Shape, circle

Description automatically generated

**Fødselsomsorgen - Innspill til Kvinnehelseutvalget fra Bunadsgeriljaen**

Det er en pågående strukturendring i helsetilbudet som en følge av Helseforetaks- og samhandlingsreformen. Sykehusene skal effektiviseres og en del av sykehusenes oppgaver skal flyttes over til kommunene. Hvordan dette påvirker fødselsomsorgen kommer vi tilbake til.

Strukturendringen har medført endringer i sykehuskartet. I Møre og Romsdal har dette medført at sykehusene i Kristiansund og Molde skal slås sammen til ett felles sykehus som skal bygges nytt på ny lokasjon nært Molde. Selv om dette tilsynelatende[[1]](#footnote-1) er godt utredet er fødselsomsorgen så vidt nevnt. Ny sykehusstruktur avgjøres uten at fødetilbudet og avstand til fødeavdeling hverken diskuteres eller utredes spesielt i forkant. Det er da kanskje ikke så rart at føde- og barselstilbudet er på bristepunktet og at jordmødre slutter ved sykehusene for å jobbe i kommunene?

Hvis vi ser på dagens organisering – og planer – for fødselsomsorgen, ser vi en omlegging også innad i sykehusene. (Dette har heller ikke vært gjenstand for hverken utredninger eller diskusjoner.)

* Svangerskapsoppfølging kommunejordmor

Med færre fødeavdelinger og lengre reisevei blir en større del av svangerskapsoppfølgingen overført til kommunejordmor.

* Ultralyd og svangerskapsoppfølging ved fødestue/fødeavdeling på lokalsykehus for normalfødende – for risikosvangerskap er dette på kvinneklinikk. For kvinner i Møre og Romsdal er dette i Ålesund eller Trondheim - reisetid fra Kristiansund ca 3-3,5 timer.
* For kvinner hvor fødselen er i gang, men ikke i aktiv fase og som har lang reisevei tilbys det i dag hotellovernatting ved ordinært hotell i Molde. Ved større fødeavdelinger/kvinneklinikker må kvinner vente hjemme eller – hvis de har behov for medisinsk oppfølging – observasjonspost på sykehus.
* Ved aktiv fødsel slipper kvinner inn på føderom. I travle perioder må de kanskje vente litt lengre – overflyttinger til andre sykehus har forekommet. Gjennomsnittlig tid aktiv fase er 6 timer.
* To timer etter forløsning er fødselen beregnet å være ferdig og kvinnen og babyen kan overflyttes til barselavdeling/barselhotell/pasienthotell. Barselavdelinger er det nå få igjen av – barsel- eller pasienthotell har nå tatt over. På Ullevål er barselhotellet privat drevet. Det er et mål at opphold på barsel skal reduseres.
* Kommunen får ansvar for barseloppfølging når kvinnen kommer hjem. Med kortere liggetid – av og til bare 6 timer – blir det nye og flere oppgaver for kommunejordmødrene.

Det man oppnår med denne organiseringen er god kapasitetsutnyttelse på føderom og jordmødre som deltar i aktiv fødsel. For å utnytte dette maksimalt er det behov for å samle flere fødsler under samme tak. Observasjonspost, fødeavdeling og barselhotell har også ulikt pleienivå og krav til teknisk utstyr på rommene. Det vil da også medføre en økonomisk besparelse for helseforetakene å dele opp fødselsforløpet på sykehusene på denne måten.

For fødende medfører dette derimot en fragmentering av fødselsomsorgen, hvor de blir forflyttet mellom avdelinger i sykehuset – avgjort av åpningen nedentil.

For helsepersonell vil en slik fragmentering medføre at eksempelvis jordmødre ikke får kjennskap til hele fødselsforløpet til kvinnen og får mindre tid til å bli kjent med henne. Opplysninger som ikke passer inn i en journal kan også forsvinne mellom avdelingene.

I lokalsykehusene – som for eksempel i Kristiansund – har man hatt fødeavdeling. Der kommer man inn, får rom og oppfølging til fødselen starter. Føderommene er store og ett av de har badekar. Etter fødsel er det tilbake til det samme rommet man hadde. Man forholder seg til en avdeling med de samme ansatte som både følger opp i forkant, underveis og i barseltiden. Dette er i følge mange dårlig kvalitet og tilbudet må legges ned. Men forskning viser at det er dette som gir god kvalitet og også et trygt tilbud – sett fra kvinnens synspunkt.

Når fødeavdelinger legges ned øker også transporttiden. Forsking (bla Hilde Engjom med flere) har vist at reisetid over en time øker risikoen for å føde uplanlagt utenfor institusjon (hjemme, på legekontor, på nedlagt fødeavdeling, under transport). Dette øker risikoen for komplikasjoner hos mor og spedbarnsdødeligheten tredobles.

Det er også fedre/partner som oftest må kjøre den fødende til fødeavdelingen. Vi ble overrasket da en fødende på Smøla – etter at vannet hadde gått – ikke fikk følgetjeneste begrunnet med at hun ikke var i aktiv fødsel. Transporttiden var over tre timer totalt.

Norge har også en utfordrende geografi. Skal man i distriktene oppnå en helhetlig fødselsomsorg vil det være svært ressurskrevende om kommunejordmor skal utføre svangerskapskontroller, følge den fødende til fødeavdeling og bistå ved fødselen, for så å ha ansvaret for barselsomsorgen. Hvis dette skal være et likt tilbud i alle kommuner trengs det enda flere kommunejordmødre. Det må da være en bedre løsning å flytte jordmødrene inn i lokalsykehusene igjen hvor de kan følge opp svangerskap, bistå i fødselen og følge opp barselkvinnen? Der hvor det likevel blir avstand må man sørge for et tett samarbeid mellom kommunejordmor og fødeavdeling.

Fødselsomsorgen behøver en gjennomgang basert på forskningsbasert kunnskap og erfaring. Og det er også viktig å inkludere fødekvinner og fødekvinners organisasjoner i dette.

* Ingen flere fødeavdelinger må legges ned
* Forskning om transporttid til fødeavdeling må være avgjørende ved bestemmelse av sykehusstruktur.
* Der strukturendring eller intern reorganisering medfører økt risiko for fødekvinner og spedbarn må man avslutte videre planlegging av endringen.
* Endringer i fødselsomsorgen må være forskningsmessig begrunnet. Dette må gis som krav til helseforetakene.
* Alle komplikasjoner som følge av svangerskap, fødsel og barsel hos kvinner må registreres systematisk.
* Registreringer av mødredødsfall må gjennomgås.
* Fedres rolle må belyses bedre. Dette gjelder transport, fødsel og barsel. Er det riktig at fedre må betale for å være tilstede i barseltiden?

I denne artikkelen har Anja Solvik oppsummert fødselsomsorgen godt – både tilstand og utfordringer. Denne må ses som en del av innspillet til Kvinnehelseutvalget: Norsk fødselsomsorg taper med helseforetaket ved roret.

<https://www.samfunnogokonomi.no/wp-content/uploads/2021/09/Samfunn-og-okonomi-2021-nr-2.pdf>

Med vennlig hilsen

Bunadsgeriljaen

Ingrid Uthaug og Anja Cecilie Solvik

1. Jensen, Ødegård og Uthaug; «Sykehus i Møre og Romsdal 2020 – en samfunnsøkonomisk analyse av to sykehus kontra ett fellessykehus»; Kommunekonsult 2020; <https://www.kommunekonsult.no/wp-content/uploads/2021/03/Sykehus-nordmore-og-romsdal-hovedrapport-kommunekonsult-2020.pdf> – viser at den samfunnsøkonomiske utredningen har store mangler [↑](#footnote-ref-1)