

Innspill fra Sykehuset Buskerud vedrørende Problemnotatet om Nasjonal strategi for svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen.

Notatet skaper usikkerhet om hva HOD ønsker for Svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen framover.

Vi opplever at notatet er i utakt med WHO s prinsipper og stortingsvedtak om differensiert og desentralisert fødselsomsorg. Konsensus om stortingsvedtaket og de overordnede retningslinjene må etableres og nasjonale strategier legges ut fra denne.

HOD må klart definere hvem som skal ha ansvar for hva i fødselsomsorgen. Overordnede linjer og modeller må settes.

- Oppgavefordeling mellom omsorgsnivåene må konkretiseres
- Modell for samarbeid mellom ansvarsnivåene må skisseres
- Faglig begrunnelser for retningslinjer og samarbeidsmodeller som skaper kontinuitet og god ressursutnyttelse må være utgangspunktet for sentrale føringer, ikke profesjonsmotsetninger eller uvilje til å fatte vedtak som kan være upopulære i lokalsamfunn. Lokale løsninger må komme etter det.

Ressursfordeling

Nasjonale standarder må settes for hvem som skal ha ansvar for hva, hva tjenesten skal inneholde og hvor mye ressurser som skal settes av til oppgavene i henhold til befolkningsmengde og demografi. Det kan ikke være opp til kommunene selv å definere dette. Lokale løsninger må tilpasses lokale behov på en slik måte at nasjonale krav til tjenesten møtes. Erfaring med svært små stillinger for jordmødre i kommunene viser at dette må styres sterkere fra sentralt hold.

Vikarordninger/beredskapsordninger/rullering av fagpersoner fra samarbeidende sykehus:

Rullering mellom fagstedene er en fin ide som ville kunne øke fellesskapsfølelsen og sikre samhandling, men er vanskelig å gjennomføre i virkeligheten.

Rullering av fagpersoner kan gjøre det vanskelig å opprettholde kontinuitet i tjenesten til den enkelte kvinne. Rent praktisk kan det bli vanskelig gjennomførbart pga store reiseavstander. På små sykehus vil det bli et stort og tungt ansvar på få fødselsleger, vi ser at klagesaker øker og dette vanskeliggjør rekruttering.

En vaktordning på et mindre sykehus som baserer seg på 2 fødselsleger harmonerer ikke med dagens håndtering av arbeidstid og vaktlengder, selv med beredskapsvakt på tilkallingsbasis. Fagpersoner i dag skiller mer mellom privatliv og arbeidsliv enn leger ved små sykehus tradisjonelt har gjort.

Vikarene kan være dyktige fagpersoner, men vil kun fungere som brannslukkere og vi tror ikke dette er veien å gå i langsiktig planlegging. Det vanskeliggjør samhandling når fagpersoner ikke kjenner hverandre og faglig kvalitet kan forringes.

Rekruttering til små utkantssykehus er vanskelig nettopp på grunn av problemstillingene vi har vært inne på over.

Rekruttering av jordmødre til små sykehus og kommunehelsetjenesten er også avhengig av økte stillingsstørrelser slik at det kan bli jobber å leve av og at det kan bli et kollegialt miljø og jobbe innenfor.

Vi opplever at notatet dreier i en annen retning enn det Nasjonalt råd for fødselsomsorg har lagt til grunn for sitt arbeid de siste årene. Og overordnede rammer og retningslinjer blir divergerende og lite tydelig. Notatet har fokusert mye på lokale løsninger, noe vi synes burde komme etter at sentrale linjer er trukket opp.

Akuttberedskap

Notatet gir inntrykk av et ønske om akuttberedskap overalt uten å ta hensyn til om denne beredskapen er av god kvalitet. Vi forstår notatet slik at man ønsker å opprettholde full sectioberedskap på små sykehus. Det er ikke ønskelig å basere seg på bruk av kirurger til dette. En slik beredskap blir altfor personavhengig og sårbar. Tanken om rotasjonsordninger for å sørge for høy kompetanse i alle kroker av landet synes lite gjennomførbar i praksis. Rullering av fagpersoner kan føre til utrygghet særlig i akutte situasjoner og vi er bekymret for om dette kan føre til uheldige hendelser, med konsekvenser for mor og barn. Erfaringskompetanse er avhengig av et visst volum. Hvis oppgavene skal deles på flere kan dette gå ut over kompetansen til hver og en som er med i en rullering.

Svangerskapsomsorg.

Myndighetene må tydeliggjøre hvem som skal drive svangerskapsomsorg. Fastlegens rolle må defineres klarere. Ønsker man en helsestasjonsmodell må fastleger ansvarliggjøres i et **forpliktende** samarbeid under graviditet og barseltid.

Vi tror en samarbeidsmodell mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene er en god vei å gå for en mer helhetlig tilnærming under graviditet og fødsel. Ved Sykehuset Buskerud gjennomføres nå et prosjekt for å belyse nettopp dette.

Fødselsomsorg.

Som sykehus er vi pålagt å gi kvinnene et differensiert tilbud. Dette tilbudet er fortsatt under utvikling og vi synes ikke å få støtte i problemnotatet for dette viktige arbeidet. Vi er enig i at det bør etterstrebes konsensus i differensieringen av normal og risikofødende.

Samhandling

Vi er glade for at rapporten vektlegger økt samhandling mellom fagprofesjonene. Vi ser at det er nødvendig med felles arenaer for opplæring og kompetanseutvikling.

Perinatalkomiteen.

Det er ønskelig å gjenopprette perinatalkomiteer med audit. Disse bør ha en begrenset geografisk forankring. Det er utilfredsstillende at dette fungerer ulikt i den nye regionale helseforetaksmodellen.

Margit Rosenberg
Seksjonsoverlege
Føde-Barselseksjonen, KK

Nina Lauritzen
Fagutvikler, KK

Lise Broen
Klinikkjordmor, KK

Synnøvd Egenæs
Fagutvikler, KK