



Den Norske Jordmorforening

Tollbugata 35, 0157 Oslo ♦ Tlf: 21 02 33 72 ♦ Fax: 21 02 33 77
E-post: dnj@jordmorforeningen.no ♦ Web: www.jordmorforeningen.no

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
2007.

Oslo, 5. november

Innspill fra Den Norske Jordmorforening vedrørende Problemnotat om Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

Den Norske Jordmorforening (DNJ) takker Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for anledningen til å komme med innspill til problemnotatet av 24. september 2007. Notatet er utarbeidet som et utkast til en nasjonal strategi for en heltlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. DNJ har deltatt på flere møter og samlinger i regi av HOD og vi oppfatter at departementet er lydhøre for våre synspunkter.

Problemnotatet som arbeidsdokument er lest med stor interesse og dokumentet bærer sitt navn med rette. Mange problemer og utfordringer blir omtalt. DNJ er tilfreds med den brede omtalen av den manglende jordmordekning i kommunene og oppfatter at dette har HOD bestemt seg for å gjøre en endring på (jf St prp nr 1 2007–2008). Notatet omtaler mange komplekse forhold. Det er omfattende og det er umulig å gi et fullstendig og uttømmende innspill på så kort tid. Vi er glade for at det blir en ny høringsrunde i begynnelsen av 2008. DNJ har store forventninger til resultatene av arbeidet. Men etter å ha lest dokumentet er DNJ usikre på hva HOD egentlig vil. Vi merker oss en underliggende usikkerhet både i forhold til Nasjonalt råd for fødselsomsorg, Faglige krav til fødeinstitusjoner, differensiering av fødselsomsorgen, seleksjon/utvelgelse av gravide og innføring av WHO's 10 prinsipper for perinatal omsorg. DNJ er også usikre når deler av teksten, som HOD påpeker bare er et utkast som kan forkastes og ingenting er vedtatt, også er å finne igjen i neste års statsbudsjett.

DNJ vil påpeke at det gjentatte ganger er skapt forventninger hos jordmødrene om en forbedring i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Vi kan nevne Akuttmeldingen i 2001, innføring av jordmortjeneste som en ”skal-tjeneste” i kommunene i 1995 og helt tilbake til NOU 1984: Perinatal omsorg i Norge. Jordmødre er nå utålmodige med å få på plass et helhetlig tilbud for alle kvinner med kontinuitet i svangerskap, fødsel og barseltid. DNJ opplever at notatet oppfordrer til en omkamp om vedtatt politikk og organisering. Vi er bekymret for at sentrale aktører reagerer negativt på den pågående prosessen. Kan dette forhindre et godt og konstruktivt samarbeid i prosessen videre?

DNJ ønsker å mobilisere på nytt og ha en positiv holdning til igangsatt prosess. Men vi vil se resultater allerede i løpet av neste år. Vi har valgt å komme med tilbakemeldinger og innspill på enkelte områder i notatet. Vi gjør oppmerksom på at punktene HOD innledningsvis ber høringsinstansene om særskilt tilbakemelding på, er innarbeidet underveis i høringssvaret. Notatet bærer preg av faktafeil, upresise beskrivelser og manglende dokumentasjon. Vi tror det kan bidra til usikre og uriktige konklusjoner. På grunn av knapp tid har vi omtalt de viktigste punktene og vil komme tilbake med flere innspill i neste høringsrunde.

Strukturen i notatet er en utfordring. Planen skal initiere en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, men det blir allikevel en fragmentert fremstilling når fasene oppdeles i egne kapitler. DNJ mener at alle kvinner bør få tilbud om en helhetlig tjeneste, slik som legkvinnerapporten etterlyser de samme jordmødrene i svangerskap, fødsel og barseltid.

Overordnede rammer og krav til tjenesten

Innledningsvis ønsker DNJ å påpeke tre viktige punkter:

1. Behov for tydelige, overordnede rammer og krav til utformingen av tjenestene som settes av helsemyndighetene.
2. Behov for en felles faglig plattform med kunnskapsbaserte retningslinjer som settes av fagpersoner og instanser. På denne bakgrunnen kan også kvinnene motta en konsistent informasjon om hva de kan forvente seg når de er gravide og skal føde.
3. Behov for lokal tilpasning av tjenestetilbudet i samarbeid med brukere og fagpersoner.

I 2005 utga Sosial- og helsedirektoratet retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Fødselshjelpen har behov for noe tilsvarende. DNJ ønsker å vise til retningslinjene fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) i Storbritannia.¹ DNJ anbefaler en tilpasning av disse retningslinjene til norske forhold. DNJ mener det bør utarbeides et lignende dokument med anbefalinger for fødselsomsorgen også her i landet. NHS har utviklet informasjon både til helsepersonell og til brukerne. Vi nevner kort noen av temaene:

- Kommunikasjon og informasjon

¹ Intrapartum care – Care of healthy women and their babies during childbirth. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS), Storbritannia oktober 2007.

- Støtte til kvinnen i fødselsarbeidet
- Fremme normale fødsler – unngå unødige intervensjoner der alt forløper normalt.
- Informere tydelig slik at kvinner kan ta informerte beslutninger.
- En til en – det vil si; ikke forlat kvinnen alene når hun er i aktiv fødsel
- Planlegge hvor fødselen skal forgå – differensiert tilbud og valgmulighet
- Smertelindring; støtte kvinnen, vann, epidural osv
- Forebygging og beskyttelse av perineum i forbindelse med fødselen
- Protraherte fødselsforløp
- Instrumentelle forløsninger

Videre viser vi til WHO's prinsipper for den perinatale omsorgen. DNJ oppfatter at det er konsensus om disse prinsippene blant involverte fagpersoner i Norge. Vi anbefaler at disse prinsippene innarbeides i dokumentet som en grunnleggende ideologi.

Til tross for en generell enighet om de perinatale prinsippene så er det allikevel to ulike synspunkt når det gjelder fødselshjelp i Norge.

1. Hevder at en fødsel ikke kan karakteriseres som normal før i ettertid, såkalt verstefallstenkning. Konsekvensen av en slik tankegang vil føre til sentralisering og medikalisering. Ved gjennomlesning av notatet stiller DNJ seg spørsmålet om vi skal fortsette denne debatten som også ble reist på en konferanse i Bodø i 1999.² DNJ har oppfattet at det ikke er vitenskapelige holdepunkter for et slik syn. Selv om det hevdes av sterke fagpersoner.

2. Hevder at svangerskap og fødsel er en fysiologisk normal prosess. Kvinner som får støtte og har tilgjengelig hjelp gjennom i svangerskapet føder i stor grad normalt og får friske barn. Denne tilnærmingen støttes av WHO; "It is safe to say that a woman should give birth in a place that she feels safe, and at the most peripheral level at which appropriate care is feasible and safe. For low-risk pregnant woman, this can be at home, at a small maternity clinic or birth center in town or perhaps at the maternity unit of a larger hospital".³

1. Innledning

HOD redegjør for prosessen som ligger til grunn for notatet og karakteriserer prosessen som bred og involverende. Generelt vil vi bemerke at det neste høringsutkastet bør ha en bedre dokumentasjon av påstander og beskrivelser. DNJ ønsker analyser på bakgrunn av dokumenterte opplysninger. Det kan bli nødvendig å samle mer kunnskap om problemområdene gjennom en systematisk og målrettet prosess. DNJ ønsker tydeligere informasjon som kan belyse landsomfattende forhold og forskjeller.

² Statens helsetilsyn og Norges forskningsråd, 2000: Rapport fra nasjonal fagkonferanse om fødselsomsorgen i Bodø 2000: "Stort og sikkert? Smått og godt? Hvor skal kvinner i Norge føde?"

³ World Health Organisation (WHO): Safe Motherhood. Geneve 1996.

DNJ etterlyser også dokumentasjon på effekten av de endringene som er gjennomført i fødselsomsorgen etter 2001. Fremtidige endringer bør evalueres både med tanke på resultater for mor og barn, ressursbruk og personal – og brukertilfredshet.

2. Situasjons- og problemforståelse

Kontinuiteten mellom svangerskaps-, fødsels og barselomsorgen er ikke god nok.

DNJ opplever at den største utfordringen er å få svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen rent organisatorisk til å henge sammen som en kjede. Det er et problem at feltet er forankret på to nivåer med ulike finansieringsordninger. En endelig strategiplan må bidra til overordnede tiltak som gjør det enklere å få på plass et samarbeid i første rekke mellom kommune og foretak og mellom de ulike profesjonene som skal samarbeide om en best mulig tjeneste til gravide, fødende og barselkvinner.

Gravide, fødende og jordmødre opplever en tjeneste som fremstår med manglende sammenheng. Samtidig vil vi påpeke at det flere steder er tjenestetilbud som fungerer utmerket med gode resultater og fornøyde brukere og tjenesteutøvere, for eksempel fødestuene. Hva kjennetegner disse stedene? Prosesser flere steder i landet viser at det er problemer når kommune- og spesialisthelsetjenesten skal samhandle, ikke bare innenfor dette feltet.

Tjenestene tar i for liten grad i bruk tilsynsrapporter i forbedringsarbeid. Dette er en utfordring både for fagmiljøene og for ledelses- og eiernivået.

DNJ advarer mot å generalisere, det er skapt en forståelse i media om en elendig fødselshjelp og elendige fagfolk som ikke snakker sammen. Dokumentet bidrar til å forsterke denne oppfatningen. Vi trenger muligens en kartlegging av hva som er gjort i etterkant av tilsynene. DNJ kjenner til at dette er et arbeid som fødeavdelingene har arbeidet seriøst med for å få til forbedringer. Samtidig er vi kjent med at mange avdelinger har knappe ressurser til endringsarbeid og utvikling av kompetanse.

Det er indikasjoner på at tilbudet innen svangerskaps- og fødselsomsorgen ikke er likeverdig.

DNJ viser til dialogseminaret som ble arrangert av HOD. Her kom det frem mange konkrete og konstruktive tiltak for å bedre forholdene. Her er det mulig å gjøre forbedringer og strakstiltak. Interesseorganisasjoner og offentlige etater kan bidra sammen med brukere, jordmødre og leger for å utarbeide en veileder som kan bidra til helhetlige tjenester innenfor de rammer helsemyndighetene setter. DNJ merket seg i dette møtet at jordmor ble oppfattet som en god og nyttig ressurs og at brukerne selv og flere andre av deltagerne ønsket at jordmor skulle mer inn i arbeidet for å støtte og styrke kvinnene. For at jordmor skal sterkere inn i arbeidet må tjenestetilbudet styrkes – dette er HOD vel kjent med.

Det er mange yrkesgrupper som har en rolle i svangerskaps- fødsels og barselomsorgen. De enkelte yrkesgruppers rolle i hele eller deler av prosessen er ikke godt nok avklart. Det er et spørsmål om det foreligger en underliggende profesjonsproblematikk.

DNJ oppfatter dette som en generalisering – det er flere steder i landet hvor det er et utmerket samarbeid mellom de ulike profesjonene. DNJ vet at det er mulig å få på plass et godt samarbeid. Her er det en utfordring og DNJ vil bidra positivt på alle plan med en åpen dialog om roller og tjenestetilbudets utforming.

DNJ vil også påpeke at de små stillingsbrøkene for jordmødrene de fleste stedene i kommunen gjør at det er manglende ressurser til å delta på tverrfaglige møter og andre samarbeidsarenaer. Kartlegging av svangerskapsomsorgen viser også at jordmødre etterlyser og savner samarbeid. Men det er en utfordring; en deltidsarbeidende jordmor skal samarbeide med om lag 60 fastleger, ulike poliklinikker og fødesteder.

I følge retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005) skal den gravide kunne velge om svangerskapskontrollene skal foregå hos lege eller jordmor. Det har vært hevdet at valgfriheten ikke er reell på grunn av for lav kapasitet i jordmortjenesten. Det kan stilles spørsmål ved om systemet er godt nok formidlet og forstått av brukerne.

Allerede i 1984 ble jordmødrene forespeilet en større plass både i svangerskaps- og barselomsorgen, og Akuttmeldingen (2001) førte til romertallsvedtak som skulle styrke jordmortjenesten og gi valgmuligheter for kvinnene. Retningslinjene for svangerskapsomsorgen fant at det er like trygt for kvinner å gå til lege som til jordmor. Akuttmeldingen åpnet for at for privatpraktiserende jordmødre kunne søke om driftstilskudd slik at det ble flere jordmødre i kommunene.

Hvorfor vil kvinner gå til svangerskapskontroll hos jordmor? DNJ antar at befolkningen etter hvert innser at jordmor har en unik kompetanse som ingen andre yrkesgrupper har. Det er underlig dersom jordmors kompetanse i svangerskapet underkjennes og når fødselen skal skje er jordmores kompetanse god nok. DNJ har erfaring med at mange kvinner ikke får informasjon om jordmortjenesten. Vi har også erfaring med at kvinner føler seg ”snytt” når de kommer til fødselen og skjønner at de kanskje ikke har fått den informasjonen og forberedelsen de burde ha mottatt. Vi er kjent med kommunejordmødre som ikke ønsker å markedsføre sine tjenester på grunn av for stor pågang av gravide, de synes det er vanskelig å si nei til kvinner. Påstanden til HOD har mange sider som vi ønsker å drøfte i det videre arbeidet med strategien.

Samarbeidet mellom allmennlege, fødselslege, jordmor og helsestasjon i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen kan forbedres. Dette samarbeidet bør legges opp på en måte som gir et best mulig samlet tilbud med god kontinuitet og ressursutnyttelse.

DNJ er helt enig i denne påstanden. Men igjen er det steder hvor dette fungerer utmerket. Hva gjør at de lykkes? HOD kan bidra til overordnede føringer, men lokalt må kommuner og foretak lage tydelige systemer som fremmer samhandling. Hva er kontinuitet og god ressursutnyttelse? Her vi DNJ gjerne komme med innspill i samarbeid med aktørene.

Ansvar for følgetjenesten for gravide og fødende og de faglige kravene til følgetjenesten er ikke klart definert.

DNJ er bekymret over at helsemyndighetene stadig må komme tilbake til dette problemet uten å komme med løsninger. Vi viser til Akuttmeldingen som også beskrev problemet. Kvinner i distriktene med lange veier til fødeinstitusjoner føler seg uttrygge. Flere kommuner kan samarbeide om følgetjeneste med jordmor. Igjen anmoder vi om å se på de gode eksemplene der dette fungerer både for kommunen, kvinnen og jordmødre i vakt. Norge har valgt å bevare bosetting i distriktene, det koster og i kostnadene ligger også å betale for jordmortjenesten. DNJ ønsker at myndighetene benytter muligheten nå og tar ballen og får en slutt på diskusjonene om følgetjenesten. Den er et eksempel på hva som kan skje når foretak og kommuner skal samarbeide; en stadig diskusjon om hva som er "mitt og ditt bord". Her er det en fin mulighet til å sette samhandling på dagsordenen.

Transporttjenesten for kvinner med risiko for fødselskomplikasjoner er enkelte steder ikke tilgjengelig nok, og forventningene til tjenesten ikke godt nok avklart.

DNJ er usikre på hva som menes her – men antar at det er kvinner som må overføres fra en fødeinstitusjon til en annen i forbindelse med fødselskomplikasjoner hos mor eller barn. Her vil vi gjerne ha en utdyping av hva som menes. DNJ er kjent med at kvinner og nyfødte sendes mer eller mindre som kasterboller rundt fra den ene institusjonen til den andre, spesielt i østlandsområdet i forbindelse med patologiske tilstander og risikofødsler. Rigide grenser for hva som behandles og hva som er det faktiske ansvaret gir mange kvinner og nyfødte manglende kontinuitet i en situasjon hvor det er stort behov for en fast stab av behandlere. Straks et barn eller en kvinne er stabilisert eller ferdigbehandlet er det videre til neste institusjon. Opptil tre ulike sykehus i løpet av kort tid kan være resultatet.

Fødeenheter er viktige i lokalsamfunn som helsetjeneste, men også som trygghetsbase for familier i den fasen hvor de planlegger å få barn, og som arbeidsplass.

Ja hva så – det er som alle andre arbeidsplasser – viktige for folk der de bor. Det er en kjensgjerning. Derfor er endring og nedleggelse vanskelig og truende. Å trekke dette inn i debatten om trygge og sikre fødesteder er søkt. Forsvaret og andre offentlige instanser har de samme utfordringene.

Det er en utfordring å balansere hensynet til nødvendig beredskap og hensynet til god ressursutnyttelse

DNJ oppfatter at dette ikke er spesielt for fødselsomsorgen. Den utfordringen gjelder hele helsetjenesten. Men graviditet og fødsel er for de aller fleste en normal, fysiologisk hendelse som har konsekvenser for en helt familie. Det er i stor grad annerledes enn det å bli syk og det er et feilgrep å behandle alle gravide som pasienter. Hvilket syn skal helsemyndighetene legge til grunn for svangerskaps- og fødselsomsorg? Skal myndighetene gå for verstefallstenkning som fører til medikalisering av normale prosesser eller WHO sitt syn som fører til myndiggjøring av kvinner?

Mulighet for smertelindring og tilgjengelig lokal kompetanse til f. eks å utføre keisersnitt dersom det oppstår akutte komplikasjoner er sentrale problemstillinger ved omstillinger av små fødeavdelinger til fødestuer.

Problemstillingen bærer preg av en medikalisert tankegang. Det handler om to saker slik DNJ ser det; Mulighet for kvinner til informerte beslutninger på bakgrunn av faglige

retningslinjer og politiske vedtak. Når det gjelder informasjon ber vi HOD å vurdere retningslinjene fra Storbritannia og prosessen som er gått forut for bestemmelsene om informerte beslutninger.⁴ Storbritannia har beskrevet mulige forløp og hva kvinner kan forvente seg av de ulike fødetilbudene og hvem som kan føde hvor. Hjemmefødsel er et tilbud til friske kvinner på lik linje med en fødeavdeling eller en jordmorledet fødeklinikk. Men kvinnen skal vite hva som inngår i valget og få fullstendig informasjon om hva som tilbys av transport og inngrep dersom det oppstår en akutt situasjon blant annet.

DNJ vil tilføye at det er godt dokumentert at kvinner som får kontinuerlig støtte under fødselen har større tendens til å føde spontant, og mindre tendens til å få smertestillende eller å rapportere misnøye med fødselsopplevelsen. Det er gjort en systematisk oversikt som inkluderer femten randomiserte kontrollerte studier.⁵ Konklusjonen var at kvinner som fikk kontinuerlig støtte under fødselen hadde større tendens til å føde spontant, og mindre tendens til å få smertestillende eller å rapportere misnøye med deres fødselsopplevelse. En annen systematisk oversikt inkluderer syv randomiserte kontrollerte studier⁶. Alternative modeller hvor en jordmor eller en gruppe jordmødre følger opp kvinnen fra tidlig graviditet til etter barselperioden, ble sammenlignet med kontrollgrupper som fikk tilbud om tradisjonell oppfølging. Forfatterne fant at de alternative modellene var assosiert med mindre bruk av obstetriske intervensjoner under fødsel, som induksjon, bruk av CTG, kjemisk smertestillende, instrumentelle vaginale forløsninger og episiotomi. Det var imidlertid ikke noen statistisk forskjell mellom gruppene når det gjaldt keisersnittfrekvens. Den lave episiotomiraten i den alternative gruppen var assosiert med et høyere antall rifter enn i kontrollgruppen. Riffter ble her definert som rifter det var behov for å suturere. Det var imidlertid ingen forskjell i antallet intakte perineumer. Forfatterne konkluderer med at kontinuitet i jordmorsomsorgen er assosiert med lavere intervensjonsrater enn standard svangerskapsomsorg. Ulla Waldenstrøm har sett på sammenhengen mellom kontinuitet og kvinnens tilfredshet med omsorgen under svangerskap, fødsel og barseltid⁷. Studien ble gjort på en liten fødeenhet ved et sykehus, og konkluderte med at kontinuitet fra kun en omsorgsperson er mindre viktig ved små enheter. Hun angir at kvinnes tilfredshet antakelig har større sammenheng med den enkelte omsorgsgiveren, omsorgens filosofi og et varmt og rolig miljø, enn det å kjenne den enkelte jordmor godt. DNJ vil hevde at for å få til en god fødselshjelp bør det være de samme personene som har ansvar for fødselshjelpen og som har ansvar for svangerskaps- og barselomsorgen.

⁴ Department of Health: Changing Childbirth Part 1: Report of the Expert Maternity Group, HMSO London 1993.

⁵ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer G J, Sakala C. Continuity support for woman during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No. CD003766. DOI:10.1002/14651858.CD003766

⁶ Waldenström U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Nov;105(11):1160-70.

⁷ Waldenström U. Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*, 1998 Dec;14(4):207-13.

Når det gjelder politikk så mener DNJ at dersom alle skal ha mulighet til å ha keisersnittberedskap når de føder så må politikerne vedta at vi skal ha en sentralisert fødselshjelp. Det er umulig å ruste opp hele landet med akuttberedskap for keisersnitt, da må vi ha flere gynekologer, anestesileger, operasjonssykepleiere osv. DNJ minner om at det er om lag en prosent av fødepopulasjonen som føder på fødestue. Ved omstilling av fødeavdeling til fødestue må flere kvinner enn det som er tilfelle i dag, reise til et annet fødested. Det vil medføre at kvinner bør få tilbud om en følgetjeneste med jordmor. Omgjøring av fødeavdeling til fødestue krever at svangerskapsomsorgen ivaretas i hovedsak av jordmødre som jobber på fødestuen. Det er en premiss også for å få gode resultater av fødselshjelpen, trygge fødekvinner og trygge jordmødre på fødestua. Det er politisk vedtak at vi skal ha en desentralisert fødselshjelp og bevare lokalsykehusene – dersom dette endres får vi en ny situasjon og både jordmødre, leger og kvinner må ta sine forholdsregler ut fra det. Dersom myndighetene velger å sentralisere fødselshjelpen må det legges til rette, både økonomisk og praktisk slik at det blir kostnadsfritt familierom og reise for kvinnen og pårørende.

De faglige retningslinjene for fødeinstitusjoner (1997) fra daværende Statens helsetilsyn, som er bekreftet gjennom Stortingsvedtak, setter rammer for fødselstall ved fødeinstitusjoner på forskjellig nivå (kvinneklinnikk, fødeavdeling og fødestue). Disse kravene er satt for å sikre kvaliteten på fødselsomsorgen ved at leger og jordmødre får tilstrekkelig pasientgrunnlag for sin praksis. Mange små fødeavdelinger i distriktene har i dag fødselstall som ligger lavere enn anbefalt i retningslinjene. Ved flere av disse er det samtidig lange avstander og dårlig transporttilgjengelighet til mer spesialisert fødeenhet.

Rammene/tallene som ble satt var ikke absolutt i følge Akuttmeldingen. Det er en utfordring der det stadig er lavere fødselstall på enkelte fødesteder og i nordlige landsdeler. Det er flere årsaker, både urbanisering og at befolkningen ikke støtter opp om det lokale fødetilbudet. DNJ er også kjent med at det foregår en drakamp om de fødende for å oppnå nødvendig fødetall på mange små steder. På den andre siden har vi utfordringen med de store byene som stadig har større fødselstall. Disse problemstillingene må drøftes nøye i den videre prosessen i et samlet fagmiljø.

Et forholdsvis nytt problem er steder som opplever lavere fødselstall år for år etter en opprivende omstillingsprosess. DNJ foreslår en kartlegging av prosessene, for så å gjøre en samlet vurdering. Fødepopulasjonen kan generere et større antall fødekvinner til fødestua – men gjør det av ulike grunner ikke. Hva er årsaken? Usikkerhet og utrygghet rammer ikke bare kvinner som skal føde, men også jordmødre, allmennleger og fødselsleger. Omstilling av fødeavdelinger er en undervurdert prosess både faglig og ressursmessig.

Flere steder har det foregått vellykkede omstillingsprosesser, vi nevner Tynset og Odda fødestue. Hva er suksessfaktorene, hva kjennetegner disse stedene? Akuttmeldingen ble fulgt av flere romertallsvedtak som det er vist seg vanskelig å gjennomføre og implementere. Hvorfor har det vært så vanskelig? DNJ registrerer at det de siste fem årene har vært forsøkt å gjennomføre endringer som ikke er fulgt opp av

myndighetene. Faglige beslutninger blir overprøvd av politisk ledelse, i tillegg er det manglende ressurser til omstilling.

Rekrutteringssituasjonen for fødselsleger ved mindre fødeavdelinger er vanskelig. Viktige årsaker til dette er hyppige vakter og lite fagmiljø, men også få utdanningsstillinger ved små fødeavdelinger.

Vi viser til kapittel 10.1.

Det har vært hevdet at kapasiteten på fødeavdelinger i storbyene er for liten, og at kvinner ikke får oppfylt kravet om fritt sykehusvalg. Det kan stilles spørsmål ved om dette er et forventningsproblem knyttet opp til forståelsen av innholdet i fritt sykehusvalg eller et kapasitetsproblem.

Når sykehusreformen ble gjennomført ble det skapt et inntrykk av at reformen skulle bidra til økt valgmulighet for kvinnene. Det ble uttalt at det var sunt med konkurranse avdelingene i mellom. Dette skulle generere et bedre tilbud både til kvinner og til helsepersonell.

Noen kvinner ønsker seg av personlige grunner til et annet sted enn det de hadde ved første fødsel. I Østlandsområdet varierer tilbudet og det vet kvinnene. Det er for eksempel ikke så populært å velge et sykehus som ikke har tilbud til partner om overnattig eller der det er opptil fire barselkvinner på et rom. DNJ har forståelse for valgene kvinnene tar.

DNJ organiserer majoriteten av jordmødrene i hovedstadsområdet hvor denne problemstillingen er aktuell, og vi har mange tilbakemeldinger på at tempoet er for høyt på de store avdelingene samt at kvalitetssikringen er dårlig. Det er ikke uvanlig at en jordmor passer flere fødekvinner i aktiv fødsel på en vakt. DNJ har lenge ment at kapasiteten er for dårlig i storbyene. Jordmor på vakt har ansvar for kvinner med ulike behov. Det kan være kvinner med patologi som krever kontinuerlig overvåkning tilsvarende en intensivpasient, forskjellen er at her er det to eller ved flere liv som skal overvåkes. Samtidig kan det være kvinner hvis høyeste ønske er å føde uten kjemisk smertelindring. Telefonen på avdelingen ringer og kvinner kommer innom for en sjekk. Det er inneliggende pasienter som ligger på vent osv. Alle disse skal en jordmor takle parallelt på en vakt. DNJ oppfordrer HOD til å gjennomføre en kartlegging av aktiviteten på fødeavdelingene i forhold til bemanning og tilgjengelig kompetanse. Hva er et kapasitetsproblem? Eksempelvis kan vi nevne at fødetallet i Osloregionen har mot alle odds økt.

I tillegg er det tatt i bruk flere tekniske apparater på de aller fleste fødsler. Registreringen krever nitid overvåking, i tillegg er IKT-utviklingen ikke kommet langt nok til å være ressursbesparende slik at mye av jordmortid også går med til tungvinn elektronisk registrering. Dette er tid som jordmor tidligere benyttet til å være sammen med kvinnene. DNJ har fått tilbakemelding på at det avsettes for liten tid til opplæring i elektroniske verktøy.

Er det slik at kvinner skal tilgodeses med et minimum? Vi trenger overordnede rammer som kan beskrive hvordan tilbudet skal fungere – hva kan kvinnen forvente seg. DNJ

viser til retningslinjene fra Storbritannia som anbefaler en til en i den aktive fasen av fødselen. Danmark har også innført samme ordning.

Liggetiden i barselavdelinger har gått ned de siste årene. Mange fødeavdelinger har etablert ammepoliklinikker og andre tilbud for å kunne følge opp barselkvinner og det nyfødte barnet. Ansvarsforholdet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om oppfølging etter fødselen må avklares.

DNJ er glad for at HOD løfter denne utfordringen. Igjen et godt eksempel på skottene som eksisterer mellom nivåene som skal samhandle. DNJ ser frem til å komme med forslag til tiltak her.

DNJ registrerer at i land med tilbud om helhetlig omsorg har jordmødrene en sentral plass i organiseringen. Jordmor representerer kontinuiteten gjennom forløpet sammen med kvinnene. Vi registrerer også at jordmødre er i ferd med å få en slik sentral plass i dokumentet. Dette er også i tråd med brukernes ønsker om mer tilgjengelige jordmødre, vi viser til "Aksjon fødekaos" og deres innlegg på dialogseminarene i regi av HOD. DNJ mener det er mange gode eksempler i andre land med en ambulant jordmortjeneste som tar ansvar for de gravide kvinnene, fødekvinnene, barselkvinnene og barna. Barseltidens sårbarhet for moderne kvinner og menn er undervurdert og denne delen bør styrkes og ses i sammenheng med hele prosessen kvinner gjennomgår i forbindelse med svangerskap og fødsel.⁸ Kvinnens psykiske helse er avgjørende for barnets videre utvikling, vi antar at ved å prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid i denne fasen vil styrke folkehelsen. Hjemmebesøk og lavterskeltilbud der folk bor bør bli en del av tilbudene som strategiplanen kan legge opp til. Det vil medføre at det blir enklere å gi et differensiert tilbud til kvinner med ulike behov etter fødselen og liggetiden på barselhotell og barsel avdelinger kan bli kortere ved å utvikle modeller for helhetlig omsorg i svangerskap, fødsel og barseltid.

Tiltak for å redusere liggetid i barsel har så langt DNJ kjenner til vært på grunn av at foretakene skulle spare ressurser. Utgangspunktet har ikke vært å gi familiene en best mulig start. DNJ er glade for at HOD nå tar tak i og ser behov for økt fokus på en helhetlig svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Vi mener at faglige og økonomiske rammer må være på plass i forkant, slik at personalet kan føle seg trygge i omstillingsprosesser, og på den måten yte den service som brukerne har krav på. Dette er et system- og lederansvar. Endringer krever ressurser i omstillingsfasen, slik at personalet beholder idealisme, faglighet, pågangsmot og kreativitet, og sikrer at intensjonsmålene faktisk kan nås.

3. Brukerperspektivet

DNJ er meget fornøyd med brukernes sentrale plass. Det er i tråd med lovpålagte rettigheter. Notatet hevder at dagens praksis og struktur kan skape unødige motsetninger mellom brukernes forventninger og det tilbudet som blir gitt. Vi vil presisere at det er

⁸ Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Slinning og Eberhardt-Gran. FHI 2007.11.04

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5544:66514::1:5569:1::0:0

ikke brukerne det er noe i veien med, men systemet. En annen årsak til gapet mellom forventninger og hva som faktisk er tilbudet kan være manglende kunnskap hos helsepersonell om pasientrettigheter og plikten til å gi informasjon. Gravide og fødende mottar liten og utilstrekkelig informasjon om hvilket tilbud kommunene og foretakene har. DNJ oppfatter at kvinner har svært rimelige krav; trygghet og forutsigbarhet.⁹ DNJ oppfatter at dagens legkvinner har de samme ønskene og behovene som i Legkvinnerapporten. I et folkehelseperspektiv er det viktig å bidra til myndiggjøring av kvinnene. At kvinner har sikkerhet for hvor de skal føde, er et minimumskrav.

DNJ viser igjen til Storbritannia. Norge har mye å lære her, slik at også vårt land kan få en tradisjon med å involvere brukere i utforming av tilbud i svangerskaps, fødsels- og barselomsorgen. Legkvinnerapporten er 8 år gammel, det er mulig det bør vurderes om det er behov for å arrangere en ny konferanse eller kartlegge kvinners/familiers behov som grunnlag for prioriteringer og utvikling av tjenesten i fremtiden. For eksempel kan en felles konferanse med anerkjente metoder for å få frem holdninger, ønsker og behov for både brukere og fagpersoner bidra til en større forståelse for hverandre.

Norge bør i fremtiden også ha et nasjonalt faglig råd for en helhetlig omsorg. Det bør utarbeides et nytt mandat som ivaretar en helhetlig omsorg og en ønsket sammensetningen av rådet bør diskuteres. I dette rådet bør det også være brukere av tjenesten. Videre ønsker DNJ et nettsted med lett tilgjengelig mandat, sammensetning, referat og møteplan. "Brukerråd" bør i tillegg desentraliseres. Det er ulike behov og utfordringer i de ulike delene av landet. Her er det viktig med åpne prosesser. Brukerperspektivet er avgjørende for å myndiggjøre kvinnene og er en rettighet som fødekvinnene har i tråd med pasientrettighetene. For eksempel rett til å gå til jordmor i svangerskapet, rett til følge under transport, rett på at jordmor kan være til stede i den aktive fasen av fødselen og rett til å se fødeavdelingen de skal føde på.

4. Ikke-vestlige kvinner

DNJ ønsker å presisere at det kan være flere grupper gravide og fødende enn kun ikke-vestlige kvinner som har behov for individualisert oppfølging. "Tilfredshet med svangerskapsomsorgen" fra 2004, påpeker at disse gruppene med gravide kan ha behov for skreddersydd oppfølging:

- Førstegangs fødende kvinner
- Kvinner med komplikasjoner i svangerskapet
- Personer med minoritetsbakgrunn
- Personer med lav utdanning/lav inntekt
- Unge kvinner under 25 år

Kunnskapen om sosial ulikhet og behovene til utsatte grupper gravide og fødende kan bli bedre, slik at håndteringen og tilbudene kan bli mer individuelle. Samtidig er det manglende kunnskap om effektive tiltak for utsatte grupper. Å bli møtt på en respektfull og verdig måte bør omfatte alle kvinner. For kvinner som ikke behersker norsk språk eller har funksjonsnedsettelse som gjør skriftlig og muntlig informasjon utilgjengelig, så

⁹ Legkvinnerkonferansen, Norges forskningsråd og Statens Helsetilsyn, 1999

bør det igangsettes et forbedrings- og utviklingsarbeid. DNJ støtter tiltak som kan forbedre tilgjengelighet til tolk i hele landet. Dette er livsviktig, og jordmødre og leger har et stort ansvar for å benytte tolk og avsette nok tid på konsultasjonene. Tolkene som benyttes bør være egnet til å tolke i en slik setting som svangerskap og fødsel innebærer og brukerne sier de aller helst vil ha kvinnelige tolker. Tolking per telefon er ikke noen god løsning, spesielt under fødselen eller når det gjelder akutte krisesituasjoner i forbindelse kompliserte fødsler på fødeavdelingen. Når det gjelder svangerskapskontroller, bør det være mulig å bestille kvalifiserte tolker. Tilgang på tolk erstatter ikke kommunikasjonsferdighetene hos helsepersonell. Evnen til å lytte og interessen for at kvinnens synspunkter og ønsker skal komme tydelig frem er et ansvar som påligger den enkelte tjenesteyter.

Når man snakker om ikke-vestlige kvinner i betydningen av å ha høyere risiko, skal man unngå å stigmatisere. Ikke-vestlige kvinner har, i likhet med vestlige kvinner, ulike behov. Mange ikke-vestlige kvinner har høy utdanning fra hjemlandet og vet godt hvordan de skal ivareta egen og barnets helse. Derimot bør det fokuseres på språklige ferdigheter: De som ikke snakker godt norsk, skal ha tolk, slik loven gir dem rett til.

Potensielt sårbare og utsatte kvinner vil profitere på å ha få jordmødre og leger å forholde seg til. De vil møte personell som kjenner dem og historien deres – de slipper å gjenta vanskeligheter og problemer fra gang til gang. Det konstruktive arbeidet med sammen å finne kvinnens løsninger og muligheter er sentralt på hver konsultasjon. Kvinnen unngår å starte på nytt fra gang til gang. Her er kontinuitet og helhetlig omsorg særdeles viktig, i tillegg til å sette av nok tid til kvinnene og benytte tolk der det er behov. Oppsøkende arbeid kan være et av tiltakene der kvinner i sjeldne tilfeller ikke møter til kontroll. Selv om omsorgen er frivillig, kan det være et verktøy i det forebyggende arbeidet.

Generelt ønsker DNJ å kommentere at det er en tendens til at friske gravide og deres behov for trygghet og forutsigbarhet stilles opp mot syke pasienter i helsetjenesten. DNJ mener det er helt feil å behandle og sammenligne disse kategoriene likt – det er to helt forskjellige grupper med ulik tilnærming. Friske gravide, fødende og barselkvinner har i stor grad behov for jordmorkompetanse. Risikogravide har i tillegg behov for medisinsk kompetanse.

Samfunnet utvikler seg stadig, og det vokser frem nye brukergrupper som kan ha behov for individuell oppfølging. Som eksempel kan vi nevne lesbiske gravide og grupper som har gjennomgått assistert befruktning i en eller annen form.

5. Svangerskapsomsorg

DNJ er tilfreds med oppsummering av elementene som inngår i svangerskapsomsorgen i utkastet. Men vi har inntrykk av at det er den fysiske kontrollen av gravide som er vektlagt og samtalen med gravide er nedprioritert i en travel praksis. Dette er også dokumentert i flere kartlegginger.¹⁰ En slik praksis er ikke i tråd med anbefalingen for

¹⁰ <http://www.fylkesmannen.no/hoved.aspx?m=4770&amid=1732891>
<http://www.hib.no/biblioteket/ahs/hgv/documents/RapportTNSGallupsvangerskapsomsorgen.pdf>
Kartlegging av jordmortjenesten og følgetjenesten. TNS Gallup 2004.

svangerskapsomsorgen. Dialogen med kvinnen har lett for å drukne i informasjon, legkvinnene ønsker et personell som har ”lytteevne og vilje”. DNJ vil påpeke at forberedelse til fødsel og foreldreskap starter allerede på første kontroll i svangerskapet. Ved svangerskapskontrollene bør lege eller jordmor forberede kvinnen på hva som skjer fysiologisk og psykisk i svangerskapet, under og etter fødselen. Å bidra til at kvinnen får en trygghet for at dette er en normal fysiologisk prosess er avgjørende for å orke å stå i fødselsarbeidet. Jordmor skal bidra til å skape realistiske forventninger i forhold til amming, fødselens varighet, tilbud om smertelindring, liggetid i barsel på sykehuset osv. I svangerskapet skal risiko kartlegges og omsorgen skal individualiseres ut fra denne vurderingen.

Gravide bør få vite hvor lang tid en konsultasjon i svangerskapet skal vare hos lege og jordmor – det gir trygghet og forutsigbarhet. I Norge har vi ikke tradisjon for å møte gravide og barselkvinner i hjemmet. Det er mulig at denne muligheten skal benyttes i større grad. Svangerskapsomsorgen skal være et lavterskeltilbud, det må være lett å komme til kontroll eller samtale. ”Åpent hus” og ”drop-in” bør være tilbud der det er mange gravide. Videre bør åpningstidene på helsestasjonen utvides til kvelder og helger. DNJ antar at dette kan begrense noe av trykket på fødeavdelingen. Det er mange spørsmål og bekymringer som kan besvares av jordmor i kommunen.

Jordmor er kompetent til å følge opp friske gravide. Gravide som er syke eller i en risikogruppe skal også ha jordmoroppfølging i tillegg til medisinsk eller annen kompetanse. Jordmor kan tilby helsekontroll til friske gravide og samtaler i svangerskapet. Det er en stor fordel at jordmor kjenner fødestedet der kvinnen skal føde. Da kan kvinnen få oppdatert informasjon og veiledning. På grunn av organiseringen av jordmortjenesten/svangerskapsomsorgen og fødselshjelpen har det til nå vært mest vanlig at jordmor arbeider enten på fødestedet eller i kommunen. Mange steder er dette i ferd med å endres. Noen steder er det en organisert endring, andre steder er det jordmor selv som foretrekker en slik kombinasjon. Om kommunen i fremtiden skal kjøpe tjeneste hos foretakene er jordmødrene redde for at en dårlig økonomi fører til at de ikke kjøper flere tjenester enn de akkurat må. Mange av de oppgavene jordmor tidligere har hatt vil kanskje forsvinne. I enkelte kommuner som fungerer etter hensikten har alle gravide tilbud om å få gå til svangerskapskontroll hos jordmor. I tillegg har andre oppgaver som følgetjeneste, hjemmebesøk etter fødsel, barselgrupper, fødselsforberedende kurs, ”godt samliv” kurs og ”tidlig tilknytning kurs”. Jordmødre som jobber med alle disse oppgavene ønsker at stillingsprosenten var større for å gjøre en enda bedre jobb.

Det bør vurderes å sette i gang prosjekt hvor jordmor har mulighet til å sykemelde gravide for svangerskapsrelaterte plager. Vi viser til den gode erfaringen man har med manuellterapeuters mulighet til å sykemelde. For DNJ er det en selvfølge at jordmødre må ha mulighet til å henvise gravide til spesialisthelsetjenesten når det er nødvendig. Dette vil være i tråd med dagens praksis.

DNJ kan bekrefte at resultatene fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus sin rapport om jordmortjenesten også er gjenkjennelig for jordmødrene i de andre store byene:

- Mange steder ble det oppgitt at tilbudet i svangerskapsomsorgen fungerte bra i bydelene/ kommunene. På bakgrunn av store ulikheter i bemanning og tilgjengelighet er det imidlertid store forskjeller på hvilket tilbud gravide i de ulike kommunene/bydelene får og i mellom fylkene. På flere områder ser vi at de som har mest ressurser, utfører flere oppgaver og har en bedre kvalitetssikring av arbeidet
- Enkelte bydeler/kommuner har ikke utarbeidet plan/strategi for svangerskapsomsorgen
- Enkelte av helsestasjonene har ikke tatt i bruk de nye Retningslinjer for svangerskapsomsorgen
- Ventetid til svangerskapskontroll ved helsestasjonene er ved enkelte bydeler/kommuner mer enn 4 uker
- Flere bydeler og helsestasjoner har ikke utarbeidet informasjon om tilbudet de har i svangerskapsomsorgen ved helsestasjonene
- Få helsestasjoner har lege tilknyttet helsestasjonen
- Få helsestasjoner har formelt samarbeid med fastlegene
- Enkelte bydeler/kommuner har ikke formelt samarbeid med Spesialisthelsetjenesten/Helseforetakene
- Mange helsestasjoner gir ikke tilbud om familieplanlegging - og prevensjonsveiledning, hjemmebesøk, svangerskapskurs eller foreldreforberedende kurs
- Enkelte helsestasjoner mangler system for oppfølging av risikogravide
- Flere helsestasjoner føler de har for liten tid til å følge opp flerkulturelle brukere
- Flere steder har kommunen/bydelen ikke opprettet system for avvikshåndtering
- Ikke alle jordmødre får tid til fagutvikling.

DNJ oppfatter situasjonen som alvorlig og er bekymret. Vi vil bidra til å løse problemene, men kan ikke se at det lar seg gjøre uten å styrke jordmøtjenesten.

5.1 Faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper

DNJ er svært tilfreds med vurderingene som gjøres i forbindelse med helsekort for gravide. En fremtidig elektronisk versjon med beslutningsstøtte og en standardisering av kontrollene vil være et kvalitetsforbedrende tiltak og sannsynligvis gi en bedre samhandling mellom aktørene i svangerskapsomsorgen og foretakene. Risikovurderingen skal følge anbefalingene som retningslinjene for svangerskapsomsorgen gir, det vil gi en standardisert oppfølging av alle gravide, dette kan sikre et likt tilbud. En rekke betingelser må oppfylles for å få en slik ordning til å fungere optimalt. DNJ oppfordrer HOD til å igangsette prosjekter som inkluderer foretak og kommuner slik at en kan få erfaringer med et elektronisk helsekort. Statistisk kan det gi et bedre grunnlag for å vurdere tjenesten på et bredere grunnlag. Det er nødvendig at utvikling av et helsekort sees i sammenheng med utviklingen innen IKT i fødselsomsorgen. Vi trenger systemer som kan kommunisere og få slutt på unødvendig dobbeltarbeid og registrering.

DNJ er enige i at svangerskapskontrollene fortsatt skal være en kontinuerlig risikovurdering av svangerskapet. Men vi vil påpeke at det er vel så viktig å finne kvinnens og familiens ressurser og at dette kan bidra til å myndiggjøre henne som fødekvinne og mor. DNJ vil være på vakt i forhold til unødig sykeliggjøring av friske

gravide og fødende. Vi skal ikke glemme at Norge fortsatt har dobbelt så mange helsekontroller i svangerskapet som er anbefalt av Verdens helseorganisasjon – hva dette medfører av effekter for kvinnen og fosteret har vi ingen kunnskap om.

Helsekontrollene er fortsatt i fokus til tross for at det anbefales en dreining mot psykososiale behov. For å gjennomføre konsultasjoner hvor disse behovene er i fokus kreves det sannsynligvis mer enn ti minutter til konsultasjonene. Leger og jordmødre settes opp mot hverandre i diskusjonen om tidsbruk. DNJ ønsker at jordmødre benytter tiden effektivt og rasjonelt og vi ser frem til et videre samarbeid om denne problemstillingen.

5.2 Kontinuitet

DNJ støtter teksten og tiltakene i kapittel 5.2. Vi presiserer at DNJ ikke har tatt til ordet for om jordmødre skal være ansatt henholdsvis i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. DNJ har etterlyst prosjekter som skaffer erfaring med en slik organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Jordmødre er i dag i de fleste tilfeller ansatt enten på helsestasjon eller i foretak. Det er mulig å tenke seg andre løsninger, som driftsavtale, utleie fra helseforetak eller interkommunalt samarbeid.

5.3 Kontinuitet på systemnivå: Samarbeid og rolledeling

DNJ vil påpeke at vi trenger mer erfaring med andre modeller. Blant annet prosjekter som sikrer kontinuitet på individnivå ved hjelp av jordmorteam, og på systemnivå ved at jordmor følger kvinnen gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden. En slik modell har mange fordeler, både for kvinnen og jordmødrene. Dersom kontinuitet skal bli en realitet for gravide, fødende og barselkvinner, bør jordmødre som har kompetanse på alle tre fasene naturlig være de som tar hånd om kvinner i denne fasen. DNJ mener jordmødres kompetanse innebærer et rett fokus i forhold til problemstillinger og utfordringer i denne fasen av livet til kvinner og partnere. Jordmødre er en naturlig yrkesgruppe i det forebyggende helseprogrammet. DNJ ønsker å vise til prosjekter som er gjennomført og senere videreført i flere regioner i Danmark. De kaller det ”Den moderne distriktsjordmor”.¹¹ Her er det to og to jordmødre som jobber sammen og hver tar hånd om 60 gravide og fødende i året. Gjennom svangerskapet går gravide til kontroll hos jordmor som ved fødselens start blir kontaktet og ivaretar fødselen på fødeavdelingen, altså kjent-jordmor. Resultatene er positivt evaluert av både kvinner og jordmødre, og intensjonen er å utvide ordningen til flere steder. Lignende system finner vi også på New-Zealand og i Storbritannia. Her kan kvinnene velge om de vil gå til jordmor eller allmennlege i svangerskapet, den de velger som sin hjelper, enten legen eller jordmoren, blir kontaktet ved fødselsstart og forløser kvinnen på fødeavdelingen.

For øvrig viser vi til referansene som er gjengitt på side 6 i vårt høringssvar når det gleder effekten av kontinuitet. Vi viser også til problemnotatet side 9 hvor det omtales jordmødre som selvstendige rettsobjekter, dvs. med driftstilskudd. DNJ er kjent med at det i dag kun er en jordmor som har avtale om driftstilskudd i en kommune til tross for at flere har vist interesse og de som har søkt har fått avslag av kommunene.

¹¹ Prosjekt Moderne Distriktsjordmor – med fokus på arbeidstid og jordmoderydelser. Nordjyllands Amt. Center for kompetence udvikling. Aalborg.

DNJ ser frem til en bred debatt med fordeler og ulemper med lokalisering av jordmor på helsestasjon. Helsestasjonen har stått sterkt, men vi ser at det er mange utfordringer blant annet fordi helsestasjonslegens oppgaver nå er hos fastlegen. DNJ viser til Sverige som har et helt annen organisering av denne tjenesten. Tiden er moden for å vurdere nye samarbeidsarenaer.

5.4 Kapasitet i jordmortjenesten

I mange kommuner er jordmorkapasiteten sprengt. I hele landet er det større etterspørsel etter jordmortjenesten enn tidligere. Særlig i de store byene ser det ut til at det er et sammenfall med at jordmortjenesten er blitt mer populær og ettertraktet av kvinnene og økende fødselstall. DNJ viser til rapporten om jordmortjenesten som er velkjent av HOD og kartleggingen av jordmortjenesten i Oslo og Akershus høsten 2006. Denne utviklingen er ikke uventet.

Helsemyndighetene har gjennomført mange reformer som har skapt store utfordringer for allmennlegene. Allmennlegene har akutt syke og kronikere i kø, det er til tider vanskelig for pasienter å få en time. Enkelte gravide opplever det merkelig å sitte helt frisk og rask på et legekontor og nærmest oppta plassen til syke. Jordmor har kompetanse og er der for den gravide, akkurat der konkurrerer hun ikke med andre. Det er bra at gravide kan velge hvem de ønsker å gå hos i svangerskapet, der det er dårlig kjemi er det fint å få et annet valg. De aller fleste gravide går både hos jordmor og lege. Kvinner opplever at vi har ulik kompetanse. DNJ tror det er bra å samarbeide, men ikke å konkurrere. Både lege og jordmor må bli bedre til å lage en "varedeklarasjon" – det vil si fortelle om hva kan du forvente av legen i svangerskapet – hva kan du forvente av jordmor? Samarbeid er mulig forutsatt tilstrekkelig med ressurser. Samarbeid er en luksusaktivitet for jordmor når gravide er i kø på hennes liste.

Kommunene har ansvar for å legge til rette og stille krav om samarbeid mellom jordmødre, leger og helseforetak. Det hjelper ikke å legge til rette dersom de impliserte mangler kapasitet og tid til å møtes. En økning av kapasiteten i jordmortjenesten kan benyttes konstruktivt ved hjelp av god organisering og dokumentasjon av oppgaver og resultater.

Jordmødrene i Tromsø har for eksempel god erfaring med Samarbeidsprosjektet mellom Tromsø kommune og UNN. Jordmødrene i prosjektet jobber på begge nivåene. På den måten kan de sikre informasjonsflyten og kontinuiteten, samt preparere den gravide/familien til en normal fødsel. Samarbeid med fastlegene, helsestasjonen og spesialisthelsetjenesten er forankret hos aktørene. Dessverre fører økonomiske rammer til at ressursene på jordmorsiden er for knappe til å ivareta forsvarlig /tilstrekkelig svangerskapsomsorg, sett fra et jordmorfaglig ståsted. Jordmødrene har kapasitet til å ivareta 4-5 konsultasjoner pr. svangerskap. Dette medfører at kvinner med behov for mer omsorg, må til fastlegen som heller ikke har spesielt god tid til rådighet. Kvinner kan ikke velge hvor de vil gå på svangerskapskontroll, valgfriheten er en illusjon. Kvinner med fødselsangst burde primært kunne ivaretas i primærhelsetjenesten, men må pga lav kapasitet henvises til spesialteam i 2. linjetjenesten.

DNJ er enig i at svangerskapsomsorgen må skape en faglig best mulig tjeneste for brukerne, og en tjeneste som jordmødre kan stå inne for. For å oppnå dette kreves økte jordmorressurser. Først da kan DNJ se at intensjonene i problemnotatet kan være mulig å innfri.

6. Transport av fødende

DNJ viser til hjemmesiden til Sigdal kommune vedrørende ” Jordmorvakt og følgetjeneste til sykehus: Gravide får utdelt oversikt over vaktene etter at de har vært til første kontroll hos jordmor. Vaktplanen blir lagd for 6 uker av gangen, og når jordmor har vakt er hun å treffe hele døgnet. Når fødselen er i gang eller du har behov for jordmor utenom vanlig kontortid tar du kontakt med vakthavende jordmor. Har ikke jordmor vakt så tar du kontakt med fødeavdelingen der du har planlagt å føde.”

Gravide både i by og land ønsker en større forutsigbarhet. Innspill fra DNJ om dette temaet er gitt myndigheter både lokalt og sentralt gjennom en årrekke. For kvinnene og jordmødrene håper vi at vi sammen kan finne en god løsning gjennom strategiarbeidet. Det er nødvendig med finansiering og overordnede rammer som kan sikre en god prosess lokalt i kommunen med samarbeid med foretakene.

7. Fødselsomsorg

Vi viser til årsrapporter fra Nasjonalt Råd for fødselsomsorg og støtter det arbeidet de har utført i fødselsomsorgen. Derfor omtaler vi dette kapitlet kort.

7.1. Struktur i fødselsomsorgen

DNJ er av den oppfatning at det oppstår problemer når notatet blander politiske vedtak med faglige anbefalinger. Vedtakene i Akuttmeldingen er ikke gjennomført. DNJ tror det er vanskelig å reversere utviklingen slik at kirurger på nytt skal gjennomføre keisersnitt når det er nødvendig. Det er vanskelig å diskutere på et generelt grunnlag omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer. Det er mange hensyn å ta. Det viktigste er å få til gode og forutsigbare løsninger som fungerer over tid uten stadig spørsmål om nedleggelse og stenging. Se ellers kapittel 10.1.

DNJ vil gjerne diskutere nasjonale og lokale rammeavtaler men vi har dårlig erfaring med kommunene. De er lite villig til å tenke samhandling når det gjelder gravide og fødekvinne. Vi er usikre på hva HOD mener med lokale behandlingslinjer for fødende med ulik grad av risiko. Når det gjelder forpliktende nettverk viser vi til DNJ`s høringsvar om lokalsykehusenes fremtid. HOD`s forslag til tiltak må diskuteres i et bredt faglig forum med alle involverte parter. DNJ føler det er vanskelig å ”synse” om dette alene.

DNJ mener at obligatorisk hospitering/utveksling av personell (jordmødre og leger) mellom store og små avdelinger er nødvendig. Dette bør ikke bare gjelde personell fra fødestuer som må hospitere på større avdelinger, men personell på store avdelinger bør også hospitere på mindre.

7.2. Differensiert fødselsomsorg i større avdelinger

Flere store avdelinger har i dag opprettet differensierte fødetilbud ved å tilby egne enheter for lavrisikofødende. DNJ mener at dette arbeidet ikke er kommet langt nok. Nasjonalt Råd for fødselsomsorg fikk små ressurser for å bidra til gjennomføring av så omfattende endringer. Det er gode eksempler men gjennomgående mangler en helhetlig tankegang og tilbud til kvinnene, med svangerskap og fødselsomsorg. DNJ er usikker på effekten av å kategorisere kvinner i røde og grønne fødsler. Vi er kjent med at røde og grønne kategorier er ulike på de ulike avdelinger i Norge. Dette fører til at resultatene ikke kan sammenlignes.

7.3. Samhandling i fødselsomsorgen

Felles prosedyrer og felles møtearenaer for styrking av faglig og kollegialt samarbeid, bør være obligatorisk. Vi støtter tiltakene i notatet.

7.4. Kapasitet i fødselsomsorgen

Fritt sykehusvalg er kommentert et annet sted i vårt svar. DNJ mener generelt at problemet vedrørende kapasitet er noe man må jobbe videre med. DNJ får tilbakemelding fra jordmødre om at økte samtidighetskonflikter fører til slitasje. Systemet må ta høyde for toppene, om ikke farlige og uholdbare situasjoner skal oppstå. Vi viser til at brannmannskap er i beredskap hele døgnet hele året selv om det svært sjelden brenner eller er utrykning.

8. Barselomsorg

Temaet er for øvrig også behandlet et annet sted i vårt svar. Vi er enig i tiltakene som departementet foreslår. Friske barselkvinner hører ikke hjemme på sykehus. All hjelp bør utføres i hjemmet av kompetent personell. Jordmor bør følge opp kvinnen og barnet etter hjemreise fra barselavdelingen. Det er en helt naturlig forlengelse av fødselshjelpen og svangerskapsomsorgen. Med kort liggetiden som gjelder for de fleste kvinnene vil flere ha behov for hjelp til både barnet og seg selv. Poliklinikker er sikkert bra, men stressende og upraktisk når en nettopp har født. Jordmødre rapporterer at mange kommer for sent eller klare ikke komme i det hele tatt til avtalt time. Det kan være masete å dra ut i vind og snø med et lite barn. Jordmortjenesten bør derfor omfatte hjemmebesøk etter fødsel. Ved hjemmebesøk kan jordmor ta PKU prøven slik at barselkvinner slipper å komme tilbake til sykehusets laboratorium for denne enkle prøven. Liggetid bør for øvrig tilpasses individuelt, og kort liggetid skal være et tilbud, ikke et innsparingstiltak.

Dersom fastlegen fastholder at svangerskapsomsorg er deres ansvar for kvinner på sin liste er det naturlig, av hensyn til kontinuiteten og en helhetlig oppfølging, at fastlegen også bidrar og tar ansvar for kvinnen og hennes nyfødte barn fra første stund. Men DNJ er usikker på om dette er riktig bruk av ressurser.

9. Utdanning og kompetanse

Dagens jordmorutdanning i Norge bygger på fullført sykepleieutdanning og minst 1 års arbeidserfaring som sykepleier, før man i tråd med ny rammeplan for jordmorutdanning fra 2004 kan starte på en toårig jordmorutdanning. Jordmødre sitter etter 5 års høyskoleutdanning igjen med to autorisasjoner og en bachelorgrad i sykepleie. Jordmor

regnes som en egen, selvstendig profesjon med egen autorisasjon. Det er i dag fem jordmorutdanninger i Norge.

EØS direktivet definerer jordmors ansvars og arbeidsområdet slik:

Medlemsstatene skal påse at jordmødrene minst har rett til å starte og utøve følgende virksomhet:

- gi fullgod informasjon og råd om familieplanlegging;
- konstatere/diagnostisere graviditet og overvåke normale svangerskap, foreta de undersøkelser som er nødvendig for å overvåke utviklingen av normale svangerskap;
- foreskrive/rekvirere eller gi råd om de undersøkelser som er nødvendig for tidligst mulig å diagnostisere risikosvangerskap;
- lage program for de fremtidige foreldre forberedelse til sin rolle, sørge for en fullgod forberedelse til fødselen og gi råd om hygiene og ernæring;
- kunne følge opp, pleie og bistå kvinnen under fødselen og overvåke fosterets tilstand i livmoren ved hjelp av egnede kliniske og tekniske midler;
- forstå spontane fødsler, herunder om nødvendig foreta episiotomi og i nødsfall foreta forløsning ved setefødsel;
- gjenkjenne tegn hos mor og barn som tyder på unormale forhold som gjør det nødvendig med henvisning til lege, og å bistå legen om nødvendig, treffe de nødvendige nødstiltak i legens fravær, spesielt manuell morkakeløsning, eventuelt etterfulgt av manuell undersøkelse av livmoren;
- undersøke, følge opp og pleie den nyfødte, ta alle nødvendige initiativ i nødstilfeller og eventuelt foreta øyeblikkelig gjenopplivning;
- følge opp, pleie og overvåke moren etter fødselen og gi alle nødvendige råd om spedbarnstell med henblikk på å gjøre det mulig for moren å sikre den best mulige utvikling av det nyfødte barnet;
- gjennomføre behandling som er foreskrevet av lege;
- utarbeide nødvendige skriftelige rapporter
- Jordmors selvstendig virksomhet er her relatert til kvinnens normale svangerskap, fødsel og barseltid med det nyfødte friske barn.

I tillegg kan jordmor videreutdanne seg innen ultralyd ved Nasjonalt senter for fostermedisin i Trondheim. Mange jordmødre har også rekvireringsrett for prevensjon. Dette inngår nå i dagens utdanning. Som vi ser av det ovenstående inngår risikovurdering og seleksjon i jordmødrenes utdanning. Jordmødre får, som alle andre mer erfaring gjennom praksis og yrkesliv. Jordmorhøyskolene baserer sin undervisning på kunnskapsbasert praksis. Kompetanseutvikling er det lite rom for i den praktiske hverdag og det må legges til rette for at dette styrkes for alle grupper.

Det er viktig å styrke team- og samhandlingskompetanse for alle parter som er involvert i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Kvinnene ønsker å bli sett og hørt, og helsepersonells kompetanse til å kommunisere og være tilstede er viktig.

Den Norske Jordmorforening (DNJ) går inn for en direkte enhetlig minimum 4-årig jordmorutdanningsmodell. Forslaget er i tråd med Bolognaprosessen og trender

internasjonalt. Hensikten er å skape den beste utdanning for jordmødre i Norge. DNJ ønsker å heve det jordmorfaglige nivået, styrke jordmødrenes autonomi og gi nye jordmødre muligheten for en raskere akademisk karriere.

En enhetlig utdanning vil i større grad enn dagens utdanning kvalifisere jordmor til å ivareta og fremme jordmors oppgave med å fremme den normale fødsel, motvirke medikalisering og arbeide helsefremmende i partnerskap med kvinnen. Kvinnehelse er i dag viktigere enn noensinne. En enhetlig jordmorutdanning vil dekke fagområder som sikrer kompetanse til også å ta hånd om syke gravide og fødende, samt kvinner og familier med spesielle behov. Utdanningen vil dessuten forberede til tverrfaglig samarbeid.

- Dagens utdanningsvei for jordmødre tar minimum seks år. (tre-årig sykepleierutdanning, minimum ett års praksis som sykepleier og to-årig jordmorutdanning)
- Ordningen er dyr, og tar kompetente sykepleierressurser som det er behov for i fremtidens helse- og omsorgstjenester.
- Jordmødre utdannet i Norge har to autorisasjoner i følge Helsepersonelloven, en som sykepleier og en som jordmor
- Det fremgår av EØS- sektordirektiver som omhandler jordmødre og utdanning at jordmoryrket er et selvstendig fag.
- Dagens sykepleierutdanning inneholder ikke lenger det som i utgangspunktet var grunnlaget for jordmorutdanning.
- Ordningen er ikke i tråd med det nye gradssystemet for høyere utdanning i Norge (jfr Bolognaprosessen)

Vi håper dette kan bidra til at det rettes et kritisk og konstruktivt blikk på dagens jordmorutdanning. Større fokus på utdanning og krav til resertifisering også for jordmødre, vil bedre kvaliteten på tjenesten. Det enkelte arbeidssted må sette fokus på samarbeid, evaluering og internkontroll. En kritisk gjennomgang/evaluering av statistikk med tanke på økt medikalisering og operative forløsninger, er nødvendig og ønskelig.

DNJ støtter for øvrig forslaget om hospitering og rotasjonsordninger.

10. Rekruttering av fagpersonell

Fremtidens helsetjeneste byr på mange utfordringer. Det er et paradoks at befolkningen stadig lever lenger er friskere og trenger mer helsehjelp. Den største utfordringen er økningen av andel eldre personer. HOD har allerede grepet utfordringen og er i ferd med å planlegge tiltak for å møte denne store utfordringen. DNJ mener det bør være avgjørende hvordan ressursene benyttes på alle nivå. Det er derfor etter DNJ's mening,

verken hensiktsmessig, økonomisk og ressursmessig forsvarlig å ta personell fra sykepleiergruppene for å utdanne de til jordmødre.

10.1. Rekruttering av fødselsleger

Når det gjelder fødselsleger og problemer med rekruttering til små fødeavdelinger, er vi bekymret over den prioriteringen som enkelte foretak gjør. Kostnadene som er knyttet til vikarer er enorm og DNJ tror at det kan være mulig å utnytte ressursene bedre. Denne problemstillingen er det viktig å diskutere i det videre arbeidet. DNJ registrer at enkelte RHF er får til et godt samarbeid mellom de ulike foretakene i forhold til knappe gynekologressurser. Foretakene gir også hjemler til gynekologer slik at de kan opprette privat praksis, det er mulig at denne praksisen bidrar til en uthuling av foretakenes mulighet til å styre ressursene.

DNJ anbefaler HOD å gå i dialog med legene selv og et samlet fagfelt for å finne tiltak som kan stimulere til en fortsatt vekst av leger som vil velge dette faget. Dyktige obstetrikere trenger å være tett på faget, akkurat som jordmødre. Ny kunnskap endrer praksis, for å være oppdatert så er det avgjørende å praktisere. Det utdannes stadig flere leger i landet, vi tror det vil være mange som vil velge obstetrikk og gynekologi dersom de rette betingelsene er til stede.

10.2. Rekruttering av jordmødre

I omtalen av rekruttering av jordmødre etterlyser DNJ et bedre faktagrunnlag. DNJ antar at det er nødvendig med en kartlegging av situasjonen. Rekrutteringsproblemene er ikke bare i jordmortjenesten på grunn av små stillingsbrøker – store fødeavdelinger sliter også med å rekruttere jordmødre. Det er et paradoks at nyutdannede jordmødre får tilbud om deltidsstillinger etter fem års utdanning. Dette gjelder både kommuner og foretak. Det er også en kjensgjerning at mange jordmødre velger å stå i deltidsstillinger for å holde ut et helt yrkesliv. Deltidsstillinger både i kommunen og i foretakene er en utfordring for det videre arbeidet. For jordmødre som velger deltidsstillinger så har det en sammenheng med at de opplever en urimelig belastning og et kontinuerlig arbeidspress. For å beskytte seg mot en arbeidssituasjon de ikke kan makte gjennom hele livet så velger de deltid for å beskytte seg selv. Jordmorressursene må benyttes på best mulig måte i samfunnet. Målet må være at så mange som mulig er fullt sysselsatt og at frivillig og ufrivillig deltid ikke forekommer.

I april 2007 var det registrert 4070 autoriserte jordmødre, DNJ antar at over 1000 av jordmødrene har forlatt yrket. Det bør være av interesse å vite hvorfor 25 prosent av jordmødrene ikke er i et yrket de er utdannet til. Hva er det eventuelt som svikter og hva er årsaken? Det bør være en forholdsvis enkel oppgave å kartlegge dette. DNJ bidrar gjerne ved en slik kartlegging sammen med Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH).

DNJ antar at bemanningen ikke er tiltrekkelig verken i kommunen eller på foretaksnivå – de fleste steder er det problemer med å håndtere et normalt lavt og akseptabelt sykefravær, svangerskapspermisjoner og permisjon til kompetanseheving gjennom videre- og etterutdanning. Feriene på både store og små fødeavdelinger er en stor

utfordring og medfører både stengte fødeavdelinger og utstrakt bruk av vikarbyråer. Kartleggingen av jordmortjenesten i 2003 viste at det ikke settes inn vikar i jordmorens ferie eller ved annet fravær. DNJ mener det er behov for en kartlegging av disse forholdene for å få presise og oppdaterte tall totalt sett for hele tjenesten. DNJ bidrar gjerne til at en slik kartlegging blir gjennomført og vi kan starte med dette arbeidet umiddelbart slik at helsemyndighetene får et presist faktagrunnlag og mulighet til å planlegge den bebudede satsningen på jordmortjenesten på en bedre måte.

Trygderefusjonsordningen for jordmødre er etter DNJ sin mening svært mangelfull – vi savner en evaluering av ordningen. Vi er usikre på om den virker etter hensikten om å få flere jordmødre til svangerskapsomsorgen.

11. Kvalitet og monitorering

DNJ er enig i alle foreslåtte tiltak i dette kapittelet. DNJ støtter forslagene om en bedre registrering av data i forbindelse med svangerskap og fødsel. Vi er kjent med at MFR har forbedret sin statistikk og en ønsket utvikling er at statistikken skal komme enda raskere og genereres på institusjonsnivå. Vi trenger utvikling av kvalitetsindikatorer slik at forbedringsarbeid på det enkelte fødested kan være en kontinuerlig prosess og faktisk bidra til forbedring av tjenesten.

Felles elektronisk fødeprogram bør innføres på alle fødeinstitusjoner, og det bør knyttes opp mot elektronisk svangerskapsjournal.

Forbedringsarbeid og kompetanseheving henger sammen. DNJ vil påpeke at det på mange avdelinger er så knappe ressurser at det verken er tilgjengelig tid, personell eller midler. Kompetanseheving av jordmødre er generelt nedprioritert både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Jordmødre føler et stort personlig ansvar, vi vil påpeke at arbeidsgiver også må bidra her.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg har bidratt med verdifull kompetanseheving spesielt når det gjelder Akuttkursene. Når det gjelder forebygging av fødselsrifter har vi etterlyst en åpnere prosess med mulighet for at jordmødre i større grad kan få bidra med innspill og tiltak for å få bedre resultater for kvinnene. Som samarbeidspartnere på fødeavdelinger og poliklinikker er vi overbevist om at begge grupper har mye å tilføre hverandre gjennom felles læringsarenaer.

12. Lære av uheldige hendelser

Systemrevisjon er et viktig arbeid for å opprettholde en så god kvalitet som overhodet mulig på tjenestene. DNJ mener at det er flere ledd i arbeidet med å heve kvaliteten, både lokalt, på RHF nivå og individnivå. DNJ presiserer at vi oppfatter det som et lederansvar å legge til rette for gode rutiner for internkontroll, avvikshåndtering og kvalitetssystemer. Dersom audit skal være en del av kvalitetsarbeidet og utvikles som en metode, er det behov for manualer og retningslinjer for hvordan et slik arbeid bør foregå. Under gjennomføring av Lofotprosjektet ble dette gjort systematisk og DNJ har erfaring med at det var tilfredshet blant personalet med denne metoden.

Når det gjelder Perinataalkomiteer på RHF-nivå kan være en farbar vei, men RHFenes størrelse er svært ulik og det er mulig det enklere å gjennomføre med mindre enheter. Igjen opplever vi en ny diskusjon om Perinataalkomiteene. Dette arbeidet er nylig lagt til RHF ene. Vi er usikre på hva som er en optimal løsning. Hva om HOD kan gjøre en kartlegging av behovene RHF/HF ene har, dersom det er usikkert om valgte løsning er den rette? DNJ ønsker at det skal være en lik ordning på landsbasis. Dersom RHFene skal velge selv er vi bekymret for at en Perinataalkomite kan velges bort av ressurs hensyn.

DNJ er videre tilfreds med at det presiseres at tjenesten skal lære av uheldige tjenester. DNJ mener fødselsomsorgen har mye å lære av andre sektorer som har stor sikkerhetsrisiko, som olje og luftfart. Dette ble for øvrig god demonstrert av en legkvinne på et av HOD sine møter. Helsetilsynet har gjennomført tilsyn og påpekt feil og mangler – og gitt forslag til tiltak. DNJ håper at tiltakene kan gjennomføres. DNJ opplever i økende grad at jordmødre kommer i skvis og samtidskonflikter. DNJ er usikker på om det er et godt klima for å melde uhell og nestenuhell, jordmødre føler at det er vanskelig å melde fra og at en kan bli oppfattet som lite lojal overfor arbeidsgiver og kolleger. Jordmødrene stiller spørsmål om hvor alle avviksmeldingene de skriver blir av.

Helt til slutt ønsker DNJ å påpeke at det er viktig å sette søkelyset på årsaken til at svangerskap og fødsler går så bra for de aller fleste kvinner. Storbritannia har valgt å satse på at kvinner skal ha jordmor hos seg i aktiv fase av fødselen, det samme gjør Danmark.

Vi støtter HOD i arbeidet med å få på plass et helhetlig tilbud i alle ledd. DNJ vet at dette er i tråd med mange kvinners og jordmødres ønsker. Vi er spent på hva norske kvinner skal få av tilbud for å minske unødige inngrep i fødselen.

For Den Norske Jordmorforening

Nina Schmidt
Leder

Marit Heiberg
Fagkonsulent