

Rapport om lavrisikofødetilbudet i Oslo

Innhold

DEL I INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1	ARBEIDSGRUPPENS OPPNEVNING, MANDAT OG ARBEIDSMÅTE.....	5
1.1	Oppnevning og arbeidsmåte	5
1.2	Mandatet: Vurdering av lavrisikofødseltilbudet ved fødeavdelingen, Kvinne- og barneklubben, Oslo universitetssykehus	5
1.2.1	Bakgrunn.....	5
1.2.2	Problemstilling og forventninger	5
1.2.3	Arbeidsgruppen	6
1.2.4	Styringsgruppe:	7
1.2.5	Frister for rapportering.....	7
2	SAMMENDRAG	7
3	INNLEDNING.....	8
3.1	Pålagte oppgaver	9
3.1.1	Differensiert fødselsomsorg	9
3.1.2	Kontinuitet	10
3.1.3	Forskning	11
3.1.4	Økonomi	12
3.1.5	Samhandling med kommunen	12
3.2	Handlingsplan for samhandling 2009 – 2012 (HSØ).....	13

DEL II BESKRIVELSE, EVALUERING OG DRØFTING

4	EGNE LAVRISIKOTILBUD ER VIKTIG FAGLIG OG ØKONOMISK	15
4.1	Om ABC o.l. tilbud	15
4.1.1	ABC o.a. lavrisikotilbud	15
4.1.2	Brukere av lavrisikotilbud.....	16
4.2	Differensiering, kontinuitet, forskning og økonomi.....	16
4.2.1	Differensiering – best faglig og økonomisk	16
4.2.2	Tidlig hjemreise.....	16
4.2.3	Kontinuitet gir best tjenester	17
4.2.4	Behovet for forskning	18
4.2.5	Økonomiske argumenter	18
4.3	Oslo kommune	19
4.4	Flerkulturelle kvinner	19
5	KORTFATTET BESKRIVELSE AV VIRKSOMHETEN VED DE TO ENHETENE	20
5.1	ABC-fødeavdelingen.	20
5.1.1	Aktivitet	21
5.1.2	Tilgang på fødende som fyller inngangs- og seleksjonskriteriene.....	21
5.2	Føderiket	21
5.2.1	Aktivitet	22
5.2.2	Tilgang på fødende som fyller inngangs- og seleksjonskriteriene.....	22

5.3	Aktivitetstall.....	24
5.3.1	Fødselstall.....	25
5.3.2	Økonomiske resultater	25
6	EVALUERING AV FØDERIKET	25
6.1	Evaluering i forhold til målsettinger ved etableringen i forhold til faglig innhold	26
6.1.1	Gi kvinner som søkte fødeplass ved RH et tilbud om differensiert fødetilbud.....	26
6.1.2	Øke antall fødeplasser i Oslo med 300	26
6.1.3	Føderiket skal bli et nasjonalt kompetansesenter for den normale fysiologiske fødsel.....	26
6.2	De fødendes og de ansattes erfaringer	27
6.2.1	Spørreundersøkelsen.....	27
6.2.2	Tilbakemeldinger fra brukerne	28
6.2.3	Arbeidstid for jordmødrene på Føderiket.....	28
7	INNHold OG ORGANISERING AV FRAMTIDIG TILBUD VED OUS	29
7.1	Behovet i Oslo og Akershus	29
7.1.1	Antall fødte 1997-2009 (SSB).....	29
7.1.2	Framskrivinger	30
7.1.3	Antall fødte per sykehus (Medisinsk fødselsregister).....	30
7.1.4	Konklusjon.....	31
7.2	Drøfte mulige alternative organisasjonsmåter for lavrisikotilbudet med utgangspunkt i dagens organisering	32
7.2.1	Videreføring av tilbudet slik det eksisterer i dag. Utviklingsmuligheter, faglige og økonomiske muligheter og utfordringer.	32
7.2.2	Samlokalisering av de to enhetene.....	32
7.2.3	Andre tiltak innen lavrisikotilbudet eller samhandlingstiltak med kommunale tjenester under svangerskap og barseltid.....	34
8	KOMMENTARER	36
8.1	NSF.....	36
8.2	Brukerrepresentantene	36

DEL III KILDER OG VEDLEGG

KILDER	38
VEDLEGG	39
	Føderikets serviceerklæring.....	39
	Aktivitet utenom omsorg ved Føderiket.....	40
	Budsjett Føderiket 2009	42
	Regnskap Føderiket 2009	43
	Aktivitetsrapport Føderiket 2009.....	44
	Budsjett ABC 2009	45
	Regnskap ABC 2009.....	46
	DRG og plantall for ABC 2009	47

Poliklinikkaktivitet ABC 2009	48
Pasienterfaringer ved ABC 2009	49
Brukerundersøkelsen Føderiket	50

Del I

Innledning og sammendrag

1 Arbeidsgruppens oppnevning, mandat og arbeidsmåte

1.1 Oppnevning og arbeidsmåte

Arbeidsgruppen ble oppnevnt ved brev av 27. januar 2010, se brevets tekst i punkt 1.2.

Gruppen har hatt 7 møter. Mellom møtene har gruppen utvekslet dokumenter per e-post.

1.2 Mandatet: Vurdering av lavrisikofødseltilbudet ved fødeavdelingen, Kvinne- og barneklubnikken, Oslo universitetssykehus

1.2.1 Bakgrunn

Seksjon lavrisikofødsel består av to enheter: Føderiket, med ca. 150 fødsler i 2009 og ABC med ca. 600 fødsler i 2009. Føderiket er et prosjekt som har gitt tilbud fødende i snart tre år, mens ABC har eksistert siden 1997.

På bakgrunn av sammenslåingen av fødeavdelingene ved Ullevål og Rikshospitalet, skal virksomheten i avdelingen gjennomgås for å sikre et helhetlig og differensiert tilbud til kvinner under graviditet, fødsel og barseltid.

I denne sammenheng etableres en arbeidsgruppe med oppgave å evaluere nåværende organisering, særlig erfaringene med etablering av Føderiket, og foreslå alternative utforminger av tilbudet innen lavrisikofødsel.

1.2.2 Problemstilling og forventninger

I tråd med føringer fra Oslo universitetssykehus (OUS) skal alle klinikker utrede organisatoriske løsninger som ivaretar og bidrar til best mulig pasientbehandling, forskning og utdanning, samt optimal ressursutnyttelse. I denne sammenheng har Kvinne- og barneklubnikken ansvar for å identifisere og gjennomføre tiltak på tvers av tidligere organisasjon og lokaliseringer.

Det vises til også til føringer fra Helse Sør-Øst ved etableringen av Oslo universitetssykehus og de oppgaver som er gitt til Kvinne- og barneklubnikken, for eksempel i mandat for klinikkprosjekt D. Oslo universitetssykehus presiserer at klinikkene skal fokusere

på å finne løsninger for samlokalisering av relevante enheter, og i særdeleshet små dupliserte funksjoner raskest mulig. De valgte løsningene skal understøtte behovet for kortsiktig økonomisk kontroll og langsiktig økonomisk bærekraft i form av dimensjonering og prioriteringer.

1.2.3 Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen skal:

Gi en kortfattet beskrivelse av virksomheten ved de to enhetene. Beskrivelsen skal omfatte områder som faglig profil, aktivitet, tilgang på fødende som fyller inngangs- og seleksjonskriteriene, budsjett og regnskapsresultat.

Evaluere etableringen av Føderiket i forhold til målsettinger ved etableringen med hensyn til faglig innhold, de fødendes og de ansattes erfaringer, aktivitetstall og økonomiske resultater.

Arbeidsgruppen skal videre drøfte hvilke elementer lavrisikofødseltilbudet ved Oslo universitetssykehus bør inneholde og mulige alternative organisasjonsmåter for lavrisikotilbudet. I denne sammenheng skal gruppen vurdere:

Videreføring av tilbudet slik det eksisterer i dag. Utviklingsmuligheter, faglige og økonomiske muligheter og utfordringer.

Samlokalisering av de to enhetene. Muligheter for å slå Føderiket sammen med ABC-enheten. Utviklingsmuligheter, faglige, forskningsmessige og økonomiske muligheter og utfordringer. Arealbehov. I tilfelle slik sammenslåing bes vurdert hva som bør gjøres for å ivareta det beste fra begge dagens enheter samt videreutvikle tilbudet.

Andre muligheter for endret organisering av tilbudet. Fellesorganisering av pasientinntak, fagutvikling og økonomi. Hjemmeoppfølging og andre tiltak innen lavrisikotilbudet eller som samhandlingstiltak med kommunale tjenester under svangerskap og barseltid.

Arbeidsgruppens sammensetning:

Assisterende avdelingsleder Kristi Hjelle, leder av gruppen.

Seksjonsleder Fødsel RH Bente Rønnes

Enhetsleder ABC Sigrid Larheim

Enhetsleder Føderiket Anne Kari Gjestvang

Seksjonsleder obstetrikk Gaustad Tore Henriksen

Verneombud Britt Svarstad-Carlsen

Margunn Omtvedt, Norsk Sykepleierforbund

Anne-Bi Stange, Den Norske Jordmorforening

Ingeborg Altern Vedal, Liv laga (oppnevnt av brukerutvalget OUS)

Ragnhild Braastad, Brukerutvalget, Oslo Universitetssykehus

Arbeidsgruppen rapporterer til avdelingsleder for fødeavdelingen, Thomas Åbyholm som er prosjekteier.

1.2.4 Styringsgruppe:

2 representanter fra tillitsvalgte (navn har foreløpig ikke kommet), klinikkverneombud Lillian Paus Vadem og fra ledelsen Thomas Åbyholm, Guttorm Haugen og Terje Rootwelt.

1.2.5 Frister for rapportering

Foreløpig rapportering til avdelingsleder Thomas Åbyholm om fremdrift i arbeidet fredag 19.02.2010.

Til denne datoen forventes en kortfattet skriftlig oppsummering av aktuelle problemstillinger, beskrivelse av evalueringsarbeidet og foreløpig gjennomgang av aktuelle organisatoriske løsninger, samt en vurdering av fremdriften i arbeidet i forhold til gitt tidsfrist.

Endelig rapport: 12.03.2010.

2 Sammendrag

Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Likevel er omsorgen knyttet til svangerskap, fødsel og barsel mange steder fragmentert og lite sammenhengende. Det er mot denne bakgrunnen egne lavrisikotilbud har oppstått for bedre å kunne ivareta det behovet mange gravide har for kontinuitet gjennom forløpet svangerskap, fødsel og barsel.

«Alternativ Birth Care» er et fenomen som oppsto i USA på 1970 tallet som en motvekt mot en teknisk, lite omsorgsfull og medikalisert fødselshjelp. Kvinner som ønsket å føde på egne premisser uten umotiverte medisinske inngrep fikk dårlig hjelp innen for den tradisjonelle fødselshjelpen. Gjennom ABC-klinikker fikk de et godt tilbud. Kravene om medbestemmelse og måten å organisere svangerskap, fødselshjelp og barselomsorg på kom til Europa på 1980-tallet.

Norsk fødselsomsorg skal være differensiert. Det betyr bl.a. at den er delt i tre nivåer der seleksjonskriterier avgjør hvilket nivå kvinnene kan føde på. Helse Sør-Øst har sluttet seg til dette, og OUS skal gi ulikt tilbud til kvinner med ulike behov. ABC og Føderiket sikrer et slikt helhetlig og differensiert tilbud.

Føderiket ble etablert i 2007 som et prosjekt over 5 år. Enheten er en fødestue utenfor sykehus. Her kan gravide gå til svangerskapsomsorg, føde og dra hjem få timer etter fødsel. Jordmor drar hjem til den enkelte for barselomsorg. Barnelegeundersøkelse, Føllingsprøve og hørselstest tas på Rikshospitalet noen dager etter barnet er født. Dette er en enhet for de som ikke ønsker å føde på sykehus.

ABC-fødeavdelingen ligger vegg i vegg med de andre fødeavdelingene på Ullevål. Enheten ble etablert på Aker i 1997 og flyttet til Ullevål i 2004. Her kan gravide gå til svangerskapsomsorg, føde og være 48 timer etter fødsel. De kommer tilbake til Føllingsprøve og annen oppfølging dersom det er behov for det. Dette er en enhet for de som ikke ønsker å

føde på en tradisjonell fødeavdeling, men som ønsker den medisinske tryggheten den tradisjonelle fødeavdelingen gir.

I organiseringen av OUS presiseres det at klinikkene skal fokusere på å finne løsninger for samlokalisering av relevante enheter, og i særdeleshet små dupliserte funksjoner raskest mulig. De valgte løsningene skal understøtte behovet for kortsiktig økonomisk kontroll og langsiktig økonomisk bærekraft i form av dimensjonering og prioriteringer. Oslo har et stort volum av kvinner som går gravide hvert år. Volumet kommer etter all sannsynlighet til å øke i årene som kommer. Denne økningen kombinert med god markedsføring vil sannsynligvis gi en god økning til ABC og Føderiket, og dermed frigi plass på de andre avdelingene til kvinner som trenger mer avansert hjelp. Varslede endringer i finansieringen av fødselsomsorgen kan også få positive økonomiske følger for disse enhetene.

Utredningene skal sørge for best mulig pasientbehandling, forskning og utdanning samt optimal ressursutnyttelse. Brukertilfredsheten ved Føderiket og ABC er svært høy, og kliniske resultater er fulgt nøye og er svært gode. Opprettholdelse av begge enhetene vil gi mulighet for forskning på fysiologisk fødsel og alternative turnusordninger. Føderiket ivaretar i dag formidling av forskningsresultater og kurs for jordmødre og leger fra hele landet. Både ABC og Føderiket har studenter og hospitanter. OUS står for en stor del av den praktiske utdanningen av norske jordmødre, det er viktig at studenten får opplæring også fra jordmorstyrte enheter der fødslene ikke er patologiske. Evaluering av Føderiket er ikke gjort tidligere, men rapporten viser uttrekk fra en pasienttilfredshetsstudie som er gjort nå.

Det fins flere mulige alternative organisasjonsmåter for lavrisikotilbudet.

Begge enhetene kan fortsette som nå med intensivt fokus på å informere om enhetene til de gravide og primærhelsetjenesten. Hvis flere får kunnskap om hva enhetene kan tilby, kan flere få ta del i det ypperlige tilbudet. Denne organiseringen gir også mulighet til å utvikle tilbudet til å omfatte en base for hjemmefødsel. I tillegg vil man kunne tilby oppfølging hjemme og andre tiltak som sikrer et godt lavrisikotilbud, gjerne i samhandling med Oslo kommune.

Alternativt kan enhetene samlokaliseres gitt dagens volum. Imidlertid vil vi da miste muligheten til videreutvikling av tilbudet, og lavrisikotilbudet til Oslos kvinner vil bli snevrere.

3 Innledning

Arbeidsgruppen skal beskrive Føderiket og ABC, evaluere etableringen av Føderiket og drøfte innholdet i og organiseringen av lavrisikofødselstilbudet ved Oslo universitetssykehus. Tre muligheter skal vurderes: videreføring, samlokalisering og evt. andre muligheter.

Gruppen har tatt utgangspunkt i offentlige utredninger, meldinger, proposisjoner og innstillinger, samt vedtak i Stortinget og styringsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst:

- NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge

- Helsetilsynets utredning nr 1/97 Faglige krav til fødeinstitusjoner
- NOU 1999:13 Kvinner helse i Norge
- Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen. IK-2691. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
- [Rapport fra fagkonferansen 1999 «Stort og sikkert? Smått og godt? Hvor skal kvinner i Norge føde?»](#)
- Stortingsmelding nr. 43 (1999-200): Om akuttmedisinsk beredskap
- Innst. S. nr 300 (2000-2001) om akuttmeldingen
- St. prp. nr 1 (2006-2007) Nasjonal helseplan
- St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, i denne rapporten referert til som «fødselsmeldingen»
- Innst. S. nr. 240 (2008-2009) om fødselsmeldingen, i denne rapporten referert til som «innstillingen»
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- [Oppdragsdokument Helse Sør-Øst](#), 2010
- Nasjonal rammeavtale for samhandling
- [Handlingsplan for samhandling 2009-2012](#)
- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen IS-1179
- Notat Kunnskapssenteret 2005: Fødeavdelinger, fødestuer, pasientvolum og behandlingskvalitet
- WHO: Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care - A guide for essential practice

Vi vil i denne innledningen forklare, med bakgrunn i bl.a. disse dokumentene, hvorfor det er viktig å ha egne og ulike tilbud til lavrisikofødende.

3.1 Pålagte oppgaver

Fødselshjelpen har de siste årene vært under diskusjon og behandlet i flere offentlige dokumenter. Stortinget har flere ganger vedtatt at fødselshjelpen i Norge skal være desentralisert og differensiert.¹ I tillegg skal det være valgfrihet i forhold til hvor man ønsker å føde, så langt det er kapasitet ved ønsket fødeavdeling. Helseforetakene er også pålagt å legge til rette for forskning. I tillegg har Stortinget bedt om at de naturlige fødslene skal få bedre økonomiske kår. Dessuten er det politiske signal om at ufrivillig deltid skal bort.

3.1.1 Differensiert fødselsomsorg

I Stortingsmelding 12 (2008-2009) defineres de ulike fødeenhetene

¹ Innst. S. nr 300 (2000-2001) om akuttmeldingen og Innst. S. nr. 240 (2008-2009) om fødselsmeldingen

Kvinneklinikker: Minst 1 500 fødsler per år, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.

Fødeavdelinger: Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege (kun unntaksvis og som en overgangsordning skal kirurger kunne delta i vaktberedskap), nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.

Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold.

Sitat fra Helse- og omsorgskomiteen i deres innstilling til fødelismeldingen.

Komiteen er opptatt av å sikre både en desentralisert og differensiert fødselsomsorg og mener at fødestuer bidrar til det. Ved fødestuene gis det et fødetilbud som støtter opp under fødselen som en normal prosess med vekt på liten medisinsk intervensjon.

Komiteen mener at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes utenfor sykehus eller i sykehus uten fødeavdeling for å gi et desentralisert tilbud. Videre mener komiteen at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes i sykehus i tilknytning til større fødeavdelinger slik at de kan gi et differensiert tilbud. Det er etablert slike tilbud flere steder med svært godt resultat, og komiteen mener de må opprettholdes. Det gjelder bl.a. tilbud ved kvinneklinikkene i Bergen, Stavanger og Oslo.

At norsk fødselsomsorg skal være differensiert betyr at den er delt i tre nivåer der seleksjonskriterier avgjør hvilket nivå kvinnene kan føde på.

- Hvis mor eller barn er syke eller det er fare for at de blir det, må mor føde på **kvinneklinikk**.
- Hvis det er en risiko for komplikasjoner, men lav risiko for at barnet trenger intensiv hjelp kan hun føde på en **fødeavdeling**.
- Bare når kvinnen sannsynligvis vil føde uten komplikasjoner og uten ekstra hjelp til henne og barnet får hun lov til å føde på **fødestue**.

I Norge finnes det to typer fødestuer:

- Fødestuer i små byer og tettsteder bl.a. pga. lang vei til fødeavdeling.
- Fødestuer i storbyer for å gi kvinnene mulighet til en annen type fødsel enn på sykehus.

I tillegg til disse tre nivåene på fødeenheter skal tilbudet være differensiert innad i kvinneklinikker og fødeavdelinger. Det innebærer at ulike grupper kvinner skal få ulike behov tilfredsstilt, f.eks. smertelindring, fødestilling osv.

3.1.2 Kontinuitet

Kontinuitet kan defineres på tre måter:

- Kontinuitet på **individnivå**: at brukeren må forholde seg til færrest mulig helsearbeidere i løpet av svangerskapet, fødselen og i barseltiden. Gjerne samme jordmor eller samme team av jordmødre gjennom alle tre faser, slik som ved hjemmefødsel.
- Kontinuitet i **informasjon**: at informasjonen som formidles er ens uansett avsender. Eks. alle gir de samme – og ikke motstridende – ammeråd.
- Kontinuitet på **systemnivå**: når tjenestene er koordinert mellom de ulike ansvarlige i

primær- og spesialisthelsetjenesten.

I Stortingsmeldingens del 4.1. heter det:

Det er et mål at kvinner skal tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

I følge Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet 2005) innebærer det å møte så få fagpersoner som mulig. En slik ønsket kontinuitet på individnivå mangler ofte i dag. Dette skyldes at svangerskapsomsorgen i hovedsak skjer i kommunehelsetjenesten, mens fødsler er spesialisthelsetjenestens ansvar. 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. Kvinner kan derfor oppleve å møte mange forskjellige fagpersoner i løpet av svangerskapet, fødsel og barseltid.

I del 4.10.2 gir regjeringen sin konklusjon og gir Helsedirektoratet i oppdrag å lage nye retningslinjer: «Det skal legges særlig vekt på tiltak for å sikre helhet og kontinuitet for gravide/ fødende og kvinner/barn med påvist risiko og spesielle behov.»

Under kapittel 1 *Regjeringens mål* løftes også kontinuitet fram:

«Målet innebærer at de som er ansvarlige for tjenesten, 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. Gode samhandlingstiltak skal bidra til dette.»

Helse- og omsorgskomiteen støtter regjeringen og skriver i sin innstilling bl.a.

Komiteen vil fremheve at forberedelse til fødsel og foreldreskap starter allerede ved første kontroll i svangerskapet. Å bidra til at kvinnen får trygghet for at fødsel i utgangspunktet er en normal fysiologisk prosess er avgjørende for motivasjonen når fødselsarbeidet starter. Komiteen viser til at alle tiltak i svangerskaps- og fødselsomsorgen skal baseres på kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbaserte retningslinjer for svangerskap, fødsel og barseltid bør omhandle forhold som fremmer den normale fysiologiske fødsel. Støtte under fødsel gir positive resultater for kvinnen og det nyfødte barnet; det samme gjelder kontinuitet i omsorgen.

3.1.3 Forskning

Helse Sør Øst er av regjeringen pålagt å drive forskning. I Oppdragsdokumentet heter det:

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

Det er nødvendig med økt kunnskap om normale fysiologiske fødsler. Rapporten fra fagkonferansen i 1999 konkluderte med:

Det er et stort behov for videre forskning- og utviklingsarbeid innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge, både for å kunne gi kunnskap til brukere og til politiske myndigheter samt for å sikre best mulig fødetilbudet for alle uansett bosted. Brukererfaringer er en viktig kunnskapskilde, som bør benyttes i stor utstrekning, både i forskning og utvikling og i helsepolitiske beslutningsprosesser.

3.1.4 Økonomi

«Lønnsomme» naturlige fødsler

Helse- og omsorgskomiteen ber i innstillingen Regjeringen om å vurdere endringer i finansieringen av fødselsomsorgen. Under dagens finansieringssystem er ikke fødestuer økonomisk bærekraftige. Tilstedeværelse er en smertelindring som koster i form av jordmorstillinger.

Komiteen deler bekymringen for at fødende med lav risiko for komplikasjoner får unødig intervensjoner når de føder i høyt spesialiserte fødeavdelinger. Komiteen har merket seg at 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. Komiteen mener det er svært positivt at mange store fødeavdelinger gjennomfører tiltak for å differensiere tilbudet. Videre er komiteen tilfreds med at det ved enkelte store fødeavdelinger er etablert såkalte myk-enheter og fødestuer.

Komiteen påpeker at fødende i utgangspunktet er friske, og mener det gir feil signal når intervensjon i fødselshjelpen premieres økonomisk. Komiteen vil derfor henstille til Regjeringen om å ta hensyn til dette i vurderingen av finansiering av fødselshjelpen.

Stortinget gir her et tydelig signal om at helseforetakene bør ha lavrisikoenheter som myk-enheter eller fødestuer, og at disse skal sikres økonomisk. Systemet og de økonomiske insentivene må understøtte det som er faglig riktig.

Ufrivillig deltid

Det er et klart politisk ønske at ufrivillig deltid skal minimeres. Jordmødre har ofte små stillingsbrøker. De arbeider ofte heltid, men er ansatt i flere deltidsstillinger hos ulike arbeidsgivere: helseforetak og kommune. Dette har en rekke uheldige konsekvenser for personene dette gjelder og for samfunnet, eks. rekrutteringen av nye jordmødre.

Regjeringen skriver i fødselsmeldingen:

Kartlegging av jordmortjenesten i kommunene og følgetjenesten i 2003 viser at tilbudet er geografisk skjevfordelt, og det er mangelfull dekning. Størst utfordringer er det i sentrale strøk med mange gravide og i distrikter med store avstander. Kartleggingen viste at ni av ti kommuner/bydeler hadde tilbud til sine gravide om svangerskapsomsorg hos jordmor på helsestasjon. 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. I ca. 70 prosent av kommunene/bydelene var det ansatt bare 1 jordmor. 87 prosent av kommunene/bydelene benyttet deltidsstillinger. (4.4.2)

3.1.5 Samhandling med kommunen

I fødselsmeldingen vurderer Regjeringen to modeller for svangerskapsomsorgen: «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.» (4.5) Ved behandlingen i Stortinget noen måneder senere var arbeidet med Samhandlingsreformen kommet mye lenger og flertallet i komiteen gikk for den første modellen: «Komiteens flertall, medlemmene fra

Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at jordmortjenesten som hovedregel må være et kommunalt ansvar.» (2.3) Samtidig understreket komiteen behovet for samarbeid mellom kommune og helseforetak:

Komiteen støtter Regjeringens forslag om at de regionale helseforetakene pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet sammen med berørte kommuner, og mener det er viktig at planen også omfatter svangerskaps- og barselomsorg. Komiteen mener planen må sikre tilstrekkelig kapasitet i forhold til fødselstall, og at den må være i samsvar med utvikling av akuttilbudet ved lokalsykehus. Komiteen vil understreke at det må sikres et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Videre vil komiteen understreke at planen også må omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer, og at det sikres tilstrekkelig rekruttering av jordmødre.

Komiteen viser til «Føderiket», som er en frittstående fødestue i Oslo under Rikshospitalet. Det ble åpnet i 2007 og er et fem-års prosjekt. «Føderiket» representerer et meget godt og viktig tilbud til fødekvinne i hovedstadsområdet, og i tillegg representerer det en faglig spydspiss for å tilrettelegge den normale fødsel uten medisinsk intervensjon. Komiteen er svært positiv til dette tilbudet og vil henstille til Oslo kommune og Rikshospitalet om å inngå et tettere samarbeid når det gjelder svangerskapsomsorgen for å bidra til å videreutvikle et tilbud om en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i denne regionen.

Det er m.a.o. et politisk ønske om tettere samarbeid mellom Oslo kommune og OUS, og at Føderiketmodellen bør bygges videre på. Dette har Helse Sør-Øst fulgt opp overfor OUS, i et brev av 3.2.2010:

I oppdragsdokumentet for OUS 2010 er det nedfelt:

«Helse Sør-Øst RHF har gjennom styrevedtak i sak 108/2008 vedtatt at sykehusområdene skal utarbeide områdeplaner for behandlingstilbudet i eget område sammen med kommunene. I utdypningen / presiseringen av Oppdragsdokumentet for 2009 til Helse Sør-Øst RHF i brev av 7.7.2009 ba Helse – og omsorgsdepartementet om at det ble utarbeidet en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for svangerskap-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med kommunene. På bakgrunn av dette skal helseforetaket i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken og aktuelle kommuner, herunder Oslo kommune, levere en slik plan for svangerskap-, fødsels- og barselomsorgen i hele hovedstadsområdet.

Da det i utdypningen/presiseringen av Oppdragsdokumentet for 2009 samtidig ble varslet at nåværende volumbaserte krav til fødeinstitusjonene skulle erstattes av kvalitetskrav, ble det i de fire RHFene avventet å gi oppdraget videre til helseforetakene. Da man antok at de nye kvalitetskravene ville bli viktige føringer for utformingen av områdeplanene.

Det er imidlertid nå avklart at den samlede plan for Helse Sør-Øst, som vil bygge på områdeplanene, må utformes parallelt med nye kvalitetskrav som ledes i Helsedirektoratet med bidrag fra alle RHFene»

Arbeidet med områdeplanen har ikke startet i OUS sitt område..

3.2 Handlingsplan for samhandling 2009 – 2012 (HSØ)

Handlingsplan for samhandling 2009-2012 legger grunnlaget for Helse Sør-Øst RHFes formelle oppfølging av den overordnede nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet som ble inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS i juni 2007. Et utkast var på høring våren 2009 og den endelige planen skal opp på styremøte i Helse Sør-Øst i april 2010. I utkastet heter det (s. 4):

Helse Sør-Øst har som kvalitetsmål for utvikling og omstilling at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Arbeidsgruppen oppfatter det som at arbeidet med å sikre en helhetlig helsetjeneste til befolkningen er forankret i følgende prinsipper:

- LEON-prinsippet; Behandling og oppfølging skal finne sted på laveste effektive omsorgsnivå for å sikre best kvalitet, ressursutnyttelse og nærhet til pasientene.
- Effektiv informasjonsutveksling er avgjørende for kvaliteten i tjenestene.
- Det må finnes tilstrekkelig kompetanse på alle nivå.
- Utvikling av tjenestene må skje i samarbeid mellom nivåene og med brukerne.
- Samhandlingstiltakene må være forankret i ledelsen.
- Deltakelse i hverandres planprosesser der berørte parter deltar bidrar til å styrke helhetlige løsninger. Felles planprosesser der hvor det er hensiktsmessig.

I sak 38/2008² «Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen» fattet styret i Helse Sør-Øst følgende vedtak:³

«Helse Sør-Øst skal ta initiativ til en overordnet strategisk samarbeidsavtale med henholdsvis KS og Oslo kommune, i samsvar med den nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.»

Utarbeidelsen av en helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen for OUS' sykehusområde skal det skje i samarbeid med Oslo kommune og det er foreslått å bruke et samarbeidsutvalg som styringsgruppe for arbeidet. Dette samarbeidsutvalget er ennå ikke opprettet. Helse Sør-Øst og Oslo kommune inngikk 17/11-08 en overordnet avtale om samhandling som omfatter Akershus Universitetssykehus, Oslo Universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Denne avtalen er en overordnet intensjonsavtale som skal være en ramme for og forankring av de lokale avtalene.

² http://www.helse-sorost.no/stream_file.asp?iEntityId=1787

³ http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?C=30&I=776&D=2

Del II

Beskrivelse, evaluering og drøfting

4 Egne lavrisikotilbud er viktig faglig og økonomisk

Som beskrevet i kapittel 3 er Helse Sør-Øst og OUS gjennom en rekke politiske vedtak, styringsdokumenter og avtaler pålagt å gi kvinner i sitt område et differensiert tilbud, dvs. at det finnes et tilbud både til kvinnene som trenger høy medisinsk og teknologisk behandling, og de kvinnene som ønsker å føde mest mulig uten bruk av teknologi og medisin, såkalt «naturlig fødsel». Vi vil her komme nærmere inn på *hvorfor* det er viktig å gi disse kvinnene et godt tilbud. Det finnes både faglige og økonomiske argumenter. Først gir vi en introduksjon til hva slike tilbud er.

4.1 Om ABC o.l. tilbud

4.1.1 ABC o.a. lavrisikotilbud

«Alternativ Birth Care» er et fenomen som oppsto i USA på 1970-tallet som en motvekt mot en teknisk, lite omsorgsfull og medikalisert fødselshjelp. Kvinner som ønsket å føde på egne premisser uten umotiverte medisinske inngrep fikk dårlig hjelp innen for den tradisjonelle fødselshjelpen. ABC-klinikker ble et tilbud til kvinner som ønsket å føde på egne premisser gjerne hjemme, men pga avstander og sikkerhetssituasjonen for jordmødrene ble dette organisert i små klinikker. Disse kravene om medbestemmelse og måten å organisere svangerskap, fødselshjelp og barselomsorg på kom til Europa på 1980-tallet. Det har i Skandinavia blitt et tilbud til friske kvinner.

Det sentrale i et lavrisikotilbud er kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Den gravide føler seg ivaretatt og etablerer en relasjon til jordmødrene som gir rom for refleksjon og forståelse. Jordmor blir kjent med den gravide og hennes partner og kan på den måten bistå i prosessen på en annen måte enn når jordmor og den fødende er ukjente for hverandre.

Smidig oppfølging etter fødsel for PKU (Føllingsprøve), høretest, barnelegeundersøkelse, ammehjelp og hjelp med andre startproblemer hører med.

4.1.2 Brukere av lavrisikotilbud

Lavrisikotilbudet er attraktivt for flere grupper. Dette gjelder f.eks. svaksynte, blinde, hørsels-
hemmede, kvinner som har opplevd overgrep, kvinner med språk og/eller kulturutfordringer
og ganske vanlige kvinner uten traumer eller ekstra behov. Mange er kvinner som trenger og
krever mer omsorg og trygghet for å mestre fødselen enn det vanlige systemet rundt
svangerskapsomsorg og fødselshjelp gir, men som ikke trenger avansert medisinsk hjelp. De
ønsker å være i fred, bli vist omsorg og ha tilgang til ro, tilstedeværelse, varme, vann og
akupunktur, og finner det i en slik behandlingsskjede.

4.2 Differensiering, kontinuitet, forskning og økonomi

4.2.1 Differensiering – best faglig og økonomisk

Differensiering i tilbudet er viktig økonomisk og for kvaliteten:

- Ikke alle fødende trenger høyeste beredskap. Det vil være gal ressursbruk om alle skulle få den dyreste behandlingen – det ville heller ikke gi god kvalitet. Eks. overvåking ukene før termin, keisersnitt, etc. Jfr. Leon-prinsippet
- Det som er kvalitativt god behandling for én gruppe er dårlig kvalitet for en annen. Derfor er det nødvendig med ulikt tilbud til ulike grupper.
- Fødendes ønsker om fødselen er ulikt. Deres innstilling og forventning henger nært sammen med hvordan fødselen oppleves og hvilken behandling som er riktig, og kan ha betydning for resultatet. Dermed kan f.eks. det å ikke få epidural være positivt for en kvinne og negativt for en annen, likeledes tidlig hjemreise, akupunktur etc.
- Laveste nivå (fødestue, hjemmefødsel, mykenhet) har gode resultater både objektivt (mors og barns helse) og subjektivt (foreldrenes opplevelse).

Differensiert fødetilbud krever god seleksjon. Kvinnene må få forhånd få informasjon og veiledning om de ulike tilbudene, og i samråd med jordmor/lege bestemme hvor hun ønsker å føde. Det krever at primærhelsetjenesten har kunnskap om de ulike tilbudene og kjenner deres seleksjonskriterier. Hvis hun oppfylder kriteriene for å føde på laveste nivå, og hun ønsker det selv, skal kvinnen få føde der – så sant det er kapasitet. Hvis svangerskapet eller fødselen utvikler seg slik at det ikke er forsvarlig med stuefødsel må hun overflyttes. Det er kontinuerlig seleksjon: på forhånd frem til fødsel og underveis i fødselen.

Kvinnen skal bli hørt med hensyn til hvilket nivå hun skal føde på.. Kvinnen skal få nok informasjon til å ta et bevisst og informert valg. Ønsker hun å føde på en tradisjonell fødeavdeling kan ikke helseforetaket kreve at hun føder på en fødestue.

4.2.2 Tidlig hjemreise

På få år har normal liggetid på barsel blitt redusert fra 4-5 døgn til 2-3. Begrepet «tidlig hjemreise» brukes dels om de som skrives ut etter 2 døgn, dels om familier som reiser hjem få

timer etter fødsel slik som på Føderiket. Begge versjoner krever vanligvis poliklinisk oppfølging fra sykehuset.

Tidlig utskrivning er blitt vanligere ved fødeavdelingene våre. Dette har sin årsak i erfaringer fra andre land, at noen kvinner ønsker å reise tidlig hjem og behovet for sykehuset til å utnytte sengene bedre og gi plass til flere barselkvinner.

Tidlig hjemreise betyr de fleste steder at barnet må tilbake til sykehuset for en eller flere av disse undersøkelsene

Hørselsscreening – alle nyfødte får nå tilbud om denne undersøkelsen. Teknisk er undersøkelsen vanskelig å gjøre før barnet er noen dager gammelt pga fostervann i ørene.

PKU prøve – blodprøve som blir tatt av alle nyfødte for screening av Føllingssykdom og hypotyreose. Denne kan ikke tas før barnet er 60 timer og har fått mat. Prøven kan for så vidt tas hvor som helst, men krever trent prøvetaker. Det krever også god logistikk for å sikre at alle foreldre forstår hvorfor prøven skal tas og systemer som sikrer at prøven blir tatt.

Barnelegeundersøkelse – undersøkelse som alle nyfødte gjennomgår. Barnet skal helst være to dager gammel for at de fleste bilyder fra blodkretsløpet i fosterlivet skal være borte.

Ved Føderiket følger jordmødrene familiene til sykehuset for polikliniske undersøkelser. Ved tidlig utskrivning må familiene returnere tilsykehuset alene 1-2 døgn etter hjemreise. De fleste nybakte mødre trenger ro og mange opplever å reise fram og tilbake slik som slitsomt. Da er det viktig at foreldrene får vite hvorfor poliklinisk kontroll for en eller flere av undersøkelsene er nødvendig, og at de tas hånd om på en god måte..Stor grad av polikliniske barselkonsultasjoner er mange avdelinger ikke tilrettelagt for. Det er slitsomt for nybakte mødre og krever improvisasjon fra avdelingene.

4.2.3 Kontinuitet gir best tjenester

Kontinuitet gir brukerne best mulig helsetjenester. For svake og utsatte grupper er kontinuitet spesielt viktig. Brukerne må ha tillit til helsearbeiderne og tillit oppnås lettest når man blir kjent over tid.

For noen / mange gravide er det å inngå forpliktende avtaler viktig for hvordan de nærmer seg fødsel. Det gir trygghet for den gravide og forpliktelse fra jordmødrene.

Gjennom kontinuitet kan det skje en forberedelse til fødsel og foreldreskap. Det er et stort problem ved fødeavdelingene i dag at mange er uforberedte på det de skal gjennom

Faglig representer en slik behandlingsskjede der de får det til, noe som fremdeles er ganske unikt i norsk svangerskaps- og fødselsomsorg. Det gir en god sikkerhet for den gravide. Jordmødrene den gravide går hos, har tett kontakt inn i fagmiljøet på resten av fødeavdelingen. De er faglig oppdaterte og har kort vei inn dersom det oppstår problemer og den gravide trenger mer avansert hjelp.

Vi har en utfordring i dag knyttet til høy keisersnittsfrekvens. Dette ser vi over hele den vestlige verden. I Norge har mange av kvinnene som ønsker keisersnitt ved andre fødsel født på vanlig måte tidligere. Vi mener at selvvalgt keisersnitt forebygges best ved å gi kvinnene

gode erfaringer første gang. I det lys er fokus på normal fysiologisk fødsel svært viktig. Både for å gi kvinnene lyst til å føde, og for å bevare og utvikle kompetanse knyttet til faget.

4.2.4 Behovet for forskning

Det er behov for mer forskning på hva som gir gode fødsler – objektivt og subjektivt. Vi vet mye om patologi i forbindelse med fødsler, men mindre om de normale, fysiologiske fødslene. Det bør gjøres omfattende studier av dette i Norge, og med de store fødevolumene som er i Oslo er det mulig å sammenligne f.eks. hva fødemiljøet betyr. Resultatene kan få positive konsekvenser både faglig og økonomisk. Med mer kunnskap vil det være lettere å ivareta de fødende på en best mulig måte. I tillegg kan det vise seg at det faglig beste også er det bedrifts- og samfunnsøkonomisk beste, jfr. LEON-prinsippet og forebygging/folkehelse.

Tema det kan være aktuelt å få belyst er: Hvorfor er opplevelsen av fødsel viktig? Hva betyr det for friske kvinner med en normal fødsel å føde på avdelinger med mye komplikasjoner – hvorfor ender disse fødslene oftere med patologi enn fødsler ved jordmorstyrte fødestuer? Kan forskningen gi oss svar slik at vi forebygger komplikasjoner som både er uheldig for kvinnene og barna, og fordyrende for samfunnet? Blir de friske en salderingspost i forhold til det kompliserte – og dermed øker risikoen for komplikasjoner hos de friske? Hva er sammenhengen psyke og fødsel: hvilken betydning har kvinnenes psykiske helse og innstilling for fødselsopplevelsen og -utfallet, og hvordan påvirker fødselen barseltiden, kvinnens psykiske helse, tilknytningen foreldre-barn og samlivet mellom foreldrene?

Det er også viktig å finne nye turnusordninger som fungerer bedre enn dagens. Høyt sykefravær, stor drop-out etc. er utfordringer i dag. Jordmortjenesten på sykehus er i all hovedsak organisert med arbeid i tre-delt turnus. Dette har ført til mange små stillingsbrøker for å få tilfredsstillende helgebemanning. Ufrivillig deltid er et stort problem i sykehussektoren. Føderiket har en turnus med hjemme- og tilstedevakter. Små enheter har i større grad enn store anledning til alternative turnusmodeller, og kan lettere prøve ut alternative samarbeidsmodeller med kommunen. Vi har lite kunnskap i Norge om arbeidssosiale fordeler og ulemper med denne typen organisering. Prosjektperioden på Føderiket kan benyttes til å belyse dette.

4.2.5 Økonomiske argumenter

LEON prinsippet tilsier at flest mulig skal behandles på lavest mulig nivå. Ved å gi kvinnene et kvalitativt godt tilbud vil flere bli motivert til å føde på lavest nivå. I tillegg er det viktig at informasjon om tilbudet når ut til potensielle brukere.

Fødeavdelingene er vaktintensive enheter. Det trengs nesten like mange jordmødre dag som natt, helg som hverdag. Da det er vanlig at jordmødrene arbeider hver tredje helg medfører det at avdelingene trenger mange som arbeider deltid. Svangerskapsomsorg skaper mer aktivitet på dagtid og det åpner opp for at flere kan ha større stillingsandeler. Dette er i tråd med ledende politiske signal.

Driftsmessig har enheter som Føderiket og ABC flere fordeler. Løsninger der fødestedet står for svangerskapsomsorgen er positivt for de ansatte og brukerne:

- Jordmødrene får hele stillinger hos én arbeidsgiver, samtidig som de har oppgaver nok på dagtid til at sykehuset kan ansette mange nok hoder til at vaktkabalene går opp.
- Det er ikke nok stillinger i kommunehelsetjenesten til at alle gravide får mulighet til svangerskapsomsorg hos jordmor. Fødestuene avlaster kommunen.
- Brukerne får kontinuitet

4.3 Oslo kommune

Fødeavdelingen i OUS har ansvar for å tilby fødselshjelp til kvinner i 12 av de 15 bydelene i Oslo. Kvinner i bydelene Grorud, Stovner og Alna har AHUS ansvar for. Svangerskapsomsorgen blir ivaretatt av den enkelte bydel gjennom jordmødre ved helsestasjonene og fastleger. Dette gir en delt omsorg for hele hendelsesforløp som svangerskap, fødsel og barsel utgjør.

Det er en politisk ambisjon at gravide skal kunne velge hvor hun vil gå til svangerskapsomsorg; hos fastlege eller jordmor. Noen bydeler har ansatt jordmor i full stilling, men de fleste har ansatt i deltidsstilling. Flere av disse deltidsstillingene dekkes av jordmødre som også har deltidsstilling ved sykehus. Det er ugunstig å ha to arbeidsgivere som ikke tar hensyn til hverandre.

Fødeavdelingen ved Ullevål har siden 1997 solgt jordmortjenester til Bydel Søndre Nordstrand. Det betyr at jordmødre fra Ullevål enkelte dager arbeider med svangerskapsomsorg på helsestasjonen i Søndre Nordstrand dette er lagt inn i turnusen deres på sykehuset.. Til sammen dekker 2 til 3 jordmødre opp en stilling på bydelen. Dette fungerer fint, jordmødrene synes det er en fin variasjon og de gravide opplever at de får link til fødeavdelingen. Denne ordningen kan også overføres til andre bydeler.

ABC og Føderiket gir i dag svangerskapsomsorg i egne lokaler og gir dermed kontinuitet. Løsningen kan videreutvikles med bl.a. et tettere samarbeid med Oslo kommune. De to enhetene avlaster den kommunale svangerskapsomsorgen og sørger for at nærmere **tusen** kvinner som kanskje ikke ellers ville fått mulighet til å møte jordmor i graviditeten får det.

4.4 Flerkulturelle kvinner

Oslo er en by med stor flerkulturell befolkning. Det antas at ca 30 % av kvinnene som føder ved fødeavdelingene på Ullevål har flerkulturell bakgrunn, på Rikshospitalet er denne forekomsten lavere. (Tallet omfatter første, andre og tredje generasjonsinnvandrere.) Dette gir utfordringer knyttet til kommunikasjon. Kommunikasjonsproblemer har Eli Saastad gjennom sine studier vist at er en ulempe for gravide, bl.a. økt dødelighet og skaderisiko. De har problemer med å formidle sine behov og problemer med å finne fram i behandlingssystemet. Dette kan falle uheldig ut når det er tidsnød.

En sterkere sammenheng i behandlingsskjeden svangerskap-fødsel-barsel er det stor grunn til å tro at denne gruppen ville tjene på.

5 Kortfattet beskrivelse av virksomheten ved de to enhetene

5.1 ABC-fødeavdelingen.

Enheten er en fødeavdeling vegg i vegg med de store fødeavdelingene på Ullevål. Avdelingen er for friske kvinner til termin som søker seg til tilbudet. Her kan gravide gå til svangerskapsomsorg, føde og være 48 timer etter fødsel. De kommer tilbake til Føllingsprøve og annen oppfølging dersom det er behov for det. Dette er en fødeavdeling for de som ikke ønsker å føde på en tradisjonell fødeavdeling, men som ønsker tryggheten den tradisjonelle fødeavdelingen gir.

ABC-fødeavdelingen ble startet på Aker Universitetssykehus høsten 1997. Det var en vanskelig fødsel på grunn av omorganiseringen av fødselshjelpen som skjedde i 1998-99, men «barnet» var levende født og klarte seg godt. Avdelingen ble så flyttet til Ullevål i mai 2004 samtidig med at Fødeavdelingen på Aker ble stengt.

Bakgrunnen for oppstarten av avdelingen var behovet for et alternativ til den tradisjonelle fødselshjelpen. I Bergen hadde det vært en tid med motsetninger mellom kvinnene og fødeavdelingen på Haukland som resulterte i organisasjonen Fødsel i Fokus og lavrisikoavdelingen Storken.

Det var prøvet ut et alternativt prosjekt på Bærum sykehus i 1993-96 som ble stengt pga mangel på finansiering.

Det var naturlig at Fødeavdelingen på Aker som var en foregangsavdeling på flere vis startet opp sitt tilbud til kvinner som ønsket kjent jordmor, lite smertestillende og som ville være i fred når de fødte.

Hovedfilosofien på ABC er å tilby en helhetlig og sammenhengende omsorg, gjennom svangerskap, fødsel og i barseltid. Tilbudet etterkommer politiske føringer om differensiering av fødselshjelpen og jordmødres ønske om å gi friske gravide et tilbud i tråd med faglige anbefalinger.

Det arbeider 20 jordmødre ved ABC. De deler 15 stillinger

Kvinnene som føder her kan velge om de ønsker å dra hjem etter fødsel eller bli i 48 timer. Det varierer litt hva kvinnene velger, men gjennomsnitts innleggelsestid i 2009 var 1,97 døgn inkludert fødsel og betyr at mange blir den tiden de får.

Når foreldrene drar tidlig hjem ses barna på av barnelege før hjemreise. Vektkontroll, PKU (Følling) og eventuell hørselstest tas på ABC 3.dag etter fødsel.

5.1.1 Aktivitet

Tabellen viser statistikk for 2009. Para 0 er førstegangsfødende og Para over null har født før.

Aktivitet	2009
Antall fødsler	598 kvinner
Para 0	163 kvinner
Para over null	435 kvinner
Overflyttinger i fødsel	171 kvinner (129/42)
Overflyttinger barn	2 (1 flyttet til BA 1. dag + 1 andre dag pga syndrom).
Gjennomsnitts liggetid (fødsel inkl)	1,97 døgn
Perineale rifter grad 3 og 4	10 (3A) 1,7%
Blødning over 1000 på ABC	3
Apgar under 7 etter 5 min	5 (1 flyttet BA)

5.1.2 Tilgang på fødende som fyller inngangs- og seleksjonskriteriene

Enheten tar imot de fleste søkere som fyller kriteriene for å føde på ABC. Det vil si at det settes opp 21 kvinner hver uke og prøver å ballansere førstegangsfødende opp mot flergangsfødende. Det har siste året blitt rekruttert aktivt på svangerskapspoliklinikken ved ultralydscreening og ved å dele ut søknadsskjema. Dette har gitt flere søkere og først og fremst førstegangsfødende. Dette fører til flere overflyttinger pga behov for medikamentell smertelindring.

Budsjett og regnskap (se vedlegg)

År	Budsjett	Avvik regnskap	Fødsler	Poliklinikk konsultasjoner
2009	-12 309 000	203 000	598	6257

5.2 Føderiket

Enheten er en fødestue utenom sykehus. Her kan gravide gå til svangerskapsomsorg, føde og dra hjem få timer etter fødsel. Jordmor drar hjem til den enkelte for barselomsorg. Barnelegeundersøkelse, Føllingsprøve og hørselstest tas på Rikshospitalet noen dager etter barnet er født. Dette er en enhet for de som ikke ønsker å føde på sykehus.

Føderiket ble åpnet juni 2007 og har svært hyggelige lokaler i «Gamle Rikshospitalets Kvinneklinikk».

Målet med opprettelsen var å tilby kvinnen som søkte fødeplass på Rikshospitalet et differensiert fødetilbud, samtidig som antall fødeplasser i Oslo ble øket med 300 og det skulle lages et kompetansesenter for normal fødsel.

Hovedfilosofien på Føderiket er å tilby en helhetlig og sammenhengende omsorg, gjennom svangerskap, fødsel og i barseltid. Tilbudet etterkommer politiske føringer om differensiering av fødselshjelpen og jordmødres ønske om å gi friske gravide et tilbud i tråd med faglige anbefalinger.

Det er fokus på hvordan en best kan oppnå både kontinuitet og fleksibilitet i omsorgen, på utarbeidelse av faglig gode prosedyrer, og på trygge og gode rutiner. Planen for den enkelte kvinne legges opp i nært samarbeid med henne og hennes evt. partner, og alltid i tråd med faglige normer, og de retningslinjer som er vedtatt for prosjektet. God kontinuitet er ikke ensbetydende med at man til en hver tid vil klare at én og samme jordmor følger kvinnen gjennom hele perinatalperioden. Det er derfor fokusert på at alle jordmødre gir lik informasjon, har lik oppfattelse av filosofien og er samordna i sin faglige rådgiving. De skal presentere innholdet i tilbudet på en entydig måte, og ved overlapping er det en selvfølge at jordmor har gjort seg kjent med kvinnen og hennes situasjon, avtalen som er inngått med henne og kjenner hennes journal. Det er derfor viktig at kvinnen blir kjent med flere jordmødre ved Føderiket, slik at det ikke oppstår situasjoner der kvinnen møter ukjent jordmor når hun skal føde. Målet er at dette skal resultere i en normal fødsel, et friskt barn og en positiv fødselsopplevelse for kvinnen.

Det arbeider 8 jordmødre på Føderiket. De deler 6,5 stillinger

Det spesielle med Føderiket er at kvinnene føder og drar hjem noen få timer etter fødsel. På andre fødeenheter er det normalt med 2-3 døgn på barselhotell/barselavdeling. Jordmor holder kontakt på telefon og drar hjem til den enkelte på barselvisitt. Barnelege kontroll, hørselstest og PKU (Føllings prøve) blir tatt på Rikshospitalet 3-4. dag etter fødsel.

5.2.1 Aktivitet

Tabellen under viser statistikk fra 2009. P0 vil si førstegangsfødende (para 0). Føderiket kan ta imot inntil 50 førstegangsfødende pr år. P+ vil si flergangsfødende.

Antall påbegynte fødsler i 2009	P0: 31	P+: 115
Antall overflyttinger	12	4
Antall blødninger over 1000 ml	1	5
Antall rifter grad 3-4	0	0
Oppholdstid etter fødsel	13 timer i snitt P0 og P+	
Antall barn med Apgar under 7 etter 5 min. på Føderiket	0	0
Antall barn overflyttet etter fødsel (innen 12 timer)	1 (Blå flekker)	2 (1 lav Hb + 1 Presset litt)
Antall barn reinnlagt pga gulsot 3-5 dag	0	2

5.2.2 Tilgang på fødende som fyller inngangs- og seleksjonskriteriene

Alle som tar kontakt eller søker plass, og som fyller kriteriene, blir tatt imot. Bare med unntak av enkelte para 0, da vi har et vedtak i referansegruppa i samråd med medisinsk ansvarlig, at vi skal ha et begrenset antall førstegangsfødende pr måned.

Alle som søker fødeplass på Rikshospitalet får et informasjonsskriv om Føderiket sammen med svar på sin søknad.

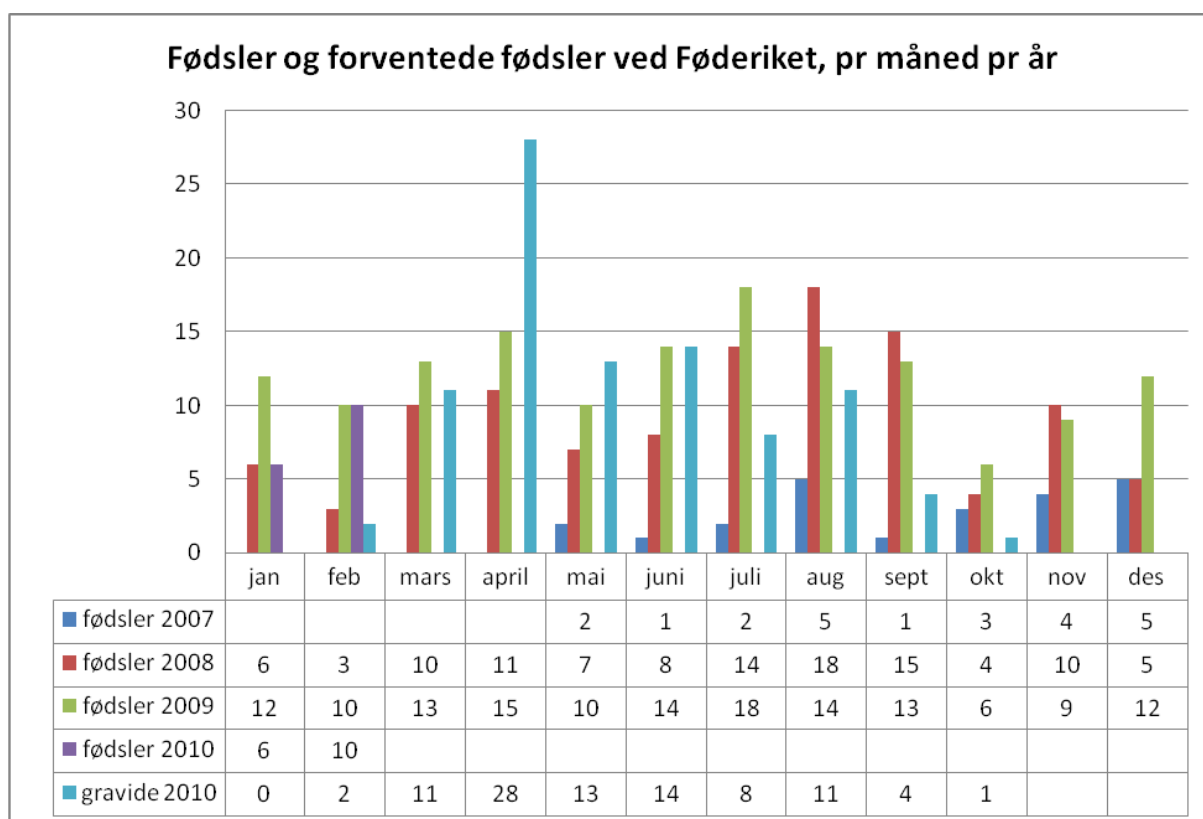
Vi får lister fra poliklinikken på Rikshospitalet over kvinner som har søkt plass på Rikshospitalet og som fyller kriteriene til å føde på Føderiket. Disse ringer vi til.

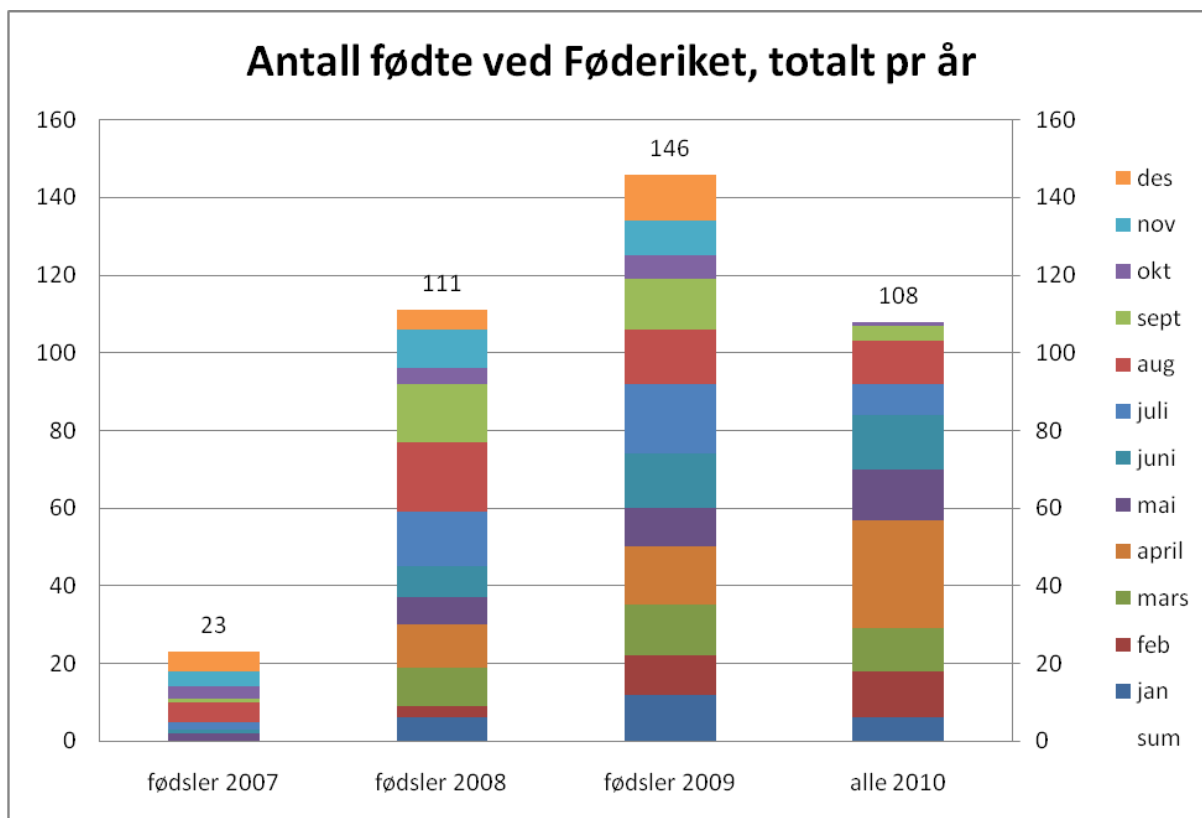
Ellers får vi flest søknader fra kvinner som har hørt om oss via venner/bekjente, eller som har lest om oss på vår nettside.

Vi hører til stadighet at det er kvinner som ikke har hørt om Føderiket, og vi opplever da at det sitter en propp hos leger/jordmødre ute i primærhelsetjenesten.

Antall fødte i mai 2007 t.o.m. jan. 2010 og gravide i 2010.

Fødselstallet ved Føderiket har økt år for år etter hvert som tilbudet er blitt kjent. Antall fødsler svinger noe fra måned til måned. Med dagens kapasitet kan inntil 25 kvinner ha termin samme måned. Normalt vil 2-3 kvinner som får svangerskapsomsorg ved Føderiket forløses ved vanlig avdeling på Rikshospitalet. Derfor vil sannsynligvis fødselstallet per måned i 2010 bli noe lavere enn antall gravide. Statistikken er laget primo mars og antall gravide for juni og utover vil øke etter hvert som flere oppdager at de er gravide.

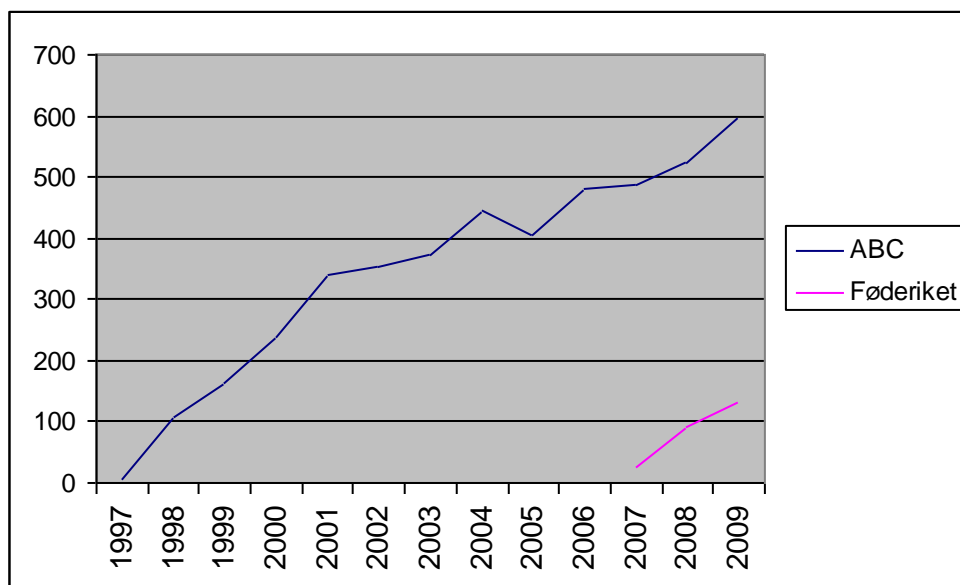




Budsjett og regnskap (se vedlegg).

År	Budsjett	Avvik regnskap	Fødslar	Poliklinikk konsultasjoner
2009	-7 176 000	1 387 374	138	1629

5.3 Aktivitetstall



5.3.1 Fødselstall

Økningen i fødselstall ved oppstart av Føderiket og ABC har vært lik. Det har begge steder tatt tid å rekruttere kvinner til å føde ved enhetene.

5.3.2 Økonomiske resultater

Det er foreløpig ikke mange nok kvinner som føder ved Føderiket til at den økonomiske driften er bærekraftig.

Leie av lokalene til Føderiket koster i dag i underkant av 1 mill. Deler av kostnadene er delt på hele prosjektperioden, altså 5 år. Dette er kostnader knyttet til totalreovering av lokalene. Dette er utgifter som faller bort etter 5 år og vil sannsynligvis redusere utgiftene noe dersom ny leieavtale ikke avviker stort fra den nåværende.

6 Evaluering av Føderiket

I det godkjente prosjektet om Føderiket pkt 3.3 står det at evalueringsgruppen skal evaluere Føderiket fra 1.juli 2007. Evaluering skal gjennomføres for perioden 1.juli 2007- 31.desember 2008, etter tre år og til slutt etter fem år som er satt som varighet for prosjektet.

- Følgende områder skal evalueres:
- Faglig virksomhet
- Organisering
- Drift
- Økonomi
- Brukertilfredshet

Gruppens sammensetning:

- Representant fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg (lege)
- Jordmorfaglig representant (professor Ulla Waldenstrøm er foreslått)
- Helseøkonom
- Sekretær (jordmor)

Det er i tillegg et styrevedtak fra Rikshospitalet 26.06.08 hvor de ber om en evaluering av Føderiket innen oktober 2008, dette er ikke blitt gjort.

Referansegruppen sendte et brev til styringsgruppen 23.04.08 og etterlyste evaluering, de har ikke fått svar på henvendelsen.

6.1 Evaluering i forhold til målsettinger ved etableringen i forhold til faglig innhold

Slik vi leser forprosjektet var det trehovedmål ved etableringen av Føderiket: Differensiert fødetilbud ved Rikshospitalet, øke antall fødeplasser og etablere et nasjonalt kompetansesenter.

6.1.1 Gi kvinner som søkte fødeplass ved RH et tilbud om differensiert fødetilbud

Det er et politisk mål at fødselshjelpen skal være differensiert og at LEON prinsippet⁴ skal praktiseres. I tillegg er kontinuitet gjennom behandlingsforløpet et viktig prinsipp.

Kvinene får tilbud om et gjensidig forpliktende partnerskap med jordmor. Dette gjøres skriftlig og med bakgrunn i en serviceerklæring som er utformet (ligger som vedlegg). Avtalen bygger på tilgjengelighet, individuell tilrettelegging i samarbeid med den gravide og evt. partner, kontinuitet, informasjon og presisjon.

6.1.2 Øke antall fødeplasser i Oslo med 300

I 2006/2007 var behovet for å øke fødeplasser sentralt i Oslo økende og kvinner som ønsker fødeplass i Oslo ble avvist i fødsel og sendt til andre sykehus.

På denne bakgrunn anmodet Helse Øst HF via Helse Sør HF Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF om å øke antall fødsler fra kvinner i HØ med 300, fra 1.800 til 2.100. Dette ble behandlet som styresak 30/2007.

Styret stilte seg positiv til forespørselen gitt 100 % refusjon eller 85 % refusjon dersom jordmødrene fikk full refusjonsrett (etter kommunale takster) for svangerskapskontrollene. Det var gitt tilbakemelding fra Helsedirektoratet om at refusjonsrett ville bli gitt.

Med denne bakgrunn ble Føderiket etablert som et prosjekt over 5 år. Planen var at antall kvinner som fødte ved Rikshospitalet skulle øke totalt med 300 og at så mye som mulig så fort som mulig skulle skje ved Føderiket.

6.1.3 Føderiket skal bli et nasjonalt kompetansesenter for den normale fysiologiske fødsel

Det har vært stor aktivitet blant jordmødrene rundt dette målet. De har arrangert kurs, deltatt i kurs og diskusjoner og de er opptatt av å holde seg faglig oppdatert på forskningen rundt den normale fysiologiske fødsel. (Vedlegg liste over aktivitet).

⁴ Se punkt 3.2 Handlingsplan for samhandling 2009 – 2012 (HSØ)

6.2 De fødendes og de ansattes erfaringer

Tidligere har det ikke vært gjort en systematisk gjennomgang av tilfredsheten blant brukerne av Føderiket. I forbindelse med denne rapporten ble det gjort en spørreundersøkelse av de 287 potensielle respondentene, hadde vi e-postadressene til 244 kvinner som hadde født på Føderiket i perioden 21.mai 2007 til 20. februar 2010. Av disse svarte 195 kvinner på undersøkelsen (svarprosent 80%). Gjennomsnittsalderen var 34 år.

6.2.1 Spørreundersøkelsen

Det var i all hovedsak på Internett og via jungeltelegrafene de hadde fått høre om Føderiket, hele 87%. Bare 9% var blitt informert av fastlegen, og 17% av jordmor på helsestasjon.

Hele 97% var fornøyd/svært fornøyd med svangerskapskontrollen på Føderiket. På spørsmål om hvordan de ble møtt på vakttelefonen da fødselen startet, svarte 96% at de var svært fornøyd/fornøyd med denne samtalen.

Ved fødsel ved Føderiket er ikke paret garantert «sin jordmor» som de hadde i svangerskapsoppfølgingen. På spørsmål omkring hvor viktig det var å ha møtt jordmor før fødselen, svarte 93% at de følte seg trygg på alle jordmødrene som jobbet her. Bare 36% svarte at de trodde at totalopplevelsen hadde blitt bedre om den jordmoren de kjente best hadde vært tilstede under fødselen. Nesten halvparten mente at det ikke var viktig for dem hvem av jordmødrene som var tilstede. Mellom 96-98% hadde svart at de oppfattet jordmor som var tilstede under fødsel som rolig, støttende, oppmuntrende, respektfull, tillitsvekkende, oppmerksom på behovene, og oppmerksom på partners behov. Kun tre kvinner svarte negativt på dette. I alt 97% var svært fornøyd/fornøyd med fødselsopplevelsen. Gjennomsnittlig oppholdstid på Føderiket etter fødsel var 12 timer hos respondentene. Hele 95% var svært fornøyd/fornøyd med den oppfølgingen de fikk disse timene. Hjemmebesøket dagen etter fødsel oppgav 91% at de var svært fornøyd/fornøyd med.

Når det gjelder barnelegeundersøkelsen på Rikshospitalet 3. dag etter fødselen, var så mange som 11% av kvinnene og 13% av partnerne svært misfornøyd/misfornøyd med den. Flere kommenterte at de skulle ønske barnelegeundersøkelsen foregikk på Føderiket i roligere og mindre stressende omgivelser.

Hele 91% ville benyttet seg av Føderikets tilbud igjen om de skulle få flere barn. Kun tre kvinner (1,6%) ville ikke valgt å føde her igjen.

Av partnerne som svarte, følte 88% at forventningene ble innfridd i forhold til svangerskapsomsorgen og tidlig hjemreise. Fødselsforberedelsen i svangerskapet var 90% svært fornøyd/fornøyd med. Partnerne hadde i 99% av tilfellene følt seg trygg under fødselen hele tiden eller det meste av tiden, og 98% av dem var komfortable med ikke å være på sykehus. Likevel var det 16% av dem som følte angst i korte perioder.

Partnerne var i 93% av tilfellene svært fornøyd/fornøyd med egen delaktighet under fødselen. Det var kun én partner som opplevde dårlig samarbeid med jordmor. Hele 98% var svært fornøyd/fornøyd med samspeillet med sin kvinne.

I brukerundersøkelsen oppgav 22 (11%) av respondentene at de var blitt overflyttet under eller etter fødsel. Elleve kvinner var svært fornøyd/fornøyd med at det ble benyttet privat transport ved overflyttingen, og ingen var misfornøyd/svært misfornøyd med det. Når det gjelder bruk av ambulanse, var 6 kvinner svært fornøyd/fornøyd med det, mens to var misfornøyde. Jordmor fra Føderiket deltok i overflyttingen i 15 av tilfellene, og dette var de svært fornøyde med. Når det gjaldt hvordan de ble mottatt av jordmor på fødeavdelingen, var 16 kvinner svært fornøyd/fornøyd, og 3 kvinner misfornøyd. Kun én kvinne var misfornøyd med vakthavende lege. Barselavdelingen var 14 svært fornøyd/fornøyd med, og 4 kvinner var svært misfornøyd/misfornøyd. Fem kvinner var svært misfornøyd/misfornøyd med utskrivningen fra barsel.

Konklusjoner

- Det som var utslagsgivende for brukernes valg av Føderiket, var lokalisering utenfor sykehus. Kontinuitet, kjente jordmødre, ikke vaktskift under fødsel, rolige omgivelser, mulighet for vannfødsel, tidlig hjemreise og angst for sykehus var også viktige faktorer. Dette var også det nærmeste de kom hjemmefødsel i offentlig regi.
- Informasjon om Føderikets tilbud har enten ikke nådd ut til fastlegene og kommunejordmødrene, eller blir bevisst ikke nevnt for kvinnene på grunn av negative holdninger hos helsepersonell.
- Føderikets brukere var svært fornøyd med svangerskapsomsorgen, fødselsforberedelsen og tilbudet om tidlig hjemreise.
- Når 98% svarte at de var svært fornøyd/fornøyd med fødselsopplevelsen, bekrefter dette vår målsetting om at Føderiket gir tid og ro til gode fødselsopplevelser. Partnerne føler seg også svært godt ivaretatt.
- Det kan se ut til at noen få kvinner kunne hatt bruk for å vite akkurat hvilken jordmor som kom ved

6.2.2 Tilbakemeldinger fra brukerne

Av de nesten 300 fødslene som har funnet sted på Føderiket siden oppstarten har bare fem kvinner på eget initiativ gitt negative kommentarer på deler av tilbudet/omsorgen. Ingen av alvorlig art

6.2.3 Arbeidstid for jordmødrene på Føderiket.

Det prøves ut en ny modell i forhold til turnus for jordmødrene:

Jordmødrene jobber 24 timersvakter; det vil si at de har beredskapsvakter og kan være hjemme dersom det ikke er fødsel på gang eller at noen har barseltid på Føderiket.

Det er satt opp dagvakter i tillegg, hvor jordmødrene har svangeskapskontroller, hjemmebesøk, barnelegekontroller og annen møtevirksomhet.

Dette gir større kontinuitet for kvinnene gjennom svangerskap og fødsel/barseltid.

Jordmødrene har større innflytelse på egen arbeidssituasjon; de kan selv styre en del av sin arbeidstid. Dette medfører større fleksibilitet og tilfredshet i arbeidsforholdet og også større motivasjon til å gjøre en god jobb.

Dette har også ført til et lavt sykefravær .

Som et eksempel kan det jo nevnes at jordmødrene har utviklet sommerturnus uten at det har blitt leid inn ferievikarer siden Føderiket ble opprettet.

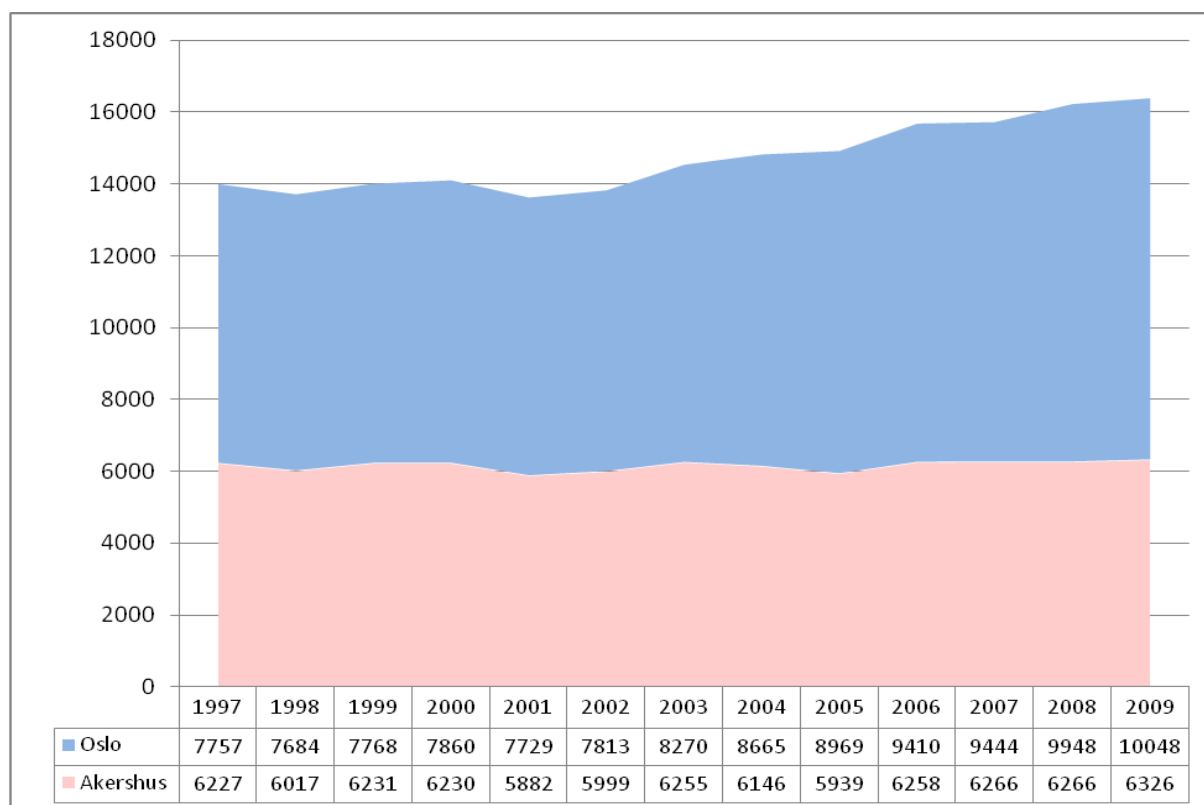
7 Innhold og organisering av framtidig tilbud ved OUS

I mandatet er vi bedt om å drøfte innholdet i og organiseringen av lavrisikofødselstilbudet ved Oslo universitetssykehus. Tre muligheter skal vurderes: videreføring, samlokalisering og evt. andre muligheter. Vi tar i denne delen for oss hvilke elementer lavrisikofødselstilbudet ved OUS bør inneholde og drøfter disse. Deretter ser vi på hvordan tilbudet bør organiseres for at dette innholdet skal ivaretas. Vi starter med en introduksjon om hvor stort behovet er for fødeplasser i Oslo og Akershus, for å få en indikasjon om framtidig etterspørsel etter et eget lavrisikotilbud.

7.1 Behovet i Oslo og Akershus

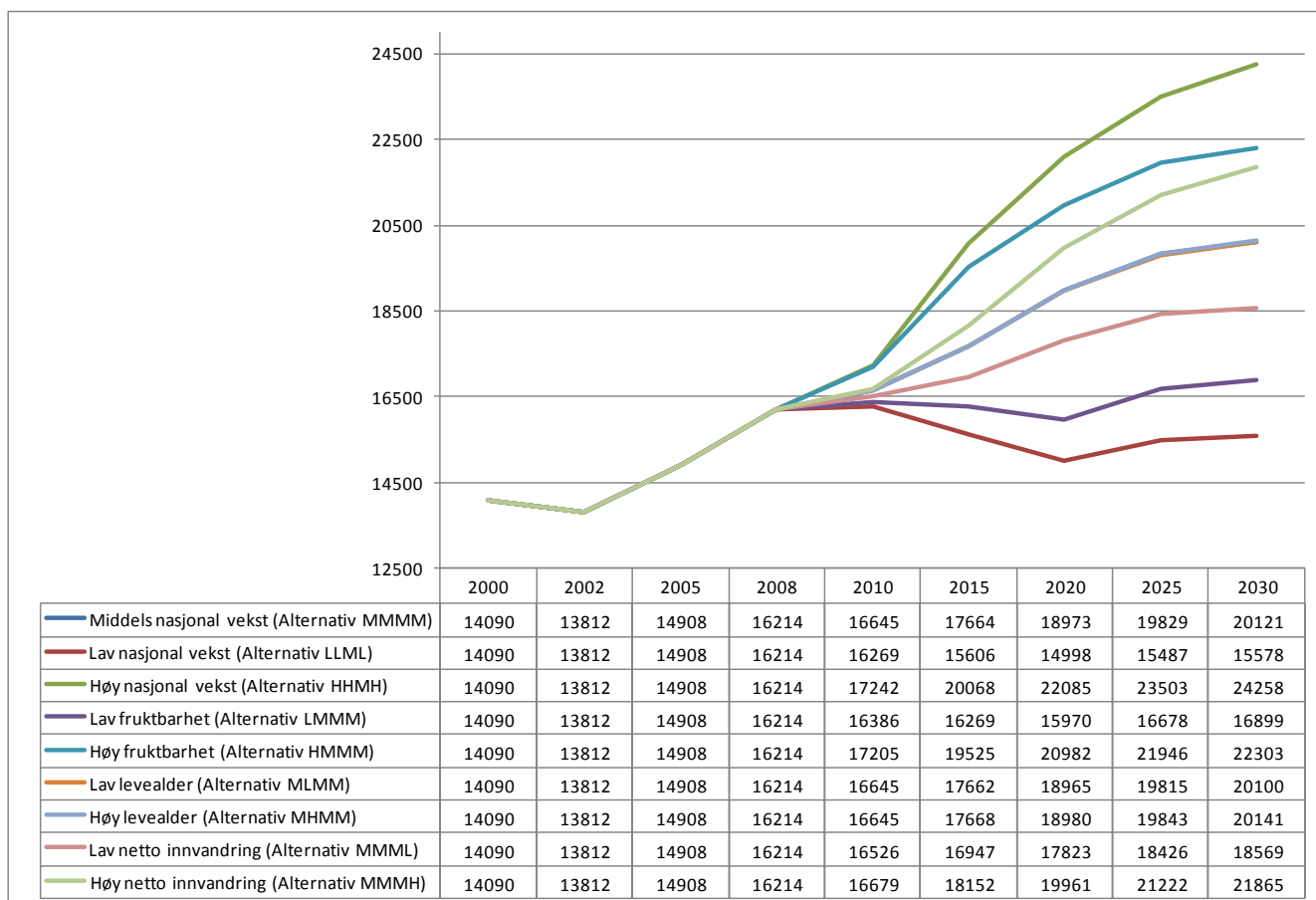
7.1.1 Antall fødte 1997-2009 (SSB)

Grafen viser at antall fødte i Oslo har økt markant i de siste årene.



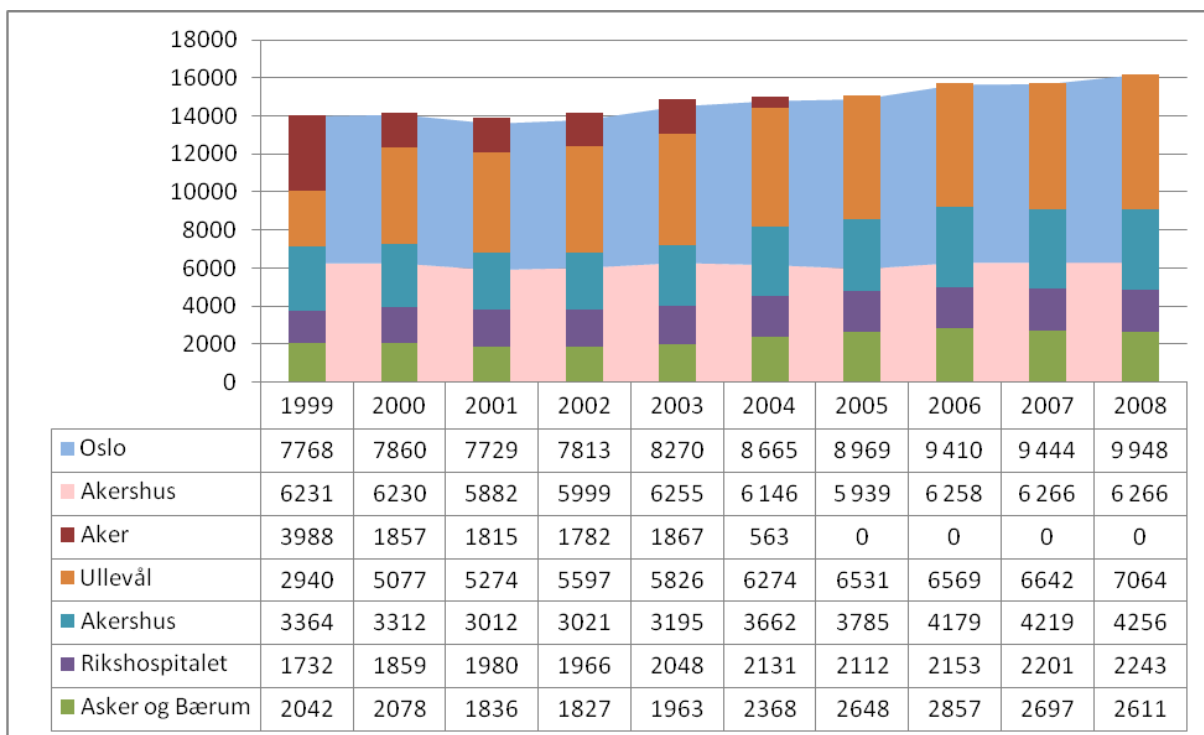
7.1.2 Framskrivinger

Statistisk sentralbyrå (SSB) beregner antall fødsler framover ut fra ni scenarier basert på lav eller høy nasjonal vekst, fruktbarhet osv. Prognosene viser stor sannsynlighet for økt behov for fødeplasser i Oslo og Akershus.



7.1.3 Antall fødte per sykehus (Medisinsk fødselsregister)

Grafen under viser antall barn født på de ulike sykehusene sammenlignet med antall barn født i Oslo og Akershus.



Ullevål og Rikshospitalet er henvisningssykehus for kompliserte fødsler fra Helse Sør-Øst På de siste ti år har antall fødende ved sykehusene økt med to tusen.

Dette er gjort mulig ved å ansette flere jordmødre og barnepleierne, endrede pasientforløp og ved at barseltiden er kortere.

7.1.4 Konklusjon

Potensialet for økt behov for eget tilbud til lavrisikofødende i Oslo og Akershus kan være stort. Gitt god «markedsføring» av tilbudet

Lavrisikofødselstilbudet ved OUS bør inneholde jordmorstyrte enheter:

- Som tilbyr kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.
- Som tilbyr smertelindring i form av ro, trygghet, tilstedeværelse, vann, varme og akupunktur
- Som kan tilby omsorg og hjelp til kvinner med spesielle behov
- Som har fokus på kvaliteten i omsorgen som tilbys i form av at data blir fulgt opp kontinuerlig.
- Dette er et tilbud til friske kvinner som ønsker tilbudet og fyller vedtatte kriterier

7.2 Drøfte mulige alternative organisasjonsmåter for lavrisikotilbudet med utgangspunkt i dagens organisering

7.2.1 Videreføring av tilbudet slik det eksisterer i dag. Utviklingsmuligheter, faglige og økonomiske muligheter og utfordringer.

I 2009 fant 26,7 % av alle fødslene i Norge sted i Oslo og Akershus. Dette er en økning på mer enn 40 % på drøyt 20 år. Sentraliseringen av fødslene skyldes i hovedsak innflytting av unge kvinner til Oslo-området. Denne økningen i fødsler i hovedstadsområdet er det forventninger om at skal fortsette. I dag er kapasiteten på fødeplasser tilstrekkelig, men man skal ikke se langt inn i fremtiden før situasjonen kan bli presset.

Føderiket

Føderiket ble startet som ett prosjekt over 5 år.

Det tar tid å innarbeide nye tilbud til de gravide. Forventningene om at Føderiket skulle ha 300 kvinner i fødsel pr år i løpet av kort tid var nok overdrevne. Prosjektperioden er satt til 5 år og det tar nok den tiden før volumet er oppe i 300 kvinner. Det har ikke vært satt av penger til markedsføring og dermed tar det ekstra lang tid å gjøre tilbudet kjent.

ABC

Enheten hadde i 2009 ca 900 gravide i sitt system. 750 kvinner startet sin fødsel på ABC, 598 fødte der. Avdelingen tar imot kvinner fra de to andre avdelingene ved behov der og ledig kapasitet på ABC. Dette vil ABC kunne fortsette med.

En del kvinner som ikke har fått svangerskapsomsorgen ved ABC ønsker likevel å føde der når de kommer inn i fødsel. Kvinnene ønsker ikke å love at de vil føde der når de er gravide, men når de kommer inn i fødsel sier de ja. Mottaket kan styre fødekvinne dit når det er ledig kapasitet.

7.2.2 Samlokalisering av de to enhetene.

Muligheter for å slå Føderiket sammen med ABC-enheten.

Det er ikke plass på Føderiket for samlokalisering av begge enheter der slik arealet er utformet i dag. Det er også mulig at mange kvinner vil trekke seg dersom fødeavdelingen ikke ligger på sykehuset. Samlokalisering må i så fall skje på ABC-enheten.

Utviklingsmuligheter, faglige, forskningsmessige og økonomiske muligheter og utfordringer

Det er plass til at flere kan føde på ABC sine arealer. Det er tre fødestuer til disposisjon, men det er et tak for hvor stor enheten bør bli og fremdels ivareta ABC konseptet.

Dersom man utvider åpningstiden for poliklinikken utover kvelden de 4 første dagene i uka, vil man få plass til flere gravide som kan gå til svangerskapsomsorg der.

Bemanningen må utvides noe dersom man skal kunne ivareta de gravide gjennom svangerskapet slik som i dag. Med tre stillinger kan ABC oppbemanne med en jordmor hver helg, holde åpen svangerskap/barselomsorgen utover kvelden og ivareta noe av den faglige og forskningsmessige siden av Føderiket i fremtiden også. Dog vil vi da miste muligheten til videreutvikling av tilbudet, og lavrisikotilbudet til Oslos kvinner vil bli snevrere.

Økonomiske muligheter og utfordringer er knyttet til om man klarer å rekruttere nok kvinner til å føde ved enheten.

Leieavtalen for arealet Føderiket bruker går over 5 år. Denne utgiften vil OUS ha t.o.m. mai 2012 dersom vi ikke finner en leietaker som kan overta kontrakten.

Ved sammenslåing: hvordan ivareta det beste fra begge dagens enheter, samt videreutvikle tilbudet.

La deler av resursene som ligger i Føderiket og som støtter viljen til å utvikle avdelingen til et kompetansesenter for normal fysiologisk fødsel følge med.

Kontinuiteten igjennom svangerskap, fødsel og barsel må ivaretas på samme måte som både ABC og Føderiket ivaretar det i dag. De lover ikke samme jordmor i svangerskap og fødsel. Vi har ikke inntrykk av at dette er et problem for de fødende. De vet at alle som jobber er opptatt av de samme verdiene, og de får god informasjon om dette gjennom svangerskapskontrollene. Det er ikke vanlig å gå fra en fødende i fødselens siste fase. Hvis det er vaktskifte, prøver vi, så langt det lar seg gjøre å være tilstede til barnet er født, før en evt «ny» jordmor overtar.

La enhetene forbli små enheter. Små miljø egner seg godt som alternativ til hjemmefødsel. Mange hjem egner seg dårlig for hjemmefødsel pga trangboddhet, dårlig støyisolasjon osv

Beliggenheten for ABC, vegg i vegg med fødeavdeling B. En stor ressurs som gir trygghet både for de fødende og for jordmødrene. Også mulighet til å få hjelp derfra hvis det kniper .

Kan gi god omsorg til førstegangsfødene, de som ikke klarer « å stå løpet ut» føler at de har «prøvd alt» før de eventuelt flytter over. De er ofte veldig fornøyd «in the end» og får en god fødselsopplevelse.

Paret blir tatt godt vare på selv om de ender opp med å forløses på den store fødeavdelingen. De kan komme tilbake i barsel så sant ABC har plass og kvinnen er i form til det. Gir trygghet og tilhørighet.

Enkel og kort vei til jordmor. Parene gir ofte uttrykk for at det er lett å få kontakt med ABC, de føler seg sett og ivaretatt, enten det er på telefonen eller i avdelingen. Mindre forhold enn på en stor avdeling.

Jordmødre med lang erfaring og høy kompetanse på vannfødsler, videreutdanning i bl.a. akupunktur og ammeveiledning.

«Kort vei tilbake» i forbindelse med tidlig hjemreise. Paret vet at de når som helst kan kontakte enheten på telefonen, de kommer tilbake til ABC for vektkontroll og PKU, de ringer

inn selv og avtaler tid for dette. Avhengig av hvor mye det er å gjøre, får de et tidspunkt de kan komme på. Dette gjør at de vanligvis ikke må bruke så mye tid på denne kontrollen.

Ammeveiledning er en viktig del av møtet mellom kvinnen og jordmor når paret kommer tilbake. Hvis det er behov for mer oppfølging, kan ABC henvide henne videre til poliklinikken på barselhotellet.

Begge enhetene har en jordmorstab som er godt kjent med hverandre og som føler stort ansvar for avdelingen og dennes drift. De er 2 jordmødre tilstede når barnet blir født, har stor «takhøyde» for å spørre hverandre om råd underveis og føler vi har stort utbytte av å «se hverandre arbeide».

ABC har 7 barselrom, hvor far kan være hele tiden. Veldig viktig, for alle. Mange gir uttrykk for at dette er et stort pluss for avdelingen. Også storesøsken kan være med hvis familien ønsker det.

7.2.3 Andre tiltak innen lavrisikotilbudet eller samhandlingstiltak med kommunale tjenester under svangerskap og barseltid.

Kjent jordmor – Case load

Denne modellen for svangerskaps- og fødselsomsorg benyttes flere steder. Mest utviklet er det i Danmark, Nederland, Storbritannia og New Zealand. Ordningen kan omfatte kvinner både fra en normalpopulasjon og kvinner med risikofaktorer som har behov for tettere oppfølging av jordmor. Eksempelvis fremmedkulturelle, kvinner med fødselsangst og kvinner med psykiske problemer

En gruppe på 2-3 jordmødre får ansvar for 40-50 gravide. De tar hånd om svangerskapsoppfølging og fødselsforberedelse, og blir med kvinnene til sykehus for å føde.

Gjennom svangerskapet, allerede fra første svangerskapskontroll, blir kvinner uten risikofaktorer forberedt på at hun reiser tidligere hjem etter fødselen. Oppfølgingen etter fødselen utføres i hjemmet av de samme jordmødrene som kvinnen kjenner fra svangerskapskontrollen og fødselen. Kvinner som må ha oppfølging på sykehuset får pleie og omsorg av personalet på foretaket.

Denne modellen er velegnet som et samhandlingsprosjekt mellom OUS og Oslo kommune. Jordmormangelen i kommunen vil avhjelpes og andelen hele jordmorstillinger i helseforetaket kan økes, og kvinner med spesielle behov kan få god kontinuitet i oppfølging.

Hjemmefødsel

Lavrisikoenheter kan være en ressurs og en base for jordmødre og kvinner i området som ønsker hjemmefødsel.

Fellesorganisering av pasientinntak, fagutvikling og økonomi.

Fødeavdelingen ved OUS vil få fellesorganisering av pasientinntak i løpet av året. Dette vil gi en større populasjon å tilby fødeplass til på lavrisikoenhetene.

Fagutvikling vil kunne i varetas for hele Fødeavdelingen. Dette gjelder slikt som trening i akutte situasjoner, fagseminarer av forskjellig art osv

Samhandling med Oslo kommune kommer naturlig inn i forbindelse med den helhetlige og flerårige område planen som skal lages for Stor- Oslo når det gjelder svangerskaps-, fødsels og barselomsorg.

Tre lavrisikotilbud

Vi vet at det på sikt vil bli flere fødende i Oslo, og at det derfor ikke vil være lurt å redusere fødeplassene, heller øke dem. Erfaringer fra Bergen (Storken) og Stavanger (Fødeloftet) viser at jordmorstyrte fødestuer er attraktive for brukerne, også når de ikke tilbyr svangerskapsomsorg. For kvinner som i svangerskapet ikke kjenner til ABC og Føderiket, av praktiske grunner ikke kan gå til svangerskapsomsorg der, eller ikke ønsker å «forplikte» seg til å føde uten medikamentell smertelindring, kan en ny lavrisikoavdeling alá Storken være et godt alternativ. Tilbudet vil være mye det samme som de to andre enhetene, men uten svangerskapsomsorg. Friske kvinner skal da når de kommer inn i fødsel bli spurt om de ønsker å føde på tradisjonell eller alternativ avdeling.

Barselomsorg må være en del av avdelingen, helst i en variant der familiene kan velge mellom ABC-varianten (familierom på sykehus) og Føderiketvarianten (tidlig hjemreise).

Samtidig er det viktig å opprettholde tilbudet om kontinuitet, da dette er svært viktig for mange brukere, spesielt svake grupper. En mulighet er å samlokalisere den nye Storken-avdelingen med ABC eller Føderiket, gitt at Føderiket blir lokalisert til et eget hus inne på sykehusområdet til Rikshospitalet eller Ullevål. Med lokaler nær hverandre kan ABC og Føderiket inngå et tettere samarbeid.

Føderiket bør ikke bli en del av en vanlig sykehusavdeling. Føderikets erfaring av at det er viktig for mange kvinner at det er et lite sted som ikke ligger i sykehus.

Jordmødrene kan gå i døgnvakter eller i en kombinasjon med tradisjonell turnus. Jordmødrene følger opp/tar ansvar for ”sine gravide” i forhold til svangerskapskontroller for de kvinnene som har svangerskapsomsorgen der, hjemmebesøk, ettersamtaler, etterkontroller med prevensjonsveiledning etc. Alle brukerne vil da få mer eller mindre kontinuitet: hele forløpet eller kun fødsel-barsel.

Med flere tilbud nær hverandre blir det lettere å imøtekomme spesielle behov:

- Kjentjordmorordning
- Gaiadamer (kvinner med fødselsangst)
- Innvandrerkvinner
- Funksjonshemmede

Det kan holdes svangerskapskurs, og en kan tilrettelegge kurs/oppfølging spesielt for førstegangsfødende. Lettere å få til et godt samarbeid i forbindelse med barnelegekontroll, Følling og hørseltesting.

Dette tilbudet kan være med på å avhjelpe sykehuset med arbeidsoppgaver i forbindelse med graviditet som ikke nødvendigvis trenger å utføres i sykehus, for eksempel

- Ammepoliklinikk

8 Kommentarer

8.1 NSF

I mandatet til prosjekt om lavrisikofødsel blir denne arbeidsgruppen bedt om å evaluere Føderiket. NSF mener at det er uheldig at de som sitter i arbeidsgruppen og er sterkt knyttet til prosjektet skal evaluere seg selv. I prosjektbeskrivelsen til Føderiket står det at evalueringen skal gjennomføres av en oppnevnt evalueringsgruppe for perioden 1.juli 2007- 31.desember 2008, etter tre år og etter fem år som er satt til varighet av prosjektet. NSF mener at denne rapporten ikke kan erstatte disse evalueringene.

8.2 Brukerrepresentantene

Brukerrepresentantene støtter innholdet i denne rapporten og vil presisere at siden forskjellige kvinner har forskjellige behov ønsker brukerne et så differensiert tilbud som mulig. Brukerrepresentantene ønsker at informasjon om lavrisikotilbudene blir bedre, slik at flere friske kvinner med friske fostre kan velge en lavrisikoenhet framfor tradisjonell fødeavdelingen. Kvinnene og deres evt. partnere må få veiledning slik at de kan ta et *informert* valg.

Del III

Kilder og vedlegg

Kilder

NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge

Helsetilsynets utredning nr 1/97 Faglige krav til fødeinstitusjoner

NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge

Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorgen. IK-2691. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

[Rapport fra fagkonferansen 1999 «Stort og sikkert? Smått og godt? Hvor skal kvinner i Norge føde?»](#)

Stortingsmelding nr. 43 (1999-200): Om akuttmedisinsk beredskap

Innst. S. nr 300 (2000-2001) om akuttmeldingen

St. prp. nr 1 (2006-2007) Nasjonal helseplan

St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, i denne rapporten referert til som «fødselsmeldingen»

Innst. S. nr. 240 (2008-2009) om fødselsmeldingen, i denne rapporten referert til som «innstillingen»

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid

[Oppdragsdokument Helse Sør-Øst, 2010](#)

Nasjonal rammeavtale for samhandling

[Handlingsplan for samhandling 2009-2012](#)

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen IS-1179

Notat Kunnskapssenteret 2005: Fødeavdelinger, fødestuer, pasientvolum og behandlingskvalitet

WHO: Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care - A guide for essential practice

Eli Saastad stipendiat på HIAK "Do non-western immigrants have increased risk of suboptimal care?" konferanseforedrag i 2007

Vedlegg

Føderikets serviceerklæring

Som bruker ved Føderiket, har du rettigheter etter pasientrettighetsloven. Du har rett til å få informasjon og opplysninger om din egen situasjon, og om undersøkelser og behandling som blir utført, og til innsyn i egen journal.

Du kan spørre jordmor om det du lurer på. Alle ansatte har taushetsplikt.

Vi har konkrete målformuleringer på eget skriv.

Vi ønsker å ha fokus på deg som bruker. Dine erfaringer med vårt tilbud skal være en viktig rettesnor for utvikling og forbedring av tilbudet.

Presishet

Vi behandler din søknad om fødeplass innen 3 uker.

Vi holder avtalte tider for konsultasjoner.

Informasjon

Vi gir tydelig informasjon om hva tilbudet ved Føderiket går ut på.

Vi informerer om prøver og undersøkelser, og gir deg svar så snart som mulig.

Vi svarer på dine spørsmål direkte, eller undersøker og følger opp videre.

Kontinuitet i tilbudet

Vi imøtekommer behov for kontinuitet i oppfølgingen.

Vi samordner vår informasjon, våre faglige vurderinger og oppfølging.

Individuell tilrettelegging i samarbeid med deg og din pårørende

Vi gjør deg delaktig i opplegget for oppfølgingen, og med individuell utforming innenfor faglige retningslinjer.

Vi er tydelige i våre faglige anbefalinger.

Tilgjengelighet

Vi er lett tilgjengelige; via telefon, mail eller ved fremmøte etter avtale.

Informasjon om klagesaker og rettigheter får du hos: Pasientombudet, www.helsenett.no

Aktivitet utenom omsorg ved Føderiket

Juni 2007. Off. åpning av Føderiket av helseminister Sylvia Brustad

Føderiket har arrangert:

”Normal birth” kurs

Hovedforeleser: Lesley Page. Professor Lesley Page is Joint Head of Midwifery and Nursing Women’s Services Guy’s and St Thomas’ NHS Trust and visiting professor of midwifery Nightingale School of Nursing and Midwifery King’s College London.

120 deltagere

Anette Schaumburg Huitfeldt og Bippi Trovik hovedansvarlige.

Seminar for å diskutere hva vi legger i begrepet: normal fødsel, naturlig fødsel, fysiologisk fødsel.

Forskjellige forslag er sendt rundt i landet til diskusjon. Nasjonalt råd jobber videre med dette. Se vedlegg.

Svangerskapskurs

Ansvarlig: Åse Grette

Det blir holdt jevnlig møter mellom jordmødre og de gravid for at de skal bli kjent i forkant.

Kurs 18. mars 2010

Nærmere 200 jordmødre påmeldt.

Hovedforelesere:

Lyndsay Durkin, Co-ordinating Midwife for Delivery Suite & Clinical Lead for Normality

Hanne Kjærgaard, Forskningsleder, jordemoder, ph.d. Rigshospitalet

Føderiket har holdt innlegg på følgende:

Anne Fjeldberg har holdt foredrag x 2, om vannfødsler på Ringerike sykehus + Rikshospitalet

Anne Fjeldberg har holdt innlegg om prevensjon på Ringerike og Rikshospitalet.

Åsa Waldum har laget mammagymfilm, med fokus på pust, øvelser og avslapning.

Anne Fjeldberg holder på med å lage vannfødselsfilm. Opptaket er gjort. Vi skal presentere på Nordisk jordmorkongress i juni. Vannfødselsfilmen blir presentert.

Anette S Huitfeldt har holdt innlegg på Sykepleiesymposiet på Rikshospitalet: Føderiket et femårsprosjekt.

Anette S Huitfeldt har holdt innlegg på Europeisk perinatalkonferanse: Tittel: .Perinatal outcomes after planned homebirth

100 årsjubileum DNJ: Anette S Huitfeldt presenterte tall fra planlagte hjemmefødsler I Norge fra 1990-2007. Dette blir snart offentlig publisert. Åsa Waldum presenterte Føderiket og Føderikets resultater.

Bippi Trovik var Gjesteredaktør for Jordmortidsskriftet under 100 årsjubileet.

Bippi Trovik og Anette presenterte et foredrag på Normal birth conference i England: Pecha Kucha PP: Månefaser, ukedager klokkeslett.

Jordmordagene arrangert av DNJ: Bippi Trovik presenterte Føderiket

Generalforsamlingsmøte i NSF: Anne Kari Gjestvang presenterte Føderiket

Sagene kulturhus: Føderiket ble presentert av Føderikets jordmødre

Perinataldagene: Nanna Voldner presenterte Føderikets tall

Føderiket har deltatt på følgende:

”Forskning i Fjæra”. Hankø. Anne Fjeldberg, Bippi Trovik og Åsa Waldum har deltatt.

Ammekonferanse i København

Bippi Trovik har deltatt på frokost TV i TV2.

Annet

Nanna Voldner disputerte for Doktorgraden i januar 2010.

Føderiket har gjennomført en brukerundersøkelse i løpet av kort tid.

Føderiket har systematisk registrert alle fødsler ved Føderiket.

Artikkel er sendt inn til Legetidsskriftet.

Føderiket har vært i pressen: Aftenposten, Dagens Næringsliv, OBOS bladet.

Vært en lang artikkel om Føderiket i bladet Gravid.

Jordmorstudenter har hatt observasjonspraksis.

Jordmødre kjører hjem til flere førstegangsfødende tidlig i fødsel og undersøker. Mange har ikke bil, og jordmødrene både kjører og henter.

Regnskap Føderiket 2009

Art_nivå0	Art_nivå0	ART2	ART3	ART_nr_t	Bud 2009	EG 2009
Inntekt					-7 176 000	-6 705 726
	Aktivite tsinntekt				-562 000	-426
		97 ISF/DRG inntekt			-562 000	-426
	Andre driftsinntekter				-6 614 000	-6 705 300
Utgift					7 176 000	8 093 100
	Lønn og andre personalkostnader				4 873 000	6 454 587
		Fast lønn			2 091 000	2 833 297
		Timelønn			0	25 912
		Turnus			1 300 000	1 489 633
		Vaktgodtgj			0	16 500
		Overtid			0	138 432
		Pensjon			526 000	753 273
		Arbeidsgiveravg			543 000	715 369
		Feriepengeavsetning			413 000	550 469
		Lønnsrefusjoner, sykepenger			0	-89 753
		Andre personalkostnader			0	21 455
		560 Kurs, seminarer, ko			0	11 407
		562 Kurs- og undervisn			0	444
		592 Kollektiv ulykke/gr			0	9 095
		593 Velferdstiltak for ar			0	510
	Varekostnad				520 000	114 726
		40 Forbruk av innkjøpte varer			350 000	54 842
		400 Medikamenter			0	18 163
		404 Laboratoriere kvisit			0	3 290
		407 Andre medisinske t			0	18 762

Aktivitetsrapport Føderiket 2009

Sted: Føderiket

Hittil i år (januar t.o.m. desember)

			Aktivitet
	112	119	-7
Antall dagbehandling	153	110	43
Antall DRG470			
Antall liggedager	121		
DRG poeng heldøgn	57,77	123	-65,22
DRG poeng dagbehandling	71,33	100	-28,67
DRG poeng eskl. DRG470 estimert	129,1		
Estimerte DRG-poeng 470	0		
Totale DRG-poeng inkl. DRG470 est.	129,1	223	-93,89
Eksterne konsultasjoner ISF-poliklinikk	1629	1200	429
Eksterne konsultasjoner ISF-dagkirurgi		0	0
Interne konsultasjoner	13		
Ikke møtt			
Konsultasjoner totalt	1642		

Aktivitetrapport, Utvalg: Org.enhet Føderiket.

231150 ABC - ENHET

desember 2009 (Perioden er ikke avsluttet)

Uten prosjekt

Kontoklasse (1 siffer) => Kontogruppe (2 siffer) => Kontoundergruppe (3 siffer) => Konto (4 siffer)

Tekst	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Akk Budj
3 Salgs- og driftsinntekter	-1 124	-1 083	-1 073	-1 074	-1 159	-325	-1 064	-1 068	-1 085	-1 081	-1 088	-1 087	-12 309
4 Varekostnad	61	61	68	57	61	61	50	50	61	61	64	61	714
5 Lønnskostnad	1 009	967	950	962	1 042	211	961	964	969	965	967	971	10 938
6 Annen driftskostnad, av og nedskrivning	36	36	36	36	37	35	35	35	36	37	37	37	431
7 Annen driftskostnad, av og nedskrivning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19
9 Interne konti	18	17	18	17	18	17	17	17	17	18	18	17	207
Sum	0	-0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Datagrunnlaget er oppdatert tirsdag, 26 januar 2010, kl. 7:27

*This request took 1.52 seconds of real time (v9.1.3-4 build 1477).*

231150 ABC - ENHET

desember 2009 (Perioden er ikke avsluttet)
 Uten prosjekt

Kontoklasse (1 siffer) => Kontogruppe (2 siffer) => Kontoundergruppe (3 siffer) => Konto (4 siffer)

Tekst	Mnd Regn	Mnd Bud	Mnd Avv	Akk Regn	Akk Bud	Akk Avv
3 Salgs- og driftsinntekter	-1 051	-1 087	36	-12 425	-12 309	-115
4 Varekostnad	58	61	-3	786	714	72
5 Lønnskostnad	1 088	971	117	11 161	10 938	223
6 Annen driftskostnad, av og nedskrivning	27	37	-10	417	431	-14
7 Annen driftskostnad, av og nedskrivning	-2	2	-3	11	19	-8
9 Interne konti	23	17	6	252	207	45
Sum	144	0	144	203	0	203

Datagrunnlaget er oppdatert tirsdag, 26 januar 2010, kl. 7:27



This request took 0.98 seconds of real time (v9.1.3-4 build 1477).

Antall DRG-poeng og plantall for 2009 ved 23115 ABC-enhet

 Utskriftsvennlig side

Alle pasienter

Med subkontakter

Måned	Inngår i antall SHO	Antall SHO	Avdelingsopphold	DRG-poeng	Totalt antall DRG-poeng	Poeng-estimat DRG470	Plantall for DRG-poeng	Oppnådd resultat 2008	Inngår i antall SHO 2008
	Heldøgnsopphold			Heldøgnsopphold					
jan09	150,0	150,0	150,0	62,6	62,6	0,0	73,0	68,0	152
feb09	143,0	143,0	143,0	56,1	56,1	0,0	73,0	58,3	124
mar09	155,0	155,0	155,0	56,4	56,4	0,0	73,0	58,8	151
apr09	174,0	174,0	174,0	71,4	71,4	0,0	74,0	78,5	191
mai09	164,0	164,0	164,0	68,5	68,5	0,0	72,0	60,9	132
jun09	183,0	183,0	183,0	75,5	75,5	0,0	73,0	69,8	163
jul09	162,0	162,0	162,0	72,3	72,3	0,0	72,0	62,4	149
aug09	209,0	209,0	209,0	81,8	81,8	0,0	72,0	60,1	151
sep09	162,0	162,0	162,0	65,1	65,1	0,0	72,0	61,6	149
okt09	198,0	198,0	198,0	82,1	82,1	0,0	72,0	58,4	136
nov09	170,0	170,0	170,0	62,8	62,8	0,0	72,0	53,6	145
des09	147,0	147,0	147,0	57,0	57,0	0,0	72,0	60,9	159
Totalt	2 017,0	2 017,0	2 017,0	812,3	812,3	0,0	870,0	751,7	1 802

- DRG-poeng er det aktuelle steds andel av sykehusoppholdets DRG, etter den andel de korrigerede vektene fra avdelingsoppholdene utgjør av sykehusoppholdene.
- Avdelingsopphold er antall opphold på den aktuelle enheten slik det er registrert i PasDoc.
- Sykehus-opphold viser antall opphold som inngår i separate sykehusopphold på den aktuelle enheten.
- Data for inneværende år er hittil i år-tall. Tallene vil derfor, spesielt for inneværende måned, være lavere enn forventet endelig resultat.
- Plantall er kun fordelt etter periode og organisasjon, ikke etter oppholdstype eller pasientens bosted.
- Datagrunnlag fra mandag, 25 januar 2010, kl. 8:12, rapport kjørt 26jan10:12:43.



Rapport-id: HR_DRG_AR_OMR_A_ORGID_11001574_PERIODE_2009_NIV_5_sted_11001574

Debitorfilter Alle Pasient NAV UMK UUK Raskere tilbake

Kjør

 Utskriftsvennlig side

Poliklinikkaktivitet 23115 ABC-enhet , antall etter finansiering

	Antall		Antall etter finansiering					Debitor - egenandel			NAV-refusjon ved gammel ordning	Antall ISF-poliklinikk	Kroner ISF-poliklinikk	Ant ISF da	
	Ferdig registrerte kontakter	Ikke ferdig registrerte kontakter	Inntektsgivende eks. ikke møtt	Ikke møtt	Ikke inntektsgivende u. takst	Telefonkontakt u. takst	Fakturerbar - Ikke inntektsgivende	Antall med egenandel	Pasient	NAV					Ikke møtt
Totalt	6 255	28	6 204	1	19	47	12	6 181 0	13 820	1 759 540	295	250	3 518	358 543	
januar	499		496			3		496 0		138 730			6	631	
februar	458		456			2		455 0		126 800					
mars	558		557			1		556 0		155 230			5	448	
april	596	1	594			2	1	593 0		165 890			2	836	
mai	562	3	562			1	2	561 0	840	156 240		250	488	43 885	
juni	566		555		6	5		555 0		155 250			513	49 501	
juli	519	4	498	1	6	16	2	496 0	295	145 730	295		464	49 804	
august	507	16	517		2	1	3	504 0	12 685	135 995			444	46 324	
september	534		525		2	7		523 0		154 285			456	47 586	
oktober	543		533		3	7		533 0		157 235			428	46 252	
november	460	3	460				3	460 0		135 700			357	36 564	
desember	453	1	451			2	1	449 0		132 455			355	36 713	

Datagrunnlag sist oppdatert mandag, 25 januar 2010, kl.11:32



Rapport-id: HR_Poliklinikk_OMR_TOTAL_POL_ORGID_11001574_PERIODE_20091201_NIV_4_sted_11001574

Hovedrapport for pasienterfaringer ved 23115 ABC-enhet

Tabellene under viser enhetens skåre på hovedindikatoren 'Pasienterfaringer' (den første tabellen), underindikatorerne 'Respekt', 'Trygghet' og 'Kvalitet' (den andre tabellen), på hvert enkelt spørsmål knyttet til de tre underindikatorerne (tredje, fjerde og femte tabell) og svarprosent (den sjette tabellen). Når det gjelder skårene i de fem første tabellene (hovedindikator, underindikatorer og enkeltspørsmål), så er skåren som vises en poengskåre. Laveste mulige skåre er 1 og høyeste mulige skåre er 100.

Skårene i tabellene under for årene 2004 til 2007 er ikke direkte sammenlignbare med skårene for 2008 da det i 2004 til 2007 ble benyttet et annet sett av spørsmål enn i 2008. Skårene er likevel valgt tatt med som historiske data.

Hovedindikator	År		
	2005	2006	2009
Pasienterfaringer	94,3	90,1	95,9

Tabellen over viser enhetens poengskåre på hovedindikatoren 'Pasienterfaringer' for hvert enkelt av de fem siste årene.

	År		
	2005	2006	2009
Respekt	92,1	88,5	96,8
Trygghet	93,9	89,3	93,8
Kvalitet	96,6	92,9	97,1

underindikator 'Respekt', 'Trygghet' og 'Kvalitet' for hvert enkelt av de fem siste årene.

Respekt	År		
	2005	2006	2009
Spm 1. Opplevde du at personalet var vennlige og imøtekommende?			98,3
Spm 2. Opplevde du at personalet overholdt de avtaler som ble gjort?			93,9
Spm 3. Snakket personalet med deg slik at du forsto dem?			98,3

Tabellen over viser enhetens poengskåre på hvert enkelt av de tre spørsmålene som inngår i underindikatoren 'Respekt'.

Trygghet	År		
	2005	2006	2009
Spm 4. Fikk du selv fortalt det som var viktig om din tilstand?			93,9
Spm 5. Fikk du vite det du mente var nødvendig om prøver, undersøkelser og behandlingsopplegg?			92,7
Spm 6. Var det lett å komme i kontakt med personalet når du trengte det?			94,8

Tabellen over viser enhetens poengskåre på hvert enkelt av de tre spørsmålene som inngår i underindikatoren 'Trygghet'.

Kvalitet	År		
	2005	2006	2009
Spm 7. Opplevde du at personalet samarbeidet godt seg imellom om din behandling?			93,9

Spm 8. Hadde du tillit til personalets faglige dyktighet?	98,3
Spm 9. Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilbudet og hjelpen du fikk på sykehuset?	99,1

Tabellen over viser enhetens poengskåre på hvert enkelt av de tre spørsmålene som inngår i underindikatoren 'Kvalitet'.

Svarprosent	År
Svarprosent (andel besvarte skjema av utdelte skjema)	2009
	76,7

Tabellen viser enhetens svarprosent. Det vil si den prosentvise andel av de som har fått utdelt skjemaet som faktisk har svart på skjemaet.

RP2_Felles_Rapportskall_ORGID_11001574_QSTR3_Pasienttilfreds
 het_Hoved_level_5_sted_11001574_dtf_20100101_dtt_20101231_di
 d_



”Full pott!!!!”

(fritekst fra en mor)



Føderikets Brukerundersøkelse 2010

Bippi Trovik¹, jordmor

Anette Schaumburg Huitfeldt¹, jordmor

Atle Klovning^{2,3}, førsteamanuensis og fastlege

¹Føderiket, Oslo Universitetssykehus - Rikshospitalet

²Avd. for allmenn- og samfunnsmedisin & Allmenntilleggsmedisinsk forskningsenhet, Inst. for helse og samfunn, UiO

³Frogner Helsecenter, Oslo

Føderikets brukerundersøkelse 2010

Formålet med undersøkelsen

Vi ønsket å utforme spørsmål som kunne gi oss svar på om brukerne opplevde at svangerskaps- og fødselsomsorgen tilfredstilte målsettingen til Føderiket.

Føderikets målsetting er:

- kontinuitet, kompetanse og god kommunikasjon
- tilgjengelighet, trygghet, tillit
- støtte kvinnen og hennes familie i troen på egen fødekraft
- frihet til egne valg
- tid og ro til gode fødselsopplevelser

Med denne brukererfaringsundersøkelsen ønsker vi å finne ut hva brukerne mener om det helhetlige tilbudet ved Føderiket med hensyn til svangerskapskontroll, fødselshjelp, barseltid, hjemmebesøk og barnelegeundersøkelse. På dette viset kan Føderikets praksisstatistikk suppleres med verdifulle brukererfaringer. Jordmor Anette Schaumburg Huitfeldt har ansvar for praksisstatistikken, og legger kontinuerlig inn data i SPSS-databasen etter hver fødsel. Noen av disse resultatene er tilgjengelige på Føderikets nettsider:

http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/klinikkene/enhet?p_doc_id=37542&p_dim_id=44455

Metode

Brukererfaringsundersøkelsen ble utført ved hjelp av webserverbaserte programmet SurveyMonkey, hvor skjemaet ble designet, deltagerne invitert, dataene innsamlet og bearbeidet. Hver av kvinnene fikk tilsendt en e-post med en unik link til skjemaet, og denne kunne de svare på bare én gang. Dataene ble innhentet via systemets e-postdatabase. I alt 3 purringer ble sendt til dem som ikke hadde svart. Både i e-posten som inneholdt linken, og i begynnelsen av selve skjemaet, ble de oppfordret til å svare sammen med sin partner om mulig, da det var tre egne spørsmål til partner. De ble også bedt om å bruke de åpne kommentarfeltene flittig. Studien var åpen i tiden fra 6. til 24. februar 2010. Etter dette ble datainnsamlingen stengt. Dataene ble deretter anonymisert før de ble analysert. Dataene ble overført til SPSS. Tabeller og figurer ble produsert i SPSS og SurveyMonkeys rapportgenerator.

Etikk

Brukererfaringsundersøkelsen ble utført som ledd i intern kvalitetssikring av pasientbehandling ved Føderiket, og kvalifiserer derfor ikke som forskning. Resultatene skal ikke publiseres forskningsmessig, kun som en kvalitetssikringsrapport. Det er derfor ikke fremleggingsplikt for De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk. Personopplysningsloven §33.4 gir unntak for konsesjon for bruken av databasen, men krever melding. Selv om det heller ikke er krav til samtykke, ble respondentene spurt om de ville delta som et aktivt valg i en tilsendt e-post, og de kunne når som helst klikke seg ut av spørreskjemaet via en link på hver side, uten at data

ble lagret. Personer som reservert seg mot å delta ble gitt muligheten til å velge en "opt-out" funksjon i invitasjonsmailen, og fikk da ikke tilsendt purringer via e-post.

Funn

Av 287 potensielle respondentene, hadde vi e-postadressene til 244 kvinner som hadde født på Føderiket i perioden 21.mai 2007 til 20. februar 2010. Av disse svarte 195 kvinner (svarprosent 80%). Gjennomsnittsalderen var 34 år. Gjennomsnittlig oppholdstid på Føderiket etter fødsel er 12 timer.

Det var i all hovedsak på Internett og via jungeltelegrafene de hadde fått høre om Føderiket, hele 87%. Bare 9% var blitt informert av fastlegen, og 17% av jordmor på helsestasjon.

Hele 97% var fornøyd/svært fornøyd med svangerskapskontrollen på Føderiket. På spørsmål om hvordan de ble møtt på vakttelefonen da fødselen startet, svarte 96% at de var svært fornøyd/fornøyd med denne samtalen.

Ved fødsel ved Føderiket er ikke paret garantert "sin jordmor" som de hadde i svangerskapsoppfølgingen. På spørsmål omkring hvor viktig det var å ha møtt jordmor før fødselen, svarte 93% at de følte seg trygg på alle jordmødrene som jobbet her. Bare 36% svarte at de trodde at totalopplevelsen hadde blitt bedre om den jordmøren de kjente best hadde vært tilstede under fødselen. Nesten halvparten mente at det ikke var viktig for dem hvem av jordmødrene som var tilstede. Mellom 96-98% hadde svart at de oppfattet jordmor som var tilstede under fødsel som rolig, støttende, oppmuntrende, respektfull, tillitsvekkende, oppmerksom på behovene, og oppmerksom på partners behov. Kun tre kvinner svarte negativt på dette. I alt 97% var svært fornøyd/fornøyd med fødselopplevelsen. Gjennomsnittlig oppholdstid på Føderiket etter fødsel var 12 timer hos respondentene. Hele 95% var svært fornøyd/fornøyd med den oppfølgingen de fikk disse timene. Hjemmebesøket dagen etter fødsel oppgav 91% at de var svært fornøyd/fornøyd med.

Når det gjelder barnelegeundersøkelsen på Rikshospitalet 3. dag etter fødselen, var så mange som 11% av kvinnene og 13% av partnerne svært misfornøyd/misfornøyd med den. Flere kommenterte at de skulle ønske barnelegeundersøkelsen foregikk på Føderiket i roligere og mindre stressende omgivelser.

Hele 91% ville benyttet seg av Føderikets tilbud igjen om de skulle få flere barn. Kun tre kvinner (1,6%) ville ikke valgt å føde her igjen.

Av partnerne som svarte, følte 88% at forventningene ble innfridd i forhold til svangerskapsomsorgen og tidlig hjemreise. Fødselsforberedelsen i svangerskapet var 90% svært fornøyd/fornøyd med.

Partnerne hadde i 99% av tilfellene følt seg trygg under fødselen hele tiden eller det meste av tiden, og 98% av dem var komfortable med ikke å være på sykehus. Likevel var det 16% av dem som følte angst i korte perioder. Partnerne var i 93% av tilfellene svært fornøyd/fornøyd med egen delaktighet under fødselen. Det var kun én partner som opplevde dårlig samarbeid med jordmor. Hele 98% var svært fornøyd/fornøyd med samspillet med sin kvinne.

I brukerundersøkelsen oppgav 22 (11%) av respondentene at de var blitt overflyttet under eller etter fødsel. Elleve kvinner var svært fornøyd/fornøyd med at det ble benyttet privat transport ved overflyttingen, og ingen var misfornøyd/svært misfornøyd med det. Når det gjelder bruk av ambulanse, var 6 kvinner svært fornøyd/fornøyd

med det, mens to var misfornøyde. Jordmor fra Føderiket deltok i overflyttingen i 15 av tilfellene, og dette var de svært fornøyde med. Når det gjaldt hvordan de ble mottatt av jordmor på fødeavdelingen, var 16 kvinner svært fornøyd/fornøyd, og 3 kvinner misfornøyd. Kun én kvinne var misfornøyd med vakthavende lege. Barselavdelingen var 14 svært fornøyd/fornøyd med, og 4 kvinner var svært misfornøyd/misfornøyd. Fem kvinner var svært misfornøyd/misfornøyd med utskrivingen fra barsel.

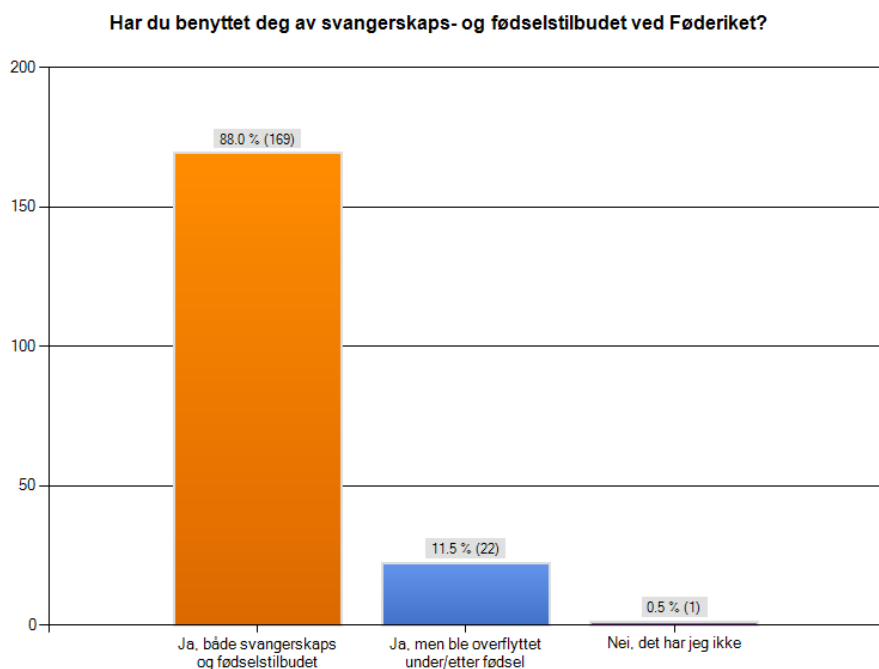
Konklusjoner

- Det som var utslagsgivende for brukernes valg av Føderiket, var lokalisering utenfor sykehus. Kontinuitet, kjente jordmødre, ikke vaktskift under fødsel, rolige omgivelser, mulighet for vannfødsel, tidlig hjemreise og angst for sykehus var også viktige faktorer. Dette var også det nærmeste de kom hjemmefødsel i offentlig regi.
- Informasjon om Føderikets tilbud har enten ikke nådd ut til fastlegene og kommunejordmødrene, eller blir bevisst ikke nevnt for kvinnene på grunn av negative holdninger hos helsepersonell.
- Føderikets brukere var svært fornøyd med svangerskapsomsorgen, fødselsforberedelsen og tilbudet om tidlig hjemreise.
- Når 98% svarte at de var svært fornøyd/fornøyd med fødselsopplevelsen, bekrefter dette vår målsetting om at Føderiket gir tid og ro til gode fødselsopplevelser. Partnerne føler seg også svært godt ivaretatt.
- Det kan se ut til at noen få kvinner kunne hatt bruk for å vite akkurat hvilken jordmor som kom ved fødsel.
- Samarbeidet med føde- og barselavdelingen kan bli bedre, slik at overflyttingene som vi vet kommer, kan gjennomføres på en god måte. I svangerskapskontrollene er det viktig at jordmødrene på Føderiket tar opp muligheten for overflytting under eller etter fødsel.
- Skal man høre på brukernes ønsker, bør barnelegeundersøkelsen foregå i Føderikets lokaler.
- Mange kommenterer også at de skulle ønske Føderiket kunne tilby hjemmefødsel.
- Utover dette, er det kun minimale endringer brukerne ønsker seg. I siste delen av rapporten er brukernes 40 sider med frie, anonymiserte kommentarer. Her var det svært få kritiske tilbakemeldinger.
- Tilbakemeldingene fra brukerne viser at de føler seg sett og hørt, og at jordmødrene var sensitive for deres behov og ønsker. Det ser ikke ut til at epidural var et savn hos noen av de fødende eller jordmødrene.

Politikere i Norge har vedtatt at det skal være en differensiert fødselsomsorg. Føderiket har funnet en form der det er mulig å gi et helhetlig tilbud for friske gravide med forventet normal fødsel. Brukerne er svært fornøyde og utfallet for mor, far og barn er svært gode, også der det har vært behov for overflytting.

Figurer og tabeller

Har du benyttet deg av svangerskaps- og fødselstilbudet ved Føderiket?



Hvor hørte du om Føderiket?

