig gruppeinformasjon kan supplere, men ikke erstatte, individuell veiledning.

3.3 Mangler i dette kapittelet

Vi mener at det i loven må understrekes at kvinnen i svangerskapet, under fødselen og i den første barseltiden har krav på en jordmor. Det vil si at hun skal ha mulighet til å velge jordmor til alle svangerskapskontrollene, så sant det ikke er medisinske grunner som taler mot dette. Hun har rett til jordmor eller annen kvalifisert fødselshjelper til stede når hun trenger det under fødselen, både

underveis ved lang transport og på sykehuset når hun er i aktiv fødsel. Kapasiteten på sykehuset må være god nok til at kvinner ikke blir forlatt uten kvalifisert fødselshjelper.

På høringen onsdag 18. mars fikk vi spørsmål om kostnaden ved full jordmordekning og om dette var reelt mulig, om det finnes mange nok jordmødre i Norge til å dekke behovet. Liv laga, som liten, fersk og frivillig basert organisasjon, har hverken midler eller mulighet til å lage en slik kostnadsberegning. Vi vil imidlertid understreke at problemstillingen slik vi ser det dreier seg om et behov som må dekkes, ikke en sak samfunnet kan velge bort. Vi minner om forskningen som meldingen selv refererer, som tyder på at svangerskapsomsorg hos jordmor kan hindre dødsfall.⁸

Når det gjelder antall jordmødre i Norge opplyste Lena Henriksen i et notat til Nasjonalt råd for fødselsomsorg følgende:

I Norge er det ca 4000 autoriserte jordmødre. Ca 1700 jobber i helseforetakene. Av de 4000 er det ca 1000 som ikke jobber som jordmor.

Det er m.a.o. en god del jordmødre som kanskje kan rekrutteres tilbake til perinatal omsorg. Med mer gunstig utdanning, lønn og arbeidsforhold, vil vi tro en del flere vil ønske seg inn i yrket.

Vi ber også komiteen om å understreke kvinnenes rett til informasjon, veiledning og medbestemmelse, også i andre situasjoner enn keisersnitt, som f.eks. igangsettelse av fødsel, smertelindring, framskynding av fødsel etc.

4 Kapittel 4: En helhetlig svangerskapsomsorg

Viktige oppgaver i svangerskapsomsorgen er i tillegg til den medisinske undersøkelsen å informere om normale fysiologiske forandringer og forberede til fødsel, amming og foreldrerollen. Det er helt essensielt at ikke bare mor, men også hennes evt. partner får denne informasjonen og blir forberedt. Mor kan trenge støtte av sine nærmeste før, under og etter fødselen, og da er det essensielt at partner vet hva som foregår og hvordan han/hun best kan takle situasjonene. Ved å øke sjansene for avklarte forventninger og god kommunikasjon mellom foreldrene, kan svangerskapsomsorgen virke forebyggende på samlivsbrudd.

Kontinuitet er meget viktig og vi er svært glade for at regjeringen tar tak i forhold som hindrer kontinuitet. Det absolutt en fordel å møte så få fagpersoner som mulig. Men for enkelte kvinner gjør sykdom og andre forhold at de *må* eller *ønsker* å, forholde seg til flere fagpersoner. I tillegg kommer at kvinner kan velge om de vil gå til jordmor, fastlege, helsestasjonslege eller gynekolog for svangerskapskontroll, uten at disse tjenestene alltid er godt koordinert. Når kvinnene har en valgfrihet mellom aktører som ikke samarbeider opplever hun ikke kontinuitet. Det må være mulig å få til koordinering av aktører for å gi mulighet for tverrfaglig oppfølging og kontinuitet.

Om det skal være mulig å endre forholdene beskrevet under 4.2 Utviklingstrekk med konsekvenser for svangerskapsomsorgen må helsa i befolkningene generelt bedres, f.eks. ved tilrettelegging for fysisk aktivitet, og det bør legges bedre til rette for unge foreldre. For at flere skal velge å få barn (tidlig) i 20-årene, trengs både en generell holdningsendring⁹ i befolkningen og hos helsepersonell og NAV spesielt, samt at økonomiske betingelser legges bedre til rette.¹⁰

Svangerskapsforgiftning og svikt i morkakefunksjonen øker hennes risiko for hjerte-kar-sykdommer i framtida. Det er også forskning som tyder på svangerskapsforgiftning er arvelig.

⁸ Stortingsmeldingen side 24.

⁹ Jfr kronikk i Aftenposten: Det uønskede barnet: Jeg ble mor som 23-åring. Jeg har opplevd en forventning fra samfunnet om at det er noe jeg ikke skal trives med. At jeg er "ferdig med livet". <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article2041571.ece>

¹⁰ Se artikkel i Foreldre&Barn i nr 4 2009 om unge fedre.

Jenter som selv er født av et svangerskap med svangerskapsforgiftning er selv mer utsatt for å utvikle dette i egne svangerskap. Altså har mors helse direkte konsekvens for reproduktiv helse i neste generasjon.¹¹

Det ble innført en standardisert pasientjournal med pedagogisk utforming. Vi forstår ikke hva som menes med pedagogisk utforming, er det Helsekortet det her er snakk om? Kortet er ikke særlig pedagogisk for legkvinner. Se for øvrig vår høringsuttalelse om elektronisk helsekort for gravide.¹²

I Norge har det historisk vært tradisjon for at allmennleger har stått for svangerskapsomsorgen, i motsetning til i Sverige, Danmark og Finland hvor omsorgen siden 1930-tallet har vært jordmødrenes oppgave. På slutten av 1970-tallet viste det seg at utviklingen i perinatal dødelighet (at barnet dør før, under og inntil 1 uke etter fødselen) hadde vært mindre gunstig i Norge enn i de andre nordiske land. Med dette som bakteppe finner vi det underlig at norske myndigheter i løpet av de siste 25 år ikke har styrket jordmødrenes rolle i svangerskapsomsorgen ytterligere. Den kommunale jordmortjenesten ble lovfestet med virkning fra 1. januar 1995 for «å sikre nødvendig faglig nivå på svangerskapskontrollen». Så lenge kapasiteten ikke også blir lovfestet, vil det neppe komme mange nok stillinger i den kommunale jordmortjenesten (forutsatt at kommunene fortsatt skal ha ansvaret). Det må være et samsvar mellom behov og antall stillinger. Slik loven er skrevet i dag, hadde f.eks. Oslo oppfylt loven med kun én jordmorstilling – selv om én på langt nær er nok til å dekke behovet.

I forbindelse med en Legkvinnekonferanse arrangert av Statens helsetilsyn i 1999, etterlyste brukerne kontinuitet i relasjonen til helsepersonellet og en opplevelse av helhet i svangerskaps-, fødsels- og barseltjenestene. Vi vil gjøre komiteen oppmerksomme på at dette ønsket ble gjentatt på brukerkonferansen Liv laga arrangerte i mai 2008. Rapporten fra denne konferansen ligger på våre nettsider.¹³

4.1 Dagens organisering av svangerskapsomsorgen

4.1.1 Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver

Kommunen er ansvarlig for å sørge for jordmortjeneste, jf kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Vi ber komiteen sørge for at det i lov og forskrift blir presisert at tjenesten skal ha god nok kapasitet til å dekke behovet i den enkelte kommune.

Mange kvinner velger svangerskapsomsorg hos allmennlege/fastlege. Vi arbeider for at brukerne skal få ta *informerte* og *reelle* valg. Vi etterlyser spørreundersøkelser¹⁴ som finner ut om kvinnene går til lege fordi de virkelig ønsker det, eller fordi dette skyldes f.eks.:

- Kan ikke velge annet pga. lav jordmordekning/kun tilgang på dyre privatpraktiserende jordmødre.
- Mangel på informasjon om alternativene
- Et fastlagt løp fra kommunen
- Behov for rekvisisjon til fysioterapi, sykemeldinger etc

¹¹ http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1263510

¹² http://liv-laga.no/images/stories/horinger/horing_helsekort.pdf

¹³ <http://liv-laga.no/index.php/arbeid/arrangement/brukerkonferansen-2008>

¹⁴ Vi i Aksjon mot fødekaos har laget spørsmål til to undersøkelser, i regi av barnimagen.com og Foreldre&Barn/Gravid <http://www.altern.no/opprop/filer/gallup.doc>, <http://liv-laga.no/images/stories/gallup/fb-gallup.pdf> og <http://liv-laga.no/images/stories/gallup/gravid-gallup.pdf>

4.1.2 Særskilt om jordmortjenesten

Jordmødre har gjennom sin utdanning spesialkompetanse innenfor svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Vi mener at dette er en viktig anerkjennelse av jordmors kompetanse og faglighet. Vi er glade for at meldingen tydeliggjør jordmors rolle og vi håper at valgfriheten i framtiden virkelig blir reell.

Mange kommuner har små stillingsbrøker, og på grunn av lave fødselstall er det ikke grunnlag for større stillinger. (...) Mange kommuner bruker jordmødre til andre oppgaver, i pleie- og omsorgstjenesten, skolehelsetjenesten eller liknende. Dette kan føre til at den enkelte jordmor ikke får tilstrekkelig praksis til å vedlikeholde jordmorkompetanse over tid, men også at man binder opp knappe jordmorressurser til oppgaver som kan løses av annet personell i kommunen. At jordmødre ivaretar oppgaver utover ren svangerskaps- og fødselsomsorg kan løses med mer relevante oppgaver. Tilrettelegging av arbeidsplasser (for å forebygge sykefravær under svangerskap), takning av celleprøver, og prevensjonsveiledning og -tilpasning er også oppgaver som naturlig hører inn under en jordmors kompetanse. Fordi kvinnehelse er jordmors fagfelt vil slike oppgaver vedlikeholde og utvide hennes kompetanse, ikke ødelegge den.

De jordmødre som kan, bør i tillegg også få trening på forløsningsprosedyrer ved hospitering eller ansettelse ved fødeenheter. Noen jordmødre vil også kunne bidra i forebyggende helsearbeid i forhold til abort, veiledning om grensesetting, seksuelliv, samliv og prevensjon, undervisning om svangerskap og fødsel ved ungdomshelsestasjoner og i skolehelsetjeneste. Skolehelsetjenesten kan med fordel styrkes på dette området, reproduktiv helse bør være allmennkunnskap. Det å stifte familie er ikke kun for spesielt interesserte.

En del kommuner har allerede en ordning der jordmor har flere oppgaver enn svangerskapskontroll, bl.a. for å fylle opp stillingen slik at den blir stor nok til å være attraktiv. Hvis modell 2 velges, der jordmor er ansatt i helseforetaket, kan fortsatt stillingen inneholde mer enn omsorgen for gravide og fødende. Kommunen kan velge å kjøpe fri jordmor til flere tjenester av helseforetaket og dermed sørge for at jordmor er tilstede i kommunen og kan ta hastesaker oftere enn om hun bare har svangerskapskontrollene. Noen jordmødre kan av helsemessige grunner ikke jobbe med forløsning og da kan driftsavtale med kommunen være en god idé. To jordmødre kan dele ansvaret for en liten kommune og slik styrke stabiliteten. Muligvis vil en stilling som jordmor i svangerskapsomsorg og som del av forebyggende helsetjenester innen reproduktiv helse være mer attraktivt enn en jordmorsstilling med deltidsstilling i pleie- og omsorgstjenesten. Dette vil i så fall kunne bidra positivt ifht jordmorrekruttering til små kommuner. God tjenester for vordende foreldre og småbarnsforeldre er viktig for å få tilflytting til mindre kommuner.

Hver tiende kommune/bydel oppga at gravide som ønsket å gå til jordmor ikke fikk tilbud om dette. De viktigste grunnene var mangel på informasjon til de gravide og for lav jordmordekning. Dette er for dårlig, og viktig at det fokuseres på! Det må jobbes mot full jordmordekning, slik at valgfriheten blir reell.

Refusjonstakstene for jordmødrene dekker bare noen av oppgavene i svangerskapsomsorgen, men ikke f. eks. kurs og rådgivning. Vi utfordrer herved komiteen til å ta tak i dette systemet. Det er viktig at det finnes gode incitament for å drive forebyggende helsearbeid. Kanskje bør dette være under refusjonstaksten. Takstene bør også jevnes ut mellom lege og jordmor. Vi finner det underlig dersom 10 min svangerskapskontroll hos lege refunderes med mer enn 30 min kontroll, inklusiv veiledning, hos jordmor.¹⁵

¹⁵ <http://www.jordmorforeningen.no/tj/Tidsskrift-for-jordmoedre/Tema/2009/Valgfri-omsorg/Samme-tilbud-dobbelt-saa-dyrt>

Det bør vurderes om jordmor skal ha mulighet til å sykemelde og henvise til fysioterapeut ved svangerskapsrelaterte plager som bekkenløsning. Da vil man bl.a. forhindre «doble kontroller», se lenger ned.

4.1.3 Fastlegens rolle i svangerskapsomsorgen

I følge Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen kan gravide velge om de ønsker å gå til svangerskapskontroll hos allmennlege eller jordmor, eller en kombinasjon. Kvinnen skal i prinsippet kunne velge fritt om hun vil ha oppfølging hos fastlege, jordmor eller begge. Dette er ikke et reelt valg mange steder, enten fordi brukeren ikke får informasjon om muligheten og innholdet i tjenestene, fordi jordmordekningen er for lav eller legens holdninger står i veien. Enkelte fastleger legger press på brukerne om at minst annenhver kontroll skal være hos legen.

Det er stor variasjon på fastlegenes kompetanse og engasjement. Noen følger opp brukerne tett med en god svangerskapsomsorg. Andre er mindre oppdatert faglig, eller har lite engasjement for svangerskapsomsorgen, som er nødvendig for å yte gode tjenester.

Der hvor brukeren har hatt jevnlig kontakt med fastlegen, og følges opp i forhold til medisinske forhold, vil det være naturlig at en del av kontrollene gjøres hos fastlege. Ofte er det behov for sykemeldinger eller viderehenvisninger som kun legen kan skrive ut. Problemet oppstår når disse kontrollene blir til hinder for kontroller hos jordmor, fordi brukeren har fylt «kvoten» på 8 anbefalte kontroller. Korte besøk hos fastlege for å fornye sykemeldinger, eller for andre forhold som ikke har direkte sammenheng med svangerskapet, føres ofte som kontroller fordi man parallelt sjekker blodtrykk og fosterlyd. Vi mener det er viktig at det i disse tilfellene tas hensyn til at antall kontroller er veiledende og at det for mange vil være aktuelt med flere kontroller for å muliggjøre samtaler med flere faggrupper, herunder jordmor. Behov for oppfølging hos fastlege må ikke bli et hinder for konsultasjoner hos jordmor. De to faggruppene innehar kompetanse som utfyller hverandre, noe som også anerkjennes i meldingen. Da må det legges til rette for at man kan søke oppfølging hos begge grupper.

Allmennlegeforeningen argumenterer med at alle gravide må gå til dem på minst én kontroll (den første) bl.a. for at fastlegene skal ha nok kompetanse på svangerskap til å kunne behandle de syke gravide. De viser også til at de aller fleste går til legen ved første kontroll i dag. Vi mistenker at dette ikke er et informert valg, men at mange kvinner går til legen fordi de ikke vet at de kan gå til jordmor på første kontroll.

Som brukerorganisasjon ønsker vi selvfølgelig at allmennleger skal inneha nødvendig kompetanse både på normalsvangerskap og mulige svangerskapskomplikasjoner. Men vi stiller oss tvilende til om enkeltkontroller av mange gravide alene vil sikre en slik kompetanse. Allmennleger og jordmødre har komplementær kompetanse og begge har en rolle i svangerskapsomsorgen.

En fastlagt ordning hvor første kontroll skal foregå hos fastlege vil begrense kvinnens valgfrihet. For mange gravide gis det kun én kontroll før ordinær ultralydundersøkelse i uke 17-19, i tråd med nasjonale retningslinjer. Dersom første svangerskapskontroll er hos allmennlege, og andre svangerskapskontroll er ordinær ultralyd, vil mange gravide ikke møte jordmor før nærmere uke 24. Mange kvinner ønsker og trenger jordmorsamtale før dette. Jordmor har ofte bedre tid til konsultasjonen, og brukerne opplever at jordmor gir grundig informasjon om kosthold, livsstil, fødetilbud, helsetilbud og forventninger til svangerskapet.

I praksis velger mange kvinner (der det er en reell valgmulighet) å gå til kontroll både hos lege og jordmor før ordinær ultralyd. En slik «dobbeltkontroll» tidlig i svangerskapet mener vi kan sikre god informasjon og veiledning om sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak under svangerskapet, og gi en arena for samarbeide og oppgavefordelig mellom jordmor og fastlege.

Der hvor den gravide er frisk og ønsker videre oppfølging hos jordmor kan denne ivareta dette videre, med mulighet for kontakt med fastlege underveis. Der hvor den gravide ønsker oppfølging hos begge faggrupper kan det koordineres tidlig. Der hvor det er naturlig eller ønskelig at kvinnen fortsetter kontroller hos fastlegen er kontakt med jordmor etablert, og både fastlegen og kvinnen har mulighet til senere rekontakt. For mange er informasjonsbehovet størst i første trimester, og det oppleves derfor frustrerende at dette er et tidspunkt hvor svangerskapskontroller er nærmest fraværende. Selv om rutineultral lyd regnes som en svangerskapskontroll er dette en arena som i dagens løsning egner seg dårlig som informasjonsmøte fordi mange her møter personell de ikke vil møte senere (poliklinisk konsultasjon), samt at undersøkelsen er tidsavgrenset med ultralydundersøkelse som hovedfokus.

De ulike fastlegene har varierende engasjement for svangerskapskontroller. I områder med god legedekning vil det kanskje være hensiktsmessig at enkeltleger på et legesenter «spesialiserer» seg på kvinner i fruktbar alder og små barn, og tar hovedbyrden av slike konsultasjoner.

4.2 Konklusjon

Med unntak av et lite antall hjemmefødsler, finner alle fødsler sted på fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker som er en del av spesialisthelsetjenesten. Fødsler skjer også under transport, enten uten helsepersonell til stede, eller med personell fra kommune- og/eller spesialisthelsetjenesten.

En todelt forankring av jordmortjenesten slik vi har i dag, der jordmødre i kommunene driver svangerskapsomsorg og jordmødre i spesialisthelsetjenesten bistår ved fødsler, utnytter ikke jordmødrenes spesialkompetanse på hele svangerskaps-, fødsels- og barselforløpet. En organisering av jordmortjenesten som bedre ivaretar jordmors samlede kompetanse vil kunne bidra til bedre helhet og kontinuitet i tjenesten, noe som vil kunne føre til større trygghet hos brukerne. Større trygghet hos gravide og fødende har vist seg å ha innvirkning på både utfall og opplevelse. (...) Det finnes to alternativer for endret organisering av jordmortjenesten, enten at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse, eller at den kommunale jordmortjenesten forankres i helseforetak.

På høringen ble det etterlyst argumenter for de ulike modellene. Vi svarer med noen stikkord, men listene er ikke uttømmende.

4.2.1 Modell 1: Jordmødre i kommunene

Fordeler med modellen:

- Lokal felles ledelse for helsesøstre og jordmor
- Jordmors kompetanse på amming knyttes til helsestasjonens virksomhet
- Samarbeid mellom jordmor, helsesøster og fastleger er lettere ved felles fysisk plassering
- Mulighet for team-organisering, eks familiesentra med felles administrasjon
- Bor i kommunen, jobber i kommunen: lokalkunnskap og tilgjengelig for følgetjeneste og andre akutte saker
- Kan videreføre lokale gode løsninger der jordmor har mange oppgaver i kommunen eller der det er godt samarbeid på tvers av kommunene gjennom vertskommunemodellen e.l.

Forutsetning: Kapasiteten må lovfestes.

Ulemper:

- Små stillinger i små kommuner: lite attraktive, og jordmor må ha flere stillinger, eventuelt andre bierverv (ulempe mht overtid, pensjon, helgevakter osv.)
- Står ofte alene i egen faggruppe og har ingen å rådføre seg med, kun tverrfaglig fagmiljø
- Ustabilit, hvis jordmor er syk eller i permisjon, hvem tar over jobben hennes?

- Ingen kontinuitet ved fødselen
- Jordmor får ikke opprettholdt kompetansen på forløsning, med mindre hun selv velger en løsning med deltidsstilling ved helseforetak

4.2.2 Modell 2: Jordmødre i helseforetakene

Modellen er allerede i bruk en rekke steder, enten fullstendig eller ved at jordmødre er tilknyttet en fødeenhet, men ansatt i kommunen. De fleste mykenheter og fødestuer, og noen fødeavdelinger tilbyr svangerskapsomsorg ved fødeenheten, eller av ansatte ved fødeenheten på helsestasjoner i kommunene som sogner til enheten.¹⁶ Det bør være mulig å lære av disse slik at pilotprosjekter kanskje ikke er nødvendig.

Kontinuitet kan oppnås gjennom organisering i mindre grupper slik at brukeren kan, eller kommer til, å møte igjen samme jordmor fra svangerskapet under fødselen.¹⁷ Eks.:

- I store byer kan én avdeling/jordmorgruppe på f.eks. fem være ansvarlig for en eller flere bydeler (utfra fødselstallene der). Jordmødrene har svangerskapskontroller på omgang, eks. hver sin ukedag, og gravide får stort sett oppfølging fra samme jordmor gjennom hele svangerskapet. Fødselsforberedende kurs arrangeres i bydelene, der alle fem jordmødre presenteres for brukerne, samt helsesøstre som vil være ansvarlige for barna etter fødselen. Fysioterapeuter, allemennleger m.m. er også aktuelle på disse kursene.
- I små byer og tettsteder kan jordmødrene ha ansvar for hver sine kommuner, f.eks. sin bostedskommune og slik sikre følgetjeneste.

Fordeler med modellen:

- Kontinuitet for brukeren; :
 - At kvinnen kjenner jordmor og jordmor kjenner henne er en forutsetning for å kunne bygge opp den fortrolighet som kreves for å oppdage problemer tidlig. Dermed vil også sjansen øke for korrekt selektering.
 - Når jordmor kjenner kvinnen vil hun lettere forstå og respektere hennes valg og ønsker (den gravide sikres medbestemmelse), og kvinnen vil lettere stole på at jordmors beslutninger er til hennes og barnets beste.
 - Sensitive opplysninger som ikke kan stå på Helsekortet, men som fødselsjordmor bør vite (f.eks. om misbruk og overgrep), vil være kjent.

¹⁶ I Hammerfest har sykehuset i mange år leid ut jordmødre til svangerskapsomsorg i en del av kommunene som sogner til sykehuset. Dette er gjerne kommuner som ellers ville hatt en svært liten jordmorstilling pga. få gravide årlig.

I Tromsø leide sykehuset ut jordmødre til helsestasjonene. Etter et prosjekt ble jordmødrene i 2005 samlet i et eget Jordmorsenter, tilknyttet en forsterket helsestasjon. Ti jordmødre jobber med svangerskapsomsorg og på føden. <http://www.tromso.kommune.no/jordmorsenteret-offisielt-aapnet.121990.no.html> og prosjektbeskrivelse:

[http://www.google.no/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=4&url=http%3A%2F%2Fimg.custompublish.com%2Fgetfile.php%2F834164.1308.ssbxtsdudv%2FSvangerskapsorgen%2520-%2520et%2520samarbeidsprosjekt%2520mellom%2520Troms%25C3%25B8%2520kommune%2520og%2520UNN%2520\(Rapport%2520april%25202006\).doc%3Freturn%3Dwww.tromso.kommune.no&ei=enDHScTRBdCRsAb0sdzcCw&usq=AFQjCNEcl-DuAfF0zGmkHJm9bXifcOpM-A&sig2=6Tt6ympm0PN5QLSEB7h-uA](http://www.google.no/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=4&url=http%3A%2F%2Fimg.custompublish.com%2Fgetfile.php%2F834164.1308.ssbxtsdudv%2FSvangerskapsorgen%2520-%2520et%2520samarbeidsprosjekt%2520mellom%2520Troms%25C3%25B8%2520kommune%2520og%2520UNN%2520(Rapport%2520april%25202006).doc%3Freturn%3Dwww.tromso.kommune.no&ei=enDHScTRBdCRsAb0sdzcCw&usq=AFQjCNEcl-DuAfF0zGmkHJm9bXifcOpM-A&sig2=6Tt6ympm0PN5QLSEB7h-uA)

I Narvik leier sykehuset ut jordmødre ved føden til svangerskapsomsorg i Narvik, Ballangen og Lavangen. I Gratangen driver ei jordmor som er ansatt ved føden privat praksis.

¹⁷ Se prosjekt ved Aalborg Jordmodercenter der to jordmødre hadde ansvar for en gruppe gravide:

http://www.sundhed.dk/Images/alle/njademj/attachment_204B58A5-FE7F-4F26-B529-B1C169C5A079_0_ProjektbeskrivelseAalborg.pdf og

<http://www.jordmodernordjylland.rm.dk/NR/rdonlyres/EE7E122A-D2B9-4348-8C9F-D0F55972CC55/0/slutrapport.pdf>

- Jordmødre som får sjansen til å hjelpe kvinner de kjenner foretrekker dette, kjennskapet gjør det lettere å gjøre en god jobb.
- Natta er ofte travel på en fødeenhet. Med flere ansatt i helseforetaket er det flere til å dele på natte- og helgevakter, samtidig som de har verdifulle oppgaver på dagvaktene, oppgaver nok til at alle som ønsker det kan gå i fulltid. Det er også flere ansatte å spille på i perioder som krever økt bemanning (fødselstopper)
- Med flere ansatte vil det også være lettere å få feriekabaler til å gå opp.
- Den enkelte jordmor er en del av et større fagmiljø, det finnes noen å utveksle erfaringer med og spørre.
- Jordmødrene opprettholder hele sin kompetanse, og får bred og viktig erfaring ved å følge alle tre fasene. Bred erfaring med både svangerskap, fødsel og barsel, øker sannsynligvis sjansen for korrekt seleksjon og behandling.
- Stillingene blir store nok til å være attraktive.
- Kan ha egne team på ulike etniske grupper, evt. med tilknyttede doula/tolker¹⁸, samt for ulike sykdommer som diabetes etc.
- Brukerne har tilgang på en tjeneste døgnet rundt, ved at helseforetaket har ansvar for kvinnene før og etter innleggelse. Hvis de har spørsmål, er utrygge, trenger hjelp osv. er det lettere å oppnå kontakt med kjent personale, og unødvendig engstelse eller unødige kontakter med legevakt kan unngås.
- Systemet blir mindre sårbart for svangerskapsjordmors fravær ved ferier, sykdom og permisjon
- Etter vår erfaring er de første ukene etter fødselen de mest kritiske. Da er behovet for kontinuitet og god oppfølging ekstra stort og dermed er det en fordel om omsorgen er underlagt fødeenheten. Etter noen (en-seks) uker når kropp (og sjel) er (delvis) leget, samt amming og foreldrerollene forhåpentligvis etablert, kan omsorgen overføres i sin helhet til helsesøster og helsestasjonen. En eventuell forsinkelse av papirer og informasjon mellom fødeenhet og helsestasjon vil ikke få like store konsekvenser på dette tidspunktet som det kan få i dag, rett etter fødselen.
- Der hvor kontrollene foregår på sykehusene kan dette bidra til at brukere med sykehusangst i løpet av svangerskapet blir trygge på sykehuset

Forutsetninger:

- Kontrollene må foregå der kvinnene er, dvs. på helsestasjoner i kommunene, eller poliklinisk i tilknytning til fødeenheten der det er geografisk mulig.
- Gode lokale prosjekter og løsninger må opprettholdes. Det vil si at det må finnes rom for fleksibilitet. Der hvor modell 1 per i dag fungerer godt må det være mulig å videreføre denne. Vi ønsker løsninger som «tvinger» helseforetak og kommuner til å gi slipp på dårlige løsninger og finne nye, gode. Vi ønsker ikke løsninger som «tvinger» fram endringer i velfungerende løsninger. M.a.o. vil vi at modell 2 skal være normen, men at det skal være mulig å gjøre unntak.
- En slik landsomfattende reform bør sannsynligvis utredes på forhånd mtp. kostnader, lokale løsninger, gjennomføringshastighet m.v.
- Det må ikke bli dyrere for kommunene å kjøpe tjenester framfor å produsere dem selv.

Ulemper:

¹⁸ Liv laga ønsker å starte et prosjekt i Oslo for kvinner som ikke er etniske norske der de får tilbud om en doula som kan følge dem i *hele prosessen*, og som kan fungere som en språklig og kulturell tolk.

- Lang reisevei for jordmor
- Mister lokal forankring av jordmor i lokalsamfunnet
- Jordmor og helsesøster/fastlege mister noe av sin felles «hjemmebane»

4.2.3 Konklusjon

Vi tror modellen hvor jordmødre er organisert direkte under helseforetaket gir best kontinuitet for fødekvinnen. Det vil være en fordel om kvinnen kunne møte samme team av fagpersoner gjennom svangerskap, fødsel og barsel. Vi håper derfor at komiteen anbefaler denne løsningen, med de forutsetninger vi har skissert over.

Hvis den modell 1 velges bør kanskje kommunejordmødrene hospitere ved fødeenheter for å vedlikeholde kompetansen på forløsning.

Uavhengig av hvilken modell som velges, mener vi helseforetaket bør ha et faglig ansvar også i barseltiden. Slik det er nå står foretaket i prinsippet fritt til å kutte ned i poliklinisk tilbud og liggetid, og dermed overføre ansvar til primærhelsetjenesten uten at denne får ledsagende ressurser til å følge opp. Ammepoliklinikker legges ned, eller får begrenset åpningstid, og oppfølging hjemme forventes at skal skje via helsestasjon alene. Helsestasjonene må styrkes, samtidig som foretakene bør få et formelt ansvar de første ukene etter fødselen. Med jordmødre organisert og ansatt under helseforetaket bør disse ha mulighet til å følge opp også etter hjemreise, når det er behov for dette. På det tidspunkt hvor det er naturlig at helsesøster overtar ansvaret for mor og barn fra jordmor, bør overføring av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten skje.

For mange vil det være en fordel at 6-ukerskontrollen av mor ble tatt ved fødeenheten. Har hun spørsmål omkring fødselen kan hun da få svar på disse. Mange har behov for en «utreiseseamtale» lenge etter at de ble skrevet ut, når opplevelsene og tankene har blitt fordøyd. Kontrollen bør også handle om psykisk helse og sosiale forhold.

4.3 Prioritering av grupper med særlige behov

Vi er enige at de gruppene som trenger det mest skal prioriteres. En slik gruppe, som knapt nevnes i meldingen, er kvinner som har blitt misbrukt seksuelt og som derfor kan ha et anstrengt forhold til egen kropp og andre mennesker. For disse kvinnene kan kontinuitet bety alfa og omega.

Helsetjenesten har ansvar for å samarbeide med andre relevante tjenester, f. eks. barneverntjenesten, for å sikre at barna ivaretas på en god måte, og at de får den hjelpen de eventuelt har behov for på et så tidlig tidspunkt som mulig. Dette gjelder for eksempel gravide med psykiske problemer, rusmiddelavhengighet eller gravide i legemiddelassistert rehabilitering. Lite kontinuitet i omsorgen og kort liggetid på barsel bidrar til at brukere med behov for hjelp eller som ikke er i stand til å ta seg av sitt barn, ikke blir oppdaget.

Tidligere var det vanlig at kommunene hadde husmorvikarordning. I dag er det bare enkelte kommuner som organiserer praktisk og personlig bistand til gravide og nybakte mødre som en egen tjeneste. Behovet kan kanskje fylles av frivillige som kan organiseres av lokale foreninger, frivillighetssentral e.l. og/eller av at partner får (mer) permisjon rett etter fødselen. Aller helst ser vi i revitalisering av «husmorvikaren», f.eks. ved at barnepleiere (og nye yrker med tilsvarende kompetanse) får oppgaver i hjemmene. Stillingen kunne hete «familieassistent», og kanskje også benyttes ved behov også utover de første barselukene, f.eks. hvis en forelder blir innlagt på sykehus. Den nederlandske modellen bør inspirere til lignende ordninger i Norge.¹⁹

¹⁹ There is a logical explanation for the short post natal care in Dutch hospitals; kraamzorg. This is a maternity care assistant and the envy of many a woman outside of Holland. This type of maternity care is pretty much unique to The Netherlands. For at least a week after the birth professional help is on hand. During a home birth the maternity

4.4 Svangerskapsomsorg til kvinner med innvandrerbakgrunn

I delen om omsorg til kvinner med innvandrerbakgrunn savner vi en definisjon av innvandrer. Noen problemstillinger er knyttet opp til *etnisitet og/eller fødeland*, mennesker fra etniske grupper fjernt fra den norske. Dette vil da gjelde alle kvinner fra disse gruppene, enten de har innvandret eller er adoptert. Andre problemstillinger er knyttet opp til det å være *fremmed i landet*, ha et annet språk og en annen kultur. Dette vil gjelde innvandrere fra hele verden, også vestlige land. I tilfeller med lav grad av integrering kan det også gjelde andre og tredje generasjon etter den opprinnelige innvandreren.

Helsedirektoratet har utarbeidet informasjonshefter om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som er oversatt til engelsk, urdu og arabisk. Heftene bør være tilgjengelige på flere språk. Teksten bør være lettest, dvs. at man ikke bør ha høyere utdanning for å forstå den. I undersøkelser har det vist seg at «meningmann» forstår færre ord og uttrykk enn fagfolk tror.²⁰ I tillegg må myndighetene ta høyde for at langt fra alle kan lese og skrive i en slik grad at skriftlig informasjon alene er tilstrekkelig. Fødselsforberedende kurs på helsestasjonen, som er tilrettelagt for par med annen språklig/kulturell bakgrunn kan være et viktig supplement til skriftlig informasjon. Andre supplementer kan være doulaer, nettsider, film/tv/dvd, radio/cd, og temakvelder i organisasjoner og trossamfunn. En særlig utfordring finnes i form av informasjon om amming og ammingens fordeler vs morsmelkserstatning, da morsmelkserstatning i mange tilfeller er sterkt markedsført i en del andre land.

Vi vil understreke at tilgjengelig informasjonsmateriell på riktig språk ikke fritar den helseprofesjonelle fra sitt ansvar om å sikre at informasjonen er mottatt og forstått.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus fant, ved en kartlegging av svangerskapsomsorgen ved helsestasjonene i Oslo og Akershus i 2006/2007, at flere helsestasjoner opplevde at de hadde for liten tid til å følge opp flerkulturelle brukere. Hvordan er situasjonen ellers i landet, f.eks. i kommuner med asylmottak?

Såvidt Liv laga er kjent med har det vært diskutert muligheten for en «flerkulturell» helsestasjon i Oslo, med tverrfaglig personell med særlig fokus på oppfølging av fremmedkulturelle kvinner og familier. Dette har blitt avvist som et «segregerende» tiltak, som vil kunne virke stigmatiserende. Vi har forståelse for dette argumentet, men stiller spørsmål med hvordan ordningen fungerer i dag? Arbeider helsestasjonene aktivt for integrering, med f.eks. barselgrupper på tvers av kulturer? Hvis ikke frykter vi at det finnes helsestasjoner som verken har spesialkunnskap på ulike kulturer eller makter å integrere ulike innvandrerkvinner med hverandre og norske kvinner.

Det må vurderes om man i enkelte kommuner bør skape ressursentre med tilknyttet personell med særlig kompetanse på andre kulturers helseforståelse, kultur og språk, og andre etnisiteters helseprofil. Et ressursenter (f.eks med en doula-base tilknyttet seg) vil kunne fungere som tolkebase og ressursbase for helsestasjonene. Vi tenker oss at slike ressursentre kan ha som primæroppgave å drive opplæring av tolker og helsepersonell, samt drive forskning og fagutvikling relatert til kulturelle minoriteter og svangerskapsomsorg. Sentrene bør også kunne bistå helsestasjoner og direktoratet i utvikling av og utforming av informasjonsmateriell. Slike ressursentre vil sannsynligvis være aktuelt i flere byer med etnisk mangfold. I mindre sentrale

care assistant supports the midwife and after a hospital birth the maternity care assistant is on your doorstep within hours of leaving hospital. If your baby is born at night expect an overnight stay in hospital as the kraamzorg service is not available after hours. <http://www.expatica.com/nl/family/kids/Maternity-matters--What-to-expect-in-the-Netherlands.html?ppager=1>

²⁰ Vanskelige ord i nyhetene (VON) : en ordkunnskapsundersøkelse av Finn-Erik Vinje og Helge Østbye (red.) Referert på side 36 her: <http://www.nordisk-sprakrad.no/Komplett%20Klarspr%C3%A5k.pdf>

KVON : kvinners forståelse av vanskelige ord i nyhetene av Elisabeth H. Todal, Trine Vesterhus. Oppsummert her: <http://www2.hivolda.no/jpv/kvon.htm>

strøk med asylmottak og flyktningeboliger vil det også være nødvendig med kompetanse ifht å møte kvinner fra andre kulturer.

4.4.1 Tolk

Det er positivt at meldinga anerkjenner at det er behov for særlig oppfølging av kvinner i fødselsomsorgen der språk og kultur blir en barriere.

Regjeringen foreslår muligheten for telefontolk under fødsel. Det må utredes nærmere hvorvidt det er realistisk at en kvinne i fødsel skal snakke gjennom tolk per telefon. Liv laga tror at en ordning med doulaer, samt intern tolkebase ved helseforetaket vil kunne gi verdifull tolkehjelp. Et av de viktige aspektene her er nettopp at man trenger en omsorgsperson som forstår hva som sies. Det er stor forskjell på å føde med en fremmed tolk til stede som egentlig ikke ønsker å bli så involvert som man kanskje blir, og en utdannet doula som har et ønske om å være der for fødekvinnen både før, under og etter fødselen. Det er viktig å få kartlagt hvilke språkgrupper som har det største behovet, for så å rekruttere kvinner derfra til å bli doulaer.

På Ullevål sykehus (Oslo Universitetssykehus) har man nylig startet arbeidet for å etablere en intern tolkebase, hvor helsepersonell med flerspråklig bakgrunn kurses for å kunne fungere som tolker internt på sykehuset²¹. En slik tolkebase bør være særlig aktuelt å bruke i akutte situasjoner hvor tolkeoppdrag ikke kan planlegges (som ved fødsel), og løsningen bør være aktuell ved flere sykehus.

I de tilfeller hvor kvinnen ønsker en annen ledsager enn partner, eller i tillegg til partner, bør det være mulighet for å føre dette på helsekortet sammen med kontaktinformasjon, slik at riktig vedkommende kan kontaktes og få adgang. Er det mennesker i kvinnens nærhet som hun *ikke* ønsker at skal være med under fødselen bør det også stå på helsekortet.

For mange kvinner vil det være nødvendig at ledsager/tolk er en kvinne. Dette ivaretas av doula-ordningen, og bør også ivaretas så langt som mulig ved bruk av andre tolker.

Det må vurderes om doulaer og andre tolker skal få lønn for å være i vaktberedskap ved terminen til kvinner de har ansvar for, samt lønn underveis. Doula kan fungere både som en frivillig og en lønnet tjeneste.

4.5 Fødsels- og foreldreforberedende kurs/temakvelder

Nasjonalt råd for fødselsomsorg anbefaler at fødselsforberedende kurs bør være en del av svangerskapsomsorgen. Slike kurs er sannsynligvis gode arenaer for forebyggende helsearbeid, noe som kan gi mindre behov for ekstra oppfølging senere i svangerskapet og etter fødsel. Ammehjelpen foreslår at amming er et tema på disse kursene. Det viser seg at kvinnene er mest mottagelige for informasjon om amming i 2. trimester. Slike grupper kan også med fordel være tverrfaglige, med informasjon fra bl.a. helsesøster og fysioterapeut. Aktuelle tema er f.eks. barns utvikling, mors fysiske og psykiske helse under og etter svangerskapet, fødselen, far/medmors rolle i alle tre fasene, samliv og permisjonsdeling. Kanskje bør det tilbys egne kurs for ulike grupper der hvor populasjonen er stor nok, eks: enslige mødre, ulike etniske grupper og homofile, da en del i disse gruppene har følt seg utenfor og annerledes på vanlige kurs. Det kan da være best med egne tilpassede kurs slik som Amatheia arrangerer²². Alle brukere må ha rett til informasjon om kursene og mulighet for deltakelse. Kursene må være tilrettelagte og attraktive for fedre og medmødre.

I Mannsmeldingen (St.meld. nr. 8 (2008-2009) Om menn, mansroller og likestilling) heter det:

²¹ http://www.ullevaal.no/modules/module_123/proxy.asp?iInfoId=20995&iCategoryId=460&iDisplayType=2

²² <http://www.amatheia.no/index.aspx?cat=1005&id=1204&mid=3>

Mannspanelet rår til at menn som nybakte foreldre må få eit betre tilbod ved helsestasjonane. Regjeringa legg vekt på den viktige rolla òg mannen har under svangerskapet og i fødselsførebuande tiltak. Det er brei semje om at fedrar tidlegast råd bør integrerast og likestillast i foreldreskapet, da er eit godt grunnlag alt lagt. Gjennom ny og deltakande praksis blant fedrar i svangerskaps- og spedbarnsperioden kan fedrar få eit betre grunnlag for å vere ein ressurs for barnet i oppveksten. Her kan helsestasjonane spele ei viktig rolle ved å forvente og stimulere til deltakande farskap, stille krav til fedrar og følge dei opp.

Kursmateriell bør utformes nasjonalt i direktoratet og tilpasses lokalt til f.eks. de ulike fødetilbudene. Vi ber komiteen sørge for at dette oppdraget gis til direktoratet og oppfordrer direktoratet til å ta samarbeide med bl.a. Reform i utforming²³.

5 Kapittel 5: Følgetjeneste til fødested for gravide

Selv om mange gravide har lang reisevei til fødested, skjer mindre enn 1 prosent av fødslene som hjemmefødsel eller transportfødsel. Dette skyldes trolig at gravide med lang reisevei ofte reiser i god tid eller oppholder seg nærmere fødestedet før fødselen starter, og at gravide med risiko ofte legges inn i god tid før fødsel for å sikre kontroll med når og hvordan fødselen skjer. En annen viktig årsak er at transport, særlig uten følge av kvalifisert fødselshjelper, er en stresset situasjon for kvinnen. Stress kan medføre at fødselen stopper opp. Det betyr at hun kan ha rier når hun reiser hjemmefra, men at disse har stoppet når hun ankommer sykehuset. Ofte må hun da vente på sykehuset og/eller få riestimulerende for å komme i gang igjen. Dette fører ofte til en tøffere fødsel.

Regjeringen ønsker å skape et mer enhetlig system for finansiering og tydelig ansvars plassering for følgetjenesten. Det foreslås derfor at ansvaret for følgetjenesten legges til regionale helseforetak i tråd med ansvar for annen syke transport inklusiv ambulansetjeneste. Dette er veldig bra! Hvis helseforetakene får ansvaret for transporten vil de spare mindre på permanente og midlertidige stenginger og nedgraderinger. Vi forutsetter her at foretaket også har ansvar for å lønne jordmødre i vakt, ikke kun når de rykker ut.

Behovet for følgetjeneste må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Dette kan være positivt i tilfeller hvor reiseveien er under halvannen time (hvis der er dét som blir grensen). Kvinnen kan ved undersøkelsen ha kommet så langt i fødsel at hun bør ha følge selv om reiseveien er «bare» en time. Undersøkelsen bør foretas av jordmor hjemme hos kvinnen, evt. på nærmeste fødestue, helsehem e.l. egnet sted. Der hvor reiseveien er over halvannen time frykter vi at et slikt forbehold fører til at følgetjeneste ikke blir tilbudt i tilfeller der det burde. Terskelen for følgetjeneste bør være lav, bl.a. for trygghetens skyld. Kvinnene bør få en lovfestet rett til følgetjeneste. Som regjeringen oppsummerer har det gjennom flere dokumenter de siste 25 år blitt anbefalt at fødende får kvalifisert følge. Anbefalinger og bør-formuleringer er ikke tydeligvis ikke tilstrekkelig. Vi ber derfor komiteen sørge for at kvinner som trenger følgetjeneste skal/må få dette.

På høringen ble det spurt om det kunne komme noen negative konsekvenser av å gjøre følgetjeneste til en rettighet. Ville det føre til f.eks. feil bruk av ressurser? Dette er selvfølgelig et faremoment. Men vi tror at risikoen er liten. Det vil sannsynligvis være mange som ikke benytter seg av sin rettighet fordi de ikke vil føle behov for det. Det å vite at de har rett til hjelp om de skulle trenge det vil skape trygghet både i svangerskapet og når fødselen starter.

Slik det fungerer i dag er det svært tilfeldig om fødekvinne får følgetjeneste. Da fødeavdelingen i Orkdal stengte samtidig som henholdsvis Molde og Kristiansund sommeren 2008 ble kommunejordmødre som også var ansatt i helseforetakene pålagt ferie. Dermed sto mange

²³ Reform, ressurs senter for menn, har hatt en rekke interessante prosjekter omkring nybakte fedre m.m.. <http://www.reform.no>

kommuner uten jordmor og uten følgetjeneste som de normalt ville hatt. I tillegg ble veien ekstra lang på grunn av stengingene. Vi har fått tilgang på et brev skrevet til ei lokal jordmor. Brevet ligger som et vedlegg, som en illustrasjon på hvordan brukerne hadde det da.

På høringen fortalte Sigrid Torblå om ordningen de praktiserer på Orkdal. Der ringer fødende som er underveis til fødeavdelingen hvis de er redde for ikke å nå fram eller trenger hjelp. Da kjører en ambulanse med jordmor fødekvinne i møte. Dette er en ordning som hell burde kunne innføres fleres steder, spesielt steder hvor det ikke finnes kommunejordmødre. For brukerne vil det være en trygghet i å vite at fødeavdelingen har lav terskel på å sende hjelp om brukeren opplever det som nødvendig.

Følgetjeneste kan by på problemer der hvor avstandene er svært store og det er få jordmødre på vakt ved fødeenheten. Fra Karasjøk tar det over fire timer å kjøre til Hammerfest. Da er det viktig å finne gode lokale løsninger ved f.eks. at legevaktsleger, og kommunejordmødre der de finnes, har kompetanse på forløsning og førstehjelp av nyfødte, og kan fungere som følgetjeneste. Tjenesten bør belastes helseforetaket selv om det er lokale helsearbeidere som utfører den. Ved så store avstander vil det jo også ofte være aktuelt med lufttransport. Følgetjeneste og transport skjer ikke bare i biler, men også båter, fly og helikopter.

Følgetjeneste bør defineres som jordmor og fødselslege. Men der hvor det er helt umulig å få til løsninger som sikrer følge av disse, vil det nest beste være allmennleger e.a. med nødvendig kompetanse. Det er tryggere å være overlatt til helsepersonell enn helt til seg selv.

Vi vil gjøre komiteen oppmerksomme på at Helse Fonna i januar meldte at de trekker seg fra samarbeid om følgetjeneste med Suldal og Sauda kommune. Begrunnelsen er at Helse Fonna ikke ser på følgetjenesten som et spesialistansvar. Vi håper at komiteen sender et tydelig signal til helseforetakene om at følgetjenesten i nær framtid formelt vil bli deres ansvar.

6 Kapittel 6: Et trygt fødetilbud

I følge stortingsmeldingen (nr 43 1999-2000) forutsatte inndelingen at den fødende får god oppfølging av jordmor under svangerskapet, at risikofødsler blir selektert til riktig nivå, og at det ble utarbeidet klare rutiner for hvordan de ulike fødeinstitusjonene skulle samarbeide. Dette har ikke blitt gjort. Mange får ikke oppfølging av jordmor i det hele tatt og rutiner for samarbeid er så vidt vi vet ikke på plass over alt. Tallkravet har noen steder skapt dårlig samarbeidsforhold, og til dels konflikter mellom eier (et helseforetak) og lokalsykehus. Nabosykehus vil ikke bli «frastjålet» fødsler de trenger sårt for å tilfredsstille tallkravet. Det er derfor meget positivt at denne stortingsmeldingen både legger opp til bedre jordmordekning og fjerner tallkravet.

6.1 Antall fødsler

Oversikten viser at antall fødsler ikke alltid samsvarer med tallgrensene som ble lagt til grunn for Stortingets vedtak i 2001. Disse grensene var heller aldri ment å være absolutte, men har blitt oppfattet slik i nær sagt hele «Fødsels-Norge». Avstandene i Finnmark gjør at det er nødvendig med fødeavdelinger i flere byer. Så selv om Kirkenes ligger under kravet om 4-500 fødsler har det vel aldri vært et reelt alternativ å legge ned denne avdelingen. Kvinneklinikken i Bodø har også for få fødsler i forhold til kravet, men avstandene fra Nordland til Tromsø og Trondheim er for store til å ikke ha en klinikk i fylket. Vi vil også påpeke at feriestengte avdelinger har mistet noen av sine fødsler og derfor er tallene ved disse enhetene lavere enn de ellers ville vært.

6.1.1 Fødestuer

Departementets beskrivelser av fødestuene og deres funksjon og god og dekkende. Fødestuene har en viktig funksjon både i storbyene og i distriktet, og de må vernes om. Mykenhetene i Bergen, Stavanger og Oslo er truet, tross stor brukertilfredshet og høy kvalitet. Nedleggelsen av Lykkeliten på Rjukan var et skritt i feil retning, den rammet alle som venter barn i området – ikke bare de som kunne/ville føde der. Fordi jordmødrene følger brukerne gjennom (ofte flere) svangerskap, fødsel og barseltid får de en spesiell kompetanse mer spesialiserte jordmødre ikke får. Dessuten hospiterer mange ved større enheter og jordmødrene får dermed den mengdetrening på forløsning deler av fagmiljøet etterlyser. Fødestuene gir på mange måter brukerne det beste tilbudet for hele perioden – bort sett fra kjemisk smertelindring og mulighet for operative inngrep.

6.1.2 Forsterkede fødestuer

For mange er tryggheten som ligger i muligheten for nødkeisersnitt viktig. Ved store avstander og vanskelig transport er derfor forsterkede fødestuer en god løsning. Imidlertid er disse svært sårbare, da de er avhengige av unik kompetanse hos få personer. Det blir f.eks. stadig færre kirurger som kan og vil ta keisersnitt. Personellsituasjonen ved disse fødestuene må kartlegges i et 5-10 årsperspektiv for å skape forutsigbarhet.

6.1.3 Fødeavdelinger

Blant mange brukere har det vært signalisert at det føles utrygt med lang vei til fødested, spesielt i deler av Norge hvor infrastruktur og klima kan ha stor betydning for framkommelighet og tidsbruk. Mange steder er det store deler av året utfordringer knyttet til akuttransport: stengte bruer, innstilte ferger, rasfare, kollonnekjøring, ambulanshelikopter som ikke kan ta av eller lande. Dette er faktorer som i svært stor grad bør vektlegges med tanke på hvilket fødenivå man tilbyr de fødende. Man må ha større tetthet på fullverdige fødetilbud, eller som et minstekrav opprettholde og styrke eksisterende fødetilbud.

Dersom det fortsatt ønskes ei desentralisert bosetting bør dette bl.a. signaliseres igjennom satsningen på fødetilbudene i distriktene. Trygghet er en forutsetning for god livskvalitet – trygghet for seg selv og sine barn er en viktig faktor for hvor man ønsker å bosette seg. En del kvinner velger å føde ved fødeavdelinger fremfor fødestuer fordi de ønsker et sikkerhetsnett dersom en uventet akutt situasjon skulle oppstå.

Utfordringen med å få en god balanse mellom beredskap og planlagt operativ aktivitet er størst for de minste avdelingene. Denne utfordringen må stilles opp mot behovet. Alle steiner må være snudd for å finne gode løsninger. Er det f.eks. mulig at noen lokalsykehus spesialiserer seg på visse inngrep og gjennom Fritt sykehusvalg kan profilere seg som et sykehus med høy kompetanse og kort ventetid på akkurat dette inngrepet? Kan de små avdelingene ha faste hospitanter fra de store avdelingene som i ukene de har vakt kan bruke tiden til forskning og formidling av forskning, samtidig som de til en hver tid er tilgjengelige for operative inngrep?

Statens helsetilsyn gjorde i 2008 en gjennomgang av tilsyn med fødeavdelinger med mindre enn 500 fødsler. Vi vil gjøre komiteen oppmerksom på at denne rapporten er svært mangelfull. Fordi den ikke også tar for seg de store fødeenhetene og fødestuene kan vi ikke sammenligne og se hvilke enheter som har størst problemer med å tilby en forsvarlig fødselshjelp. Som regjeringen selv påpeker skjer de fleste fødslene ved de store enhetene og det er av stor betydning for svært mange brukere at disse avdelingene driver forsvarlig. Vi etterlyser derfor at helsetilsynet lager en lignende rapport over alle fødeenhetene og at tilsynet har en lavere terskel for å undersøke store avdelinger enn de har per i dag. Slik bildet nå tegnes skremmes en del fra å føde ved små enheter, mens de

kanskje ikke får bedre, men dårligere hjelp og omsorg ved en større enhet. Brukerne må få ta *informerte valg*.

6.1.4 Kvinneklinikker

Med det nye Universitetssykehuset i Oslo er det ønske om å flytte fødeavdelingen ved Rikshospitalet til Ullevål. Vi vil advare på det sterkeste mot en slik flytting. Størst mulig er sjelden best mulig. Vi oppfordrer derfor komiteen, og spesielt dens medlemmer fra Oslo og Akershus, om å bidra til et bedre og ikke et dårligere tilbud i hovedstaden. Ta kontakt med oss for ytterligere informasjon.

6.1.5 Hjemmefødsler

Hjemmefødsler forekommer relativt sjelden i Norge. (...) Jordmødre som assisterer ved hjemmefødsel skal i henhold til journalforskriften dokumentere sin virksomhet. Nasjonale retningslinjer for fødselsomsorg bør også omfatte hjemmefødsler.

Hjemmefødsel er langt mer vanlig i andre land, bl.a. Nederland. Det kunne vært mer vanlig i Norge også, med andre betingelser. Meldingen sier ellers lite om hjemmefødsler og hvordan dette tilbudet organiseres. For enkelte kvinner oppleves hjemmefødsel som det tryggeste alternativet, fordi de frykter stress og «ensom fødsel» på en stor fødeavdeling eller av andre årsaker. Per i dag medfører hjemmefødsel store egenandeler, som gjør at personlig økonomi blir avgjørende for om hjemmefødsel er et aktuelt valg. Man er i tillegg avhengig av at det finnes jordmødre som er villige til å jobbe for lave refusjonstakster og svært lave vakttakster for å være i beredskap.

Vi er enige i at retningslinjene også bør omfatte hjemmefødsler. Aktuelle tiltak for å sikre god faglig kvalitet ved hjemmefødsler og samtidig gi økonomisk likebehandling kan være:

- Jordmorstillinger ved nærmeste fødeavdeling som også ivaretar hjemmefødsler. Da sikrer man kollegaveiledning og vedlikehold av faget for jordmor, også i perioder med liten pågang av hjemmefødsler. Man kan også sikre et nettverk av jordmødre som foretar hjemmefødsler, og slik redusere vaktbelastningen for den enkelte jordmor.
- Økte tilskudd til hjemmefødsler med økte vakttakster og refusjonstakster for jordmor, og økte tilskudd til den gravide. Kvinner som velger hjemmefødsel sparer samfunnet for kostnadene ved sykehusinnleggelse og bør ikke belastes økonomisk for dette.

Ifølge Medisinsk fødselsregister var det til sammen 233 planlagte og ikke-planlagte hjemmefødsler i 2007. Med ikke planlagte hjemmefødsler, menes fødsler som starter tidligere enn planlagt. Antall hjemmefødsler endres lite fra år til år. Det er viktig å skille mellom frivillige hjemmefødsler og ufrivillige. Det er stor forskjell på å føde hjemme i trygghet med jordmor til stede, og å føde i redsel alene uten kvalifisert fødselshjelp. Vi vil påpeke at de ikke-planlagte hjemmefødslene skyldes enten at fødselen skjer raskere enn forutsett eller at kvinnen ikke fikk hjelp i tide. Kvinner har ventet på ambulanser som ikke kom før fødselen var ferdig²⁴, andre har fått beskjed fra sykehuset om å ikke komme inn fordi fødeavdelingen var full²⁵, eller blitt sendt hjem med beskjed om å vente²⁶.

²⁴ <http://www.bygdeposten.no/modum/article4056271.ece>

²⁵ Bl.a. hendelse i stortingsrepresentant May Hansens familie, fortalt av henne selv på et folkemøte i 2006.

²⁶ <http://arkiv.nettavisen.no/Nyhet/240771/Sendt+hjem+-+fødte+på+badet.html>

6.2 Omstillingsprosesser

I den offentlige debatt omkring enkelte av omstillingsprosessene fra fødeavdeling til fødestue har det fra brukerhold vært uttrykt bekymring for at omgjøring til fødestue innebærer mindre grad av medisinsk beredskap og snevrere tilbud av metoder for smertelindring. Lokalbefolkningen har vært opptatt av om omstillingen vil kunne true lokalsykehusets fremtid. Fødeavdelingen i Mosjøen ble gjort om til fødestue i 2004. Akuttberedskapen ble lagt ned to år senere. Dermed kunne ikke sykehuset lenger foreta keisersnitt. I januar 2007 døde et spedbarn fordi fødselen utviklet seg slik at keisersnitt ble nødvendig, men operasjonen ikke kunne gjøres lokalt, og det rekvirerte helikopteret for transport til Sandnessjøen kunne ikke komme. Frykten er m.a.o. ikke ubegrunnet.

Erfaringene med disse omstillingene har vist at det er viktig med gode lokale prosesser og lokal forankring. Rapporten *Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede* gir anbefalinger om hvordan omstillingsprosesser bør gjennomføres. Regionale helseforetak ble i oppdragsdokumentet for 2008 bedt om å ivareta gode og bredt inkluderende lokale prosesser ved utviklings- og omstillingsprosesser. Dette er veldig bra! Dog skulle vi ønske at regjeringen utdypet mer her i meldingen hvordan helseforetakene og lokalmiljøet skal takle evt. uenighet. Stor uenighet kan få negative konsekvenser ikke bare lokalt, men også regionalt. Andre deler av regionen kan bli tappet for ressurser slik at brukere ett sted for et dårligere tilbud fordi brukere et annet sted får et tilbud som er dyrt å opprettholde. Vi frykter situasjoner der brukere blir stående mot hverandre. Samtidig er det svært viktig at helseforetakene samarbeider godt med kommuner og lokalmiljø ellers. At helseforetakene får ansvar for følgetjeneste og svangerskapsomsorg kan gjøre at regnestykkene deres blir annerledes og at det lønner seg for foretakene å opprettholde «utsatte» enheter.

6.3 Rekruttering av fagpersonell

Ingen helsearbeider vil våge å søke seg til en enhet som er konstant nedleggingstruet. Flerårige planer som vil sikre stabilitet vil virke positivt på rekruttering.

Noen steder er det et problematisk forhold mellom en fødeenhet og dens eier. Eierne prioriterer ikke de små enhetene, lyser ikke ut ledige stillinger, forlenger ikke vikariater etc. Forutsigbarhet og trygge arbeidsforhold er en forutsetning for å knytte til seg gode fagfolk, og beholde dem man har. Vi ber komiteen bidra til å finne en løsning på problemer knyttet til eierstruktur. Myndighetene bør kanskje gå inn med øremerkede midler for å styrke små fødeavdelinger, og arbeide med prosjekter i forhold for å rekruttere gynekologer og jordmødre – gjerne samarbeidsprosjekter med kommunene.

6.3.1 Gynekologer

Fra 1998 har det ikke vært noen økning av antall hjemler i privat praksis. (...) få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks «sørge for» – ansvar. Er det også mulig å redusere antall hjemler i privat praksis ved å ikke fornye hjemler ved naturlig avgang? Eller å kreve at privatpraktiserende gynekologer leier lokaler på sykehuset eller har kontorer i umiddelbar nærhet, og at de inngår i vaktberedskapen?

6.3.2 Jordmødre

Legger en dekningsgraden av jordmødre for 2007 til grunn, innebærer dette i følge Helsedirektoratet at det er behov for 336 flere jordmødre til å utføre 269 nye årsverk. Beregningen legger dagens ansvar og organisering til grunn. Med den omorganisering som foreslås i meldingen antar vi at behovet vil bli enda større. Vi har dessverre ikke kapasitet til å regne ut antallet.

Vi vil gjøre komiteen oppmerksom på at jordmorutdanningen i dag er lang og gir dårlig uttelling. Ingen andre yrkesgrupper har i dag fem års høyere utdanning, i tillegg til minst to års praksis, uten at utdannelsen krediteres som Masternivå. Noen ivrer for en løsning der jordmorutdanningen blir en egen utdanning på Bachelornivå, mens andre vil ha jordmorutdanning som i dag – som etterutdanning for sykepleiere, men da på Masternivå.

Det er en utfordring å hindre avgang fra jordmoryrket. Bedre arbeidskår kan stoppe mye av avgangen. Dette vil også være positivt for brukerne fordi jordmødrene med gode kår vil klare å gjøre en bedre jobb. I de tilfeller hvor jordmor kun kan jobbe 30-50% som jordmor, og ellers må ta bierverv i f.eks pleie- og omsorgstjenesten, blir det mangefull utnyttelse av den enkelte jordmors fagkompetanse.

6.3.3 Barnepleiere o.l. yrker

En mulig «ny» oppgave for barnepleiere vil være å yte barselomsorg/ være «familieassistent» i hjemmene. En koordinator slik som vernepleieren som ble presentert på høringen burde finnes på alle de store sykehusene.

6.4 Feriestenging

Det er et mål å sikre drift av fødeinstitusjoner hele året slik at gravide og fødende sikres tilbud av god kvalitet. Departementet har i oppdragsdokumentene til regionale helseforetak for 2009 påpekt at sommer- og feriestengninger av fødeinstitusjoner ikke skal skje pga økonomiske årsaker alene. Jfr. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Dette er viktig! Innebærer dette at differensierte tilbud og fødestue/mykenhet i sykehus ikke skal være innsparingsstasjoner som stenges i ferier o.l slik som i dag? Hvem skal etterse at helseforetakene overholder dette?

6.5 Plan for fødetilbudet i regionen

Regjeringen foreslår derfor at regionale helseforetak pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Forslaget om en plan er godt, men vi er bekymret. Hva skjer dersom helseforetak og kommunene ikke bli enige? Svært ofte er det sprikende interesser mellom HF og kommunene. Ikke sjelden har partene et ulikt syn på hva som er godt nok, hva kommunens befolkning er best tjent med osv. Vi vil ha ei avklaring på hvem som har siste ordet dersom og når konflikter oppstår på dette området. Vi vet av erfaring at helseforetakene med sin foretaksmodell der økonomiske hensyn veier tungt, gjerne har et noe annet syn enn kommunen og brukerne.

Et eksempel: Akuttmottaket i Narvik ble før jul foreslått lagt ned for at UNN skulle spare 3.2 millioner. Disse millionene skulle puttes inn i det eksakt samme tilbudet, men da i Tromsø (med bil 4 timer unna Narvik, 5.5 time unna Kjøpsvik). UNN ville at kommunen skulle betale mer dersom det skulle opprettholdes, kommunen betaler allerede mye bl.a. for 4 sykepleierstillinger, leie av lokale osv.

Det vil garantert bli konfliktsituasjoner når slike avtaler skal utarbeides.

Kan det gjøres noe med hvordan styrene til helseforetakene settes sammen, for å sikre mer lokal forankring? Vi krever mer politisk styring og demokratisk påvirkning.

Vi synes også det er viktig å understreke at regjeringen bør stille visse krav og se til at oppdragsdokumenter blir fulgt opp. Slik det er i dag kan det se ut til at oppdragsdokumentet blir sendt ut, men på vei gjennom de ulike leddene forsvinner en del av oppdragene. Det hadde vært ønskelig som kvalitetssikring at det var et forpliktende tilbakemeldingssystem fra nederste ledd og

oppover, samme som et forpliktende oppdragssystem nedover i alle ledd. Da ville regjeringen ved departementet til syvende og sist hatt ansvar og kontroll på at de retningslinjer de sender ut blir fulgt opp. For det er vel hensikten bak å sende ut oppdragsdokumenter?

6.6 Nivåinndeling

Det foreslås at inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes. De nåværende tallgrensene oppheves og erstattes av nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Meget bra, et forslag vi støtter fullt ut!

6.7 Nettverk

Etter departementets syn bør regionale helseforetak legge til rette for at det dannes faglige nettverk innen HF og mellom HF, gjerne med utgangspunkt i større avdelinger, for tilrettelegging av hospiterings/rotasjonsordninger og felles arenaer for drøfting av faglige spørsmål. En god idé – med fjerningen av tallkravene vil forhåpentligvis samarbeidsklimaet mellom nabosykehus forbedres. Godt samarbeidsklima er en forutsetning for at slike nettverk skal fungere.

7 Kapittel 7: En familievennlig barselomsorg

Meldingens kapittel om barsel er dessverre tynt både i lengde og innhold. Svært mange er misfornøyde med dagens barselomsorg og får store problemer som kunne vært forbygget med enkle midler. Det er stor enighet om at barselomsorgen er blitt stemoderlig behandlet de siste årene og vi etterlyser nå en storsatsning. I stedet er vi vitne til at de gode tilbudene blir forsøkt nedlagt, slik som Storken i Bergen og Fødeloftet i Stavanger.

Innspillene her er skrevet i samarbeid med Ammehjelpen.

7.1 Innledning

Hensikten med organiseringen av barselperioden er å ivareta både mors og barns helse og å støtte den nye familien. I kapitlet forøvrig er det skrevet veldig mye om sykdommer som skal oppdages osv. Det ser ut til å være mindre vektlagt «å støtte den nye familien».

7.2 Utviklingstrekk i barselomsorgen

Medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en normal fødsel. Hvem sin erfaring er det snakk om her? Jordmødre rapporterer at det pga. kort liggetid i dag er umulig å oppdage problemer som man tidligere så og kunne ta tak i, f.eks. hvis mor ruser seg.

Liggetid på 2-3 dager innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang, og det vil fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus. Ammehjelpen vil hevde at kvinner i **mange** tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang. Vi foreslår en fleksibel liggetid, der ingen sendes hjem før ammingen er veletablert, eller at fødestedet har forsikret seg om at kvinnen får god oppfølging fra helsestasjon/ammepoliklinikk eller tilsvarende. Ikke alle fødesteder har ammepoliklinikk, og de har svært varierende åpningstider. Helsestasjoner er ikke åpne i helgene.

Pasienthotell kan være bra, men det er mindre bemanning, og kan være vanskeligere å få hjelp til ammingen. God hjelp til ammingen forutsetter at hjelperen har gode kunnskaper, god nok tid og kan observere en hel amming for å kunne gi riktige råd.

Retningslinjer for Mor-Barn vennlige fødesteder i punkt 10, sier:

Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingen og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen, og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper.²⁷

Vi minner om følgende fra meldingen:

Fødestuer har oftest et lite fødselstall sett i forhold til bemanning/kapasitet og har derfor mulighet for å gi individualisert omsorg. Oftest utfører jordmødre på fødestuer også svangerskapsomsorg, og følger opp familien etter fødselen. Dette bidrar til større grad av kontinuitet mellom svangerskap, fødsel og barseltid.²⁸

Problemene beskrevet over gjelder altså i liten grad fødestuene. Det er fødeavdelingenes barseltilbud som er dårlig.

På høringen fikk vi spørsmål om hva som er for tidlig hjemreise. Hvor lenge kvinnen bør få være ved fødeenheten etter fødselen avhenger av kvinnens personlighet, hennes og barnets helse og hvorvidt hun føler seg trygg. Dette er igjen nært knyttet til innholdet i omsorgen. En kvinne kan være trygg nok til å reise hjem etter et par timer hvis hun vet at hun kan få hjelp straks hun trenger det hjemme. Hvis derimot barseltjenesten er mangelfull og ikke klarer å trygge kvinnen, og hun ikke vil få noe hjelp hjemme, vil hun neppe være klar for hjemreise ved utskriving. I noen tilfeller ønsker mor selv tidlig hjemreise, men må bli av hensyn til mor eller barnets helse. Fleksible løsninger i forhold til slik medisinsk oppfølging kan gjøre det aktuelt å dra hjem tidlig med medisinsk oppfølging hjemme. Fleksible og individuelle løsninger bør åpne for hjemreise etter få timer eller mange dager. Det skal være deres individuelle behov og ikke en norm sykehuset har satt som bestemmer utskrivingstidspunkt.

Sykehusene har iverksatt tiltak for å møte dette behovet f.eks. ved å opprette ammepoliklinikker. Dette er en virkelighetsbeskrivelse vi ikke kjenner oss igjen i. Liggetid reduseres uten at de fleste sykehusene gjør noe som helst for å kompensere. Polikliniske tilbud blir lagt ned uten at helsestasjoner styrkes tilsvarende. Dette er alarmerende, sykehusene overlater ansvaret til helsestasjonene – som ikke har ressurser til å følge opp! I tillegg kommer problemer knyttet til at fødselsmelding ofte er forsinket og ikke når fram til helsestasjonen i tide.

Far kan som hovedregel ikke ta ut fedrekvoten i de første seks ukene etter fødselen. Kanskje er det nettopp da mor og barn har mest bruk for ham/medmor hjemme? I de første ukene hvor mor fortsatt er sårbar og usikker på sin nye rolle. Spesielt viktig for familien at far kan ha flere uker permisjon rett etter fødselen er det ved flerlinger og komplikasjoner. Korrekt informasjon om mulighet for sykemelding av mor er veldig viktig.

En gruppe fedre står imidlertid uten rett til lønn i disse to ukene. Retten må bli universell, også for selvstendig næringsdrivende. Og far/partner må i svangerskapet forbedres på hva denne perioden kan kreve av ham/henne.

Helsestasjonsprogrammet for barn 0 – 5 år anbefaler hjemmebesøk i løpet av de første 2 uker etter fødselen og etablering av barsel-/nettverksgruppe innen 4 uker. Ammehjelpen mener det bør være **pålagt** hjemmebesøk i løpet av de to første ukene etter fødselen. Og at det skal være kvalifisert helsepersonell, gjerne en jordmor eller barnepleier, med tilleggsgutdannning i amming,

²⁷ Se 10 trinn til vellykket amming, anbefalinger fra WHO: <http://www.ammehjelpen.no/asp/default.asp?ID=110>

²⁸ Punkt 6.3.1

minimum trinn I-IV kursene til Nasjonalt Kompetansesenter for amming. Mange helsestasjoner har ikke lenger kapasitet til hjemmebesøk hos alle barselfamilier.

Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må samhandle bedre i denne veldig sårbare overgangen.

7.3 Ansvar for barselomsorgen

Det er behov for en avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for oppfølging i barseltiden. Det er også nødvendig med en avklaring innad i tjenestene.

I forskrift og veileder omtales tema for oppfølging i barseltiden, men det er ikke definert ansvar for oppfølging av familien i barseltiden.

Det haster med å få definert ansvaret her!

7.4 Et familievennlig barseltilbud i en sammenhengende modell

I dette kapitlet har man greid det kunststykket å ikke nevne **ammig** en eneste gang! For de aller fleste er det *ammig* det meste dreier seg om de første dagene/ukene.

Etter regjeringens syn må barseltiden organiseres på en måte som gjør at kvinner med helseproblemer etter fødsel fanges opp og tilbys individuell oppfølging. Også en betydelig andel barn trenger spesiell oppfølging i nyfødtp perioden. Ammehjelpen foreslår her at komiteen tar inn følgende etter siste setning: En betydelig andel mødre og barn trenger ekstra oppfølging med ammingen de første ukene etter fødselen. Det må defineres hvem som har ansvaret; spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten, og det må tilføres ressurser i form av personell med spesialkompetanse på amming, minimum trinn I-IV kursene til *Nasjonalt kompetansesenter for amming*.

Spesialisthelsetjenesten har til nå hatt hovedansvaret og derfor mest kompetanse i å vurdere og behandle problemer som kan oppstå de første dagene etter fødselen hos mor og barn. Amming er naturlig, men det er nokså vanlig med ammeproblemer og noen kan utvikle seg til medisinske problemer dersom en ikke får kyndig hjelp i tide. **God ammehjelp er en viktig del av et familievennlig barseltilbud.**

Ammehjelpen mener at det offentlige helsevesen kan dra nytte av et godt samarbeid med lokale ammehjelpere der de allerede finnes. Samt at de kan bidra til å opprette nye ammehjelpsgrupper der de ikke finnes.

Etter regjeringens syn må barseltiden organiseres på en måte som gjør at kvinner med helseproblemer etter fødsel fanges opp og tilbys individuell oppfølging. Vi vil understreke at psykiske og sosiale problemer også må fanges opp.

Ved tidlig hjemreise må det bygges opp kompetanse ved helsestasjonene, evt. må man bruke spesialisthelsetjenestens kompetanse ute i hjemmene. Foreldrene må også få skriftlig og muntlig informasjon om mulige komplikasjoner hos mor og barn.

Dersom lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, bør helseforetak og kommuner inngå avtaler som sikrer felles utnyttelse. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. (...) Ved en modell hvor den lokale jordmortjenesten forankres i helseforetakene, vil det være naturlig at de regionale helseforetak får hovedansvar for nødvendig oppfølging av mor og barn de første dager etter fødselen uansett om mor og barn oppholder seg på sykehus eller ikke. Vi mener at uansett valg av modell kan den siste løsningen gjøres gjeldende, spesialisthelsetjenesten har ansvar for f.eks. de ti

første dagene. Det innebærer også at mor har et sted å henvende seg når det hun f.eks. opplever akutte problemer med amming klokken to om natten. Fødested har døgnåpent.

Tilbudet må være tilgjengelig der mor er – enten det er 10 minutter eller 2 timer fra fødeinstitusjon, gjerne i form av ambulant barnepleier- og jordmortjeneste.

Ved tidlig hjemreise bør det tilbys kontroll av mor og barn på sykehuset eller lokalt, knyttet til helsestasjonen eller ved hjemmebesøk. Hjemmebesøk bør være normen, spesielt der hvor det er store avstander og vinter gjør at det ikke er tilrådelig å utsette nyfødte barn for unødvendig opphold ute/i transport.

Far – eller annen nær omsorgsperson – har rett til to ukers omsorgspermisjon i forbindelse med fødselen for å ta seg av omsorgsbehov i familien. Her og flere andre steder i meldingen hadde det vært naturlig å nevne medmor også, evt. bruke betegnelsen partner. At partner får permisjon betyr ikke nødvendigvis at familien ikke trenger hjelp av helsevesenet. I dag skal pappa/medmor nå fylle rollen som jordmor, barnepleier, husmorvikar og nabokjerring, samtidig som mange ikke har tatt i et spedbarn før. Det er store sko å fylle.

7.5 Melding om fødsel til kommunehelsetjenesten

Ammehjelpen og Liv laga støtter forslaget om at jordmødre skal/bør ha en sentral rolle i oppfølgingen av mor og barn de første dagene etter hjemkomst.

Vi mener videre at ammingen skal ha kommet i gang før hjemreise, men at det er viktig med videre oppfølging hjemme. Rask melding gjennom helsenettet er essensielt.

8 Kapittel 8: Kvalitet i alle ledd

8.1 Kvalitetssikring

Vi er svært fornøyde med at regjeringen går bort fra tallkravet som en kvalitetsindikator. Hvis mengde over hodet kan være indikator på kvalitet, må det i tilfelle bli mengdetrening per helsearbeider og ikke per institusjon.

Noen tilfeller vil være så sjeldne (f.eks. kvinner med sjeldne sykdommer som tidligere ikke lot seg forene med svangerskap og fødsel), at helsepersonellet ikke vil få stor mengdetrening selv med alle tilfellene samlet på ett sted. Da og ellers er det svært viktig at kvaliteten på arbeidet sikres på annet vis.

Et viktig prinsipp i kvalitets-sikringsarbeid er «Proactive attitude, promote all reporting, focus on near miss evaluations». Det vil si at man har en risikopyramide der de mange uheldige små hendelsene er nederst, fulgt av færre og færre og samtidig stadig mer alvorlige hendelser oppover. Prinsippet sier at om man



jobber aktivt for å unngå de små hendelsene, gjennom rapportering etterfulgt av læring, så vil man også unngå de større hendelsene.

Risikopyramiden til høyre.²⁹

8.1.1 Keisersnitt

Hyppighet av keisersnitt er en nasjonal kvalitetsindikator. (...) Variasjon i hyppighet av keisersnitt behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet i seg selv. Det er bra at regjeringen påpeker dette. Antall keisersnitt i seg selv er ikke en veldig god indikator. Vi frykter dessuten at «15 pst.-regelen» (at mindre enn 15 pst. keisersnitt blir betraktet som et kvalitetsmål) kan bli vurdert viktigere enn den enkelte brukers individuelle situasjon.

8.1.2 Mulige indikatorer

Kvalitetsindikatorene må være nært knyttet til, evt. en del av, de nasjonale retningslinjene. Hvis retningslinjene sier at en fødsel skal settes i gang når gitte kriterier er oppfylt, bør en kvalitetsindikator være at fødsler settes i gang da.

Vi støtter Legeforeningens forslag om å dele indikatorene i prosess, struktur og resultat. Her at vi gjort et forsøk på en sortering av mulige indikatorer ved *fødeenhetene*:

– Struktur

- kontinuitet: i person og informasjon
- selekteringsnivå
- egne retningslinjer for hvert helseforetak, basert på nasjonale retningslinjer
- intern opplæring av ansatte og vikarer i rutiner, dokumentert skriftlig («sertifisering» av nyansatte)
- kurs og trening på akutte situasjoner
- meldesystemer for alle negative episoder, svikt, feil og nestenuhell
- gjennomgang av disse mtp læring
- kollegaveiledning
- rapportering av ansatte som har gjentatte feilvurderinger
- etterutdanning av ansatte
- ansatte som hospiterer ved andre enheter (både ved større og mindre enheter)
- forsvarlig vaktordning
- stabil bemanning/»turn-over«
- grad av bruk av nye vikarer (skille mellom faste og «tilfeldige» vikarer) der stadig nye vikarer teller negativt.
- dokumentert oppdatert kunnskap om amming, flaskemating, fødestillinger, metoder for smertelindring, mulige komplikasjoner etc
- variasjon i tilgjengelig type smertelindring og fødestillinger (badekar, epidural, sakkosekk etc.)
- kapasitet nok til omsorg
- innhold i barseltjenesten (tilgang på avlastning, veiledning, mat, familierom)
- poliklinikker – herunder ammepoliklinikker med fleksible åpningstider
- ansattes kompetanse (eks. UL, akupunktur, «finskegrep»)
- nyfødtdmedisin
- vernepleier, sosionom e.l. apparat til å følge opp foreldre med særskilte behov

²⁹ Illustrasjonen er inspirert av Helga Hodnemyrs presentasjon fra oktober 2007.
http://www.altern.no/opprop/nasjonalt/helga/oktober_2007.ppt

- **Prosess**
 - etablerte rutiner følges
 - jordmor tilstede under fødsel
 - antall døgn på barsel
 - individuell ettersamtale/utreisesamtale og eventuell undersøkelse
 - ekstra personell tilkalles når nødvendig
 - god informasjon, også på andre språk (tilgang på doula/tolk)
 - brukerens lovbestemte rett³⁰ til medvirkning ivaretas innen det som er medisinsk forsvarlig (brukere blir hørt men har ikke siste ordet om smertelindring, operative inngrep osv.)
 - kontinuitet i informasjon, informasjonen fra ulike fagpersoner må samsvare
 - fars/medmors/ledsagers rolle, får delta aktivt etter eget ønske
 - dokumentasjon av forløp, tiltak og rapport/epikrise til fastlege
 - tidlig fødselsmelding til lokal helsestasjon (ved overflytting til sykehjem brukes per d.d. telefon og telefaks for å sikre rask overlevering av nødvendige opplysninger)
- **Resultat**
 - **brukertilfredshet**, målt i undersøkelser foretatt av uavhengige organer
 - avvisning av fødende i fødsel, registreres som **negativ** kvalitetsindikator
 - antall operative inngrep, en delvis negativ indikator
 - forekomst av rifter – hvor det stilles krav til at høye forekomster følges opp med kvalitetsforbedring
 - antall meldte hendelser, internt og til tilsynet (en litt komplisert indikator, få meldte hendelser kan være et tegn på få hendelser = positivt, men det kan også være et tegn på at meldingssystemet ikke fungerer, at hendelsene er mange uten at de blir meldt = negativt, jfr. risikopyramiden)
 - korrekt selektering
 - overbelegg registreres som negativ indikator når dette ikke fører til nødvendig oppbemanning og evt lån av senger/rom på naboavdeling
 - etablert amming ved overføring til primærhelsetjenesten
 - fødselsgang vs. kvinnens «fødebrev» (et brev hun skriver i svangerskapet om sine forventninger og ønsker, skal ligge i journalen)

Flere av disse indikatorene fordrer at ledelsen gir de ansatte tid til rapportering, læring og samarbeid på tvers av faggrupper. Foretakene må selv rapportere sine resultater til tilsynsmyndighetene og kvalitetssikringsinstitusjoner. I tillegg bør Helsetilsynet sjekke enhetens rutiner og oppfølging av indikatorene jevnlig. Mange rapporterte hendelser er ikke nødvendigvis en negativ kvalitetsindikator, men en indikator på at rapporteringssystemet fungerer. Dersom avdelingen stadig har mange rapporterte uheldige hendelser uten at disse fører til læring vil dette være en negativ indikator. Informasjon om fødeenhetens «poeng» på de ulike indikatorene må være offentlig tilgjengelig.

Der hvor enhetene ikke oppnår gode nok resultater bør ikke den umiddelbare reaksjonen være nedleggelse/nedgradering, men at man utbedrer og styrker. Man legger ikke ned en barneskole som har problemer med mobbing eller vikarstafett, man forsøker å aktivt bedre forholdene. Barna trenger fortsatt en skole, kvinnene trenger fortsatt et sted å føde.

Regjeringen lister opp en rekke instanser som på et eller annet vis arbeider med kvalitetssikring. For best mulig ressursutnyttelse, best mulig kvalitet og kortest mulig behandlingstid håper vi at det er mulig å koordinere arbeidet i disse organene.

³⁰ jfr Pasientrettighetsloven §3.1 <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1>

Når det gjelder perinatalkomiteene vil vi understreke at hensikten med komiteene må være definert – og bør være at man trekker konkret lærdom av «uheldige» hendelser, slik at disse gir rom for kvalitetsforbedring. Komiteene bør være lovfestet.

8.2 Retningslinjer

Det er viktig å få på plass nasjonale retningslinjer for alle tre fasene av omsorgen. Retningslinjene må både inneholde fag, slik som dagens retningslinjer for svangerskapsomsorgen, og organisering, slik som dagens retningslinjer for fødselsomsorgen. Vi vil at disse retningslinjene bl.a. skal definere kapasitet.

8.2.1 Svangerskapsomsorgen

I svangerskapsomsorgen bør det finnes et forholdstall mellom gravide og jordmødre: Hvor mange gravide kan ei jordmor i full stilling ha ansvar for? Hvor mange konsultasjoner kan en jordmor ta årlig om hun bare har kontroller? Hvor mange færre kontroller kan hun ta hvis hun også skal:

- Forløse
- Gi barselsomsorg
- Ta etterutdanning/kurs
- Samarbeide tett vha møter etc med fastleger, helsesøstre, fysioterapeuter, barnevern osv
- Legge til rette på arbeidsplasser
- Ta celleprøver
- Gi prevensjonsveiledning m.m.

Retningslinjene bør selvfølgelig også beskrive organiseringen av omsorgen ut fra hvilken modell som velges. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen som finnes per i dag fungerer så vidt vi vet ok, men mange kvinner etterlyser flere kontroller/mer informasjon og UL tidlig i svangerskapet. Det kan være behov for å understreke tydeligere at antall kontroller er veiledende. Det er også viktig at valgfriheten og forholdet fastlege-jordmor kommer tydeligere fram.

8.2.2 Fødselsomsorgen

Vi har i flere år etterlyst en kapasitetsnorm på fødeavdelingene: Hvor mange jordmødre og andre ansatte, og hvor mange senger, trenger en fødeenhet på et visst nivå (ut fra seleksjonskriteriene) per år per f.eks. 100 fødsler? Hvor mange må være på vakt per vakt per f.eks. 10 fødsler? Hvis retningslinjene klarer definerer kapasiteten unngår vi problemer som fødekaoset i Oslo.

Retningslinjene bør også legge til rette for gode lokale løsninger for samarbeid og utnyttelse av kompetanse og personell på tvers av avdelinger og enheter, og med primærhelsetjenesten.

Se ellers over om indikatorene.

8.2.3 Barselomsorgen

Det er sterkt behov for retningslinjer i barselomsorgen. En del må handle om det fysiske innholdet, f.eks. tilgang til mat, dusj, antall senger per rom osv. En annen del om tjenestene som ytes og en tredje om hvilke forutsetninger som må være til stede før familien kan skrives ut/overføres til primærhelsetjenesten. Noen stikkord:

- minstekrav til antall dager kvinnen må få bli på barsel før de sendes hjem (mulighet for tidlig hjemreise for de som *ønsker* det)
- bemanning, gjerne framheve barnepleiernes rolle
- mulighet for avlastning

- personale skal tid til veiledning
- likelydende informasjon
- fars/medmors rolle og tilstedeværelse
- kontroll av mulige komplikasjoner hos mor og barn
- individuell ettersamtale er helt nødvendig
- mulighet til å få avdekket om mor har problemer eks: rus, psykiske, sosiale
- før utskrivelse:
 - amming godt etablert / god informasjon om flaskemating
 - familien har fått og forstått informasjon om mulige komplikasjoner
 - kontaktinformasjon ved problemer
 - informasjon om barseltilbud på helsestasjon og ellers, eks. trillegrupper, fedregrupper, Godt samliv osv.
 - kartlagt hvilken hjelp og oppfølging familien trenger hjemme

Mange kvinner opplever et antiklimaks fra å ha vært gravid, blitt fulgt opp nøye til å plutselig være overlatt til seg selv. Ting har forandret seg fra tidligere – da man gjerne hadde større nærhet til familie – mange er mer alene i dag. Mange ganger er det nok å vite at man har mulighet til å få prate med noen, kunne ta en telefon dersom man lurer på noe.

8.2.4 Utarbeidelse

Vi ber komiteen presse på slik at direktoratet i arbeidet med nye retningslinjer og indikatorer får tilført nok ressurser til å gjøre et grundig arbeid som også involverer fagforeningene, brukerne, regionale helseforetak og de enkelte fødeenhetene.

8.3 Finansieringsmodell

Finansieringsmodellen kan ha betydning for kvaliteten. Helseforetakene må selv sørge for å investere i tiltak som sikrer og evt. hever kvaliteten. I tillegg er det viktig at fødeenheter som gir brukerne gode fødselsopplevelser, dvs. enheter som sørger for at brukerne føler seg trygge og ivaretatt i hele prosessen, får en sikker finansiering.

På fødestuer, i sykehus og separate enheter, kan kun kvinner med forventet ukomplisert fødsel føde. Kunnskapsoppsummeringer viser at kvinner som føder i fødestuer og hjemme har mindre risiko for operativ forløsning og mindre riftskader enn grupper av kvinner med lav risiko som føder i sykehus.³¹ Det er viktig at komplikasjoner forebygges og at dette arbeidet lønner seg for helseforetakene, enten der er på fødestuer, store eller små avdelinger.

Slik systemet er i dag lever mange fødestuer med stadig trussel om redusering i tilbudet eller nedleggelse fordi de er for dyre. Disse enhetene lønner seg ikke, inntjeningen er for lav. Vi mener det derfor er viktig med en revidering av systemet slik at de naturlige fødslene lønner seg, at enhetene får finansiert sine utgifter også ved «myke» fødsler

8.3.1 ISF, DRG og kodeverk

Helseforetakene blir finansiert med Innsatsstyrt Finansiering (ISF). ISF = basisbevilgningen (40%) + aktivitetsbaserte tilskudd (60%). De aktivitetsbaserte tilskuddene er basert på koding av diagnoser og aktiviteter. DRG- systemet (Diagnose Relaterte Grupper) klassifiserer pasienter i medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene grupper. Kostnadsvektene benyttes som grunnlag i ISF. En

³¹ Stortingsmeldingen 6.3.4. Vi etterlyser mer forskning på dette

kostnadsvekt er en relativ størrelse som uttrykker hva alle opphold i en gruppe (DRG) i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Alle gruppene får beregnet en kostnadsvekt.³²

Det er flere kodeverk som til sammen danner grunnlaget for DRG. Diagnosekodeverk er et redskap til systematisk registrering og utarbeidelse av statistikk over forekomsten av sykdommer. Prosedyrekodeverk er et redskap for å registrere hva slags behandling og diagnostikk blir utført i helsetjenesten.

- Diagnose kodeverk - ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer)
- Diagnose kodeverk – ICPC (for primærhelsetjenesten)
- NCMP og NCSP klinisk prosedyrekodeverk
 - NCSP: Klassifikasjon av kirurgiske inngrep
 - NCMP: Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer

I forhold til svangerskap, fødsel og barsel er følgende koder i bruk:

- Tilstand/diagnose
 - Kapittel XXI, kategori Z30-Z39 *Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål*. Kategori Z37.0-Z37.9: hvor mange som ble født og hvorvidt de var levendefødt.
 - Kapittel XV, kategori O00-O99 *Svangerskap, fødsel og barsel*. Kategori O80-O84 *Forløsning* brukes ikke i Norge
- Inngrep (kirurgiske inngrep er tre bokstaver, medisinske fire bokstaver)
 - Kapittel M *Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap*
 - Kapittel T *Mindre kirurgiske inngrep*, spesielt TM *Mindre obstetriske inngrep*:
 - * TMA 00 Episiotomi (klipp)
 - * TMA 20 Manuell fødselshjelp ved normal fødsel
 - * TMW 99 Annet mindre obstetrisk inngrep

8.3.2 Helseforetak

Et foretak skal tjene penger, så også helseforetak. Da gjelder det å kutte i utgifter og øke inntektene. En mulig måte å gjøre dette på er å bruke mindre enn de får gjennom DRG i ISF-finansieringen. Ved beregning av DRG-poeng har myndighetene antatt at visse inngrep eller aktiviteter krever så og så mye i ressurser. Klarer helseforetakene å bruke mindre enn myndighetene har beregnet tjener de penger. Hvis de i tillegg skjærer ned på antall stillinger kutter de utgiftene. Paradoksalt nok vil slike kutt kunne gi grunnlag for større inntjening. Færre stillinger fører til mer stress hos ansatte og brukere. Stress hos fødekvinne øker faren for komplikasjoner. Ved komplikasjoner kan foretaket tjene penger.

8.3.3 Sammenheng ressursbruk og DRG

Finansieringsmodellene må stimulere til at den gode omsorgen og de gode opplevelsene lønner seg. Det er viktig at det er en sammenheng mellom utgiftene fødeenheten har ved ulike forløsninger

³² Vi antar at komiteens medlemmer er godt kjent med ISF, DRG osv. men tar med en forklaring på dette da vi antar flere enn komiteen kommer til å lese dette notatet. Forklaringene er hentet fra en presentasjon på for studenter på UiO. <http://www.uio.no/studier/emner/medisin/helseadm/HLED2101/v05/undervisningsmateriale/drg.ppt>
Mer om DRG: http://www.helsedirektoratet.no/kodeverk_og_pasientklassifiseri/drg/
Oversikt over kodene: <http://finnkode.kith.no/> og http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1039.aspx og
Klinisk prosedyrekodeverk <http://www.kith.no/upload/1852/Bok-2007-031206.pdf>
Om fødselskoder spesielt: <http://www.kith.no/upload/2359/FodselsKod.pdf>

og evt. komplikasjoner, og hva de får dekket gjennom DRG³³. En fødsel som får gå sin naturlige gang kan ta lengre tid enn fødsler som stimuleres/induseres medisinsk eller kirurgisk. Dermed legger kvinnen potensielt «beslag på» jordmor og fødslestue i lengre tid. Hvis hun føder vaginalt, uten bruk av kjemisk smertelindring eller induksjon, uten bruk av tang og sugekopp, uten rifter eller klipping som krever syng, og uten noen form for komplikasjoner hos henne eller barnet, får fødeenheten kun DRG-poeng for forløsningen, uavhengig av tidsbruk. Så snart «noe går galt» «tjener» sykehuset penger, hvis inngrepet koster mindre enn DRG-refusjonen.

8.3.4 Illustrasjoner

Koding ved normal, ukomplisert fødsel av ett barn. Ingen smertelindring utover varme (vann og risposer) og fødselshjelpers tilstedeværelse kontinuerlig:

- Hovedtilstand: Z37.0 Enkeltfødsel, levendefødt
- Tiltak: TMA 20 Manuell fødselshjelp ved normal fødsel

Koding ved en fødsel som stopper opp, kanskje pga. stress, eller der fødselshjelper velger å framskynde fødselen av ikke-økonomiske årsaker, f.eks. hvis det er kø til føderommet. Komplikasjoner oppstår underveis:

- Hovedtilstand: Z37.0 Enkeltfødsel, levendefødt
- Annen tilstand: O62.0 Primær risvekkelse eller O63.9 Uspesifisert langvarig fødsel
- Annen tilstand: O68.9 Fødsel og forløsning komplisert av uspesifisert fosterstress
- Annen tilstand: O70.1 Andregrads perinealrift under forløsning
- Tiltak:
 - MAGM11 Ristimulering med legemiddel intravenøst
 - ABGC10 Innlegging av epiduralkateter
 - MAE 20 Forsøk på vakuumeustraksjon
 - MAF 00 Utskjæringstang ved hodeleie
 - MBC 00 Sutur av fødselsrift i cervix
 - MBC 10 Sutur av fødselsrift i vagina

Eksemplene viser at en fødsel som sannsynligvis oppfattes som dramatisk og verst for fødekvinnen gir flere poeng til helseforetaket. Dette kan forsvares med at foretaket bruker flere ressurser på kvinne 2. Men hvis man tar tidsaspektet med, f.eks. at fødsel 1 tok seks timer, mens fødsel 2 tok to timer, og at jordmor og lege ikke var tilstede konstant i disse to timene, ei heller at kvinnen fikk føderommet med én gang, da kan det være at ressursbruken er større på kvinne 1 (tilstedeværelse og føderom).

8.3.5 Forslag: Kode knyttet opp til tidsbruk

Fødsler skiller seg fra de fleste andre sykehusinnleggelses ved at det ikke dreier seg som sykdom eller skade, i seg selv. Dermed kan det være vanskelig å tilpasse systemer som tar utgangspunkt i nettopp sykdom og skade, på fødselsomsorgen. Vi har her noen forslag til forbedringer:

- En egen «undersøkelseskode» når jordmor/andre undersøker hvor langt kvinnen er kommet i fødsel. *Begrunnelse: Kvinner som ønsker undersøkelse skal få det. I dag hender det at fødeenheten ikke lar kvinnen komme til undersøkelse, de ber henne vente hjemme lenger enn hun selv ønsker. Praksisen har ført til transportfødsler og ufrivillige hjemmefødsler.*
- Koder for tidsbruk, antall timer fødselshjelper var sammen med kvinnen, og antall timer

³³ Hvis DRG-poengene fører til at de aktivitetsbaserte tilskuddene dekker mer enn 60% av hva foretaket bruker, får de "overbetalt" og tjener penger.

kvinnen opptok føderommet. *Begrunnelse: WHO's retningslinjer om å ikke forlate mor i aktiv fødsel overholdes og mor får ta tiden hun trenger.*

- Koder for smertelindring som ikke er kjemisk. *Begrunnelse: Smertelindring som vann og varme er uten bivirkninger for mor og barn, og oppleves positivt av mange. Smertelindring av denne typen er likefullt tiltak som gjøres under fødsel.*

I tillegg må gjerne kodene i Z39 Pleie og undersøkelse av mor etter fødsel, utvides. Mødre som ikke ammer trenger også pleie og undersøkelse. Individuell utreisesamtale bør også få egen kode. I tillegg må det være et system, enten gjennom koder eller en strengere og hyppigere evaluering gjennom mor-barn-vennlig initiativ, som sikrer at det faktisk gis barselomsorg på barselenheten: veiledning i egen hygiene, spedbarnsstell, amming og evt. i flaskemating der det er behov for det; tilbud om trøst, avlastning og matservering; og kontroll mtp. komplikasjoner hos mor og/eller barn.

9 Kapittel 9: Et bredt brukerperspektiv

9.1 Brukermedvirkning

Med representasjon i *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* er vi sikret brukermedvirkning på nasjonalt nivå. For at primærbrukerne av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal sikres medvirkning på lokalt og regionalt nivå også, er det nødvendig å få representanter i brukerutvalgene knyttet til helseforetakene. Disse representantene kan rekrutteres fra en rekke brukerorganisasjoner, f.eks:

- Liv laga
- Ung sanitet
- Ammehjelpen
- Fødsel i fokus
- Bygdekvinnelaget
- Kvinne- og familieforbundet
- Lokalsykehusaksjonen

Det er mulig at det er nødvendig med en endring i det årlige oppdragsdokumentet departementet gir de regionale helseforetakene, for å sikre representasjon.

For å trekke fedrenes erfaringer inn i arbeidet bør Reform (Ressurssenter for menn) brukes aktivt. I tillegg må brukere med særskilte behov, slik som innvandrere, funksjonshemmede, enslige mødre, foreldre med premature barn osv. høres gjennom sine organisasjoner, KIM (Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene) og Amatheia.

9.2 Brukererfaringsundersøkelser

Det er svært positivt at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal gjennomføre en nasjonal brukerundersøkelse. Vi gir gjerne innspill til både utforming og gjennomføring av undersøkelsen, jfr våre tidligere undersøkelser i fotnote 14. Det er svært viktig at resultatene knyttes opp til den enkelte enhet, samt at resultatene blir tilgjengelig for publikum. Vi vil vite hvilke enheter brukerne er fornøyde med og hvilke de er misfornøyde med, for å kunne arbeide målrettet. Resultatene bør også bli en del av kvalitetssikringsarbeidet.

9.3 Informasjon

Vi finner det nødvendig å påpeke at det ikke bare er *unge* kvinner som mangler kunnskap om egen kropp, svangerskap og fødsel. Kvinnenes kunnskap er ikke avhengig av deres alder, men erfaring, f.eks. gjennom nære familiemedlemmer eller venner som har fått barn.

Det er derfor behov for en lett tilgjengelig helseportal for gravide, fødende og ammende samt partnere hvor all offentlig helseinformasjon er samlet. (...) Helsedirektoratet vil få i oppdrag å samle all offentlig helseinformasjon i en nettbasert helseportal rettet mot gravide og fødende. Helseportalen skal omfatte informasjon om graviditet og fødsel i forhold til psykisk helse. Det skal legges vekt på at all informasjon er tilgjengelig for kvinner med innvandrerbakgrunn og deres partnere. Dette forslaget støtter vi fullt ut. Nettsiden må være tilrettelagt for blinde og andre funksjonshemmede. Mye av informasjonen bør også finnes i trykt utgave i form av brosjyrer og hefter. Direktoratet bør utforme kursmateriell til bruk på helsestasjoner og i organisasjoner etc.

Vi vil også påpeke følgende:

- Ikke bare ammende, men også flaskemotere trenger informasjon. Det er svært vanskelig for disse per i dag å finne kvalifisert informasjon.
- I tillegg til å foreligge på flest mulig språk bør informasjonen tilrettelegges for alle brukere. Det er svært viktig at språket er lett forståelig og tilgjengelig, også for de som ikke har høyere utdanning. Akademikere bruker ofte et for akademisk språk, og derfor bør tekstene testes på brukere som ikke har erfaring med fagspråket. Jfr. Fotnote 20.
- Det bør vurderes hvorvidt portalen også skal ha en egen del (f.eks med innlogging via autorisasjonsnummer) for helsepersonell. Et sted der den nyeste forskningen presenteres for helsearbeiderne, der de kan bli oppdatert på nye standarder og praksis, og der de kan slå opp eller spørre ekspertise/kolleger om sjeldne tilfeller.

Vi vil tipse om følgende nettsted: <http://www.schwanger-info.de/> Det er en statlig tysk side med saklig informasjon om alt som angår reproduktiv helse. Siden virker veldig omfattende og informativ. Behandlede temaer er for eksempel prevensjon, uønsket svangerskap, ufrivillig barnløshet, svangerskap, fødsel, barsel, økonomiske rettigheter, det å bli far osv. Det står sågar om ulike posisjoner å føde i, om bruk av vann som smertelindring og hjemmefødsel. Vi gleder oss til at vi får noe lignende i Norge også – et nettsted som uten føringer kan gi saklig informasjon om brukernes rettigheter, valg og muligheter, gjerne også med alle relevante skjema samlet/lenket til.

10 Kapittel 10: Administrative og økonomiske konsekvenser

I oversikten over økonomiske konsekvenser står ikke noe om hvordan arbeidet med retningslinjer og den nye nettportalen, samt annet informasjonsarbeid skal finansieres og organiseres. For å få fortgang i dette arbeidet antar vi at det er et stort behov for prosjektstillinger i direktoratet. Vi ber komiteen presse på for at dette skjer.

Vi ser heller ikke noe om hvordan man skal få fortgang i arbeidet med å knytte helsestasjonene opp til Helsenettet.

Vi etterlyser også en gjennomgang av helseforetakenes økonomiske prioriteringer. Vi har de siste årene hatt flere tilfeller av at dyre oppussinger stjeler ressurser fra drift. Å få føde i hyggelige omgivelser og ha TV på barselrommet er vel og bra, men ikke når dette går på bekostning av antall rom i bruk, antall jordmødre på vakt og antall døgn på barsel. Å prioritere dyre designrom og lite

tilpassede løsninger framfor drift av høy kvalitet bør føre til økonomiske sanksjoner mot de ansvarlige.³⁴

11 Vedlegg: Innlegget holdt på høringsmøtet 18. mars 2009

Takk for at vi fikk komme her i dag. Vi sitter begge i styret til Liv laga, organisasjon for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Jeg, Ingeborg Altern Vedal bor i Oslo og Eva Vassdal kommer fra Narvik.

Vi er veldig glade for at det lot seg gjøre å møte dere etter den formelle høringa. Vi er en fersk organisasjon uten sekretariat, og visste derfor ikke om høringa i tide til å melde oss på. Vi beklager at skriftlige innspill fra oss har kommet seint. Vi håper komiteen likevel har kikket på disse. Før vi åpner for diskusjon vil vi framheve noe av det vi har skrevet.

Vi er godt fornøyd med store deler av stortingsmeldinga. Tittelen, «en gledelig begivenhet», viser oss at også regjeringa mener at en familieførøkelse handler om mer enn at mor og barn skal overleve. Å gi familien en trygg og god opplevelse er en verdi i seg selv, og også viktig ved at det forebygger problemer og øker sjansen for at familien vil ha flere barn.

- Vi støtter forslaget om at jordmødrene skal være ansatt i helseforetakene, med visse forbehold. Kontinuitet og samarbeid mellom aktørene er viktig. Vi vil utdype dette nærmere i vårt endelige høringssvar.
- Vi krever full jordmordekning snarest mulig! Alle kvinner skal få sjansen til å gå til jordmor i svangerskapet og alle skal få ha jordmor hos seg under fødselen.
- Vi deler regjeringens bekymring for innvandrerkvinner, men mener det er viktig å identifisere problemene til de ulike gruppene, f.eks. helseproblemer knyttet til etnisitet (krever spesialkunnskap hos helsearbeider) eller språk/kulturbarrierer (krever doula/tolk og kulturkunnskap hos helsearbeider).
- Økonomiske og administrative konsekvenser som ikke nevnes er at direktoratet trenger folk til å utarbeide retningslinjer og lage ny nettportal. Begge disse oppgavene haster og vi ber komiteen presse på slik at direktoratet raskt får ressursene de trenger.

Meldingens kapittel om barsel er dessverre tynt både i lengde og innhold. Svært mange er misfornøyd med dagens barselomsorg og får store problemer som kunne vært forbygget med enkle midler. Regjeringens virkelighetsbeskrivelse stemmer ikke alltid. Liggetiden er kortere enn oppgitt og sykehus reduserer tilbudet uten å kompensere. Vi mener helseforetakene skal ha ansvar for den første barseltiden, uansett jordmormodell. Vi har fått verdifulle innspill på kapittelet om barsel fra Ammehjelpen. Det er en frivillig organisasjon som gjør sitt beste for å bøte på dårlig barselomsorg, om som har sett en klar forverring de siste årene. Omsorg må tilbake i barselomsorgen!

Noe av det viktigste i livet er å oppleve trygghet.

Trygghet er en forutsetning for god livskvalitet.

Svært mye av tryggheten kan vi være med på å forme selv, andre ganger er vi overlatt til andre og det kan være vanskelig for oss å påvirke eller styre.

Ikke minst gjelder dette under svangerskap og fødsel.

Dersom vi ønsker vekst i de små byene og distriktene rundt om i landet, så må det legges til rette for dette.

Bla ved å tilby gode fødetilbud.

³⁴ Se bl.a. disse:

<http://www.adressa.no/nyheter/trondheim/stolavs/article868556.ece>

<http://www.bt.no/lokalt/bergen/article782783.ece>

I «En gledelig begivenhet» øyner vi håp om at det skal få være «Liv laga» rundt om i Norge.

Vi støtter forslaget om å gå bort fra tallkriteriene. Alle fødeenheter, uansett størrelse, må jobbe aktivt med kvalitetssikring og pasientsikkerhet. Brukertilfredshet bør være én av kvalitetsindikatorerne. Brukerundersøkelser må knyttes til den enkelte enhet. Vi har gjennomført kvalitative og kvantitative undersøkelser som vi kan sende dere.

Vi vil at brukerne skal aktivt på banen når de nye kvalitetskriteriene skal utarbeides.

Dette bla for å sikre at de myke verdiene blir ivaretatt, målt og evaluert.

Følgetjeneste har vært en bør-tjeneste i 25 år. Vi ber komiteen nå gjøre det til en skal-tjeneste.

Det er bra at regjeringen foreslår at HF skal stå for utgiftene ved følgetjeneste, og vi forutsetter at det i dette også ligger at vaktberedskapen dekkes av HF.

I dag er det enkelte steder et høyt konfliktnivå mellom HF og lokalsykehus og kommuner. Dermed er det stor usikkerhet knyttet til fødeenhetenes framtid. En langsiktig plan er en god idé.

Men når det gjelder utarbeidelse av disse planene, så er vi sikre på at det vil oppstå en del konflikter.

I denne sammenhengen vil vi passe på å nevne Helsetilsynets rapport fra 2008, som tok for seg kvaliteten ved de 13 små fødeavdelingene rundt om i landet. Dersom man skal gjøre kvalitetsundersøkelser av fødetilbudet i Norge så må man ta for seg alle fødeenheter. Rapporten fra 2008 kunne lett fremstille et feilaktig bilde av at det er mer utrygt å føde ved små fødeavdelinger – av mange brukere ble det nok oppfattet slik også. Vi er ikke tjent med undersøkelser som ikke skaper et reelt sammenligningsgrunnlag, og som kun tar for seg utvalgte deler av de ulike fødetilbudene vi har idag. Vi vil ha en gjennomgang av hele Føde-Norge.

Svært ofte er det sprikende interesser mellom HF og kommunene. Ikke sjelden har partene et ulikt syn på hva som er godt nok, hva kommunens befolkning er best tjent med osv

Vi vil ha ei avklaring på hvem som har siste ordet dersom og når konflikter oppstår på dette området.

Vi krever mer politisk styring og demokratisk påvirkning.

Sist vil jeg bare si at vi håper at "En gledelig begivenhet" skal bidra med å sette punktum for at HF spekulerer i å tjene penger på gravide, fødende og deres barn.

12 Vedlegg: Brev fra en bruker til ei lokal jordmor etter sommerstengingen i 2008.

Kjære Elisabeth!

Så var tredje, og siste fødsel over. Jenta mi kom på termin dato. Tusen takk for god omsorg og oppfølging i svangerskapet og «og under fødselen». Det er godt å ha noen å snakke med og noen som bryr seg i et svangerskap der mange av tankene ble kaos. For slik ble det denne gangen.

Alt da jeg fant ut at jeg var gravid var min første tanke: «Havner jeg nå midt i sommerstengningen av Orkdal?» Og på ultralyd i januar (på Orkdal sykehus) fikk jeg bekreftet at de skulle ha sommerstengt, men visste ikke når!! Skjønte raskt at Orkdal var utelukket for min del og vendte nesen min mot Kristiansund som et naturlig andrevalg (Orkdal var førstevalg fordi jeg har født mine to andre barn der og har kun positive opplevelser) Men hva skjer, jo Kristiansund skal stenge samtidig med Orkdal!! Og ikke nok med det, kommunejordmødrene i distriktene som jobber på føden i Kristiansund blir pålagt ferie i stengningstiden!! Enda mere galskap. Og da er det vel ikke rart at tankene blir kaos under svangerskapet, når en sitter i Aure, uten følgejordmor og med 15 mil til sykehuset i Trondheim og med lang avstand til Molde, som langt i fra er et naturlig valg for oss i Aure når vi har dårlig tid. Det ble et svangerskap preget av mange tanker og bekymringer. Trist, for dette skal jo egentlig være en fin og spesiell tid. Vel, det ble Trondheim på meg. Kjenner

første ri natt til lørdag 28.juni. Pappaen og jeg haster oss inn i bilen og kjører i veg. Vi vet ikke hvem som har legevakt, for alt vi vet er det doktoren på tustna eller doktoren i Halså kommune. Så vi bestemmer oss for at dette må vi klare selv, vi kan ikke vente, da vi vet at jeg har raske fødsler. På bilturen oppover er vi begge spente på hva som møter oss ved St.Olavs Vi har jo selvsagt fulgt med på skriviene i adresseavisa om natte- og helgestengte fødeavdelinger. Og selvsagt er det nå både natt og helg !! Max uflaks !

Vi har ringt og meldt vår ankomst, så vi er ventet....trodde vi! Vi kommer opp i resepsjonen på fødeavdelingen, jeg med min store mage og pappaen med en bag i hånden. Ja, sier resepsjonisten og ser på oss. Ja? Sier jeg. Trodde jeg skulle bli ønsket velkommen, men blir i stedet møtt av et spørrende ja? Så da er det bare å forklare at jeg har rier og skal føde. (Hvilken overraskelse når en trapper opp på en fødeavdeling midt på natten! Det er i alle fall ikke visitt-tid!

Vi blir bedt om å sette oss i en stol og vente (og vente skal vi gjøre mye denne helgen fødselen tar!) Det står et annet par der også, hun med tydelige rier og smerter. De blir fortalt at det er bestilt taxi og at den kommer og kjører de hjem (til Buvika) Så får de heller komme tilbake senere, når riene er tettere! (Hvilken omsorg og hvilket personvern!) Vi venter og venter. Får etter hvert en jordmor som kan ta oss med inn til undersøkelse. Er for kort kommet i åpningsfasen. Ut på gangen igjen, ny venting, jordmoren skal prøve å finne et rom til oss. Det er noen stoler i enden av gangen, vi setter oss der. Rett utenfor to fødestuer. Det var intet blivende sted, har langt ifra behov for å høre hylene og stønnene fra andre fødende nå rett før jeg skal igjennom samme smertehelvetet selv. Så da blir det tilbake til stolene ved resepsjonen igjen. Får etter hvert komme inn på et undersøkelsesrom, der vi får slappa av litt.

Åpningsfasen trekker ut i tid og riene kommer og går med ujevne mellomrom.

Stadig nye folk å forholde seg til. Det kommer inn en jordmor og gjør i stand til fødsel på undersøkelsesrommet, hun tror det blir fødsel snart, det er ingen fødestue ledig! En annen jordmor kommer med risposer til smertelindring. Jeg og pappaen ser på hverandre når hun har gått ut, hallo, jeg har ingen rier, ingen smerter, jeg kommer ikke til å føde snart! Vi begynner å tvile på hele opplegget, og jeg begynner å sende meldinger til deg Elisabeth, som har ferie, for å få psykisk støtte og gode råd.

Så finner jordmødrene også ut at her blir det ingen fødsel. Ut av rommet igjen, sett deg i gangen og vent. Der sitter det alt et par. En jordmor kommer og snakker med de, skal prøve å finne et rom så hun kan bli undersøkt, bare vent litt! Vi to parene som sitter der ser litt unskyldende på hverandre, det er jo tross alt private samtaler, smiler litt og himler med øynene i forståelse av at vi er jo i samme situasjon. Det kommer en jordmor og vil ha personalopplysninger, skal prøve å ordne med rom på pasienthotellet.

Vi må bare vente!! Litt ! Vi venter og venter og mens vi venter så venter også det andre paret. Så kommer det et par til, hun i rullestol! Må legge fram sin situasjon i resepsjonen. Har begynt å blø, er redd for å abortere, og ja dette har skjedd før. Følelsesladet for henne å fortelle dette, trist for oss å høre på . Alle ser ned for at hun skal slippe nysgjerrige eller medfølende blikk. Og til alles overraskelse (eller ikke!) Hun får beskjed om å vente! De skal se om de kan finne en jordmor og et rom! Heldig for henne at hun har rullestolen, for nå begynner det å bli lite stoler. Vi venter. Mannen min går og spør hvor mye lengre vi må vente, men det vet de ikke, noen må sjekke ut av pasienthotellet først. Vi er trette og slitne. Enda en gravid kvinne kommer, knapt synlig mage, hun må også fortelle så alle vi andre hører. Er redd vannet har gått. Får beskjed om å vente.

Det begynner å bli ettermiddag. Vi har tusla rundt inne i gangene på sykehuset, vært litt utenfor (for å putte penger på bilparkometeret, for det må vi jo også passe på) før vi endelig får beskjed om at nå kan vi komme til hotellet. Vi får en bekreftelse på at vi får rom og de vil sende oss av gårde. Mannen min spør om de ikke skal undersøke meg først, det har tross alt gått 4-5 timer siden sist. Jo

det er greit, bare VENT litt, skal se om vi finner et rom. Aner ikke hvor ofte vi hørte vent litt før alt var over!

Pasienthotellet fungerte helt fint, vi var som vanlige hotellgjester. Var innom sykehuset en gang til sjekk på søndag. En cm mer åpning, men fortsatt langt igjen til det var klart for fødsel. De vurderte å sende meg hjem. Det var da jeg sendte deg melding om det gikk an å bytte om til Molde sykehus. Altså mer eller mindre midt i fødselen. Fikk bekreftet at det gikk.

Heldigvis bestemte de seg for å la meg få en natt til på pasienthotellet, for den natten ble det, og da var det over på knappe to timer. Hadde jeg vært hjemme da, hadde det blitt fødsel i bil. Fødselen på sykehuset var helt grei. Reiste hjem dagen etter uten barselsamtale eller undersøkelse av noe slag.

Konkluderte med at jeg er glad for at jeg ikke var førstegangsfødende eller helt ung! Var godt å ha ballasten med to tidligere fødsler og litt erfaring i bagasjen.

Men nå er jenta mi her, hun har fire søsken så dette var punktumet for oss!

Håper av hele mitt hjerte at det samme ikke skjer flere ganger, med sommerstengning av fødeavdelinger. Både for gravide og fødendes skyld, men også like mye for jordmødrene som skal jobbe under slike forhold. Det er ikke en verdig situasjon for noen av partene!

Men takk Elisabeth, enda en gang for god oppfølging underveis, både i svangerskap og kontakten under fødselen.

Klem fra meg