

Hørings svar fra Aksjon mot fødekaos



Til Helse- og omsorgsdepartementet angående

Problemnotat: Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

Oslo, 4. november 2007
På vegne av fødeaksjonen:
Ingeborg Altern Vedal
Siv-Lise Bendixen Stærk

<http://www.altern.no/opprop/index.html>

Innhold

INNHold

1	SAMMENDRAG.....	1
1.1	Optimale tjenester.....	1
1.2	Svar på spørsmålene	1
1.3	Hovedstikkord: <i>likebehandling</i>	2
1.4	Høringssvarets oppbygging	3
2	GENERELLE KOMMENTARER.....	5
2.1	Visjonsløst	5
2.2	Definer målene!	5
2.2.1	WHO's 10 prinsipper for perinatal omsorg	6
2.2.2	Faglig god og høy kvalitet.....	7
2.3	Brukerperspektivet.....	7
3	OPTIMALE TJENESTER.....	8
3.1	Svangerskapsomsorgen.....	9
3.1.1	Mer enn kjøttkontroll	9
3.1.2	Samarbeid og kontinuitet	10
3.1.3	Jordmor og lege.....	11
3.1.4	Abortveiledning	11
3.2	Fødselsomsorgen	12
3.2.1	Nærhet	12
3.2.2	Informasjon underveis.....	12
3.2.3	WHO-standarer og kapasitet	13
3.2.4	Smertelindring og fødestillinger.....	14
3.2.5	Mat, venterom og parkering	14
3.3	Barselomsorgen	14
3.3.1	Barselrom.....	14
3.3.2	Ammeveiledning og morsmelkserstatning (MME)-veiledning.....	14
	MME og pumpet melk	15
	Giftinformasjon.....	15
3.3.3	Liggedøgn	16
3.3.4	Utskrivning	16
3.3.5	Helsestasjon og hjemmebesøk	16
3.3.6	Hjelp i hjemmet.....	17
3.3.7	Barselgrupper	17
3.3.8	Fars permisjon.....	17
4	KORTE SVAR PÅ SPØRSMÅLENE	19
4.1	Er faktabeskrivelsene korrekte?.....	19
4.2	Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?	19
4.2.1	Hjemmefødsler.....	19
4.2.2	Konsekvens når lov og pålegg ikke følges	19
4.2.3	Sentral kvalitetssikring.....	20
4.2.4	Finansiering.....	20
4.3	Er det lagt vekt på de mest sentrale problemstillinger /utfordringer?	20
4.3.1	Psykisk helse	20

	Vår gallup.....	21
	Risikogrupper.....	21
4.3.2	Forebygge unødige og for sene keisersnitt.....	22
4.3.3	Bedre risikovurdering.....	22
4.3.4	Mer sikkerhet, kontroll og læring.....	22
4.3.5	Informasjon og medbestemmelse.....	22
4.3.6	Rutiner.....	23
4.3.7	Ledelse.....	23
4.3.8	Fødeavdelinger vs. fødestuer.....	23
4.4	Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene og hva er synspunktene på de forslag som er spilt inn?.....	24
4.5	Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?.....	24
5	KOMMENTARER TIL DE ENKELTE PUNKTENE.....	25
5.1	Innledning s. 2.....	25
	Departementet vet ikke hva brukerne vil.....	25
	En bred og inkluderende prosess?.....	26
5.2	Situasjons- og problemforståelse s. 3.....	26
	Kort om punktene vi er enig i.....	26
	Liggetid og amming.....	28
	Fødestuer og fødeavdelinger.....	29
	Rekruttering av leger.....	29
	Kapasiteten i Oslo m.m.....	29
	Kapasiteten i jordmortjenesten.....	30
	Brukernes forventninger vs. ressurser.....	31
5.3	Brukerperspektivet s. 4.....	32
	Trygghet – det viktigste og som rommer det mest.....	32
	Kontinuitet.....	32
	Kravstore brukere?.....	33
	Barsel og psyke.....	33
	Omstillinger og brukerne.....	34
	Mulige tiltak.....	34
5.4	Ikke-vestlige kvinner s. 6.....	36
5.5	Svangerskapsomsorg s. 6.....	36
5.5.1	Faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper s. 7.....	37
	Mulige tiltak.....	38
5.5.2	Kontinuitet s. 8.....	38
5.5.3	Kontinuitet på systemnivå: Samarbeid og rolledeling s. 8.....	39
5.5.4	Kapasitet i jordmortjenesten s. 11.....	41
	Hva er obligatorisk?.....	41
	Finansiering.....	42
	Kartlegging av 2003.....	42
	Mulige tiltak.....	43
5.6	Transport av fødende s. 12.....	43
	Lovfesting av følgetjeneste.....	43
	Fødsel i transport.....	44
	Følgetjenestens kompetanse.....	44
	Mulige tiltak.....	44
5.7	Fødselsomsorg s. 13.....	45

5.7.1	Struktur i fødselsomsorgen s. 13	45
5.7.2	Differensiert fødselsomsorg i større fødeavdelinger s. 17.....	47
	Kapittelet er for kort.....	47
	Informasjon, veiledning og god kommunikasjon med brukeren.....	47
	Mulige tiltak.....	47
5.7.3	Samhandling i fødselsomsorgen.....	48
5.7.4	Kapasitet i fødselsomsorgen s. 19.....	50
	Nasjonale standarder	50
	Kapasiteten <i>er</i> for lav	50
	Ansvar uten konsekvens.....	51
	Uoverensstemmelser mellom Rikshospitalet og Ullevål.....	52
	Mulige tiltak.....	52
5.8	Barselomsorg s. 19.....	53
5.9	Utdanning og kompetanse s. 21	54
5.10	Rekruttering av fagpersonell s. 22	55
	5.10.1 Rekruttering av fødselsleger s. 22.....	55
	5.10.2 Rekruttering av jordmødre s. 23.....	55
5.11	Kvalitet og monitorering s. 23	56
	Kommunikasjons- og samarbeidssvikt og uklare ansvarsforhold	56
	Kompetansesvikt.....	57
	Svikt i organisering av virksomheten.....	57
	Meldesystem for avvik.....	58
5.12	Lære av uheldige hendelser s. 25.....	58
VEDLEGG	59
	Helga Hodnemyr	59
	Fødeaksjonen, avd. Nordland.....	63
	Sluttnoter	75

1 Sammendrag

Problemnotatet omtaler flesteparten av utfordringene innen dagens helsetjenester for gravide, fødende og nybakte foreldre. Løsningene som skisseres er stort sett gode. Det er likevel **tre viktige aspekter som mangler og som må bli en del den nye strategien:**

- **visjon: flest mulig må få best mulig opplevelser i svangerskap, fødsel og barsel**
- **klart definerte og evaluerbare mål: etterleve WHO's anbefalinger**
- **brukerperspektiv som rød tråd gjennom hele strategien**

Problemnotatet tar utgangspunkt i dagens situasjon og er forholdsvis vagt på hva som kan gjøres bedre. Hvorfor ikke starte i andre enden: Hva vil være det optimale for brukerne og hvordan kan vi komme nærmest mulig dét?

Den nye strategien må **sikre liv og helse, fysisk og psykisk slik at ikke mor, barn og familien blir påført unødige lidelser og utgifter, og ikke samfunnet får store unødvendige utgifter i etterkant som lett kunne vært unngått** med små investeringer de mest kritiske månedene, for ikke å si timene!

1.1 Optimale tjenester



Optimale tjenester innebærer bl.a.

- kontinuitet
- opplevd og reell trygghet, herunder sikkerhetssystemer
- omsorg
- bli møtt med respekt
- sikre fysiske og psykisk helse
- informasjon, veiledning, foreberedelse og bevisstgjøring
- høy kvalitet
- god nok kapasitet i alle ledd
- praktisk tilrettelegging
- kortest mulig reisetid

1.2 Svar på spørsmålene

Departementet ber oss særskilt svare på seks spørsmål, vi svarer på fem av dem.

- Faktabeskrivelsene er stort sett korrekte, men vi savner tall. Noen vurderinger er vi uenig i, for eksempel er den totale kapasiteten på fødeavdelingene i Oslo-området for lav.
- Viktige forhold som knapt eller ikke nevnes er:
 - Hjemmefødsler.
 - Hvordan helseforetakene og kommunene skal settes i stand til å møte utfordringene innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og hvilke konsekvenser det bør få for de ansvarlige når de ikke etterlever pålegg fra tilsynene og departementet eller melder avvik.
 - Sentral kvalitetssikring av skriftlig informasjon.
 - Finansieringsmodellenes påvirkning av tjenestene.
- Utfordringer som bør vektlegges:
 - Det psykiske aspektet må vektlegges mye sterkere, både den generelle sammenhengen mellom tjenestene og brukerens psykiske og dermed fysiske helse, samt hvordan tjenestene kan forebygge og avhjelpe psykiske problemer.
 - Det står for lite om hvordan man kan forebygge unødvendige keisersnitt og hvordan man skal sikre keisersnitt i rett tid der det er nødvendig.
 - Riskikovurdering, sikkerhet, kontroll og gode rutiner må styrkes kraftig!
 - Informasjon og medbestemmelse er rettigheter som ofte ikke oppfylles.
 - Ledelse er helt sentralt. Tjenestene kan vanskelig bli av høy kvalitet uten god ledelse og jordmødre og leger blir ikke automatisk gode ledere.
 - Problemene rundt kvalitetssikring av fødestuer og fødeavdelinger med få fødsler og lite personell, og vurderinger av nedleggelser/nedgraderinger.
- Det mest sentrale i det videre arbeidet må være brukerperspektivet.
- Vi ønsker mer brukermedvirkning i den videre prosessen, i form av undersøkelser, legkvinnekonferanse og start av ny brukerorganisasjon. Vi mener også myndighetene må sette seg inn i relevant forskning, ikke bare på det somatiske, men også på innen psykisk helse, sikkerhet og kontrollsystemer.

1.3 Hovedstikkord: *likebehandling*

Tilbudet må tilpasses slik at man oppnår likebehandling av brukere uavhengig av geografi, det helsepersonell du møter, og tid på døgnet/året.

- Nasjonale retningslinjer som sikrer kvaliteten.
- Bedre risikovurdering.
- Sikkerhetssystemer som sikrer kvaliteten bl.a. gjennom læring av feil. Nasjonale standarder for prosedyrer og rutiner som reduserer risikoen for at individuelle

feilslutninger får fatale konsekvenser. Redusere »human factor« der hvor det er mulig.

- Oppfylle pasientrettighetslovens krav til informasjon og medbestemmelse.
- God ledelse, krav til lederutdanning/lederkompetanse hos den som skal ha faglig overansvar ved en avdeling. Klar struktur for hvem som er leder når faktisk leder ikke er fysisk til stede.
- Utdanning, veiledning, samt utsortering av uegnet personale.
- Nærhet til fødested.

- Bruke penger på en sikker fødsel – forebygge videre sosiale kostnader
 - Hvis det er livets viktigste hendelse; bruke ressurser deretter!
 - Helseforetak må ikke tape penger på normalfødsler – det skal lønne seg å holde folk friske underveis!
 - Noen må stilles til ansvar når økonomi koster liv!
- Like trygt å føde søndagsnatt i fellesferien som mandag morgen i oktober!!
 - Det må være en mulig overkapasitet, spesielt i «høysesonger»! Bakvakter.
 - Faglig kvalitet, sikring av kompetanse og erfaring hos vikarer.
 - Realistisk avstand til sykehuset.

1.4 Høringssvarets oppbygging

Vi har valgt å gi et fyldig høringssvar fordi vi brukere direkte eller indirekte blir berørt av alle momentene i Problemnotatet. Vårt svar har følgende oppbygging:

1 Sammendrag: Det vi synes er aller viktigst.

2 Generelle kommentarer om hva vi savner i Problemnotatet

3 Optimale tjenester: Hva vi ønsker/krever

4 Korte svar på spørsmålene fra Problemnotatets kap. 2

5 Kommentarer til de enkelte punktene: Problemnotatet vurderte «avsnitt for avsnitt», med hvordan vi oppfatter situasjonen og hvilke tiltak vi mener er riktige. Nummerering av overskriftene her tilsvarer de i Problemnotatet, bare med et femtall foran. Eks. 5.5.1 i høringssuttalelsen = 5.1 i Problemnotatet.

Vedlegg: to andre brukeruttalelser, levert på selvstendig grunnlag. Vi tar dem med i vårt innspill fordi vi referer til dem. Vedlegg 2: Sluttnotene med brukererfaringer.

Denne oppbyggingen gjør at det er enkelte momenter vi gjentar. Vi har valgt å favne bredest mulig da vi mener at det er viktig at vi får fram mest mulig på vegne av brukerne. Vi har prioritert dette hensynet framfor uttalelsens lengde, da det er få andre som har bredt brukerperspektiv.

Sitater fra Problemnotatet er markert med *blå tekst og kursiv*. Hvor de enkelte sitatene er hentet fra står (delvis) angitt i fotnotene. Der står det også henvisninger til andre kilder, samt brukerkommentarer og annen utfyllende tekst.

Vi spurte brukere på et Internettforum «Hvis du ser bort fra økonomiske og praktiske hindringer, hva ville da vært optimale helsetjenester i svangerskapet, under og etter fødselen?» Innspill vi fikk der og på andre måter har vi mange steder brukt for å illustrere poengene våre. Disse brukernes personlige erfaring står stort sett i sluttnotene, som markert med røde blokkbokstaver.

Vi henviser også til to spørreundersøkelser gjennomført i samarbeid med bladene Foreldre&Barn nr. 11 og GRAVID nr. 7, i salg fra 5. november. Resultatene kan ettersendes om ønskelig.

2 Generelle kommentarer

Takk for at vi har fått komme til orde både på møtet i departementet i april, seminaret i mai og høringsmøtet i oktober, og nå i denne høringen. Møtene har vært lærerike og vi har følt at vi har blitt lyttet til. Nå håper vi at dette, kombinert med brukerkommentarene i Problemnotatet og brukerperspektivet i Helse-Norge, fører til at våre synspunkter blir vektlagt i det videre arbeidet.

Det står mye bra i Problemnotatet, mye vi er enige i, noe vi er uenige i og en del vi savner. Spesielt er det tre overordna aspekter vi etterlyser: En visjon, klart definerte mål og brukerperspektiv.

2.1 Visjonsløst

Vi hadde håpet på et mer visjonært problemnotat. Rom ble ikke bygd på én dag og revolusjon innen helsevesenet er vel verken mulig eller lurt. Men vi trodde at meningen med arbeidet nå var å få vesentlig bedre tjenester ved å ta grep som på sikt vil endre tilbudet betydelig. I over 40 år har brukere og fagpersonell etterspurt det samme som vi gjør i dag, *nå* skal det endelig skje noe – håper vi. Men, Problemnotatet bærer dessverre mer preg av flikking på dagens tilbud enn en skikkelig overhaling.

Vi skulle ønske at både myndighetene og fagmiljøene klarte å nullstille seg, at de så bort fra alt som er nå, alle praktiske og økonomiske hindringer, og foretok følgende tankeeksperiment: «Hva vil optimale tjenester være for brukerne? Hvordan kan vi best sikre at alle som føder barn i Norge får den **omsorg** de trenger, blir møtt med **respekt** for sine valg og ønsker, og at de til enhver tid gjennom svangerskap, fødsel og barseltid føle seg **trygge** Hvordan sikre liv og helse.?» Når det optimale var definert, *da* var det på tide å se på begrensningene og vurdere hvor langt fra det optimale man er nødt til å gå. *Da* kunne man bestemme seg for hvor man skulle legge lista for hva man mener er tilfredsstillende tjenester.

Vi innleder derfor vår høringsuttalelse med hva vi mener bør være optimale og tilfredsstillende tjenester, før vi går over til å kommentere de enkelte punktene i Problemnotatet.

2.2 Definer målene!

Uten klare definisjoner av målene kan vi ikke finne ut hva som er bra og hva som kan gjøres bedre, og heller ikke evaluere resultatene. Hva menes for eksempel med «faglig god» og «høy

kvalitet»?¹ Et veldefinert mål er målbart/tallfestet, sier noe om en ønsket situasjon og er tidsfestet (det skal være nådd innen en viss tid).²

2.2.1 WHO's 10 prinsipper for perinatal omsorg

WHO's 10 prinsipper for perinatal omsorg er et godt utgangspunkt for en måldefinisjon:

1. Demedikalisering av normale fødsler

I dette ligger at den grunnleggende fødselsomsorgen skal gis med kun de helt nødvendige inngrep, og med minst mulig bruk av teknologi.

2. Hensiktsmessig bruk av teknologi

Bruk av avansert og komplisert teknologi bør ikke brukes der enklere prosedyrer vil fungere like bra eller bedre.

3. Kunnskapsbasert

Omsorgen bør være basert på beste tilgjengelig kunnskap, fortrinnsvis kunnskap fra randomiserte studier der det er hensiktsmessig.

4. Desentralisert

Omsorgen bør være desentralisert, og organisert etter prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå, med utgangspunkt i primærhelsetjenesten, med henvisningsmuligheter til spesialisttjenesten.

5. Tverrfaglig

Omsorgen bør være tverrfaglig, og involvere helsearbeidere som jordmødre, obstetrikere, neonatologer, sykepleiere, samt fødselspedagoger og samfunnsvitere.

6. Helhetlig

Omsorgen bør omfatte hele mennesket; de intellektuelle, følelsesmessige, sosiale og kulturelle behov kvinnene, barna og familien har, ikke bare deres fysiske behov.

7. Familiefokusert

Omsorgen bør rettes inn for å møte behovene ikke bare for kvinnen og barnet, men også for kvinnens partner og for deres familie/ venner.

8. Kulturtilpasset

Omsorgen bør vurderes og tilpasses ut fra hva som passer best i den kulturelle sammenhengen den gis.

9. Medbestemmelse

¹ Side 2, avsnitt 2: Arbeidet med en strategi for en helhetlig svangerskaps-, fødsels og barselomsorg startet opp våren 2007. Målet med planen er en faglig god svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, der man sikrer nærhet til fødetilbudet. Tjenestene skal være i tråd med moderne fagutvikling og ny forskning, ha høy kvalitet og samtidig sikre en god utnyttelse av ressursene.

² For mer om mål, se for eksempel kap. 5 «Mål og verdier» i Organisasjonsteori for offentlig sektor. Oslo: Universitetsforlaget. 2004.

Kvinner bør involveres i beslutningsprosessene.

10. Respekt

Omsorgen bør avspeile respekt for kvinners privatliv og hennes integritet og retten til konfidensiell behandling.

2.2.2 Faglig god og høy kvalitet

Vi ønsker oss nasjonale standarder som definerer hva som er høy og hva som er god nok kvalitet. For eksempel: Hvor mye skal jordmor være til stede under fødselen?

For at tjenestene skal være faglige gode må tre forutsetninger være på plass:

- de ansatte må få tid til faglig oppdatering, kollegaveiledning og lignende;
- tjenesteyter må være organisert slik at de ansatte evaluerer arbeidet og lærer av egne og andres feil;
- mennesker som permanent eller midlertidig ikke er skikket til arbeidet må fjernes fra stillingene.

Vi mener at målet for arbeidet nå bør være å organisere helsetjenestene til gravide, spedbarn og nybakte foreldre slik at flest mulig får best mulig omsorg, innenfor det som er økonomisk forsvarlig. Vi gjentar: Strategien må sikre liv og helse – fysisk og psykisk – slik at ikke mor, barn og familien blir påført *unødige* lidelser og utgifter, samt at ikke samfunnet får store unødvendige utgifter i etterkant som lett kunne vært unngått med små investeringer de mest kritiske månedene, for ikke å si timene!

2.3 Brukerperspektivet

Problemnotatet anerkjenner ved flere anledninger at det ikke alltid er samsvar mellom det brukerne ønsker og de prioriteringer helsevesenet gjør. Vi savner at man går videre med brukerperspektivet; er brukerne til for helsetjenestene eller helsetjenestene til for brukerne? Når departementet i Problemnotatet tar utgangspunkt i dagens organiseringer og deretter vurderer hvordan disse kan justeres, er det ikke brukernes behov som står i sentrum. I stedet er det systemet som belyses. Vi mener at utgangspunktet i hvert eneste «kapittel» i Problemnotatet og i senere strategi må være: Hva er brukernes behov og hvilke tjenester trenger de? Hvordan ser de ideelle tjenestene ut – og hva er minimum av hva man som bruker kan forvente?

3 Optimale tjenester^A

Det aller beste for den gravide er kontinuitet, dvs. at hun forholder seg til færrest mulig helsearbeidere og at de hun møter kommuniserer godt med hverandre.

Svangerskap, fødsel og barsel er ett sammenhengende forløp, men i dag behandles ikke de tre fasene slik. Kontinuitet i form av samme jordmor/gruppe jordmødre (evt. annet helsepersonell) som følger kvinnen hele veien er svært viktig! Dette er en forutsetning for å skape den fortrolighet som er nødvendig for å bli trygg på egen fødeevne, avdekke evt. problemer og foreta en korrekt selektering. Å kjenne jordmor og å stole på henne er en forutsetning for å på forhånd være trygg på fødselen, og det blir lettere for den enkelte jordmor å forstå og respektere kvinnens behov både før og under fødselen.^B Dette er spesielt viktig for eksempel overgrepsofre eller andre med et problematisk forhold til egen kropp og/eller andre mennesker.

Det optimale for de fleste gravide mener vi må være at en gruppe gravide følges opp av et team helsearbeidere, der de både møtes som gruppe og individuelt etter behov. Teamet kan for eksempel bestå av to-tre jordmødre, en-to leger (allmenn og gynekolog), en fysioterapeut og en helsesøster og/eller barnepleier. Brukerne møter de samme menneskene igjen under og etter fødselen

Vi mener at det er en sammenheng mellom brukers medbestemmelse og opplevelsen av trygghet. I spørreundersøkelsen spurte vi «Tok jordmor og annet helsepersonell nok hensyn til dine ønsker under fødselen?» og «Følte du deg trygg under fødselen?» Av de som svarte ja på det første spørsmålet, ønskene ble tatt hensyn til, følte 95 prosent seg trygge, av de som svarte nei følte 50 prosent seg trygge.

Med kontinuitet vil det også være lettere for den enkelte å være med å ta avgjørelser om egen kropp, fødsel osv. både i forkant og underveis. Kvinner i dag ønsker å ta informerte valg, men dette er ikke mulig om ikke den offentlige informasjonen blir bedre. Ryktene florerer og det offentlige må komme med sann informasjon om de ulike fødestedene, smertelindring, barseltilbud osv. I tillegg til slik informasjon på Internett og på trykk, må jordmor (evt. lege) oppnå fortrolighet med kvinnen og veilede henne i å ta valg som er riktige for henne. Helsepersonellet må vise respekt for kvinnens ønsker og valg, og systemene og de ansatte må være fleksible nok til å tilpasse seg ulike mennesker med ulike behov. Vi er kvinner, ikke gjenstander på et samleband...

Legkvinnekonferansen skilte mellom to typer trygghet; den medisinske tryggheten med et faglig sikkerhetsnett og tryggheten ved tilhørighet, nærhet og kommunikasjon – i forhold til egen kropp, det som skal skje, og i forhold til de profesjonelle og private hjelperne, . Medisinsk trygghet må sikres gjennom at kvinnen selekteres til riktig fødenivå. Det må gjøres pilotprosjekter og analyser som leder frem til nasjonale kriterier for risikovurdering ved slik seleksjon. Trygghet og tillit til egen kropp og fødeevne må sikres gjennom god fødselsforberedelse underveis i svangerskapet. Her mener vi jordmor spiller en viktig rolle som »fødselsekspert», og at kontroller og oppfølging hos jordmor i stor grad kan bidra til å

trygge kvinnen før fødsel. En trygg fødekvinne med tillit til egne ressurser vil ha et bedre utgangspunkt for fødselen, og sannsynligvis også være mindre krevende som pasient under selve fødselen. Hun vil også ha et bedre, og tryggere utgangspunkt for barseltiden. Det er vanskelig å bevise at forebyggende informasjon og veiledning gir reduksjon i risiko og komplikasjoner. Tilbakemeldingene fra brukere er derimot entydig; god og tett oppfølging av jordmor har gitt positive fødselsopplevelser som har gitt gode og trygge nybakte foreldre, med mindre behov for oppfølging etter fødsel. Manglende informasjon og trygging skaper negative opplevelser, usikkerhet om egen og barnets helse og gir for mange en dårlig start på amming, spedbarnstid og familieliv.

3.1 Svangerskapsomsorgen

Den ideelle svangerskapsomsorg bør, i tillegg til å kontrollere mors og barns somatiske helse, gjennom kontroller, kurs og skriftlig informasjon på trykk og Internett:

- informere
- bevisstgjøre
- veilede
- forberede

kvinnen og hennes partner/nærmeste pårørende om de fysiske, psykiske og sosiale konsekvensene av det å gå gravid, føde og ha ansvaret for et nyfødt barn. De må få vite hvilke tjenester det offentlige tilbyr lokalt hos dem, det være seg de ulike fødestedenes tilbud, kurs for parforholdet, barselgrupper etc. De må få hjelp til å fatte de valg som er riktige for dem, enten det gjelder smertelindring eller fordeling av foreldrepermisjon. De bør få hjelp til å avklare forventninger til hverandre, tips om hvordan begge kan knytte seg til barnet og partner må få nok kunnskap til at han/hun kan være en støtte gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden. Saklig og nøktern presentasjon som forebereder uten å skape unødig frykt er viktig. For eksempel bør kvinnen lære å kjenne igjen symptomer på farlige sykdommer, uten at hun blir «hypokonder». Slik informasjon florerer på Internett og det er bedre hun får den kvalitetssikret av helsepersonell enn at hun stoler på rykter blant lekfolk.

3.1.1 Mer enn kjøttkontroll

Svangerskapsomsorgen må være mer enn «kjøttkontroll». En optimal svangerskapsomsorg gir kvinnen og hennes eventuelle partner informasjon og veiledning om svangerskapet, fødselen og barseltida, slik at de er godt forberedt og er i stand til å ta informerte valg om seg selv og sitt barn.

I vår gallup svarte kun 42 prosent at legen/jordmora hadde forberedt dem godt nok på fødselen. Kun 31 prosent mente at legen/jordmora hadde forberedt dem godt nok på barseltida. Her er det verdt å merke seg at for de som gikk til kontroll hos jordmor følte flere seg bedre forberedt enn de som kun gikk til lege. Undersøkelsen viser også at 61 prosent ikke

hadde fått tilbud om fødselsforberedende kurs gjennom helsestasjon, lege eller sykehus. Halvparten av disse kunne tenke seg et slikt kurs.

	Føler du at lege/jordmor har forberedt deg godt nok på fødselen?		
Hvor går du til kontroll?	Ja	Nei	Vet ikke
Både lege og jordmor	43 %	28 %	30 %
Jordmor	54 %	23 %	24 %
Lege	33 %	32 %	34 %
Totalt	42 %	28 %	30 %

	Føler du at lege/jordmor har forberedt deg godt nok på barseltiden?		
Hvor går du til kontroll?	Ja	Nei	Vet ikke
Både lege og jordmor	30 %	42 %	28 %
Jordmor	39 %	34 %	27 %
Lege	25 %	41 %	34 %
Totalt	31 %	40 %	29 %

Vi mener at disse tallene er alarmerende. Svangerskapsomsorgen bør i tillegg til å gi nødvendige kontroller av den gravide og fosteret også drive forebyggende arbeid. Den skal gjøre mor og hennes nærmeste i stand til å takle situasjonen som gravid, som fødende og som nybakt mor. Dette vil forebygge fysiske skader og psykiske problemer. Hvordan skal foreldrene takle denne livsomveltende perioden hvis ingen forbereder og veileder dem? Forebygging er som kjent billigere enn reparering og det vil lønne seg både samfunnsøkonomisk og personlig å utruste foreldrene til å takle sine nye liv.

Alle gravide, uavhengig av hvor/hvem de går til kontroll hos, må få tilbud og et kvalitetssikret og gratis tverrfaglig kurs som går over flere dager og som også innebærer besøk på aktuell fødeavdeling. Se også andre og tredje avsnitt i 5.5.

3.1.2 Samarbeid og kontinuitet

For at gravide skal bli trygge i svangerskapet er to faktorer viktige: Kontinuitet og tid. At kvinnen kjenner jordmor og jordmor kjenner henne er en forutsetning for å kunne bygge opp den fortrolighet som kreves for å oppdage problemer tidlig. Når jordmora kjenner kvinnen vil hun lettere forstå og respektere hennes valg og ønsker, og kvinnen vil stole på at jordmoras beslutninger er til hennes og barnets beste. Det vil også øke sjansen for korrekt selektering, og gi den gravide medbestemmelse i denne prosessen.

Jordmor er ekspert på gravid kropp, foster, fødsel og barsel, og hun kjenner til de ulike tilbudene. Derfor er hun den beste til å gi gravide informasjon og veiledning, slik at brukerne kan ta informerte valg.

Det ideelle vil være personlig kontinuitet, ved at en gruppe gravide følges opp av et team (se over) og at kvinnene møter de samme menneskene igjen under og etter fødselen. Nest best er løsningen de har på ABC, Ullevål hvor det er forholdsvis lavt fødselstall og få ansatte slik

at kvinnen i fødsel treffer en jordmor hun i hvert fall har sett før og at jordmor helt sikkert har lest journalen hennes.

I byer der det finnes fødeavdelinger bør enten kommunen kjøpe svangerskapstjenester av sykehuset eller helsestasjonene og sykehuset må samarbeide tett. For eksempel kan alle kommunejordmødre som har helse til det ha deler av stillingen sin ved sykehuset. Da vil de kunne følge sine gravide når disse kommer i fødsel.

På mindre steder der avstand til fødested gjør det vanskelig for kommunejordmor å arbeide på sykehuset bør hun likevel få mulighet til å bli med den fødende inn. Hvis hun har vært med som følgetjeneste og kvinnen trenger henne for å føle seg trygg bør hun ha anledning til å bli med på fødselen som en slags doula. Hvis hun hospiterer et visst antall dager i året slik at hun kjenner fødeavdelingen bør hun også kunne virke som vanlig fødselsjordmor.

3.1.3 Jordmor og lege

Kvinnen må ha rett til å velge fritt mellom kontroller hos jordmor eller lege. Kapasiteten må være god nok hos begge profesjoner til at det blir et reelt valg. I byene må det være mange nok stillinger til at behovet blir oppfylt og på landsbygda må oppgavene være mange nok og dermed stillingene store nok til at kvinnen kan komme til jordmor når hun trenger det, ikke bare én bestemt kontordag i uka.

Se en problematisering av dette under 5.2 i Kapasiteten i jordmortjenesten og 5.5.4 Kapasitet i jordmortjenesten s. 11

3.1.4 Abortveiledning

Abortveiledning og samtale må være et offentlig tilbud. Det har den siste tiden vært fokus på hvorvidt abort gir psykiske senvirkninger og rusproblemer hos kvinnen. Dette må undersøkes av helsemyndighetene for å se hvordan man kan forebygge slike senvirkninger. Vi ønsker ikke en svekkelse av dagens abortlov – men ber om at helsevesenet tar en mer aktiv rolle i veiledning av den gravide når abort vurderes. Amatheia gjør en viktig jobb på dette området som privat organisasjon, men dette er også en tjeneste som skal ivaretas av det offentlige. Slik det fungerer i dag har det offentlige et tilbud når avgjørelsen om svangerskapsavbrudd eller gjennomføring av svangerskapet er tatt, men gir lite hjelp, råd og støtte i prosessen frem mot en avgjørelse. Kvinnen har rett til dette, jfr. lovens³ og forskriftens § 2⁴. Vi etterlyser mer problematisering i forskriften, for eksempel psykiske og sosiale konsekvenser av det å få barn og det å avbryte et svangerskap, ikke bare de somatisk-medisinske virkningene. Legen bør også forsikre seg om at et svangerskapsavbrudd er kvinnens frie og egne valg, at det ikke er noen andre, det være seg barnefar, egne foreldre, venner e.a. som presser henne til det.

³ Lov om svangerskapsavbrudd, <http://www.lovdatab.no/all/hl-19750613-050.html>

⁴ Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften), <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20010615-0635-001.html#2>

3.2 Fødselsomsorgen ^C

«En fødsel er en av de største begivenhetene i et menneskes liv, og de opplevelsene den gravide/fødende og hennes nærmeste har i svangerskapet og i tiden rundt fødselen vil kunne ha stor betydning for familiens trivsel og mestringsevne.»⁵

Dette er meget sentralt. Vi vil derfor oppfordre til at ressursbruken speiler denne virkeligheten. Småbarnsforeldre for millioner i støtte i form av permisjoner, barnehager etc. fordi staten vil stimulere til flere barn. Hvorfor skal man da spare inn på de mest kritiske timene?

Kvinnen og hennes pårørende er i en situasjon hvor de er helt avhengig av de helse-tjenestene de får og hvor de i liten grad har valgmuligheter. Kvinnen har i varierende grad mulighet til å påvirke beslutningene som tas og mister mer eller mindre kontrollen og eierskapet til egen kropp. Det finnes neppe noen situasjon i livet der en hun er mer sårbar enn i fødselen. Da er opplevelsen av omsorg, respekt og trygghet helt essensielt.

3.2.1 Nærhet

Fødestedene må ligge med tett nok avstand til at fødende slipper å reise i timesvis for å komme dit. Terskelen for å sende kvinner hjem i forkant av fødselen hvis den stopper opp og i etterkant av fødselen, bør ha nær sammenheng med avstand til hjemmet og kvinnens mulighet til å komme tilbake til sykehuset.^D Men for mange, uansett bosted, vil terskelen for å kontakte sykehuspersonalet være mye høyere hjemme, enn på sykehuset. Dette kan i verste fall føre til uheldige hendelser fordi faresignaler ikke blir formidlet eller ikke plukket opp.

Det optimale ville være om jordmor kunne reise hjem til den gravide for å sjekke hvor langt hun er kommet i fødsel. Da slipper kvinnen flere bomturer til sykehuset og fødselen vil sannsynligvis bli bedre fordi den ikke stoppes opp flere ganger av transport mv.

3.2.2 Informasjon underveis

De tilbakemeldinger vi som brukeraksjon får angående selve fødselsopplevelsen og fødselssituasjonen har et viktig fellestrekk; manglende informasjon.^E Svært mange kvinner opplever at de ikke blir møtt og ikke får den informasjon de har behov for underveis, til tross for at dette er noe de klart har rett på ifølge gjeldende lovverk.

§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning (Pasientrettighetsloven)

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.⁶

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon (Pasientrettighetsloven)

⁵ Side 4, siste avsnitt.

⁶ LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

§ 10. Informasjon til pasienter m.v. (Helsepersonelloven)

Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4.⁷

Som fødekvinne trer man inn på en fremmed arena. Man får bli på avdelingen eller må reise «på andres nåde», og man går inn i en pasientrolle. Da blir det for mange vanskelig å formidle sine behov og stille krav. På en hektisk avdeling er det ikke alltid man da får den informasjon man har behov for, fordi helsepersonellet ikke tilbyr informasjonen, eller fordi man som bruker ikke tør å spørre. Vi hører også eksempler hvor brukere aktivt har bedt om informasjon, men avvises av personalet som ikke har tid eller forståelse for hvorfor bruker ønsker informasjon. Når mange i tillegg ikke får tilbud om fødselsforeberedende kurs, eller oppfølging av jordmor underveis i svangerskapet blir informasjonshungeren stor i møte med det ukjente.

Som helsepersonell kan man ikke gå ut fra at bruker sitter inne med all nødvendig informasjon, man må forsikre seg om dette ved å aktivt spørre. Pasienten har en lovfestet rett til å medvirke i gjennomføringen av helsehjelpen. Dette er kun mulig dersom pasienten får nødvendig informasjon underveis. De positive historiene vi mottar har dette til fellestrekk: en jordmor som tok seg tid til å informere og støtte underveis, som var tilstede når fødekvinnen hadde behov for det, og som gjennom informasjon og veiledning kunne trygge kvinnen og pårørende, før, underveis og etter fødselen.

3.2.3 WHO-standarer⁸ og kapasitet

Vi mener at norske fødselsomsorg bør følge WHO-standaren, der det vektlegges at en kvinne i fødsel aldri skal forlates alene.⁹ Ved de store avdelingene er høy arbeidsbelastning ofte et så stort problem at dette brytes ofte.^F Arbeidsbelastningen må være lav nok til at fødekvinner får den hjelp og støtte de trenger.

I spørreundersøkelsen kom det fram at av de som mener jordmor var nok til stede hos dem under fødselen følte 90 prosent seg trygge, av de andre følte bare 50-60 prosent seg trygge.

Se også punktene 2.2.1 og 5.7.4.

⁷ LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

⁸ LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

⁹ <http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/pcpnc.pdf> Hele del D, spesielt D9.

3.2.4 Smertelindring og fødestillinger

Kvinnen må få god informasjon og veiledning før og underveis i fødselen om tilgjengelige smertelindringsformer og fødestillinger, og hvilke som passer for henne. Alle fødesteder burde tilby badekar som smertelindring.^G Dette er i tråd med differensiert fødselshjelp.

3.2.5 Mat, venterom og parkering

Det burde være en selvfølge: Kvinner i lang fødsel trenger mat, og det gjør også hennes ledsager. Dette bør tilbys og være lett tilgjengelig under fødselen og etterpå. Det er også nødvendig at fødeavdelingene har egnede venterom slik at kvinner som ikke trenger fødestue ennå slipper å reise hjem eller sitte på gangen, i kaféen og andre steder med mange mennesker.

Det bør være gratis parkeringsplasser like ved inngangen til føden slik at ledsager ikke må forlate kvinnen for å putte på penger på parkometer eller flytte bilen langt bort.

3.3 Barselomsorgen^H

3.3.1 Barselrom

Både gjennom vår gallup og tilbakemeldinger ellers ser vi at flertallet ønsker at far skal være til stede på sykehuset etter fødselen. På spørsmålet «Skulle du ønske at far kunne vært sammen med dere hele tiden?» svarte over 70 prosent ja. Mange kvinner føler seg ensomme og hjelpeløse når mannen må reise hjem kort tid etter fødselen. Fedre spiller i dag en mye viktigere rolle ifht mor og barn enn de gjorde i tidligere generasjoner, og derfor er det viktig at det bygges flere familierom på barsel.^I

At far får være til stede bør ikke gå på bekostning av helsepersonells tilstedeværelse. De trengs til ting som ikke far kan hjelpe til med, for eksempel ammeveiledning, medisinske undersøkelser av mor og barn og generell veiledning. Dessverre ser vi at barselhotell i mange tilfeller blir et sparetiltak for foretaket, hvor helsepersonell er lite tilgjengelig og det stilles krav om at de nybakte foreldrene skal klare seg selv.^J

I en artikkel i Sykepleien ble det foreslått at sykehus burde ha som mål å bli familievennlige, ikke bare mor-barn vennlige.¹⁰ I samme omgang mener vi flere av WHO's retningslinjer bør inkluderes som kriterier for en mor-barn vennlig avdeling, slik at sykehusene i tillegg til å legge til rette for amming også må legge til rette for gode fødsels- og barselopplevelser for å kunne sertifiseres.

3.3.2 Ammeveiledning og morsmelkserstatning (MME)-veiledning

Kvinner bør få kvalitetssikret ammeveiledning før og etter fødselen.^K De ansatte på sykehuset og helsestasjonen må « snakke med én tunge » slik at ikke mor blir forvirret av et mangfold av

¹⁰ <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=179>

(motstridende) råd. Sertifiseringen og kontrollen av mor-barn-vennlige sykehus må være til å stole på. Sjekker kontrollørene hva som faktisk skjer eller kun hva som skal være rutinene? Vi kan ikke forstå hvordan f.eks. avdelinger der det er svært travelt og/eller liggetida er kort uten oppfølging hjemme, kan kalles mor-barn-vennlig. Da legges det jo *ikke* til rette for amming! Pasienthotellene der man ikke kan få avlastning om natta og der man må gå til restauranten for å få mat er kanskje de verste synderne. Se utdrag fra lista over hva man kan forvente:¹¹

Personalet sjekker fra begynnelsen at det går greit med ammingen. **Du får veiledning ved behov, så ofte du trenger det.** Ved problemer får du hjelp til (selv) å løse dem.

På barsel er det normalt og ønskelig at barnet er hos deg hele døgnet. Du kan be om hjelp og avlastning dersom du er svært sliten. **Personalet gir deg omsorg, slik at du får krefter til barnet.**

Barselomsorg er svært viktig, men mange får ikke det de trenger.^L

MME og pumpet melk

Ikke alle lykkes med å amme. Det er et nasjonalt mål at spedbarn skal fullammes de første månedene, og for dem som kommer til kort i forhold til dette er det lite og mangelfull informasjon å få. Når man mislykkes med amming må det finnes tilgjengelig kunnskap til å gi råd og veiledning i forhold til god spedbarnsernæring uten morsmelk og ved pumping og oppbevaring av pumpet melk. Per i dag finnes det svært lite informasjon om bruk av flasker og MME, og det oppleves en motstand bland fagfolk til å gi slik informasjon. Når amming blir umulig blir det desto viktigere med god informasjon om hva som er riktig spedbarnsernæring. Dersom slik informasjon ikke kvalitetssikres og gis av kompetente fagfolk må foreldre basere seg på tilgjengelig informasjon på Internett eller gjennom andre kilder. Det er et langt skritt fra informasjon om spedbarnsernæring basert på MME, til reklame for enkeltprodukter, og det bør være mulig å få til kvalitetssikret informasjon.¹²

Giftinformasjon

Et utvalg som på eget initiativ er opprettet av og blant engasjerte fagmiljøer og institusjoner anbefaler en nasjonal teratologi-informasjonstjeneste med kvalitetssikret informasjon om medikamentbruk og ernæring for ammende mødre. Vi støtter opprettelsen av en slik tjeneste. Tjenesten får en viktig funksjon i å fremme amming. Den vil kunne trygge foreldre i fht om amming kan fortsettes på tross av medisinsk behandling m.m. Også flaskeforeldre bør få nytte av en slik telefontjeneste. Der hvor foreldre av ulike årsaker bruker flaskemating som spedbarnsernæring er det et stort informasjonsbehov, spesielt i forhold til riktig sammensetning av et spedbarnskosthold og oppbevaring av melk¹³, og produsentnøytral informasjon om innhold og bestanddeler i morsmelkerstatning. Også her er det nærliggende å tro at vitenskapelig, og faglig begrunnet, kvalitetssikret informasjon finnes, og kan gjøres lettere

¹¹ <http://www.ammehjelpen.no/asp/default.asp?ID=92>

¹² Se <http://flaskeposten.org/> for mer informasjon om problemet.

¹³ Se http://www.efsa.europa.eu/EFSA/efsa_locale-1178620753812_1178620781033.htm

tilgjengelig. Ikke for å rekruttere flaskebrukere, men for å sikre at også flaskebarn og deres foreldre nås med produktnøytral og faglig begrunnet informasjon.

3.3.3 Liggedøgn

Hvor mange døgn mor, barn og evt. far får på barsel skal ikke være økonomisk motivert, men faglig. Det er barnets og kvinnens tilstand – fysisk og psykisk, samt andre forhold som bolig, søsken og nettverk, som skal avgjøre når de skal reise hjem.^M

3.3.4 Utskrivning

Det er vanlig praksis ved fødeenhetene at man har en utskrivningssamtale før hjemreise. Hva som inngår i denne samtalen og hvordan den gjennomføres varierer betydelig. Ved enkelte fødeenheter får man samtale med jordmor som var tilstede under selve fødselen, med gynekologisk undersøkelse ved behov, gjennomgang av partogram og fødselsforløp. Ved andre enheter er det grupper på flere par som får generell informasjon av en «tilfeldig» jordmor.^N Det er vanskelig å se hvordan det siste alternativet kan ivareta den enkeltes behov for (og rett til) tilpasset informasjon uten å bryte med taushetsplikten. Etter vår mening bør en slik utskrivningssamtale være en universell rettighet, gis til det enkelte par, og så langt som mulig gis av jordmor som tok i mot barnet.¹⁴ Der hvor jordmor ikke har mulighet pga. vaktavvikling m.m. bør det finnes en ordning for poliklinisk kontakt eller hjemmebesøk. Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste om jordmortjenesten vil muliggjøre dette.^O

3.3.5 Helsestasjon og hjemmebesøk

Som hovedregel får bruker tilbud om hjemmebesøk innen kort tid etter fødselen. Vi vet fra direkte tilbakemeldinger fra brukere og fra vår gallup¹⁵ at dette tilbudet er sterkt varierende. I enkelte storbyer, men også enkelte steder i distriktet, kan det ta svært lang tid før hjemmebesøket finner sted – om i det hele tatt. Kvaliteten på det hjemmebesøket som gis kan også variere sterkt. Der hvor det ikke finnes ammepoliklinikker eller andre etablerte tilbud kan halvannen ukes ventetid på hjemmebesøket være fatalt ifht etablering av amming, og for psykisk helse. For enkelte blir hjemmebesøket preget av rutineinformasjon om helsestasjon, brosjyremateriell og lite individuell veiledning ifht amming og spedbarnsomsorg.

Hjemmebesøk bør være en lovpålagt rettighet som skal ytes innen et visst antall døgn etter hjemreise. Systemet for å melde fødsel til helsestasjon må bedres, slik at det ikke går unødig lang tid før helsestasjonen får bekreftet at en fødsel har funnet sted, og kan starte sin oppfølging. Mor og den nye familien må ivaretas tidlig, slik at man kan fange opp tidlige

¹⁴ Utskrivningssamtalen må tilpasses kvinnen og ikke bare følge et skjema. For eksempel trenger ikke lesbiske par prevensjonsveiledning og da blir det rett og slett tåpelig at jordmor insisterer på å gi dem det fordi «det står på lista» hennes.

¹⁵ 15,5 prosent hadde ikke fått tilbud om hjemmebesøk.

komplikasjoner og trygge familien i sin nye rolle. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om jordmortjeneste vil kunne gi kontinuitet og trygghet i denne sammenhengen. Hjemmebesøk bør kunne foretas flere ganger, der det er et uttrykt behov for dette. Igjen er informasjon en avgjørende faktor, som kan bidra positivt til å forebygge komplikasjoner og unødige startproblemer for den nye familien.

Et alternativ som kan fungere noen steder er at helsesøster og/eller jordmor kommer på besøk mens kvinnen og barnet fortsatt ligger på barselavdeling. Det kan være med på å minske overgangen mellom sykehus og helsestasjon. Da kan hun/dem enkelt få greie på hvordan ammestarten er, hvordan fødselen var osv, for så å kunne gi best mulig omsorg etterpå.

Det er svært viktig i forhold til ressursfordeling at helsestasjonen blir klar over den enkelte families situasjon og behov.

3.3.6 Hjelp i hjemmet

Vi mener det er behov for en ny organisasjon for gravide, fødende og nybakte foreldre. Vi ønsker å bygge opp et nettverk av ansatte og frivillige, fagpersoner og lekfolk, som kan være tilgjengelige for gravide og barselkvinner på telefon og ved hjemmebesøk. Det er mange ting man ikke tør eller har tid til å spørre helsepersonell om, og mytene om hva som er best for ulike problemer er mange. Nybakte foreldre i Norge i dag, enten de har familie i nærheten eller ikke, står ofte uten det nettverket man trenger som sårbar kvinne i en livsomveltende situasjon. Når svangerskapskontrollene samtidig er færre og mangelfulle, og barseldøgnene på sykehus skjæres ned, er det behov for noen som kan gi profesjonell veiledning og praktisk omsorg. I Belgia finnes en slik organisasjon, som vi gjerne vil lære av.

Med praktisk omsorg mener vi rett og slett en husmorvikar som kan hjelpe til med husarbeid, eldre søsken osv. Hun, jordmor eller en barnepleier bør også hjelpe og veilede foreldrene i spedbarnsstell og amming om de trenger det. I tillegg bør jordmor komme på hjemmebesøk for å sjekke sting etc. når det er nødvendig.

3.3.7 Barselgrupper

Barselgrupper er et billig og forebyggende tiltak. Der hvor det er flere som føder på samme tid bør helsestasjonen ta initiativ til slike grupper. Dette må skje så snart som mulig etter fødselen, eller kanskje aller helst før. For mange kan det være godt å ha noen likesinnede som er i samme situasjon å snakke med i svangerskapet og det vil hjelpe i barselukene at kontakten allerede er etablert.

3.3.8 Fars permisjon

Fedre, også selvstendige næringsdrivende, bør få lovfestet rett til lønnet permisjon de to første ukene etter fødselen. Etter dette hadde det vært flott med to uker ekstra som kunne fordeles over de 3 første månedene. Disse rettighetene må kunne overføres til annen omsorgsperson

som medmor eller mormor der far ikke er deltakende. Å få hjelp hjemme og anledning til å bli kjent med og trygg på sin nye rolle som forelder kan forebygge psykiske problemer.

4 Korte svar på spørsmålene

4.1 Er faktabeskrivelsene korrekte?

Faktabeskrivelsene kan med fordel styrkes ved at man tar inn tall og kvalitetsindikatorer. Hvor mange skader er meldt inn til NPE, hvor ofte skjer det at skader ikke rapporteres inn? Hvor mange dødsfall eller alvorlige skader har det vært de siste årene, har det vært endring over tid og hvorfor?

Se ellers kommentarene under i kapittel 5.

4.2 Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?

4.2.1 Hjemmefødsler

Det sies lite om hjemmefødsler og hvordan dette tilbudet organiseres. For enkelte kvinner oppleves hjemmefødsel som det tryggeste alternativet, fordi reisevei til nærmeste fødested er lang, fordi transportløsningen oppleves som usikker, fordi de frykter stress og «ensom fødsel» på en stor fødeavdeling eller av andre årsaker. Per i dag medfører hjemmefødsel store egenandeler, som gjør at personlig økonomi blir avgjørende for om hjemmefødsel er et aktuelt valg. Man er i tillegg avhenging av at det finnes jordmødre som er villige til å jobbe for lave refusjonstakster og svært lave vakttakster for å være i beredskap. Aktuelle tiltak for å sikre god faglig kvalitet ved hjemmefødsler og samtidig gi økonomisk likebehandling kan være:

- Jordmorstillinger ved nærmeste fødeavdeling som også ivaretar hjemmefødsler. Da sikrer man kollegaveiledning og vedlikehold av faget for jordmor, også i perioder med liten pågang av hjemmefødsler. Man kan også sikre et nettverk av jordmødre som foretar hjemmefødsler, og slik redusere vaktbelastningen for den enkelte jordmor.
- Økte tilskudd til hjemmefødsler med økte vakttakster og refusjonstakster for jordmor, og økte tilskudd til den gravide. Kvinner som velger hjemmefødsel sparer samfunnet for kostnadene ved sykehusinnleggelse og bør ikke belastes økonomisk for dette.

4.2.2 Konsekvens når lov og pålegg ikke følges

Vi savner en problematisering av hvilke konsekvenser det får for kommune eller helseforetak når viktige oppgaver ikke håndteres eller når meldeplikt brytes. Når kommunen ikke kan stille jordmortjeneste til rådighet, hvilke konsekvenser bør det få for kommunen? Når helseforetak unnlater å informere pasienter om feilbehandling eller unnlater å melde alvorlige hendelser til helsetilsynet må det få konsekvenser. Når regionale helseforetak (RHF) ikke sørger for god nok kapasitet på tjenestene og korrekt informasjon til brukerne og primærhelsetjenesten, må det sanksjoneres. Når pålegg fra tilsyn eller departement ikke følges må det få konsekvens for de ansvarlige.

Departementet må problematisere og gi verktøy til hvordan helseforetakene og kommunene skal settes i stand til å møte utfordringene innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

4.2.3 Sentral kvalitetssikring

Mange brukere gir tilbakemelding om svært sprikende og til dels faglig uriktige/utdaterte råd fra helsetjenestene. Noe skyldes nok profesjonenes ulike tilnærming, annet er personavhengig. Hvordan kan informasjonen som gis kvalitetssikres? Dette bør strategien problematisere og svare på.

Den muntlige informasjonen er det svært utfordrende å kontrollere og sikre, men den skriftlige informasjon bør kvalitetssikres sentralt. Mange sykehus og helsestasjoner deler ut egenproduserte skriv der innholdet er mer eller mindre tilfeldig og av svært varierende kvalitet. Vi mener derfor at direktoratet bør utgi flere faktahefter og brosjyrer om sentrale tema som for eksempel trening i svangerskapet og i barsel, mulige faretegn på sykdom hos mor eller problemer med fosteret, hygiene i rensesestiden, spedbarns søvn. Moderne kvinner er informasjonshungrige og det er bedre at de får denne type informasjon fra direktoratet enn fra tilfeldige nettsteder m.m. Det optimale hadde vært individuell veiledning om temaene på helsestasjon eller lignende sted, men realiteten er at dette ikke fungerer over alt.¹⁶

4.2.4 Finansiering

Vi savner problematisering rundt finansieringen av helsetjenestene. Slik det er lagt opp i dag er det som er optimalt for mange brukere – fødsel uten inngripen – ikke det som lønner seg for helseforetakene, Vi har også fått tilbakemeldinger om at helsesøstre og kommunejordmødre finansieres ulikt og at dette kan være til hinder for jordmorens arbeid.

4.3 Er det lagt vekt på de mest sentrale problemstillinger /utfordringer?

4.3.1 Psykisk helse

Notatet dekker i liten grad psykisk helse. Vi savner problematisering av hvordan psykisk helse kan påvirke et svangerskap og fødselsforløp, og hvordan negative fødselsopplevelser kan skape psykiske utfordringer og problemer som påvirker barseltid, forhold til spedbarn og omgivelser, og eventuelle senere svangerskap og fødsler.

God svangerskapsomsorg kan forebygge unødige komplikasjoner forårsaket av eksisterende psykisk sykdom. God fødsels- og barselomsorg kan forebygge fødselsdepresjoner og senere fødselsangst.

¹⁶ Foreldre får utdelt oppskrifter på hvordan man kan få 4 måneder gamle babyer til å sove ved hjelp av skrikekur (Ferber). Dette er en svært omstridt metode og det er skremmende at helsestasjonen promoterer dette uten å fortelle om alternativene som finnes.

Det psykiske aspektet er viktig for alle fordi det henger så sterkt sammen med trygghetsfølelse som igjen påvirker det fysiske. For eksempel kan stress føre til at fødsler stopper opp og det kan hindre utdrivningsrefleksene i å fungere slik at ammingen blir vanskelig.

Det psykiske aspektet er spesielt viktig for de som allerede har psykiske problemer eller har slik latent pga. tidligere traumer eller lignende. Strategien må ta hensyn til psykisk helse, både hvordan tiltakene påvirker den generelle psykiske helsen og hvilke tiltak som kan settes inn for å forebygge og avhjelpe psykiske problemer.

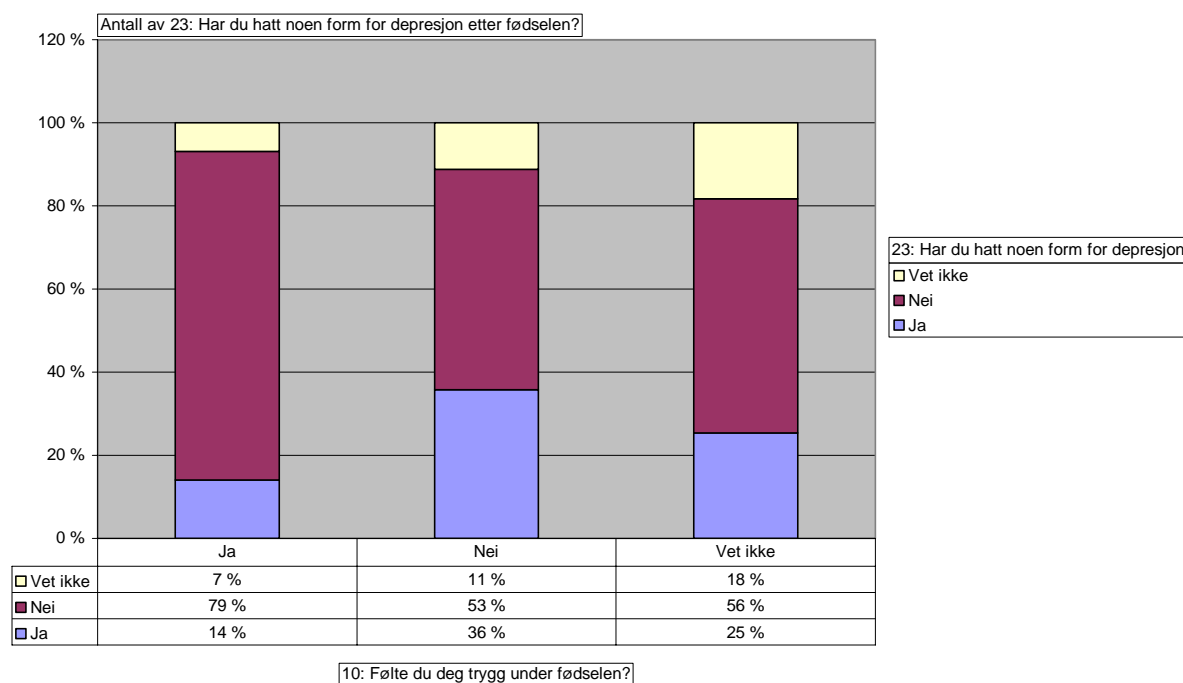
Psykisk sykdom kan være like farlig for liv og helse til mor og barn som fysisk sykdom.

Vår gallup

Vi nevner her kort noen funn fra vår gallup der brukerne svarte på hvorvidt de hadde hatt noen form for depresjon etter fødselen:

Av de som svarte ja på spørsmålet «Fikk dere god nok oppfølging av helsepersonalet på sykehuset?» var det 13 prosent som fikk depresjon. Av de som svarte nei fikk 25 prosent depresjon.

Mangel på trygghetsfølelse i fødsel øker sjansen for depresjon, i hvert fall er det en statistisk sammenheng: Av de som følte seg trygge under fødselen fikk 14 prosent depresjon. Av de som følte seg utrygge fikk 36 prosent depresjon. Se vedlagt graf, som også viser vet ikke-gruppene.



Risikogrupper

Vi savner en utgreiing om hvilke utfordringer ulike risikogrupper skaper for helsepersonell og hvordan disse skal håndteres. Eksempel på grupper som trenger ekstra oppfølging: incestofre,

kvinner som lever med voldelige (fysisk eller psykisk) relasjoner, kvinner utsatt for andre former for overgrep, kvinner med traumer, kvinner med rusmisbruk, psykisk syke kvinner, kvinner med fødselsangst etc. Disse kvinnene vil ha ekstra godt utbytte av kontinuitet gjennom tverrfaglige team.

4.3.2 Forebygge unødige og for sene keisersnitt

Det er et uttalt mål at man skal ha få keisersnitt. Hvis man virkelig ønsker å nå dette målet må det undersøkes i hvilke situasjoner en fødsel skjer ved keisersnitt, og hva – om noe, man kunne ha gjort for å unngå det. Dette være seg i svangerskapet eller i fødselen.

Faren for at målet om få keisersnitt står i veien for å utføre keisersnitt der dette er den riktige avgjørelsen, må problematiseres. Hvorfor ble ikke keisersnittet foretatt (i rett tid)?

4.3.3 Bedre risikovurdering

Vi mener vi trenger større fokus på risikovurdering slik Problemnotatet foreslår. Det må finnes et bedre system enn et papirskjema som forvaltes av brukeren selv, og et system for oppfølging av den enkelte. Det må være definerte kriterier for hva som er et risikosvangerskap som gjelder både for primær- og spesialisthelsetjenesten. Et konkret forslag er å opprette en tverrfaglig ansvarsgruppe rundt brukere med definerte risikosvangerskap. En slik ansvarsgruppe bør omfatte både primær- og spesialisthelsetjeneste, og den må utforme en skriftlig risikovurdering med forslag til tiltak som kan forebygge unødig usikkerhet og risiko både under svangerskap, fødsel og barsel.

4.3.4 Mer sikkerhet, kontroll og læring

Vi ønsker ytterligere problematisering av sikkerhet, kontroll og læring i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Mange brukere er misfornøyde med helsestasjonen sin, er tilsynet med disse tjenestene god nok? Se ellers innspill fra Helga Hodnemyr om dette.

4.3.5 Informasjon og medbestemmelse

Som pasient har man rett til informasjon og rett til medbestemmelse i egen behandling. Vår erfaring er at pasientrettighetene i mange tilfeller ikke fungerer i praksis. Informasjonstilgangen er ikke god nok, og man tas ikke med på råd i beslutninger ang. eget og barnets liv og helse. Konkrete eksempler på dette er at helseforetaket unnlater å informere om at man risikerer å bli videresendt til annen fødeavdeling (jf. situasjonen i Oslo sommeren 2006), at bruker ikke blir informert om at lokal fødeavdeling er stengt i perioden rundt termin (Narvik sommeren 2007). Det er uholdbart at media og brukerpressgrupper er dem som frembringer slik informasjon, når det iflg pasientrettighetsloven er klare pålegg om å informere bruker/pasient om behandlingstilbud og valgmuligheter.

Informasjon underveis i behandlingsforløpet kan også være mangelfull, ved at man ikke informeres om risiko ved epidural, riestimulerende medisiner osv, og at man ikke tas med på

råd eller får noen form for begrunnelse for hvorfor keisersnitt etc. ikke vurderes tidligere i forløpet. Som pasient er man avhengig av den informasjon som gis, og man har klart definerte rettigheter gjennom lovverket.

4.3.6 Rutiner

Vi savner en beskrivelse av hvordan rutiner og handlingsskjemaer utformes, og hvordan disse kan brukes for å kvalitetssikre tjenesten. Vi etterlyser standardiserte krav til slike rutiner. Det må finnes definerte kvalitetssikrede faglige krav som gjelder for alle aktuelle faggrupper. Se nærmere kommentarer under punkt 5.11 og 5.12.

4.3.7 Ledelse

Vi ønsker også en debatt om hvem som er ledere ved de enkelte avdelinger. Hvilke kvalifikasjoner legges til grunn når noen får lederansvar for en avdeling? Å være utdannet lege eller jordmor er ikke lederkvalifiserende i seg selv. De leger/jordmødre som gis lederansvar må også få kursing og veiledning i lederskap, og klart definerte ansvarsområder. (se 5.11)

4.3.8 Fødeavdelinger vs. fødestuer

Unngå å degradere flere fødeavdelinger! Der hvor man får for få fødsler i forhold til anbefalt standard er bruk av andre kvalitetskrav som foreslått i notatet et godt utgangspunkt. Man skal *ikke* basere seg på om kirurger o.a. stiller frivillig opp eller ikke. Dette er ikke en holdbar løsning for helsepersonell eller pasient.

Ingen fødeavdelinger må nedlegges uten at et tilfredsstillende apparat (følgetjeneste m.m.) er på plass, og en god samhandling med brukere og lokalsamfunnet for øvrig er nødvendig.

Vi vil vite mer om problemene rundt kvalitetssikring av fødestuer og fødeavdelinger med få fødsler og lite personell, og vurderinger av nedleggelse/nedgraderinger, og etterlyser studier på dette.

I vår gallup var det svært mange som mente at nærhet til fødestedet var viktig.

Hva er viktig for deg når du skal velge fødested?

Nærhet til bosted/kort reisevei	77 %
Egne tidligere erfaringer fra fødestedet	31 %
Andres tidligere erfaringer fra fødestedet	27 %
Tilbud om smertelindring	39 %
Medisinsk beredskap (mulighet for keisersnitt, nyfødttintensiv etc.)	65 %
Barselomsorg (familierom, pasienthotell etc.)	53 %
Kjent jordmor	11 %
At personalet har god tid	54 %

4.4 Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene og hva er synspunktene på de forslag som er spilt inn?

Problemnotatet nevner gjentatte ganger at det på enkeltområder ikke er samsvar mellom brukers forventninger og den tjenesten som tilbys. Når nasjonale strategier og tiltak skal vedtas bør brukernes ønsker stå i sentrum. En nasjonal plan bør ha et mål om optimal omsorg, hvor brukernes behov og ønsker møtes. (se 2.3)

4.5 Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?

Det finnes per idag ingen store brukerundersøkelser¹⁷ som viser hva brukerne faktisk ønsker av helsetjenestene gjennom hele perioden. Som brukeraksjon får vi mange enkelthistorier, men mener det også er behov for å gjøre en større nasjonal brukerundersøkelse. Legkvinnekonferansen fra 1999 kan med fordel gjentas, mye har skjedd i samfunnet de siste åtte årene. I det hele tatt vil det være nyttig, dersom man ønsker et reelt brukerperspektiv – å spørre brukerne gjennom kvantitative og/eller kvalitative undersøkelser.

Mye kan gjennomføres med den informasjon man har i dag. I tillegg bør planen ta høyde for at enkelttemaer må belyses gjennom enkle studier, pilotprosjekter etc. før man kan fatte endelige avgjørelser om plan og tiltak. En nasjonal plan vil aldri være for evig og alltid endelig vedtatt, til det er endringene i fagområdet det er snakk om for store.

Før tiltak settes i verk bør departementet sette seg inn i det som finnes av relevant forskning, rapporter og studier, ikke bare på det rent somatisk-medisinske, men også på psykisk helse, arbeidsmiljø, sikkerhet, monitorering etc.¹⁸ Der det ikke finnes forskning bør departementet sørge for at kunnskapshullene tettes.

¹⁷ Det eneste vi kjenner til er en undersøkelse om svangerskapsomsorgen og vår egen gallup. Den viser en tendens til hva brukerne ønsker, men er neppe representativ nok til at man kan trekke noen bastante konklusjoner.

¹⁸ For sikkerhetsforskning: Ta gjerne kontakt med Karina Aase karina.aase@uis.no og Helene Cecilie Blakstad Helene.Blakstad@Sintef.no

5 Kommentarer til de enkelte punktene

5.1 Innledning s. 2

Angående påstanden «*og at det ikke har lyktes i å skape den nødvendige tillit i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, tilgjengelig og av høy faglig kvalitet*»¹⁹ Denne tilliten blir ytterligere svekket hvis ansatte i helseforetakene, spesielt ledelsen ved sykehusene og foretakene, møter kritikk på feil måte. Hvordan blir brukere møtt når de sier fra om mangler og feil? Med respekt og ønsker om å ordne opp, eller med arroganse, neglisjering og løgner? Dessverre har vi i fødeaksjonen opplevd flere tilfeller av det siste. Heldigvis har vi også hørt om brukere som etter skriftlig klage har blitt tatt på alvor og fått snakke med overjordmor o.a.

Vi er enige i målet med planen, men savner definisjoner av begrepene og klare delmål. Vi håper også at når departementet skriver «*sikre en god utnyttelse av ressursene*»²⁰ så mener dere ikke bare hva som lønner seg for det enkelte sykehus, helseforetak (HF) eller regionale helseforetak (RHF), men hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Da må man også ta bl.a. pasientskadeerstatninger, samt kommunenes og NAVs utgifter med i regnestykket.

Vi er glade for at vi har fått komme med innspill, men vi synes at det er helt nødvendig med omfattende brukerundersøkelser. Vi får bare små fragmenter av de mange opplevelsene til fødekvinne og deres partnere. Vi er ingen representativ brukerorganisasjon, kun en ad-hoc aksjon som prøver å favne så bredt som mulig. Tross våre intensjoner er det en stor fare for at det er viktige brukermomenter vi ikke får med.

Departementet vet ikke hva brukerne vil

Hvis myndighetene virkelig vil ta brukerne på alvor, slik vi har fått inntrykk av at intensjonen er, må de sørge for å få vite hva flere enn oss mener er viktig. Hva skal til for at gravide og fødende føler deg trygge? Hvilke erfaringer har folk? Hvor og for hvem fungerer tilbudet? Kan andre lære av disse? Hvor fungerer det ikke? Hva er bra og hva kan bli bedre? Hvilke behov har brukerne og hva opplever de som «må ha»-, «bør»- og «kan»-tjenester?

Vi mener at det er nødvendig – også i etterkant av pågående prosess – med brukerundersøkelser. Kontinuerlige brukerundersøkelser for eksempel i regi av et nytt nasjonalt råd for fødselsomsorg vil være med å gi den evaluering av tjenestene som det enkelte sykehus, HF, RHF, kommune og myndighetene sentralt trenger for å kvalitetssikre tilbudet. Brukerundersøkelser bør utføres av nøytralt organ, og en viss tid etter fødselen. Spørreskjema utdelt på sykehusene gir ikke et sant bilde: 1. Det er den som spør som skal evalueres. 2. Det er for tett opp til fødselen til at man har fordøyd inntrykkene. Der og da er de fleste for slitte, omtåka og overvelda til at de klarer å tenke annet enn: «Det gikk jo bra. Både barnet og jeg

¹⁹ Avsnitt 3.

²⁰ Avsnitt 2.

overlevde.» Først når man har fått opplevelsene på avstand klarer man å tenke klart nok til å evaluere sin egen og de andres rolle før, under og etter fødselen.

Brukerundersøkelsene bør være for både mor og hennes ledsager/far/medmor.

En bred og inkluderende prosess?

*«I tillegg vil det bli avholdt nye møter med representanter for de ulike fag- og interesseorganisasjoner og helseforvaltningen i løpet av høsten.»*²¹ Favner disse møtene bredt nok? Hvem har departementet hatt møte med? Får vi invitasjon?

Vi lurer på hvor bred og inkluderende prosessen er for andre enn oss brukere også. Vårt inntrykk er at verken barnepleierne eller de enkelte kommunejordmødre har fått sjansen til å bidra i prosessen. Departementet må sikre at alle kommunejordmødre får mulighet til å uttale seg om planen, ikke bare håpe på at fagforeningene og kommunene snakker på deres vegne. Enkelte steder er det dessverre profesjonskamp mellom jordmødrene og helsesøstrene og når helsestasjonen blir ledet av helsesøstere er det ikke alltid kommunejordmødrene får informasjonen de skal ad tjenestevei.

*«Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt Råd for fødselsomsorg er faglige rådgivere i arbeidet.»*²² Vi har hørt at rådet har nedlagt seg selv i protest mot departementet. Stemmer dette? Hvem sikrer i så fall den faglige kvaliteten nå?

5.2 Situasjons- og problemforståelse s. 3

Kort om punktene vi er enig i

Følgende punkter er vi stort sett enige i at beskriver situasjonen og problemene rett, og kommenterer disse derfor bare kort.

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

Enkelte steder, for eksempel på ABC, Føderiket, ved hjemmefødsel, på noen fødestuer og på steder der kommunen kjøper svangerskapskontroller av det lokale sykehuset, er det en viss grad av kontinuitet, dvs. at kvinnene møter en kjent jordmor ved fødsel og at hun også er involvert i barselomsorgen. Myndighetene bør lære av disse stedene for å se hva som fungerer og ikke fungerer, og hva som kan overføres til andre steder. Vi etterlyser pilotprosjekter!

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

Dette vet vi lite om, men etter våre erfaringer høres dette riktig – og skremmende ut. Vi mener også at både Helsetilsynet og Arbeidstilsynet bør bli mer aktive. Vi har flere ganger bedt helsetilsynet undersøke forholdene ved Ullevål, med henvisning til medieoppslag, en masteravhandling og de historier folk har delt med oss. Vi har ikke nådd fram.

²¹ Avsnitt 4.

²² Avsnitt 5.

Det er indikasjoner på at tilbudet innen svangerskaps- og fødselsomsorgen ikke er likeverdig. En gjennomgang av dødfødsler i Oslo og Akershus perioden 1998-2003 viser at kvinner med opprinnelse utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika og Australia hadde økt risiko for dødfødsel og svikt i fødselsomsorgen.

Igjen, dette er ikke vår ekspertise, men det virker sannsynlig. Med tanke på den (manglende) oppfølging ressurssterke norske kvinner får og de konsekvenser dette får for dem og barna er ikke dette overraskende. Vi antar at årsakene både er et generelt ressursproblem, manglende bevissthet i organisasjonene og holdninger hos enkelte ansatte.²³

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.

Det som har vært nevnt i prosessen så langt har mest dreid seg om samarbeids- og kommunikasjonsproblemer mellom jordmødre og leger, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi mener at helsesøstre og barnepleieres rolle ifht. jordmødrene også bør problematiseres og avklares.

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.

I dag er dobbeltkontroller et problem. Dette skyldes blant annet at jordmødre verken har henvisningsrett eller kan skrive ut sykemeldinger. En løsning er at jordmor får henvisningsrett til fysioterapeut på enkeltdiagnoser som faller innenfor hennes fagfelt; eks: «bekkenløsning med gangvansker» m.v. Mulighet for å gi sykemelding på grunnlag av svangerskapsplager bør også vurderes.

Ansvar for følgetjenesten for gravide og fødende og de faglige kravene til følgetjenesten er ikke klart definert. og Transporttjenesten for kvinner med risiko for fødselskomplikasjoner er enkelte steder ikke tilgjengelig nok, og forventningene til tjenesten ikke godt nok avklart.

Disse punktene må avklares snarest! Det er ikke bare de med risiko for fødselskomplikasjoner som trenger følgetjeneste. Alle med en reisetid over en viss grense må få rett til følgetjeneste. Fødeavdelingene må ligge tett nok til at færrest mulig trenger ambulansetransport, spesielt der hvor luft- og sjøtransport er essensielt, men ofte hindres av værforhold.

Det må også avklares hvem som har ansvaret for familier som raskt etter fødselen ønsker overflytting fra fødeavdeling til sin lokale fødestue.

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.

²³ Vi vet om en enslig, utenlandsk kvinne som ringte sin fødeavdeling da fødselen var i gang. Kommunejordmor hadde gjort avdelingen oppmerksom på kvinnen og at hun trengte ekstra oppfølging. Likevel ble kvinnen som ringte avvist, jordmor ga beskjed om at hun kunne ringe tilbake når hun hadde lært seg norsk og la på røret! Heldigvis hadde kvinnen telefonnummeret til kommunejordmoren og fikk hjelp av henne.

Hvis kommuner ønsker at unge mennesker og mennesker med høyere utdanning skal flytte (hjem) til dem må de være med på å bygge opp under helsetilbudet til gravide, fødende og foreldre. Dette vil kunne brukes som lokkemiddel, i likhet med barnehageplass etc. Nabo-kommuner til fødeavdelinger bør også involveres. Både de lokale og regionale HF må legge til rette for et godt samarbeid og kommunikasjon med kommunene. Dette er dessverre ikke alltid tilfelle i dag.

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.

Andre sentrale problemstillinger: Hva gjør «nedleggingsspøkelset» med de ansatte og potensielt ansatte? Hvordan kan man rekruttere til avdelinger som stadig trues av nedleggelse/nedgradering? Hva gjør usikkerheten rundt tilbudet med folks ønske om å bosette seg og å få barn i disse områdene?

Liggetid og amming

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.

Det er også sykehus som drastisk har redusert liggetiden *uten* å verken opprette ammepoliklinikker eller sikre at kvinnene får den oppfølging de trenger ved helsestasjon eller andre steder. Reduksjon i liggetiden er ikke begrunnet i kvalitetsforbedrende tiltak, men skjer som oftest som uttrykk for redusert kapasitet og økende pågang av fødende til avdelingen. Det er et uttalt mål at alle fødesteder skal være mor-barn-vennlige, dvs. fremme amming²⁴. Sykehus med kort liggetid og null oppfølging hjemme bryter minst trinn 10²⁵, og muligens også flere av trinnene, hvis barselavdelingen er preget av stress og lite tid til omsorg og oppfølging. Dersom en slik sertifisering skal være av noen praktisk verdi, må brudd få konsekvenser og sertifisering eventuelt inndras.

Det er absolutt behov for bedre kommunikasjon mellom sykehusene og helsestasjonene. Fødselsmeldingen sendes noen steder alt for sent og på steder hvor kapasiteten er sprengt har ikke helsestasjonen tid til hjemmebesøk eller annen skikkelig oppfølging. I vår gallup svarte 16 prosent at de ikke fikk tilbud om hjemmebesøk etter fødselen.

Frivillige organisasjoner som Ammehjelpen kan kanskje tas med aktivt i omsorgen rundt barselkvinnen, ved at man etablerer et fast samarbeid mellom helsestasjon, Ammehjelpen og ammepoliklinikk.

²⁴ <http://www.rikshospitalet.no/view/readavdi.asp?nPubID=4898&department=Ammesenteret>

²⁵ http://www.rikshospitalet.no/content/res_bibl/4901.DOC

Fødestuer og fødeavdelinger

De faglige retningslinjene for fødeinstitusjoner (1997) fra daværende Statens helsetilsyn, som er bekreftet gjennom Stortingsvedtak, setter rammer for fødselstall ved fødeinstitusjoner på forskjellig nivå (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue²⁶). 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.

Vi vil her påpeke følgende: Avstandene blir ikke kortere og transporttilgjengeligheten blir ikke bedre om disse fødeavdelingene gjøres om til fødestuer... Det eneste man oppnår da er at enda flere må reise langt for å kunne føde trygt.

Én konsekvens av feriestenging av fødeavdelinger og fødestuer er at disse da mister svært tiltrengte fødsler for å oppnå «påkrevd» antall fødsler.

Vi ønsker andre måter man kan sikre kvaliteten ved fødeenheten enn kun antall fødsler. Gjennom tilbud om faglig oppdatering, spesialisering og hospitering/praksis ved større fødeavdelinger kan den enkelte fagpersoners erfaring og kunnskap styrkes. Faglig forsvarlighet må sikres gjennom både krav til kompetanse og fagutviklende tilbud. Et faglig nettverk, både innen egen faggruppe og tverrfaglig er avgjørende ved små avdelinger. Man bør i størst mulig grad unngå «enkelpersonsforetak» for leger og andre faggrupper.

Rekruttering av leger

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.

En annen svært viktig årsak kan være en stadig trussel om nedlegging/nedgradering.

Hva er gjort for å kartlegge hva som er «trekk»- og «dytt faktorer » for gynekologer? Hva er fristende for dem ved å arbeide som fødselslege? Hva frister andre steder? Hvilke negative sider har det å jobbe som fødselslege? Hva kan kompensere for det negative og hva kan gjøre stillingene mer fristende? Man kan ikke løse problemet uten å identifisere disse trekk- og dyttfaktorene.

Hvordan påvirker det offentliges kjøp av tjenester hos – og dermed finansiering av – private gynekologer rekrutteringen av fødselsleger? Bidrar det offentlige til å opprettholde og øke et privat marked som trekker leger bort fra sykehusene?

Kapasiteten i Oslo m.m.

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

²⁶ Disse begrepene er forvirrende. I dagligtale bruker man «fødeavdeling» både om kvinneklinikker og fødeavdelinger, og fødestue både om føderommene på sykehus og om fødestuer i distriktet. Hvis nivåinndelingen skal endres hadde det vært flott med bedre begreper samtidig.

forventningsproblem knyttet opp til forståelsen av innholdet i fritt sykehusvalg eller et kapasitetsproblem.

Kapasiteten er for liten. Hvordan de ansvarlige HF og RHF kan hevde noe annet når fødselstallene i byene stiger uten at fødeavdelingene holder tritt ved hjelp av økte ressurser, er for oss en gåte. Vi kan ikke tolke det annerledes enn at de ikke er villige til å innse fakta og ikke ønsker å gjøre noe med situasjonen.

Kapasitetsproblemet drøfter vi i 5.7.4 Kapasitet i fødselsomsorgen s. 19. Vi gjengir kort her hovedpunktene:

- Fritt sykehusvalg er ikke (hoved)problemet. Har man fem mennesker og fire brødsriver er ikke problemet at fire av menneskene får velge brødsriverne de helst vil ha. Problemet er at det ikke er noen brødsriver igjen til den femte! Eventuelt er problemet at fem må dele på fire brødsriver og ikke blir mette.
- Fødselstallene har steget siden 2002 uten at Helse Øst frivillig har økt antall fødeplasser.
- HF og RHF opprettholder sin praksis bl.a. fordi det mangler retningslinjer. Det må etableres nasjonale standarder som definerer forholdet mellom ressurser og antall fødsler.
- Helse Øst er pålagt å overvåke fødselstallene, men har ikke gjort det. Der hvor RHF og HF ikke sørger for at kapasiteten holder tritt med demografiske endringer og økt behov, må det få følger for de ansvarlige, både organisasjonen og de ansvarlige personene.

Kapasiteten i jordmortjenesten

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.

Hvorfor er formuleringene her så vage? Det er vel ingen som hevder at man har valgfrihet hvis man *ikke* kan velge mellom lege og jordmor? Har man kun ett alternativ har man ikke et valg. Og hvis kommunen ikke har jordmor, eller hun ikke har kapasitet, så har da ikke brukeren noe valg? Hun må gå til fastlegen. Har hun råd og finnes det et slikt tilbud i nærheten kan hun gå til privatpraktiserende jordmor eller lege.

Problemet finnes ikke bare i disktriktet, men også i storbyene. Både i Trondheim og i Oslo er det vanskelig å få time hos jordmor på helsestasjon, og enkelte opplever å ikke få tilbud om jordmor i det hele tatt. Det rent somatisk-medisinske ivaretas ved at den gravide kan gå til fastlegen, men man mister den tverrfaglige omsorgen som kan tilbys gjennom kontroller hos både jordmor og fastlege. Jordmor er den beste til å gi kvinnen og hennes partner den tryggheten de trenger før fødselen, gjennom forberedelse.

Spørsmål handler ikke bare om tilgjengelighet – men om *grad* av tilgjengelighet. En jordmor som sjelden er til stede vil være vanskelig å få avtaler med, sammenlignet med

fastlege. I områder med dårlig jordmordekning er det da lettere å velge fastlege – noe som gir lite grunnlag for å øke stillingsprosent. Dette er et tilfelle hvor tilbud gir etterspørsel!

Skal kvinnen og hennes evt. partner blir forberedt på fødselen og familieførøkelsen bør hun ha mulighet til å gå til jordmor. Leger er ikke eksperter på svangerskap, fødsel og barsel, og kan ikke veilede slik en jordmor kan. Mange brukere er ikke klar over forskjellen på hva de to profesjonene kan yte av tjenester og vet ikke hvor jordmor er, og de får dermed ikke muligheten til å ta et reelt, *informert* valg.

Vi viser til undersøkelsene referert i 3.1 Svangerskapsomsorgen om forskjellen på opplevelsene hos lege og jordmor. Kontroller utført av jordmor er heller ikke optimale, men de gir i hvert fall bedre forberedelse enn kun legekontroller.

Vi ber departementet se på ulike kostnader ved legekontroll vs. jordmorkontroll. Takst- og refusjonssatsene er forskjellige og profesjonene jobber på ulikt vis. For eksempel tar en del leger mange flere blodprøver m.m. enn det jordmødrene gjør. Er disse nødvendige? Hvis jordmor yter gravide med normale svangerskap bedre tjenester enn legene, og samtidig koster mindre både i utdannelse og drift, da er det vel mest samfunnsøkonomisk å bygge ut jordmortjenestene?

Brukernes forventninger vs. ressurser

Det kan synes å være en motsetning mellom brukernes forventninger til rammene rundt svangerskap, fødsel og barseltid som sentrale livshendelser, og helsevesenets plikt til å prioritere ressurser. Og: Det er en utfordring å balansere hensynet til nødvendig beredskap og hensynet til god ressursutnyttelse. Og: Videre kan det synes som et gap mellom brukernes forventninger til tilbudet og hva helsetjenesten kan levere organisatorisk, beredskapsmessig og innholdsmessig.

Som brukere ønsker vi respekt, omsorg og trygghet. Vi har gjennom pasientrettighetsloven rett på informasjon om situasjonen og rett til å delta i beslutninger angående egen helse og helsehjelp. Det må være tilstrekkelig med tidsressurser i fødesituasjonen til at fødekvinnens opplevelser blir hørt, sett og respektert, og at fødekvinnen tas med på råd om egen situasjon. Svært mange av de negative fødselshistorier vi hører har som fellestrekk at det har vært dårlig kommunikasjon med helsepersonell, lite tid og lite informasjon underveis. Ressurser i helsetjenesten må være slik at man kan møte pasientrettighetslovens krav til informasjon og medbestemmelse, ha tid til nødvendig dokumentasjon og tid til å konferere kollegaer underveis.

Er det noen som mener at «*god ressursutnyttelse*» kan rettferdiggjøre brudd på pasientrettighetsloven?

Noen brukere har helt klart for høye forventninger om hva helsetjenestene kan bidra med – og da er det myndighetenes og helsepersonells ansvar å informere og å plassere forventningene på rett nivå. Men de aller fleste har kun rimelige ønsker/behov/krav. Kanskje har mange også for lave forventninger til fødselen. Her er et eksempel basert på egen erfaring: Fødsel nr. 1 opplevdes som helt grei. I svangerskap 2, etter møter med ABC og økt kunnskap

om fødsler gikk det opp et lys: Å føde kan være en fantastisk opplevelse, en god start på foreldreskapet! Fødsel nr. 1 var ikke lenger «helt grei», men «en halvgod opplevelse som kunne vært mye bedre».

5.3 Brukerperspektivet s. 4

Vi er enige i mange av departementets observasjoner om brukerne, men undrer oss på hvorfor dere ikke problematiserer funnene mer. Lite plass blir brukt til å spørre hvorfor brukerne ikke er fornøyde og ikke har tillit til tjenesten, og det er få forslag til å forbedre kommunikasjonen mellom bruker og tjeneste

Når vi skriver «bruker» mener vi kvinnen, barnet og deres nærmeste, som regel barnets far. Dette mener vi er primærbrukerne. Men vi er enige i at lokalsamfunnet for øvrig, i form av borgere, pårørende, ansatte og andre interessenter også er brukere. Disse velger vi å omtale som sekundærbrukere.²⁷

Avsnitt 2 støtter vi fullt og helt.

Trygghet – det viktigste og som rommer det mest

Vi er glade for at også departementet mener at trygghet er viktig og at dere bruker funnene fra Legkvinnekonferansen i 1999. I tillegg til at «*Brukeres trygghet er knyttet til risiko for uønskede feil og hendelser i helsetjenesten, men også til forutsigbarhet og kontinuitet*»²⁸ er et viktig aspekt det å være trygg på egen fødeevne. For å bli det trenger kvinnen informasjon, veiledning og praktisk foreberedelse, helst fra en fødselsekspert.

Nå dere skriver «*Raske omstillinger vil utfordre tryggheten, noe som er demonstrert i flere omstillingsprosesser knyttet til fødselsomsorgen*»²⁹ antar vi at dere viser til nedlegging av fødestuer og «degradering» av fødeavdelinger til fødestuer. Men i nært slektskap med dette, er feriestenging og faren for å bli avvist ved sykehuset der man har fødeplass eller å få komme inn, men ikke få hjelp. Det er den samme usikkerheten: «Vil jeg få den hjelpen jeg trenger når jeg trenger den? Hvor skal jeg få hjelp? Hvor skal jeg føde?» Se for øvrig brukerhistorier fra Narvik (vedlegg) for en illustrasjon på hva slik usikkerhet gjør med svangerskapet.³⁰

Kontinuitet

I svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er samhandling mellom de ulike tjenestene, og ikke minst – mellom de ulike profesjonene spesielt viktig. Helsekortet slik det er per i dag fungerer ikke som et godt nok bindeledd mellom de ulike tjenesteyterne og mellom disse og brukeren. Derfor er det nødvendig med flere møteplasser der jordmødre, allmennleger o.a.

²⁷ Avsnitt 1.

²⁸ Side 5, avsnitt 3.

²⁹ ibid

³⁰ Vedlegg 1.

som er involvert i omsorgen kan utveksle erfaringer om de enkelte brukerne og generelle faglige aspekter. En «kontinuitetsteam» vil løse disse problemene. Se 3 Optimale tjenester

Kravstore brukere?

Vi reagerer på følgende beskrivelse *«Det kan synes å være en motsetning mellom brukernes forventninger til rammene rundt svangerskap og fødsel på den ene siden, og helsetjenestens prioriteringer med utgangspunkt i alvorlighetsgrad og kost-nyttevurderinger på den andre siden.* Brukerne krever sjelden annet enn at Pasientrettighetsloven blir oppfylt: At de får informasjon, medbestemmelse og forsvarlig helsehjelp. Er det for mye forlangt å på forhånd vite hvor man skal føde? Å vite noe om hva en fødsel innebærer? Å få kvalifisert hjelp i svangerskapet og underveis i fødselen? Å få informasjon underveis og å få være med å ta avgjørelser som påvirker ens eget og barnets liv og helse? Å få kvalifisert hjelp etter fødselen og mulighet til å gi tilbakemelding på den behandling man har fått?

Våre krav og ønsker er berettiget og de trenger ikke koste mye mer enn dagens tjenester. Med en annen finansieringsmodell vil det lønne seg for HF å få flest mulig normale og gode fødsler, framfor å stresse og skape komplikasjoner. Samfunnsøkonomisk vil det i hvert fall lønne seg å investere i gode helsetjenester både i svangerskap, fødsel og barsel.

Barsel og psyke

Som nevnt tidligere etterlyser vi det psykiske perspektivet. I Problemnotatet står det: *«Videre kan det være en motsetning mellom hva som vurderes som nødvendig lengde på barselloppholdet ut fra et medisinsk perspektiv, og hva som er et ønsket omsorgstiltak for å sikre nybakte foreldre en god start på ny tilværelse.»* Hvordan defineres her et medisinsk perspektiv? Er det kun det somatiske? Hva med det psykiske? Hva med å hjelpe mor til å bli trygg i rollen som mor og med å bearbeide fødselen, og ikke minst gi henne avlastning og hvile slik at hun kommer til hektene? Alt dette er viktig for å forebygge psykiske problemer, som i verste fall kan få dødelig utfall for både mor og barn.

I tillegg kommer ammeaspektet og Føllings prøve inn her. Vi får stadig tilbakemeldinger³¹ fra kvinner som måtte dra fra sykehuset før ammingen var etablert og som derfor fikk problemer. Ammeproblemer er ikke bare en fysisk belastning, men kan også bli svært problematisk psykisk. Ammehjelpen har de samme erfaringene. I vår gallup svarte over 30 prosent at ammingen ikke var godt etablert da de forlot sykehuset. Dersom det skal være en nasjonalt mål at norske barn så langt mulig fullammes de første månendene – i tråd med

³¹ Et par eksempler på ammeproblemer: «Ellers skulle jeg ønske meg bedre oppfølging på ammingen de første døgnene. Selv om det var flere som kikket på ammingen min på sykehuset (mor- og barnvennlig sykehus med egen ammepliklinikk) var det ingen som oppdaget at stillingen ble helt feil, noe som endte med 8 uker med soppinfeksjon og pine.» «Tror flesteparten sliter veldig med amming. Burde være mye mer fokus på dette i svangerskapet for førstegangsfødende. Min jordmor bare delte ut en brosjyre. Hva med å gi litt demonstrasjon på det eller arrangere kurs kort tid i etterkant. Absolutt alle jeg kjenner sliter med ett eller annet innen amming etter fødsel.» «Problemet for meg på hotellet var at det var så åpenbar underbemanning i forhold til det reelle behovet. Jeg hadde problemer med amminga, og tross velviljen fra jordmødrene var det vanskelig å få den hjelpa jeg trengte.»

anbefalinger fra WHO, krever dette at man i helsevesenet gir nødvendig veiledning og oppfølging. Ikke bare gjennom demonstrasjon av ammestillinger på barselavdelingen, men gjennom tilbud om poliklinisk og ambulerende oppfølging etter hjemreise. Når svært mange kvinner oppgir at ammingen ikke er tilstrekkelig ivaretatt ved hjemreise, og at det etter dette følger ukesvis med kamp før man når målet, eller resignerer, er dette et klart signal om at dagens system ikke fungerer. Kanskje kan helsemyndigheten her dra nytte av et bredere samarbeide med f.eks Ammehjelpen. Ammehjelpen har som frivillig organisasjon et etablert og velfungerende nettverk av ammehjelpere, som allerede i dag gjør en svært viktig jobb for å hjelpe kvinner som møter ulike problemer ifht amming.

Informasjon om amming bør komme før barseltiden. I de første barseldøgnene er det mange inntrykk som skal bearbeides, i tillegg til at melkeproduksjonen bruker tid på å komme i gang. Forberedende informasjon om amming tidligere i svangerskapet, for eksempel omkring uke 30 vil være en fordel også for dem som ender opp med prematurfødsel, og kunne gi et godt grunnlag for informasjon etter fødsel. Informasjonen som gis må være kvalitetssikret og unison. I dag kan man oppleve å få motstridende råd fra ulike representanter fra samme faggruppe. Dette skaper økt forvirring. Brosjyrer og filmer danner et godt utgangspunkt for generell informasjon om amming - men kan ikke erstatte en-til-en veiledning der dette er nødvendig

Omstillinger og brukerne

Videre står det i Problemnotatet «*Omstillingsprosesser både i hovedstaden og i distriktene har fått kritikk for å ikke involvere brukere i tilstrekkelig grad.*» Her våger vi å spørre: Har brukerne blitt involvert i det hele tatt? Vår erfaring er at primærbrukere selv må ta initiativet til å bli involvert i viktige beslutningsprosesser, HF og RHF inviterer ikke til dialog. Dersom man ønsker en brukerorientering av tjenesten krever dette at brukere blir invitert med i beslutningsprosesser, og at brukernes innspill blir hørt. Aksjonsgruppa for alternativ fødsel var med i utredningsgruppa da fødeavdelingen ved Aker ble nedlagt. Deres argumenter vant dessverre ikke fram. De bidro heldigvis til å redde ABC, men Aker sto ikke til å redde – tross fornuftige argumenter og advarsler.

«Det er derfor grunnlag for å oppsummere at det på enkelte områder ikke har lyktes å skape den nødvendige tillit og dialog mellom brukere av tjenestene og helsemyndigheter og tjenesteutøvere.» Denne observasjon skriver vi under på!

Mulige tiltak

Skal brukermedvirkning ha noe for seg må brukerne bli lyttet til og når mulig; deres innspill må få følger. Hvis ikke blir dette bare et spill for galleriet og tjenestene vil ikke bli bedre.

Hvordan kan man beste sikre at primærbrukerne blir representert og får sjansen til å medvirke? Sekundærgruppene kan bli representert gjennom lokale partier, lag og organisasjoner, men per i dag finnes det ingen bred organisasjon for gravide og nybakte

foreldre. Vi mener derfor at myndighetene må hjelpe til med å etablere en ny organisasjon som gjennom demokratiske prosesser kan utpeke representanter til arbeidsgrupper etc.

Å starte en organisasjon for en så flyktig brukergruppe som gravide, er svært vanskelig. For eksempel blir det vanskelig å nå ut med informasjon til alle brukere, det økonomiske blir en utfordring – spesielt i oppstartsfasen. De midler som finnes til utdeling blant brukergrupper per i dag passer ikke for en slik organisasjon – den faller mellom alle stoler. Vi ber derfor om at man gjennom det pågående arbeidet nå setter av midler til å starte opp en brukerorganisasjon, evt. som et prøveprosjekt i et avgrenset geografisk område. En slik organisasjon kan i tillegg til å representere brukerne også veilede dem og gi råd, praktisk hjelp mv. Se 3.3.6.

I tillegg vil vi oppfordre sterkt til at det blir gjennomført store brukerundersøkelser, jfr. siste avsnitt i 5.1 og i 4.5. Vi ønsker oss også en ny legkvinnekonferanse, i løpet av høringsperioden i vår. En slik konferanse bør bli et fast arrangement, med ca 5-års intervaller.

En annen idé som vil være lite ressurskrevende er å sette opp en nettside der brukere kan tipse om forhold de mener er kritikkverdige – eller bra, enten det går på systemer eller personer, primær- eller spesialisthelsetjenesten. Hvis det der er et skjema med menyer slik at innlegger enkelt kan velge den tjenesteyteren de legger inn informasjon om, kan tjenesteyteren og/eller nærmeste overordnende organisasjon automatisk få tilbakemeldingen. Brukere vil ha lavere terskel for å bruke en slik ordning, enn for å sende et brev eller lignende. Dermed kan de ulike tjenesteyterne raskt og billig få informasjon som er nødvendig for at de kan kvalitetssikre sine tjenester.

Vi mener at HF og RFH må holde løpende kontakt med interesseorganisasjoner og lokalpolitikere, f.eks. ved møter mellom foretak og brukere en gang i kvartalet.

«Det skal sikres god informasjon om tilbudet innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen på alle nivåer, herunder informasjon om fritt sykehusvalg og fødende.» Informasjonsflyten mellom HF og kommune, og mellom helsepersonell og brukerne må bli mye bedre. Det må foreligge korrekt informasjon for brukere og førstelinjeansatte, på trykk og på nett, på alle nødvendige språk. Direktoratet eller andre må kvalitetssikre den informasjon som gis om sentrale tema som svangerskapsplager, smertelindring, amming, morsmelkerstatning, søvn, helse, ernæring osv. I dag opplever mange at helsepersonell gir sprikende råd og til dels råd som er faglig feil. I tillegg florer informasjon på ulike private nettsted, informasjon som er umulig å kvalitetssikre og som i enkelte tilfeller kan være potensielt farlig. Entydig og kvalitetssikret informasjon fra profesjonelle kan oppveie mye av denne informasjonen. Her vil vi igjen trekke frem svangerskapskurs (fødselsforeberedende kurs) som et tverrfaglig virkemiddel for å nå enkeltbrukere med korrekt og generell informasjon.

Vi er positive til etablering av et nytt nasjonalt råd, med brukerrepresentanter. Vi håper myndighetene støtter etableringen av en demokratisk organisasjon slik at representanter for primærbrukerne blir plukket ut på rett vis, og slik kan representere flere enn seg selv.

5.4 Ikke-vestlige kvinner s. 6

I tillegg til de foreslåtte tiltak i Problemnotatet foreslås følgende:

- Økt rekruttering av helsepersonell med minoritetsbakgrunn kulturelt og språklig. Dette gjelder ikke bare jordmor, barnepleier og sykepleier, men også psykiatrisk sykepleie m.m. Både gjennom primærutdanning i Norge, men også gjennom kursing, videreutdanning og godkjenning av relevant utdanning fra hjemlandet i Norge. For eksempel gjennom videreutdanning kombinert med praksis, språkkurs og turnustjeneste.
- Bruke helsepersonell som (foreløpig) ikke har fått godkjent sin hjemmelige utdanning som doula. For eksempel jobber en del sykepleiere som hjelpepleiere i Norge. Disse kunne kurses spesielt på svangerskap, fødsel og barsel og ledsage kvinner med språk- og kulturbarrierer.
- Kanskje er det en idé å spesialtrenne enkelte helsestasjoner? Ikke for å gettofisere, men for å gi et best mulig tilbud. Hvis for eksempel somaliske kvinner i stedet for å gå til sin lokale stasjon går til en stasjon der personellet har kunnskaper om de mange ulike tradisjonene for de ulike klanene og geografiske områdene, samt språkkunnskaper, vil man lettere kunne skape en god dialog. Disse spesialtrente helsestasjonene bør ikke være kun for fremmedkulturelle, men også for lokale etnisk norske, slik at man får en miks og kan opprette tverrkulturelle grupper.
- Alle helsestasjoner i området med høy andel innvandrere, nær asylmottak m.v. må få kursing og trening i tverrkulturell kommunikasjon for eksempel av sosialantropologer som også har helseutdanning. Kun da kan man sikre at helsepersonell fanger opp problemer og at brukerne blir behandlet med den respekt de har krav på.
- Oppdatert kunnskap om – og helst teamfunksjon – for kvinner som har opplevd kjønnslemlestelse etc. Informasjon om risiko, inngrep og evt. tilbud om rekonstruksjon etter gjennomgått fødsel. Bruk av helsepersonell med samme kulturbakgrunn der dette er mulig.
- Oppdatert kunnskap og teamtilbud til kvinner som har vært utsatt for krigsforbrytelser i form av seksuelle overgrep hjemlandet.
- I tillegg er vi enige i alle tiltak skisser på KIMs liste, delt ut på høringsmøtet i oktober.

5.5 Svangerskapsomsorg s. 6

I Retningslinjer for svangerskapsomsorgen³² står det «Informasjon om anbefalingene skal bidra til å gjøre det enklere for gravide kvinner og deres familier å ta ansvar for egen helse. Fokus i svangerskapsomsorgen flyttes fra kontroll til informasjon, råd og veiledning.» Vi mener at veiledning er like viktig som informasjon. Kvinnen og hennes partner skal ikke bare

³² http://www.shdir.no/publikasjoner/retningslinjer/retningslinjer_for_svangerskapsomsorgen_19103

få informasjon, de må også få veiledning slik at de i samråd med helsepersonell kan treffe valg som er riktige for dem.³³

Vi viser til retningslinjenes punkt 7.2 Fødsel- og foreldreforberedelse i svangerskapet, om behovet for forberedelse. Vi mener at alle gravide og partnere bør ha lovfestet rett til kurs. Ideelt sett bør disse kursene gå over flere kvelder, der temaene spenner like vidt som nevnt i retningslinjene. Tema på kursene bør kunne diskuteres individuelt der og da eller på neste kontroll. Informasjon om rett til kurs, om når de foregår og hvorfor de er nyttige må nå ut til alle gravide.

Kursmateriell, -lengde og -opplegg må kvalitetssikres sentralt, med lokale tilpassninger for eksempel om fødetilbudet i nærheten. Det kan være lurt å lage ulike kursopplegg for ulike grupper. Kursene holdes av mennesker med høyere utdanning og det ser ut til at deltakere med høy utdanning er de som har best utbytte av dem. Kanskje noen kurs kan legges opp på en annen måte slik at de treffer målgruppene bedre? Ikke minst gjelder dette kvinner som ikke kan lese.

Slike kurs vil kunne bidra til å trygge kvinnen og partner foran forestående fødsel, gi forutsigbarhet og gjøre behovet for ekstrakontroller hos lege/jordmor mindre. Gjennom forebyggende informasjon og veiledning møter man brukernes ønsker og krav i pasientrettighetsloven, og det vil kunne være lettere å fange opp enkeltkvinner med problemer eller økt risiko i svangerskapet.

Kvinnen bør selv få velge hvor hun skal gå til kontroll og hun må få hjelp til å gjøre et bevisst valg. I dag er dette ikke alltid mulig, bl.a. på grunn av lav dekningsgrad av jordmødre både i byene og på landet, og pga. av mangler i informasjonen om tilbudet.

Som kjent ønsker vi oss også kontinuitet.

Se også 3.1 Svangerskapsomsorgen.

5.5.1 Faglig kvalitet i oppfølgingen av risikogrupper s. 7

I Problemnotatet står det: «*Et av hovedformålene med svangerskapsomsorgen er å identifisere risikofaktorer, dvs. alle faktorer av både fysisk, psykisk og sosial karakter som kan ha betydning for morens og fosterets helse.*» Dette er et flott mål, men hvilke tiltak er reelt satt i gang for å oppfylle dette? Hvilke verktøy bruker jordmødre og leger for å avdekke faktorer av psykisk og sosial karakter? Et viktig tiltak her vil være nok tid til den gode samtalen – ikke bare måling av blodtrykk og symfyse-fundus. Helsepersonell trenger opplæring i den gode samtale og bevisstgjøring av sin egen måte å kommunisere på. Spesielt viktig er dette overfor brukere fra andre faglige, kulturelle, utdanningsmessige og sosiale grupper enn ens egen.

³³ Dette gjelder ikke minst der hvor kvinnen/paret vurderer selvbestemt abort. Amatheia gir i dag den veiledning brukere burde fått i den offentlige helsetjenesten. Men Amatheia har ikke kontor alle steder og ikke alle brukere ønsker å oppsøke en organisasjon som tidligere het «Alternativ til abort i Norge». Det er heller ikke alle gravide som kjenner til tilbudet.

Som retningslinjene påpeker: Det er lite mening i å avdekke problemer hvis man ikke har tiltak å sette inn for å hjelpe. Det må derfor finnes et apparat som kan ta imot kvinner med psykiske eller sosiale problemer, som for eksempel vold i parforholdet.

Som nevnt på høringsmøtet: Det blir en utfordring å avgjøre hvilke av de opplysninger som bl.a. kvinnens fødselsjordmor trenger, som bør stå på helsekortet. Noe er så sensitivt at det ikke bør stå skriftlig på et lett tilgjengelig dokument. Kontinuitet vil være en løsning her. Med et lite team rundt den enkelte bruker vil slike opplysninger kunne gis muntlig og til bare de få som trenger å få vite dem. Kontinuitet øker også sjansen for å oppdage slike problemer som sjelden er synlig fysisk.

De fysiske faktorene er ofte lettere å oppdage, men heller ikke disse oppdages alltid i tide. For eksempel kan mye gjøres for å forebygge bekkenløsningsplager, i stedet for å vente til plagene blir så store at sykemelding er eneste mulighet. I tilfeller hvor man vet at bekkenplager forekom i tidligere svangerskap, kan tidlig henvisning være med på å forebygge unødvendige plager i neste svangerskap.

Kvinnen må også lære å kjenne igjen symptomer på alvorlige tilstander som svangerskapsforgiftning og farlig svangerskapskløe.

Mulige tiltak

Tiltakene som skisseres er bra, så lenge personvernet og hensynet til kvinnens ønsker er forenlig med bl.a. elektronisk helsekort. Helsekortet skal fungere som et bindeledd mellom de ulike tjenesteyterne og mellom disse og brukeren. Det må utformes slik at bruker har innflytelse over hva som står der og at det er litt tilgjengelig for alle brukere.

Det må opprettes et team av helsepersonell rundt gravide med kjente risikofaktorer. Eks. er diabetes, flerling-gravide, kjent fødselsangst, utsatt for seksuelle overgrep tidligere osv. Team bestående av fast jordmor, lege og evt. fødselslege. Skape kontinuitet hele veien gjennom svangerskap og til fødsel. Skriftlig kommunikasjon, plan for fødsel og gjennomgang av mulig risiko ved fødsel.

5.5.2 Kontinuitet s. 8

Vi er glad det er et eget punkt om kontinuitet og vi er enige i det som står der. Men vi savner en redegjørelse av fordelene med kontinuitet, for eksempel med utgangspunkt i følgende skjema/formel:



«Det er en målsetning at kvinner skal tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Som det fremgår av retningslinjene for svangerskapsomsorgen innebærer det å møte så få fagpersoner som mulig. En slik ønsket kontinuitet på individnivå mangler ofte i dag.» Dette er korrekt: Selv om det er meningen at kvinner skal kunne velge oppfølging av jordmor, lege eller begge deler er dette enkelte steder i landet umulig pga. organiseringen av tjenester. Der hvor jordmor ikke er tilgjengelig i kommunen, evt. hvor jordmor er svært sjelden tilstede er det ofte ikke en reell valgmulighet å bli fulgt opp av jordmor. I tillegg kommer at legekontroller som regel er halvparten så lange som jordmorkontroller, noe som skaper ulikhet i tilbudet om kvinnen velger (eller må velge) oppfølging via fastlege. Det bør åpnes for at svangerskapskontroller hos lege utvides i tid, slik at man rekker å gjøre mer enn nødvendig «kjøttkontroll» i form av urinprøve, blodtrykk, vekt og sykemeldinger.

Tiltak til punkt 5.2 støttes i sin helhet. Et samarbeid om jordmorstillinger mellom kommune og helseforetak vil både kunne sikre tilbudet til befolkningen, men også sikre jevnlig faglig oppdatering og vedlikehold av kunnskap hos jordmødre.

5.5.3 Kontinuitet på systemnivå: Samarbeid og rolledeling s. 8

«Det har vært diskutert hvilken rolle fastlegene skal ha i det individrettede forebyggende helsearbeidet som er forankret ved helsestasjonene. Fastlegene har uttrykt et ønske om blant annet å ivareta kontroller av gravide på sin liste. Et argument for dette er fastlegens koordinerende rolle overfor innbyggere på egen liste.»³⁴

Hvorvidt den enkelte kvinne bør følges av fastlege, jordmor, helsestasjonslege eller gynekolog må avgjøres individuelt. Som befolkningsgruppe er kvinner i fruktbar alder en av de grupper som flytter mest, og dermed også bytter fastlege oftest.³⁵ For en kvinne som aldri har møtt fastlegen vil ikke nødvendigvis oppfølging via fastlege være den åpenbart beste løsningen. For kvinner som har jevnlig kontakt med sin fastlege, f.eks gjennom oppfølging av kronisk sykdom m.m vil det være viktig også å opprettholde kontakt med kjent lege gjennom svangerskapet. Det trengs en fleksibilitet hvor også fastleger må forventes å kommunisere med helsestasjon og å delta i riskogrupper der det er aktuelt.

I samme avsnitt står det «Når kvinnene i tillegg kan velge hvem de ønsker å gå til, kan helsestasjonens sentrale og koordinerende rolle innenfor svangerskapsomsorgen i praksis bli vanskelig.» Her er vi usikre på om dette valget er godt nok formidlet. Vet kvinnene at de kan velge mellom ulike profesjoner og fordelene/ulempene med disse? I tillegg kommer kapasitetsaspektet inn, valget er ikke reelt når alternativene ikke finnes.

³⁴ Side 9, avsnitt 4.

³⁵ I følge SSB: Innenlandske flyttinger mellom fylker siste tre år øker, flytting innad i samme fylke kommer i tillegg: 20-29 år: 42-46.000 og 30-39 år: 23-24.000. Disse to gruppene står for over halvparten av flyttinger mellom fylkene. Mellom kommunene flyttet over 200.000 mennesker. Vi kan derfor anta at årlig bytter over 100.000 nordmenn i fruktbar alder kommune.

Neste avsnitt handler om de mange kontrollene i løpet av et svangerskap. Vår erfaring er at det er mye unødvendige konsultasjoner hos lege for ting jordmor burde hatt lov til å ordne. Er alle kontroller reelle kontroller? Ofte vil også korte konsultasjoner for sykemeldinger, og annen kronisk sykdom falle inn under definisjonen «svangerskapskontroll» hos fastlege. I tillegg kommer den situasjon at dersom kontrollen blir for kort og tilgjengeligheten av informasjon for dårlig øker også behovet for flere kontroller. Som nevnt i punkt 3.1.1: mange gravide får ikke tilbud om fødselsforberedende kurs. Her er det etter vår mening en stor uutnyttet ressurs. Organiserte kurstilbud, med samarbeid mellom flere faggrupper; jordmor, helsestasjonslege, fysioterapeut, barnepleier og helsesøster, kan gi nødvendig informasjon og trygging som reduserer behovet for hyppigere svangerskapskontroller.

Vi vil gjøre departementet oppmerksomme på at veiledende antall kontroller brukes av noen fagutøvere som argument for at man ikke trenger flere kontroller. M.a.o. påstår de at man bør føle seg ivaretatt, selv om man ikke er det. Vi ber derfor om at helsepersonell og brukere blir gjort tydelig oppmerksomme på at antallet kun er anbefalinger og det er åpning for og helt nødvendig å foreta individuelle avveininger.^P

Fødekvinne i dag henter svært mye av sin informasjon via ulike nettressurser – de færreste av disse kvalitetssikrede. Kvalitetssikret informasjon fra ulike profesjoner vil kunne gi viktig forebygging av unødig utrygghet samt korrigerende feilinformasjon. Faggruppene sine komplementære kunnskaper kan bedre utnyttes til å nå flertallet av brukere. Informasjon i grupper kan også skape lokale nettverk for informasjon og kontakt brukere i mellom. Barselgrupper er gode tiltak, men disse gruppene kommer ofte ikke i gang før lenge etter fødsel. Gruppene bør etableres underveis i svangerskapet, via kurs, slik at brukerne kjenner hverandre og kan støtte hverandre i tiden rett etter fødselen.

I tillegg til foreslåtte tiltak foreslår vi: Tilbud om tverrfaglige informasjonsmøter (fødselsforberedende kurs) i regi av helsestasjon eller fødested. Disse må være gratis og for begge foreldre, og kapasiteten må være god nok til at alle får tilbudet. Dette er ikke tilfellet i dag! Mål: gi generell og kvalitetssikret informasjon til flest mulig, trygge brukere av helsetjenesten og gi kvinnene et sosialt nettverk i svangerskapet og barseltiden. Vi mener derfor at følgende må endres i forskriften: «Helsestasjon skal tilby opplysningsvirksomhet og samlivs- og foreldreveiledning til gravide. I denne sammenheng skal det tilbys fødsels- og foreldreforberedende kurs for å styrke foreldres kunnskaper og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid.»³⁶

Det ideelle vil være personlig kontinuitet, ved at en gruppe gravide følges opp av et tverrfaglig team som beskrevet i kapittel 3. Alle brukerne og fagpersonene møtes samlet og hver for seg med jevne mellomrom.

³⁶ <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030403-0450.html>

5.5.4 Kapasitet i jordmortjenesten s. 11

Kommunen er etter Kommunehelsetjenstelovens § 1-3. (*Oppgaver under helsetjenesten*) pliktig å tilby jordmortjeneste. Det finnes per i dag ikke en tilsvarende rett til oppfølging av jordmor for bruker. Det anbefales at kvinnen får mulighet til å velge mellom oppfølging av jordmor eller lege. Bruker har, jf. pasientrettighetsloven, rett til nødvendig helsehjelp, men det er ikke nærmere definert hva som er nødvendig helsehjelp i det enkelte tilfelle. I mange kommuner er jordmortjenesten så lite tilgjengelig at kvinnen ikke har en reell mulighet til oppfølging av jordmor. Dette gjelder både i distriktskommuner som har jordmor i små stillingsprosenter og i storbyer som Trondheim og Oslo. I Trondheim er jordmordekningen så dårlig at kun kvinner med risikosvangenskap kan regne med oppfølging av kommunal jordmortjeneste. I Oslo er kapasiteten sprengt, og det er svært lange ventelister på timer hos kommunal jordmor, som for mange innebærer at man ikke får jordmoroppfølging før siste trimester.

Det medisinsk forsvarlige kan langt på vei ivaretas av kontroller hos fastlege. Men disse kontrollene er etter vår erfaring både kortere og favner smalere ifht informasjon og forberedelse enn det en time hos jordmor gjør. Jordmor innehar en kompetanse som svangerskaps- og fødselsveileder som ikke legene kan tilby på samme måte. Dersom det skal være et mål at kvinnen kan velge å følges av jordmor, lege eller begge, må det etter vår mening være en lovfestet rett til jordmoroppfølging. Uten en slik lovfestet rett vil tilbudet også i fremtiden avgjøres av kommuneøkonomi og lokale beslutninger – noe som blir til direkte hinder for likebehandling av gravide.

Hva er obligatorisk?

Det er nødvendig med en avklaring av kommunens ansvar. Er de kun forpliktet til å ha en jordmortjeneste eller er de forpliktet til å kunne gi alle gravide oppfølging hos jordmor? Hvis det første er riktig kan man sette det på spissen og si at hvis Oslo har én jordmor i 20 prosent stilling, så har de oppfylt loven. I så fall er det nødvendig med en omformulering av loven. Vi mener at alle gravide skal ha et reelt valg om å få svangerskapsomsorg hos lege eller jordmor. I Trondheim er det alt for få kommunale jordmødre i forhold til antallet gravide. Så vidt vi vet er det heller ingen privatpraktiserende jordmødre.

«Kommunaldirektør i Trondheim, Jorid Midtlyng, mener at om ikke alle kan gå til jordmor, så kan man få den informasjonen man trenger hos fastlegen.

- Vi har en brukbar jordmorkapasitet, den er jo mindre enn behovet, men oppfølginga kan annet helsepersonell også bistå med, sier Midtlyng.»³⁷

«Spørsmålet om du har rett til jordmoroppfølging, er ikke lett å gi et klart svar på. Det som er klart er at kommunen har plikt til å ha en jordmortjeneste. Dette følger av kommunehelsetjensteloven. Det er imidlertid ikke en direkte korresponderende rettighetsbestemmelse som sier at den enkelte kvinne har rett til jordmoroppfølging. Det man har rett til er nødvendig helsehjelp fra kommunen. Det følger av pasientrettighetsloven § 2-1 og kommunehelsetjensteloven § 2-1. Dette

³⁷ http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_trondelag/1.2091448

innebærer en rett til å få forsvarlig svangerskapsomsorg, men retten vil kunne oppfylles av annet helsepersonell som for eksempel en lege. Retten til nødvendig helsehjelp innebærer ikke rett på en optimal oppfølging, men at oppfølgingen holder et forsvarlig nivå. Det bør selvsagt være målet å gi en optimal oppfølging og da helst hos en jordmor når pasienten ønsker det, men dette er som hovedregel ikke en juridisk rett.»³⁸

«Vi har ca. 7 stillinger til jordmor i Trondheim, og det dekker ikke behovet slik at alle gravide kan få samtale med jordmor. Derfor må kommunen prioritere jordmorressursen til de gravide, som har problemer i svangerskapet med psykososiale problemer eller har andre komplikasjoner i svangerskapet.»³⁹

« Oppfølging av jordmor i svangerskapet.

Kommunehelsetjenesteloven og nasjonale retningslinjer for oppfølging i svangerskapet gir føringer på at kommunen skal gi de gravide en god svangerskapsomsorg med oppfølging av jordmor og lege, og du kan velge hvem som følger deg opp av legen eller jordmor. Konsultasjonene hos lege og jordmor er redusert i forhold til tidligere retningslinjer da myndighetene ønsker å fokusere på at svangerskap vanligvis er normalt og ikke forbundet med sykdom.

Prioritering av ressurser

I oppfølgingen i svangerskapet må kommunen prioritere jordmorressursene til de som har komplikasjoner av medisinsk eller psykososiale grunner, slike jeg skrev i forrige mail til deg. Selv om vi har en godt utbygd helsetjeneste, må vi prioritere hjelp til de som trenger det mest. Vi skal gi faglig forsvarlige tjenester til alle, og det innebærer at noen trenger tett oppfølging i svangerskapet for at mor og barn og familie skal få en så god start som mulig.

Når kommunen har 7 jordmorstillinger, dekker det omsorgen til de kvinner som har kompliserte svangerskap, men ikke til alle som er gravide, som du har erfart. Det er en prioritering bystyret har gjort ved at ressursene brukes til de som trenger det mest»⁴⁰

Disse sitatene viser at det er nødvendig med en innstramming slik at kommunene blir lovpålagt å ha en jordmortjeneste som dekker behovet, ikke kun det antall stillinger og stillingsstørrelser som de finner for godt.

Finansiering

Angående trygderefusjon og takster mener vi at finansiering av jordmortjenesten må organiseres slik at jordmødrene får anledning til å utføre arbeidet på en måte som tilfredsstillende både dem og brukerne. Jordmødre er en viktig del av det primær- og sekundærforebyggende arbeidet i kommunen.

Kartlegging av 2003⁴¹

Tallene som blir referert fra undersøkelsen som ble foretatt i 2003 sier ingenting om stillingsprosent og dekningsgrad. Antallet stillinger og størrelsen på disse må sees i forhold

³⁸ E-post av 3/8/2007, fra Åsmund Edvardsen, Seniorrådgiver/jurist, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Sosial- og helseavdelingen/Helsetilsynet i Sør-Trøndelag

³⁹ E-post av 3/11/2007, fra Mette Harriet Berntsen, rådmannens fagstab.

⁴⁰ E-post av 3/22/2007, fra Mette Harriet Berntsen, rådmannens fagstab.

⁴¹ Side 11, avsnitt 3-5

til behovet. Dekker én jordmor behovet i en kommune er tilbudet tilstrekkelig. Er det imidlertid oppgaver nok til to jordmødre er ikke tilbudet godt nok.

Mange kommuner har jordmor i så lav stillingsprosent at stillingen blir for lite attraktiv. Det trengs større stillingsprosent for å gjøre stillingen attraktiv og slik rekruttere jordmødre også til Distrikts-Norge. Samarbeid om stillinger med lokale helseforetak som skissert tidligere er en mulighet. Stillingsprosentene kan også økes ved at jordmor får oppgaver i tillegg til svangerskapskontroller:

- ✓ Arbeidsplassbesøk og veiledning i samråd med arbeidstaker/arbeidsgiver
- ✓ Prevensjonsveiledning, taking av celleprøver, tilpassing av pessar, innsetting av spiral
- ✓ Prevensjons- og seksualundervisning i skolen. Det er en pågående debatt om lærere er kvalifisert til denne type undervisning eller om annet fagpersonell burde hentes inn.

I flere kommuner med lave fødselstall har de likevel prioritert å ha jordmor i full stilling. Dette har vært mulig bl.a. fordi hun har fått flere oppgaver enn kun svangerskapskontroller. Hvis jordmor får oppgaver som favner flere grupper enn de gravide, slik som prevensjonsveiledning og celleprøvetakning, vil hun komme i kontakt med mange av kommunens kvinner i fruktbar alder, og dermed ha et godt utgangspunkt når de gravide kommer til henne.

Mulige tiltak

I tillegg til punkter nevnt over og tiltakene departementet foreslår, mener vi følgende bør gjennomføres:

- Samarbeid med sykehusene, både ved deling av stillinger/kjøp av tjenester og ved evt. tidlige hjemreiser.
- Skal kommunejordmordekningen økes vil det sannsynligvis bety at vi har en nasjonal manko på jordmødre. Derfor må utdannelsene styrkes og arbeidsvilkårene bli så gode at folk blir i stillingene sine så lenge som mulig.

5.6 Transport av fødende s. 12

Lovfesting av følgetjeneste

Vi er helt på linje med Sosialkomiteen og mener at følgetjeneste er nødvendig der hvor avstanden til fødestedet overstiger 1 times reisevei.⁴² Følgetjeneste bør lovfestes og den skal ikke bare være definert i forhold til beregnet reisetid, men også ifht usikkerhetsmomenter som ferge, rasfare, kolonnekjøring etc. Det bør også gjøres en individuell vurdering om det er spesiell risiko for rask fødsel. Dette kan sikres ved hjemmebesøk av jordmor før fødekvinnen

⁴² Side 12, avsnitt 2.

sendes i transport. Følgetjeneste bør være et felles ansvar for kommunal- og spesialisthelse-tjeneste, slik at kontinuitet sikres for fødekvinnen.

Det må avklares hvem som skal ha ansvar for transport av nybakte foreldre som ønsker å overflyttes fra fødeavdeling til lokal fødestue for å tilbringe de første dagene av barsel der.

Fødsel i transport

Dere skriver «*Selv ommange gravide har lang reisevei til fødested i Norge, skjer mindre enn 1 % av fødslene som hjemmefødsel eller transportfødsel*»⁴³ og presenterer forklaringer på dette. En viktig forklaring som dere ikke nevner er at stress o.a. forhold som følge av transporten kan føre til at fødselen stopper opp. Dermed blir en fødsel som kanskje kunne vært over på 6 timer normalt, forlenget/utsatt med mange timer og kanskje flere døgn.

Dessuten blir sannsynligvis en del gravide som er selektert til fødeavdeling «omdirigert» til nærmeste fødestue fordi ansvarlig helsepersonell vurderer situasjonen til at de ikke vil rekke fram og at det derfor er bedre å føde på fødestue enn i transport.

Følgetjenestens kompetanse

«*I forhold til transportberedskap for gravide/fødende er et sentralt spørsmål hvilken kompetanse som er nødvendig for en faglig forsvarlig tjeneste. Må beredskapen ivaretas av jordmødre, eller kan den ivaretas av legevaktsleger og ambulanspersonale?*»⁴⁴ Det bør være en forutsetning at alt ambulanspersonell hvor man kan forvente at man kommer i kontakt med fødekvinner har relevant faglig bakgrunn for dette. Gjennom manualer, retningslinjer og mulighet for kontakt med sentral. Selv om en følgetjeneste er planlagt vil det inntreffe tilfeller hvor ambulanspersonell vil måtte håndtere fødsler uten jordmor. Kompetansehevende tiltak blir svært viktig i denne sammenhengen. Det optimale vil dog være at jordmor står for følgetjenesten. Det vil oppleves tryggere for den fødende om jordmor er med, enn om hun bare har ambulanspersonell å støtte seg på. Jordmor vil være førstevalget, men noe helsepersonell er bedre enn ingenting. For at ambulanspersonell skal kunne yte en faglig forsvarlig tjeneste på linje med førstevalget, vil opplæringen bli så kostbar at vi stiller spørsmål ved om dette er økonomisk lønnsomt.

«*Sjeldne behov kan også tale for mer fleksible løsninger enn døgkontinuerlig beredskap, for eksempel i form av at det organiseres beredskap rundt tidspunkt der fødsler er forventet, og da i samsvar med den gravides risikonivå.*»⁴⁵ Dette høres ut som en meget fornuftig løsning.

Mulige tiltak

I tillegg til foreslåtte tiltak foreslår vi:

⁴³ Side 12, avsnitt 4.

⁴⁴ Side 13, avsnitt 1.

⁴⁵ ibid

- Økte vakttillegg for jordmor som gjør det attraktivt å påta seg vaktansvar ifht følgetjeneste.
- Ordning med bakvakt i de situasjoner hvor flere kvinner kan forventes å gå i fødsel samtidig.
- Tilgjengelige transportløsninger også når lokal ambulanse er på annet oppdrag. Jf. helikoptersituasjon i deler av Finnmark, hvor transport av pasienter mellom sykehus reduserer beredskap for akuttransport.

5.7 Fødselsomsorg s. 13

5.7.1 Struktur i fødselsomsorgen s. 13

Se også innspill fra vår avdeling i Nordland (vedlegg).

Det er bra at Regjeringen ikke vil legge ned sykehus, men vi hadde helst sett at det eksplisitt sto «ingen fødeavdelinger skal stenges eller omgjøres og ingen fødestuer skal nedlegges, uten at dette er et ønske fra lokalbefolkningen». Vi er helt enig i påstanden «*det er viktig med gode lokale prosesser og lokal forankring*» og vil gjerne vite hvordan dette kan sikres.

Vi har flere ganger fått høre at det er vanskelig å rekruttere fødselsleger og vi forstår at man ikke kan drive forsvarlig uten leger eller med kun (utenlandske) vikarer. Men vi vil gjerne vite hva som er gjort for å rekruttere leger. Stadig trussel om nedlegging/degradering gir utrygge arbeidsforhold og dermed dårlig utgangspunkt for rekruttering. Se også punkt Rekruttering av leger under 5.2 og 5.10.

Som lekfolk kan ikke vi avgjøre hvorvidt det er mulig å selektere rett. Men vi mener det bør være mulig å få til studier av dette. Vi forstår at det er vanskelig å foreta kontrollerte, sammenlignbare studier. Likevel bør det være mulig å hente ut data som gir oss et klarere bilde. Alle fødsler i fødestue og frivillige hjemmefødsler bør vurderes i samråd med pasienten,. Var seleksjonen riktig? Skjedde det ting i slutten av svangerskapet som burde endret selekteringsnivåer? Fantest det risikofaktorer som var oversett? Førte uforutsette hendelser under fødselen til fare for mor og barn? Var det hendelser eller annet som kunne utgjort en fare? Gjorde jordmor eller andre helsepersonell feil? Hva kunne vært gjort annerledes før og underveis i fødselen? Utgjorde holdninger hos jordmor noen fare, for eksempel ønsket hun en normal vaginal fødsel så sterkt at hun venta for lenge med å tilkalle hjelp, gripe inn eller lignende?

Vi vil også gjerne se studier som avdekker hvorvidt risikoen for komplikasjoner og inngripen er større ved en fødeavdeling enn ved en fødestue eller hjemmefødsel. Vi mistenker at dette kan være tilfelle der hvor stressnivået blant personalet og de fødende er svært høyt.

Vi finner det underlig at «*seleksjonskriteriene for lavrisikofødende er ulike mellom fødeenheter*»⁴⁶. Det må være mulig å gjøre studier som kan føre fram til en slags konklusjon og standardisere seleksjonskriterier.

Vi er enige i følgende avsnitt, som begynner med «*Når man skal legge opp et fødetilbud for en lokalbefolkning, er det viktig at alle fødende får et kvalitetsmessig godt og tilgjengelig tilbud*»⁴⁷. Men vi vil påpeke at det ikke holder at kvinnen *kan* føde på fødestue, hun må også *tørre* og *ville* det.

Vi støtter de tiltak nevnt i avsnitt 3 side 16. Sikring av faglig kompetanse ved andre måter enn kvantitet bør være mulig. Der hvor antall fødsler er for lavt til å ivareta nødvendig faglig standard bør rotasjon av personalet mellom større og mindre avdelinger, faglige tilbud og nettverksbygging kunne bidra til å sikre god faglig standard. Hospitering kan bety en belastning for den enkelte arbeidstaker og vedkommendes familie, men kan også sees på som en mulighet til givende oppdatering. Kanskje kan ordninger slik som oljearbeidere har det bidra til å redusere belastningen: 1-2 uker intens jobbing før 1 uke helt fri hjemme.

Vi synes tiltakene som er foreslått under kapittelet er svært gode og gir godt grunnlag for å sikre et differensiert fødetilbud også for distriktet.

I tillegg til disse avsnitt-for-avsnitt kommentarene vil vi understreke følgende:⁴⁸

Det beste er om fødeavdelinger og fødestuer får bestå som de er. Men hvis det er helt umulig å få tak i fagfolk, selv etter de tiltak vi foreslår, slik at driften er faglig uforsvarlig og enormt kostnadskreven, er det bedre å legge ned driften. Men, før man legger ned må følgende tjenester være på plass for kvinner som ikke kan føde lokalt:

- Det må være jordmorberedskap døgntilgjengelig, med bakvakter. Jordmor skal helst komme hjem til kvinner som tror de er i fødsel for å undersøke dem. Evt. kan den gravide og jordmor møtes på fødestue eller et annet egnet sted.
- Ambulansetjenesten (vei, vann og luft) må ha god nok kapasitet til at kvinner får forsvarlig transport, og samferdselsforholdene må være gode nok til at transport er forsvarlig (eks. ferge som kan gå utenom rutetidene for å frakte sykebil).
- Jordmorberedskapen må være god nok til at alle som trenger eller ønsker det får følgetjeneste. De som ikke trenger følgetjeneste somatisk-medisinsk, men som ønsker det, trenger den likevel psykisk for å oppnå den trygghet de trenger for å forebygge komplikasjoner.
- Transport av far eller annen ledsager må ordnes og betales av det offentlige. Hvorvidt han kan være med på fødselen skal ikke avhenge av parets personlige økonomi.
- Transport hjem igjen, evt. til lokal fødestue for barselopphold må besørges av det offentlige.

⁴⁶ Side 15, avsnitt 2.

⁴⁷ Side 15, avsnitt 3.

⁴⁸ Også levert som en del av Lokalsykehusaksjonen i Narviks høringsuttalelse.

- Overnatting ved fødested i forkant av risikofødsel, ved fødsler som stopper opp og for far/ledsager etter en fødsel må besørges av det offentlige.
- Ved lange hotell/sykehusopphold langt fra hjemstedet må sykehuset være behjelpelig med midlertidig boløsninger for familien, og barnepass av evt. søsken. Dette kan for eksempel skje i samarbeid med frivillige organisasjoner som allerede eksisterer eller den vi skisserer i punkt 3.3.6 .

5.7.2 Differensiert fødselsomsorg i større fødeavdelinger s. 17

Kapittelet er for kort

Vi mener at differensiert fødselsomsorg i større fødeavdelinger er både veldig interessant og veldig viktig. Vi synes derfor det er skuffende at dette ikke omtales nærmere i Problemnotatet. Vi skulle gjerne sett en nærmere beskrivelse av de ulike modellene, en evaluering av disse – herunder brukertilfredshet og en vurdering av hvorvidt slike modeller bør innføres flere steder. Hvor er brukerne mest fornøyd og hvorfor det? Hva er de ikke fornøyde med? Hva blir gjort på de enkelte avdelingene for å kvalitetssikre det daglige arbeidet og selekteringen? Hvordan er samarbeidet med de(n) normale fødeavdelingen(e) og hvordan ser sykehusets ledelse på den alternative avdelingen? Hvordan er resultatene – økonomisk og faglig på disse enhetene vs. de normale? Hvor populære er enhetene blant brukerne og hvor godt er de markedsført?

Eksempel på ulik organisering: Foregår svangerskapskontrollene på enheten eller som vanlig i kommunen? Er brukeren sikret å få en kjent jordmor ved fødselen? Er det kontinuitet? Er faste leger knyttet opp til enheten?^Q

Informasjon, veiledning og god kommunikasjon med brukeren

«En forutsetning for at en slik differensiering skal være kvalitetsmessig god, er god faglig kompetanse, korrekt utvelgelse, avklarte ansvarsforhold, god kommunikasjon, tett samarbeid mellom helsepersonell og god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.»⁴⁹

Andre forutsetninger er informasjon, veiledning og god kommunikasjon med brukeren, der brukerens opplevelser blir tatt på alvor og hørt! Kontinuitet i oppfølgingen av den gravide under svangerskap og fødsel kan sikre at riktig utvelgelse skjer.

Mulige tiltak

I tillegg til foreslåtte tiltak foreslås:

- Opprettelse av lavrisikoenheter innen fødeavdelingen, jf. «Mykstua» på Rikshospitalet. Organisere virksomheten internt slik at deler av avdelingen er jordmorstyrt,

⁴⁹ Side 17, siste avsnitt.

men med mulighet for umiddelbar overføring til legestyrt enhet uten forsinkelser (rød/grønn gruppe osv).

- Markedsføre det alternative enhetene bedre blant brukere og førstelinjetjenesten, bygge ned evt. fordommer. Kvinnene skal ha mulighet til å ta *informerte* valg om hvor de ønsker å føde.
- Finne ut hvilke modeller som fungerer beste og innføre disse – i samarbeid med ansatte og brukere lokalt – på alle fødeavdelinger.
- Studere hvorvidt kontinuitet sikrer rett utvelgelse.

5.7.3 Samhandling i fødselsomsorgen

Vi vil framheve følgende setning som svært viktig: «*God kommunikasjon og samhandling mellom de ulike faglige aktørene som deltar i fødselsomsorgen innenfor spesialisthelse-tjenesten er en forutsetning for faglig gode og trygge tjenester.*» En masterstudent i sosialantropologi hadde sitt feltarbeid ved fødeavdelingen på Ullevål. Han skriver bl.a.:

«Dette kapittelet beskriver et jobbseminar som blir brukt for å problematisere identitetsprosesser og kommunikasjonen av makt i moderne organisasjoner. Jobbseminaret ble satt opp for de ansatte ved fødeavdelingen i regi av ledelsen ved divisjonen. Det er mange leger som har sitt daglige virke der og det er til sammen ansatt 18 leger fordelt på begge fødeavdelingene. Da jeg spurte en jordmor om hvorfor det ikke var noen leger til stede ved seminaret svarte hun at hun ikke visste hvorfor. Hun mente at det hadde vært en fordel om de kjente hverandre bedre på tvers av profesjonene, slik at de kanskje kunne kommunisere bedre. (...)

Rommet var i så måte delt inn i to, mellom scene og publikum. Helt fremst satt foredragsholderne. Dette var divisjonsdirektøren, mellomledere og avdelingsjordmor. Like før foredragsholderne skulle begynne sa en mellomleder at det hadde vært utbrudd av MRSA19 på en avdeling i fjerde etasje på sykehuset for noen dager siden. Hele etasjen måtte stenges og vaskes ned. Likedan måtte pasienthotellet også vaskes ned fordi pasienten som var bærer av smitten hadde oppholdt seg der også. En jordmor som hadde bistått den nybakte moren med amming hadde blitt smittet av bakterien. Da dette ble kjent blant tilhørerne begynte folk «å snakke». Noen snakket lavt og så spørrende på hverandre langs rekkene. Andre var mer høylydte og stilte spørsmål direkte til kvinnen som hadde «plumpet ut» med nyheten. Mellomlederen svarte lettere irritert; «Jeg burde vel kanskje ikke ha sagt noe» da hun merket at det oppstod oppstyr blant tilhørerne. Barnepleieren som satt ved siden av meg svarte lettere fortvilet; «Dere må jo fortelle oss ting! Dere må jo fortelle oss hva som skjer!» (...)

Antropolog: «Hva synes du om mellomlederens foredrag?» Barnepleier: «Han med grafene? Nei han var ingenting. Han var ung og oppadstormende han.» Jordmor: «Han mellomsjefen virket jo som om han levde i en annen verden enn oss han.»⁵⁰

Disse eksemplene illustrerer noe av problemene og departementet må sørge for at tiltak for å forbedre kommunikasjonen mellom kolleger styrkes. Dårlig kommunikasjon vil i verste fall få konsekvenser for brukernes liv og helse.

«*I slike medisinske akutsituasjoner må faglige rutiner og ansvarsforhold være avklart og samarbeidet fungere. God kommunikasjon og samhandling er ikke minst viktig for å avverge akutsituasjoner ved at faresignaler fanges opp tidlig og håndteres på en adekvat måte.*» Her

⁵⁰ Side 69-70 og 76. <http://www.altern.no/opprop/filer/masteroppgave.pdf>

er det mye å hente. Jf. artikler i Tidsskrift for den Norske Legeforening nr. 20/2007.⁵¹ Rutiner for kommunikasjon og risikovurdering må være etablerte og velkjente i avdelingen, og forutsettes å fungere uavhengig av bemanning. Ressursene må være tilstrekkelig til at nødvendig kollegakonsultasjon og skriftlig dokumentasjon kan skje underveis i fødselsforløpet. Avvik fra rutiner må dokumenteres skriftlig, slik at man senere kan se hvorfor rutiner ikke ble fulgt. Det må finnes et system som ivaretar rapportering av «uheldige hendelser» og avvik uten at dette oppfattes som et sladre-system. Et hvert avvik bør danne grunnlag for forbedring og derfor dokumenteres grundig. Vi trenger en kompromissløs varslingskultur – bare sånn kan alle bli bedre på det de gjør!

Sykehus som mer eller mindre bevisst unnlater å rapportere avvik til helsetilsynet må straffes. Ved å ta de små feilene på alvor og lære av disse minsker sjansen for å gjøre alvorlige og fatale feil.

Kommunikasjon med den fødende er avgjørende. Mange av de historier vi mottar som brukergruppe er eksempler på tilfeller der den fødendes informasjon og opplevelser ikke er blitt hørt eller tatt hensyn til, og hvor beslutninger er tatt uten at den fødende tas med på råd. Dette har ført til nestenulykker.

Vi mener at kontinuitet vil øke sjansen for at brukerne blir hørt og respektert, ganske enkelt fordi man bedre forstår og respekterer mennesker man kjenner enn dem man ikke kjenner. Vi etterlyser studier om denne sammenhengen.

Rutinene må sikre lik handling uavhengig av personene som innehar de ulike rollene, og ansvarsforholdet må være avklart. Brudd på prosedyrer må få konsekvenser for den ansatte. For eksempel skal ikke en lege på bakvakt kunne nekte å rykke ut når han/hun blir tilkalt, selv om det er av en underordnet, dvs. i mange tilfeller jordmor.

I tillegg til foreslåtte tiltak foreslås:

- Krav om tilstrekkelig bemanning. Her finnes det per i dag ingen nasjonal standard for hva som er tilstrekkelig bemanning ifht antall fødsler. Dette innebærer store lokale forskjeller. Det må være nok folk på vakt og i bakvakt til å ivareta medisinsk forsvarlighet. Der hvor avvik oppstår fordi man ikke har tid til å snakke sammen er det åpenbart at bemanningen ikke er tilstrekkelig. Bedre dokumentasjon av avvik vil kunne bidra til å eksemplifisere hvorvidt bemanningen er tilstrekkelig eller ikke.
- Tilbud om etter- og videreutdanning for helsepersonellet. Jobbe konkret med bevisstgjøring i fht. kommunikasjon.
- Kollegaveiledning og veiledning av personale som ofte havner i kommunikasjonskonflikt med pasient eller som på annen måte ikke utfører arbeidsoppgavene tilfredsstillende. Hvis det ikke vises noen bedring må personen fjernes fra stillingen for en kortere periode eller permanent.

⁵¹ http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa.It.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1598919,
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa.It.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1599444,
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa.It.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1601208,
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa.It.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1604593

- Rutiner og krav om dokumentasjon av avvik. Der hvor avvik ikke meldes bør dette få konsekvenser både for helsepersonell og foretak. (Elektronisk varslingsystem tilgjengelig for alle ansatte, jf. nylig innført system ved Ullevål Sykehus.)
- Lavere terskel for helsetilsyn og arbeidstilsyn som kvalitetssikrende tiltak.

5.7.4 Kapasitet i fødselsomsorgen s. 19

«Dette har skapt debatt om i hvilken grad det er for liten samlet kapasitet innenfor fødselsomsorgen i Oslo-området som følge av at man ikke har tatt hensyn til sentraliseringen av fødsler de senere årene ved utformingen av tilbudet, eller om det er et uttrykk for at fordelingen av kapasiteten på de ulike institusjoner ikke er i samsvar med brukernes ønsker, slik at det oppleves som en innskrenkning i retten til fritt sykehusvalg.»

Det var dette problemet, kombinert med ingen informasjon til brukerne om situasjonen, som satte i gang Aksjon mot fødekaos. Vi vil her kort gjenta det vi har sagt i snart to år.⁵² (Hoved)problemet er *ikke* fritt sykehusvalg. Problemet er den totale kapasiteten. Det var en periode at fritt sykehusvalg gjorde vondt verre fordi fylkeslegen på Ulllevål å gi fødeplass til flere enn de hadde kapasitet til. Men Ulllevål har avvist fødende både før og etter denne perioden. I tillegg har fødende i Oslo og Akershus opplevd å ikke bli avvist, men likevel ikke få den hjelp de trenger pga. stress og for få rom og ansatte.⁵³

Nasjonale standarder

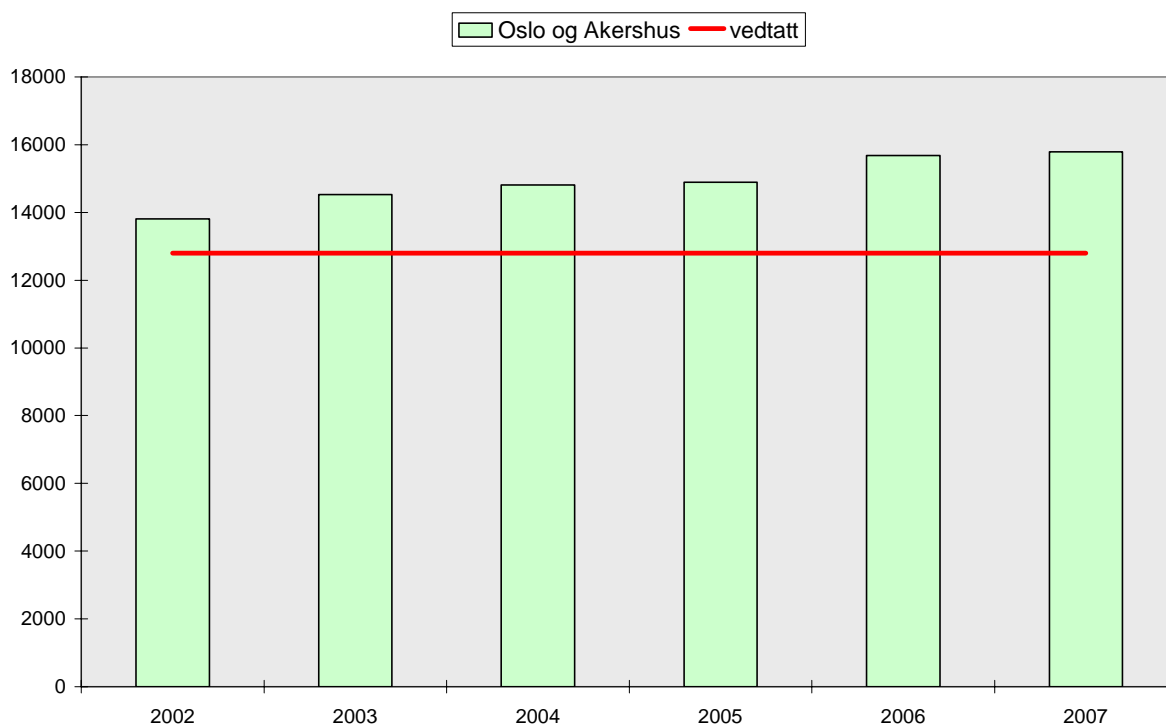
Vi etterlyser nasjonale standarder som sier hvor mange rom og ansatte en fødeavdeling må ha for eksempel per 500 fødende. Departementet må også avgjøre hvor vidt sykehusene/områdene skal ha kapasitet til å ta unna toppene (for eksempel ved å etablere fleksible rom og bakvaktordninger) eller om de kun skal ha kapasitet til gjennomsnittet. Hvis svaret er det siste, hvor skal i tilfelle toppene føde? Hjemme på badet? På parkeringsplassen? I Oslo har vi eksempler på begge deler som en direkte følge av avvisning ved Ulllevål. Retningslinjene bør også avgjøre hvorvidt sykehusene kan videresende kvinner i fødsel uten å undersøke dem.

Kapasiteten er for lav

Vi vil atter en gang bevise at kapasiteten er for lav i Oslo og omegn med følgende regnestykke, som tydelig viser differansen mellom vedtatt kapasitet og antall fødsler, i henholdsvis Oslo og Akershus, Østfold og totalt for de tre fylkene:

⁵² For mer informasjon, se våre nettsider, spesielt: <http://www.altern.no/opprop/oslo/kapasitet.html> og <http://www.altern.no/opprop/filer/apent-brev.pdf>

⁵³ Her er bare én av mange historier vi har fått. Merk at dette var før fritt sykehusvalg var et problem: «Jeg fødte på Ulllevål i 2002. Da det stod mennesker i gangen og ventet på å føde, ble jeg klippet opp og barnet sugd ut når jeg var 9 cm på vei. Jeg fikk ikke lov å bruke den tiden som min "normale fødsel" skulle ta fordi det var andre som trengte fødestuen. Helt ufattelig at sykehuset og jordmoren/legen kunne tillot seg en slik behandling.»



	Vedtatt kapasitet	Antall fødsler					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Oslo og Akershus	12.800**	13.812	14.525	14.811	14.889	15.678	15.784
Østfold	3.400	2.861	2.804	2.807	2.733	2.937	2.810
Totalt	16.200	16.673	17.329	17.618	17.622	18.615	18.594

*) Estimert utfra differansen mellom første halvår i 2007 og 2006.

***) Kapasiteten i Oslo og Akershus ble økt med 100 sommeren 2006 og med 300 mer sommeren 2007. Denne økningen vil først få full effekt i 2008.

I tillegg til regnestykket vil vi påpeke følgende: De ansvarlige, Helse Øst – nå Helse Sør Øst, hevder at kapasiteten er god nok. Det kan bare bety at de mener at man i 2003, da fødeplassene ble fordelt etter nedleggelsen av Aker, hadde en overkapasitet. Det mener helseforetaket i dag at man ikke skal ha, det skal kun være kapasitet til gjennomsnittet.

Ansvar uten konsekvens

Det som er mest skremmende med situasjonen i Oslo er at de ansvarlige, Helse Øst (nå Sør Øst), ikke på noen måte må stå til ansvar for at de ikke har gjort jobben de er satt til å gjøre. Prosjektrapporten⁵⁴ som dannet grunnlaget for nedleggelsen av fødeavdelingen på Aker har flere store feil og mangler. Bl.a. henvises det til vedlegg som ikke finnes og statistikken som er gjengitt er ikke fullstendig. SSB hadde ulike prognoser, som viste både vekst og fall i fødselstallene, men prosjektgruppen ignorerte prognosene som spådde vekst.⁵⁵

⁵⁴ Denne er ført i pennen av Gunnvor Ånestad og ligger tilgjengelig på <http://www.helse-ost.no/showimage.asp?iEntityId=429>

⁵⁵ Se statistikken m.m. <http://www.altern.no/opp/prop/oslo/kapasitet.html#Framskrivingene>

Helse Øst har en plikt til å overvåke fødselskapasiteten, jf. foretaksmøtet 6. november 2003:

Det er fra flere hold uttrykt bekymring om at reduksjon i antall fødeinstitusjoner i hovedstadsområdet vil kunne føre til kapasitetsproblemer i perioder med et høyt antall fødende. Også Nasjonalt råd for fødselsomsorg påpeker at det er nødvendig å planlegge slik at det er tilstrekkelig kapasitet totalt når antallet fødeinstitusjoner i Oslo reduseres. Helsedepartementet legger til grunn at Helse Øst overvåker utviklingen nøye, slik at det er tilstrekkelig kapasitet til å håndtere svingningene i fødselstallet.⁵⁶

Helse Øst hevder at det ikke er deres jobb å overvåke, men at sykehusene skal sørge for det er forsvarlig drift. Men hvis det ikke er det regionale helseforetaket som skal ha det overordna ansvar for å følge med på fødselsstatistikken og prognosene, hvem skal da gjøre det?

Hvorfor har ikke departementet sjekket om Helse Øst har gjort som de er pålagt? Hvorfor er ikke foretaket straffet for ikke å ha gjort som departementet påla dem? Vi etterlyser rutiner som sørger for at brudd på pålegg m.m. får konsekvenser for de ansvarlige.

Uoverensstemmelser mellom Rikshospitalet og Ullevål

Det har i flere år vært uoverensstemmelser mellom Rikshospitalet og Ullevål, Helse Sør og Helse Øst om bl.a. finansiering av pasienter. Dette har gått ut over de fødende i Oslo. Vi har ved flere anledninger fått helt ulike tall fra Rikshospitalet og Helse Øst på hvor mange Helse Øst-fødende sykehuset har forpliktet seg til å ta imot. Dette bør nå ha løst seg gjennom sammenslåingen til Helse Sør Øst⁵⁷. Likevel mener vi situasjonen vitner om at det i de eksisterende helseforetak arbeider folk som ikke gjør jobben sin godt nok. Kanskje hadde det vært bedre å fjerne disse menneskene og ansette noen som var mer løsningsorienterte, noen som kunne lage avtaler som ble holdt? Igjen etterlyser vi konsekvenser for de ansvarlige menneskene.

Mulige tiltak

- *«De regionale helseforetakene må etablere systemer for å fange opp endret kapasitetsbehov i fødselsomsorgen som følge av demografiske endringer»* Hvis de ikke gjør dette må departementet, helsetilsynet eller andre kunne gripe inn og instruere, samt at dette må få konsekvenser for de ansvarlige.
- *«De gravide må få god informasjon om den praktiske betydning av fritt sykehusvalg for fødende.»* Fødeavdelingen bør begrunne sitt avslag om fødeplass overfor kvinnen og informere om andre valgmuligheter. Informasjon er helt essensielt: Problemet

⁵⁶ Se http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/brev/042071-990277/dok-bn.html

⁵⁷ Vi har ikke konkludert om reformen er godt eller dårlig nytt. Men vi er skeptiske til hastverket og har merket oss at fagforeningene er negative. Ved omorganiseringer bør alltid de involverte føle eierskap til prosessene, og jo høyere konfliktnivået er, desto viktigere er det å bruke god tid. Vi er overbevist om at de aller fleste sykehusansatte forsøker å gjøre en best mulig jobb, men med slike arbeidsforhold de har, kan vi forstå om det går utover arbeidslyst og -moral. Og hvem vil det gå ut over? Pasientene.

våren 06 var bl.a. at man ikke ble varslet om at det var overbooket, og dermed ikke hadde mulighet til å selv velge et annet fødested.

- Informasjon om tilgjengelige valgmuligheter.
- Fordi de aller fleste gravide har første kontroll hos fastlegen og at man bør søke fødeplass så fort som mulig, er det viktig at allmennlegene vet om hvilke fødeavdelinger som finnes og hva de har å tilby.
- Nasjonale definisjoner på kapasitet, herunder avklaring på om man skal ha kapasitet i forhold til toppene eller gjennomsnittet.

5.8 Barselomsorg s. 19

«I Norge har det vært vanlig at mor og barn tilbringer de første dagene av barselperioden i sykehus, selv etter normale fødsler.(...) praksis har også vært begrunnet ut fra et forebyggende og sosialt perspektiv (mor trenger å hvile ut og komme i gang med amming).»

Hvorfor er dette aspektet svekket? Hvorfor får kvinner i dag kun ligge på sykehuset i et par dager? Er dette virkelig *først og fremst* faglig begrunnet (mor klarer ikke hvile på sykehuset, hviler bedre hjemme, trenger ikke hvile, klarer ammingen på egen hånd) eller er dette egentlig mest økonomisk motivert? Sykehusene sparer jo penger på færre liggedøgn og mindre «sørvis» de døgnene kvinnen er på sykehuset: dvs. lav bemanning og lite avlastning og veiledning. Hvilke personlige og samfunnsøkonomiske kostnader får denne innsparingen i etterkant?

«Liggetid på 2-3 dager timer innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang, og det vil fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus.» Vår erfaring er at mange kvinner reiser hjem før de er tilstrekkelig trygget på egen rolle. Informasjon og veiledning både underveis i svangerskapet og i barseltida kan bedre dette og gjøre det tryggere for bruker å reise hjem. Kontaktinformasjon tilbake til avdelingen er også viktig som tryggende tiltak, og terskelen for å ta kontakt må være lav, døgnet rundt. Ammepoliklinikker m.m har dessverre ofte redusert åpningstid.

I stedet for å basere tjenesten på at kvinnen i en sårbar barselsituasjon skal komme seg tilbake til fødeavdelingens poliklinikk bør det etableres et tettere samarbeid med helsestasjonen og en ambulerende tjeneste, slik man har forsøkt enkelte steder. Ammehjelpen som frivillig organisasjon utgjør en stor ressurs for barselkvinner. Vi mener at lokale helseforetak og helsestasjoner med fordel kan samarbeide med Ammehjelpen og slik etablere et mer fleksibelt og tilgjengelig tilbud.

«det vil fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus. Sykehusene har iverksatt tiltak for å møte dette behovet» Dette er ikke vår erfaring. Flere steder er antallet liggedøgn redusert, uten at sykehusene har kompensert tilstrekkelig for dette. Når i tillegg kapasiteten hos jordmødre og helsesøstre er sprengt skrives barselkvinnene ut til et fraværende eller svært mangelfullt tilbud.

«Oppfølgingen skjer vesentlig ved helsesøster. Jordmor har tradisjonelt ikke spilt en stor rolle i helsestasjonens oppfølging i barseltiden.» Vi mener det er svært viktig at jordmor spiller en aktiv rolle også i barseltiden. Det er hun som er spesialisten på fødekvinnens kropp, helsesøsters hovedoppgave er barnet. Mor trenger også oppfølging i barseltiden, ikke bare barnet. Med samme jordmor i svangerskapet og i barseltiden vil tjenestene bli bedre og jordmor vil kjenne til evt. risikofaktorer og kunne forebygge. En heldig «bivirkning» vil være at dette øker jordmors arbeidsoppgaver slik at små kommuner kan tilby jordmødrene større stillinger.

«Kortere liggetid i barselavdeling stiller større krav til oppfølging av mor, barn og familie etter hjemkomst enn når mor og barn lå nærmere en uke i barselavdeling. Et sentralt spørsmål er hvordan denne oppfølgingen bør organiseres.» Vi mener at kontinuitet gjennom team vil være den beste løsningen. Disse teamene, inkl. husmorvikar, kan enten organiseres av sykehusene, kommunene eller et samarbeid mellom disse gjennom delte stillinger eller av en ny frivillig organisasjon. I første omgang bør dette innføres som prøveprosjekt i noen områder.

Kommentarer til «Mulige tiltak»:

«Det skal legges til rette for en differensiert barselomsorg. Kvinner som har hatt en normal fødsel, spesielt flergangsfødende, skal kunne reise tidlig hjem fra barselavdelingen (4 - 24 timer etter fødsel) dersom oppfølgingstilbudet er godt nok.» Tidlig hjemreise må være et tilbud – ikke en forventning eller et krav til kvinnen. Mange flergangsfødende har behov for den avlastning som barseloppholdet innebærer.

«Bør kommunehelsetjenesten få en større rolle i denne oppfølgingen enn i dag? Hvordan bør evt. det kommunale tilbudet organiseres?» Gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten om stillinger, samt mulighet for hospitering m.v kan fagkompetanse vedlikeholdes og bedres i kommunehelsetjenesten. Kontinuitet i oppfølgingen er viktig.

5.9 Utdanning og kompetanse s. 21

«Høy og riktig kompetanse hos helsepersonellet er viktig for å sikre høy faglig kvalitet i helsetjenesten. Dette er et lederansvar, i tillegg til at helsepersonell har et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert.» Det må legges tilrette for faglig oppdatering gjennom planleggingen av virksomheten. Personell bør få tilbud om kurs og videreutdanning etter faste rutiner, og det må legges til rette økonomisk og arbeidstidsmessig for at slik faglig oppdatering kan skje.

«Team- og samhandlingskompetanse er en egen form for kompetanse, som i stor grad forutsetter innsikt i helsetjenesten som system, herunder forståelse for de andre leddene i behandlingsskjeden.» Samhandling både mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasient er en forutsetning for en faglig forsvarlig helsetjeneste. Det må finnes tilstrekkelige ressurser til å ivareta samhandling og kommunikasjon. Rett til informasjon og deltakelse i beslutninger er nedfelt i pasientrettighetsloven.

«Helsepersonellutdanningene har ikke i tilstrekkelig grad tatt inn over seg at kvalitet i dagens helsetjeneste i økende grad forutsetter god samhandling mellom flere aktører, og ikke bare god fagspesifikk kompetanse.» Evne til kommunikasjon og samarbeid er en forutsetning for å yte faglig forsvarlig helsehjelp. Helsepersonellutdanningene må få mulighet til å tidlig sortere ut de individer hvor det er åpenbart at vedkommende ikke har de nødvendige forutsetningene for et godt samarbeid med pasienter eller kollegaer. Det må også finnes tilbud om særlig veiledning av studenter hvor man ser at kommunikasjon er en utfordring. **Evne til samarbeide og kommunikasjon er grunnleggende – ikke tilleggskompetanse.**

«Styrke kompetansen om behovene til ikke-vestlige innvandrere, og hvordan behovene bør møtes» Andre grupper med særskilte behov som helsepersonell må vite hvordan de skal håndtere er mennesker med psykiske og/eller sosiale problemer, mennesker utsatt for overgrep og mennesker som lever med fysisk eller psykisk vold i parforholdet, etc.

5.10 Rekruttering av fagpersonell s. 22

Hvis svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal styrkes slik vi forslår og hvis man skal oppfylle allerede eksisterende behov for jordmødre, gynekologer og annet helsepersonell må det utdannes flere. Vi ber derfor departementet se på hva som kan gjøres på medisin- og sykepleierutdanningene for å stimulere til spesialisering innen fødselshjelp.

5.10.1 Rekruttering av fødselsleger s. 22

«I tillegg kommer at jobbmulighet for partner, samt annen tilrettelegging i forhold til familien, kan ha betydning for valg av arbeidssted. Dette tilsier en bred tilnærming til rekrutteringsproblematikken.» Dette er momenter vi mener kan være viktige. Skal man kunne løse rekrutteringsproblemet må man spørre de aktuelle, både gynekologene og medisinstudentene, hva som vil få dem til å jobbe som fødselslege. Hva kan kompensere for negative sider ved jobben?

Vi foreslår at man tenker langsiktig. Enkelte kommuner gir stipend til førskolelærerstudenter for å rekruttere disse til barnehagene. Kunne RHF/HF/sykehusene og vertskommunene hatt lignende ordninger for gynekologistudenter? Finnes det dyktige og skoleflinke ungdommer/studenter fra kommunen som kan oppfordres og støttes i å ta gynekologiutdannelse? Disse vil kunne bety stabil arbeidskraft fordi de flytter *hjem* til sitt eget nettverk. Dette vil være spesielt betydningsfullt hvis de selv stifter familie.

Se også Rekruttering av leger under 5.2.

5.10.2 Rekruttering av jordmødre s. 23

I tillegg til foreslåtte tiltak foreslår vi:

- Nettverk for samarbeid mellom jordmødre i tilstøtende kommuner. Fokus på faglig oppdatering og veiledningsmuligheter. Hospitering ved større fødeenheter for å vedlikeholde kunnskap og motivasjon!

- Vurdere nye oppgaver for jordmor; større og mer differensierte stillinger.
 - Samarbeid med helsesøster om seksualundervisning i skolen.
 - Prevensjonsveiledning og helsestasjon for ungdom.
 - Avlaste legetjenesten, ta celleprøver m.m.
 - Mulighet for å sykemelde. Henvise til fysioterapeut.

Se også tiltak foreslått under punkt 5.4

5.11 Kvalitet og monitorering s. 23

I tillegg til nevnte punkter her og i 5.10 henviser vi til Helga Hodnemyrs innspill, se vedlegg.

En artikkel publisert i Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 20/2007 har sett nærmere på uheldige hendelser ved fødeavdelinger⁵⁸. Artikkelen konkluderer med at årsakene til uheldige hendelser kan deles i fire hovedkategorier: kommunikasjons- og samarbeidssvikt, uklare ansvarsforhold, kompetansesvikt og svikt i organisering av virksomheten. Artikkelen gir viktige innspill ifht kvalitet.

Kommunikasjons- og samarbeidssvikt og uklare ansvarsforhold

De enkelte faggrupper må ha klare funksjonsbeskrivelser som definerer den enkeltes ansvarsområde og stiller krav til kommunikasjon faggrupper imellom. Organisering av virksomheten slik at alt nødvendig personale har direkte tilknytning til avdelingen vil være en fordel. Når ansvarlig lege ikke er til stede i avdelingen må det finnes klart definerte kriterier for når lege i vakt eller bakvakt tilkalles.

Det må være lav terskel for å søke råd der man er i tvil, samtidig som systemet må legge til rette for et føre-var prinsipp. Forsinkelse i melding av stagnasjon av fødsel nevnes som et eksempel på kommunikasjonssvikt mellom jordmor og lege. Dersom jordmor har høy terskel for å kontakte vakthavende lege, og dersom vakthavende lege igjen har høy terskel for å rykke ut svekkes pasientens sikkerhet. For at virksomheten skal være forsvarlig må det være rom for «falske alarmer», og potensielle faresituasjoner må meldes videre før alle varsellamper blinker.⁵⁹ Terskelen for konsultasjon helsepersonell imellom må være så lav at den stimulerer til god tverrfaglig omsorg, også der hvor lege ikke er en nødvendig part i fødselsprosessen.

Den som får lederansvar for en fødeenhet må ha definerte lederkvalifikasjoner. Lege eller jordmorutdannelse gir ikke i seg selv lederkompetanse, og dette må anerkjennes. Det må stilles faglige krav til lederkompetanse, og dette må følges opp med relevant kursing og kollegaveiledning ledere imellom. For å skape tillit til leder trenger leder kjennskap til avdelingen, sine ansatte og må ha et eieforhold til de rutiner og prosedyrer som gjelder ved

⁵⁸ Johansen, Braut og Schou; "Uheldige hendelser på fødeavdelinger"
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1601208

⁵⁹ Alarm må gå når varsellampene blinker gult (her kan det gå galt), man skal ikke vente til røde varsellamper (her går det galt).

avdelingen. Det må være en oversiktlig og klart definert struktur for hvem som har lederansvar når avdelingsledende lege eller jordmor ikke er tilstede. Der hvor det oppstår faglige konflikter mellom helsepersonell må det finnes definerte handlingsskjemaer og prosedyrer som kan konsulteres.

Kompetansesvikt

Vedlikehold av relevant kompetanse er et delt ansvar mellom ledelse og den enkelte fagperson. Ledelsen ved en avdeling bør ha en definert plan for faglig oppdatering og kvalitetssikring av sine ansattes kompetanse. Kompetanse kan sikres gjennom tilbud om intern og ekstern kursing, kollegaveiledning, utdanningsprogrammer (kliniske stiger) og gjennom at det gis rom for kompetanseutveksling mellom profesjoner. Som helseprofesjonell er man aldri ferdig utdannet, til det er skiftet og nyvinninger i fagfeltet for store. Som fagperson har man også et selvstendig ansvar for at man holder seg faglig oppdatert og gir ledelsen tilbakemelding dersom man føler seg mindre kvalifisert på enkelte fagområder. Det må gis rom for faglig oppdatering gjennom organiserte tiltak, og gjennom at den enkelte har tid til å selv oppsøke ny kunnskap. Når driften ved en avdeling marginaliseres ved at bemanningen holdes på et minimum, og overtidstimer presses mot maksimum, gir dette lite tid, rom og mulighet for faglig oppdatering. Da blir det umulig for den enkelte fagperson å etterkomme sin plikt til faglig oppdatering.

Der hvor andre faggrupper underveis i fødselsforløpet får mistanke om eller mener behandlingen skjer i strid med for eksempel nasjonale retningslinjer må det finnes rom og toleranse for at dette kommuniseres. Her er profesjonslinjene ofte til hinder, for eksempel ved at en erfaren jordmor ikke tør irettesette en mindre erfaren lege, til tross for at man mistenker sviktende beslutningsorgan. I tillegg kan det skape utrygghet hos brukerne hvis disse oppfatter uenigheten.⁶⁰ Den enkelte avdeling må ha rutiner og retningslinjer for hvordan slike konflikter håndteres, slik at pasientens sikkerhet kan ivaretas. Tydelig definerte handlingsskjemaer og prosedyrer som er lett tilgjengelig er et viktig virkemiddel.

Svikt i organisering av virksomheten

Per i dag er det så vidt vi forstår opp til den enkelte avdeling å definere egne rutiner og handlingsskjemaer for ulike situasjoner, i tillegg til at det finnes enkelte nasjonale retningslinjer. Vi etterlyser flere standardiserte (nasjonale) krav til slike rutiner og handlingsskjemaer, basert på kvalitetssikret informasjon og forskning. Der hvor det avvikes fra vedtatt rutine må dette begrunnes og dokumenteres skriftlig underveis, slik at man senere kan gå tilbake og evaluere om dette var en riktig beslutning. Dette kravet til begrunnelse må gjelde uavhengig av hvilken fagprofesjon det er som tar beslutningen. Faglig uenighet mellom helsepersonell i situasjonen bør også dokumenteres. På en slik måte kan man senere gå tilbake

⁶⁰ Brukereksempel: «Selve fødselen har jeg lite å utsette på, egentlig. Men mer info. Mye, mye mer info. Og at ikke EN lege fikk bestemme, mens jordmor sto bak og ristet på hodet og var tydelig oppgitt.»

og se om det finnes noen form for systematisk svikt i rutiner, eller om det er tegn til at rutinene ikke er gode nok og trenger endring. Prosedyrer vil alltid måtte ledsages av individuelle beslutninger. Men ved å ha gode prosedyrer som kontinuerlig evalueres i forhold til kvalitet og faglig forsvarlighet kan man redusere risikoen for at feilbeslutninger underveis skaper uheldige hendelser. Man kan også i noen grad sikre at faglig uenighet avklares uten at situasjonen blir til skade for pasienten.

Meldesystem for avvik

Det bør finnes et lett tilgjengelig elektronisk meldesystem for avviksmelding som er tilgjengelig for alle ansatte. Små og store hendelser og avvik bør meldes i samme system, slik at man får et bredt og grundig grunnlag for å vurdere kvalitet og rutiner. Dette må det jobbes aktivt med for å sikre en kultur hvor avviksmelding ikke representerer mistillit til kollegaer, men sees på som bidrag til kvalitetsforbedring og pasientsikring.

5.12 Lære av uheldige hendelser s. 25

«Vi anbefaler at det gjøres en vurdering av hvorvidt audit fortsatt bør være en del av kvalitetsarbeidet, og hvordan det i så fall bør ivaretas.»

Etter vår mening er tverrfaglige audit svært nyttige arenaer for helsepersonell å diskutere uheldige hendelser og lære av feil og rutinesvikt. Gjennom åpen diskusjon om feil som fører til skade eller død skaper man et verdifull faglig læringsmiljø, samtidig som man bidrar til større åpenhet rundt at avvik skjer og får konsekvenser. Slike audits kan med fordel være tverrfaglige, og organiseres i samarbeid med representanter for andre helseforetak. Audits bør kunne organiseres på flere nivåer, som små enheter for enkelthendelser, og større forsamlinger med mer prinsipiell gjennomgang av jus og etikk i forhold til flere kasus.

Pasienter har gjennom Pasientrettighetsloven rett på informasjon der hvor helsehjelpen har ført til skade, og rett på informasjon om klagemulighet til NPE. Dessverre møter vi stadig enkeltteksempler hvor pasienter etter feilbehandling ikke har fått informasjon om denne eller mulig erstatningsrett. I tillegg har helseforetaket ansvar for å melde uheldige hendelser til lokalt eller regionalt helsetilsyn. Også her finnes det eksempler på mangelfull rapportering. Slik rapportering er avgjørende for å sikre en nasjonal kontroll og mulighet for å organisere virksomhetene slik at man kan unngå lignende tilfeller senere. Der hvor helseforetak unnlater å rapportere uheldige hendelser til helsetilsynet bør dette derfor få konsekvenser, gjennom en eller annen form for foretaksstraff.

Vedlegg

Helga Hodnemyr

Innspill til ny nasjonal fødselsstrategi i Norge

Fra Helga Hodnemyr, bruker og siv.ing med bakgrunn innen sikkerhet/kvalitetssystemer i petroleumsvirksomheten

Mob nr 97760423

Email helga.hodnemyr@epost.no

Referanse til brukererfaringer: <http://www.altern.no/opprop/nasjonalt/helga.html>

a. Generell tilbakemelding om problemnotatet og deltakere i høringsprosessen:

I store trekk mener jeg at det er flere forhold - de viktigste - som ikke er tatt opp i dokumentet/problemnotatet.

Dette gjelder for eksempel legers makt og stilling. Uten legene vil aldri dette endringsarbeidet lykkes.

Legene har fått mange forsøk så langt, jeg mener det er på tide med en innstramning med konsekvenser slik at hensynet til pasienter kommer øverst på lista og ikke hensynet til de ansatte.

Respekten og statusen for fødsler må økes i Norge, da vil både mange nok og dyktige nok folk lettere falle på plass

For meg virker det so om ingen pasientombud deltok på høringsmøtet. Håper de har fått mulighet til i det minste å kommentere nasjonal strategi, de er uhyre viktige for å få en bred brukererfaring inn i strategien..

b. Faktabeskrivelse

Jeg mener faktabeskrivelsen I problemnotatet/strategien må styrkes.

Få inn tall/kvalitetsindikatorer for

- Skader meldt til pasient ombudene /NPE
- Tilsynssaker hos helsetilsynet
- At 22 barn og 2 kvinner døde i forbindelse med fødsler i perioden 2003-06
- Antatte skadetall
- Fødselstall
- Tall som viser underrapportering av skader og nestenuhell

- osv

c. Rammebetingelser

Det bør også komme inn et kapittel om rammebetingelser og hvilke utfordringer disse har

- Fødsler skjer uavhengig av ferier, helg og netter
- Kvinnene kan ikke forsvare seg som fødende og er helt prisgitt hjelperne (demokratiske prosesser tar pause)
- Helsevesenet i monopolsituasjon, man kan ikke velge
- Viktigste hendelse i et liv
- Ordinger for feriebemanning er mangelfull og gjør at risiko for fødsel i ferier er høyere enn ellers
- Fødsler skal ideelt sett være vaginale og dette tvinges kvinne gjennom flere steder
- Osv

d. Fokusering

Strategien bør fokusere, ikke favne alt

- Strategien bør ha sin hovedfokus på selve fødselsomsorgen, siden det er her liv og helse kan gå tapt
- Strategidokumentet bør skrelles for "nice to have" argumenter, slik som hjelp i heimen osv

e. Hovedutfordringer

Følgende momenter er viktig å få en mye større fokus omkring:

- Lik og optimal behandling av fødsler uansett når de skjer, hvem som er lege/jordmor, uansett på hvilket sykehus det skjer
- Alt som står i menneskelig makt må gjøres for å verne om liv og helse i forbindelser med fødsler
- Designing og bemanning av fødselsprosessen etter brukernes behov og risiko for skader, ikke i forhold til de ansattes ønsker og behov

f. Tiltak for å løse hovedutfordringene

- Bedre lederkompetanse og ledelsessystemer:
- Lederne må eie sin del av et ledelses/kvalitetssystem: Opprette, vedlikeholde, forbedre, informere, verifisere, kontrollere. Få med de ansatte.
- Krav til målesystem med kvalitetsindikatorer etableres. Rapporterer jevnlig/hver måned og iverksetting av tiltak.
- Krav til at alle faggrupper/posisjoner må få en funksjonsbeskrivelse der det nøyaktig og tydelig fremgår hvem har ansvar for hva når.
- Krav til avviksrapporteringssystemer med tiltak på alle sykehus, erkjenne at avvikssystemer er det beste grunnlag for å lære av sine feil og ikke er angiveri.

- Incentiver til å minimalisere skader: I dag er det lønnsomt for helsepersonell å skade sine pasienter, det burde være ulønnsomt og lønnsomt å få ut så mange friske pasienter som mulig
 - Lederutdanning styrkes, bl.a. slik at krav til tjenestene er tydelige, i bruk og at de som ikke følger opp får konsekvens/tilbakemelding. Krav til at ledere på et ulike nivå skal ha gjennomgått en bestemt lederutdanning.
 - Leger og jordmødre som ikke følger arbeidsreglementet inkludert rutiner, må få en konsekvens slik som i andre bransjer
 - De nasjonale retningslinjene før fødsler må omdøpes til regler eller rutiner. De er ikke retningslinjer, de skal følges dersom man ikke skriftlig begrunner fraviket i journalen.
 - Legers makt må reduseres, deres bruk av skjønn fremfor rutiner må reduseres og manglende bruk av krav nedfelt i pasientrettighets lovverket må bort. Leger må i mye større grad innordne seg rutiner og regler ved deres sykehus. Her kommer både dyktig lederskap på de enkelte kvinneklinikker, ledelse på sykehuset, styrets rolle, helsetilsynets, helsedepartementets m.fl. som ansvarlige organer mobilisere.
 - Holdning om at de ansatte på fødeavdelinger skal danne team som arbeider sammen, ikke konkurrerer hverandre ut. Tilrettelegging for god kommunikasjon på tvers av yrkesgruppe. "One team no bonderies" . Krav til felles morgenmøter der både leger, jordmødre og andre deltar der informasjon må deles og beslutninger tas
 - Holdning om at paternalisme må bort, faderliggjøring der leger og andre overtar styringen over andres liv uten å informere/få diskusjoner. Respekt for de fødende som ressurs må opp.
 - Holdning om null-filosofi: 0 skader, 0 feil osv. Vil trigge en rekke tiltak og annen type holdninger. Få tro på at alle hendelser har en bakenforliggende årsak og at den kan forebygges bare kunnskapen er tilstede.
 - Mangel på en overordnet myndighet: Det er sterke fagmiljøer med store motsetninger. Når ulike leger har totalt ulik oppfatning av hva som er god praksis i et gitt case, må dette få konsekvenser. Ellers får man en bransje der alt er tillat og akseptabelt, pasienters rettssikkerhet blir da sterkt svekket.
 - Erkjennelse at det er bedre å ha en felles praksis gjeldende (selv om man kan si at det er forskningsmessig usikkerhet at denne er optimal i de fleste tilfeller) fremfor at leger har hver sin praksis. Da vil man via avviki og fraviksbehandling lettere kunne videreutvikle metodikken og forbedre rutinene.
- Forskning og statistikk
 - Sammenholding av forskning fra andre land
 - Styrking av forskning på optimale handlingsmønstre gitt ulike case
 - Tilgang på og bruk av statistiske data som kan gi bedre viten om minimalisering av risiko m.m.
- Risikohåndtering: Kunnskap om hva risiko er og hvordan styre risiko. Sette inn ressurser og folk der risikoen er høy.
- Risikofødsler må spesialbehandles. Kontinuitet må sikres og dedikert fødselslege nomineres i god tid før fødselen. Alle risikoelementer defineres. Hvert moment må få definert tiltak med hvem gjør hva når og hvordan som skriftliggjøres og danner utgangspunkt for en skriftlig avtale mellom fødselslegen og den fødende.
 - Risiko styring, elektronisk beslutningsstøtte system og skriftlige avtaler må komme som krav til alle sykehus, og de må være en del av samme elektroniske ledelsessystem.
- Arbeidstidsordning evalueres: Ferieavvikling spres over lenger tid slik at det dannes kontinuitet. Krav til legers kontinuitet og tilstedeværelse også i ferier, slik man har unntak fra AMLs bestemmelser om overtidsregler.
- Brukermedvirkning må økes, både i enkeltsaker der pasientrettighets lovverket sier at man skal både være involvert og delta i beslutningsprosessene. Den må også økes i fora der strategier og krav settes. Verneombudsordningen ved sykehusene burde også omfatte

PASIENTERs helse, miljø og sikkerhet, ikke bare ansattes. Pasientombudene blir for fjerne i forhold til daglig drift til å ivareta dette hensynet.

- Informasjon: Pasientene må informeres grundig om sine rettigheter til behandling (info plikt, delta i beslutninger osv).
Info om statistiske data om tjenesten må være tilgjengelige på internett, slik som keisersnittsprosent, tangbrukprosent, apgar score prosent, antall ansatte i forhold til antall fødsler osv. Dette bør kunne hentes direkte utfra kvalitetsindikatorer som man allerede rapporterer på internt ved avdelingen
Krav til eget system for brukertilbakemeldinger.
- Ønske om å øke folketallet: Det er stor fokus i Norge på at vi må føde nok barn og det er tilrettelagt mye via barnetrygd, fødselspermisjon, pleiepenger, kontantstøtte, sykemeldingsordninger m.v. Dersom man fortsetter å håndtere selve fødselen med så lav respekt og få ressurser og mange skader og nesten uhell, vil det skremme bort potensielle fremtidige mødre. Dette er lite samfunnsøkonomisk ønskelig.
- Rekruttering og utdanning av leger
Flere må utdannes som gynekologer
Man må ved medisinstudiet ta opp studenter per linje/retning for å sikre mange nok gynekologer
Prinsippene om lederskap og lignende som skissert over må inngå i legeutdanningen
- Bemanning: Krav til antall jordmødre og antall leger på tilstedevakt avhengig av belastningen på fødeavdelingen aktuell dag
Krav til minimumsbemanning/minimums antall ansatte avhengig antall fødsler per år.
Bemanningen må styrkes sett ut fra dagens situasjon og må bygge på at alt som står i menneskelig makt må gjøres for å sikre liv og helse (0-feil filosofi)

g. Detalj kommentarer til notatet

- s. 16: Farlig å la erfaring være omtalt som en svært viktig del av kompetansen. Man kan tillære seg feil som forsterkes via erfaring.
- s. 10: Her må beslutningsstøttesystemer, risikohåndtering og avtale inn for fødselen, slik det er skissert i svangerskapet.
- s. 25: Denne er vel ikke helt uttømmende. Det er ca 75% av alle fødselsskader som avvises av NPE i første instans, 90% i ankeinstansen Nemda, men over 50% som får medhold i Tingretten. Derfor kan innmeldte fødselsskader til NPE være langt høyere enn de som får erstatning.

h. Tilgjengelig materiell

- Dere står fri til å plukke informasjon, kopiere figurer og lignende fra mitt materiell publisert her. Anbefaler å laste ned ppt:
- <http://www.altern.no/opprop/nasjonalt/helga.html>

Fødeaksjonen, avd. Nordland

Aksjon mot Fødekaos, avd. Nordland
Aksjonskomiteen for Narvik sykehus

Helse- og omsorgsdepartementet
Spesialisthelsetjenesteavdelingen
v/ Cathrine Dammen

Narvik, 03.11.2007

Innspill til Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

I våre innspill til den nasjonale strategien har vi valgt å kommentere de deler av planen som vi ut fra vår erfaring mener er viktig å holde fokus på. Vedlagt innspillene er også brukererfaringer gjort av de av oss som nylig har født barn.

Å sette barn til verden, er den viktigste hendelse i menneskers liv. Å miste barn sent i svangerskapet, under fødselen eller senere er noe av det verste mennesker kan oppleve. Å legge til rette for at svangerskap og fødsel skal gå trygt for seg, er svært viktig for den gravide og dens familie, men også ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Gjennom en god tilrettelegging og økt ressursbruk under svangerskap og fødsler, forebygger man skader hos mor og barn, enten dette er av psykisk eller fysisk art. Forebygging er den beste investering for å forhindre enorme samfunnsøkonomiske utgifter i form av behandling og erstatning når barn skades under fødselen, eller gjennom at mor / far uteblir fra arbeidsliv pga. psykiske belastninger når svangerskap og fødsel ikke har et heldig utfall.

Fødeavdeling kontra fødestue

Vi er sterkt imot å gjøre om eksisterende fødeavdelinger til fødestuer. I et langstrakt land som Norge blir det feil å legge for mye vekt på antall fødsler (400-500 i året). Man må i sterkere grad vurdere forholdene i landet ut fra bl.a. klima, infrastruktur og geografi. Hvis alle

fødeavdelinger med mindre enn 400-500 fødsler omgjøres til fødestuer, vil vi sitte igjen med kun to fødeavdelinger i hele Nord-Norge, henholdsvis Tromsø og Bodø. Dette er en vanvittig tanke. Fra eksempelvis Narvik, vil det da være 250-260 km til nærmeste fødeavdeling. Det vil si en 4-5 timers kjøretur til sykehuset. Gravide som bor i Tysfjord i Nordland må påregne 6-7 timers reisevei. Og da har vi ikke iberegnet vinterstengte veier og innstilte ferger, - eller sommerveier fulle av bobiler og campingvogner. Når da bare 30-50 % av de gravide kvinnene i distriktet vil kunne føde lokalt fordi de går inn under "lavrisikogruppen", er det ikke lenger snakk om omlegging av et fødetilbud. Gjennom å omgjøre fødeavdelinger til fødestuer fjerner man fødetilbudet til 50-70 % av de gravide i regionene. Alle kvinnene som føder på fødestuer, vil heller ikke ha tilgang på smertelindring som epidural under fødselen. En slik forskjellsbehandling ut i fra geografiske forhold vil vi ikke tro noen kan gå god for i Norge i 2007.

Også rent samfunnsøkonomisk tviler vi sterkt på lønnsomheten ved å redusere antall fødeavdelinger eller gjennom å sommerstenge fødetilbud. Det man sparer er lønnsutgifter til gynekologer / legepersonell og jordmødre. Men samtidig må man påberegne flere liggedøgn fordi gravide må reise til nærmeste fødeavdeling i forkant av fødselen. Lang reisevei vil også medføre høye reiseutgifter. Så en omgjøring av fødeavdelinger til fødestuer er mest sannsynlig bare en forflytning av kostnader innenfor offentlige instanser (fra sykehusforetak til trygdeetat).

Vi setter stor pris på at det i problemnotatet til nasjonal strategi åpnes opp for at det ikke er fødselstall, men lokale forhold som bør avgjøre hvorvidt fødeavdelinger får bestå eller ikke. Vi håper dette vil stå som en klar anbefaling i den endelige nasjonale strategien og at dette vil vedtas i Stortinget.

Høyrisiko- og lavrisikosvangerskap

I arbeidsnotatet legger man vekt på at det er viktig med nasjonale standarder for risikovurdering av gravide og fødende. Man differensierer gravide kvinner inn i kategoriene lavrisikosvangerskap og høyrisikosvangerskap. Å strebe etter best mulig å kunne selektere ut hvilke gravide som tilhører høyrisikogruppen, er et bra og viktig tiltak for å sikre at mor og det ufødte barn ivaretas best mulig gjennom hele svangerskapet. Det er imidlertid stor faglig uenighet i hvorvidt man på forhånd kan selektere ut hvilke svangerskap som tilhører lavrisiko- og høyrisikogruppen. Om man til en viss grad kan selektere ut høyrisikosvangerskap, kan man likevel ikke utelukke at et lavrisikosvangerskap utvikler seg til å bli et høyrisikosvangerskap. Dette kan skje på ethvert tidspunkt i løpet av graviditeten, men den største faren vil kunne være hvis dette skjer under fødselen eller helt mot slutten av svangerskapet.

I Lofotprosjektet ble seleksjonen av fødende gjort meget skikkelig og etter klart definerte kriterier. Til tross for dette opplevde man i 2001 at 39 % av operative forløsninger i en uselektert fødepopulasjon ikke lot seg selektere ut på forhånd. På grunn av tidsfaktoren, måtte den operative forløsningen utføres på en lavrisikoenhet der det egentlig bare skulle foretas nødkeisersnitt.

Viktige spørsmål vi stiller oss er:

- Hvem skal bære ansvaret for å selektere ut hvorvidt gravide kvinner tilhører lav- eller høyrisikogruppen? (Når antallet fødselskontroller samtidig stadig reduseres?)
- Hvordan forhindre at liv går tapt hvis høyrisiko oppstår under fødselen og det er lang vei til fødeavdeling med tilgang på gynekologer og barneleger? Er dette en risiko det kan kalkuleres med?

Selv om de fleste fødsler foregår “normalt“ og har et bra utløp, bør man i dagens Norge ikke la økonomi avgjøre hvorvidt fødsler skal gå bra. En sentralisering av fødesteder vil føre til en enorm forskjellsbehandling av kvinner, ut i fra om de er bosatt i store byer eller i distriktene. Det vil være distriktpolitisk svært uheldig å redusere / fjerne fødetilbud for befolkningen som bor her.

En opplevelse av trygghet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid

Trygghet og forutsigbarhet er svært viktig for den gravide og fødende i denne fasen i livet hvor man ikke helt “eier kroppen sin selv“. Derfor bør kontinuitet, tidlig kartlegging og det å knytte den gravide til en kontaktperson vektlegges. Jordmoroppfølging er ofte viktigere enn kontakt med legen i et svangerskap hvor alt forløper normalt, men vi tror også at et godt samarbeid mellom fastlege og jordmor er av stor verdi. Ordningen med å gå til jordmor og fastlege annenhver gang fungerer godt for svært mange. Det som er viktig er at den gravide selv i størst mulig grad skal kunne velge hvor hun vil gå.

Det er viktig at den gravide møter færrest mulig personer under svangerskapet – samtidig som det er en stor fordel å kunne møte de samme jordmødrene under svangerskap, fødsel og barsel.

Sett fra et brukerperspektiv ser det ut til at brukere er mer fornøyd med fødsel og barsel ved småsykehus enn ved store.

Sommerstenging av fødeavdelinger og fødestuer skaper ikke trygghet. Tvert imot ser vi av erfaring at de sommerfødende påføres en ekstra stor belastning i forhold til stress, uro og bekymringer. Dette er noe som ikke bare berører den gravide, men hele familien. Det tilbudet som tilbys gravide om sommeren er langt fra like godt som det som tilbys ellers om året. Her hjelper ekspertisens uttalelser om “faglig forsvarlig“ lite. Det handler om mennesker, følelser og den enkelte gravides personlige opplevelse. Selv om de fleste fødsler går greit og det er sjelden at ulykker skjer, gir sommerstengte fødetilbud en økt risiko for blant annet:

- Stress, uro og utrygghet for den gravide/fødende og dens familie.
- Tid og avstand kan i enkelte tilfeller være avgjørende for mor og barns helse og liv. Vi kan ikke lytte til helseforetakene som forsvarliggjør økt avstand pga sommerstenging med at mange har det verre. Dette er en nedlatende holdning mot den gravide og dens familie. Vi vet at de kalkulerer inn en ekstra risiko på vegne av brukerne av tjenesten.
- Kommunikasjonen fungerer generelt dårligere om sommeren – fastleger og jordmødre er i ferie og det er mange vikarer på sykehuset. At man da i tillegg må forholde seg til et helt annet fødested er å bryte kontinuiteten og tryggheten fullstendig.
- Jo lenger vei man har til fødestedet jo større fare utsettes man for under transportetappen, uavhengig av om reisen foregår i ambulanse eller i privatbil med stressede fedre som kjører langt over fartsgrensen for å være sikre på å nå fram i tide.

Målet må være å gi gravide og fødende et fullverdig, godt og likeverdig tilbud hele året. Sommerstenging skaper uro og utrygghet, og mange har opplevd å få ødelagt ei tid som skulle være god som følge av slike vedtak.

Graviditet og psykisk helse

Det å få barn er for de fleste forbundet med positive følelser som stolthet, glede og omsorg. Men graviditet, fødsel og barseltid er også en periode i livet hvor risikoen øker for at psykiske problemer skal komme til overflaten. Å vente barn innebærer ofte å bli satt tilbake til sin egen barndom, hvor både gode og vonde opplevelser fra oppveksten dukker opp. Personer som har opplevd traumer i barndom / ungdomstid, kan bli konfrontert med dette og derigjennom bli ekstra sårbare under graviditeten. Mange har i liten grad fortalt andre om sin historie, og det kan være vanskelig å snakke om det mest sårbare i ens liv til helsepersonell. For eksempel kan en kvinne som har opplevd incest eller seksuelle overgrep oppleve redsel for både fødsel og barseltid. Hun kan frykte at hun ikke vil orke å amme barnet, hun kan være redd for om hun selv vil være grenseløs overfor barnet eller redd for at hun skal oppfostre en overgriper. Det sier seg selv at det for overgrep utsatte og andre som har dårlige erfaringer med relasjoner er ekstra viktig med trygghet og forutsigbarhet rundt seg under graviditeten. Belastningen vil ofte øke proporsjonalt med antall personer man må forholde seg til. Mange vil kunne føle seg maktesløse og miste troen på egen mestringssevne, noe som er stikk i strid med hva som er sunt for en vordende mor. Gjennom å bygge ned lokale fødetilbud vil man øke risikoen for stress og depresjoner hos gravide generelt. Men for traumatiserte vil man mangedoble sjansen for store psykiske belastninger. Dette er svært uheldig når man samtidig ønsker å gjøre familier best mulig i stand til å ivareta sine barn. Målet må være å strebe etter å gjøre graviditeten, fødselen og barseltiden tryggest mulig for den gravide, hennes partner og hennes barn.

For å oppnå dette, bør den gravide ha færrest mulig helsepersonell å forholde seg til. I tillegg bør det legges til rette for at gravide som ønsker det kan besøke fødetilbudet på

forhånd, noe som er vanskelig hvis reiseveien er lang. En omlegging fra fødeavdelinger til fødestuer vil være et stort tilbakeskritt når det gjelder å ivareta gravides psykiske helse.

Rekruttering av gynekologer og jordmødre

På høringsmøtet den 16. oktober kunne vi høre fra administrasjonen i Helse Nord at nærhet til fødetilbud ikke nødvendigvis er ensbetydende med kvalitet. De sa videre at de hadde prøvd alle muligheter for å rekruttere kvalifisert personale til de små fødeavdelingene men at dette var svært vanskelig.

Vi er fullstendig enige i at nærhet ikke er ensbetydende med kvalitet, men vi stiller et stort spørsmålsteget ved helseforetakenes (vår erfaring gjelder især Helse Nord) iver og innstas til å rekruttere personale, og til å legge til rette for å beholde personale.

I løpet av de siste årene har en rekke fødeavdelinger blitt omgjort til fødestuer eller forsterkede fødestuer, og mange fødeavdelinger lever år etter år med denne trusselen hengende over seg. Helseforetakene har også mange steder i landet besluttet å sommerstenge fødeenheter.

Dette er faktorer som er med på å skape utrygghet og uro rundt en arbeidsplass. Det sier seg selv at det er vanskelig å rekruttere og beholde kvalifisert personale når man ikke vet hvor lenge man har en arbeidsplass. Vi ser også at når helseforetakene drøyer i det lengste med å fornye kontrakter med for eksempel gynekologer, så medvirker også dette til at man mister dyktige fagfolk. Vi våger å påstå at helseforetakene absolutt ikke gjør en god nok jobb for å rekruttere personell til de små fødeavdelingene.

For å bruke Narvik som eksempel, så har vi for tiden tre gynekologer som er tilknyttet fødeavdelingen på ulikt vis. I tillegg har vi jordmødre og barnepleiere, og vi vet at fødeavdelingen ALDRI tidligere har hatt problemer med å løse "sommerkabalen", dette fordi de alltid har begynt i god tid å skaffe vikarer. Flere vikarer har sommer etter sommer kommet til Narvik for å jobbe. I år ble de avvist fordi det var bestemt at fødeavdelingen skulle holde feriestengt. At UNN stengte fødeavdelingen i Narvik i 4 uker i sommer, medførte også at vår fødeavdeling som allerede ligger under "kravet" om 400-500 fødsler i året, mistet nær 20 fødsler til Harstad.

Dette gir igjen sterke signaler om at fødeavdelingen er en usikker arbeidsplass hvor det er lite attraktivt å jobbe! Vi vet også at de ansatte i liten grad har mulighet til å påvirke beslutninger som taes av ledelsen i UNN, og at samarbeidet fungerer dårlig når ledelsen fysisk er så langt unna og det ikke er lagt opp til regelmessige møter. Vi anser det for å være et stort problem når helseforetakene består av så mange og store enheter at avstanden mellom

de ulike ledd blir svært stor og at de enkelte avdelinger i liten grad har mulighet til å påvirke og/eller bli hørt.

For å kunne rekruttere og beholde kvalifisert personell på små fødeavdelinger, må det stilles krav til at helseforetakene virkelig prøver å legge til rette for dette. De må trygge fremtiden for små lokalsykehus og ikke bare tenke sentralisering og økonomiske besparelser. Videre må de åpne opp for et bedre og mer strukturert samarbeid med de ulike avdelingene, med tanke på at det er de som fysisk er tilstede på en avdeling som har best kompetanse til å uttale seg om bl.a. sommerstenging.

For å sikre god faglig kompetanse hos leger og jordmødre i fødselsomsorgen, kan man se for seg en ordning hvor disse hospiterer ved større fødeenheter med et større antall fødsler, altså en rullering av fagpersonell. Det er viktig å kunne tenke litt kreativt og kanskje utradisjonelt, men fremfor alt må man få visse garantier for fremtidig eksistens! For å lokke søkere til spesialiststillinger kan man for eksempel tilby gratis barnehageplass, rimelig bolig, årlig avskrivning på studielån og lignende.

Kommuner som kjøper jordmortjenester av helseforetakene

I Narvik opplevde vi våren 2007 at UNN gav beskjed om at fødeavdelingen skulle sommerstenge i 4 uker. Alle jordmødre og gynekologer ble tatt ut i fellesferie, og det tilbudet UNN gav de gravide var at det to dager i uken skulle være jordmor tilstede ved sykehuset for å ta seg av rutinekontroller av de gravide. Spesiell oppfølging måtte gjøres i Harstad, og følgetjeneste så ikke UNN nødvendigheten i å tilby de gravide. Dette var en beslutning som ble tatt for at UNN skulle spare en million. Regnestykket på hvordan dette skulle spares kunne ingen gi ut.

Narvik kommune har siden 2002 kjøpt jordmortjenester av sykehuset. De betaler årlig en sum på over 500.000 for dette med avtale om at de gravide skal ha svangerskapskontrollene hos jordmødre på sykehuset. Det var derfor med vantro at kommunen og befolkningen opplevde at UNN-ledelsen valgte å sommerstenge fødeavdelingen, og derigjennom ikke tilby kommunen tjenesten de hadde betalt for denne sommeren. Kommunen mente dette ikke var et godt nok tilbud og at avtalen ikke ble fulgt, mens UNN-ledelsen mente at de ivaretok de gravide ved å holde åpent for vanlige kontroller to dager i uken.

Her kom det med andre ord svært tydelig frem at partene hadde ulik oppfatning av hva som var godt nok og hva som lå i avtalen. Avtalen var for utydelig og Narvik kommune stod uten makt til å påvirke denne endringen i tilbudet til de gravide og fødende i sommer.

Kommunen opprettet derfor selv en bakvakt- og følgetjeneste for å trygge de gravide. Dette tilbudet klarte de å stable på beina kort tid før stenging, og det baserte seg på frivillig innsats fra jordmødre ansatt ved sykehuset og en ansatt på helsestasjonen. Dette tilbudet ble en nødløsning og bedre enn ingenting, men sett i forhold til tilbudet som ellers i året gis til gravide og fødende i Narvik, var dette et helt elendig tilbud.

Dette gir et tydelig eksempel på at avtaler som kommunene gjør med helseforetakene må være SVÆRT tydelige og konkrete, og de bør også omfatte sommerstengingsproblematikken. Det skal ikke være slik at selger av en tjeneste skal kunne foreta seg hva som helst uten at kjøper av tjenesten skal ha mulighet til å kunne påvirke.

Det er tydelig at helseforetakene har altfor stor makt og at de i realiteten kan gjøre nesten hva de vil, selv om dette skjer på bekostning av sine brukere, og uten at kommunene og politisk ledelse kan påvirke. De forsvarer sine avgjørelser med begrepet “faglig forsvarlig”, noe som er vanskelig for de utenfor fagfeltet å kunne fronte...

Man kan stille seg spørsmål om hva som i realiteten ble spart som følge av sommerstengingen. Kanskje klarte UNN å spare noen kroner i form av lønnsutgifter til vikarer (for ekstra bemanning var det smått med i Harstad selv om de måtte ta seg av nær 20 Narvikdamer). Fødeavdelingen i Narvik regner med å ha spart 300.000,- på stengingen.

Ser man på regnestykket i sin helhet tviler vi på at det kan ha blitt spart mange kronene i sommer. Snarere tror vi sommerstengingen ble dyrere sett ut fra et samfunnsøkonomisk synspunkt. Utgifter som tilkom for de ulike instanser som følge av stengingen er:

- Egenandeler i forbindelse med transport.
- Refusjoner fra trygdekontoret.
- Merutgifter i forhold til transport i ambulanse (en tjeneste som måtte styrke sin beredskap).
- Utgifter som kommunen fikk i forhold til jordmorvaktordning og følgetjeneste.
- Dersom noe hadde gått galt med en av de fødende eller deres baby ville millionen ha blitt et ubetydelig lite beløp i forhold til det man da måtte ha kalkulert med til behandling / erstatning m.m, samt de personlige tapene som aldri ville ha kunnet bli erstattet. Vi vet at vi og våre babyer ble utsatt for betydelig økt risiko i sommer.

I tillegg kommer merbelastningen rent psykisk som de gravide og deres familier ble påført gjennom sommerstengingen. For ikke å snakke om den økte risikoen i forhold til transport i privat bil, med vordende, stressede fedre bak rattet og fødende med rier... Også transport i ambulanse vil statistisk sett medføre en økt risiko for ulykker underveis.

Lik tilgang på gode helsetjenester

I en alternativ evalueringsrapport fra Folkebevegelsen for lokalsykehusene om utviklingen av sykehussektoren, slaktes det nye forretningsbaserte styringssystemet. Hvis man skal lykkes med visjonen om likhet, tilgjengelighet, kvalitet og trygghet i spesialisthelsetjenesten over hele landet, må politikerne ta inn over seg at forretningsmessige styringsverktøy ikke eger seg i en sektor som skal gi helsetjenester til befolkningen.

Hensikten med helseforetakene er ikke å skape økonomisk overskudd eller avkastning på innskutt kapital. Sykehusene er til for å gi befolkningen lik tilgang på gode helsetjenester, uavhengig av hvor man bor i landet!

På vegne av

Aksjon mot Fødekaos, avd. Nordland

Eva Vassdal og Carina Falch, brukerrepresentanter

Aksjonskomiteen for Narvik sykehus

Eva Opshaug Teigen og Dagny Pettersen

Vedlegg:

-Brukererfaringer fra kvinner som har født de siste årene

Brukererfaringer fra kvinner som har født de siste årene:

Eksempel 1:

Et svangerskap og en fødsel vil være en ny opplevelse for hver gang man opplever det.

Svangerskap og fødsler er noe av det i livet som man i liten grad kan planlegge forløpet av eller med sikkerhet forutsi hva som kommer til å skje. Det er en situasjon man er i hvor man i svært liten grad kan påvirke forløpet og fødselsopplevelsen selv. I en fødsel er man som fødende totalt avhengig av andre mennesker og av deres kunnskap, vurderinger og hjelp. Selv har jeg vel aldri opplevd meg selv som så sårbar og liten som under fødsel, men samtidig så uhyre sterk.

Jeg har tre barn, og like forskjellige som de er, har mine svangerskap og fødsler vært.

Mitt første barn, Elise Sofie (8,5 år) ventet jeg da jeg og min eksmann studerte i Alta. Der hadde de kun fødestue og førstegangsfødende fikk ikke føde der. Vi måtte til Hammerfest ca 16mil unna. Tre uker før termin begynte jeg å blø og hadde stikkende smerter i magen. Det ble tilkalt ambulans og vi dro sammen med jordmor de 160 kilometrene til Hammerfest. Det var 37 minus grader da vi kjørte over Sennalandet, og min eksmanns største bekymring var at ambulansen skulle få motorstopp ☺

Jordmoren var engstelig for at morkaken skulle holde på å løsne. Jeg spurte hva som ville skje da. Hun svarte at da hadde de ca tre minutter på seg til å få ut babyen via keisersnitt, – med andre ord en håpløs situasjon når det er lang vei til kirurger... Heldigvis var det ingen fare. Jeg fødte en frisk og sterk jente etter en fødsel som varte i 30 timer.

Mitt andre barn, Aron (2,5 år) ventet jeg her hjemme i Narvik. Det var en deilig følelse å bo så nært sykehuset og vite at jeg kunne komme meg dit på ca 5 minutter. Det var en god tanke at jeg skulle føde i et trygt og kjent miljø. Mange av jordmødrene ved fødeavdelingen hadde jeg jo også truffet på tidligere. To uker før termin fikk jeg litt vannavgang og en del masrier. Jeg ble lagt inn på sykehuset og “passet på“, men med mulighet til å dra hjem da fødselen lot vente på seg. For meg var det av enormt stor betydning at alt var så trygt og nært. Etter tre dager satte de meg på drypp, og vannet gikk skikkelig. Da gikk det svært fort, og under en time etter vannavgangen var babyen ute. Virkelig en styrtfødsel. Jeg fødte en frisk og fin liten gutt.

Mitt tredje barn, Gustav (13 uker) skulle jeg også føde her hjemme i Narvik, - trodde jeg. Men midtveis i svangerskapet fikk jeg vite at det nok var stor sjans for at jeg måtte til Harstad å føde fordi at ledelsen i UNN hadde besluttet å sommerstenge fødeavdelingen her i Narvik. Dersom jeg klarte å gå til termin så ville det bli fødsel i Narvik, men det hadde jeg jo ikke klart tidligere.

Det ble et tungt og bekymringsfullt svangerskap. Mange netter slet jeg med å få sove. Jeg var engstelig, sint, ja egentlig skikkelig forbannet på de som satt i ledelsen og rett og slett bagatelliserte stengingens betydning for oss.

Gustav ble tatt med keisersnitt tre/fire uker før termin. Da hadde jeg allerede vært en tur i Harstad, henvist av jordmor i Narvik, til utredning pga av frykt for min helse. Jeg ble sendt hjem igjen etter undersøkelser, var hjemme i tre dager og så sendte legen i Narvik meg tilbake til Harstad. Dette var en stor belastning, og ikke minst var tanken på hvor mange turer vi skulle måtte kjøre tyngende. Vel tilbake i Harstad kunne de konstatere at fødselen så vidt hadde begynt. De skulle se ting an til dagen etterpå. På natten hadde jeg voldsomme kynnere og babyen bevegde seg voldsomt. På morgenen tok en gynekolog vannet og festet en elektrode på babyen som skulle måle hjertefrekvensen.

Etter noen timer ble jeg satt på drypp. Det kom luftbobler i dryppapparatet, og en jordmor til ble hentet for å ordne dette. Denne jordmoren reagerte på hjertefrekvensen til babyen. Det ble hentet et ultralydapparat og det viste seg at babyen hadde snudd seg på natta – nå satt han med rumpa ned... Fødselen ble stoppet og det ble foretatt keisersnitt. Gynekologen tok ikke sjanse på vegne av meg eller lille Gustav. Det er jeg veldig takknemmelig for. Gustav kom frisk og fin til verden og som eneste skavank hadde han et langt kutt i rumpa etter keisersnittet.

Jeg opplever at helseforetakene har en arrogant holdning overfor sine brukere. Da vi la frem våre bekymringer og fortvilelse i forhold til sommerstengingen svarte de at det var "faglig forsvarlig", sjelden med transportfødsler, sjelden at en fødsel gikk raskt, man måtte bare reise i god tid, mange har lenger vei og som regel går alt bra...

Hva ligger i begrepet faglig forsvarlig? Tas det hensyn til pasientens merbelastning? Sjelden med transportfødsler ja, men hvem ønsker å måtte sitte fastspent i en bil lenger enn nødvendig med rier og sterke smerter på overfylte nordnorske sommerveier? Reis i god tid... Det er så lett å si det, men selv for en tredjegangsfødende er det utrolig vanskelig å vite hva som er i god tid og når det virkelig er på alvor. Mange har det verre er en elendig måte å forsvare det at man gir et betraktelig dårligere fødetilbud til sommerfødende! I vårt velferds Norge bør man heller bygge opp helsetjenester enn ned! Som regel går det bra... Spør du folk så vet du at det er mange ganger det ikke går bra. Selv har jeg i nær familie opplevd at det slettes ikke alltid går bra. Vi har opplevd at negative opplevelser ikke bare er historier, men virkelighet, og det gjør noe med perspektivet på liv og død. Det å bli født og få liv er ikke en selvfølge. Det å gå gravid og føde et frisk barn er heller ikke en selvfølge. Det vil alltid være en viss risiko – slik er det å leve, men jeg er av den oppfatning at ledelsen i helseforetakene skal være forsiktige med å kalkulere inn risiko på vegne av våre barn og vår fremtid.

Hva prøver jeg å si med dette? Jo, jeg prøver med min historie å si at fødsler er noe du ikke selv rår over eller vet utfallet av. Du er prisgitt andre, og trygghet og nærhet til fødetilbud er av uvurderlig betydning. Økonomi bør ikke styre hvorvidt man får en god fødselsopplevelse eller ikke.

Eva

Eksempel 2:

Svangerskap og fødsler er ikke forutsigbare

Sommeren 2005 fødte jeg mitt første barn på Narvik sykehus. Jeg var bosatt i Oslo, men valgte å føde i min hjemby fordi jeg ønsket å ha familien min nær meg. Det nærmet seg fødsel, jeg var frisk og svangerskapet hadde gått problemfritt for seg. Etter terminologien var min graviditet definert som et lavrisikosvangerskap. De siste par ukene av graviditeten hadde jeg fått litt vann i kroppen, men jeg hadde ingen problemer ut over dette. Siste uke av svangerskapet begynte jeg å føle meg svært sliten og litt uvel, - alt som normalt rett i forkant av fødselen tenkte jeg. På kontroll tre dager før termin blir det konstatert at jeg har symptomer på svangerskapforgiftning. Heretter må jeg til kontroll annenhver dag. Da forgiftningen etter noen få dager utvikler seg, blir fødselen satt i gang. Alt går fint for seg og etter 13 timer kommer datteren min til verden to dager på overtid.

Så skjer det merkelige som ingen kunne forutsi. Alt er bra med barnet, men jeg blir svært dårlig. Ingen vet om jeg har mistet mer blod enn antatt eller om det er blodplatene som har blitt ødelagte pga. svangerskapsforgiftningen. Vanligvis forventer man at tilstanden snur seg så snart barnet er ute og at mor da blir bedre, men det er ikke tilfelle med meg. Jeg får blodoverføring for å komme til hektene igjen. Likevel tar det mange dager før jeg selv er i stand til å ta meg av barnet mitt, og barnets far blir hovedomsorgsperson for babyen den første uka. Det faktum at han gis mulighet til å bo på sykehuset sammen med meg og være omsorgsperson for barnet i mitt fravær, gjør at jeg føler meg som en mindre dårlig mor. I tillegg oppleves det svært trygt å ha han tilstede i en situasjon hvor jeg er så sårbar og lite flink til å be om hjelp. Selv om jeg blir utskrevet 6 dager etter fødselen tar det et halvt år før jeg er noenlunde mitt gamle jeg igjen. I denne tiden trenger jeg hyppige kontroller hos lege for å sikre at kroppen min restituerer seg igjen.

Mitt svangerskap utviklet seg fra et lavrisiko- til et høyrisikosvangerskap siste uken av graviditeten. Først når barnet er ute oppstår komplikasjonene. Til tross for komplikasjonene følte jeg meg hele tiden trygg. Jeg ble ivaretatt av et fantastisk personale, bestående av jordmødre og gynekolog som undersøkte meg hyppig og gav meg og informasjon om hva de foretok seg og hva prøvene viste. I denne svært sårbare situasjonen er jeg takknemlig for at Narvik er fødeavdeling slik at jeg kunne ivaretas der og slapp å bli sendt 250 km avgårde (Tromsø eller Bodø), langt unna min familie, for å få blodoverføring og oppfølging av lege.

Sommeren 2007: Jeg venter mitt andre barn. Jeg har flyttet fra Oslo til Narvik denne våren, glad for å skulle få føde på samme fødeavdeling som jeg var så fornøyd med sist. Kort tid etter at jeg har flyttet nordover, får jeg gjennom media vite at det er snakk om å feriestenge fødeavdelingen i Narvik denne sommeren. Med tanke på hvordan mitt første svangerskap utviklet seg, blir jeg bekymret. Hva hvis jeg blir syk denne gangen også? Ved forespørsel til sykehusets jordmødre får jeg beskjed om at kun ordinære svangerskapskontroller skal foretas på sykehuset under feriestengningen. Det vil si at jeg må belage meg på å kjøre til Harstad, 130 km en vei, annenhver dag hvis jeg skulle få svangerskapsforgiftning denne gangen også. Og det i den perioden hvor barnehagene også har ferieavvikling og datteren vår på knapt 2 år skal være hjemme. Jeg bruker mye tid og energi på å bekymre meg denne tiden. Det er slitsomt å måtte tenke på hvordan vi skal løse alt det praktiske. Hele graviditeten bringer med seg flere bekymringer enn glede denne gangen. Og da ikke pga. barnet, - det er svært ønsket, men alt det praktiske og tungvinte rundt sommerstengningen gjør meg sliten og avmechtig.

Da fødselen går i gang midt på natta er vi ikke sene om å komme oss i bilen og kjøre den to timer lange kjøreturen til Harstad. Jeg har jevnlig rier hele kjøreturen. Å kjøre bil med rier er ingen fornøyelse som jeg vil anbefale, men vi ankommer Harstad etterhvert. Jeg blir sjekket og satt til måling av riene, og det blir konstatert at fødselen er i gang. Jeg er trøtt og sliten og får beskjed om å legge meg å slappe av som best jeg kan inntil riene blir for ille. Da jeg legger meg stopper riene opp. Jordmødrene forteller at det er ganske vanlig når man er sliten og stresset. Og det skjer virkelig ikke mer. Jeg flyttes over på hotelldelen og hele neste dag går uten at fødselen kommer i gang igjen. Jeg møter ei anna jente som har opplevd det samme som meg. Også hennes rier stoppet opp etter ankomst, og hun har ventet i seks dager uten at fødselen har kommet i gang igjen. Jeg blir rådvill og vurderer å dra hjem igjen. Jeg vil ikke risikere at toåringen vår skal være uten meg og pappaen i over en uke. Og ikke minst vil jeg ikke utsette hennes gamle besteforeldre for denne belastningen. Jeg bestemmer meg for å la det bero over natta, og heller vurdere på nytt neste morgen om vi skal kjøre de 130 kilometrene hjem igjen. Da jeg våkner neste morgen er heldigvis riene i gang igjen. Jeg blir kontrollert og de konstaterer at noe er i gang igjen, men jeg har fortsatt bare 3 cm åpning, - så dette kan ta tid får jeg beskjed om. Så jeg blir sittende på gangen å vente mens jordmødrene er opptatt med andre gravide. Jeg får mer og mer smerter der jeg sitter, og etter en time spør samboeren min om jeg kanskje kan få komme inn på et rom. Da jeg blir sjekket igjen har jeg 8 cm åpning. Litt over en time senere er sønnen vår født. Vel to timer fra riene startet til barnet er ute... Jeg priser meg lykkelig over at jeg ikke rakk å reise hjem igjen. Da ville jeg tvilsomt ha rullet sykehuset. Men jeg er også provosert over at man stenger fødeavdelinger ut i fra økonomiske begrunnelser. Det er ikke økonomi eller hvor man bor i landet som bør avgjøre om man får en verdig fødsel eller ikke.

Sluttnoter

I sluttnotene står ulike brukeres svar på følgende spørsmål: «Hvis du ser bort fra økonomiske og praktiske hindringer, hva ville da vært optimale helsetjenester i svangerskapet, under og etter fødselen?» Vi håper disse enkelthistoriene kan illustrere poenget med noen av våre krav og ønsker.

A «

- flere familierom så far kan delta i omsorgen fra starten!
- svangerskapsomsorg gjort av jordmor (for de med ikke-kompliserte svangerskap) og samme jordmor ved fødsel (type ABC)
- mer nærhet og kontakt på barsel med barnet.(vekk med de sengeboksene til barna). Gi heller far mulighet til å være delaktig.
- ØKT økonomisk støtte til hjemmefødsler for de som kan! Det er hårreisende av hjemmefødende skal betale selv, de sparer helsenorge for store summer i liggedøgn på sykehusene!!!
- gjennomføring av et differensiert fødselstilbud! Tilbud om vannfødsel, akupunktur ol på alle sykehus.
- Større fokus på alternativ smertelindring»

B «Da jeg planla ABC-fødsel, syntes jeg det var veldig fint å ha kontrollene hos jordmor. Jeg kunne kanskje tenkt meg samtaler om amming og sånn med samme jordmor etter fødselen. Det hadde vært fint. Ikke minst for å snakke gjennom fødselen med en som kjenner deg litt. I det hele tatt mer jordmor, mindre lege gjennom svangerskapet. Og litt etterpå før man blir overlatt til helsestasjonen. Kanskje sånn som fastlege- "fastjordmor"»

C «Stort badekar der man kan bevege seg og få hele kroppen dekket av vann! Uansett om jeg hadde ønsket en "vanlig" fødsel med kjemiske smertestillende, ville jeg ha ønsket å kunne være i et stort badekar før evt. smertestillende kunne/burde gis. Små 70x160 tror jeg ikke akkurat gjør samme nytten, dusjen jeg var i før 5 cm gjorde meg bare irritert.

Enkel tilgang til varmeputer burde være en selvfølge.

Å kunne ringe på jordmor når jeg trengte det, og vite at hun var der innen 20 sek, gjorde meg rolig og istand til å slappe av. Jordmor tilstede konstant de 5 siste timene var kjempegodt. Kvaliteten på jordmødrene på ABC er helt utrolig, men det visste jeg jo før jeg søkte meg dit. Alltid lyttende til kvinnen, alltid omsorgsfulle og støttende.

Å ikke bli sendt hjem. Jeg ble bedt om å komme opp da vannet gikk. Riene startet like etter. Jeg klarte å slappe av i åpningsfasen fordi jeg lå på en behagelig fødestue i en dobbeltseng sammen med mannen min. Tror fødselen vil blitt nærmest uutholdelig hvis jeg skulle blitt sendt hjem i åpningsfasen. Nå klarte jeg å blokkere ut smertene og ikke tenke på hvor langt på vei jeg var, dvs. når jeg nådde de "magiske 5 cm" og kunne bli lagt inn.

Behagelige omgivelser. Man trenger kanskje ikke så romslige og eksklusive rom som på ABC, men tilgang til dobbeltseng, stort badekar og godt oppvarmet bad, behagelige farger og mulighet for dempet belysning tror jeg spiller en stor rolle. Lydtette dører likeså.

En skikkelig seng man ikke er redd for å dette ut av. Fikk sjokk da jeg så den smale høye sykehussenga den fødende lå i på Jordmødrene.

Mat. Fødselen min begynte søndag kveld, noen uker før planlagt, så vi fikk ikke tatt med så mye annet enn frosne blåbær opp dit. Jordmor var helt utrolig, hun ga meg f.eks. sitt eget eple. Skulle ønske mat var lettere tilgjengelig døgnet rundt, å føde er energikrevende. »

D «Av alle ting man kan grue seg til i forbindelse med svangerskap og fødsel er det ambulanseturen som dominerer. Det var helt forferdelig å ligge og riste på dårlige veier med konstante rier i to timer og ikke ane om vi kom til å rekke sykehuset. Tre timer med pressrier på sykehuset var mye bedre enn den intense åpningstiden i ambulansen. »

E «Ble liggende for det meste alene på et "rugerom" som de kalte det.. Fikk sjelden tilsyn og når riene begynte for fullt fikk jeg beskjed om at dette var ikke fødsel og smerter måtte jeg jo regne med.. De ville heller ikke sjekke åpning pga av vannet var gått... Riene begynte rundt lunsjtider mandag morgen.. Når det

Endelig kom en jordmor som var villig til å sjekke meg, dette var klokka 12 på kvelden!!! hadde jeg 6 cm åpning.. Følelsen av å endelig bli tatt på alvor og snakket til som et normalt menneske var helt fantastisk!»

«En ting jeg skulle ønske var at jeg hadde fått mer informasjon underveis. F.eks. nå når jeg lå og ventet på at fødselen skulle starte synes jeg det var lite informasjon og vanskelig å vite hva jeg kunne og ikke kunne gjøre. Tror mange bare regnet med at vi visste ting. Når man kommer på sykehuset kommer man jo til noen andre sin hjemmebane. Da er det ikke alltid så lett å formidle sine behov. Derfor synes jeg at helsepersonellet bør bli flinkere til å spørre om hva man trenger og ikke bare forvente at man spør selv.»

F «Under fødselen var jeg overlatt til meg selv mye av tiden. Det viktigste her er jo at det er nok personell, dvs at ALLE kan ha jordmor uansett hvor mange fødsler det er. Jeg var flere timer uten noe tilbud eller oppfølging omtrent. Jeg synes også tilbudet med epidural må være lettere å få. Epidural blir jo fremstilt som et reeelt smertestillende valg, men det er det jo egentlig ikke, for det kommer an på kapasiteten akkurat den dagen.»

«Flere jordmødre! La de få fulle stillinger og god lønn! Jeg føler jeg ble overlatt til meg selv både under fødselen og etterpå. En jordmor som hadde hatt tid til å sitte ned og forklare hva som skjedde underveis hadde vært en stor lettelse. Det er viktig at man i alle fall som førstegangsfødende får tilbud om man vil ha jordmor inne hos seg hele tiden under fødselen.»

G «Badekar til alle! Jeg hadde en naturlig fødsel uten smertestillende, og det vet jeg ikke om det hadde blitt dersom jeg ikke hadde fått ligge i vann mye av tiden. Tipper det er dyrere med epidural/andre smertestillende og eventuelle konsekvenser av dette enn å installere noen ekstra badekar»

H «Familierom burde være en selvfølge for de som ønsker det. Bredere senger. Jeg klarte ikke å amme sittende pga smerter, så jeg lå konstant ned og ammet. Ville vært helt ødeleggende for meg å da skulle ha en 90 cm bred seng.

Jeg kunne ikke spise nesten noe av det sykehushotellet serverte (dette var i påsken), så det var fint å ha tilgang til kjøkken. I tillegg blir man lett sulten også utenfor de ordinære måltidene / ferdig med fødselen midt på natta o.l. Nede i barselavdelingen under hadde de ikke engang vannkoker, noe som er nødvendig ved flaskemating, til ammete mm - det synes jeg er ganske dårlig.

Etter en fødsel er man ofte sliten, og visse barn er rett og slett ganske krevende. Særlig hvis man er singel, har man behov for å kunne be om hjelp til litt barnepass, f.eks. hvis man ønsker å gå på do/dusje/sove 30 min. Ikke at man skal tilbake til sovesaler for de nyfødte, men at man føler at det er noe poeng i å faktisk ligge på et sykehus

Småsjekk fra jordmødrene, jeg følte meg godt ivaretatt når hver eneste jordmor kom innom når hun begynte vekten sin for å si hei og se hvordan det gikk.

Ammehjelp. Har forstått det slik at kvinner fra barselhotellet tidvis må kontakte amnehjelp mens de fremdeles lå på sykehuset fordi de ikke fikk nok hjelp på sykehuset. Har også forstått at ikke alle barseljordmødre er like oppdaterte i amnehjelp.

Husmorvikar (gjørne mot betaling for par). Jeg ville blitt overlykkelig over 15-30 min hjelp noen dager i uken til å få dusjet / pumpet meg / spist. Jeg vet at ikke alle barn er like krevende, men har man en av dem som ikke kan ligge alene i 2 minutter, blir man lett desperat. Er man alenemor synes jeg det burde være en selvfølge med litt hjelp noen dager i uka de første 6 ukene. Heller dette enn hjemmebesøk av helsesøster. Man klarer alltid å komme seg til helsestasjonen, men man klarer ikke alltid å komme seg i dusjen.

God amnehjelp på helsestasjonene. Synes det er hårreisende med all vranglæren som tydeligvis finnes der ute, f.eks. at man ikke må amme oftere enn hver 3 time (nyfødt) mm.

Bibliotek med relevant litteratur på helsestasjonen. Det burde være mulig å få lese (ikke nødvendigvis låne med seg) den litteraturen (og støttelitteraturen) helsesøstrene selv skal benytte seg av.»

I «Etter fødselen var vi heldige og fikk familierom. Jeg synes det er mest naturlig og ikke minst viktig at man får lov å være sammen etter en slik opplevelse som en fødsel er, og at også faren kan bli kjent med barnet og delta i de første dagene det er i verden. Vi hadde begge et enormt behov for å dele følelser/opplevelser rundt det som hadde skjedd og skjedde, og jeg tror den nærheten vi opplevde i de dagene var et viktig utgangspunkt for en god barselperiode.»

«Jeg har aldri følt meg så ensom som etter at jeg hadde fått Småen. Lå på flermannsrom og pappaen kunne ikke komme og gå som det passet. Litt rart at pappaen måtte komme på besøk og pga. dette mistet den verdifulle kontakten med Småen de første døgnene. Så jeg skulle ønske at det fantes familierom der hele familien kunne bo.»

-
- J** «Problemet for meg på hotellet var at det var så åpenbar underbemanning i forhold til det reelle behovet. Jeg hadde problemer med amminga, og tross velviljen fra jordmødrene var det vanskelig å få den hjelpa jeg trengte.»
- K** Bruker: «Ellers skulle jeg ønske meg bedre oppfølging på ammingen de første døgnene. Selv om det var flere som kikket på ammingen min på sykehuset (mor- og barnvennlig sykehus med egen ammepoliklinikk) var det ingen som oppdaget at stillingen ble helt feil, noe som endte med 8 uker med soppinfeksjon og pine.»
- L** «Siden jeg var så sliten sov jeg nesten hele tirsdagen, det var ikke så veldig godtatt nei.. Ble vekket titt og ofte av pleiere som lurte på jeg ikke skulle opp å gå eller se sønnen min, men jeg klarte ikke, etter å ha vært våken siden søndag morgen... Når jeg begynte å kvikne til var jeg kvalm og dårlig og klarte ikke å spise... Dette brydde ingen seg om eller prøvde å hjelpe.»
- M** «Som førstegangsfødende uten babyerfaring syntes jeg det var utrolig skummelt å skulle dra hjem under to døgn etter fødselen. Jeg kunne jo ingenting om verken amming eller spebarnsstell! Jeg skulle ønske jeg kunne blitt på sykehuset til den Føllingsprøven var tatt.»
- N** «En etter fødsel-samtale hadde vært fint. På ullevål foregår en slik samtale i plenum, med en eller annen jordmor og alle andre som fødte samme dag. Jeg har hver gang ønsket meg en gjennomgang av partogrammet og fødselen med den jordmoren som faktisk tok i mor barnet mitt.»
- O** «Samtalen med jordmor som fant sted etter fødselen var jeg mindre fornøyd med. Det var forsåvidt ikke noe direkte i veien med samtalen, men jeg følte den dreide seg mye om praktiske ting osv. Jeg hadde heller ikke samtalen med jordmoren som var tilstede under slutten av fødselen, og det skulle jeg gjerne ha hatt.»
- «Savner jeg noe her så er det rett og slett mer psykisk oppfølging, vi hadde en kort fødselssamtale, men uansett hvor normal fødselen min var så opplevde jeg den skremmende og siden jeg ikke har bearbeidet dette noe særlig i ettertid så har jeg faktisk en ganske stor angst for å føde igjen. Siden jeg hadde en normal fødsel var det ingen som tok hensyn i ettertid til at jeg faktisk ikke opplevde den sånn.»
- «Babyen får grundig legesjekk ved hjemsendelse, men hva med mor? Jeg var i elendig form mange dager etter fødsel. Hvorfor sjekker de ikke blodprosent, blodtrykk e.l på mor. Ringte til og med til føden og forklarte situasjonen, men fikk lite forståelse. Senere ble det oppdaget blodpropp..»
- «Jeg hadde en utreisesamtale med en jordmor der vi gikk igjennom fødselen og jeg kunne ta opp det jeg lurte på. DA lurte jeg ikke på så mye siden alt var så ferskt og stort og overveldende. I ettertid har jeg skjønt at min fødsel var mer dramatisk enn jeg opplevde den der og da, og synes kanskje denne samtalen burde vært gjort større enn en vanlig kort samtale. Det burde være obligatorisk med en lang og god samtale, helst med den jordmoren som tok imot barnet, før man reiser hjem. Og en åpen mulighet for å komme tilbake og snakke mer om man føler det behovet etter en liten stund.»
- P** «Oppfølging tidlig i svangerskapet - Jeg sleit VELDIG de første 20 ukene av svangerskapet. Jeg var livredd for å miste, jeg var livredd for alt som kunne gå galt, osv. Men det svare jeg fikk var "det er så mye som kan skje før uke 12, så vi har ikke så mange kontroller den første tiden" Men det var DA jeg hadde trengt noen å snakke med. Noen som kunne gi info og berolige. Jeg var veldig godt informert om alt som kunne gå galt, men savnet at noen kunne fortelle meg om alle de gangene det ikke gikk galt. Resten av svangerskapet hadde jeg god oppfølgeling, men hadde ønsket at jeg ble tatt litt mer på alvor når ting var på det verste. Følte jeg ble avfeid som "sytekjerring" når jeg sa jeg hadde vondt.»
- Q** «Jeg har født på ABC to ganger. Jeg er utrolig fornøyd med å ha alle kontroller hos jordmor på fødeavdelingen. Jeg følte det veldig betryggende at det var kjente ansikter som møtte meg da jeg kom inn med rier. Denne ordningen bør innføres på vanlige fødeavdelinger også. I mitt første svangerskap (2002, ABC var på Aker Sykehus), hadde ABC en lege som var tilknyttet avdelingen og som man gikk til dersom man f.eks hadde behov for sykemelding eller henvisning til bassengtrening/fysio. ABC på Ullevål har ikke dette tilbudet, så da må fastlegen kontaktes. Det var mye enklere å forholde seg til ett sted, og at jordmor og lege hadde den samme journalen tilgjengelig.»