HELSE SUNNMØRE HF
Kvinneklinikken
Ålesund sjukehus

Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dykkar ref.: *Vår ref.:* *Ålesund, 05.11.2007*
JS/-

INNSPILL TIL PROBLEMNOTAT ANGÅENDE NASJONAL STRATEGI FOR SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG BARSELOMSORG.

Kvinneklinikken i Helse Sunnmøre HF er svært positive til at Helse- og omsorgsdepartementet har iverksatt et grundig og omfattende arbeid med ny nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og takker for anledningen til å komme med innspill.
Slik vi oppfatter det, er dette problemnotatet i første rekke et forsøk på å gi en beskrivelse av dagens reelle situasjon og utfordringer knyttet til denne. Situasjonsbeskrivelsen er langt på vei sammenfallende med den virkeligheten vi daglig arbeider med i våre føde- og barselavdelinger i Volda og Ålesund.

Mange av våre tilbakemeldinger er allerede fremført for HOD's arbeidsgruppe i møte 31. oktober 2007, men vi vil også benytte anledningen til en skriftlig tilbakemelding.

Fakta om Kvinneklinikken i Helse Sunnmøre:
Kvinneklinikken i Helse Sunnmøre HF består av to avdelinger under en felles klinikkledelse. En føde- og barselavdeling i Ålesund med fødselsprognose for 2007 på rundt 1400 fødsler, 12 legehjemler (4 utdanningshjemler og 8 spesialisthjemler), 27 jordmorstillinger og 16 barnepleierstillinger. I tillegg kommer en gynekologisk sengepost som utfører ca. 1000 inngrep årlig og en gynekologisk poliklinikk med rundt 11.000 konsultasjoner årlig i Ålesund.

Føde- og barselavdelingen i Volda har i 2007 en fødselsprognose på rundt 390 fødsler, 4 overlegehjemler hvorav en er midlertidig omgjort til assisstentlege, 13 jordmorstillinger og 6 barnepleierstillinger. Denne avdelingen har også gynekologiske senger (ca. 350 inngrep) og gynekologisk poliklinikk med rundt 4200 konsultasjoner årlig.
Geografisk skilles de to avdelingene av 65 kilometer og en fergetur. Total reisetid utgjør ca. 90 minutter en vei.

Avdelingene har i utgangspunktet felles prosedyrer med enkelte tilpassninger til praksis i forhold til avdelingen i Volda. Begge avdelingene bruker forutsetningene om differensiert fødeselsomsorg etter anbefalinger fra Nasjonalt Råd for fødselsomsorg, og har innført samme råds anbefalinger i forhold til forebygging av sphinkterskader.
Vi har et gjennomgående kvalitets- og avvikshåndteringssystem i Kvinneklinikken, som også gjelder for hele helseforetaket.

Postadresse: 6026 ÅLESUND Telefon: Sentralbord: 70 10 50 00 Telefax: sentralbord: 70 14 21 75

Konkrete innspill til problemnotatet
Problemnotatet antyder en aktuell organisering av fødselsomsorgen i forhold til de små/mellomstore fødeavdelingene hvor man setter **hospitering og nettverksykehus** i et system. Dette stiller vi oss positive til, men ser samtidig at en slik hospiteringsordning som skal sikre kvalitet på akuttberedskapen i avdelinger med små fødevolum, krever en fornuftig og gjennomtenkt organisering.
For det første må man tilføre institusjonene midler som er øremerket til dette formålet, slik at en hospiteringsordning som er mulig å gjennomføre økonomisk.

> *For eksempel vil en ordning med to uker årlig pålagt hospitering for alle leger og jordmødre medføre et behov for vikarer i over 40 uker årlig, bare for Volda. I tillegg kommer reise og opphold for den ansatte og den som skal vikariere for vedkommende.*

Vi vil gjerne spille inn et forslag om en hospiteringsordning som forutsetter en gjensidig utveksling mellom liten avdeling og det nettverkssykehuset det eventuelt skal hospiteres mot. Vi antar at man vil få en betydelig forsterket effekt av en slik systematisk hospiteringsordning, både på lege og jordmorsiden med stor grad av kunnskapsutveksling.

Når det gjelder **samhandling med primærhelsetjenesten** har Volda sjukehus hatt en avtale med kommunejordmødre i verts- og nabokommuner om hospiteringsordning, dvs. at kommunejordmødrene har jobbet vakter på fødeavdelingen. Ordningen opplevdes som svært nyttig for partene, men måtte beklageligvis avvikles i forbindelse med budsjettmessige utfordringer i 2007. Noe av problematikken var at helseforetaket ensidig bar lønnskostnadene ved ordningen, og kommunene det gjaldt viste liten eller ingen interesse for å betale for hospiteringen for sine ansatte.

Vi ser gjerne at det blir etablert samhandlingsordninger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men dette er også noe av det første som blir saldert når driftsrammene for øvrig kommer under press. Det betyr at helseforetaket og/eller kommunene må ha insentiver som gjør det ettertraktet å ivareta slike ordninger.

Et annet viktig moment i forhold til samhandlingsordninger, er at et nært og tett samarbeid med både leger og jordmødre i primærhelsetjenesten bidrar til en kvalitetssikring av seleksjonen av fødende. Vi opplever dessverre fra tid til annen at gravide kvinner som definitivt skulle vært henvist til eller selektert til mer spesialisert fødeavdeling kommer til avdelingen like før eller i forbindelse med fødselen.

Vi ser også at dersom svangerskapsomsorgen ble styrt fra helseforetaket, for eksempel gjennom salg av jordmorstilling, ville langt flere kommuner kunne opprettholde et kvalitetsmessig sikret og stort nok jordmortilbud i primærhelsetjenestene. Samtidig må man si noe om hva som er en minimumsgrense for hvor liten stillingsbrøk en kommune faktisk kan klare seg med, ikke med bakgrunn i antall fødende, men ut fra en kvalitetsmessig sikring av kontinuiteten på tjenesten i den aktuelle kommunen.

Problemnotatet holder et høyt fokus på **brukerperspektivet**. Dette opplever vi i Helse Sunnmøre er et viktig fokus, men kan ikke unnlate å kommentere at det er en vanskelig balansegang mellom hva

som er brukernes ønsker og de faglige vurderinger som skal og må ligge til grunn for en fødselsomsorg som bygges på forutsetninger om "evidence based"-kunnskap.

Samtidig ser vi klart at behovet for nærhet og trygghet er en svært viktig faktor for gravide og fødende, og at det er et suksesskriterium for en god fødselsomsorg.

"Legkvinnekonferansen" i 1999 ga fagmiljøet mange viktige anbefalinger i forhold til utviklingen av fødselsomsorgen. Siden 1999 er det skjedd mye i norsk fødselsomsorg, blant annet statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten i 2002, rask utvikling av moderne teknologi og informasjonstilgang gjennom for eksempel internett. Dagens fødekvinner er svært velinformerte og krever innsyn i beslutninger og anledning til informerte valg.
Noe av problemstillingen er at når fødekvinner blir hørt, er det gjerne som følge av ad hoc-grupper, som for eksempel. "Aksjon fødekaos" i Oslo. Vi er kritiske til om dette er et representativt utvalg fødekvinner, sett på vårt ståsted på Nordvestlandet.
Vi ser gjerne at departementet tar initiativ til en ny Legkvinnekonferanse for å lytte til fødekvinner anno 2007, men vi er imidlertid skeptisk til om brukerne skal tre inn i rene faglige utvalg slik det antydes i problemnotatet.

I Helse Sunnmøre driver vi en stor og en liten fødeavdeling. Utfordringer knyttet til **rekruttering og bemanningssituasjonen** gjør at vi det siste året har brukt mye ressurser på å holde kontinuiteten oppe, spesielt i forhold til fødeavdelingen i Volda. Dette er kostnadskrevende både økonomisk og menneskelig.
Det er imidlertid ingen tvil om at vi skal drive en fullverdig fødeavdeling også i Volda, dette er et klart mandat fra eiersiden og fra vårt lokale helseforetaksstyre. Men de driftsrammene vi har er dessverre så dårlig tilpasset vår virkelighet at det tvinger oss til vanskelige prioriteringer. Fire uker sommerstenging i Volda i 2007 er et eksempel på dette.
Vår klare tilbakemelding er at vi trenger driftsrammer som er tilpasset det faktum at vi skal drive små og store kvalitetsenheter, og som ikke har som konsekvens at for å drive en liten avdeling må man omprioritere i forhold til en stor.

I vårt helseforetak har vi også merket oss at utdanningsstillinger ved vårt regionsykehus er opptatt av ferdig utdannede spesialister. Det har to konsekvenser for oss; 1) vi får ikke sendt våre assisstentleger i gruppe 1-tjeneste ved vårt regionsykehus, og 2) dersom man ikke tillot en opphopning av spesialister ved regionsykehusene hadde rekrutteringssituasjonen til vårt helseforetak forbedret seg kraftig.

Barselomsorgen i Helse Sunnmøre er preget av høy kvalitet. Vi har en gjennomsnittelig liggetid til 3. dag postpartum, ved avdelingen i Ålesund har vi etablert barselhotell integrert i pasienthotellet som lav-risikoenhet. Her har mor anledning til å være sammen med far fra første dag, og dette er et svært ettertraktet tilbud. Ved avdelingen i Volda driver man ganske tilnærmet dette, da plassmulighetene gjør det mulig å tillate far eller annen ledsager opphold sammen med mor og barn på avdelingen. Dette opplever vi er særdeles viktig for etableringen av den lille familien.

Fokus på kortere liggetid og reduksjon i sengekapasitet for hele helseforetaket, har tvunget oss til å analysere hvilke reduksjons- og innsparingspotensiale vi har, og friske fødende med friske barn blir fort en aktuell gruppe som kan salderes i forhold til et trangt driftsbudsjett. Etter ROS-analyse av et slikt tiltak i helseforetaket vårt, kom vi til en konklusjon om at risikoen var for stor og at de geografiske forholdene gjorde at vi måtte forskjellsbehandle barselkvinner på en særdeles uheldig måte.

Det er med bekymring at vi opplever at helsestasjonene ikke har fokus på selve barseltiden, men mer på barnets utvikling etter seks uker. Ikke alle får like god start på ammingen innen 3. dag postpartum og trenger lengre oppfølging, men vi får dessverre bare i begrenset omfang gitt et tilbud gjennom etablert ammepoliklinikk i avdelingen. Vi skulle ønske helsestasjonene etablerte et tilbud med spesialister (jordmødre eller helsesøstre) med spesielt fokus på de seks første ukene etter fødsel. Slik det er nå, etablerer vi løsninger som er delvis tilfredsstillende for kvinner som befinner seg i nærheten samtidig som vi opplever at helsestasjonene synes vi opptrer på dere banehalvdel.

Vi ønsker Helse- og omsorgsdepartemenetet lykke til videre med arbeidet med strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og ser frem til senere høringsrunde.

Med vennlig hilsen
Helse Sunnmøre HF

Janita Skogeng
Avdelingssjef
Kvinneklinikken

Postadresse: 6026 ÅLESUND
Telefon: Sentralbord: 70 10 50 00
E-postadresse: smr@smr.no
Telefax: Administrasjonen : 70 14 21 75
Mottagelsen : 70 14 95 30

HELSE NORD-TRØNDELAG
Helse Nord-Trøndelag

Kirkegt. 2
N-7600 LEVANGER
E-post: post@hnt.no
www.hnt.no

Telefon: 74 09 80 00
Telefaks: 74 09 85 00
Org.nr: 983 974 791

Til

Helse Midt-Norge RHF
v/Svanhild Jenssen
Postboks 464
7501 Stjørdal

Vår ref.: **Deres ref.:** **Arkiv:** **Dato: 2.11.2007**

Innspillsrunde – nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Vi viser til problemnotat av 24. september 2007.
Det er en oppfatning at notatet er en blanding av fag og politikk, noe som gjør rene diskusjoner vanskelig. F eks står det om kriterier for seleksjon av pasienter (s.15) at det aldri har lyktes å oppnå full konsensus i det norske fagmiljøet om hvorvidt det er mulig å selektere lavrisikofødsler med stor nok grad av treffsikkerhet. Det er nok riktig, men det foreligger kriterier som de fleste er enige om. Det kan synes om dissensen i denne saken kan være knyttet til ønsket om å opprettholde små avdelinger. Når det også knyttes til spørsmålet om kirurgberedskap for keisersnitt, blir argumentasjonen uklar. De faglige premissene bør legges først. Eventuelt politisk begrunnede strategier bør synliggjøres særskilt. Man står ellers i fare for å skape unødig usikkerhet og uklarhet i forståelsen av veivalgene. Da oppnår vi ikke å gi følelse av trygghet under svangerskap, fødsel og barseltid.

Først svar på de 6 spørsmålene nevnt innledningsvis.

- Faktabeskrivelsene synes i hovedsak korrekte, vi har noen supplerende kommentarer, henviser våre kommentarer til hvert kapittel.
- Angående status – det bør sies noe om faglige underbygde og realistiske forventninger – vi kan ikke bygge videre på verstefallstenkningen som preger en del miljøer. Det er et problem at det ikke er vel etablerte inntaksordinger som sikrer kvinnene en sikker fødeplass, og at fødekapasiteten ikke er optimalt utnyttet der det ligger til rette for å gjøre det.

  Fritt sykehusvalg til denne gruppen er erfaringsmessig i liten grad basert på faglige kriterier. Ordningen understøtter ikke optimal ressursutnyttelse og bør derfor omgjøres til å gjelde ved spesielle vilkår.

- Det er sagt noe om de mest sentrale problemstillinger/utfordringer. Det er nok grunn til ytterligere å vektlegge risikogrupper i det videre arbeid. Momenter her er etnisitet, språk, kultur, psykisk sykdom, sosial lavstatus, fedme mv.
- Sentralt i strategier og tiltak bør være større kontinuitet i svangerskapsomsorgen slik at risikogrupper får bedre oppfølging. Det er en stor utfordring å få tak i de pasientene som trenger denne delen av helsetjenesten mest og best, og på riktig nivå. Hvilke tiltak skal vi sette i verk for å fange opp risikopasienter som ikke kommer til kontroll? Kommunene har hatt et klart ansvar i lang tid, men utøves alt best i kommunal regi under knappe ressurser?
- Hvilke prosesser som bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttes, kan være vanskelig å svare på. Igjen tror jeg det er viktig å skille fag og politikk i utredningsfasen for så å gjøre de nødvendige politiske grep/vedtak.
- Andre forhold som bør omtales er at mange friske (og ressurssterke) pasienter får for mange og unødvendige kontroller. Det nevnte personvernet er meget godt ivaretatt også i denne delen av helsetjenesten etter min erfaring.

Ved fødestuer kan oppstå kritiske situasjoner. Ved keisersnitt kreves anestesi og akuttberedskap, noe vi ikke har eller kan ha alle steder. Nødkeisersnitt bør ikke baseres på at kirurg utfører inngrepet. Fødestua i Alta er et godt eksempel på hvordan en fødestue fungerer godt uten operasjonsberedskap.

Erfaring tilsier at fastlegenes funksjon ikke er samordnet med øvrig helsepersonell i kommunene. Det må bli en bedre overordnet koordinering i kommunehelsetjenesten, og fastlegeressursen må styres sterkere i forhold til forpliktende samarbeid og oppgavefordeling. Å legge opp til å inngå avtaler mellom fastlege, helsestasjon, jordmor og eventuelt sykehus innen dette området er et ressurskrevende blindspor. Her bør det legges utvetydige føringer fra sentralt hold.

HOD spør til slutt om det er andre forhold som bør omtales, og her har vi et lite ønske: En nasjonal strategi bør inneholde et avsnitt der departementet gjør det klart hvilket handlingsrom helseforetakene har når det gjelder sommerstenging/feriestenging av fødeavdelinger/-stuer. Det gjelder enten begrunnelsen er å spare penger eller mangel på fagpersonell.

For øvrig har vi kommentarer knyttet til kapitlene i hørningsnotatet.

1) Innledning

I sentrale strøk og de største byene er brukerne misfornøyde med de siste års strukturendringer på føde/barselfronten. Det kommer stadig meldinger om kort liggetid, overfylte barselavdelinger og uforutsigbarhet om hvilket sykehus kvinnene kan bli "sluset" til etter at fødselen er i gang.
Samtidig har disse kvinnene nærmest ubegrenset tilgang til så vel privatpraktiserende fødselsleger med besnærende ultralydteknologi, offentlige gynekologer med lav terskel for tidlig ultralyd og annet. Disse kvinnene har også tilgang på en fastlege og kanskje også en helsestasjonslege.
I grisgrendte strøk er det på den annen side ofte ikke tilgang på fastlege i perioder og i beste fall utenlandske legevikarer som i sitt hjemland ikke er vant til gravide.

Sentralisering av sykehusfunksjoner, spesielt i de nordligste fylkene, har også problematisert fødsels- og svangerskapsomsorgen i forhold til tilgjengelighet og forsvarlighet.

Bemanningsordninger ved mindre sykehus som er basert vikarstafetter må for enhver pris unngås, det er etter vår mening krevende ordning å kvalitetssikre.

Dette er punkter som også bør være med i beskrivelsen av dagens virkelighet.

4) Ikke-vestlige kvinner

Alle ikke-vestlige kvinner/par som ikke behersker norsk eller engelsk bør få tilbud om tolk ved svangerskapskontroller, under fødsel og i barseltiden. Det vil si at kapasiteten og kvaliteten på tolketjenesten må forsterkes. En bør fortrinnsvis satse på kvinnelige tolker, da dette gjør det enklere for mange kvinner å stille spørsmål av privat karakter. Informasjonsbrosjyrer som omhandler svangerskap, fødsel- og barseltid, amming osv. bør oppgraderes jevnlig og finnes på flere språk.
For å bedre kunne ivareta kvinner/par med ikke-vestlig bakgrunn både under og etter fødsel hadde det ellers vært en fordel å vite mer om vaner/rutiner/hva som er viktig å ta hensyn til for at de skal kunne få en god fødselsopplevelse. Ikke minst for å kunne fange opp eventuelle risikofaktorer.

5) Svangerskapsomsorg

Når det gjelder faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper, gir pasientene klart uttrykk for at kontinuitet under svangerskapsomsorgen er å foretrekke. Dette innebærer at man har kontakt med så få fagpersoner som mulig og at pasienten opplever en faglig kontinuitet også når flere er involvert.
Et utvidet samarbeid med andre faggrupper som har kontakt med kvinnen/paret/familien er stadig mer påkrevd. Bl a kan vanskelige psykososiale forhold avdekkes tidlig, og tiltak kan iverksettes.

Dagens helsekort har som det påpekes klare mangler og er ofte dårlig utfylt.
Det bør utarbeides en nasjonal standard for helsekort/svangerskapsjournal.

Etter vår mening bør det i kommunene satses på jordmødre i hele stillinger og med romslighet nok til faglig oppdatering og hospitering for å gjøre disse stillingene attraktive. Det må tenkes kvinnehelse i vid forstand.

Det bør bygges videre på ordninger hvor helseforetak selger jordmortjenester ut til kommunene, men kommunene bør styrke ressursene slik at jordmødre som har slike "kombinasjonsstillinger" (sykehus/kommune) har kapasitet til å ivareta bl a samarbeid med andre helsearbeidere ved f eks psykososiale problemer. Jordmødre bør også inn i barselomsorgen slik at mor får en bedre oppfølging etter fødselen. Det er særlig nødvendig etter at liggetiden ved sykehusene er redusert.

6) Transport av fødende

I forbindelse med behandlingen av Stortingsmelding 43 (1999-2000) uttalte Sosialkomiteen at fødende med over 1 times reisevei burde ha kvalifisert ledsagelse til fødestedet. Det støttes.
Her mener vi det er viktig å understreke at denne "kvalifiserte" ledsageren må være jordmor.

I notatet fra departementet luftes tanken om å involvere ambulansepersonell og almenleger i beredskapstjenesten, som en slags "lokal, fleksibel løsning". Dette må, slik vi leser det, innebære en tjeneste der jordmor ikke involveres i beredskapen. HOD skisserer en løsning med kompetansehevende tiltak der andre faggrupper enn jordmor skal ivareta transport- og følgeberedskap. Det blir en sårbar løsning i og med at slik kunnskap er krevende å holde oppdatert, og særlig der det er høy turnover av personell.

Kontinuiteten i fødsels- og svangerskapsomsorgen vil bli svekket dersom jordmor trekkes unna beredskapstjenesten.

Kommunene bør ha ansvaret for både etableringen av en god følgetjeneste og selve turen helt inn til fødeinstitusjonen.

Det bør gis en nasjonal standard for ansvars- og oppgaveavklaring nedfelt i avtaler mellom sykehus og kommuner.

7) Struktur i fødselsomsorgen

Vi er enige med HOD i at det ikke bare er antallet fødsler som sikrer kvalitet og kompetanse ved en fødeinstitusjon.
Når virkeligheten er så totalt ulik i vårt langstrakte land, er det vanskelig å se for seg absolutte tall på forsvarlig volum. Det hadde vært ønskelig med tall på hvor mange barn en jordmor/gynekolog ved en stor kvinneklinikk forløser hvert år sammenliknet med jordmor/gynekolog på ei lita avdeling.

Hospitering/rotasjon til andre og større avdelinger er et av flere tiltak som kan være med på å opprettholde kompetansen. Den praktiske gjennomføringen kan imidlertid by på problemer, da mange avdelinger er marginalt bemannet og ikke har så stort spillerom når det gjelder fravær. En ting som også bør vurderes ar hospitering/rotasjon den "motsatte" vegen – fra store avdelinger/enheter til mindre.

Problemnotatet tar opp spørsmålet om samhandling og lokalt tilpassede behandlingskjeder på tvers av nivåer og sykehus. Vi ber om at dokumentert kompetanse, lokale forhold og kvalitet(system) må vektlegges mer enn struktur og fødselstall. Namsos er et godt eksempel på et sykehus der slik "samhandling" fungerer bra. Mindre sykehus har et godt utgangspunkt for å ivareta kvinnehelse i et vidt perspektiv – god oversikt og innsikt, og kort vei til supplerende kompetanse. Det er en styrke at jordmødre jobber både på sykehuset og i kommunehelsetjenesten. Det er en velfungerende seleksjon av risikopasienter i samarbeid med Sykehuset Levanger/St. Olavs Hospital.

8) Barselomsorg

Jordmødre bør i sterkere grad trekkes inn i barselomsorgen.
Det nevnes at helsesøster i stor grad står for oppfølgingen av mor/barn/familie etter hjemkomsten fra fødeavdelingen. Det påstås at jordmor tradisjonelt ikke har spilt en stor rolle i helsestasjonens oppfølging i barseltiden. Ordningen med jordmor i barseltiden ble lagt om i forbindelse med at daværende helsedirektør Evang opprettet helsesøsterutdanningen. Før dette var det naturlig at jordmor dro på barselbesøk, og det vil som tidligere sagt gi mor bedre oppfølging etter fødselen. Det er særlig nødvendig

etter at liggetiden ved sykehusene er redusert, og for å opprettholde/styrke evnen til amming.

9) Utdanning og kompetanse
Tiltakene som er nevnt er relevante. I tillegg til ikke vestlige innvandrere har vi også risikogrupper med problemstillinger i forhold til f eks psykososial situasjon, fødselsangst og fedme. Det er svært viktig med mer kunnskap om disse problemstillingene slik at de identifiseres og følges opp.
Hospiteringsordning satt i system vil være kompetansehevende og nettverksbyggende. Det gjelder både mellom sykehus og mellom sykehus og kommuner. I sykehusene opplever vi at både økonomiske rammer og tilstrekkelig med helsepersonell er et hinder for å få dette til.

10) Rekruttering av fagpersonell
Vi stiller oss bak forslaget om økte stillingsbrøker for jordmødre som jobber i kommunehelsestjenesten. Dette er etter vår mening en forutsetning for at en skal kunne rekruttere fagfolk til slike stillinger, og for å sikre kontinuitet og et helhetlig tilbud.

Stram styring av bruk av legehjemler både ved universitetssykehus og "private" avtalehjemler vil styrke bemanningen i spesialisthelsetjenesten både ved små og store sykehus.

På side 22 er RHFet's særlige ansvar for fordeling av legestillinger mellom sykehus og spesialiteter innad i egen region nevnt.
Vår påstand er at RHF ikke har tatt noe ansvar for dette. Opplevelsen hos oss som sitter utenfor universitetssykehusene er at man på RHF-nivå i liten grad griper inn i at det utdannes mange spesialister som så absorberes i/ved de store sykehusene i forskjellige funksjoner, noen fortsetter å arbeide i ass.legestillinger. Ass.legestillinger blokkeres og å rekruttere leger fra andre land blir nødvendig for å dekke opp overlegestillinger utenfor universitetssykehus. Samtidig som vi derfor må ansette dyktige leger fra andre land, får vi kritikk for å gjøre akkurat det.

Vi ber departementet om å avvikle ordningen med avtalespesialister innen gynekologi. De har erfaringsmessig en stor andel fastlegeoppgaver, og senker indirekte nivået for å definere oppgaver som spesialisthelsetjeneste. Det er ofte de mest erfarne legene som innehar disse hjemlene, og det tapper sykehusene for nødvendig kompetanse. Det er svært uhensiktsmessig ressursbruk, her vris kompetanse og kapasitet bort fra de som behøver det mest.
Dette gjelder også jordmødre.

Vi kan ikke se de "private" avtalehjemlene gir merkbar helsepolitisk gevinst. Disse ressursene vil komme mye bedre til nytte som del av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også jordmødre. Med dagens fastlegeordning og private avtalehjemler kan det se ut som om uforholdsmessige mye ressurser rettes mot de friske gravide.

Hilsen

Arne Flaat
Adm. Direktør

Helse Nordmøre og Romsdal HF
KRISTIANSUND SYKEHUS - MOLDE SJUKEHUS

Administrerende direktør
Parkvn. 84, N-6407 MOLDE
Telefon: 71 12 00 00

Helse Midt-Norge
v/ Svanhild Jenssen
P.b. 464
7501 STJØRDAL

Vår referanse	Deres referanse	Dato
CBJ/GTE		02.11.07

Høringssvar på problemnotatet " Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen."

Vi takker for møtet med departementet onsdag 30.10.07.

Problemnotatet har med de vesentlige problemstillingene og det virker som det er fremstilt på en korrekt måte.

Vi har noen punkter vi ønsker å utdype i vårt høringssvar:

1. **Ang. rekruttering av legespesialister.**
   Vår erfaring er at det er svært vanskelig å rekruttere spesialister i gynekologi og obstetrikk til våre mindre fødeavdelinger. Vi mener at det beste vi kan gjøre for å få en positiv utvikling på dette området, er å prøve å rekruttere leger fra vårt distrikt gjennom utdanningsstillinger. Vi har 1 assistentlegestilling i Molde og 1 i Kristiansund, og vi mener at bør være 2 begge steder, hovedsaklig med tanke på rekruttering. Departementet bør kunne komme med føringer, da vi alle vet at det er konkurranse om stillingshjemler.

2. **Dersom det politiske miljø mener at det skal opprettholdes et desentralisert fødetilbud;**
   a) Vi støtter vurderingene i notatet at det er viktig med særlige tiltak for faglig oppdatering og trening for personalet ved de små fødeavdelingene. Blant annet med faste hospiteringsordninger.
   Det som da blir viktig for gjennomføringen er at det nedfelles i pålegg evt. øremerkete midler. Det må skaffes forståelse for at det vil koste noe mer å opprettholde de mindre fødeavdelingene.
   b) Som det ble sagt avslutningsvis i møtet, er departementet ute etter hvilke modeller som vil gi det beste tilbudet til fødende og at vi kanskje må differensiere bedre/mer, mellom ulike nivå innen fødselsomsorgen.

Det har i en årrekke vært stor usikkerhet knyttet til de mindre fødeavdelingene, som ligger i grenselandet til det fødselstallet som står i tidligere vedtak. Vi støtter det som ble sagt i møtet, at det hadde vært av stor betydning å få et politisk vedtak på hvilke avdelinger som skal bestå som fødeavdeling, gjerne med visse tilpasninger for å oppfylle kravet til beste tilbud og differensiering mellom nivå. Dette hadde gitt oss en nødvendig trygghet og derved også større vilje i det endringsarbeidet vi evt. må inn i for å tilpasse oss.

For eksempel:

- at man må ha litt andre arbeidsoppgaver på den "lille" fødeavdelingen
- Selektering av pasienter for å skaffe bedre arbeidsforhold i vakt for personalet.
- pålagte oppdateringer ved hospiteringsordninger på større avdelinger

3. **Svangerskapsomsorgen**

En bør få økt jordmortjenesten i kommunene;
- større stillingsbrøker som en får søkere til,
- mer samarbeid mellom fødeinstitusjonene og primærhelsetjenesten
- Tydeliggjøre ansvar i svangerskapsomsorgen, også ved at kvinner har krav på informasjon og et reelt valg mellom å gå til lege/ jordmor.
- Tydeliggjøre krav til fastleger som driver svangerskapsomsorg;
- krav til utfylling av Helsekort for gravide – avviksmelding hvis dårlig
- krav om oppdatering innen svangerskap, evt. ved hospiteringer - dokumentasjon på dette

Med vennlig hilsen

Christian Bjelke
Medisinsk direktør

Grete Teigland
Avdelingssjef
Avd. for fødselshjelp og kvinnesykdommer

HELSE MIDT-NORGE

Helse Nordmøre og Romsdal HF
Parkvn. 84
N-6407 MOLDE
www.helsenr.no

Telefon: 71 12 00 00
Telefaks: 71 12 09 51
postmottak@helsenr.no