



Oslo kommune
Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dato: 02.11.2007

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
200703764-5

Saksbeh:
Aud Blinge, 23 46 16 26

Arkivkode:
212

INNSPILLSRUNDE - PROBLEMNOTAT NASJONAL STRATEGI FOR SVANGERSKAPS,- FØDELS- OG BARSELOMSORG

Byrådsavdelingen viser til brev av 24.09.2007 med problemnotat. Vi har følgende innspill:

Generelle kommentarer

Med utgangspunkt i kommunehelsetjenesten vurderes faktabeskrivelsen i notatet som korrekte. Hovedvekten i våre kommentarer legges på svangerskapsomsorgen og overgang fra sykehus til helsestasjonstjeneste i kommunen. Vi vil i det videre konkret kommentere punkter fra det enkelte kapittel. Generelt bør det vektlegges, og legges klare strategier, for hvordan utsatte grupper, deriblant kvinner med ikke-vestlig bakgrunn, skal tas ekstra vare på. Det bør avklares hvordan et godt samarbeid mellom leger og jordmødre i svangerskapsomsorgen kan være praktisk mulig. I tillegg bør det skje en ansvarsavklaring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder oppfølging av barselkvinnene i tiden etter fødsel.

2. Situasjons- og problemforståelse

Punkt 5 om at det er spørsmål om det foreligger en underliggende profesjonsproblematikk. Kvinnens frie valg er avgjørende. Det bør fokuseres på å ha avgrensede ansvarsområder i tillegg på å fokusere på kvalitet og samarbeid, der det er mulig.

Punkt 6 om kvinnens rett til å velge om svangerskapskontrollene skal foregå hos jordmor eller lege. Mange kvinner vet ikke om dette valget. Enkle informasjonsbrosjyrer om dette og andre viktig punkt knyttet til svangerskapsomsorgen bør være tilgjengelig, eksempelvis på apotek. En ide kunne være å gi den ut sammen med graviditetstester. I Oslo blir kvinner i perioder avvist ved helsestasjonene i bydelene grunnet utilstrekkelig kapasitet i jordmortjenesten.

Punkt 7 om samarbeid mellom allmennlege, fødselslege, jordmor og helsestasjon for øvrig. Det bør lages overordnede retningslinjer for hvordan dette kan gjøres i praksis (jf. pkt. 5.3).

Siste punkt. Liggetid i barselavdeling har gått ned. Ansvarsforhold mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om oppfølging etter fødsel bør avklares. I følge veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelstjenesten

skal alle tilbys hjemmebesøk innen 2 uker etter fødsel. Helt avgjørende for helsestasjonstjenestens muligheter for god oppfølging av kvinnene etter fødsel, er at fødebarselavdelingen sender skriftlig melding om fødsel til helsestasjonen samme dag som kvinnen utskrives fra sykehuset. Dette skjer ikke dag. Nasjonalt kompetansesenter for amming iverksetter i disse dager implementering av "Ammekyndige helsestasjoner". Dette gjør ammepoliklinikker unødvendige.

3. Brukerperspektivet

Som et mulig tiltak nevnes god informasjon om tilbudet. I dag finnes brosjyren fra SHdir. "Er du gravid?" Det trengs også en enklere brosjyre, som kan forstås av alle, gjerne oversatt til flere språk.

4. Ikke-vestlige kvinner

Det bør fokuseres mer på bruk av tolk, kvalitet ved tolkebruk og kvalitetssikring av tolkene. Dårlig økonomi, praktiske utfordringer og merarbeid brukes som argumenter for å ikke bruke tolk i svangerskapsomsorgen. Det er et godt forslag å styrke svangerskapsomsorgen ved helsestasjoner i kommuner med mange ikke-vestlige innvandrere. Det er ikke rom for økt konsultasjonstid til alle som har et dårlig norsk språk med dagens bemanning i svangerskapsomsorgen. I denne sammenheng kan det være særlig viktig med et godt samarbeid mellom lege og jordmor. Et forslag kunne være å knytte legetjeneste til de aktuelle helsestasjoner, enten ved bruk av fastleger eller ved bruk av ansatte leger.

Ulike løsninger burde kunne prøves ut, eksempelvis i bydeler i Oslo med mange ikke-vestlige gravide.

5.1 Faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper

Når det vises til "iverksetting av ytterligere tiltak", bør det presiseres nærmere hva som menes.

Det sies fra mange hold at helsekort ofte er mangelfullt utfylt. Det bør utarbeides et kvalitetssikret meldesystem for dette, kommunalt eller fylkesvis. Inntil elektroniske helsekort blir en realitet, kan konkrete tilbakemeldinger medføre forbedringer for utfyllerne.

5.2 Kontinuitet

I en kommune som Oslo, med ca. 9000 fødsler i året, er det et spørsmål om hvor realistisk det er at kvinnen skal møte samme jordmor i svangerskapsomsorgen og på sykehuset. I hovedsak er svangerskapsomsorgen kommunehelsetjenestens ansvar, mens fødsel og barsel er spesialisthelsetjenestens ansvar. De få dagene på sykehuset er særdeles viktige, men kvalitet, trygghet og et godt samarbeid med primærhelsetjenesten er, etter vår vurdering, langt viktigere enn å se samme jordmor gjennom hele løpet.

Første avsnitt avsluttes med at tjenestene ikke alltid er godt koordinert. Det bør fokuseres mer på samarbeid/samhandling enn samordning.

Om kommuner og helseforak skal samarbeide om stillinger for jordmødre, må den ansatte ha to arbeidsgivere og to deltidstillinger. Er det gunstig for den enkelte som arbeidstaker? Erfaringer fra Oslo viser at kjøp av jordmortjenester fra helseforakene, ikke nødvendigvis betyr økt kvalitet, eller annen bruk av jordmortjenesten, enn de bydeler/kommuner som har egne ansatte jordmødre.

5.3 Kontinuitet på systemnivå: Samarbeid og rolledeling

Det er kjent at kontinuitet og kvalitet forutsetter et godt samarbeid mellom de faglige aktører som deltar. Spørsmålet er om det er praktisk mulig å etablere formelle faglige retningslinjer for å sikre godt koordinerte møteplasser. Det er over 400 fastlegeavtaler i Oslo. Noen leger har svært få gravide i året, mens andre har mange. Det er 24 jordmørårsverk i Oslo fordelt på 34 jordmødre på 28 helsestasjoner. I gjennomsnitt har hver bydel 1,6 årsverk jordmortjenester og betjener i gjennomsnitt 450 nygravide årlig (KOSTRA 2006). Kvinnene har ikke nødvendigvis fastlege i egen bydel. Det sier seg selv at det er vanskelig sikre koordinerte tjenester med en slik virkelighet.

I store kommuner vil det være svært komplisert å få til samarbeidsavtaler mellom den enkelte lege og helsestasjonstjenesten ved jordmor. Det bør avklars om kommunene kan utarbeide en felles samarbeidsavtale, som de ulike aktørene forplikter seg til å forholde seg til.

Svært få helsestasjoner i Oslo, har fastlege knyttet til svangerskapsomsorgen på helsestasjonen. Jevnt over er det i liten grad samarbeid mellom jordmor og fastlege. Dette er en utfordring, spesielt når det gjelder kvinner med ikke-vestlig bakgrunn og svake språkferdigheter.

Stovner bydel, med mange ikke-vestlige gravide, er en av bydelene som fortsatt har lege i svangerskapskontrollen på helsestasjonen og ønsker å fortsette med det. Bydelen har en lang tradisjon for dette og fastlegene i bydelene informerer sine pasienter om dette. Som nevnt under pkt. 4 bør det rettes ekstra innsats mot gravide med særlige behov. Det kan være en god løsning å samlokalisere leger og jordmødre i svangerskapsomsorgen. På denne måten gjøres det enklere for brukerne ved at de får ett sted å forholde seg til. I tillegg til økt koordinering og tverrfaglig samarbeid, vil dette også føre til økt kompetanse hos utøverne gjennom erfaringsutveksling og erfaringene ved å ha kontakt med mange utsatte gravide.

5.4 Kapasitet i jordmortjenesten

Etter gjeldende forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 3. april 2003, er tilbud om svangerskapskontroll en integrert del av helsestasjonstilbudet. Kommunen skal tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjonen, og det er opp til kvinnen om hun ønsker å benytte seg av tilbudet.

Kommuner/bydeler med mange ikke-vestlige innvandrere bør ha en høyere jordmorbemanning enn gjennomsnittet.

Det bør stimuleres til at helsestasjonene, i samarbeid med helseforetakene og frivillige organisasjoner arrangerer fødselsforberedende kurs. Få helsestasjoner har kapasitet til dette i dag.

8. Barselomsorgen

Den reduserte varigheten av liggetiden i sykehus mot 2- 3 dager for kvinner som har født ukomplisert har ikke ført til tilsvarende styrking av helsestasjonenes barselomsorg. Helsestasjonen skal tilby hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst etter fødsel (ny kvalitetsindikator i KOSTRA), men ofte kommer fødselsmelding fra sykehuset for sent. Melderutiner bør forbedres. Barselgrupper/nettverksgrupper innen 4 uker bør oppgraderes og kvalitetssikres bedre.

Ved tilrettelegging av differensiert barselomsorg (side 20), bør det utarbeides en skriftlig ansvarsfordeling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste og settes standard for hva som er et godt nok oppfølgingstilbud etter fødsel. Kan sykehus med jordmor ha ansvar inntil 1 uke etter fødsel, mens kommunehelsetjenesten tar ansvar etter en uke? Kommunehelsetjenesten kan ha en større rolle i en utvidet og mer omfattende barselomsorg, i tråd med den tidlige utskrivingen fra sykehuset. En forutsetning er at tjenesten styrkes bemanningsmessig. En beregning av innsparinger ved nedkorting av liggetiden etter fødsel kunne tas som utgangspunkt for å styrke primærhelsetjenesten.

Når det gjelder ansvarsfordeling mellom jordmor og helsesøster i kommunehelsetjenesten, bør det være en hovedregel at jordmor har ansvaret i svangerskapet, mens helsesøster har ansvar etter utskriving fra sykehus. Det er viktig med et godt tverrfaglig samarbeid som tar utgangspunkt i kvinnens og barnets behov og at kompetansen til begge faggrupper utnyttes best mulig.

Med vennlig hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Nina Backer-Røed
oppvekstsjef

[Godkjent og ekspedert elektronisk](#)

Kopi til: Helse- og velferdsetaten