

## HØRINGSUTTALELSE IDEFASERAPPORT

Den Norske Jordmorforening(DNJ) ønsker i det følgende å komme med innspill på utformingen av Sykehuset Innlandets framtidige faglige tilbud. Våre innspill vil i stor grad ta utgangspunkt i eget fagområde.

Utfordringen i å velge modell for fremtidig sykehusstruktur er at ingen av alternativene bare har fordeler eller bare har ulemper. DNJ er positive til løsningen med ett nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. For at denne modellen skal gi det beste tilbudet til pasientene, mener vi at det også må finnes desentraliserte tilbud/gjenværende aktivitet ved dagens sykehus.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er tjenester som kan og bør utvikles i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Et samarbeid om jordmortjenestene vil kunne bidra til en desentralisert, differensiert og helhetlig tjeneste, noe DNJ er opptatte av og jobber for. Veilederen Et trygt fødetilbud sier også at *slike ordninger kan bidra til bedre kontinuitet, stabilitet og kvalitetssikring av kompetanse, informasjon og samarbeid mellom de ulike tjenestene*(Et trygt fødetilbud, IS-1877, Helsedirektoratet 2010, s.25).

Jordmødre innehar en spesialkompetanse innen dette fagfeltet. Vi mener det må satses på denne yrkesgruppen, slik at de kvinner som ønsker det kan gå til kontroll hos jordmor gjennom hele svangerskapet så lenge det utvikler seg normalt. Per i dag er det i flere kommuner så små jordmorstillinger at det er vanskelig å rekruttere til stillingene. Det resulterer også i at mange gravide ikke har et reelt valg i å kunne gå til jordmor. Undersøkelser viser gode resultater når jordmor følger opp de gravide.

Risikofaktorer/komplikasjoner kan gjøre det nødvendig med oppfølging fra lege/spesialisthelsetjenesten. Blir det en sykehusstruktur med færre fødeavdelinger mener vi det er viktig med poliklinikkvirksomhet der fødetilbud fjernes. Her bør både jordmødre, ultralydjordmødre og gynekologer være representert. På den måten kan de gravide i størst mulig grad følges opp i ikke altfor stor avstand fra bosted. Gjennom døgnet kommer det mange øyeblikkelig hjelp konsultasjoner inn til fødeavdelingene. Det må diskuteres hvor disse skal når dagskiftet er over. Skal poliklinikkene ha noe lenger åpningstid, eller skal alle inn til hovedsykehuset etter klokka 16?

Å bruke frigjorte arealer til en samlokalisering med aktuelle samarbeidspartnere er positivt. Vi tror det kan fremme et tverrfaglig samarbeid og bidra til en helhetlig oppfølging. En kan også dra veksler på hverandre og til en viss grad avlaste hverandre. Helsestasjon, barneverntjeneste, fysioterapi, BUP, kommuneleger, psykiatrisk sykepleier/psykiater/psykolog med mer er eksempler på tjenester vi samarbeider med i dag, og som det kan være spennende å dele hus med.

Vi ønsker ingen løsning med kun ett fødetilbud i Innlandet. Vi vet at store fødeenheter er travle og med store belegg. Aktiviteten er vanskelig å forutse, og det vil alltid komme topper. Hva hvis kapasiteten er sprengt – skal vi da sende ut av foretaket? Vi ønsker å sikre kvinnene et variert fødetilbud basert på kvinnenes egne ønsker og seleksjonskriterier(viser til Et trygt fødetilbud IS-1877 Helsedir 2010 og Retningslinjer for hjemmefødsel IS-2012 Helsedir 2012). Derfor bør det hvis fødeavdelinger legges ned opprettholdes jordmorstyrte fødestuer. Disse

kan da være lokalisert på samme sted som poliklinikkvirksomhet, slik at de samme jordmorressursene kan utnyttes. Forskning viser også at det er trygt å føde hjemme. Vi mener derfor at tilbudet om å føde hjemme bør inngå som en del av det offentlige tilbudet. De kvinnene som føder hjemme i dag må dekke størstedelen av kostnadene selv. Økonomi kan derfor avgjøre om dette er et reelt valg. I modellen med ett hovedsykehus vil det bli store avstander for fødende. Et tilbud med hjemmefødsel/fødestue vil gi trygghet om at det er hjelp å få nærmere bosted hvis behov. Tilbudet kan også avlaste Kvinneklubben på hovedsykehuset. De med normale svangerskap får således et tilbud forholdsvis nært bosted, mens risikogravide som selekteres til kvinneklubb må påregne lenger veg og kanskje reise til sykehus i god tid før fødselsstart. Av den grunn vil det bli et større behov for pasienthotellsenger enn det er i dag.

Innlandet er et stort distrikt med 300 km mellom ytterpunktene fra nord til sør. DNJ er bekymret for lenger reisevei for mange fødende. Løsninger med færre fødeenheter vil øke behovet for følgetjeneste. Et trygt fødetilbud sier at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen. Dette er et kvalitetskrav vi forventer at følges. Per i dag er det kommunejordmødrene som utgjør følgetjenesten. Mange kommuner har som nevnt små jordmor ressurser. Vi er derfor usikre på om de kan møte et mye større behov. Vi tenker det må øves press mot kommunene for å øke sine jordmor ressurser. Samtidig tenker vi det også her er viktig med et samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjensten. Både i forhold til utnyttelse av ressurser, og for å unngå at mye kompetanse forsvinner fra kommunen til de lokalmedisinske sentrene/poliklinikkene.

I samme lokasjoner som poliklinikk og fødestue er det også naturlig med et barseltilbud. De som har født på fødestua tilbringer barseldagene her. Herfra kan det også organiseres hjemmebesøk for de med tidlig hjemreise både fra kvinneklubb og fra fødestua. Samt hjemmebesøk til de som har født hjemme. Et slik barseltilbud vil også kunne avlaste kvinneklubben ved å ta imot friske barselkvinner med ukomplisert forløp. Med en slik løsning mener vi at en i større grad lykkes med intensjonen om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som Stortingsmelding nr. 12(2008-2009) *En gledelig begivenhet* legger føring for.

Blant jordmødrene ønsker kanskje noen å rullere mellom kvinneklubb, fødestue/poliklinikk/svangerskapsomsorg og hjemmefødsel, mens noen er mer stedfaste. Uansett bør det tilrettelegges for faste hospiteringsordninger for å opprettholde kompetanse.

En løsning der størstedelen av ansattgruppen får lenger arbeidsvei og blir avhengig av motorisert ferdseil for å komme seg til jobb er ikke fullgod verken miljømessig eller tidsmessig. Lang reisevei vil gjøre arbeidsplassen mindre attraktiv. Samtidig har det i Innlandet vært uenigheter/stridigheter rundt hvilke funksjoner som skal være hvor. Ved å samle hovedsykehuset på "nøytral" grunn, kan det være lettere å enes om dette alternativet og dra i samme retning- noe som vil gavne pasientene. Et nytt bygg vil også være bedre miljømessig gjennom et mindre energiforbruk. Det må jobbes for et godt kollektivtilbud og for en god adkomst til sykehusene med akuttfunksjoner. En kan ikke ha løsninger der utrykningskjøretøy ikke kommer frem på grunn av midtdeleire eller lignende. Det kan gå ut over liv og helse.

Vi ser at en samling av fagmiljøer gir et større pasientvolum og at det kan gi bedre drilling/erfaring. Samtidig vil vi påpeke at tilfellene som kommer inn også skal deles på flere ansatte. Vi tror en samling kan være gunstig for de gynekologiske avdelingene. Per i dag er disse små, og har jevnlig blitt flyttet rundt innad på sykehusene i samlokalisering med andre fagområder. En samling vil således kunne bidra til et større miljø som ikke stadig er truet. Det vil skape ro til å jobbe med faget og ikke frykt for egen arbeidsplass.

Vi mener modellen med ett hovedsykehus best ivaretar føringen for at psykisk helsevern, rus og somatikk skal integreres bedre i fremtidens helsetjenester. I vår brukergruppe er det flere sårbare familier som av ulike grunner har behov for ekstra oppfølging. Et eksempel er kvinner i LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Gjennom en samlokalisering blir det gode muligheter for helhetlige pasientforløp og tverrfaglig samarbeid der det er behov for det.

Vi mener det må velges en modell som er liv laga og som har en god økonomisk bæreevne. Vi kan ikke sette oss i en situasjon der det ikke er rom for kursing av ansatte, faglig oppdatering eller mulighet til å investere i nødvendig utstyr. Således er en tre-sykehusmodell eller videreføring av nullalternativet uaktuelt. I forhold til to sykehusmodellen bør en velge alternativet hvor det er best kapasitet og rom for fremtidig utvidelse, og som gir best økonomisk bæreevne.

#### **Oppsummering:**

- DNJ er positive til modellen med ett nytt hovedsykehus forutsatt et desentralisert og differensiert tilbud for svangerskapskontroller, fødselshjelp og barseltid.
- Svangerskaps-,fødsels og barselomsorgen bør utvikles i samarbeid mellom primær og spesialisthelsetjenesten for å utnytte jordmorressursene og for å gi et helhetlig tilbud.
- DNJ mener at modellen med ett hovedsykehus best ivaretar føringen om at psykisk helsevern, rus og somatikk skal integreres bedre i fremtiden.
- Det må velges en modell som er liv laga.

På vegne av jordmødrene i Sykehuset Innlandet.

Monica Halvorsen  
Foretakstillitsvalgt Den Norske Jordmorforening