

Helse Vest RHF
v/plansjef Hans K. Stenby
Postboks 303, Forus
4066 Stavanger

Vår referanse
2007/3532/4/27694/2007/321

Saksbehandler
Sissel Moe Lichtenberg

Dato	Deres referanse
26.10.2007	2007/334 - 3662/2007

Ad problemnotat nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg - innspill fra Helse Stavanger

Vedlagt følger innspill til problemnotat vedrørende nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Problemnotatet er utarbeidet av seksjonsoverlegen ved føde/barselseksjonen ved Kvinneklirikken, Stavanger Universitetssjukehus og overjordmor ved Kvinneklirikken, Stavanger Universitetssjukehus.

Innspillene som framkommer i vedlagte høringsnotat tiltres av klinikkdirektøren ved Kvinnebarneklirikken.

Med vennlig hilsen

Sissel Moe Lichtenberg

Sissel Moe Lichtenberg
klinikkdirektør

Vedlegg: Høringsinnspill til "Problemnotat nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg"

Kopi: Direktør ved FF/KP, SUS
Overjordmor, KK/SUS
Avdelingsoverlegen, KK/SUS
Seksjonsoverlege ved føde/barselseksjonen, KK/SUS

Nasjonal strategi for svangerskaps- fødsels og barselomsorg

Høringskommentarer fra seksjonsoverlege føde/barselseksjonen:

Det er mange fine generelle tanker i dokumentet.
Men en del viktige momenter mangler:

Bemanningssituasjonen ved de store fødeavdelinger

Dokumentet understreker problemer med rekruttering til fødestuer og små fødeavdelinger. Dette er også et stort problem ved store avdelinger. De fleste kvinnene føder ved de store avdelinger.

Stavanger Universitetssykehus (SUS) har 4500 fødsler årlig. Avdelingen gir gode muligheter til utvikling for alle faggrupper. Det store antallet fødsler gir gode muligheter for forskning. Avdelingen har en database med over 40 000 fødsler.

Likevel virker det nesten umulig å få erfarne gynekologer til å komme til avdelingen. Arbeidspresset er for stort. Det er for få leger til å dekke arbeidspresset ved fødeseksjonen, fødeavdelingen, observasjonsposten/barselavdelingene og poliklinikken. En for liten bemanning gjør det umulig å gjennomføre arbeidet tilfredstillende, og det er umulig å leve opp til intensjonene i høringsnotatet.

Det er mange søkere til utdanningsstillingene, men noen erfarne leger blir slitne av arbeidspresset og søker til privat spesialistpraksis.

Forslag til tiltak:

Det må opprettes flere stillinger ved store fødeavdelinger.

Legene må få vanlige arbeidsvilkår med normal arbeidstid.

Lønnsforholda mellom privatpraksis og sykehuspraksis må utjevnes.

Sentralisering

Det er et sterkt ønske fra utkantdistriktene om å opprettholde de små fødeavdelingene og fødestuene. Fra et distriktpolitisk synspunkt er dette forståelig.

Men det er for mange fødeinstitusjoner i Norge. I diskusjonene understrekes ofte de enorme avstandene i Nord-Norge. Selvsagt må Hammerfest og Kirkenes og Alta beholde sine fødeplasser.

Men det er vanskelig å forstå at Orkanger skal ha egen fødeavdeling. Det tar bare 45 minutter å kjøre til Trondheim. Det er også vanskelig å forstå at Helse Innlandet skal ha 6 fødeinstitusjoner.

Små avdelinger er dyre å drive, de har vanskelig for å rekruttere fagpersoner, det er vanskelig å dekke vaktene og det vanskelig å opprettholde høy kompetanse i små avdelinger. Det er dessuten dårlig utnyttelse av de begrensede antall fagpersoner som finnes i landet.

Stavanger Universitetssykehus har i over 20 år vært den eneste fødeavdelingen i Sør-Rogaland. Alle når avdelingen i løpet av 1 og ½ time. Dette fungerer greit. Nesten ingen klager på reiseavstander og det er mindre enn 10 transportfødsler årlig. Dette er ikke et stort problem.

En hvis grad av sentralisering i Norge virker fornuftig.

Sortering

Gruppering i høy og lavrisiko er viktig i svangerskapsomsorg og fødsel. Ut fra erfaringer fra Storken (ABC-avdeling) ved Haukeland Universitetssykehus kan opp mot 30% trygt føde ved

en lavrisikoenhet. Dette er viktig for å holde troen både blant fagpersonalet og blant kommende fødende at en fødsel er en normal og naturlig prosess for de fleste og at man ikke trenger bruke høyteknologisk overvåkning av de som er friske.

Forventninger

Brukerne har store forventninger til fagpersonene og dette forståelig nok.

Myndighetene har store forventninger til gode resultater, få komplikasjoner, dokumentasjon, sikkerhet, melderutiner, informasjon til brukerne, opplæring og forskning

Fagpersonene har store forventninger til seg selv.

Planen øker forventningene. Det er prinsipielt riktig, men arbeidsforholda må være slik at fagpersonene har mulighet til å leve opp til det som forventes.

Skader må selvsagt komme fram og ikke skjules. Men responsen fra media og fra helsetilsynet må være på en høflig måte slik at det ikke skremmer leger og jordmødre fra å gå inn i ledende stillinger.

Forventningene må være realistiske.

Åpenhet

SUS legger alle sine prosedyrer og resultater ut på nettet. De er fritt tilgjengelige for alle.

En slik åpenhet er nødvendig og må understrekes i notatet

Noen spesielle momenter:

Alder

Dagens kvinner er eldre enn før når de får barn. Dette skaper medisinske problemer, men det må vi leve med. Det er selvsagt opp til den enkelte å planlegge sitt liv. Men det må tas med i planleggingen at det fører til økt antall patologiske svangerskap og økt behov for oppfølging.

Keisersnitt.

I Norge forløses ca 15% av kvinnene med keisersnitt. Dette er i tråd med anbefalinger fra WHO. I mange andre land forløses nå 30% av kvinnene med keisersnitt, og tallet stiger enkelte steder opp mot 50%. Dette er ikke tegn på god kvalitet. Unødvendige keisersnitt fører med seg økt risiko for komplikasjoner og økt risiko for problemer i påfølgende svangerskap. Det bør understrekes som et mål å forsøke å holde keisersnittsfrekvensen på nivå med det som WHO anbefaler.

Fødselsangst

5% av kvinnene har fødselsangst. Disse kvinnene har behov for ekstra oppfølging. I et prosjekt med teamjordmor i Stavanger hadde 4 jordmødre ansvar for å følge svangerskap, fødsel og barsel for disse kvinnene. 75% av disse kvinnene fødte vaginalt. Ut fra avdelingens erfaring kan 4-5 jordmødre følge 200 kvinner med fødselsangst. Men det har vært umulig å finne penger til å fortsette en slik viktig oppfølging ut over prosjektperioden.

Disse kvinnene har stort behov for kontinuitet, og de bør omtales i strategiplanen.

Nasjonal strategi for svangerskaps- fødsels og barselomsorgen

Høringskommentarer fra overjordmor, KK/SUS

- **Er faktabeskrivelsene korrekte?**

Ja, men jeg synes

- 1) at det for lite faktabeskrivelser fra hverdagen i store kvinneklinikker, eksempelvis høgt arbeidspress, stort opplærings- og utdanningsansvar, vanskelig å rekruttere erfarne leger.
- 2) Utviklingstrender er for lite tatt med, eksempelvis overvektige kvinner, makrosome barn, høyere alder på fødekvinne, rus, økning i keisersnitt.

- **Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?**

- 1) Rekruttering og å beholde erfarne fødselsleger også på store fødeinstitusjoner. Jfr. Torbjørn Eggebø sitt notat.
- 2) Liggetiden på barsel er halvert på få år. Det er ikke etablert et system for å ivareta barselomsorgen / observasjon av det nyfødte barn som erstatning for kort liggetid. Eksempelvis ammeveiledning fra erfarne barnepleiere.
- 3) Mangel på kontinuitet for kvinnene gjennom føde og barseloppholdet på kvinneklinikker med rene føde og barselenheter. Dette har en klart å rette på for lavrisikofødende der det er ABC enheter, men ikke for størsteparten av fødende. Behovet for kontinuitet er minst like stort for høgrisikokvinner eller foreldre som har nyfødte som trenger behandling i nyfødtperioden. Denne gruppen brukere vil øke.
- 4) Endring i utdanning for hjelpepleiere. Hjelpepleierutdanningen som til nå har vært grunnutdanning for videreutdanning i spedbarn og barnesykepleie blir i disse erstattet med ny fagutdanning som helsefagarbeider. Hvilke konsekvenser får dette for "barnepleier" rekruttering.
- 5) Høg andel deltidsansatte jordmødre og barnepleiere. Konsekvens for kontinuitet i omsorgen, kompetanse og rekruttering.

- **Er det lagt vekt på de mest sentrale problemstillinger / utfordringer?**

I tillegg til problemstillinger som er nevnt:

- 1) Likeverdige tilbud. Utfordringene blir forskjellige alt etter folketettheten rundt fødeinstitusjonene. Brukernes krav er ulike, selv om alle forventer respektfull og trygg omsorg og behandling. Det må bli et mål med større likhet i ressursbruk på sammenliknbare føde/ barselinstitusjoner. Å kartlegge ressursbruken på de forskjellige institusjonene er viktig, ellers vil skjevhetene bare fortsette. Dette synes jeg ikke er vektlagt.
- 2) Frykt. Jordmødre og leger som er redd for å gjøre feil. Det må blant annet være tid og økonomiske ressurser til å "tørrtrene" på akutsituasjoner og å kunne tilegne seg ny kunnskap. Vi trenger nasjonale føringer / standarder for alle deler av omsorgen. Dette synes jeg er for lite tydelig i rapporten.
- 3) Utvikling i brukergruppen. Gravide blir blant annet eldre, får stadig mer utdanning, erverver seg sykdommer og har redsel for fødsel. Kravene til oss som fagpersoner øker. Denne utfordringen bør vies større fokus i ny strategi.
- 4) Kompetansekrav: Forskning og utviklingsarbeid samt undervisning av studenter i praksis. Dette er en større utfordring enn før. Brukere ønsker "eksperten".

- **Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene og hva er synspunktene på de forslag som er spilt inn?**

- 1) WHO sine retningslinjer
- 2) Politisk vedtak for valgte tiltak
- 3) Aksept for at forebyggende helsearbeid har en plass i spesialisthelsetjenesten.
- 4) Utarbeiding av faglige standarder for tilbud både i svangerskapsomsorgen, gjennom fødsel og barseltid.
- 5) Øke kvalitetsarbeidet. Fokuserer på bedre rutiner, evaluere, sammenligne resultat med seg selv over tid og med andre fødeinstitusjoner. Åpenhet slik at resultater fritt kan sammenlignes.
- 6) Øke samhandling med primærhelsetjenesten i svangerskapet og barseltid. Bidra med utadrettet tjeneste.
- 7) Øke samhandling mellom nyfødttintensiv-avdelinger og føde/barsel -avdelinger for gi bedre helhetlig omsorg for mor og barn når barnet trenger spesiell nyfødtomsorg. Dette er utelatt.
- 8) Brukermedvirkning i et nytt nasjonalt råd for svangerskaps-, fødsels og barselomsorg.
- 9) Forskning generelt og spesielt mot utviklingstrender i brukergruppen. Helsepersonell må følge med i de kulturendringene som skjer i samfunnet. Utviklingen går fort. Eksempelvis kan det nå være et tiltak å opprette jordmorteam for gravide med behov for ekstra oppfølging gjennom svangerskap, fødsel og barseltid for å redusere intervensjon (keisersnitt) for kvinner med fødselsangst.

- **Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet ?**
Forrige legkvinnekonferanse var i 1999. Det er på tide med en ny legkvinnekonferanse . En konferanse med forskjellige brukergrupper, eksempelvis brukere i distriktene, brukere i sentrale strøk, brukere med minoritetsbakgrunn, unge og godt voksne.

Vurdere ny forskning som er gjort / gjøres på brukerperspektiv både i Norge og i de andre Nordiske land. Bringe klarhet i helsepersonellens rolle i forhold til brukers rett. Jfr lovverket vårt.

- **Er det andre forhold som bør omtales (for eksempel om det er tatt tilstrekkelig hensyn til personvern)?**

Elektronisk overføring av data er viktig i svangerskapsomsorgen, men ikke mindre viktig for barnet at det blir rask overføring av data til helsestasjon etter barseloppholdet.