

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Vår saksbehandler: Kirsten Aunaas
Vår ref: 14920

Vår dato: 04.11.2007
Deres ref.: 200701700-/CD
Medlemsnr.:

INNSPILL TIL PROBLEMNOTAT NASJONAL STRATEGI FOR SVANGERSKAPS-, FØDELS- OG BARSELOMSORG

Norsk Sykepleierforbund (NSF) takker for problemnotatet og muligheten til å komme med innspill. Internt i NSF har Landsgruppen av helsesøstre (LaH) og Jordmorforbundet NSF hatt problemnotatet ute til høring blant fylkesgruppeledere og styremedlemmer, som har gitt en rekke innspill. I tillegg har NSF's "Innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg – Juni 2007" dannet grunnlag for tenkingen rundt problemnotatet. Vi opplever at problemnotatet i stor grad omtaler de reelle utfordringene vi står overfor, og at faktabeskrivelsene i all hovedsak er korrekte. Vi ønsker imidlertid å understreke og utdype noen av utfordringene som er sentrale ut fra et helsesøster- og jordmorperspektiv.

3. Brukerperspektivet

Fra helsesøsters og jordmors ståsted er bruker/pasient i denne sammenheng både den gravide/fødende og dennes partner og nærmeste familie. Det er viktig å ha en systemisk tilnærming, og inneha god kunnskap om den store og viktige livshendelsen en fødsel er. Det innebærer blant annet at fødeinstitusjoner og helsestasjoner ideelt sett skal ha en svært lav terskel for at den gravide eller den nybakte familien skal kunne ta kontakt, også utenom oppsatt program. Dette samsvarer med brukerkravet om trygghet og nærhet.

Kvinner ønsker kvalitet, kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. For å kunne gi en kvalitativ god tjeneste i svangerskapsomsorgen, er det viktig at jordmor har gode arbeidsforhold. Dagens situasjon med små stillingsbrøker gjør at jordmortjenesten forringes og begrenses. Mange jordmødre opplever at arbeidet på helsestasjonen ikke oppfyller anbefalingene fra NOU 1984:17 med vektlegging på psykososiale forhold. Psykiske sykdommer er en utfordring i forbindelse med graviditeten, og tidligere traumatiske fødselsopplevelser, fødselsangst og fødselsdepresjon er områder jordmor kan arbeide med ut fra sin fagkunnskap. I 2006 var det 58.454 fødsler i Norge, mens det ble utført 278 jordmorårsverk i kommunene. Med et gjennomsnitt på over 200 fødsler per jordmor blir det små muligheter til å bygge en helhetlig tjeneste med god kontinuitet i svangerskapsomsorgen.

Det er viktig å ha krav om faglig forsvarlighet på de ulike kompetanseområder. Kvalitet og sikkerhet er nøkkelord i denne sammenheng. Det er også slik at geografi, tilgjengelighet og kontinuitet i tilbudet til gravide og fødende, er faktorer som må vurderes i en helhetlig plan for svangerskaps-, og fødsels- og barselomsorg. Det kan være riktig å opprettholde en fødeavdelings status som avdeling, selv om avdelingen ikke oppnår det antall fødsler som er vedtatt i Faglige krav til fødeinstitusjoner. For å opprettholde nødvendig beredskap og kvalitet i



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 22 04 33 04
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr.: NO 960 893 506 MVA

Fakturaadresse:
Postboks 1535
7435 Trondheim

tilbudet må forholdene legges til rette for rekruttering av jordmødre og leger til fødeavdelingene samt leger og sykepleiere innen både anestesi, operasjon og pediatri.

Større grad av brukermedvirkning støttes av NSF. For førstegangsfødende er det imidlertid ikke alltid enkelt å vite hva man ønsker eller bør forvente som bruker/fødekvinn – et svangerskap er en helt ny erfaring. Det er derfor viktig at tilbudet til gravide har gjennomgående høy kvalitet, at profesjonene samarbeider og at tilbudet ikke avhenger av hvilken kommune/bydel man som bruker sogner til. Likeledes mener vi at det bør utvikles gode, kortfattede informasjonsbrosjyrer og nettbasert informasjon om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Dette bør utformes slik at det lett kan tilføyes lokal informasjon.

4. Ikke – vestlige kvinner

NSF har i tidligere høringer¹ påpekt helsestasjonens betydning som sosialt utjevnende faktor. Dette gjelder ikke minst ikke-vestlige kvinner/familier.

Ikke-vestlige kvinner/familier trenger ofte både hyppigere og mer langvarige konsultasjoner, både på bakgrunn av språkbarrierer, kulturforskjeller og praktiske forhold. Dette krever økt ressursbruk fra både helsestasjoner og fødeinstitusjoner. Kvalifisert tolketjeneste er mangelvare, og i tillegg en stor utgiftspost. Dette gjør at man i mange situasjoner benytter familiemedlemmer som tolk, noe som er uheldig og ikke bør forekomme.

Det er ikke tilstrekkelig å sikre økt kapasitet og bedre kvalitet på tolketjenesten, man må også få en avklaring på finansiering av tolketjenester. På grunn av stram økonomi vurderes det om bruk av tolk er absolutt nødvendig eller om man kan klare seg uten. Dette medfører at nødvendig kommunikasjon vanskeligjøres. Helsepersonell oppfatter ikke problemstillinger kvinnen/familien kommer med, og råd og veiledning fra helsepersonell blir ikke oppfattet eller mangelfullt oppfattet. Helsepersonell trenger større kunnskap i kulturelle forskjeller.

Det bør vurderes egne foreldreforberedende kurs og/eller grupper for ikke-vestlige par, hvor deltagelse i ordinære kurs ikke er et godt nok alternativ. Utprøving av bruk av Foreldreveiledningsprogrammet² til flerkulturelle foreldre har vist seg å være vellykket, og bør med fordel vurderes utvidet til også å omfatte tilbud i svangerskapet og barseltiden.

5. Svangerskapsomsorg

Kommunehelsetjenesten skal tilby svangerskapsomsorg. Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten³, sier:

Svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten er et tilbud til alle gravide kvinner og deres partnere. En helhetlig svangerskapsomsorg er familiefokusert og kulturtilpasset. Svangerskapsomsorgen skal møte mennesker med respekt. Gravide kvinner med behov for spesiell hjelp og omsorg er særlig avhengige av en svangerskapsomsorg der samarbeidet fungerer godt mellom jordmor, helsestasjonslege/fastlege /spesialisthelsetjenesten og helsesøster. Har den gravide eller hennes familie behov for særlig omsorg, er det spesielt viktig at det er utviklet et godt samarbeid mellom jordmor, lege og helsesøster. Det er en fordel at helsesøster har blitt kjent med familien før den nyfødte kommer til helsestasjon.

Det er fortsatt slik at mange gravide ikke kjenner til valgmuligheten de har i forhold til å kunne gå hos enten fastlege eller jordmor, eller i en kombinasjon. Det er en klar fordel om svangerskapskontrollene foregår hos jordmor ved helsestasjonen. Det gir mulighet for å komme tidlig i kontakt med den førstegangsfødende også for helsesøster, samt i større grad sikre tverrfaglig oppfølging av flergangsfødende med ekstra behov. Det bidrar også til kontinuitet og at den gravide får færre fagpersoner å forholde seg til.

I enkelte tilfeller er det også nødvendig med et tett samarbeid mellom helsestasjon og sosialkontor og barneverntjenesten i forbindelse med svangerskapet og den kommende barseltiden. Mange kommuner etablerer nå familiesentre som er en modell som letter det

¹ Høringssvar Nasjonal strategi for å utjevne sosiale ulikheter i helse, HOD, 10-2006.

² www.bufetat.no/Foreldreveiledningsprogrammet

³ Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende helsearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1154. Sosial- og helsedirektoratet 2005.

tverrfaglige samarbeidet og har et tydelig brukerfokus, også i de mer komplekse sakene. I familiesentrene er svangerskapsomsorg og helsestasjon sentrale tjenester.

Jordmødre og helsesøstre opplever tilfeller der den gravide utelukkende har gått til kontroll hos fastlege, og helsestasjonen overhodet ikke har kjennskap til svangerskapet eller fødselen før den nybakte moren/familien "står i døren". Bedre samarbeid mellom fastleger og helsestasjonen er derfor også et område for systematisk forbedring.

5.1 Faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper

Individuell plan (IP) er et verktøy for å ivareta brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Dette er ikke spesielt omtalt i problemnotatet så langt vi kan se. I praksis er arbeidet med IP blitt så omfattende for mange faggrupper at det medfører klare begrensninger i muligheten for å gjøre andre lovpålagte oppgaver. Vi mener det allikevel bør vurderes om bruk av IP for gravide med størst behov for sammensatte tjenester, er et alternativ. Dette kan med fordel sees i sammenheng med forslaget om ressursteam rundt den gravide (problemnotatets pkt. 5.2, side 8).

Det sies i forslag til mulige tiltak, siste prikkpunkt side 7: Når risiko registreres, bør det være et system for beslutningsstøtte...

Dette ønsker vi utdypes, da det er uklart hva man i praksis her foreslår.

5.2 Kontinuitet

I dette kapitlet hevdes det at barseltiden er spesialisthelsetjenestens ansvar. Dette kan vi ikke se er riktig all den tid barseltiden defineres som seks uker etter fødsel. Slik det i praksis er i dag, overtar kommunehelsetjenesten ansvaret for barselkvinnen etter to til fem dager.

Norsk Sykepleierforbund ser det som en fordel om jordmor kan ha en fast ordning med å arbeide både på fødeavdeling og i kommunehelsetjenesten. Alternativt bør det legges opp til et fast system med gjensidig hospitering. En hospiteringsordning kan gjerne innbefatte også andre personellgrupper som helsesøstre og leger. Slik kan man sikre økt kontinuitet, større kjennskap til hverandres arbeid, rutiner, prioriteringer og bli mer samkjørte i den omsorgen som tilbys.

5.3. Kontinuitet på systemnivå: Samarbeid og rolledeling

Her vil NSF igjen understreke helsestasjonens rolle som kraftsenter for kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid, og tilrå en oppgradering av helsestasjonens rolle i svangerskapsomsorgen. Erfaringene fra forsøk med familiesenter⁴, viser blant annet til positive effekter av samlokalisering av tjenester for barn og unge, herunder også gravide.

5.4 Kapasitet i jordmortjenesten, samt 10.2 Rekruttering av jordmødre

Det er en hovedutfordring ved jordmortjenesten i kommunene at jordmødre tilbys små stillingshemler og at disse følgelig er svært lite attraktive. Skal man lykkes med å få flere jordmødre i kommunene, må stillingsbrøkene oppjusteres – eksempelvis ved at nabokommuner/bydeler samarbeider om stillinger. Videre bør det utvikles faglige nettverk og møteplasser for jordmødre, samt faste hospiteringsordninger på føde-barselavdelinger for å forhindre faglig isolasjon, jfr. 5.2.

I problemnotatet refereres det til Rundskriv1-14/95 som presiserer at helhetlig omsorg best kan gis ved at jordmødrene knyttes til helsestasjonene, og ved at svangerskapsomsorgen skjer i nært samarbeid mellom jordmor, helsestasjonslege og helsesøster. I dag er det de færreste helsestasjoner som har fast tilknyttet helsestasjonslege. Det kan være en utfordring for jordmor å etablere faglige møteplasser med – i "store" kommuner/bydeler – mange fastleger.

6. Transport av fødende

Følgetjeneste med kvalifisert personell fra hjemstedet til fødestedet må bli en **skal**-tjeneste der avstandene er store og reisetiden lang. Kvinner må få en lovfestet rett til følge av kvalifisert personell når fødselen er i gang. Med kvalifisert personell menes jordmor eller lege med fødselserfaring. Kvinner som føder i Norge skal ikke tilbys ambulansepersoneell med kurs i fødselshjelp. Kvaliteten på fødselshjelp under transport må styrkes, ikke forringes. Følgetjeneste handler om trygghet og nærhet til tjenester. NSF støtter forslaget om å organisere beredskap rundt det tidspunkt der fødsel er forventet, og i samsvar med den gravides risikonivå, fremfor å

⁴ Evaluering av forsøk med familiesentre i Norge 2002-2004. Haugland, Rønning og Lenschow, Rbup Nord 2006.

ha døgnkontinuerlig beredskap når det er få fødsler i en kommune/distrikt. Vi mener beredskapen skal ivaretas av jordmor, og gjerne i samarbeid med en fødeinstitusjon hvis dette er mulig.

7. Fødselsomsorg

Norsk Sykepleierforbund støtter forslaget om forpliktende nettverk mellom fødeinstitusjoner.

7.1 Struktur i fødselsomsorgen

Fødestuer har i dag en bedre plan for selektering enn fødeavdelinger.

Det har i Norge vært mye fokus på nivåinndelinger og tall. Det er slik nå at flere avdelinger balanserer på grensen i forhold til fødselstall og kanskje beholder kvinner som burde vært strengere selektert. Noen små avdelinger i enkelte regioner har fødsler, som det generelt er anbefalt at man skal sentralisere, jvf. vaginale setefødsler.

Det er viktig at vi bestemmer oss for at vi skal fokusere på kvalitet og sikkerhet i fødselsomsorgen. Da må vi i Norge slutte å tenke på antall fødsler på de små avdelingene, men på hvilke fødsler som skal foregå hvor og at vi fokuserer på trygghet for brukerne. Noen steder er det nødvendig å opprettholde drift som Fødeavdeling fordi avstanden til Kvinneklinikk er for lang. HF må ha ansvar for tiltak som sørger for at fagpersoner som jordmødre og leger får den mengdetrening som er nødvendig for å opprettholde krav til standard. Dette kan løses ved hospitering eller rulleringsordninger.

Overordnede seleksjonskriterier nødvendig for å sikre god kvalitet og forutsigbarhet.

I dag er det slik at medisinsk ansvarlige i det enkelte HF avgjør hvilke fødsler som skal selekteres og det er stor ulikhet i praksis på fødeavdelinger i Norge. Eksempler på ulikhet i seleksjon er:

- Tvillingfødsler
- Vaginale seteforløsninger
- Diabetes hos mor
- Vekstavvik +/-
- Svangerskapsforgiftning
- Induksjoner av forskjellige årsaker
- Premature fødsler uke 33 – 35

Det burde kanskje heller fokuseres på hvilke fødsler som kan foregå hvor i forhold til hvor det er barneleger i vaktordning.

Fødeenhetenes betydning i lokalsamfunnet er viktig, både som trygghetsfaktor for de som planlegger/venter barn, men også som trygghetsfaktor for fagpersonalet i kommunehelsetjenesten. Nedleggelse av fødeavdelinger får oftest også betydning for tiliggende barneavdelinger, som igjen er viktige samarbeidspartnere for helsestasjon og fastleger.

Det er ulik bemanning på de ulike fødeenhetene, mange hadde nok ønsket seg en "norm" for hvor mange stillinger som skulle beregnes for jordmødre og gynekologer i forhold til antall fødsler. På de store avdelingene er det store variasjoner i jordmor- og legebemanning fra sykehus til sykehus. Økonomiske vurderinger gir ulike variasjoner, som igjen går ut over omsorgen til den fødende og hennes familie.

Jordmor representerer kontinuitet og har hovedansvar for kvinnen gjennom svangerskap og fødsel. Dette er også viktig i et kvinnehelseperspektiv.

7.4 Kapasitet i fødselsomsorgen

Det påpekes at fritt sykehusvalg ikke er en reell valgmulighet. Dette skyldes både at ordningen og de praktiske konsekvensene av den er for dårlig kjent, og at det i realiteten er de ulike sykehusenes kapasitet og prioriteringer som avgjør hvor den gravide får føde. Dette er i hovedsak en utfordring i Oslo.

Tidligere i år åpnet "Føderiktet" som frittstående, jordmorstyrt fødestue tilknyttet Rikshospitalet. Dette er et tilbud til friske flergangsfødende kvinner. I tillegg har Ullevål universitetssykehus egen ABC klinikk som et tilbud til friske gravide. Det er viktig og riktig at vi har tilbud tilpasset ulike brukere/fødekvinner. Det er også viktig at tilbudet er trygt og sikkert uansett hvor kvinnene ønsker å føde.

8. Barselomsorg

Problemnotatet skal omtale både svangerskapet, fødselen og barseltiden. Barseltiden defineres å vare seks uker etter fødsel. Vi opplever imidlertid at problemnotatet har relativt lite fokus på denne tiden. Helsestasjonen den viktigste instansen i oppfølgingen av barnet og familien. I Norsk Sykepleierforbunds innspill til ny helhetlig plan (juni 2007) vises det til at den kortere liggetiden på barsel ikke er avspeilet i økte ressurser på helsestasjonen for å imøtekomme behov for tettere oppfølging. Førstelinjen har ikke fått ressurser for å håndtere økte oppgaver knyttet blant annet amming og veiledning.

Informasjonsoverføring/fødselsmeldinger

Mange helsestasjoner opplever at det tar (for) lang tid fra fødsel/utskrivning og til fødselsmeldingen når fram til helsestasjonen. Mange føde-/barselavdelinger har rutiner for å ringe helsestasjonen når det trengs ekstra tidlig intervensjon fra helsestasjonen. Systemene for denne informasjonsoverføringen er imidlertid for tilfeldige slik det er i dag. Det er en klar anbefaling at fødselsmeldinger sendes elektronisk; dette vil være et viktig hjelpemiddel for å sikre rask informasjonsoverføring. Dette krever tilgang til Helsenet, noe vi mener er viktig prioriteres også for denne delen av kommunehelsetjenesten.

Rutiner for samarbeid og kommunikasjon mellom føde-/barsel og helsestasjonene må forbedres. Dette er særlig viktig når det gjelder spesielle risikogrupper. De nye retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte, skisserer hvordan dette kan organiseres. Hvis kommunikasjon og samarbeid fungerer godt, vil det lette forberedelsene og tilretteleggingen som må gjøres i helsestasjonen.

Nye retningslinjer for veiing og måling er også under utarbeidelse, og vil sannsynligvis innebære obligatorisk veiing kort tid etter utskrivning fra barselavdeling – dette forutsetter også tidlig informasjonsoverføring fra barselavdeling.

Hjemmebesøk

Jordmor har en viktig rolle i forhold til kontakt med den nyforløste kvinnen og barnet. Et samarbeid med lokale tilpasninger i forhold til hjemmebesøk og samtaler etter fødsel, vil gi et godt tilbud til kvinnen og barnet og sikre god oppfølging. Komplementær kompetanse gir muligheter for gode løsninger.

Hjemmebesøket er en av helsesøsters mest sentrale metodiske tilnærminger, og bidrar til å sikre en tidlig kontakt med familien som har stor betydning for kvaliteten på den videre oppfølgingen. Mange helsesøstre påpeker forskjellen i den kontakten man får med familien via hjembesøk kontra ordinær konsultasjon på helsestasjonen. Hjemmebesøket skal i tillegg til å bidra til å etablere kontakt mellom familien og helsesøster også ivareta behovet for ammeveiledning. Dette blir stadig viktigere ettersom ammingen sjelden er etablert ved avreise fra barselavdeling. Videre skal barnets vektutvikling og trivsel vurderes, det skal gjøres observasjon av barnet (icterus, navleinspeksjon, generell helsetilstand/trivsel), observeres samspill/tilknytning og foreldrekompetanse på stell og daglig omsorg skal vurderes og understøttes.

Det påpekes fra mange jordmødre og helsesøstre at helsestasjonene opplever at den korte liggetiden i barsel forplanter seg med økt pågang på helsestasjonen, uten at dette er kompensert i form av økte personellressurser. Stadig flere barselkvinner tar hyppigere kontakt for råd og veiledning, ekstra vektkontroller av barnet osv. En god bemanning av både jordmødre og helsesøstre ved helsestasjonen, vil kunne tilby barselfamilien en trygg og god oppfølging også etter tidlig utskrivning. Vi ønsker også å peke på funksjonen "husmorvikar". Dette er en viktig ressurs som bør bygges ut og tilbys. Avlastning i forhold til praktiske oppgaver i hjemmet vil gi barselfamilien ro og tid til å bli kjent med det nyfødte barnet.

Norsk Sykepleierforbund mener at en styrket helsestasjon kan ha en større rolle i forhold til barseltiden. Dette gjelder eksempelvis (mer) intensiv oppfølging av barselkvinnen og barnet de første dagene etter hjemkomst. Med dagens bemanningssituasjon er dette ikke gjennomførbart i de aller fleste kommunene.

For tidlig fødte

Nye faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn⁵, kom tidligere i år. Disse anbefaler blant annet at:

⁵ Nasjonale retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. IS-1419. Sosial- og helsedirektoratet 2007.

- Alle for tidlig fødte barn som har vært innlagt ved en nyfødtavdeling bør tilbys oppfølging utover det programmet som er etablert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Familiene må tilbys å ha kontakt etter behov med personer som kjenner familien og barnet. Dersom den første tiden hjemme innebærer spesielle utfordringer, kan det i tillegg være hensiktsmessig å ha kontakt med utskrivende avdeling.
- Det anbefales hjemmebesøk 1 og 2 uker etter hjemkomst, deretter kontakt ved helsestasjonen hver måned de første 8 månedene og så hver annen måned fram til 12 måneders alder.

Spesielt fokus første leveår skal være:

Vekst, ernæring, psykomotorisk og sansemessig utvikling, familiens mestring og behov, tilknytning og samspill. Spisevansker og reguleringsvansker i forhold til søvn, atferdstilstander og kontakt er spesielt viktig.

For tidlig fødte har gjerne sin barseltid på en prematuravdeling. Imidlertid vil de for tidlig fødte ha mange av de samme behovene den første tiden etter hjemkomst som fullbårne barn, og bør derfor etter vår mening også omtales under kommunehelsetjenestens ansvar og innsats i det videre arbeid i oppfølgingen av dette problemnotatet.

Fødselsdepresjoner

Et viktig område å belyse i barselomsorgen er fødselsdepresjoner og tiltak for å forebygge dette. Stadig flere helsestasjoner tar i bruk EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)-kartleggingsskjema, og skolerer sine ansatte i bruk av dette og påfølgende tiltak i forhold til forebygging og behandling av fødselsdepresjoner. Etterutdanning i fødselsdepresjoner bør tilbys helsesøstre og jordmødre i langt større grad enn hva som er tilfelle i dag. Det innebærer at etterutdanningstilbudet bør finansieres av statlige myndigheter for å sikre at flest mulig gjennomfører utdanningen. Slik det er i dag er det opp til den enkelte kommunes økonomi og prioriteringer å velge en satsing på dette eller andre tiltak i barselomsorgen. Ofte kjenner den kommunale ledelsen alt for lite til særlig kvinner og barns behov for oppfølging i denne tiden, og prioriterer andre, mer "skrikende" behov.

Ammeveiledning

Norge ligger på verdenstoppen i amming. Permisjonsrettigheter, kunnskap om ernæringsmessig gevinst og et viktig arbeid med veiledning og hjelp til ammende mødre, har lagt grunnlaget for denne flotte rangeringen. De fleste fødeinstitusjoner i Norge er "Mor-Barn-Vennlige". Dette er et kvalitetsstempel som krever kompetanse og kontinuerlig oppdatering av kunnskap. Jordmødre og erfarne barnepleiere gir veiledning og legger grunnlaget for amming og tilknytning mellom mor og barn. Dagens situasjon med kort liggetid på barsel og ofte utrygge foreldre, gir imidlertid grunn til bekymring. Det bør være større mulighet for individuell vurdering av liggetid på barsel og det bør være et samarbeid med kommunehelsetjenesten rundt vurderingen av dette.

Ammeveiledning er et naturlig område for samarbeid mellom jordmor og helsesøster. Også her bør det på sentralt hold satses på en kvalitetsheving i form av finansiert etterutdanning i ammeveiledning. Landsgruppen av helsesøstre NSF samarbeider med Nasjonalt kompetansesenter for amming om Ammekyndige helsestasjoner, en parallell til Mor-Barn-Vennlige fødeavdelinger. Dette er et frivillig tilbud for helsestasjonene og krever systematisk kompetanseheving og kontinuerlig oppdatering av denne, samt utvikling av planer for oppfølging av den ammende. Det er en bekymring for at denne kvalitetssikringen ikke vil bli tilstrekkelig prioritert med dagens ressursituasjon.

Adopterte barns barseltid

En gruppe barn og familier som i utgangspunktet er på siden av svangerskaps- og fødselsomsorgen, kan defineres som målgruppe for barselomsorgen. Dette gjelder de adopterte barna. Landsgruppen av helsesøstre NSF har utviklet en veiviser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og et foreldrehefte⁶, som beskriver et opplegg for oppfølging av denne gruppen. Erfaringsmessig gjennomgår adoptivforeldre også en barseltid etter hjemkomst med barnet, som krever ekstra årvåkenhet, kunnskap og oppfølging fra helsestasjonens side.

⁶ Adoptivfamilien – Veiviser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og Foreldrehefte. Hesthamar, Grydeland Ersvik, Rakstang. LaH NSF 2006.

9. Utdanning og kompetanse

Med dagens knappe økonomiske rammer i helseforetak og kommuner er det viktig å øremerke midler til kompetansehevende tiltak. Jordmødre og helsesøstre opplever at det er vanskelig å få tid og midler til faglig oppdatering. Det er ikke riktig at den enkelte skal bære dette ansvaret mens arbeidsgiver kan skylde på dårlig økonomi og derved bidra lite eller ingenting. Midlene til kompetansehevende tiltak må harmonere med samfunnets krav til faglig forsvarlighet.

For å sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenestetilbudet bør det opprettes faglige nettverk og møteplasser for jordmødre samt faste hospiteringsordninger på føde- og barselavdelinger for å forhindre faglig isolasjon.

Jordmorutdanningen er en profesjonsutdanning med et samlet omfang på 120 studiepoeng. Den bygger på fullført grunnutdanning/bachelor i sykepleie og minimum et års praksis som sykepleier. Norsk Sykepleierforbund mener at dette gir det beste grunnlag for å møte krav til kompetanse og funksjonalitet. Det arbeides nå med å utvikle en master i jordmorfag. NSF støtter dette arbeidet økonomisk og faglig. Et tilbud om utdanning på høyere nivå er en forutsetning for å kunne kombinere klinisk erfaring og ekspertise med tilgjengelig kunnskap fra forskning.

Norsk Sykepleierforbund arbeider også med spesialistgodkjenning for bl.a. helsesøstre. En spesialistgodkjenning vil kvalitetssikre helsesøsters kompetanse og sikre helsesøsters rett og plikt til faglig oppdatering. Samfunnets krav til en utvidet og kunnskapsbasert helsetjeneste, brukernes/fødekvinnenes krav til et helhetlig og trygt tilbud samt spesialisering og medisinsk-teknisk utvikling i helsevesenet, stiller store krav til kunnskap og kompetanse for jordmors og helsesøsters virksomhet.

Norsk Sykepleierforbund ønsker en satsing på et nasjonalt utviklings- og kompetansesenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hvor forskning, utviklingsarbeid og tverrfaglig kompetanseheving står sentralt. Et slikt senter vil også kunne være et viktig bidrag mot en bedre svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Med vennlig hilsen

Mette Ramstad Dønåsen

Fagsjef

Astrid Grydeland Ersvik

Leder, LaH NSF

Sigrid Torblå

Styremedlem, Jordmorforbundet NSF

Kopi: